

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.В.ДАЛЯ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК З ДИСЦИПЛІНИ

«Психологія залежної та саморуйнівної поведінки»

((для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня зі спеціальності

С4 Психологія освітня програма «Прикладна психологія та консультування»))

(Електронне видання)

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри практичної психології

та соціальної роботи

Протокол № 4 від 17 листопада 2025р.

м. Київ 2025

УДК 316.624: 159.9 (075.8)

Навчально-методичний посібник з дисципліни «Психологія залежної та саморуйнівної поведінки» (для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня зі спеціальності С4 Психологія, освітня програма Прикладна психологія та консультування)» (Електронне видання) / Уклад. старший викладач Бровендер О.О., проф. Завацька Н.Є. – Київ: вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. – 133 с.

Навчально-методичний посібник «Психологія залежної та саморуйнівної поведінки» розроблений щоб надати студентам відповідних знань про психологію залежної поведінки людини зі знаннями у сфері протидії злочинності та правопорушенням; формування наукового світогляду щодо психологічних чинників адиктивності, вмінь самостійно проводити психодіагностичну і консультативну роботу с залежними особами, зважено та відповідально.

Укладачі:

ст.викл. Бровендер О.О.

д.психол.н., проф. Завацька Н.Є.

Відповідальний за випуск:

Рецензент:

канд.психол.наук Білецький П.С.

ЗМІСТ

Тема 1. Зміст і види девіантної поведінки	4
Тема 2. Чинники девіантної поведінки	17
Тема 3. Гендерно-вікові аспекти девіантної поведінки	30
Тема 4. Психологічна діагностика особистості з девіаціями поведінки	40
Тема 5. Психологічні основи профілактики і корекції девіантної поведінки особистості	50
Тема 6. Суїцидальна поведінка	61
Тема 7. Вікові та гендерні аспекти девіантної поведінки особистості	71
Тема 8. Адиктивна поведінка особистості Алкогольна адикція	98
Тема 9 . Агресивна поведінка	109
Тема 10. Девіантна поведінка у соматохворих	115

Тема 1. Зміст і види девіантної поведінки особистості

- Поняття про девіантну поведінку.
- Прояви девіантної поведінки особистості.
- Види девіантної поведінки.
- Стадії і рівні прояву девіантної поведінки.

Поведінку особистості загалом можна розглядати як взаємодію з довкіллям, опосередковану її зовнішньою і внутрішньою активністю у формі цілеспрямованої послідовності вчинків. При цьому кожний вчинок особистості являє собою свідому дію, акт морального самовизначення, в якому людина стверджує себе як особистість у ставленні до іншої людини, самої себе, соціальної групи або суспільства, життя загалом [21].

За поведінкою особистості можна визначати успішність її соціалізації, тобто процесу входження до різних спільнот людей. Слід зауважити, що важливою складовою процесу соціалізації людини є виникнення і розвиток уявлень про правила поведінки, що співпадають чи не співпадають з традиціями і звичаями людської спільноти, про моральне чи аморальне, таке, що схвалюється або засуджується, що дозволено або заборонено тощо [2]. Саме ці уявлення реалізуються в актах поведінки людини

Оцінка будь-якої поведінки передбачає порівняння її з певною нормою (від лат. norma — точний припис, зразок). При цьому за норму можна брати статистичну норму (особливості поведінки, що властиві більшості людей в популяції), соціальну норму (моральні, правові, професійно-організаційні або інші вимоги до поведінки, що висуває суспільство в певний період розвитку), норми психічного здоров'я, психологічну норму особистісного розвитку тощо [1;11;15;21]. Остання визначається по-різному залежно від напрямку психологічної науки. Так, зокрема, в рамках ортодоксального психоаналізу нормальна особистість повинна мати сильне Его (“Я”), яке б підтримувало в рівновазі прагнення Ід (“Воно”) і Супер-Его (“Над-Я”). Представники

гуманістичної психології (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) вважають, що особистість має бути зорієнтована на самоактуалізацію, тобто реалізацію свого духовного, творчого потенціалу, свободу і відповідальність [26].

За результатами порівняння з нормою визначають нормальну (таку, що відповідає нормі) і аномальну девіантну поведінку особистості.

Девіантна поведінка являє собою систему вчинків особистості, що відхиляються від загальноприйнятої норми (норми психічного здоров'я, права, культури, моралі тощо) [13]. Слід зазначити, що відхилення від цієї норми (девіації) у поведінці можуть трактуватися як позитивні, так і негативні.

У разі позитивних девіацій йдеться про нестандартну особистість, для якої характерними є оригінальні, творчі ідеї, що мають суспільну значущість і, загалом, свідчать про успішний процес соціалізації та відіграють позитивну роль у прогресивному розвитку суспільства [11;14].

Негативні девіації поведінки пов'язані з тим, що особистість не засвоює позитивного соціального досвіду, не може адаптуватися до моральних цінностей і норм поведінки, які відповідають вимогам суспільства, хоча й може досить добре знати ці норми. У цьому випадку процес соціалізації особистості є порушеним, що проявляється у незбалансованих психічних процесах, неадаптованості, порушенні процесу самоактуалізації або у вигляді уникання морального і естетичного контролю за власною поведінкою, яка стає соціально дезадаптованою [16;22]. У зв'язку з цим можна говорити про девіантність особистості — сукупність засвоєних особистістю асоціальних, аморальних поглядів на життя, які не відповідають соціальним очікуванням та за певний час стають її соціальною позицією, що перешкоджає самоактуалізації особистості, її особистісному зростанню, спричинює девіантний спосіб життя [2;11;23].

Як зауважує І. С. Кон, девіантну поведінку особистості (в негативному розумінні цього поняття) можна поділити на дві великі категорії. По-перше, це поведінка, що відхиляється від норм психічного здоров'я, коли йдеться про наявність психопатології. По-друге, це поведінка, що порушує соціальні та культурні норми і, особливо, правові [13].

