

Львівський державний університет
внутрішніх справ

О. Л. Христук

ПСИХОЛОГІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Навчально-методичний посібник

Львів
2014

УДК 316.624: 159.9 (075.8)
ББК 88.37 + 88.5я73
Х93

Рекомендовано до друку Вченою радою
Львівського державного університету внутрішніх справ
(протокол № 2 від 25 вересня 2014 р.)

Рецензенти:

Н. І. Жигайло, доктор психологічних наук, професор?
професор кафедри менеджменту Львівського національного
університету імені І. Франка;

Н. А. Карпенко, кандидат психологічних наук, доцент
кафедри психології управління Навчально-наукового інституту
права психології і економіки Львівського державного університету
внутрішніх справ.

Христюк О. Л.

Х93 Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний
посібник / О. Л. Христюк. – Львів: ЛьВДУВС, 2014. –
192 с.

Систематизовано сучасні теоретичні концепції та науково-практичні дані з проблеми девіантної поведінки особистості. Охарактеризовано основні види девіантної поведінки особистості, окреслено детермінанти девіантної поведінки та особливості її профілактики, діагностики та корекції.

До кожної теми посібника подано питання для самоконтролю, тестові та практичні завдання. Наведено комплекс методик, що дають змогу здійснювати діагностику схильності до девіантної поведінки особистості.

Призначений для ґрунтовного оволодіння навчальним курсом «Профілактика і корекція девіантної поведінки» для студентів факультетів психології, а також педагогічних, юридичних, медичних спеціальностей.

УДК 316.624: 159.9 (075.8)
ББК 88.37 + 88.5я73

© Христюк О. Л., 2014
© Львівський державний університет
внутрішніх справ, 2014

ЗМІСТ

Вступне слово	4
<i>Розділ 1. ВСТУП ДО ПСИХОЛОГІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ</i>	6
<i>Тема 1. Предмет вивчення девіантної поведінки</i>	6
<i>Тема 2. Класифікація видів девіантної поведінки</i>	20
<i>Тема 3. Детермінанти девіантної поведінки особистості</i>	29
<i>Тема 4. Вікові та гендерні аспекти девіантної поведінки особистості</i>	38
<i>Розділ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ВИДІВ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ</i>	52
<i>Тема 5. Адиктивна поведінка особистості. Алкогольна адикція</i>	52
<i>Тема 6. Суїцидальна поведінка</i>	77
<i>Тема 7. Агресивна поведінка</i>	89
<i>Тема 8. Девіантна поведінка у соматично хворих</i>	101
<i>Розділ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБИСТОСТІ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ</i>	111
<i>Тема 9. Психологічна діагностика особистості з девіаціями поведінки</i>	111
<i>Тема 10. Профілактика девіантної поведінки особистості</i>	124
<i>Тема 11. Психологічна корекція девіантної поведінки</i>	130
Тестові завдання для контролю та самоконтролю	140
Орієнтовні питання до екзамену з психології девіантної поведінки	147
Рекомендована література	150
Додатки	154

ВСТУПНЕ СЛОВО

Актуальність вивчення проблеми девіантної особистості здебільшого зумовлена багаторічною суспільною кризою в Україні. Голод, репресії, цілеспрямована політика зомбування засобами масової інформації призвели до подвійної моралі, її зниження або ж до її повної відсутності у пострадянському суспільстві. Формування девіантної поведінки особистості відбувається під впливом соціально-економічних, морально-психологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних чинників. Серед цих чинників у наш час слід особливо відзначити посилення соціального розшарування суспільства, невідповідність соціальних інститутів до забезпечення успішної соціалізації особистості в умовах трансформації суспільства, дефіцит засобів і технологій розвитку соціальних служб, орієнтованих на створення умов для самореалізації кожної людини, низький рівень психологічної культури більшості населення, зокрема недостатній рівень професійної компетентності тих фахівців, які покликані надавати допомогу особистостям із поведінковими девіаціями, а також забезпечувати методи профілактики девіацій у поведінці особистості.

Посібник «Психологія девіантної поведінки» є важливим для формування готовності майбутніх психологів до роботи з особистостями з девіантною поведінкою. Автор навчально-методичного посібника має на меті дати майбутньому фахівцю базові знання з психології девіантної поведінки.

У навчально-методичному посібнику подаються загальні закономірності механізмів щодо профілактики і корекції девіацій (відхилень) у поведінці особистості, психічні факти та явища в житті людини, що сприяють формуванню девіантної поведінки особистості.

Під час засвоєння навчального матеріалу майбутні психологи мають не тільки отримати первинну систему психо-

логічних знань щодо відхилень у поведінці, усвідомити закономірності функціонування девіантної поведінки особистості, але і навчитися активно впливати на психіку такої особистості, зважаючи на її потенційні, вікові, гендерні, професійні та індивідуально-психологічні особливості, а також засоби впливу.

Мета цього навчально-методичного посібника – сформувати знання у психологів щодо змісту, видів, психологічних чинників і психологічних особливостей девіантної поведінки особистості, а також розвитку відповідних умінь і навичок її профілактики та корекції.

Розділ 1

ВСТУП ДО ПСИХОЛОГІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Тема 1. Предмет вивчення девіантної поведінки

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. Проте поняття «девіантність» та «девіація» пов'язують з іменем французького соціолога Еміля Дюркгейма (1998). Девіантологічне знання виникло як спеціальна теорія в межах соціології на початку ХХ століття. Важливе місце у дослідженні девіантності посідали питання злочинності.

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. У зовнішньому плані поведінка виявляється в системі послідовних дій, спрямованих на безпосередній практичний контакт організму з предметами оточення. Основою певної поведінки живих організмів є їх актуальні потреби.

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.

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.

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, задово-

леності 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 пове-

дітки та вимог вихователя (який у цій ситуації уособлює для дитини соціум загалом), то процес соціалізації порушується, а поведінка дитини стає соціально дезадаптованою.

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. Які причини

(психогенез) відхилень від форм поведінки: 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.



Проміжне положення в наведеній схемі займають клінічна психологія та психологія девіантної поведінки.

Поняття про патологію і девіацію поведінки особистості

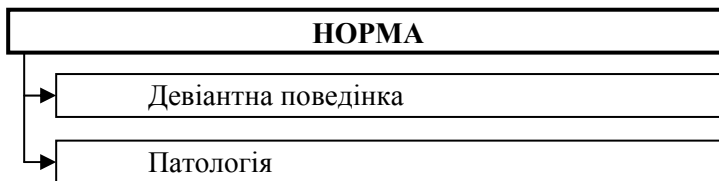
Для того, щоб уточнити термін «девіація поведінки» важливо його співвіднести із поняттям патології поведінки особистості. Термін «поведінкова патологія» (П. Б. Ган-

нушкін, 1964) розкриває наявність у поведінці людини таких ознак, як:

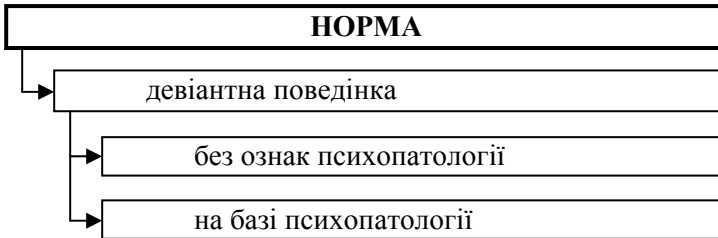
- схильність до дезадаптації;
- тотальність;
- стабільність.

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, на нашу думку, 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).

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).

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 (притосування на шкоду своїм інтересам) чи акомодативного (агресивно-наступального, притосування 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 внутрішньоособистісним 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 відрізнитися 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, трудоволізм). Крім того, феноменологічна парадигма дозволяє вбачати за кожним із цих відхилень у поведінці механізми психо-

генезу, 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.

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.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

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. Поняття дезадаптації та його характеристика.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М., 2000
2. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
4. Дюргейм Э. Самоубийство / Э. Дюргейм. – М. – 1998
5. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
6. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
7. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
8. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
9. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
11. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
12. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
13. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.

14. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

15. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Що є предметом психології девіантної поведінки?
2. Дайте повне визначення поняття «девіантна поведінка».
3. Які завдання вивчає девіантна поведінка особистості?
4. Розкрийте зміст проблем девіантної поведінки.
5. Які перспективи розвитку психології девіантної поведінки?
6. Які галузі психологічної науки були базою для утворення девіантної поведінки особистості?
7. Які основні характеристики девіантності особистості Ви знаєте?
8. Які сучасні проблеми виникають перед психологією девіантної поведінки в Україні та світі?
9. Вкажіть проблеми та переваги психології девіантної поведінки особистості.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Мое розуміння поведінкової норми та відхилення від цієї норми».

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь.

1. Вкажіть основні дослідження девіантної поведінки на сучасному етапі.
2. Проаналізуйте причини та закономірності розвитку психології девіантної поведінки як науки.
3. Продумайте як і які існуючі проблеми психології девіантної поведінки можна вирішити.

Тема 2. Класифікація видів девіантної поведінки

Однією із форм наукового аналізу психічної реальності є класифікація її виявів. Численні спроби дослідників систематизувати поведінкові відхилення ще не зумовили виникнення єдиної класифікації видів девіантної поведінки. Проте у науковій літературі існує декілька підходів до класифікації видів девіантної поведінки: соціологічний, медичний та психологічний. Соціологічний підхід розглядає поведінкові девіації як соціальні явища, які можна класифікувати за певними критеріями (Я. І. Гілінський, 1993):

1) індивідуальні та масові (залежно від «соціального масштабу» порушень);

2) за значимістю наслідків – негативні (ті, що спричиняють шкідливі наслідки та створюють потенційну небезпеку) та позитивні;

3) за суб'єктом – відхилення конкретних лиць, неформальних груп (діяльність бандитських угруповань), офіційних структур, умовних соціальних груп (жіночий алкоголізм);

4) за об'єктом – економічні, побутові, майнові порушення;

5) за тривалістю – одноразові та тривалі;

6) за типом порушеної норми – злочинність, пияцтво, наркотизм, самогубства, аморальна поведінка, бродяжництво, проституція, хуліганство, корупція, бюрократизм, тероризм, расизм, геноцид, деструктивні культури.

В основі медичного підходу є медична класифікація поведінкових розладів, яка, своєю чергою, ґрунтується на психопатологічному та віковому критеріях. Згідно з такою класифікацією, виокремлюють поведінкові порушення, що відповідають медичним діагностичним критеріям, тобто тим, які досягають рівня хвороби. Міжнародна класифікація хворіб 10-го перегляду (МКХ-10, 1994) виокремлює такі поведінкові розлади, що характерні і для дорослого, і для дитячого та підліткового віку.

Поведінкові розлади дорослого віку

F10–19	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголю, опіоїдів, каннабіоїдів, седативних і снотворних речовин, кокаїну, стимуляторів, зокрема кофеїну), галюциногенів, тютюну, летючих розчинників; вживання або використання інших психоактивних речовин
F50–59	Поведінкові розлади внаслідок фізіологічних порушень: розлади приймання їжі; розлади сну неорганічної природи; статева дисфункція, не зумовлена органічним розладом або захворюванням; психічні та поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом; зловживання речовинами, які не викликають узалежнення (стероїди, вітаміни тощо)
F63	Розлади звичок і потягів: патологічна схильність до азартних ігор; патологічні підпалювання – піроманія; патологічні крадіжки – клептоманія; висмикування волосся – трихотиломанія та ін.
F65	Розлади сексуальних потягів: фетишизм, фетишистський трансвестизм; ексгібіціонізм; вуайеризм; педофілія; садомазохізм; різноманітні розлади сексуальних стосунків

Поведінкові розлади дитячого та підліткового віку

F90	Гіперкінетичні розлади
F91	Розлади поведінки, що виявляються лише у сімейному оточенні; несоціалізовані розлади поведінки; опозиційно-виклична поведінка, а також розлади під рубрикою «неуточнені» та «інші»

F92	Змішані розлади поведінки та емоцій
F94	Розлади соціального функціонування
F98.0	Неорганічний енурез
F98.1	Неорганічний енкопрез
F98.2	Розлади харчування
F98.4	Стереотипні рухові розлади
F98.5	Заїкання
F98.6	Мова за типом «заклинання словами»

Наведені поведінкові розлади діагностують за наявності декількох характерних симптомів, які водночас повинні зберігатися не менше шести місяців.

Психологічний підхід ґрунтується на виокремленні соціально-психологічних відмінностей певних видів девіантної поведінки особистості.

О. В. Змановська (2010) виокремлює таку класифікацію груп видів девіантної поведінки, критерієм якої є вид норми, яка порушується, а також специфіка негативних наслідків відхильної поведінки:

- 1) антисоціальна;
- 2) асоціальна;
- 3) ауто деструктивна.

Антисоціальна – це група видів девіантної поведінки, що суперечать правовим нормам, загрожує соціальному порядку та благополуччю оточуючих людей. До цієї групи входять деліквентний та кримінальний види девіантної поведінки. **Деліквентна поведінка** – це поведінка, яка полягає у вчиненні особистістю дрібних правопорушень, за які її не притягують до відповідальності. Може виявлятися у формі бешкетування, хуліганства, коли, наприклад, особистість бажає розважитися, але обирає для цього неприйнятні форми насамперед унаслідок недоліків у своєму вихованні. До **деліквентної поведінки** можна віднести в певних випадках і вияви вандалізму як форми руйнівної поведінки, спрямованої

на безглузде знищення культурних і матеріальних цінностей. Спираючись на класифікацію мотивів вандалізму Д. Кантера, виокремлюють такі типи вандалізму:

– вандалізм як спосіб придбання, коли мотивом руйнування є матеріальна вигода;

– вандалізм як помста, відповідь на образу;

– лють через переживання нездатності досягти певної мети і спроба справитися зі стресором;

– нудьга і, відповідно, бажання розважитися, пошук нових вражень, гострих відчуттів;

– вандалізм як спосіб самоствердження, привертання уваги до себе;

– вандалізм як дослідження (у дитячому віці), бажання зрозуміти принципи і механізми функціонування певних речей;

– графіті (від італ. *graffito* – надряпані, проведені лінії) як різновид комунікації, яке через анонімність звільняє особистість від соціального контролю та зображено у невідповідних для цього місцях.

Кримінальна поведінка – це злочинна поведінка особистості, яка виявляється у вчинках, що суперечать нормам права і водночас нормам кримінального законодавства.

Асоціальна – це група видів девіантної поведінки, що відхиляються від моральних та етичних норм та загрожують благополуччю міжособистісних відносин. Група асоціальної (інша назва аморальної) девіантної поведінки налічує такі види, як: сексуальні девіації, проституція, бродяжництво (соціальний паразитизм), агресивна поведінка та регулюється релігійними та професійно-етичними нормами спільнот у суспільстві.

Аутодеструктивна – це група видів девіантної поведінки, що відхиляються від психологічної норми, часто медичних норм, загрожуючи цілісності й розвитку особистості. У цьому випадку йдеться про суїцидальну поведінку, поведінку з вираженою загрозою для життя, коли

особистість віддає перевагу екстремальним видам діяльності, віктимну поведінку (поведінку жертви), адиктивну поведінку, фанатичну поведінку (сліпе слідування певним ідеям, наприклад, релігійному культу деструктивної спрямованості) тощо. Терміном «**адиктивна поведінка**» (від англ. addiction – схильність, згубна звичка) насамперед позначають поведінку особистості, обтяжену хімічною залежністю через вживання певних речовин (алкоголь, паління, наркотики тощо). Водночас виокремлюють різні чинники виникнення психічної залежності від психоактивних речовин, проте головна роль належить особливостям переживання особистістю своєї життєвої ситуації. «Слабка ланка» такої особи – недостатні самоконтроль й самодисципліна, несформованість функції прогнозу поведінки, низька стійкість до можливих впливів, схильність неадекватно реагувати на фруструючу ситуацію, невміння знаходити продуктивний вихід із конфлікту, відмова від активності за найменших труднощів, часто поряд із завищеним рівнем домагань тощо. У результаті особистість прагне пережити стан задоволення, радості, але не бачить природних шляхів до цього, оскільки від повсякденної діяльності очікує лише на негативні емоції. Тому в неї виникає прагнення до зміни психічного стану штучним, хімічним шляхом. Необхідно зазначити, що, крім психоактивних речовин, об'єктами залежності можуть бути й їжа, ігри, секс, релігія й релігійні культу тощо. Отже, адиктивна поведінка може виявитися у:

- порушеннях харчової поведінки (переїданні, голодуванні, відмові від їжі тощо);
- гемблінгу (ігровій залежності) – залежності від азартних, а останнім часом – і від комп'ютерних ігор;
- релігійному фанатизмі – сліпому наслідуванні ідеї релігійного культу деструктивної спрямованості та ін.

У разі релігійного фанатизму особистість має фрустровані потреби, часто – гіпертрофоване почуття про-

вини, переживає безглуздість існування і прагне віднайти сенс життя. Саме перебування в релігійних спільнотах може сприяти такій особистості в пошуку сенсу життя, позбавленні від помилок попереднього життя (через «відпущення гріхів»), уникненні внутрішньої відповідальності за свої вчинки. У результаті можуть відбутися такі негативні зміни в психіці, як схильність до відчуження стосовно інших людей, які не є членами цієї релігійної спільноти, занурення у справи релігійної общини на шкоду іншим, певні обмеження в життєдіяльності, фанатична переконаність у власній правоті, психологічна залежність від служителів культу тощо.