О. В. Змановська називає такі специфічні ознаки девіантної поведінки [11]:

- багаторазові, тривалі порушення не будь-яких, а найважливіших норм для певного суспільства на цей час;
- поведінка не є наслідком кризової, нестандартної ситуації, а зумовлена загальною спрямованістю особистості;
- сама поведінка супроводжується різноманітними проявами соціальної дезадаптації, викликає негативну оцінку з боку інших людей;
- поведінка не ототожнюється з психічними захворюваннями чи патопсихологічними станами, хоча може за певних умов набувати патологічних форм (алкоголізм, наркоманія тощо);
- результатом поведінки є заподіяння реальної шкоди самій особистості чи оточуючим.

Отже, девіантна поведінка є агресивною, при цьому агресія може бути спрямована як на інших людей, так і на самого себе.

Девіантна поведінка особистості часто пов'язана з її важковихованістю у дитинстві. Остання, на думку Н. Ю. Максимової [17], може бути зумовлена:

- несформованістю особистісних структур, низьким рівнем моральних уявлень і соціально-прийнятих навичок поведінки (в цьому випадку йдеться про педагогічну занедбаність);
- особливостями в розвитку вищої нервової діяльності (акцентуації характеру, емоційна нестійкість, імпульсивність тощо);
- невмілими виховними впливами (йдеться про хибну або ситуативну важковихованість);
- функціональними новоутвореннями особистості, зокрема, неадекватною самооцінкою і рівнем домагань, що ведуть до виникнення смислових бар'єрів стосовно вихователів, афекту неадекватності тощо, тобто до власне важковихованості.

У зв'язку з цим дослідниця зазначає, що тривале незадоволення життєво важливих потреб особистості може призвести до активізації психологічних захистів, результатом чого є формування особистісних новоутворень, що

викривлюють сприйняття довкілля на користь уявлень, які задовольняють суб'єкта. Поведінка в цьому випадку стає сурогатом тієї соціально цінної діяльності, яка б дійсно призвела до задоволення життєво важливих потреб.

Викривлене уявлення особистості про ставлення до неї з боку оточуючих, закріплюючись, стає своєрідною позицією, що визначає весь її подальший розвиток. Людина знаходить виправдання своєї незадоволеності, бачить причини невдач не у власних недоліках, а в несправедливості, недоброзичливості з боку інших, в несприятливих обставинах, якомусь випадку тощо. Це веде до невідповідності між усвідомленням особистістю свого ставлення до себе, до інших, до власної діяльності і є реальним змістом та проявом цих відносин, причиною виникнення неузгодженості ставлень або когнітивного дисонансу [10;21]. Внаслідок цього вимоги суспільства можуть залишатися зовнішніми щодо такої особистості, тому вона не прийматиме їх. Оскільки з розвитком особистість дедалі стає незалежною від зовнішніх впливів, існує загроза, що її поведінка все помітніше відхилятиметься від соціально-прийнятих норм.

Загалом до психологічних проявів девіантної поведінки особистості відносять такі [11;16]:

- духовні проблеми, зокрема, відсутність або втрату сенсу життя, переживання внутрішньої порожнечі, блокування самореалізації духовного потенціалу тощо;
- деформацію ціннісно-мотиваційної сфери — несформовані або редуковані моральні цінності (совість, відповідальність, чесність), переважання девіантних цінностей, ситуативно-егоцентричну орієнтацію, фрустрованість вищих потреб, внутрішні конфлікти, малопродуктивні механізми психологічного захисту;
- емоційні проблеми — тривогу, депресію, переважання негативних емоцій, алекситимію (ускладнення в розумінні своїх переживань і невміння сформулювати їх у словах), емоційне огрубіння (втрата здатності визначати доцільність, доречність тих чи інших емоційних реакцій, дозувати їх), афективність тощо;

- проблеми саморегуляції — неадекватні самооцінку і рівень домагань, слабкий розвиток рефлексії, надмірний або недостатній самоконтроль, низький рівень адаптивних можливостей;
- викривлення у когнітивній сфері — стереотипність, ригідність мислення, неадекватні настановлення, обмеженість знань, наявність забобонів;
- негативний життєвий досвід — наявність шкідливих звичок, психічних травм, досвіду насильства, соціальну некомпетентність тощо.

Залежно від виду норми, з якою співставляються особливості поведінки, та її негативних наслідків виокремлюють такі види девіантної поведінки: антисоціальну (делінквентну і кримінальну) поведінку, асоціальну (аморальну) поведінку, аутодеструктивну поведінку тощо [2;6;8;11;13;18].

Антисоціальна поведінка суперечить соціальним і правовим нормам, загрожує соціальному порядку і благополуччю оточуючих. При цьому делінквентна поведінка полягає у здійсненні 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, внаслідок недоліків у своєму вихованні. До делінквентної поведінки можна віднести в певних випадках і прояви вандалізму як форми руйнівної поведінки, спрямованої на безглузде знищення культурних і матеріальних цінностей. Спираючись на класифікацію мотивів вандалізму Д. Кантера, виокремлюють такі типи вандалізму [16]:

- 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 тощо.

Останній з наведених типів часто слугує засобом вираження придушених внутрішньоособистісних конфліктів і проблем (коли, наприклад, особистість прагне ствердити у такий спосіб власну особистісну чи групову ідентичність, проявити свій протест проти “тиску” соціальних і культурних норм або ж через висловлювання на адресу відомих людей самоствердитися за їх рахунок).

Внаслідок здійснення делінквентних дій особистість може дедалі звикати до думки про їх дозволеність. При цьому, за дослідженням Л. Філонова, спрацьовують спеціальні захисні механізми, за допомогою яких людина може виправдовувати порушення норм. Це, по-перше, хибні уявлення про те, що існують люди, яким усе дозволено (“Правила існують лише для посередностей, а я не такий”). По-друге, ігноруються, знецінюються самі соціальні норми (через смислові бар’єри, коли норми сприймаються як повчання, що вже набридли) [25].

Поступово делінквентна поведінка може трансформуватися в злочинну. Кримінальна (злочинна) поведінка особистості виявляється у вчинках, що суперечать нормам права і, водночас, нормам карного законодавства.

О. Ю. Дроздов, М. А. Скок, спираючись на класифікацію Ю. Антоняна, виокремлюють декілька типів кримінальної поведінки залежно від тяжкості злочину:

- злочини, що чиняться із застосуванням фізичної сили: вбивства (гоміцид), нанесення тілесних ушкоджень, побої і хуліганство, зґвалтування, захоплення заручників та інші;
- злочини, що відбуваються з погрозами застосування фізичного насильства: здирництво (рекет), погроза фізичної розправи, примус до дачі неправдивих свідчень та інші;
- злочини, що чиняться через психологічне насильство: шантаж, образа, обмова та ряд подібних;

- злочини, що відбуваються за допомогою “інтелектуального насильства”, коли, наприклад, посадова особа перевищує владу або повноваження, здійснює незаконний арешт або затримання і т.п. [8]. Залежно від особливостей спрямованості особистості Г. М. Міньковський визначає такі типи злочинної поведінки:
 - випадкова, що суперечить загальній спрямованості особистості
 - ймовірна, але невідворотна з урахуванням загальної нестійкості особистісної спрямованості;
 - така, що відповідає антигромадській спрямованості особистості, але випадкова з боку приводу й ситуації;
 - така, що відповідає злочинному настановленню особистості і передбачає пошук або створення необхідних приводів і ситуацій [19].

Загалом злочинна поведінка може детермінуватися особистісними новоутвореннями, для яких характерна неузгодженість ставлень: особистість здатна до негативних вчинків, зберігаючи при цьому впевненість, що її дії зумовлені моральними принципами. Для такої особистості характерним є протиставлення суспільству загалом, коли інші люди розглядаються лише як засіб для досягнення мети. Саме в протиправній діяльності особистість найповніше задовольняє власні домагання, самоутверджуючись шляхом прояву своєї влади над жертвою. При цьому механізм неузгодженості ставлень звільняє її від будь-яких сумнівів у своїй правоті, каяття, почуття жалю тощо. Така відсутність емпатії особистості з девіантною поведінкою до інших осіб часто поєднується з високою чутливістю стосовно себе. Зазвичай особистість у цьому випадку входить до асоціального угруповання, де переживає почуття захищеності, підтримки, має можливість самореалізації, хоча і в антисоціальной діяльності [17;20].

Асоціальна поведінка, на думку М. Андрєєва [2], є формою дезорганізації індивіда в групі осіб або у суспільстві, де виявляється невідповідність очікуванням, що склалися у суспільстві, і, насамперед, його моральним вимогам. При цьому ті негативні явища, що не являють собою великої суспільної небезпеки, але пов'язані з порушенням порядку взаємодії між людьми,

фіксуються суспільною увагою і коригуються учасниками взаємовідносин відповідно до ситуації. Виокремлюють такі типи асоціальної поведінки особистості:

- конфліктно-ситуативний — з переважанням позитивної спрямованості;
- ситуативний — з незначною негативною спрямованістю;
- нестійкий — з переважно негативною спрямованістю;
- стійкий — з негативною спрямованістю [7].

До асоціальної поведінки можна віднести бродяжництво як наслідок соціальної дезадаптації, що спричинює прагнення уникнути соціального контролю, “втечу” від вимог суспільства через суб’єктивне переживання неможливості їхнього дотримання (з одного боку) і примирення з цим фактом (з іншого боку). Про бродяжництво йдеться, коли в особистості відсутнє постійне місце проживання, а вона існує на нетрудові доходи (йдеться про так званий “соціальний паразитизм”). При цьому серед бродяг досить велику групу складають так звані “вуличні діти”, лави яких поповнюються через своєрідний протест дитини проти негативного ставлення до неї з боку дорослих, несприятливі умови сімейного виховання, страх покарання за певні проступки тощо [16].

Аморальна поведінка — сукупність вчинків, що характеризуються негативним ставленням індивіда до етики і моралі, насамперед, до загальнолюдських цінностей, зокрема, до дисциплінованості, почуття обов’язку, поваги до оточуючих, ввічливості, чесності, порушення яких передбачає громадський осуд. Іноді аморальна поведінка, наприклад, статева розбещеність, супроводжується зниженням моральних критеріїв у суспільстві загалом.

Т. П. Малихіна зазначає, що аморальний вчинок не відрізняється від моральної дії якимисьь особливими психічними механізмами, особливим є зміст цих механізмів, специфічних мотивів, цілей, ціннісних орієнтацій, спрямованості особистості тощо, які актуалізуються у ситуації вибору особистістю лінії поведінки. При цьому дослідниця виокремлює такі групи форм аморальних вчинків [17]:

- стійкі форми, коли поведінка особистості зумовлюється стійкими аморальними мотивами, при цьому після скоєння аморального вчинку особистість відчуває задоволення собою, у будь-якому випадку не переживає негативних емоцій;
- нестійкі форми, коли особистість здійснює аморальний вчинок через відсутність безпосередньої загрози покарання, хоча й добре знає, що такі дії заслуговують на осуд; разом з тим, маючи певні моральні переконання, через скоєний негативний вчинок особистість зазнає докорів сумління;
- одиничні форми, коли особистість відчуває сором за свої вчинки, хоча й вважає, що в певній ситуації вчинила правильно (тобто спрацьовують захисні механізми, які формують псевдоморальні почуття).

Аморальну поведінку Г. Бардієр пов'язує з інтолерантністю як поведінкою, в якій відсутні гармонія і конструктивна взаємодія між людьми та різними соціальними групами, повага до особистості, розмаїття різних культур, цивілізацій, народів, готовність до співпраці з ними тощо [5]. При цьому дослідниця виокремлює пасивну інтолерантність, яка проявляється в терпимому ставленні до соціальної несправедливості, відмові від своїх моральних переконань, виправданні аморальних думок і вчинків інших, і активну інтолерантність, що веде до дискримінації, ворожості, маніпулятивної поведінки, обрання способів взаємодії з іншими людьми, які принижують їх гідність.