Суїцидальна поведінка (від лат. sui – само, caedere – вбивати), тобто самогубство або його спроба, спрямована на виведення особистості із кризової ситуації, усвідомлення перебування в якій є для неї нестерпним і з якої вона не бачить іншого виходу (хоча об'єктивно такий вихід можна знайти). Людина переживає безнадійність, безпомічність через фрустрацію надзвичайно важливих для неї потреб вищого порядку і через звуження свідомості мислення працює за логікою: або негайне вирішення проблеми, або смерть. Через амбівалентне ставлення до смерті (бажання смерті, яке поєднується з бажанням допомоги з боку інших людей) самовбивця часто подає відповідні сигнали про допомогу, залишаючи повідомлення – листи, наводячи лад у справах тощо. Розрізняють істинний суїцид, викликаний бажанням померти через втрату сенсу життя, демонстративний суїцид як засіб привернути до себе увагу, закликати на допомогу в несприятливих життєвих ситуаціях і прихований суїцид – дії, що супроводжуються високою ймовірністю летального наслідку через їх невинуватану ризикованість, екстремальність тощо. В останньому випадку часто йдеться про так звану парасуїцидальну поведінку, коли особистість прагне завдати собі каліцтва, щоб вийти із негативного стану шляхом афективно-шокових переживань. Для цього використовуються певні ризиковані та небезпечні для життя дії, зокрема

удушення до напівпритомного стану, ходіння в небезпечних місцях – над прірвою, по поручнях моста та ін.

Певною мірою наближеною до цього виду аутодеструктивної поведінки є так звана **віктимна поведінка** (від англ. victim – жертва), що являє собою активність особистості, за якої вона певним чином сприяє скоєнню злочину проти неї, свідомо чи підсвідомо нехтуючи запобіжними заходами, обираючи спосіб життя, який повертає до цієї особистості увагу агресивних осіб, злочинців тощо.

Ще одна відома класифікація видів девіантної поведінки – це класифікація В. Д. Менделевича. Основою для оцінки девіантної поведінки особистості є аналіз її взаємодії з реальністю, оскільки головний принцип норми – адаптивність – виокремлюється із пристосування (адаптивності) стосовно чогось і когось, тобто реального оточення індивіда. Залежно від способів взаємодії з реальністю та порушенням тих чи інших норм суспільства, девіантна поведінка поділяється на п'ять типів: деліквентна, адиктивна, патохарактерологічна, психопатологічна, девіантна поведінка, що ґрунтується на гіперздібностях. Взаємодію індивіда з реальністю можна представити такими способами, як протидія реальності, хворобливе протистояння реальності, втеча від реальності, ігнорування реальності та пристосування до реальності.

Протидія реальності – індивід прагне активно руйнувати негативну для нього дійсність, змінювати її відповідно до своїх установок і цінностей. Він переконаний, що всі проблеми, з якими він зіштовхується, зумовлені чинниками дійсності й єдиним способом досягнення мети є боротьба з нею, тобто спроба змінити цю реальність. Так формується кримінальна та деліквентна поведінка.

Хворобливе протистояння реальності зумовлене ознаками психічної патології та психопатологічними розладами, за яких оточуючий світ сприймається ворожим через суб'єктивне викривлення його сприйняття і розуміння. Так

формуються психопатологічний та патохарактерологічний види девіантної поведінки.

Втечу від реальності свідомо чи несвідомо вибирають люди, які оцінюють реальність негативно й опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї. Так формується адитивний вид девіантної поведінки.

Ігнорування реальності виявляється в тому, що людина не приймає вимоги і норми реальності, перебуваючи у власному вузькопрофесійному світі (особливо в обдарованих, талановитих людей). Так формується вид девіантної поведінки, що ґрунтується на гіперздібностях.

Пристосування до реальності вибирає гармонійна людина. Проте не можна однозначно виключити із низки гармонійних людей осіб, які, наприклад, використовують спосіб втечі від реальності у певних життєвих ситуаціях.

Отже, в науковій літературі є три підходи до класифікацій видів девіантної поведінки – соціологічний, медичний та психологічний, кожний із яких має свої критерії.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Поняття про антисоціальну групу видів девіантної поведінки.
2. Поняття про асоціальну групу видів девіантної поведінки.
3. Поняття про аутодеструктивну групу видів девіантної поведінки.
4. Розуміння гемблінгу в психології девіантної поведінки.
5. Поняття соціального паразитизму та його характеристика.
6. Віктимна поведінка як характеристика девіантності.
7. Характеристика понять «антисоціальна поведінка», «адиктивна поведінка», «асоціальна поведінка».
8. Вандалізм як явище у психології девіантності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.

3. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
4. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
5. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
6. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
9. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
10. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.
11. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.
12. (DSM) Diagnostik and statistical manual of mental disorders, 4th ed / Washington D. C., American Psychiatric Association, 1994

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Назвіть причини, що перешкоджають створенню єдиної класифікації видів девіантної поведінки.
2. Перелічіть критерії, на яких ґрунтується визначення норми та відхилення від неї.

3. Охарактеризуйте основні класифікації видів девіантної поведінки.

4. Назвіть основні види поведінкових розладів у дитячо-підлітковому віці згідно з МКХ-10.

5. Назвіть основні види поведінкових розладів у дорослих людей згідно з МКХ-10.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Складіть свою класифікацію видів девіантної поведінки.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь:

1. Схематично подайте класифікацію видів девіантної поведінки за О. В. Змановською.

2. Схематично подайте класифікацію видів девіантної поведінки за В. Д. Менделевичем.

3. Схематично подайте медичну класифікацію розладів поведінки у дітей та підлітків.

4. Схематично подайте медичну класифікацію розладів поведінки у дорослих.

5. Схематично подайте соціологічну класифікацію видів девіантної поведінки.

Тема 3. Детермінанти девіантної поведінки особистості

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,

соціальної та вікової психології, психіатрії, педагогіці, соціології, юриспруденції.

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 відхилення поведінки (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.

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 науціннтя 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

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.

Педагогічні детермінанти девіантної поведінки

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

- характер виховання (орієнтоване на дитину, ста більше, 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 (особистісно-орієнтована, розвивальна; репродуктивно-адаптивна, мало-ефективна; 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

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. 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 ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Загальні уявлення про детермінанти девіантної поведінки особистості.
2. Теоретичні підходи у психології, що пояснюють причини девіантної поведінки.

3. Соціальні детермінанти девіантної поведінки особистості.
4. Соціально-психологічні детермінанти девіантної поведінки особистості.
5. Педагогічні детермінанти девіантної поведінки особистості.
6. Індивідуально-психологічні детермінанти девіантної поведінки особистості.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
4. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
5. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
6. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
7. Козубовська І. В. Особливості професійно-педагогічного спілкування з важковиховуваними дітьми молодшого шкільного віку / І. В. Козубовська, Г. В. Товканець. – Ужгород: УЖДУ, 1999. – 92 с.
8. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 1998. – 592 с.

10. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.

11. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

12. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.

13. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

14. Овчарова Р. Р. Практическая психология в начальной школе / Р. Р. Овчарова. – М.: ТЦ «Сфера», 1998. – 240 с.

15. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Що таке детермінація девіантної поведінки?
2. Які детермінанти девіантної поведінки можна виокремити в науковій літературі?
3. Проаналізуйте несприятливі стилі сімейного виховання як чинник девіантної поведінки особистості.
4. Порівняльний аналіз детермінант девіантної поведінки.
5. Психодинамічна теорія поведінкових девіацій.
6. Гуманістичний підхід до пояснення причин девіантної поведінки.
7. Когнітивно-поведінкова модель девіантної поведінки.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Моє розуміння детермінант девіантної поведінки»

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь:

1. Поясніть на прикладах, у чому виявляється девіантна поведінка.

2. Проаналізуйте спільні та відмінні особливості у різних теоретичних підходах до пояснення причин девіантної поведінки.

3. Поясніть, чому негативне ставлення до себе може спричинити девіантну поведінку.

4. Охарактеризуйте неадекватні виховні впливи батьків і педагогів, що призводять до відхилення у поведінці дитини.

Тема 4. Вікові та гендерні аспекти девіантної поведінки особистості

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 самоприйняття, ставлення дитини до себе, до інших, до моральних норм.

Уже 3–4-річна дитина здатна певним чином організувати власну поведінку. У цьому віці можуть виявитися розв'язність, зухвальство, ледарство, пожадливість, брехливість, безцеремонність тощо як сигнали майбутніх відхилень у процесі соціалізації дитини. Водночас за ступенем негативних наслідків розрізняють неслухняність як найпоширенішу в дитячому віці форму опору вимогам і проханням батьків, моральним нормам суспільної поведінки, що виявляється у витівках, бешкетництві тощо, облудність (спочатку як вияв фантазування особливого складу психіки дошкільника, що не має на меті скривдити когось, пізніше – свідоме ухиляння від істини з непорядною метою, через страх перед покаранням тощо), дитячий негативізм (впертість, примхливість, недисциплінованість), проступок – навмисне порушення вимог дорослого, якщо і без злого умислу, але з усвідомленням, що це погано, яке поступово може стати повторюваним.

Як зазначають багато дослідників, значення ролі раннього емоційного досвіду дитини має важливе значення для формування особистості. Адже найважливішою соціальною потребою цього періоду є емпатійне спілкування з дорослим. Саме відчуття дитиною себе як такої, яку люблять, почуття захищеності та повного прийняття з боку дорослих є фундаментом розвитку здорової психіки.

Мала дитина сприймає ставлення до неї дорослого як оцінку своєї поведінки загалом, вона ще не може розуміти, що погане або байдуже ставлення до неї в певний момент може бути викликане іншими, не пов'язаними з дитиною причинами. За відсутності педагогічної допомоги зняття негативних переживань у дитини може відбутися через викривлення уявлень про свою поведінку. Дитина, яка переживає в ранньому дитинстві образу, несправедливість, поступово стає хворобливо сприйнятливою до найменших виявів несправедливості, байдужості, може почати бачити зло і там, де його

немає, протиставляючи дійсному й уявному злу те, що вона може протиставити: неслухняність, норовистість, різкість, брутальність, свавілля, бажання діяти не так, як вимагають дорослі тощо.

Для молодшого школяра психотравмуючі ситуації пов'язані з потребою в позитивній оцінці з боку дорослих насамперед учителів і батьків, особливо щодо оцінки успіхів у навчальній діяльності, а також із бажанням посісти сприятливе становище у системі міжособистісних стосунків колективу класу. Незадоволення цих потреб викликає емоційну напругу, негативні переживання учня. Як зазначає Е. Еріксон, небезпека для молодшого школяра криється у формуванні почуття неповноцінності або некомпетентності, яке має безпосередній вплив на шкільну успішність.

Через те, що внутрішній світ дитини ще недостатньо розвинутий, не збагачений досвідом переживання критичних ситуацій, перешкоди, що є на шляху задоволення її важливих соціальних потреб, не завжди стимулюють до активності щодо їх подолання. Для молодшого школяра найважливіша мета – успішно навчатися, добре себе поводити – втрачається і перед ним виникає інша мета – позбавитися негативних емоційних переживань, що викликані негативними оцінками з боку дорослих, які мають на дитину значний вплив, насамперед батьків і вчителів. Дитина може відмовитися від діяльності, в якій вона не здобула успіху, залишити намагання дотримуватися нормативної поведінки і звернутися до компенсаторної поведінки. Ця поведінка може виявитися, зокрема, у послужливості, активності щодо виконання громадських доручень, а якщо це не вдається, – у зухвалій, зарозумілій, жорсткій поведінці, пошуку підтримки в неформальному середовищі тощо.

Виникає феномен «смиислового бар'єру»: дитина немовби не чує або не розуміє, що говорить їй дорослий, до якого (або до певних його вимог) через попередній досвід

спілкування дитина ставиться негативно. На думку І. Козубовської (1999), таке явище може бути спричинене незнанням дорослими вікових особливостей молодшого школяра (зокрема, у нього значною мірою виражена емоційність і недосконалість сприймання, є недостатнім розвиток довільності, стійкості уваги, волі загалом, імпульсивність дитини), через що деякі види поведінки молодшого школяра трактуються як девіантні.

Негативне ставлення до вчителя іноді може виникнути ще до школи під впливом інших, наприклад, неспроможних у виховному контексті батьків. Але частіше воно є наслідком негативного ставлення вчителя до учня. Саме ставлення вчителя до учня переважно зумовлює положення молодшого школяра в колективі, його статус у ньому і, отже, визначає самопочуття учня, його адаптацію або дезадаптацію у соціальному середовищі загалом.

Ускладнення психічного розвитку в підлітковому віці урізноманітнює вияви середовищної дезадаптації і, відповідно, форми компенсаторної поведінки дитини.

Загалом, як зауважує І. С. Кон (1989), підлітковий вік є групою ризику в контексті девіантної поведінки через: труднощі перехідного періоду, починаючи з психогормональних процесів і завершуючи перебудовою Я-концепції, що зумовлюють переживання підлітками тривоги, емоційної напруженості, нестійкості, неврівноваженості тощо; граничність і невизначеність становища підлітка (уже не дитина, ще не дорослий); розходження між об'єктивним положенням учня і його прагненням вважати себе дорослим на тлі недостатніх навичок спілкування, засобів взаємодії зі світом дорослих на партнерських засадах; почуття «дорослості» як суперечність між орієнтацією на самостійність і відсутністю відповідного життєвого досвіду.

Суперечності, зумовлені перебудовою механізмів соціального контролю: дитячі форми контролю, що ґрунтую-

ться на дотриманні зовнішніх норм і слухняності, вже не діють, а дорослі засоби контролю, що передбачають свідому дисципліну і самоконтроль, ще не сформувалися; ці чинники виявляються на тлі посилення орієнтації на однолітків і зростання залежності поведінки від групових норм.

Наведені чинники фатально не спричиняють девіантну поведінку особистості. Водночас за несприятливих умов попереднього етапу розвитку вони можуть стати підґрунтям для виникнення різноманітних поведінкових девіацій. Необхідно зважати на те, що для підлітка значущими стають насамперед стосунки з однолітками, серед він бажає ствердити себе. Якщо це не вдається, підліток може шукати інші кола спілкування, часто з асоціальною спрямованістю, точніше стати «важкими підлітками».

Учені Л. Міщик та З. Білоусова називають типові риси «важкого підлітка»:

- відставання в інтелектуальній сфері;
- нерозвиненість чи особлива вибірковість сприйняття й оцінки соціального середовища;
- недосконалі розумові процеси, нерозвинуте мовлення;
- безвідповідальність, лінь, шкідливі звички, часто байдужість, жорстокість до інших людей, тварин, природи тощо;
- підвищена конфліктність у стосунках з однокласниками, батьками, вчителями;
- підвищений інтерес до заборонених, не відповідних віку, розваг на тлі відсутності інтересу до соціально корисних видів діяльності;
- афективність, відсутність бажання і вмінь стримувати себе в момент сильного збудження;
- активізація механізмів психологічного захисту, що впливають на трактування підлітком поведінки як нормальної;
- формування нечесності, агресивності;
- вибір негативних способів самоствердження через девіантну поведінку тощо.

Водночас форми девіантної поведінки підлітка мають характерні для його віку особливості. Так, зокрема, алкоголізація підлітка відбувається через прагнення зменшити характерний для нього стан тривоги і водночас – позбавитися надмірного самоконтролю і сором'язливості. Важливу роль відіграють також прагнення до експериментування й особливо – норми підліткової субкультури, за якими алкоголь традиційно вважається однією з ознак мужності та дорослості, а також негативний приклад батьків. Наркотизація підлітка, як і пияцтво, пов'язана з психічним експериментуванням, пошуком нових, незвичайних відчуттів і переживань, цікавістю, наслідуванням старшим, впливом групи однолітків, а іноді й обманом з боку поширювачів наркотичних речовин, коли першу дозу нав'язують під виглядом певного напою чи сигарети, що зрештою невідворотно призводить до звикання та кримінальної поведінки.

Суїцидальна поведінка підлітка часто є криком про допомогу в разі негараздів у їх взаємодії з оточенням, неможливістю самостійно вирішувати проблеми (недарма суїцидальні спроби підлітки найчастіше вчиняють вдома, ввечері чи вдень, коли хтось може втрутитися).

Така поведінка також може бути пов'язана з характерними підлітковому віку особистісними розладами насамперед із синдромом відчуження, який виникає в разі неможливості встановити емоційно значущі конструктивні стосунки із середовищем. У цьому випадку, щоби пом'якшити психотравмуючу ситуацію, особистість утворює між цим середовищем психологічну дистанцію, сприймаючи його як стороннє, емоційно незначуще (хоч насправді це не так).

Відчуження як засіб зменшення емоційної значущості травмуючих зв'язків із середовищем може бути спрямоване і на оточуючих, і на власне «Я». У першому випадку виникає дереалізація, коли зовнішній світ сприймається як чужий, несправжній. У другому випадку відбувається деперсоналі-

зація, коли зникає відчуття реальності власного Я, втрачає сенс будь-яка діяльність, з'являється апатія тощо.

До особистісних розладів належать також дисморфобію – страх зміни власного тіла – від простої стурбованості зовнішністю до одержимості дійсними чи уявними дефектами, а також дисморфоманію – маячіння через фізичний недолік. Водночас, як зауважує І. Кон (1989), існують труднощі у розпізнанні підліткової психопатології, адже девіантна поведінка здебільшого лише підкреслює риси, що характерні для цього віку, особливо акцентуйовані, які виявляються в так званому «слабкому місці» або місці «найменшого опору» підлітка.

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 розвинутими 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.

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 мужчини 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.

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.

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 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 (рис.1).