Аутодеструктивна поведінка являє собою поведінку, що відхиляється від психологічної норми, часто медичних норм, загрожуючи цілісності і розвитку особистості. У даному випадку йдеться про суїцидальну поведінку, поведінку з вираженою загрозою для життя, коли особистість віддає перевагу екстремальним видам діяльності, віктимну поведінку (поведінку жертви), адиктивну поведінку, зокрема, фанатичну поведінку (сліпе слідування певним ідеям, наприклад, релігійному культу деструктивної спрямованості) тощо [8;11;16;17].

Терміном адиктивна поведінка (від англ. addiction — схильність, згубна звичка) насамперед позначають поведінку особистості, обтяжену хімічною залежністю

через вживання певних речовин (алкоголь, паління, наркотики тощо). При цьому 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 при найменших труднощах, часто поряд із завищеним рівнем домагань тощо. У результаті особистість прагне пережити стан задоволення, радості, але не бачить природних шляхів до цього, бо від повсякденної діяльності очікує лише на негативні емоції. Тому в неї виникає прагнення до зміни психічного стану штучним, хімічним шляхом.

Так, зокрема, особливістю фармакологічного впливу алкоголю на психіку є те, що, з одного боку, він, особливо у великих дозах, придушує активність, а з іншого, особливо в малих дозах, стимулює її, знімаючи свідоме гальмування. Встановлено, що алкоголізм виникає частіше там, де більше соціально напружених, конфліктних ситуацій, де він схвалюється як засіб звільнення від зовнішнього контролю, як елемент певних ритуалів, де є внутрішньоособистісний, мотиваційний конфлікт, пов’язаний із переживанням особистістю почуття залежності, тоді як алкогольне сп’яніння дає ілюзорне відчуття свободи. Уживання наркотиків вперше часто пов’язане з психологічним експериментуванням, пошуком нових, незвичайних вражень. Ступінь ризику виникнення наркотичної залежності при цьому пов’язують з віком, в якому починається вживання наркотиків, а також з характером наркотичної речовини. При токсикоманії значущою є, насамперед, мотивація, пов’язана з редукцією емоційної напруженості [13;17;21].

Загалом для особистості з адиктивною поведінкою характерним є звуження часової перспективи, вона висуває перед собою цілі, досягнення яких може відбутися найближчим часом. Р. Грановська [6] зазначає, що таким особам властиве переживання “скороченого майбутнього”, впевненість, що життя

занадто коротке і тому не варто себе обмежувати, сподіватися на майбутнє і зберігати себе для нього. При цьому у людей, які є близькими до цієї особистості, може виникнути так зване співузалежнення — особистісне новоутворення, що розвивається в результаті надмірної сконцентрованості уваги на проблемах особистості із залежною поведінкою, часто — самозречення і ігнорування власних потреб через довготривалу дію стресу [17].

Слід зазначити, що крім психоактивних речовин об'єктами залежності можуть бути й їжа, ігри, секс, релігія і релігійні культу тощо. Відповідно 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. [8;11].

В останньому випадку особистість має фрустровані потреби, часто — гіпертрофоване почуття провини, 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 даної 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 [27].

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. Слід зауважити, що 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. При цьому розрізняють істинний суїцид, викликаний бажанням померти через втрату сенсу життя, демонстративний суїцид як засіб повернути до себе увагу, закликати на допомогу в несприятливих життєвих ситуаціях і прихований суїцид

— дії, що супроводжуються високою ймовірністю летального наслідку через їх невиправдану 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 і небезпечні для життя дії, зокрема, удушення до напівпритомного стану, ходіння в небезпечних місцях — над прірвою, по поручнях моста та ін. [1;22;28].

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 привертає до цієї особистості увагу агресивних осіб, злочинців тощо. При цьому О. Ю. Дроздов, М. А. Скок виокремлюють два типи віктимних особистостей: пасивна жертва, для якої характерним є підвищена тривожність, невпевненість у собі, низька самооцінка, поведінка, якою вона виявляє нездатність опиратися тиску інших, та активна жертва, яка виявляє схильність до конфліктного стилю спілкування, незважаючи на ситуацію, часто

— підвищену товариськість, нерозбірливість у знайомствах, емоційну ригідність, імпульсивність, демонстративність у поведінці тощо [8].

Загалом можна виокремити такі рівні розвитку девіантної поведінки:

- поведінка, що є не схвалюваною іншими (епізодичні витівки, бешкетництво);
- поведінка, що осуджується іншими (періодичні витівки, бешкетництво);
- морально негативні прояви і вчинки;
- делінквентна поведінка;
- злочинна поведінка;
- деструктивна поведінка тощо [12;22].

Відповідно можна розрізнити декілька етапів розвитку девіантної поведінки [15;16].

На першому рівні, ситуативному, виявляються лише окремі симптоми девіантної поведінки, зокрема, неслухняність, невиконання окремих соціальних вимог з боку сім'ї та інших соціальних спільнот. Ці симптоми можуть свідчити про необхідність зміни виховних впливів, типу взаємодії та форм соціального контролю з боку оточуючих. Якщо це не вдається, особистість або сама справляється з власними проблемами, або ж девіантна поведінка закріплюється. Другий етап — стійких порушень — можна охарактеризувати через стійке порушення соціальних та моральних норм, вимог та першими проявами делінквентної поведінки, що поступово наближається до межі правопорушень. Тут уже є можливим входження до малих груп з вираженою асоціальною спрямованістю. На цьому етапі особистість може і не схвалювати власну поведінку, вважати, що вона не відповідає її власним цінностям і настановам.

На третьому етапі девіантна поведінка характеризується накопиченням соціального досвіду в здійсненні делінквентних дій і наближається до кримінальної (крадіжки, насилля, проституція та ін.). “Криза ідентифікації” (тобто незбіг уявлень особистості про себе і думки оточуючих), що виникає при цьому, може спричинити гострий внутрішньоособистісний конфлікт. Наслідком такого конфлікту, зазвичай, є ідентифікація з уявленнями оточуючих щодо образу даної особистості. У результаті особистість уже може сприймати свою поведінку як нормальну, таку, що відповідає її власним нормам і цінностям.