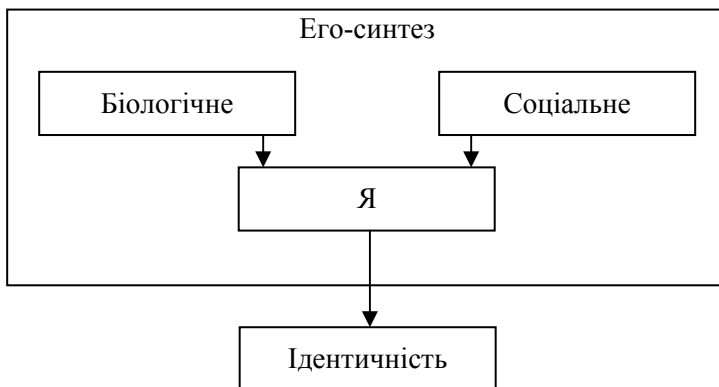


Рис. 1. Конфігурація елементів ідентичності в концепції Е. Еріксона.

Учені підкреслюють своєрідність вияву агресії залежно від статі: чоловіки частіше демонструють вищі рівні прямої та фізичної агресії, тоді як жінки – непрямой та вербальної. 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.

Переважає 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 статеве 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).

Отже, існують гендерно-вікові особливості девіантної поведінки, на які необхідно зважати під час надання психологічної допомоги особистості з девіаціями поведінки.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Поняття вікової норми та її відхилення в психології девіантної поведінки.
2. Поняття гендеру в психології.
3. Поняття гендерної норми та її відхилення в психології девіантної поведінки.
4. Порівняльний аналіз гендерних аспектів девіантної поведінки.
5. Вікові особливості девіантної поведінки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М., 2000.
2. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
4. Вроно Е. М. Поймите своего ребенка: о детских страхах, конфликтах и других проблемах / Е. М. Вроно. – М.: Дрофа, 2002. – 223 с.
5. Говорун Т. В. Гендерна психологія: навч. посіб. / Т. В. Говорун, О. М. Кікінеджи. – К.: Академія, 2004. – 250 с.

6. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.

7. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.

8. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.

9. Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис / Э. Эриксон. – М., 1996.

10. Козубовська І. В. Особливості професійно-педагогічного спілкування з важковиховуваними дітьми молодшого шкільного віку / І. В. Козубовська, Г. В. Товканець. – Ужгород: УЖДУ, 1999. – 92 с.

11. Кон И. С. Психология ранней юности: кн. для учителя / И. С. Кон. – М.: Просвещение, 1989. – 255 с.

12. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.

13. Мейснер К. Звідки беруться діти? Як розмовляти з дітьми про передавання життя / пер. з польськ. З. Городенчук. – Львів: Свічадо, 2010. – 40 с.

14. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

15. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.

16. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.

17. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

18. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.

19. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

20. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Як виявляються вікові особливості прояву девіантної поведінки особистості?

2. Охарактеризуйте особливості відхилень у поведінці дошкільників.

3. Якими є вияви девіантної поведінки у молодших школярів?

4. Шкільна дезадаптація як чинник відхилень у поведінці молодшого школяра.

5. Проаналізуйте особливості девіантної поведінки підлітків.

6. Вкажіть акцентуації характеру підлітків та їх вплив на відхилення поведінки.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Мое розуміння вікових та гендерних норм та їх відхилення»

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь.

1. Подайте аналіз гендерних особливостей вияву девіантної поведінки особистості.

2. Подумайте, чому гендерні стереотипи впливають на вияви девіантної поведінки особистості.

3. Поясніть, чому в дошкільному віці не можна говорити про девіантну поведінку.

4. Проаналізуйте важливість статевого виховання дитини.

Розділ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ВИДІВ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

Тема 5. Адиктивна поведінка особистості. Алкогольна адикція

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). 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.

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. Порушена 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 взаємостосунків у сім'ї (батьківсько-дитячі, 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 ізоляваність);
- 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.

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;
- за інцидентами.

У межах адиктивного типу виокремлені 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 (відає 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, обманувати 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.

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 питушій 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 питушій 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. 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, неврівноваженість, 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 відчувають 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

ускладненню утилізації глюкози – головного джерела енергії для центральної нервової системи. Етиловий спирт від шкодує нестачу енергії, і в людини виникає потяг до алкоголю.

Велику роль у механізмі біологічної схильності до алкоголізму відіграє порушення синтезу активного ацетилю 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 ацетилю виникає потреба в алкоголі як джерелі штучної «сировини» для його вироблення.

Дисбаланс між гормоном надниркових залоз (адреналіном) та продуктами його розпаду (адренохромом та адренोलітином) 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.

***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:

1) 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, статева 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 влітається 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.

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 нейрон-медіаторів 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 тяжкого 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 кардіо-міопатія («пивне», або «бичаче», серце); емфізема легень; 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 переходному 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 поводить 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 узалежнення. 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) наштовхують на думку про пиятику, то в разі алкоголізму цей симптом перетворюється на патологічний. Патологічний симптом узалежнення 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, тільки-но 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 злобності 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 невідчужливий свідомості) потяг до алкоголю. Комппульсивний 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 комппульсивного потягу до алкоголю, або, інакше кажучи, – виникнення вже фізичного узалежнення, свідчить про наявність *абстинентного синдрому* – основного критерію визначення другої стадії алкоголізму. Абстинентний синдром проявляється у стані гострого психічного та соматичного дискомфорту: тремтіння рук, «спрага, відразу 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 поводить 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 **третьа стадія алкоголізму**, яка характеризується повним розпадом особистості людини та виснаженням усіх психофізіологічних функцій.

Синдром психічного uzалежнення від алкоголю змінюється через поглиблення та посилення фізичного uzалеж-

нення. 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 запоем: 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, серцево-судинні захворювання тощо. У них спостерігаються часті судинні з наступними паралічами та парезами. Крім того, у цих хворих украй знижена 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.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Загальна характеристика адиктивного виду девіантної поведінки.
2. Детермінанти адиктивного виду девіантної поведінки.
3. Поняття адикції.
4. Характеристика видів адиктивної поведінки.
5. Чому вікові особливості підлітків можуть стати передумовою виникнення адиктивної поведінки?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
4. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
5. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
6. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
9. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
10. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
11. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.
12. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424с.
13. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

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.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Опишіть особистість, схильну до адиктивної поведінки.

Завдання 2. Опишіть особливості продрому алкоголізму та його небезпеку.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь:

1. Вкажіть основні ознаки адиктивної поведінки.
2. Поясніть причини та закономірності розвитку алкогольного узалежнення.
3. Обґрунтуйте небезпеку біологічної схильності до алкоголізму.

Тема 6. Суїцидальна поведінка

Випадки самогубства відомі людству з глибокої давнини. Нині Україна увійшла до групи країн із доволі високим рівнем суїцидальної активності. Але найбільше

непокоять навіть не абсолютне значення кількості самогубств, а тенденція їх зростання в усьому світі. Понад 800 000 людей щорічно гинуть у результаті самогубства. Самогубство є другою провідною причиною смертності серед людей віком від 15 до 29 років. Відомо, що на кожного дорослого, який загинув від самогубства, можливо, існує понад 20 інших осіб, які мали спробу самогубства. 75% самогубств є вчинені в країнах із низьким та середнім рівнем доходів. Психічні розлади та шкідливе вживання алкоголю сприяють збільшенню кількості самогубств у цілому світі. Раннє виявлення та ефективне управління цього небезпечного явища є ключем до отримання людьми необхідної та завчасної допомоги.

Суїцид, як вважає А. Г. Абрумова (2002), – це форма насилля, спрямована на себе, це смерть, що настає внаслідок довільного самоушкодження або самоотруєння. Суїцид розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів. У правовому аспекті для реєстрації причини смерті суїцид визначають як самодеструктивну дію, що вчиняється особою, яка усвідомлює свої вчинки та їх можливі наслідки.

Теорії суїциду в психології

Основні концепції, що пояснюють суїцидальну поведінку, можна умовно розділити на три групи: соціологічну, психопатологічну та соціально-психологічну. *Соціологічний підхід* декларує зв'язок між суїцидальною поведінкою і соціальними умовами. В основі подібних поглядів є вчення Е. Дюркгейма про «аномію» – порушення в ціннісно-нормативній системі спільнот. Е. Дюркгейм зазначав, що кількість самогубств у суспільстві визначається «колективними уявленнями» як особливими фактами соціального життя, які визначають індивідуальні бачення світу (цінності, моральні норми). Наприклад, групова згуртованість суспільства в цьому сенсі затримують самогубства. Коли згуртованість суспільства слабшає, індивід відходить від

соціального життя і ставить особисті цілі вище прагнення до загального блага, що може бути причиною рішення піти з життя. На самогубства впливає політична ситуація, зокрема війни, наприклад, під час війни між Австрією та Італією (1866), кількість самогубств в обох країнах знизилася на 14%. Та ж тенденція спостерігалася і під час Другої світової. Навпаки, в мирний час армія є сприятливим соціальним середовищем для самогубств імовірно через атмосферу самозречення і знеособлення. Для всіх європейських країн встановлено, що схильність до самогубства у військових значно інтенсивніша, ніж у цивільних осіб того ж віку. Відомо, що економічні кризи мають здатність посилювати схильність до самогубства. Співвідношення між економічним станом країни і відсотком самогубств є загальним законом. Наприклад, за раптовим збільшенням кількості банкрутств звичайно зростає кількість самогубств. Сучасні дослідники самогубства як соціального явища визначають як важливий фактор розвитку релігійної свідомості суспільства. Віра, особливо іслам, істотно знижує ймовірність суїцидальної поведінки. У релігійній етиці самогубство розцінюється як тяжкий гріх, що накладає моральний заборону на суїцидальну поведінку віруючої людини.

Нині у християнських державах спостерігається суспільне ставлення до самогубств. Більш серйозно обговорюється можливість евтаназії – добровільного відходу з життя за допомогою лікаря. 2002 року в Голландії (вперше в історії людства) ухвалили закон, що регулює евтаназію.

Істотним є сімейний вплив. Так, наявність самогубств у сім'ї підвищує ризик виникнення суїциду. Крім того, особистісні особливості батьків, наприклад депресивність, можуть бути чинником суїцидальної динаміки.

Психопатологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або хронічних психічних розладів. Траплялися, але виявилися безуспішними, спроби виокремлення самогубств в

окрему нозологічну одиницю – суїцидоманію. Дещо схожий погляд на суїцидальну поведінку як пограничний стан висловлює А. Є. Личко. Він вважає, що суїцидальна поведінка у підлітків – це в основному проблема пограничної психіатрії, тобто галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру. За спостереженням автора, лише 5% суїцидів та спроб припадає на психози, тоді як на психопатії – 20–30%, а всі інші на так звані підліткові кризи. Загалом статистично достовірний зв'язок між суїцидальною поведінкою і конкретними психічними розладами не виявлено. Проте для деяких патологічних станів і розладів суїцидальний ризик вищий, наприклад, для гострого психотичного стану і для депресії. Депресія найбільш часто згадується в зв'язку з суїцидами, що визначає необхідність її більш пильного розгляду. В діагностичному сенсі термін «депресія» позначає афективні порушення, які є в спектрі нозологічних одиниць із різною етіологією та клінічними проявами. Депресія переживається суб'єктивно як пригнічений настрій, як стан пригніченості, безнадії, безпорадності, провини. У міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 як провідний для діагностики депресії називається соматичний синдром. У конкретної людини не менше двох тижнів повинні виявлятися три і більше його ознаки:

- Зниження інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай приємної.
- Відсутність реакції на діяльність (події), які в нормі її викликають.
- Пробудження вранці за дві (або більше) години до звичного часу.
- Зовні виражена психомоторна загальмованість або ажитація.
- Помітне зниження (підвищення) апетиту.
- Зниження ваги.
- Помітне зниження лібідо.
- Зниження енергії.
- Підвищена стомлюваність.

Додатково до соматичних включають психологічні ознаки: зниження самооцінки; безпричинне відчуття самоосуду; надмірне й неадекватне відчуття провини; повторювані думки про смерть, суїцидальна поведінка; нерішучість. Іншим симптомом, який часто трапляється та заподіює серйозне занепокоєння людині, є порушення ясності або ефективності мислення, іноді настільки виражене, що може бути прийнято навіть за органічну деменцію. Депресивний стан, крім суб'єктивно поганого настрою, має виражені соматичні прояви, знижену самооцінку, порушення мислення.

Незважаючи на те що є, хоча й неоднозначний, зв'язок суїцидальної поведінки з психічними розладами (переважно – афективними порушеннями), більшість авторів нині вважають, що суїцидальні дії можуть здійснювати й особи з психічними захворюваннями, й здорові люди. У першому випадку йдеться про вияви патології, що вимагають переважно медичного втручання. У другому випадку можна говорити про відхилення практично здорової людини у відповідь на психотравматичну ситуацію, що передбачає надання термінової соціально-психологічної допомоги.

Соціально-психологічні концепції по'яснюють суїцидальну поведінку соціально-психологічними чи індивідуальними чинниками. Насамперед самогубства пов'язують із втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенціальна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуття порожнечі та безглуздості, страх провини й осуду.

А. Г. Амбрумова (2002) і низка інших дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікро-соціального конфлікту. Соціально-психологічна дезадаптація, як невідповідність організму і середовища, може виявлятися в різному ступені та в різних формах. Автор розрізняє лімітуючу (непатологічну) і трансформуючу (патологічну) дезадаптацію. В умовах екстремальної ситуації особистості

неоднаково перебудовують свою пристосувальну тактику. Найбільш стійкі з індивідів завдяки пластичності і резервами зберігають колишній загальний рівень адаптації. Інша група людей характеризується тимчасовим зниженням рівня, але без зламу основних напрямів адаптації. У цьому разі дезадаптація має лише кількісний характер, вона лімітована і не виходить за межі якісної визначеності адаптаційного процесу, тобто дезадаптація не призводить до хвороби, не спричиняє патологічних форм адаптації. У тих випадках, коли екстремальні навантаження поєднуються з індивідуальними проблемами (наприклад, неврозами), ймовірність порушень значно зростає. Соціально-психологічна дезадаптація призводить до якісної трансформації пристосувального процесу, появи патологічних форм адаптації. Цей варіант, на думку А. Г. Амбрумової (2002), характерний для межових розладів, за яких найбільш схильні до зриву ціннісно-орієнтаційна та комунікативна діяльність під час загального зниження інтенсивності та пластичності процесу пристосування. Психотичні розлади є глобальною дезадаптацією з переходом на якісно новий рівень патологічного реагування. Об'єктивні причини і суб'єктивні переживання можуть не відповідати одні одним. Дезадаптація – це лише одна з умов можливого суїциду. Конфлікт, що перевищує поріг дезадаптації особистості, є кризовим. Отже, в умовах дезадаптації та неможливості реальним способом змінити конфліктну ситуацію єдиною реакцією, що підмінює собою всі інші дії, виявляється суїцид як спосіб самоусунення від будь-якої діяльності.

Особливості прояву суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка – різні форми активності людей, зумовлені прагненням позбавити себе життя і службовці засобом дозволу особистісної кризи, що виникла під час зіткнення особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. На тлі гострого емоційного стану криза досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти

правильного виходу зі сформованої ситуації. Зазвичай самогубство розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів.

Суїцидальна поведінка має внутрішні та зовнішні форми свого прояву. Внутрішні форми:

- антивітальні подання (тобто роздуми про відсутність цінності життя);

- пасивні суїцидальні думки (уявлення на тему своєї смерті за відсутності чіткого задуму на самовільне позбавлення себе життя: «добре б померти» і т. д.);

- суїцидальні задуми;

- суїцидальні наміри.

Зовнішні форми:

- суїцидальні висловлювання;

- суїцидальні спроби;

- завершений суїцид.

Суїцидальні задуми – це більш активна форма прояву суїцидальності. Тенденція до самогубства наростає у формі розробки плану: продумуються способи, час і місце самогубства. *Суїцидальні наміри* з'являються тоді, коли до задуму приєднується вольовий компонент – рішення, готовність до безпосереднього переходу в зовнішню поведінку. *Суїцидальна спроба* – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не завершилося смертю. Спроба може бути оборотною і незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя або на інші цілі. *Завершений суїцид* – дії із летальним результатом.

Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається *пресуїцид*. Тривалість його може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид). У випадках тривалого пресуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить описані етапи. При гострих пресуїцидах послідовність не виявляється і можна спостерігати появу суїцидальних задумів і намірів відразу.

До суїцидальної поведінки належать будь-які внутрішні чи зовнішні форми психічних актів, що мотивуються уявленнями про позбавлення себе життя.

Внутрішні форми суїцидальної поведінки охоплюють суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, які поділяються на задуми та наміри. Серед антивітальних переживань є типові думки про відсутність змісту та цінності життя («жити не варто», «не живеш, а жеврієш» та ін.). Тут ще немає чіткого уявлення про власну смерть, а є лише заперечення життя.

Самогубство в загально-психологічному аспекті трактують як поведінку людини, спрямовану на її знищення. Проте не всі дії людини, які призводять до її смерті, можна вважати суїцидальними. Самогубством вважають лише той вчинок, який людина зробила усвідомлено (галюцинації, стан психозу можуть спровокувати такий вчинок), О. С. Бек виокремлює складові суїцидальної поведінки:

- пасивні суїцидальні думки – уявлення, фантазії на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення себе життя як довільної активності («добре було б померти», «от якби зі мною щось сталося»);

- антивітальні тенденції – ідеї, що спрямовані на негативне ставлення до життя;

- суїцидальні задуми це вже активна форма прояву суїцидальності, тобто тенденції до самогубства, глибина якої збільшується паралельно мірі розробки засобів її реалізації;

- суїцидальні наміри передбачають поєднання задуму, рішення і вольового компоненту, що спонукає до безпосереднього переходу в зовнішню поведінку.

Весь період – від виникнення думок про смерть до вчинення суїцидального наміру називається пресуїцидом. Його тривалість може коливатися від декількох хвилин (гострий) до декількох місяців (хронічний).

Як засвідчують дані А. Г. Амбрумової (2002), найбільший відсоток суїцидентів становлять підлітки. Вона

визначила певні групи підлітків, які можуть скоїти самогубство:

- підлітки, які вже намагалися покінчити з собою (підлітки, які один раз спробували, повторюють спробу декілька разів);

- підлітки із залежністю (алкоголь, наркотики, токсини), що призводить до запаморочення свідомості, порушення психіки та депресивного стану;

- підлітки, в родині яких є самогубці;

- фізично неповноцінні підлітки, діти, які хворіють невиліковними хворобами;

- психічно хворі підлітки, які страждають афективними розладами та тяжкими депресіями;

- підлітки, які пережили важку втрату (смерть батьків).

Оскільки депресія передує більшості суїцидів, раннє розпізнавання симптомів депресії й її лікування за допомогою медикаментів та психотерапії – важливий фактор попередження суїциду.

Ознаки депресії:

- втрата інтересу або почуття задоволення в ситуаціях, зазвичай викликають позитивні емоції;

- нездатність до адекватної реакції на похвали;

- почуття гіркої печалі, що переходить у плач;

- почуття неповноцінності, непотрібності, втрата самоповаги;

- песимістичне ставлення до майбутнього, негативне сприйняття минулого; повторювані думки про смерть або про самогубство;

- зниження уваги або здатності до ясного мислення;

- млявість, хронічна втома, уповільнені рухи і мова;

- зниження ефективності чи продуктивності у навчанні, роботі, побуті;

- зміна звичного режиму сну, безсоння або підвищена сонливість;

- зміна апетиту з подальшим збільшенням або втратою ваги.

Помітивши ознаки депресії у людини, близькі люди або фахівці-психологи повинні посилити індивідуальну роботу з нею.

Ознаки високої вірогідності реалізації спроби самогубства:

- відкриті висловлювання про бажання покінчити життя самогубством знайомим, у листах родичам, коханим;
- непрямі «натяки» на можливість суїцидальних дій;
- активна попередня підготовка, цілеспрямований пошук засобів (збирання таблеток, зберігання отруйних речовин, рідин і т. д.);
- фіксація на прикладах самогубств (часті розмови про самогубства взагалі);
- символічне прощання з найближчим оточенням (роздача особистих речей, фотоальбомів, годинників і т. д.);
- змінився стереотип поведінки: нехарактерна замкненість і зниження рухової активності у рухливих, товариських; змінена поведінка і підвищена товариськість у малорухомих і мовчазних;
- звуження кола контактів, прагнення до усамітнення та інші.

Суїцидальна активність людини залежить від низки чинників. Їх урахування у організації повсякденної життєдіяльності допоможе опинитися поряд із цією людиною в критичний момент його життя і надати йому необхідну допомогу.

Отже, суїцидальна поведінка – це різні форми активності людей, спричинені прагненням позбавити себе життя і службовці засобом дозволу особистісної кризи, що виникла під час зіткнення особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. Зазвичай самогубство розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Поняття суїциду в психології.
2. Терії суїциду в психології.
3. Особливості прояву суїцидальної поведінки.
4. Внутрішні форми суїцидальної поведінки особистості.
5. Внутрішні форми суїцидальної поведінки особистості.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М., 2000.
2. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
4. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
5. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
6. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
7. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
8. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
10. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.

11. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
12. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.
13. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.
14. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які існують причини суїцидальної поведінки?
2. Дайте повне визначення поняття «суїцидальна поведінка особистості».
3. Подайте профіль суїцидальної особистості.
4. Розкрийте вікові особливості суїцидальної поведінки.
5. Які особливості суїцидальної поведінки у підлітків?
6. Які основні діагностичні ознаки депресії.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Моє розуміння причин суїцидальної поведінки особистості»

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь.

1. Вкажіть основні дослідження суїцидальної поведінки особистості на сучасному етапі.
2. Проаналізуйте причини та закономірності вивчення суїцидальної поведінки особистості.
3. Продумайте як і які проблеми суїцидальної поведінки особистості можна вирішити.

Тема 7. Агресивна поведінка

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.

Слід диференціювати «ворожу» та «інструментальну» агресію. Джерелом *ворожого 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). Виокрем-

люють 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 У-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. Остання 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.

З. Фрейд 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 навічання). 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. 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. *Фрустрація* – це більш-менш тривалий негативний стан, породжений мотиваційним конфліктом, відчуттям людини неможливості досягнути бажаної мети. Як показано на рис.1, фрустрація а 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).



Рис.1. Теорія фрустрації – агресії (Д.Майерс,1999)

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 (аутагресія). 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 навічання 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.

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 переносять 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 «*macho*» – 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 фено-

меном 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 (рис.2)

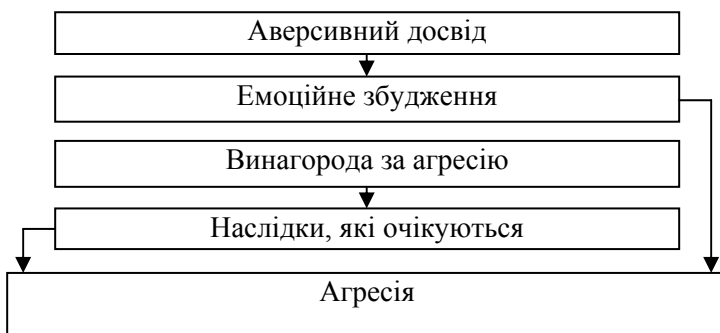


Рис. 2. Агресія як результат аверсивного досвіду та винагороди (Д. Майерс, 1999)

Отже, згідно з психологічною теорією Дж. Долларда та Н. Міллера, гнів і ворожість є наслідками *фрустрації*. За наявності збудників (підбурювачів) подібний гнів здатний

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 научіння* 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 научіння агресії відбувається під впливом сім'ї, субкультури і засобів масової інформації.

2. Особливості прояву агресивної поведінки

Ситуативні чинники, що провокують на агресивні дії.

Для контролю агресії необхідно знати чинники, які провокують 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 злочи-

нів, 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 приїжджають 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 налаштувати 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. 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 научінні. Якщо агресивна поведінка – результат соціального научіння, 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.

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 способом 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

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 ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Теорії агресії в психології.
2. Поняття агресії в психології девіантної поведінки.
3. Детермінанти агресивної поведінки.
4. Причини агресії у дітей дошкільного віку.
5. Причини агресії у дітей підліткового віку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
3. Гапон Н. П. Соціальна психологія: навч. посібник / Н. П. Гапон. – Львів, 2008. – 366 с.
4. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
5. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
6. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
7. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
8. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб.: Питер, 1999. – 750 с.

9. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

10. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

11. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2007. – 336 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Назвіть причини агресивної поведінки особистості.
2. Дайте повне визначення поняття «агресивна поведінка».
3. Які вікові особливості агресивної поведінки особистості?
4. Охарактеризуйте особливості агресивної поведінки підлітків.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Складіть профіль агресивної особистості.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь.

1. Вкажіть основні дослідження агресивної поведінки на сучасному етапі.
2. Проаналізуйте причини та закономірності розвитку агресивної поведінки особистості.
3. Продумайте як і які існуючі проблеми агресивної поведінки особистості можна вирішити.

Тема 8. Девіантна поведінка у соматично хворих

Виникнення і формування різних типів і клінічних форм відхильної (девіантної) поведінки, як правило, не залежать від стану людини. Вони з'являються у психічно і фізично здорових людей із багатьох причин, які пояснює

психологія особистості та психологія відносин індивіда. На базі психічного нездоров'я (розлади чи патологічні стани) можливе формування психопатологічного чи патохарактерологічного типів девіантної поведінки. У цих випадках головну роль відіграє фактор патології психічної діяльності, розладів пізнавальних процесів.

У випадках хронічної соматичної патології і соматичних 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**. Клінічна багатоманітність проявів девіацій поведінки у хронічно хворих пов'язана із впливом самої хвороби, а також із супутніми будь-якому захворюванню факторами. Будь-яка хвороба характеризується набором специфічних характеристик, що порушують значимі для людини сфери життєдіяльності.

Характеристика типів девіантної поведінки у соматично хворих

Виокремлюють такі параметри, на базі яких оцінюється будь-яка хвороба та формується психологічне ставлення до неї:

1. Імовірність летального кінця.
2. Імовірність інвалідизації та хроніфікації.
3. Больова характеристика хвороби.
4. Психотравмуюча характеристика параметра радикального лікування.
5. Вплив хвороби на можливість підтримування попереднього рівня спілкування.
6. Соціальна значимість хвороби і традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі.
7. Вплив хвороби на сімейне і сексуальне життя.
8. Вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

1. Імовірність летального кінця. Одна із найбільш-психотравмуючих характеристик хвороби. Вона здатна суттєво змінювати особистісне ставлення до екзистенційних про-

блем людини. Проблема смерті – одна із основних екзистенційних проблем людини. Із виникненням хронічного захворювання з високою ймовірністю летального кінця усвідомлюється те факту, що ніхто не може померти замість нас і з'являється страх особистісного зникнення. В подоланні його глибинного і базисного страху спостерігаються дві поведінкові тактики, кожна з яких спрямована на нейтралізацію та неусвідомлене відкинення можливої смерті.

1. Тактика виключності – полягає в ірраціональній переконаності, що цього (смерті) не може бути зі мною, оскільки я ... (наприклад, дотримуюся дієти і т. д.).

2. Тактика віри в кінцевого спасителя – полягає у вірі в те, що знайдеться той, хто не дозволить померти – (лікар, Божественна сила і т. д.).

Девіантною формою поведінки при першій тактиці може бути – трудоголізм (ергопатична поведінка), спрямований на те, щоб максимально заповнити свій час якоюсь діяльністю й уникнути ймовірних думок про можливу смерть. Девіантною формою поведінки при другій тактиці – нарцистична та агресивна поведінка.

2. Ймовірність інвалідації та хроніфікації. З одного боку, діє психотравмуюче через силу впливу значимості для людини збереження чи втрати працездатності через тривалу хворобу, з іншого – ймовірності приналежності до негативно-соціально-психологічного статусу інваліда.

3. Больова характеристика хвороби. Вплив хвороби на поведінку людини ґрунтується на психофізіологічному параметрі – рівні тактильної та больової чутливості. Погана переносимість болі здатна викликати агресивну та аутоагресивну поведінку.

4. Психотравмуюча характеристика параметра радикального лікування. ґрунтується і на страху смерті під час операційного втручання, і на непереносимості болі, яка асоціюється у пацієнта із наслідками операції.

5. Такі параметри, як *вплив хвороби на можливість підтримування попереднього рівня спілкування, соціальна*

значимість хвороби і традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі, вплив хвороби на сімейне та сексуальне життя, вплив хвороби на сферу розваг та інтересів демонструють ставлення людини до можливої тривалої ізоляції, обмеження традиційного кола спілкування і поведінки. Така вимушена аутистична поведінка може викликати агресію й аутоагресію.

І науковій літературі виокремлюють такі типи девіантної поведінки, які виникають в умовах її хронічного соматичного захворювання і ґрунтуються на типах психологічного реагування на захворювання (Д. Е. Личко, Н. Я. Іванов). Ці типи об'єднані в певні блоки. Перший блок охоплює типи ставлення до хвороби та поведінки, за яких соціальна адаптація суттєво не порушується:

- гармонійна;
- ергопатична;
- анозогнозична.

Другий і третій блоки – типи реагування, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації, у зв'язку із захворюванням – інтрапсихічна спрямованість:

- тривожна;
- іпохондрична;
- неврастенічна;
- меланхолічна;
- апатична.

Емоційно-афективна сфера хворих ыз такими типами поведінки проявляється в дезадаптивній поведінці: реакції за типом драгівної слабкості, тривожний, пригнічений стан, «втеча» в хворобу, відмова від боротьби з хворобою.

Третій блок – поведінкові типи з інтерпсихічною спрямованістю. Це типи поведінки з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості хворого:

- сензитивна;
- егоцентрична;

- паранояльна;
- дисфорична.

Хворі з таким ставленням до хвороби характеризуються дезадаптивною поведінкою, що призводить до порушення їх соціального функціонування.

Ставлення до хвороби, маючи всі психологічні характеристики, охоплює 3 компоненти: когнітивний, емоційний, поведінковий (Л. Вассерман).

– **Когнітивний** – знання про хворобу, усвідомлення її ролі та впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз.

– **Емоційний** – відчуття переживання хвороби та ситуації, що з нею пов'язана.

– **Поведінковий** – пов'язаний із хворобою, що сприяє адаптації та дезадаптації до неї і виробленню певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях, пов'язаних із хворобою (прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки).

1. Нормативна поведінка пацієнта (який страждає від будь-якого хронічного захворювання) – це **гармонійна поведінка**: реальна оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість і бачити все в темному світлі, проте і без недооцінки важкості хвороби, прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування, а також небажання обтяжувати інших турботами догляду за собою (людина розуміє, що не має права вимагати турботи про себе, може лише очікувати її й приймати в тій мірі, в якій їй можуть дати).

У випадку інвалідизації нормативним є переключення інтересів на ті сфери життя, які є доступними хворому, а у разі несприятливого прогнозу хвороби – зосередження уваги, турбот, інтересів на долі близьких, на своїй справі.

Головні принципи гармонійної поведінки соматично хворих – **реалізм і активність**. Реалізм проявляється у сприйнятті симптомів і розумінні хвороби. Активність

людини протиставляється пасивності при девіантних формах поведінки. Пасивність уособлює той стан, коли хвора людина ніби «вручає себе медичному працівнику», не докладаючи зусиль для оздоровлення, а також, коли хвора людина розглядає свій організм як апарат, машину, технічний механізм, який він здає в ремонт і пасивно очікує повернення речі «як нової».

2. Тривожна девіантна поведінка має такі ознаки: безперервний неспокій, надумливість щодо несприятливого протікання захворювання, можливих ускладнень; схильність наполегливо шукати нові способи лікування, шукати додаткову інформацію про хворобу; безперервний пошук авторитетів-лікарів, недовіра до медицини; пригнічений, тривожний настрій, який проектується в майбутнє.

3. *Іпохондрична девіантна поведінка:*

– зосередження уваги на суб'єктивних хворобливих відчуттях, прагнення постійно про них висловлюватися оточуючим; перебільшення реальних і висловлювання не існуючих хворіб та страждань; поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх; вимога детального медичного обстеження та страху шкоди і болю;

– схильність до егоцентризму; схильність до деталізації опису свого самопочуття під час звернення до лікаря чи інших слухачів;

– головний мотив поведінки – страх втратити щось важливе для точної діагностики.

4. ***Меланхолічна девіантна поведінка*** – невіра у выздоровлення та можливе поліпшення; активні депресивні висловлювання; песимістичний погляд на світ; невіра в успіх навіть за сприятливих прогнозів.

5. ***Апатична девіантна поведінка*** – повна байдужість до своєї долі, до результату лікування; пасивне підкорення процедурам і лікуванню за наполегливого спонукання з боку оточуючих; втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. **Неврастенічна (дисфорична) девіантна поведінка** – поведінка за типом «дратівливої слабкості», що характеризується спалахами гніву і роздратування, які часто поширюються на першого зустрічного і завершуються розкаянням і слізьми; непереносимість больових відчуттів, нетерпеливість, нездатність очікувати полегшення, капризність, вимогливість.

7. **Обсесивно-фобічна девіантна поведінка** – переживання про нереальні, малоймовірні ускладнення хворого, а також можливі, але необґрунтовані невдачі у житті та на роботі.

8. **Ейфорична поведінка** – необґрунтовано підвищений настрій, штучне легковажне ставлення до хвороби та лікування.

9. **Анозогностична поведінка** – відкидання та заперечення хвороби (часто при алкоголізмі).

10. **Ергопатична поведінка** – синдром втечі в хворобу – трудоголізм.

11. **Паранояльна поведінка** – переконання, що хвороба є результатом чийогось злого наміру; крайня форма підозрливості.

12. **Сенситивна поведінка** – надмірна стурбованість можливим несприятливим враженням, яке можуть мати на оточуючих факти хвороби.

Психологічні особливості онкологічного процесу

Онкологічний процес має, з одного боку, психогенний вплив – діагноз, що традиційно вважається невиліковним є психічно травмуючим, з іншого – соматогенний вплив – це комплекс психічної та фізичної астенії, що суттєво впливає на психічну діяльність і формує соматогенні психічні розлади. Якщо ж онкологічний процес активізується у гормонозалежних та гормонопродуруючих органах, виникає ризик психоендокринного симптомокомплексу зі спеціальними клінічними проявами.

Фази реагування на злоякісні новоутворення

Фаза 1. Анозогностична – заперечення наявності онкологічної патології, применшення важкості свого стану – діагноз помилковий.

Фаза 2. Дисфорична – після підтвердження діагнозу виникає дисфорія, протест, схильність до агресивних дій (до себе та оточуючих).

Фаза 3. Аутосугестивна – прийняття факту та «введення торгу» (головне, щоб не було болі).

Фаза 4. Депресивна – після тривалої терапії – поступова втрата надії на вилікування, песимізм, пасивність.

Фаза 5. Апатична – на останніх етапах захворювання – примирення з хворобою, прийняття будь-якого факту, байдужість до оточуючих, до всіх зовнішніх та внутрішніх процесів.

Зокрема, Ф. Е. Василюк визначає фази реакції батьків на хворобу своїх дітей:

1. Заперечення.

2. Протест, гнів (чому саме моя дитина?) – агресія, збудження, потреба емоційної підтримки.