Четвертий, кримінальний етап девіантної поведінки особистості пов'язаний з багаторазовими проявами стійкої, соціально небезпечної поведінки, входженням до груп з яскраво вираженим характером асоціальної і антисоціальної спрямованості.

На п'ятому, деструктивному етапі, йдеться про стійку, особливо небезпечну девіантну поведінку, тяжкі соціальні відхилення, стабільне відчуження особистості від суспільства, його норм і цінностей.

Тема 2. Чинники девіантної поведінки особистості

- Соціальні чинники девіантної поведінки.
- Соціально-психологічні чинники девіантної поведінки.
- Педагогічні чинники девіантної поведінки особистості.
- Індивідуально-психологічні чинники девіантної поведінки особистості.

Можна виокремити декілька основних теоретичних підходів до пояснення причин девіантної поведінки [13;30]. 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 веде 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.

Представники біхевіоризму (Б. Скіннер, А. Бандура та ін.) стверджують, що девіантна поведінка соціально зумовлена і є реакцією на певні підкріплення зовнішнього середовища, результатом соціального навчання тощо.

Згідно з когнітивним напрямом психології (А. Бек, Г. Келлі та ін.), основою девіантної поведінки є неадекватні мислительні схеми, особистісні конструкти,

що спричинюють неадекватні сприймання й інтерпретацію інформації і, відповідно, неадекватні почуття та дії. Згідно поглядів А. Елліса, у такої особистості формуються ірраціональні настановлення, зокрема настановлення повинності (впевненості особистості в існуванні універсальних принципів, що мають бути реалізовані, незважаючи ні на що), катастрофічні настановлення (оцінка будь-яких подій, що відбуваються в житті особистості, як жахливих, катастрофічних), оцінні настановлення (окремі аспекти інших людей та їх поведінки ототожнюються з їхньою особистістю загалом) та ін.

У межах гуманістичного підходу (А. Маслоу) девіантна поведінка може бути наслідком блокування процесу самореалізації і фрустрації базових потреб, коли самоактуалізація через духовність та творчість трансформується у самоствердження через девіантну поведінку. За К. Роджерсом, ця тенденція посилюється через відсутність “позитивної безумовної уваги”, безумовного прийняття особистості дитини дорослими такою, яка вона є. Згідно поглядів В. Франкла, в основі девіантної поведінки особистості лежить втрата сенсу життя і екзистенційний вакуум — переживання безглуздості життя, його спустошеності.

Загалом, спираючись на ці підходи, можна виокремити такі групи чинників, що зумовлюють девіантну поведінку особистості [2; 12; 13; 20]:

- соціальні — визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними й т. п. 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 .

Аналізуючи соціальні чинники девіантної поведінки, слід, насамперед, звернути увагу на соціальні, політичні, економічні проблеми, суспільну мораль та моральні цінності, що притаманні суспільству в перехідний, кризовий період.

Так, несприятливе соціально-економічне становище в країні, у тому числі невисокий рівень матеріальної забезпеченості та соціальної захищеності широких верств населення, спричинює невизначеність, тривогу людей, їх невпевненість у майбутньому. Такий стан посилюється через соціальну політику, що здійснюється державою, коли зразки сваволі та насилля демонструє сама влада по відношенню до своїх громадян. При цьому може виникнути так званий феномен “порівняльної депривації” як наслідок розшарування суспільства, наявності привілеїв у невеликої кількості людей, які до того ж не завжди підтверджуються їх особистісними і професійними якостями.

До цього слід додати комерціалізацію сфери освіти, охорони здоров’я, дозвілля тощо, скорочення мережі культурних та спортивних закладів, практичну відсутність безкоштовних центрів дозвілля, коли багатьом людям практично “нема куди себе подіти” у вільний час.

До соціальних чинників девіантної поведінки слід також віднести стан аномії (падіння моральності), властивий кризовому суспільству, відмову від попередніх ідеалів і несформованість нових, “подвійну мораль”, протилежність декларованих та реальних цінностей й ідеалів. Особистість усвідомлює і переживає сильні негативні емоції через прірву між офіційними культурними цінностями і неможливістю їх досягнення. Н. Максимова [20] вказує на економічне підкріплення процесу деградації суспільної свідомості, коли люди з вищою освітою отримують меншу винагороду за свою працю, аніж люди з нижчою кваліфікацією.

До соціальних чинників девіацій у поведінці особистості слід віднести культ насильства, що ствердився в сучасному мистецтві, лібералізацію статевої моралі. Особливу роль у цьому контексті відіграють засоби масової комунікації, що демонструють широкий потік фільмів, пісень й т.п. зі сценами насильства та аморальної поведінки, негативно впливаючи на духовний світ особистості. Згідно з теорією соціального наuczіння А. Бандури, через це створюються моделі девіантної поведінки, які є своєрідним зразком для копіювання такої поведінки широкими верствами населення [30].

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 [10;20], погіршення стану фізичного і психічного здоров'я, збільшення кількості осіб, схильних до депресії, нав'язливих страхів тощо [2].

Серед соціально-психологічних чинників девіантної поведінки особистості слід, насамперед, указати 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 [3]:

- наявність усіх форм життєдіяльності людини, що реалізуються через функції сім'ї, сім'я фактично являє собою суспільство в мініатюрі, з якого вибудовується 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 виступають як ціннісні орієнтації 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;
- переважний емоційний характер зв'язків між членами сім'ї на основі любові і симпатії створює сприятливу основу для спрацьовування таких неусвідомлюваних дитиною соціально-психологічних механізмів впливу, як наслідування, навіювання, психічне зараження тощо; при цьому забарвленість емоційних контактів впливає на формування почуття задоволення (незадоволення) собою і навколишнім світом.

При цьому Я-образ і самооцінка, що навіюються дитині, можуть бути як позитивними, коли дитині навіюється, що вона є гарною, доброю, розумною та ін., так і негативними, коли дитині навіюється, що вона погана, зла, дурна тощо. У результаті дитина або погоджується з точкою зору батьків, або, найчастіше, агресивно виступає проти неї.