3. Етап «торгу переговорів» – звуження життєвого горизонту (все нове може лякати), тому рівновага підтримується за допомогою старих, звичних речей, що створюють ілюзію ніби нічого не сталося.

4. Депресивний стан (і у батьків, і дітей) – різкі перепади настрою, стани страху, провини, відчаю, можливий регрес у поведінці, надмірна збудженість змінюється метушнею).

5. Прийняття постійного діагнозу – часте звертання до релігії.

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 ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Параметри оцінки будь-якої хвороби і формування психологічного ставлення до неї.

2. Види девіантної поведінки у соматично хворих.

3. Психологічні особливості онкологічного процесу.
4. Фази реагування на злякисні новоутворення.
5. Поняття соціальної норми та її відносність поведінки у соматично хворих.
6. Поняття гармонійної поведінки у соматично хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
4. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
5. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
6. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
9. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
10. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

11. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.

12. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

13. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Поясніть особливості перебігу тривожного виду девиантної поведінки у соматично хворих.

2. Поясніть особливості перебігу ергопатичної девиантної поведінки у соматично хворих.

3. Поясніть особливості перебігу паранояльної девиантної поведінки у соматично хворих.

4. Поясніть особливості перебігу меланхолійної девиантної поведінки у соматично хворих.

5. Поясніть особливості перебігу сенситивної девиантної поведінки у соматично хворих.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Мое розуміння причин гармонійної та девиантної поведінки у соматично хворих».

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь.

1. Вкажіть основні дослідження девиантної поведінки у соматично хворих на сучасному етапі.

2. Проаналізуйте фази розвитку онкологічного процесу та їх вплив на виникнення девиантної поведінки.

Розділ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБИСТОСТІ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Тема 9. Психологічна діагностика особистості з девіаціями поведінки

Власне, психологічна допомога особистості здійснюється за такими напрямками, як психологічна превенція (попередження, профілактика) і психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація). Водночас психодіагностика є допоміжним засобом, що вирішує проміжні практичні завдання.

Психологічна допомога особистості з девіантною поведінкою передбачає насамперед її психологічну діагностику, що має на меті встановити і різновид девіантної поведінки особистості, і чинники, що її зумовили. Традиційно причини девіантної поведінки шукають, виявляючи особливості сімейного оточення, роботи школи чи трудового колективу, впливу неформального оточення. Незаперечною важливістю 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 відчуті 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.

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.

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).

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);

– настрої (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 «Неприспосованість» – 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 *besida*, 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 встано-

влений 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 (Додаток Г), призначений для діагностики агресивних та ворожих реакцій людини. Опитувальник містить такі шкали:

- 1) фізична агресія (застосування фізичної сили проти інших осіб);
- 2) непряма 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 гарячування, прояву брутальності за найменшого збудження);

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

5) образа (заздрість 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) (Додаток В), 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: тест «Схильність до залежної поведінки» (В. Д. Менделевич) (Додаток А), опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму (К. К. Яхін, В. Д. Менделевич) (Додаток Б), скринінгову діагностику комп'ютерної залежності (Л. Н. Юрьєва, Т. Ю. Більбот).

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

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 смисл 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), імпульсивну (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 проєктивних 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 дослідниця 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, нав-

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

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
4. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
5. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
6. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.

7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.

9. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.

10. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

11. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.

12. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

13. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Поняття психодіагностики девіантної поведінки.
2. Методи психодіагностики девіантної поведінки.
3. Метод спостереження у психології девіантної поведінки особистості.
4. Метод бесіди у психології девіантної поведінки особистості.
5. Метод тестування у психології девіантної поведінки особистості.
6. Особистісні опитувальники у психодіагностиці девіантної поведінки особистості.
7. Проективні методики у психодіагностиці девіантної поведінки.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Мое розуміння значення психодіагностики як етапу психологічної допомоги особистості, схильної до девіантної поведінки»

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Виконайте завдання:

1. Складіть план спостереження за проявами агресивності у студентів вашого курсу та проведіть його.
2. Продіагностуйте студентів вашої групи щодо схильності до залежної поведінки.

Тема 10. Профілактика девіантної поведінки особистості

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).

В українській психолого-педагогічній науці відомі давні традиції профілактики і корекції девіантної поведінки

через створення спеціального розвиваючо-виховуючого середовища. 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):

- організація соціального середовища, в межах якої передбачається соціальна реклама щодо формування настанов на здоровий спосіб життя;
- створення негативної громадської думки щодо проявів девіантної поведінки насамперед через засоби масової інформації;
- формування соціальних «зон підтримки», зокрема, через організацію та підтримку громадських організацій, молодіжних рухів та ін.;
- інформування, що передбачає вплив на когнітивні процеси особистості для підвищення її здатності ухвалювати конструктивні рішення щодо власної поведінки; здійснюється через організацію лекцій, бесід, групових дискусій, поширення відео- і телефільмів тощо;
- 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;

- 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);

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

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

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.

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 ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
4. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
5. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
6. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
7. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.

9. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.

10. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

11. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.

12. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

13. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які завдання має профілактика девіантної поведінки особистості?

2. Розкрийте зміст первинної та вторинної профілактики девіантної поведінки.

3. Які форми профілактики девіантної поведінки особистості?

4. Які наукові галузі мають бути задіяні для профілактики девіантної поведінки особистості?

5. Які сучасні проблеми профілактики девіантної поведінки в Україні?

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Мое розуміння сучасних методів профілактики девіантної поведінки»

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Виконайте завдання:

1. Намалюйте соціальну рекламу профілактики девіантної поведінки.

2. Проаналізуйте, які методи та форми роботи ЗМІ можна використати для профілактики девіантної поведінки.

Тема 11. 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 напряму 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. Інтеракціоністський підхід фокусується на прагненні людини поділити своє життя з іншими у пошуках вирішення соціальних ситуацій через обігравання 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).

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/9MdxM2fqj2U>).

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, сформувати об'єктивну й чітку картину 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, співзалежних).

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.

- Смирно 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.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М., 2000.
2. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
4. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
5. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
6. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
7. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
8. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
9. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.

10. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

11. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.

12. Мехтиханова Н. Н. Психология зависимого поведения: учеб. пос. / Н. Н. Мехтиханова. – М.: МПСИ, 2008. – 160 с.

13. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учебное пособие для студентов вузов / А. А. Осипова. – М.: ТЦ «Сфера», 2001 – 512 с.

14. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

15. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які є методи психокорекції важковиховуваних дітей?
2. Поясніть методи психокорекції агресивності у дітей.
3. Обґрунтуйте методи психокорекції тривожності у дітей.
4. Розкрийте зміст методів психокорекції самооцінки особистості.
5. Які є особливості функціонування телефону довіри?
6. Які основні характеристики девіантності особистості ви знаєте?
7. Поясніть особливості роботи груп Анонімних Алкоголіків та Анонімних наркоманів (АА та АН).

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Написати психологічне есе на тему «Мое розуміння сучасних методів психокорекції девіантної поведінки»

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Завдання. Подумайте над цими питаннями і дайте на них письмову відповідь.

1. Подайте характеристику програми груп Анонімних Алкоголікв та Анонімних наркоманів (АА та АН).

2. Проаналізуйте причини та закономірності корекції девіантної поведінки в груповій роботі.

3. Подумайте, які є переваги та недоліки у індивідуальній та груповій роботі.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ТА САМОКОНТРОЛЮ

1. Поняття поведінкової норми охоплює:
 - а) правовий і моральний аспекти;
 - б) правовий, моральний і естетичний аспекти.
2. Суїцидальна поведінка розглядається у психологічній літературі як:
 - а) феномен;
 - б) деліквентна поведінка.
3. Поведінкова патологія охоплює: схильність до дезадаптації, тотальність, стабільність.
 - а) так;
 - б) ні.
4. Масова анозогнозія – це відмова людини визнавати себе хворою на першій або навіть на другій стадії алкоголізму:
 - а) так;
 - б) ні.
5. Бродяжництво належить до асоціальної поведінки:
 - а) так;
 - б) ні.
6. Психологія девіантної поведінки належить до:
 - а) загальної психології;
 - б) міждисциплінарної науки.
7. Гемблінг – це харчова залежність.
 - а) так;
 - б) ні.
8. Оцінка поведінкової норми, патології, девіації охоплює такі підходи:
 - а) кримінальний, професійний;
 - б) професійний, соціальний, психологічний, феноменологічний, психіатричний, етнокультурний, віковий, гендерний.

9. Віктимна поведінка – це кримінальна поведінка.

а) так;

б) ні.

10. Позитивні девіації:

а) є специфічними ознаками девіантної особистості;

б) характеризують нестандартну особистість, відіграють позитивну роль у прогресивному розвитку суспільства.

11. До соціальних чинників девіантної поведінки належать соціальні проблеми, політичні проблеми, суспільна мораль.

а) так;

б) ні.

12. Гендер – це жорстка регламентація поведінки особистості відповідно до її статі.

а) так;

б) ні.

13. А. Личко й Е. Ейдемільер виокремлюють особливо несприятливі для розвитку особистості стилі виховання:

а) гіпопротекція, домінуюча гіперпротекція, підвищена моральна відповідальність, демократичний стиль;

б) гіпопротекція, потуральна гіперпротекція, домінуюча гіперпротекція, неприйняття, підвищена моральна відповідальність, непослідовний стиль.

14. Дисморфофобія – це:

а) мінливий стан;

б) страх зміни власного тіла.

15. Бродяжництво – це:

а) соціальний паразитизм;

б) гемблінг.

16. Передумовою успішної профілактичної роботи девіантної поведінки школярів є:

а) суспільна мораль;

б) психологічне консультування батьків і педагогів.

17. За поведінкою людини не можна визначити успішність її соціалізації.

а) так;

б) ні.

18. До психологічних проявів девіантної поведінки належать емоційні проблеми.

а) так;

б) ні.

19. Графіті – це тип вандалізму.

а) так;

б) ні.

20. Стан «аномії» – це падіння моральності.

а) так;

б) ні.

21. Психоактивна речовина – це хімічна речовина, що здатна викликати за одноразового вживання стан ейфорії, а при систематичному...

а) психічне узалежнення;

б) психічне та фізичне узалежнення.

22. До соціально-психологічних чинників девіантної поведінки належать:

а) суспільна мораль, спадкова обтяженість;

б) стиль виховання дитини в сім'ї, тип контролю і дисципліни дитини в сім'ї, емоційне прийняття-неприйняття дитини в сім'ї.

23. Стан «аномії» – це:

а) кризовий період;

б) падіння моральності.

24. Стиль виховання «гіпопротекція» охоплює:

а) недостатність або відсутність уваги, турботи про духовний і фізичний розвиток дитини;

б) центрація батьків на дитині, потурання її капризам і слабостям.

25. Адикція – це:

- а) спадкова обтяженість;
- б) залежність.

26. Проступок – це:

- а) специфічна ознака девіантної поведінки особистості;
- б) характеризує нестандартну особистість;
- в) навмисне порушення вимог дорослого.

27. До педагогічних чинників девіантної поведінки належать:

- а) шкільна дезадаптація, спадкова обтяженість;
- б) соціально-педагогічна занедбаність, самооцінка, рівень локусу контролю;
- в) соціально-педагогічна занедбаність, шкільна дезадаптація, ставлення педагога до дитини.

28. Серед індивідуально-психологічних чинників у становленні розвитку девіантної поведінки особистості особливо важливу роль відіграють:

- а) рівень самоповаги, соціальні проблеми;
- б) особливості локусу контролю, стиль сімейного виховання;
- в) тривожність, особливості локусу контролю, рівень самоповаги.

29. Стиль виховання дитини «потуральна гіперпротекція» охоплює:

- а) недостатність або відсутність уваги до розвитку дитини;
- б) центрація батьків на дитині, потурання її капризам і слабкостям;
- в) непослідовність, агресивність.

30. Ознаки абстинентного синдрому:

- а) ейфорія;
- б) спокій, емоційна стійкість;
- в) фізичний і психічний дискомфорт.

31. До структури девіантної поведінки за В. Д. Менделевичем належать:

- а) деліквентна, адиктивна, патохарактерологічна;
- б) адиктивна, патохарактерологічна, психопатологічна, поведінка на базі гіперздібностей;
- в) деліквентна, адиктивна, патохарактерологічна.

32. Агресія – це:

- а) прояв девіантної поведінки відповідно до статі;
- б) напад на кого-небудь;
- в) фізична чи вербальна поведінка, спрямована на заподіяння шкоди кому-небудь.

33. Людина з гіперздібностями вибирає такий тип взаємодії з реальністю:

- а) ігнорування реальності;
- б) протидія реальності;
- в) пристосування до реальності.

34. Психоактивна речовина – це:

- а) хімічна речовина, що здатна викликати за одноразового вживання стан зникнення відчуття реальності власного «я»;
- б) хімічна речовина, що здатна викликати за одноразового вживання стан ейфорії, а при систематичному – психічне та фізичне uzалежнення;
- в) хімічна речовина, що здатна викликати за одноразового вживання страх зміни власного тіла.

35. Бродяжництво належить до:

- а) деліквентної поведінки;
- б) асоціальної поведінки;
- в) адиктивної поведінки.

36. Ознака «залежності» є типовою для кримінальної поведінки:

- а) так;
- б) ні.

37. До соціальних чинників девіантної поведінки належать:

а) соціальні проблеми, політичні проблеми, економічні проблеми, суспільна мораль;

б) комерціалізація освіти, стиль сімейного виховання, шкільна дезадаптація;

в) політичні проблеми.

38. Гемблінг – це:

а) харчова залежність;

б) ігрова залежність.

39. Програма роботи з дітьми молодшого шкільного віку в разі порушень розвитку охоплює:

а) посилену навчальну діяльність;

б) зняття стану емоційного дискомфорту, створення ситуації успіху.

40. Стан «аномії» – це:

а) несприятливе соціально-економічне становище в сім'ї;

б) падіння моральності.

41. Стиль виховання «гіпопротекція» охоплює:

а) недостатність або відсутність уваги, турботи про духовний і фізичний розвиток дитини;

б) центрація батьків на дитині.

42. Вандалізм може належати до:

а) адиктивної поведінки;

б) деліквентної поведінки.

43. Перший етап спостереження передбачає:

а) фіксацію даних;

б) визначення мети спостереження.

44. Психологічна превенція це:

а) психологічна діагностика;

б) попередження, профілактика.

45. Однією із головних форм профілактики девіантної поведінки дітей і підлітків є:
- а) метод залякування;
 - б) організація соціального середовища та діяльності.
46. Особливістю психологічного методу бесіди є:
- а) деталізація опису свого самопочуття;
 - б) невимушеність.
47. Предметом спостереження є:
- а) вербальні та невербальні акти поведінки;
 - б) зовнішній вигляд досліджуваного.
48. Методика С. Розенцвейга вивчає:
- а) тривожність, схильність до алкоголізму;
 - б) фрустрацію.
49. Гендер це:
- а) прояв девіантної поведінки відповідно до статі;
 - б) жорстка регламентація поведінки особистості відповідно до її статі.
50. Віктимна поведінка – це:
- а) поведінка жертви;
 - б) кримінальна поведінка.
51. Ознака «залежності» є типовою для:
- а) адиктивної поведінки;
 - б) деліквентної поведінки.
52. Фізична залежність від алкоголю виникає на:
- а) 2 стадії алкоголізму;
 - б) на стадії пияцтва.
53. Прором алкоголізму – це:
- а) ситуації будь-якого вживання алкоголю;
 - б) перехідна стадія між зловживанням алкоголем та захворюванням на алкоголізм.

ОРІЄНТОВНІ ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ З ПСИХОЛОГІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

1. Психологічний зміст поняття «девіантна поведінка».
2. Характеристика поняття «норма» і її види.
3. Поняття соціальної дезадаптації.
4. Порівняльний аналіз кримінальної та деліквентної поведінки.
5. Психологічні прояви девіантної поведінки.
6. Чинники виникнення відхилень у поведінці особистості.
7. Соціально-психологічні чинники девіантної поведінки особистості.
8. Педагогічні чинники виникнення відхилень у поведінці.
9. Особливості ставлення особистості з девіантною поведінкою до себе.
10. Роль сім'ї у становленні особистості важковиховуваної дитини.
11. Неадекватні виховні впливи батьків і педагогів як передумови відхилень у поведінці.
12. Агресивність і девіантна поведінка особистості.
13. Індивідуально-психологічні особливості підлітків, які становлять групу ризику щодо девіантної поведінки.
14. Неприятливі стилі сімейного виховання як чинник девіантної поведінки.
15. Особистісні проблеми батьків як передумови несприятливих тенденцій у поведінці дитини.
16. Вікові особливості прояву девіантної поведінки особистості.
17. Особливості відхилень у поведінці дошкільників.
18. Шкільна дезадаптація як чинник відхилень у поведінці молодшого школяра.
19. Прояви девіантної поведінки у молодших школярів.
20. Особливості девіантної поведінки підлітків.
21. Характеристика видів девіантної поведінки.
22. Гендерні особливості прояву девіантної поведінки особистості.

23. Психологічна діагностика особистості з девіаціями в поведінці.
24. Методи психологічної діагностики особистості з поведінковими девіаціями.
25. Спостереження як метод психодіагностики особливостей девіантної поведінки особистості.
26. Методи психопрофілактики девіантної поведінки особистості.
27. Особливості діяльності психолога з профілактики девіантної поведінки.
28. Особливості діяльності психолога з корекції девіантної поведінки.
29. Методи психокорекції девіантної поведінки особистості.
30. Психологічна профілактика емоційного вигорання і професійної деформації особистості педагога як передумова запобігання несприятливим тенденціям розвитку особистості дитини.
31. Особливості взаємодії психолога з батьками щодо профілактики і корекції девіантної поведінки дитини.
32. Психологічні особливості самовиховання як фактор попередження та подолання поведінкових девіацій.
33. Основні напрями соціально-психологічної реабілітації особистості з девіантною поведінкою.
34. Особливості функціонування телефону довіри як засобу профілактики девіантної поведінки.
35. Психологічні умови попередження девіантної поведінки особистості.
36. Поняття адиктивної поведінки.
37. Психологічний аспект подолання алкоголізації та наркотизації підлітків.
38. Роль ЗМІ у подоланні та профілактиці девіантної поведінки особистості.
39. Роль психолога у профілактиці девіантної поведінки особистості.
40. Психологічний аналіз понять «норма», «патологія», «девіація».
41. Поняття «психічне здоров'я».

42. Поняття «психологічне здоров'я».
43. Поняття «психологічна культура».
44. Поняття віктимної поведінки особистості.
45. Вандалізм як вид девіантної поведінки.
46. Специфічні ознаки девіантної поведінки.
47. Роль сім'ї у становленні та закріпленні девіантної поведінки.
48. Адиктивна поведінка як вид девіантної поведінки особистості.
49. Алкогольне uzалежнення як вид адикції.
50. Наркотичне uzалежнення як вид адикції.
51. Агресивна поведінка особистості.
52. Аутоагресивна поведінка особистості.
53. Психологічні особливості порушення харчової поведінки особистості.
54. Поняття анорексії.
55. Поняття булімії.
56. Поняття гемблінгу.
57. Поняття соціального паразитизму.
58. Позитивні девіації.
59. Поняття аномії.
60. Психоактивна речовина.
61. Поняття алкогольного синдрому плоду.
62. Психологічна характеристика деліквентності.
63. Психологічні особливості віктимної поведінки.
64. Психологічні особливості суїцидальної поведінки.
65. Педагогічна занедбаність як аспект девіантної поведінки.
66. Гендерні стереотипи та їх вплив на прояви девіантної поведінки.
67. Особливості спостереження як методу вивчення девіантної поведінки особистості.
68. Особливості діяльності шкільного психолога щодо профілактики девіантної поведінки особистості.
69. Особливості девіантної поведінки у соматично хворих.
70. Акцентуації характеру та психопатії.
71. Порушення поведінки, зумовлені дисгармонійним розвитком.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
2. Змановская Е. В. Девиантология: учеб. пособие / Е. В. Змановская. – М.: Академия, 2003. – 288 с.
3. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. – СПб.: Питер, 2010. – 532 с.
4. Егоров А. Ю. Клиника и психология девиантного поведения: научное издание / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
5. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 120 с.
6. Максимова Н. Ю. Безпека життєдіяльності: соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2006. – 328 с.
7. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
8. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
9. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / В. Д. Менделевич. – СПб., 2005. – 445 с.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М., 1998. – 358 с.
11. Мехтиханова Н. Н. Психология зависимого поведения: учеб. пособие / Н. Н. Мехтиханова. – 2-е изд. – М.: Флинта, 2008. – 160 с.
12. Шнейдер Л. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Шнейдер. – М., 2005.

Допоміжна

13. Апетик Н. М. та ін. Психокорекційні техніки як засіб формування адекватного образу Я і саморегуляції неповнолітніх з поведінковими девіаціями / Н. М. Апетик. – Чернівці: Рута, 2000. – 41 с.
14. Асмолов А. Г. Психология личности / А. Г. Асмолов. – М.: Просвещение, 1990. – 120 с.
15. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 160 с.
16. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб.: Питер, 2000. – 538 с.
17. Берн Р. Агрессия / Р. Берн, Д. Ричардсон. – СПб.: Питер, 1999. – 352 с.
18. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М., 1986. – 90 с.
19. Бех І. Д. Від волі до особистості / І. Д. Бех. – К.: Україна-Віта, 1995. – 76 с.
20. Вроно Е. М. Поймите своего ребенка: о детских страхах, конфликтах и других проблемах / Е. М. Вроно. – М.: Дрофа, 2002. – 223 с.
21. Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений / В. К. Вилюнас. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. – 193 с.
22. Говорун Т. В. Гендерна психологія: навч. посіб. / Т. В. Говорун, О. М. Кікінеджі. – К.: Академія, 2004. – С. 198–250.
23. Горелова Г. Г. Кризисы личности и педагогическая профессия / Г. Г. Горелова. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 328 с.
24. Гольдштейн А. Тренінг умінь спілкування: як допомогти проблемним підліткам / А. Гольдштейн. – К.: Либідь, 2002. – 520 с.
25. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/Д: Фенікс, 2007. – 120 с.

26. Диагностика педагогической запущенности учащихся / под ред. А. С. Белкина. – Свердловськ, 1979. – 108 с.
27. Дробинская А. О. Школьник трудностям «нестандартних» детей / А. О. Дробинская. – М.: Школа-Пресс, 2001. – 144 с.
28. Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 187 с.
29. Козубовська І. В. Соціальна профілактика девіантної поведінки: корекція відхилень у поведінці важковиховуваних дітей у процесі професійного педагогічного спілкування / І. В. Козубовська, Г. В. Товканець. – Ужгород: Патент, 1998. – 195 с.
30. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. – Ростов н/ Д: Феникс, 2007. – 120 с.
31. Кон И. С. Психология ранней юности: кн. для учителя / И. С. Кон. – М.: ПРОСвещение, 1989. – 255 с.
32. Кочетков А. С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / А. С. Кочетков. – СПб.: Алетея, 2001. – 220 с.
33. Психология состояний: хрестоматия / составители Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров / под ред. проф. А. О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. – 489 с.
34. Курек Н. С. Нарушения психологической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / Н. С. Курек. – СПб.: Алетея, 2001. – 220 с.
35. Личко А. Е. Психопотия и акцентуация характера у подростков / А. Е. Личко. – 2-е изд. – Л.: Медицина, 1983. – 167 с.
36. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
37. Миньковский Г. Профилактика правонарушений среди несовершеннолетних / Г. Миньковский, А. Тузов. – К.: Политиздат Украины, 1987. – 215 с.

38. Підласий І. П. Корекція девіантної поведінки молодших школярів: Експериментальні матеріали / І. П. Підласий, О. В. Шарапова. – Черкаси: ЧДГУ, 2002. – 44 с.
39. Протасова Н. И. Психологическая диагностика девиантного поведения несовершеннолетних: метод. реком. / Н. И. Протасова. – Астрахань: Изд-во АГПУ, 2000. – 26 с.
40. Протасова Н. И. Психологическая помощь детям с девиантным поведением: метод. реком. / Н. И. Протасова. – Астрахань: В. А. Татенко. – К.: Вища шк., 1989. – 254 с.
41. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.
42. Реан А. А. Специальная педагогическая психология / А. А. Реан, Я. Л. Коломинский. – СПб.: Питер, 1999. – 416 с.
43. Степанов В. Г. Психология трудных школьников: учебное пособие для учителей и родителей / В. Г. Степанов. – М.: Издат. центр «Академия», 1998. – 320 с.
44. Учителям и родителям о психологии подростков / под ред. Г. Г. Аракелова. – М.: Висш. шк., 1990. – С. 35–90.
45. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 198 с.
46. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М., 1990. – 168 с.
47. Ейдемиллер Е. Г. Психология и психотерапия семьи / Е. Г. Ейдемиллер, В. Юстицкис. – 2-е изд., расш. и доп. – СПб.: Питер, 2000. – 272 с.
48. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – 2-е изд. М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2007. – 336 с.
49. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени / К. Г. Юнг. – М., 1993. – 678 с.
50. Ярошевский М. Г. Психологи в XX столетии. Теоретические проблемы развития психологической науки / М. Г. Ярошевский. – 2-е изд. – М., 1974. – 526 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест «Схильність до залежної поведінки» (В. Д. Менделевич)

Застосовується з метою виявлення схильності до залежної поведінки.

Інструкція. Досліджуваний повинен, користуючись цієї шкалою, вказати в якій мірі він згідний або не згідний з кожним із тверджень, ставлячи Х у відповідному місці. Можна давати тільки одну відповідь на кожне твердження:

- 1 – абсолютно не згідний (зовсім не так);
- 2 – швидше не згідний (швидше не так);
- 3 – ні те ні інше (і так, і не так);
- 4 – швидше згідний (швидше так);
- 5 – абсолютно згідний (саме так).

№	Твердження	1	2	3	4	5
1	Я схильний розчаруватися в людях					
2	Вірити в прикмети безглуздо					
3	Часто буває, що я ображаюся на батьків або друзів					
4	Часто я спізнююся на навчання (роботу) або на зустріч через непередбачені обставини в дорозі					
5	Оточуючі часто дивують мене своєю поведінкою					
6	Мої батьки часто намагаються поводитися зі мною як з маленькою дитиною					
7	Я люблю планувати свій час до дрібниць і з точністю до хвилин					

8	Мені здається, що я відчуваю те, що відбувається навколо гостріше, ніж інші люди					
9	Батьки самі винні в тому, що їх діти починають вживати наркотики («колотися»)					
10	Для мене не існує абсолютних авторитетів					
11	У дитинстві був період, коли я дуже любив що-небудь підраховувати (кількість вікон, сходинок, номери машин)					
12	Якби батьки або інші дорослі більше б говорили з дітьми про шкідливість наркотиків, то мало хто ставав би наркоманом					
13	Мені легше перенести конфлікт, ніж одноманітне розмірене життя					
14	Я вірю в наведення порчі					
15	Перед тим, як що-небудь зробити я прагну передбачити всі небезпеки, які можуть підстерігати мене					
16	Якщо я чимось захоплено зайнятий, то часто навіть не помічаю, що відбувається навколо					
17	Я живу та дію відповідно до приказки: «Сподівайся на краще, але готуйся до гіршого»					
18	Мене нелегко переконати в будь-чому					
19	Мене часто обдурювали (обдурюють)					

20	Невідомість для мене дуже болісна й обтяжлива					
21	Мене дратує, коли на вулиці, в магазині або в транспорті на мене пильно дивляться					
22	Життя малоцікаве, коли в ньому немає небезпек					
23	Я не поважаю тих, хто відколюється від колективу					
24	Деякі люди одним дотиком можуть зцілити хвору людину					
25	Життя повинно бути радісним, інакше немає чого жити					
26	Я добре орієнтуюся в часі й, не дивлячись на години, можу точно сказати, яка зараз година					
27	Якщо я хочу що-небудь зробити, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я готовий відмовитися від своїх намірів					
28	У дитинстві я часто відмовлявся залишатися один					
29	Мені часто буває нудно, коли нічим себе зайняти					
30	У житті треба спробувати все					
31	Я легко можу заснути в будь-який зручний час (і вночі, і вдень)					
32	Після того, як я ходив у ліс за грибами, у мене довго можуть зберігатися спогади про гриби					
33	Я люблю помріяти про те, на що я витрачу можливий майбутній виграш у лотереї, як учиню з обіцяним подарунком					

34	Часто думаю: «Добре б стати дитиною»					
35	Мені часто складно знаходити правильні слова для моїх почуттів					
36	Для мене складно позичити знайомому гроші на алкоголь					
37	Я схильний жити, прагнучи не обтяжувати себе роздумами про те, що може відбутися зі мною в майбутньому					
38	Я люблю, коли мені ворожать на картах або по руці					
39	Мені добре вдається копіювати міміку та жести інших людей					
40	Коли мене будять уночі або рано-вранці, то я довго не можу зрозуміти, що відбувається навколо					
41	Музику я люблю гучну, а не тиху					
42	У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точну оцінку					
43	Людина повинна старатися розуміти свої сни, керуватися ними в житті та переймати з них застереження					
44	Мене складно застати зненацька					
45	Усі відомі мені «чудеса» пояснюються дуже просто: обман і фокуси					
46	Мене вважають наївною людиною, оскільки я часто опиняюся в негативних для себе ситуаціях					

47	Наркотики бувають «легкими», і вони не викликають наркоманії					
48	Я іноді відчував, що хтось за допомогою гіпнозу примушував мене здійснювати які-небудь вчинки					
49	Мої знайомі вважають мене романтиком					
50	Я вірю в чудеса					
51	Навіть психічно здорова людина іноді не може відповідати за свої вчинки					
52	Мене часто спантеличує поведінка та вчинки людей, яких я давно знаю					
53	Нікому не можна довіряти – це правильна позиція					
54	Найщасливіший період життя – це молодість					
55	У дитинстві я боявся, що мама може мене покинути, піти з дому і не повернутися					
56	Я схильний ліпше пам'ятати неприємні події, що відбулися зі мною насправді, ніж власні прогнози з приводу можливості таких подій					
57	Я люблю радитися з друзями (або дорослими), як учинити в складній ситуації					
58	Я б погодився пожити мало, але бурхливо					
59	Я б міг через суперечку ввести собі у вену наркотик (героїн)					

60	Часто мене не оцінювали справедливо					
61	Я завжди точно можу сказати, скільки грошей я витратив і скільки у мене залишилося					
62	У дитинстві я довго не міг звикнути до дитячого садку та не хотів туди через це ходити					
63	Своїм друзям або подругам я довіряю повністю і переконаний, що вони мене ніколи не обдурять і не зрадять					
64	Небезпека вживання наркотиків явно перебільшена					
65	У житті все-таки мало яскравих подій					
66	Я не люблю тривалі поїздки в поїзді або на автобусі					
67	Мене дратує брудне скло, тому що весь світ тоді здається брудним і сірим					
68	Коли мені нудно, я звичайно лягаю поспати					
69	Часто батьки (або дорослі) дорікають мені в тому, що я слухаю надмірно гучну музику					
70	Дуже болісно чого-небудь чекати					
71	Я міг би після деяких попередніх пояснень керувати маленьким (спортивним) літаком					
72	Я часто прокидаюся вранці за декілька секунд або хвилин до дзвінка будильника					

73	Якби трапилася пожежа та мені треба було б стрибнути з вікна п'ятого поверху на тент, розгорнений пожежниками, я б не замислюючись зробив це					
74	Мені шкода наївних людей					
75	Мене бентежить, коли люди довго та пильно дивляться мені в очі					
76	Ризикувати всім, наприклад в казино, можуть тільки сильні люди					
77	У тому, що підліток стає наркоманом, винні ті, хто продає наркотики					
78	Я люблю дуже швидку, а не повільну їзду					
79	Я довіряю прогнозам гороскопів і слідую рекомендаціям, що містяться в них					
80	Мене дуже цікавлять лотереї					
81	Прогнозувати майбутнє – даремна справа, оскільки багато що від тебе не залежить					
82	Я здатний із легкістю описувати свої почуття					
83	У мене в житті бували випадки, коли я щось робив, а потім не пам'ятав, що саме					
84	Вважаю, що цікавість – не негативна риса					
85	Буває, що мене лякають люди з гучним голосом					
86	У мене було (є) багато захоплень (інтересів, хобі)					

87	Коли я залишаюся вдома, то мені часто буває ніяково від самотності					
88	Я не вірю в забобони					
89	Мені говорили, що у мене непогані здібності імітувати голоси або звички людей					
90	Є люди, яким я вірю беззастережно					
91	Трапляється, що під час розмови з тим, хто заїкається, я сам починаю говорити плутано, із запинками					
92	Найобтяжливіше в житті – це самотність					
93	Якщо я починаю грати в яку-небудь гру, то мене непросто відірвати від неї					
94	Буває, що я можу зробити на зло навіть те, що мені самому виявиться не вигідним					
№	Твердження	1	2	3	4	5*
95	Мене завжди притягала та притягає таємничість, загадковість, містика					
96	Бувало, що я на вулиці погоджувався на гру з «наперсточниками»					
97	Я знаю багато хлопців, хто вживає або вживав наркотики					
98	Я, як правило, ставлю будильник так, щоб не тільки все встигнути зробити до відходу з дому, але і мати декілька хвилин у запасі					

99	У своєму житті я часто стикаюся (стикався) з неймовірним збігом несприятливих обставин					
100	Я готовий повністю підкорятися і навіть довірити свою долю, але тільки тому, кого дійсно поважаю					
101	Я люблю ризикувати					
102	Серед моїх знайомих є люди, які володіють талантом переконувати					
103	Мене часто неможливо відірвати від цікавої справи, гри, заняття					
104	Я міг би стрибнути з парашутом					
105	Мені все одно, що про мене думають оточуючі					
106	Мене багато що в житті дивує					
107	Я можу виграти спір у кого завгодно					
108	Я увійшов би разом із приборкувачем у клітку з левами, якби він мені сказав, що це безпечно					
109	Якщо мене про щось просять, мені складно відмовити					
110	Мені легше придумати власні приклади, ніж вивчити напам'ять приклади з підручника					
111	Мені ніколи не буває нудно					

112	Часто я сам від себе не чекаю якого-небудь вчинку					
113	У дитинстві у мене деякий час були різноманітні тики або рухи, що повторювалися					
114	Я люблю помріяти					
115	Мене вабить все нове і незвичайне					
116	Зі мною часто бувають «нещасливі випадки» й усілякі пригоди					

Для оцінки схильності до залежної поведінки бали відповідей на прямі та зворотні питання підсумовуються за кожною шкалою окремо.

Для оцінки схильності до залежності підсумовуються бали, отримані за відповіді на такі питання (перший і другий стовпці). Вони ж використовуються для оцінки схильності до наркозалежності. Схильність до алкогольної залежності оцінюється з використанням відповідей на прямі та зворотні питання, наведені відповідно в третьому та четвертому стовпцях.