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 і 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 [25]. Роль сім'ї у становленні особистості дитини, на думку Е. Еріксона, має особливе значення на первинному етапі соціалізації дитини [30].

Так, на першій стадії (до 1 року) розвиток дитини відбувається вздовж осі "довіра—недовіра". Ступінь розвитку почуття довіри до інших людей і світу взагалі залежить, як зазначає Е. Еріксон, насамперед від якості материнської турботи, причому не стільки від кількості їжі чи материнської ласки, скільки від особливостей спілкування, здатності матері передати відчуття постійності, тотожності переживань, того, що вона є людиною, якій можна довіряти.

На другій стадії (1-3 роки) розвиток відбувається вздовж осі "автономія — сором і сумнів". Тут формується здатність самоконтролю тілесних виявів, встановлюється певне співвідношення між виявами впевненості і добровільністю дій. Особливості даного співвідношення залежать від готовності батьків поступово надавати дитині можливість самостійно здійснювати контроль над своїми діями, ненав'язливо обмежуючи її у тих сферах життя, що є потенційно або актуально небезпечними для дитини і оточуючих. Переживання сорому

Е.Еріксон розглядає як лють, спрямовану на себе, коли дитині не дозволяється бути самостійною, коли батьки постійно або виконують все за дитину, або очікують, як вона буде робити те, що поки не здатна виконати самостійно. Як результат у дитини може сформуватися невпевненість у собі, слабка воля.

Третя стадія (3-6 років) визначається розвитком дитини вздовж осі “ініціативність—провина”, при цьому ініціатива додає до автономії здатність брати на себе обов’язки, планувати, вирішувати нові завдання, набувати нових корисних навичок. Чи буде ініціатива переважати, значною мірою залежить від того, як батьки ставляться до волевиявлення дитини, визнають і задовольняють право дитини на допитливість, фантазію, творчість.

Почуття провини у дитини викликають батьки, які не заохочують самостійність або надмірно карають її.

Таким чином, сім’я, особливості взаємодії батьків з дитиною багато в чому забезпечують (чи не забезпечують) успіхи дитини на подальших етапах її соціалізації.

Для розвитку особистості дитини, як виявив Е.Шефер [25], найважливішими є дві пари ознак, що визначають поведінку батьків: прийняття (тепло, любов) — неприйняття (ворожість), що задають емоційний тон стосунків, і терпимість (самостійність, воля) — стримування (контроль), що визначають переважний у сім’ї тип контролю і дисципліни.

Вздовж осі прийняття-неприйняття в першому випадку основними засобами виховання є увага і заохочення; батьки орієнтовані насамперед на виділення позитивних якостей дитини, радіють спілкуванню з нею, сприймають такою, якою вона є. А якщо ні, то батьки не приймають своїх дітей (виділяють, насамперед, негативні риси), не одержують задоволення від спілкування з ними, часом висловлюючи ворожість, основними засобами виховання є суворість і покарання.

У численних дослідженнях доведена перевага першого підходу. Дитина, позбавлена батьківської любові, має менше можливостей для досягнення високої

самоповаги, створення стійкого, позитивного Я-образу, побудови теплих стосунків з іншими людьми. Вивчення особистості людей, схильних до девіантної поведінки, свідчить про те, що ця схильність набагато частіше виявляється саме у тих, кому у дитинстві бракувало батьківської уваги і тепла.

Недоброзичливість чи неухважність, гірше того, жорстоке поводження батьків викликає неусвідомлену взаємну ворожість у дітей, що спрямовується на оточуючих (наприклад, агресивні дії не тільки проти батьків, але й сторонніх людей) чи усередину, де вона виявляється в почутті провини, тривоги, низькій самоповазі, аутоагресії тощо [15].

Вздовж осі тривожність-стримування в першому випадку вплив батьків відбувається через похвалу, пояснення дитині наслідків її дій, обґрунтованість батьківських вимог. Тактика стримування припускає використання батьківської влади через наказ, насильство, фізичне покарання, контроль над бажаннями дитини.

У цілому сукупність батьківських настановлень, батьківського емоційного ставлення до дитини, сприйняття дитини батьками і відповідних способів поводження з нею складаються у стиль виховання.

А. Лічко і Е. Едемільер виокремлюють такі стилі виховання, особливо несприятливі для розвитку особистості [33]:

- потуральна гіперпротекція (центрація батьків на дитині, потурання її капризам і слабкостям, іноді на шкоду іншим дітям чи членам сім'ї);
- гіпопротекція (недостатність опіки і контролю за поведінкою, недостатність або відсутність уваги, душевного тепла, турботи про фізичний і духовний розвиток підлітка, невключеність у його життя);
- домінуюча гіперпротекція (поєднання загостреної уваги про підлітка з великою кількістю обмежень і заборон, що веде до нерішучості, несамостійності дитини чи до яскраво вираженої реакції емансипації);
- підвищена моральна відповідальність (покладання відповідальності на дитину за життя і благополуччя близьких без врахування віку і реальних

можливостей дитини, задля великих досягнень її у житті на тлі ігнорування дитячих потреб та інтересів);

- неприйняття, емоційне відкидання (неприйняття індивідуальних особливостей дитини у поєднанні з жорстким контролем, регламентацією всього життя дитини, нав'язуванням їй єдиного правильного (з погляду батьків) типу поведінки; поряд із жорстким контролем цей тип може сполучатися з недостатнім контролем, байдужістю, повним потуранням).

Найшкідливішим для дитини є непослідовний, змішаний стиль, неузгодженість і суперечливість настановлень батьків на виховання, оскільки постійна непередбачуваність батьківських реакцій позбавляє дитину відчуття стабільності навколишнього світу, породжуючи її підвищену тривожність.