№ прямих питань	№ зворотних питань	№ прямих питань	№ зворотних питань
1	2	3	21
3	12	5	29
4	29	14	38
16	30	15	41
19	41	16	44
24	45	17	64
26	53	19	65
48	61	20	67

50	65	24	75
52	67	26	77
54	69	30	81
59	72	43	
76	77	48	
79	78	76	
80	81	79	
89	86	84	
91	112	91	
96	114	95	
97		97	
100		100	
107		107	
108		112	
116		113	
		116	

Інтерпретація

Залежності	Ознаки тенденції	Ознаки підвищеної схильності	Ознаки високої вірогідності
Залежність (наркозалежність)	> 98 балів	> 107 балів	> 116 балів
Алкогольна залежність	> 99 балів	> 105 балів	> 111 балів

Максимальні бали: з наркозалежності – 205, з алкогольної залежності – 175.

**Опитувальник для виявлення ознак алкоголізму
(К. К. Яхін, В. Д. Менделевич)**

Застосовується для виявлення ознак алкоголізму та побутового пияцтва.

Інструкція. Досліджуваний повинен відзначити знаком «+» ті питання, на які дає відповідь «так», знаком «-» – ті, на які дає відповідь «ні».

1. Чи прийнято у Вас вдома зберігати запаси алкогольних напоїв?
2. Чи легко Вас перемогти у суперечці?
3. Чи відмовитесь Ви від ідеї випити, якщо у вас небагато грошей?
4. Чи правильним є те, що потрібно багато доказів для того, щоб переконати людину в якій-небудь істині?
5. Чи доводилось Вам позичати гроші на випивку?
6. Чи вважаєте Ви, що більшість людей є чесними лише через страх попастися?
7. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя таке ж хороше, як у більшості ваших знайомих?
8. Чи буває, що у Вас іноді виникає бажання затіяти з ким-небудь бійку?
9. Чи бувають у Вас періоди, коли Ви щось робили, а потім не знали, що саме?
10. Чи вважаєте Ви, що скандал через зайву чарку руйнує сім'ю?
11. Вас все одно, що про Вас думають інші?
12. Ви вважаєте, що довгі тости заважають хорошему проведенню гуляння?
13. Чи вважаєте Ви, що дружини самі часто винні в тому, що їх чоловіки багато п'ють?
14. Ваші родичі часто були налаштовані проти ваших знайомих?
15. Чи вважаєте Ви проявом неповаги до компанії, якщо людина відмовляється від випивки, посилаючись на стан здоров'я?

16. Чи вважаєте Ви, що єдина цікава сторінка в газетах – розділ гумору?

17. Безглуздо засуджувати людину, що обдурила того, хто сам дозволяє себе обдурювати?

18. Чи виправдуєте Ви керівництво за догану людині, що прийшла на роботу з похмілля після поминок?

19. Чи думаєте Ви в розпалі святкування про те, щоб залишити алкоголь на ранок?

20. Чи доводилось вам жалкувати (переживати почуття незручності) через свою поведінку в нетверезому стані, про який Ви самі не пам'ятаєте?

21. Перед тим, як що-небудь зробити, Вам звичайно необхідно зупинитися і подумати, навіть якщо йдеться про дрібниці?

22. Чи може людина, яка помірно випиває, випадково потрапити в медвитверезник?

23. Чи слабшає у Вас бажання випити після ситного обіду?

24. Чи вважаєте Ви, що майбутнє настільки невизначене, що безглуздо будувати які-небудь серйозні плани?

25. Чи граєте Ви в доміно, в шашки у дворі після роботи?

26. Чи змінюють Вас настрої думки про очікувану випивку?

27. Чи похмеляєтесь Ви?

28. Чи буває, щоб Ви не пам'ятали на ранок те, що робили в нетверезому стані напередодні?

29. Чи обмежуєте Ви гостей у випивці у себе вдома?

30. Чи часто наступного дня після випивки Ви погано себе почуваете?

31. Чи просто змінити Вашу думку, якщо до цього вона здавалося вам остаточною?

32. Чи доводилося Вам зрідка жалкувати про те, що не вистачає випивки?

33. Чи помічаєте Ви, що стали повільніші та більш мляві, немає колишньої енергійності?

34. Після сну Ви відчуваєте себе втомленим і «розбитим» (невідпочившим)?

35. Чи помічаєте Ви, що робота дається вам складно і вимагає неабияких зусиль?

Обробка. Вибрані відповіді аналізують на підставі діагностичних таблиць, підсумовуючи отримані бали (коефіцієнти) з усіх питань.

Таблиця діагностичних коефіцієнтів

Питання	Так	Ні	Питання	Так	Ні
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	35	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Інтерпретація. Рівень алкоголізму – нижче – 12,8 балів; рівень побутового пияцтва від + 12,8 до – 12,8; рівень здоров'я – вище + 12,8 балів.

Методика вимірювання рівня тривожності (Дж. Тейлор)

Методика адаптована Т. А. Немчиним 1966 року. Подано за: Блейзер В. М. Патопсихологическая диагностика. – К, 1986.

Інструкція

Вам буде надано декілька тверджень. Якщо Ви вважаєте, що це твердження повністю Вас стосується, то біля відповідного твердження поставте знак +, якщо Ви не згодні, то – (мінус), якщо ж вагаєтесь, то – знак запитання (?).

1. Переважно я спокійний і рідко втрачаю витримку.
2. Мої нерви розладнані не більше, ніж в інших людей.
3. У мене рідко бувають закрепи.
4. Мене рідко турбують головні болі.
5. Я не часто втомлююся.
6. Я майже завжди почуваюся цілком щасливим.
7. Я впевнений у собі.
8. Практично я ніколи не червонію.
9. Порівняно з моїми друзями я вважаю себе цілком сміливою людиною.
10. Я червонію не частіше, ніж інші.
11. Мене рідко турбують посилене серцебиття і задишка.
12. Звичайно мої руки і ноги досить теплі.
13. Я сором'язливий не більше, ніж інші.
14. Мені не вистачає впевненості в собі.
15. Інколи мені здається, що я ні до чого не здатний.
16. У мене бувають періоди такого неспокою, що я не можу всидіти на місці.
17. Мій шлунок мене дуже турбує.
18. У мене не вистачає сил, щоб витримати всі труднощі в майбутньому.

19. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші.
20. Мені інколи здається, що переді мною нагромаджено величезні труднощі.
21. Мені часто сняться сні жахів.
22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюсь що-небудь зробити.
23. У мене дуже неспокійний сон із частими пробудженнями.
24. Мене дуже хвилюють можливі невдачі.
25. Мені доводилося відчувати страх у тих випадках, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.
26. Мені складно зосередитися на роботі або під час виконання певного завдання.
27. Я працюю з великим напруженням.
28. Я легко розгублююсь, бентежусь.
29. Майже постійно я відчуваю тривогу через щось або через когось.
30. Я схильний сприймати все серйозно.
31. Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці».
32. Мене часто мучать приступи нудоти та блювання.
33. Раз на місяць у мене бувають розлади шлунку (або частіше).
34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
35. Мені дуже складно на чомусь зосередитися.
36. Моє матеріальне становище мене дуже хвилює.
37. Часто я думаю про те, про що мені не хотілось би говорити ні з ким.
38. У мене бували періоди, коли хвилювання та неспокій позбавляли мене сну.
39. Інколи, коли я збентежений, у мене з'являється сильна пітливість і це мене дуже непокоїть.
40. Навіть у холодні дні я сильно пітнію.
41. Часом я такий збуджений, що мені складно заснути.
42. Я людина, яка легко збуджується.
43. Часом я відчуваю себе цілковито непотрібним.

44. Інколи мені здається, що моя нервова система розхитана та я ось-ось втрачу витримку.
45. Часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.
46. Я значно вразливіший від інших людей.
47. Мене постійно мучить відчуття голоду.
48. Інколи я засмучуюсь через дрібниці.
49. Життя для мене пов'язане завжди з незвичним напруженням.
50. Чекання завжди дратує мене.

Аналіз результатів дослідження

Опрацювання: за збігання з «ключем» нараховується один бал, за «не знаю» – півбала.

«Ключ»: з 1 до 13 відповідь «ні», решта – «так».

Від 0 до 6 – низька тривожність.

Від 7 до 20 – середня тривожність.

Більше двадцяти – висока тривожність.

**Опитувальник діагностики агресивних
та ворожих людей Басса-Дарки**

Інструкція. Уважно прочитайте кожне висловлювання. Якщо воно підходить Вам, поставте поруч знак «+», якщо не підходить, то «-».

1. Часом я не здатен перебороти бажання заподіяти іншим шкоду.
2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюсь, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене ласкаво не попросять, я не виконаю прохання.
5. Я не завжди отримую те, що мені призначено.
6. Я знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчуття.
8. Коли мені доводилося обдурювати кого-небудь, я відчував нестерпні докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатен вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоби розкидатися речами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, у мене виникає бажання порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожі з людьми, які ставляться до мене дещо ліпше, ніж я очікував.
15. Я часто не погоджуюся з людьми.
16. Іноді мене обтяжують думки, яких я соромлюсь.
17. Якщо хтось першим ударить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, грюкаю дверима.
19. Я куди дратівливіший, ніж здається оточуючим.
20. Якщо хтось вдає із себе начальника, я завжди роблю йому наперекір.

21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я гадаю, що багато людей мене не люблять.
23. Я не зможу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, які ухиляються від роботи, мусять почувати провину.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на брутальні жарти.
27. Розлютовуюся, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоби вони не зазнавалися.
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не до вподоби.
30. Доволі багато людей заздять мені.
31. Я вимагаю, щоби люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало допомагаю своїм батькам.
33. Люди, які постійно знущаються з нас, варті того, щоби їх поставили на місце.
34. Я ніколи не буваю похмурим від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось дратує мене, я не звертаю уваги.
37. Хоч я ніколи не показую цього, але мене іноді «гризе» заздрість.
38. Іноді мені здається, що з мене насміхаються.
39. Навіть, якщо я гніваюся, то не вдаюся до лайки.
40. Мені хочеться, щоби мої гріхи пробачили.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось і вдарить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюсь.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти чужакам».
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий висловити все, що про нього думаю.

47. Я роблю багато такого, про що потім шкодую.
48. Якщо я роздратуюсь, я можу вдарити когось.
49. Із дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.
50. Часто почуваю себе, мов діжка з порохом, що ось-ось вибухне.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою непросто ладнати.
52. Я завжди розмірковую про те, які причини змушують людей робити приємне мені.
53. Коли на мене кричать, відповідаю тим самим.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я відчуваю страх не рідше й не частіше за інших.
56. Я можу пригадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав першу-ліпшу річ.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим кинутись у бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя поводить мене зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але зараз я не вірю в це.
60. Я лаюся тільки через злість.
61. Коли я роблю щось неправильно, то відчуваю докори сумління.
62. Якщо для захисту своїх прав мені слід використати фізичну силу, я вдаюся до неї.
63. Іноді я виражаю свій гнів тим, що грюкаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубий із людьми, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, що хотіли б мені нашкодити.
66. Я не вмю поставити людину на місце, навіть якщо вона на це заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь через дрібниці.
70. Мені рідко спадає на думку, що люди намагаються розлютити чи скривдити мене.

71. Я часто тільки вдаюся до погроз, а не збираюся їх реалізовувати.

72. Останнім часом я став занудою.

73. Під час суперечки я часто підвищую голос.

74. Здебільшого я намагаюся приховувати своє негативне ставлення до людей.

75. Я ліпше поступлюся своїми принципами, ніж сперечатимусь.

Ключ до опитувальника

Фізична агресія: «Так»: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68. «Ні»: 9, 17, 41.

Непряма агресія: «Так»: 2, 18, 34, 42, 56, 63. «Ні»: 10, 26, 49. Роздратування: «Так»: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72. «Ні»: 11, 35, 69.

Негативізм: «Так»: 4, 12, 20, 23. «Ні»: 36.

Образа: «Так»: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58. «Ні»: 44.

Підозрілість: «Так»: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59. «Ні»: 65, 70.

Вербальна агресія: «Так»: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73. «Ні»: 39, 66, 74, 75.

Почуття провини.: «Так»: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67. Індекс ворожості: сума балів за шкалами «образа» і «підозрілість». Індекс агресивності: сума балів за шкалами «фізична агресія», «роздратування» і «вербальна агресія».

**Методика діагностики «перешкод»
у встановленні емоційних контактів за В. В. Бойком**

Інструкція для організаторів опитування. Ця методика дозволяє встановити емоційні перешкоди на шляху встановлення емоційних контактів. Інструкція для учасників опитування

Читайте твердження і відповідайте на них «Так» чи «Ні»:

Текст опитувальника:

1. Зазвичай наприкінці робочого дня на моєму обличчі помітна втома.
2. Трапляється так, що під час першого знайомства емоції заважають мені справити більш сприятливе враження на партнерів (розгублююся, хвилююся, усамітнююсь, або, навпаки, багато розмовляю, перезбуджуюся, поведжуся неприродно).
3. У спілкуванні мені часто бракує емоційності, виразності.
4. Мабуть, для оточуючих я занадто строгий.
5. В принципі, я проти того, щоб зображувати чемність, якщо тобі цього не хочеться.
6. Я, зазвичай, вмію приховувати від партнерів спалахи емоцій.
7. Часто у спілкуванні з колегами я міркую про щось своє.
8. Бувають випадки, коли я хочу виразити партнеру емоційну підтримку (увагу, співчуття, співпереживання), але він цього не відчуває, не сприймає.
9. Найчастіше мої очі або вираз обличчя видають заклопотаність.
10. У діловому спілкуванні намагаюся не виявляти своїх симпатій до партнерів.
11. Усі мої неприємні переживання, зазвичай, видно на моєму обличчі.
12. Якщо я захоплююся розмовою, то міміка обличчя стає занадто виразною, експресивною.
13. Мабуть, я дещо емоційно скутий, стиснутий.

14. Зазвичай я перебуваю у стані нервового напруження.

15. Зазвичай я відчуваю дискомфорт, коли доводиться обмінюватися рукостисканням у діловій обстановці.

16. Іноді близькі люди роблять мені зауваження: «Розслаб м'язи обличчя, не скривлюй губи, не зморщуй лоба».

17. Розмовляючи, я занадто жестикулюю.

18. Зазвичай у новій ситуації мені складно бути розкутим, природним.

19. Мабуть, моє обличчя має сумний чи занепокоєний вигляд, хоча на душі спокійно.

20. Мені дещо складно дивитися в очі, спілкуючись із незнайомою людиною.

21. Якщо я захочу, то мені завжди вдається приховати свою ворожість до неприязної людини.

22. Мені часто буває чомусь весело без будь-якої причини.

23. Мені дуже просто зробити за власним бажанням або на прохання інших різні міміки обличчя: зобразити радість, сум, переляк, відчай та ін.

24. Мені казали, що мій погляд складно витримати.

25. Мені щось заважає виражати теплоту, симпатію до людини, навіть якщо відчуваю це до неї.

Обробка та інтерпретація результатів

Підбийте підсумки самооцінювання:

«Перешкоди» у встановленні емоційних контактів:	Номери питань і відповіді за «ключем»
1. Невміння управляти емоціями, дозувати їх	+1, -6, +11, +16, -21
2. Неадекватний вияв емоцій	-2, +7, +12, +17, +22
3. Негнучкість, нерозвиненість, невиразність емоцій	+3, +8, +13, +18, -23
4. Домінування негативних емоцій	+4, +9, +14, +19, +24
5. Небажання зблизитися із людьми на емоційній основі	+5, +10, +15, +20, +25

Яка сума набраних Вами балів? Вона може коливатися в межах від 0 до 25. Чим більше балів, тим виразнішою є Ваша емоційна проблема у повсякденному спілкуванні. Однак не варто заспокоюватись, якщо Ви набрали замало балів (0–2). Це означає, що Ви могли бути не до кінця щирими або не цілком усвідомили свою поведінку збоку.

Якщо Ви набрали:

- *не більше 5 балів* – емоції зазвичай не заважають Вам спілкуватися з партнером;

- *6–8 балів* – у Вас є деякі емоційні проблеми в повсякденному спілкуванні;

- *9–12 балів* – свідчення того, що Ваші емоції «на кожний день» дещо ускладнюють взаємодію з партнером;

- *13 балів і більше* – емоції заважають Вам встановлювати контакти з людьми, можливо, Ви піддаєтесь деяким дезорганізуючим реакціям чи станам.

Також зважте на те, чи немає конкретних «перешкод», які постійно виникають у Вас – це пункти, за якими Ви набрали 3 і більше балів.

Самооцінка депресії

Інструкція. Відповідаючи на запитання, закресліть цифру праворуч залежно від відповідності суджень вашому звичайному стану.

1 – «майже ніколи»;

2 – «іноколи»;

3 – «часто»;

4 – «майже завжди».

1. Я схильний вірити у своє ліпше майбутнє 1 2 3 4
2. Останнім часом мене багато що дратує 1 2 3 4
3. Навіть незначні зусилля викликають у мене втому
1 2 3 4
4. Я впевнений у своїй необхідності для моїх близьких
1 2 3 4
5. Через неспокій, який не можна пояснити, мені іноді
складно всидіти на місці 1 2 3 4
6. Якщо мені доведеться померти, це принесе тільки
полегшення оточуючим мене людям 1 2 3 4
7. Я легко вирішую чергові проблеми 1 2 3 4
8. Моя кмітливість мене не зраджує 1 2 3 4
9. Минулі радощі так само приваблюють мене 1 2 3 4
10. Іноді мені так легко плачеться 1 2 3 4
11. Мене хвилюють болі в шлунку 1 2 3 4
12. Моя доля мене цілком задовольняє 1 2 3 4
13. На відсутність апетиту не скаржуся 1 2 3 4
14. Мені часто буває доволі тужливо 1 2 3 4
15. Тільки вранці (ввечері) почуваюся ліпше 1 2 3 4
16. Я часто відчуваю безсоння 1 2 3 4
17. Останнім часом я худну 1 2 3 4
18. У мене вдається легко все, що я роблю 1 2 3 4
19. Мені подобається розглядати фотокартки симпатичних незнайомок (незнайомих) 1 2 3 4

20. Іноді моє серце починає битися швидше без особливих на те причин 1 2 3 4

Обробка результатів

Підраховується коефіцієнт депресії D як сума балів, указаних досліджуваним для відповідних тверджень, за формулою: $= (2, 3, 5, 6, 10, 11, 14, 16, 17, 20) - (1, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 18, 19) + 50$.