Нездатність батьків виробити сприятливу для розвитку дитини виховну позицію може призвести до серйозних порушень у стосунках з дітьми та до проявів жорстокості стосовно них. Прийнято розрізняти такі види жорстокості стосовно дітей [25]:

- фізичне насильство, що включає усі форми травм дітей, отримані через цілеспрямовані дії батьків, фізичне покарання;
- сексуальне насильство як залучення функціонально незрілих дітей і підлітків до сексуальних дій або спостереження за ними без їхньої згоди;
- емоційне чи психічне насильство, що може виявитися як у формі негативної уваги (погрози, постійна критика, лайка тощо), так і у формі повної неповаги до дитини;
- байдужість до дитини, зневажання її інтересів і потреб — не тільки духовних, але і матеріальних (одяг, їжа, медикаменти) і т.п.

Як наслідок, у дитини формуються переважно негативні якості: агресія, жорстокість, безцільність буття, бажання неусвідомленої помсти чи, навпаки, загострене прагнення пошуку психологічного захисту, опіки з боку інших людей. Варто врахувати, що перенесення особистісних проблем і проблем у стосунках з іншими членами сім'ї здійснюється батьками головним чином підсвідомо, найчастіше з глибоким переконанням, що саме так дитині роблять добро. Проте

в результаті неадекватне батьківське ставлення викликає деформацію особистості дитини, ускладнює можливості її самореалізації, актуалізуючи девіантні вчинки.

Серед сімей, що можуть зумовити негативні девіації в поведінці дитини, виокремлюють [3;15;21] виховально слабкі сім'ї, в яких через різні причини (слабке здоров'я, завантаженість роботою, невисокий рівень психолого-педагогічної компетентності тощо) батьки втратили контроль над дітьми; виховально слабкі з постійною конфліктною чи агресивно негативною атмосферою, маргінальні, з алкогольною або сексуальною деморалізацією, сім'ї правопорушників; злочинні сім'ї; психічно обтяжені тощо. У таких сім'ях ризик девіантної поведінки зростає не тільки через недостатній контроль, бездоглядність дітей, а насамперед, через те, що поведінка дорослих членів сім'ї сприймається як нормальна, є зразком для дитини.

Разом з тим слід зауважити на відсутність однозначного зв'язку між стилем сімейного виховання і девіантною поведінкою особистості в майбутньому. Велике значення тут мають й інші чинники, серед яких — наявність угруповань однолітків з негативною спрямованістю, перебування в яких:

- полегшує здійснення девіантних дій, якщо особистість внутрішньо до них готова (так званий феномен “соціальної фасилітації” — посилення девіантних реакцій у присутності інших осіб);
- забезпечує психологічну підтримку і заохочення за участь у таких діях (зокрема, через деіндивідуалізацію, коли особистість знає про порушення соціальних норм, але не відчуває докорів сумління через втрату самоусвідомлення в ситуації анонімності);
- зменшує ефективність особистих і соціальних контрольних механізмів, які могли б загальмувати прояв девіантних схильностей і, навпаки, посилює вплив таких соціально-психологічних групових феноменів, як конформізм, “зсув ризику” тощо [10;15;24].

Разом з тим, не можна відкидати значної ролі недоліків сімейного і

шкільного виховання як педагогічних чинників виникнення соціально-педагогічної занедбаності, важковиховуваності, що спричинюють шкільну і, загалом, соціальну дезадаптацію і, відповідно, девіантну поведінку особистості. Слід зазначити, що система освіти має певний “девіантний” потенціал, зокрема через традиційне патерналістське ставлення вчителів до учнів [10], умови праці, що спричинюють професійне “вигорання” і професійні деформації особистості педагогів та ін.

Необхідність інтенсифікації процесу навчання відповідно до запитів сьогодення веде до зростання кількості учнів, які не можуть опанувати шкільну програму, втрачають інтерес до навчання, заміщуючи навчальну діяльність асоціальною або антигромадською активністю. У багатьох таких дітей формуються навички, властиві соціальному паразитизму: байдкування, ледарство, відхід з дому, бродяжництво тощо. Проблемою також залишається пошук підходу до навчання у закладах освіти осіб з різними дефектами, які загалом не дають підстав для переведення до допоміжної школи [2].

Р. Овчарова [23] для оцінки педагогічних чинників розвитку особистості дитини пропонує такі параметри:

- характер виховання (орієнтоване на дитину, стабільне, таке, що позитивно впливає; нестійке, нестабільне, суперечливе; байдуже до дитини, нестабільне, таке, що дезорганізує; вороже, таке, що негативно впливає на дитину тощо);
- характер освітньої роботи з дітьми (особистісно-орієнтована, розвивальна; репродуктивно-адаптивна, малоефективна; інформаційно-репродуктивна, неефективна тощо).

Зрозуміло, що ці чинники позначаються на розвитку дитини не безпосередньо, а заломлюючись через її внутрішню позицію (взаємодію, відносну незалежність, опірність; протидію, гіпернезалежність, негативізм, впертість; бездіяльність, гіперзалежність, нестійкість, конформізм тощо).

Також великого значення набуває ставлення педагога до дитини з девіантною поведінкою, досліджуючи яке, І. Козубовська та Г. Товканець встановили, що:

- ставлення стійко-позитивного типу (рівне, 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 вчинках, ігнорування позитивних якостей дитини) є властивим 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.

При цьому 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 [14;23].

У зв'язку з останнім важливо виявити індивідуально-психологічні чинники, які спричинюють неконструктивну позицію особистості, що виявляється у її девіантній поведінці.

Аналізуючи ці чинники, девіантну поведінку трактують як засіб досягнення значущої для особистості мети, як засіб психологічної розрядки, заміщення блокованої потреби або ж як самоціль, засіб задоволення потреби в самореалізації і самоствердженні, компенсації почуття неповноцінності тощо. Також акцентують увагу на тривожності особистості, коли через переживання тривоги, небезпеки в міжособистісних стосунках особистість виявляє агресивну поведінку як психологічний механізм захисту [10;30]. Виокремлюють також спадкову (генетичну) обтяженість, коли, зокрема, в батьків, схильних до адиктивної поведінки, народжуються діти з високим рівнем толерантності, іншими словами, відсутністю опору до психоактивних речовин через порушення функціонування гормональних і ферментативних механізмів, що відповідають за нормальний обмін речовин [20].