Результати оцінюються за такими показниками:

до 30 балів – відсутність депресії, низька тривожність;

31–45 балів – середня тривожність;

46–60 – висока тривожність;

61–70 балів – депресивна акцентуація характеру;

71 і більше балів – власне депресія.

**Схема спостереження
за проявами девіантної поведінки особистості
(карта Д. Стотта)**

Наявність чи відсутність форм поведінки фіксується у спеціальному реєстраційному бланку, в якому закреслюються цифри, якими позначені відповідні форми поведінки. Під час підрахунку балів симптом, що міститься в колонці «Порушення», оцінюється в один бал, а в колонці «Непристосованість» – в 2 бали. Далі підраховуються сума балів за кожним синдромом окремо та загальний «коефіцієнт дезадаптованості» – за сумою балів за всіма симптомами.

I. НД – недовіра до нових людей, речей, ситуацій. Це призводить до того, що будь-який успіх коштує дитині величезних зусиль.

Від 1 до 11 – менш явні симптоми, від 12 до 17 – симптоми явного порушення.

1. Розмовляє з вчителем лише тоді, коли перебуває з ним наодинці.

2. Плаче, коли їй роблять зауваження.

3. Ніколи не пропонує нікому жодної допомоги, але охоче надає її, коли її прохають про це.

4. Дитина «підлегла» (погоджується на «невиграшні ролі», наприклад, під час гри бігає за м'ячем, коли останні спокійно на це дивляться).

5. Надто тривожна, щоби бути неслухняною.

6. Говорить неправду через боязнь.

7. Любить, коли до неї виявляють симпатію, але не просить про це.

8. Ніколи не приносить учителю квітів або інших подарунків, хоч її товариші часто це роблять.

9. Ніколи не приносить і не показує вчителю знайдених нею речей або яких-небудь дрібниць, хоч її товариші часто це роблять.

10. Має тільки одного хорошого товариша і, як правило, ігнорує інших хлопчиків і дівчаток у класі.

11. Вітається з учителем лише тоді, коли той зверне на неї увагу. Бажає бути поміченою.

12. Не підходить до вчителя за власною ініціативою.

13. Надто сором'язлива, щоб просити про що-небудь (наприклад, про допомогу).

14. Легко стає «нервовою», плаче, червоніє, якщо їй задають запитання.

15. Легко усувається від активної участі у грі.

16. Говорить невизначно, бурмоче, особливо, коли з нею вітаються.

II. Д – Депресія.

У легшій формі (симптоми 1–6) іноді спостерігаються різні перепади активності, зміна настрою.

Наявність симптомів 7 і 8 свідчить про схильність до роздратування і фізіологічне виснаження.

Симптоми 9 – 20 відображають гостріші форми депресії.

Пунктам синдрому Д зазвичай супутні виражені синдроми ВВ і ТВ, особливо у крайніх формах депресії, що може свідчити про депресивне виснаження:

1. Під час відповіді на уроці дитина іноді старанна, іноді ні про що не турбується.

2. Залежно від самопочуття або просить про допомогу у виконанні завдань, або ні.

3. Поводиться по-різному. Ступінь старанності у навчальній роботі змінюється майже щодня.

4. В іграх іноді активна, іноді апатична.

5. У вільний час іноді виявляє повну відсутність інтересу до будь-чого.

6. Виконуючи ручну роботу, іноді старанна, іноді ні.
7. Нетерпляча, втрачає інтерес до роботи за мірою її виконання.
 8. Розлючена, іноді до нестями.
 9. Може працювати сам на сам, але швидко втомлюється.
 10. Для ручної роботи не вистачає фізичних сил.
 11. Млява, не виявляє ініціативи (у класі).
 12. Апатична, пасивна, неуважна.
 13. Часто спостерігаються раптові й різкі спади настрою.
 14. Рухи уповільнені.
 15. Занадто апатична, щоби через що-небудь пережити (і, відповідно, ні до кого не звертається з проханням допомогти).
 16. Погляд «тупий» і байдужий.
 17. Завжди лінива й апатична в іграх.
 18. Часто мріє наяву.
 19. Говорить невиразно, бурмоче.
 20. Викликає жалість (пригнічена, нещасна), рідко сміється.
 21. Занурення «в себе». Уникання контактів із людьми, самоусунення. Захисне настановлення щодо будь-яких контактів із людьми, неприйняття виявів любові до дитини.
 22. Абсолютно ніколи ні з ким не вітається.
 23. Не реагує на привітання.
 24. Не виявляє доброзичливості до інших людей.
 25. Уникає розмов, замкнена.
 26. Мріє і займається чимось замість шкільних занять (живе в іншому світі).
 27. Зовсім не виявляє інтересу до ручної роботи.
 28. Не виявляє інтересу до колективних ігор.
 29. Уникає інших людей.
 30. Тримається осторонь від дорослих.
 31. Зовсім ізолюється від інших дітей, до неї неможливо наблизитися.
 32. Здається, немовби зовсім не помічає інших людей.

33. У розмові неспокійна, збивається з теми розмови.
34. Поводить себе подібно до «настороженої тварини».

IV.TB – тривожність стосовно дорослих.

Неспокій невпевненість у тому, чи цікавляться дитиною дорослі, чи люблять її. Симптоми 1 – 6 – дитина намагається впевнитися, чи «приймають», чи люблять її дорослі.

Симптоми 7–10 – привертає до себе увагу та надмірно домагається любові дорослих.

Симптоми 11–16 – виявляє великий неспокій щодо того, чи «приймають» її дорослі:

1. Дуже охоче виконує свої обов'язки.
2. Виявляє надмірне бажання вітатися з учителем.
3. Занадто балакуча (докучає своєю балаканиною).
4. Дуже охоче приносить квіти та інші подарунки вчителю.
5. Дуже часто приносить і показує вчителю знайдені нею предмети, квіти, малюнки тощо.
6. Занадто доброзичлива до вчителя.
7. Перебільшено (багато) розповідає вчителю про свої заняття у сім'ї.
8. «Підлизується», прагне сподобатися вчителю.
9. Завжди знаходить привід зайняти вчителя своєю особою.
10. Постійно потребує допомоги та контролю з боку вчителя.
11. Домагається симпатії вчителя. Приходить до нього з різними дрібними справами, скаргами на товаришів.
12. Намагається «монополізувати» вчителя («займати» його виключно власною персоною).
13. Розповідає фантастичні, вигадані історії.
14. Намагається зацікавити дорослих собою та здобути їх симпатію.

15. Надмірно стурбована тим, щоб зацікавити собою дорослих і здобути їх симпатію.

16. Повністю «усувається», якщо її зусилля не досягають успіху.

V. ВВ – ворожість до дорослих.

Симптоми 1–4 – дитина виявляє різні форми неприйняття дорослих, що можуть бути початком ворожості або депресії.

Симптоми 5–9 – ставиться до дорослих то вороже, то прагне домогтися їх хорошого ставлення.

Симптоми 10–17 – відкрита ворожість, що виявляється в асоціальній поведінці. Симптоми 18–24 – повна некерованість, звична ворожість.

1. Мінлива у настрої.

2. Винятково нетерпляча, окрім тих випадків, коли перебуває в гарному настрої.

3. Виявляє наполегливість у ручній роботі.

4. Часто перебуває в поганому настрої.

5. За відповідного настрою виявляє свою допомогу або послуги.

6. Коли про щось просить учителя, то буває іноді дуже щирою, іноді – байдужою.

7. Іноді прагне, а іноді уникає вітання з учителем.

8. У відповідь на привітання може виражати злість або підозрілість.

9. Часом доброзичлива, часом – у поганому настрої.

10. Дуже мінлива в поведінці. Іноді здається, що вона навмисно погано виконує роботу.

11. Псує суспільну та свою власність.

12. Вульгарна мова, розповіді, вірші, малюнки.

13. Неприємна, особливо коли захищається від звинувачень щодо неї.

14. «Бурмоче під ніс», якщо чимось незадоволена.

15. Негативно ставиться до зауважень.

16. Іноді говорить неправду без будь-якого приводу.
17. Раз чи два була зумовлена на гарячому під час крадіжки грошей, солодошів, цінних предметів.
18. Завжди на щось претендує та вважає, що несправедливо покарана.
19. «Дикий» погляд. Дивиться «спідлоба».
20. Дуже неслухняна, не дотримується дисципліни.
21. Агресивна (кричить, погрожує, застосовує силу).
22. Охоче товаришує з так званими «підозрілими типами».

23. Часто краде гроші, солодоші, цінні предмети.

24. Поводиться непристойно.

VI. ТД – тривога щодо дітей.

Тривога дитини щодо сприйняття себе іншими дітьми. Часом вона набуває форми відкритої ворожості. Всі симптоми однаково важливі.

76. «Грає героя», особливо коли їй роблять зауваження.

77. Не може втриматися, щоби не «грати» перед оточуючими.

78. Схильна «удавати із себе дурника».

79. Занадто смілива (ризикую без потреби).

80. Турбується про те, щоби завжди перебувати у злагоді з більшістю. Нав'язується іншим, нею легко керувати.

81. Любить перебувати у центрі уваги.

82. Грається виключно (або майже виключно) з дітьми, старшими за себе.

83. Домагається зайняти відповідальний пост, але побоюється, що не впорається з ним.

84. Вихваляється перед іншими дітьми.

85. Блазнює (корчить із себе блазня).

86. Шумно поводить, коли вчителя немає в класі.

87. Одягається з викликом.

88. Залюбки псує суспільну власність.

89. Дурні вибрики в групі однолітків.

90. Наслідує хуліганським витівкам інших.

VII. А – нестача соціальної нормативності (асоціальність). Невпевненість у схваленні дорослих, що виявляється в різних формах негативізму.

Симптоми 1–5 – відсутність намагань сподобатися дорослим. Байдужість і відсутність зацікавленості у гарних стосунках з ними.

Симптоми 5–9 у старших дітей можуть вказувати на певний ступінь незалежності.

Симптоми 10–16 – відсутність моральної акуратності в дрібницях. Симптом 16 – дитина вважає, що дорослі недоброзичливі, втручаються у її життя, маючи на це права.

1. Незацікавлена в навчанні.
2. Працює в школі лише тоді, коли над нею «стоять», або коли її примушують працювати.
3. Працює поза школою лише тоді, коли її контролюють або примушують працювати.
4. Не сором'язлива, але виявляє байдужість під час відповіді на запитання вчителя.
5. Не сором'язлива. Але ніколи не просить про допомогу.
6. Ніколи добровільно не береться за жодну роботу.
7. Не зацікавлена у схваленні чи несхваленні дорослих.
8. Зводить до мінімуму контакти з учителем, але нормально спілкується з іншими людьми.
9. Уникає вчителя, але розмовляє з іншими людьми.
10. Списує домашні завдання.
11. Бере чужі книги без дозволу.
12. Егоїстична, любить інтриги, навмисно заважає гратися іншим дітям.
13. В іграх з іншими дітьми виявляє хитрість і непорядність.
14. «Нечесний гравець» (грає тільки для власної користі, обманює в іграх).
15. Не може дивитися прямо в очі іншому.
16. Потайлива та недовірлива.

VIII. ВД – ворожість до дітей (від ревнивого суперництва до відкритої ворожості).

1. Заважає іншим дітям в іграх, підсміюється над ними, із задоволенням їх лякає.
2. Часом дуже недоброчлива до тих дітей, які не належать до кола її спілкування.
3. Набридає іншим дітям, чіпляється до них.
4. Свариться, ображає інших дітей.
5. Намагається своїми зауваженнями створити певні труднощі в інших дітей.
6. Ховає або знищує предмети, що належать іншим дітям.
7. Здебільшого перебуває у поганих стосунках з іншими дітьми.
8. Чіпляється до слабших дітей.
9. Інші діти не люблять її або навіть не терплять.
10. Б'ється з дітьми (кусається, дряпається і т. д.).

ІХ. Н – невгамовність.

Невгамовність, нетерплячість, нездатність до роботи, що потребує посидючості, концентрації уваги, міркувань. Схильність до короткочасних і легких зусиль. Уникнення довготривалих зусиль.

1. Дуже неохайна.
2. Відмовляється від контактів з іншими дітьми так, що для них це дуже неприємно.
3. Легко мириться з невдачами у ручній праці.
4. В іграх зовсім не володіє собою.
5. Непунктуальна, нестаранна. Часто забуває чи губить олівці, книги, інші предмети.
6. Непослідовна, безвідповідальна у ручній праці.
7. Нестаранна на шкільних заняттях.
8. Занадто неспокійна, щоби працювати самостійно.
9. У класі не може бути уважною або тривало на чомусь зосередитися.
10. Не знає, що із собою робити. Ні на чому не може зупинитися хоча б на порівняно нетривалій термін.
11. Занадто неспокійна, щоби запам'ятовувати зауваження або вказівки дорослих.

Х. ЕН – емоційна напруга.

Симптоми 1–5 свідчать про емоційну незрілість дитини, 6–7 – про серйозні страхи, 8–10 – про прогули та непунктуальність.

1. Грає іграшками, занадто дитячими для її віку.
2. Любить ігри, але швидко втрачає інтерес до них.
3. Занадто інфантильна у мові.
4. Занадто незріла, щоби прислуховуватися та слідувати

вказівкам.

5. Грає переважно з молодшими дітьми.
6. Занадто тривожна, щоби зважитися на що-небудь.
7. Інші діти чіпляються до неї.
8. Часто підозрюється у тому, що прогулює уроки, хоч насправді намагалася це зробити лише раз чи два.

9. Часто запізнюється.
 10. Залишає окремі уроки.
 11. Неорганізована, незібрана.
 12. Поводиться у групі (класі) як стороння, знедолена.
- Х. НС – Невротичні симптоми.

Гострота їх може залежати від віку дитини, вони також можуть бути наслідком порушення, що вже існувало до того.

1. Заїкається, запинається. «Складно витягнути з неї слово».
2. Говорить безладно.
3. Часто моргає.
4. Безцільно рухає руками. Різноманітні «тики».
5. Гризе нігті.
6. Ходить, підстрибуючи.
7. Смокче палець (старше 10 років).

ХІІ. С – несприятливі умови довкілля.

1. Часто відсутня у школі.
2. Не буває у школі по декілька днів поспіль.
3. Батьки свідомо обманюють, виправдовуючи відсутність дитини у школі.

4. Вимушена залишатися вдома, щоби допомагати батькам.

5. Неохайна, «замазура».
6. Виглядає так, немовби дуже погано харчується.
7. Значно поступається привабливістю іншим дітям.

XIII. СР – сексуальний розвиток.

1. Дуже ранній розвиток, чутливість до протилежної статі.

2. Затримки статевого розвитку.
3. Виявляє збочені схильності.

XIV. РВ – розумова відсталість.

1. Сильно відстає в навчанні.
2. Занадто «тупа» для свого віку.
3. Зовсім не вміє читати.
4. Величезні недоліки у знанні елементарної математики.
5. Зовсім не розуміє математики.
6. Інші діти ставляться до неї, як до дурника.
7. Просто нерозумна.

XV. Б – хвороби й органічні порушення.

1. Неправильне дихання.
2. Часті застуди.
3. Часті кровотечі з носу.
4. Дихає через рот.
5. Схильність до захворювань вух.
6. Схильність до шкірних захворювань.
7. Скаржаться на часті болі у шлунку і нудоту.
8. Часті головні болі.
9. Схильність до надмірного збліднення або почервоніння.
10. Хворобливі, почервонілі віки.
11. Дуже холодні руки.
12. Косоокість.
13. Погана координація рухів.
14. Неприродні пози тіла.

XVI. Ф – фізичні дефекти.

1. Поганий зір.
2. Слабкий слух.

3. Занадто маленький зріст.
4. Надмірна повнота.
5. Інші ненормальні особливості будови тіла.
6. Карта спостереження

Зразок заповнення

Ім'я Прізвище Вік Дата Клас

Порушення		Неприспособованість
нд	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	12, 13, 14, 15, 16
Д	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10	8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
У	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	8, 9, 10, 11, 12, 13
ТВ	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 15	8, 10, 12, 14, 16
ВВ	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
ТД	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24
А	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	7, 12, 13, 14, 15, 16
ВД	1, 2, 3, 4, 5	6, 7, 8, 9, 10
Н	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	2
ЕН	1, 2, 3, 4, 5, 9, 10	6, 7, 8, 11, 12

не	2, 3, 4	1, 5, 6, 7
С	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
СР	1, 2	3
РВ	1, 2, 3, 4, 5	6, 7
Х	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	13, 14
φ	1, 2, 4, 5	3

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

О. Л. Христук

ПСИХОЛОГІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Навчально-методичний посібник

Редагування

Г. А. Романова

Макетування

М. В. Вульчин

Друк

Н. Я. Ганущак

Підписано до друку 30.01.2015 р.

Формат 60×84/16. Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 11,16.

Тираж 100 прим. Зам. 130-14.

Львівський державний університет внутрішніх справ

Україна, 79007, м. Львів, вул. Городоцька, 26.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції

ДК № 2541 від 26 червня 2006 р.