Серед усіх індивідуально-психологічних чинників, на думку більшості дослідників, у становленні і розвитку девіантної поведінки особливо велику роль відіграють особливості локусу контролю і рівень самоповаги особистості, що актуалізуються в підлітковому віці. Відповідно до теорії девіантної поведінки [15], 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 особистість до вчинків, у яких вона прагне підвищити рівень самоповаги, долаючи виявлені недоліки.

Однак це властиве не для всіх людей. Частина з них має негативне самосприйняття, що виявляється, по-перше, у стійкому переконанні особистості у відсутності в неї особистісно-цінних якостей або можливості здійснювати особистісно і суспільно цінні вчинки; подруге, в оцінюванні ставлення з боку значущих для людини особистостей 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. Таким чином, утворюється порочне коло: здійснюючи антинормативні вчинки, особистість тим самим привертає до себе увагу, інтерес, отже, у власних очах, підвищує самоповагу. При цьому формується негативне ставлення до санкцій з боку “нормальних” людей, що поступово веде до зменшення частоти спілкування

девіантної особистості з ними. Разом з тим 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. Водночас формуються своєрідні психологічні бар'єри — фільтри по відношенню до коригуючих впливів з боку “нормальних” людей.

Так, наприклад, в емпіричному дослідженні підлітків-девіантів Т. П. Гуріною виявлені такі психологічні бар'єри, що перешкоджають коригуючим впливам, дотриманню моральних та інших норм [8]:

- бар'єри неадекватної самооцінки (22 % досліджуваних), що пов'язані з прагненням підлітків уникати травмуючих впливів за мінімізації вимог;
- бар'єри, що виникають через деформовані моральні позиції і орієнтації (77%);
- емотивно-вольова пасивність, що виявляється у негативній спрямованості почуттів, переживань, примітивізації емоційних вражень, неадекватності їх проявів, недосконалості механізмів емоційної саморегуляції тощо (90 %);
- конформність, некритичність до думки референтних осіб за логікою: “Я є такий як усі” (62%);
- смисловий бар'єр, що веде до обмеження сприймання інформації, яка не узгоджується з характером вчинків особистості, здебільшого в поєднанні з такими особливостями розумового і культурного рівня, що унеможливають “трансляцію” особистісного сенсу (24%).

Зміст і представленість таких бар'єрів виявляється по-різному, що потребує різних підходів до їх корекції.

Тема 3. Гендерно-вікові аспекти девіантної поведінки особистості

- Особливості виникнення опору виховним впливам у дошкільному віці.
- Шкільна дезадаптація, відсутність навичок взаємодії з соціумом як передумови девіантної поведінки молодшого школяра.

- Вікові особливості становлення особистості підлітка та їх вплив на відхилення в поведінці.
- Гендерні особливості девіантної поведінки особистості та їх чинники.

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. Разом з тим саме у цей період закладаються перші уявлення про добро і зло, моральні норми, загалом, перший досвід спілкування із соціумом, особливості якого закладають специфіку самосприйняття, ставлення дитини до себе, до інших, до моральних норм. Уже 3-4-річна дитина здатна певним чином організувати власну поведінку (в простих формах). У цьому віці можуть виявитися розв'язність, зухвальство, ледарство, пожадливість, брехливість, безцеремонність тощо як сигнали майбутніх відхилень у процесі соціалізації дитини. При цьому за ступенем негативних наслідків розрізняють неслухняність як найпоширенішу в дитячому віці форму опору вимогам і проханням батьків, моральним нормам суспільної поведінки, що проявляється у витівках, бешкетництві тощо, облудність (спочатку як прояв фантазування особливого складу психіки дошкільника, що не переслідує мети 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 [13;29].

Як відзначають багато дослідників, значення ролі раннього емоційного досвіду дитини має важливе значення для формування особистості. Адже найзначущою соціальною потребою цього періоду є емпатійне спілкування з дорослим. Саме відчуття дитиною себе як такої, яку люблять, почуття захищеності і повного прийняття з боку дорослих є фундаментом розвитку здорової психіки [13;16;18].

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 в дитини може відбутися за рахунок викривлення уявлень про свою поведінку. Як відзначає В.Сухомлинський, дитина, яка переживає в ранньому дитинстві образу, несправедливість, поступово стає хворобливо сприйнятливою до найменших проявів несправедливості, байдужості, може почати бачити зло і там, де його немає, протиставляючи дійсному і уявному злу те, що вона може протиставити: неслухняність, норовистість, різкість, брутальність, свавілля, бажання діяти не так, як вимагають дорослі тощо [25].

Так, автор концепції “авторитетного батьківства” Д.Баумрінд виокремила три групи дітей з різними моделями поведінки залежно від особливостей поведінки батьків [2;23]:

модель 1: діти з високим рівнем незалежності, зрілості, впевненості у собі, активності, стриманості, допитливості, доброзичливості й умінням розбиратися в навколишньому оточенні;

модель 2: діти, недостатньо впевнені у собі, замкнуті і недовірливі, відчували певні ускладнення в процесі взаємодії з іншими;

модель 3: невпевнені у собі діти, які не виявляли допитливості і не вміли стримувати себе, з великими проблемами у взаємодії з іншими людьми.

Автор виділила також 4 показники батьківського ставлення-поведінки, що відповідає за формування певних рис дітей:

контроль: високий бал за цим показником означає великий вплив на діяльність дітей, послідовність у постановці вимог;

вимога зрілості: при високому балі за цим показником батьки висувають вимоги, що спонукують розвиток у дітей зрілості, незалежності, самостійності, високого рівня здібностей в інтелектуальній, соціальній та емоційній сферах;

спілкування: батьки з високим балом за цим параметром орієнтовані на переконання, обґрунтованість вимог, готовність вислухати думки дитини;

доброзичливість: високий бал за цим показником свідчить про зацікавленість батьків у дитині (похвала, радість від її успіхів), теплоті (любов, турбота, співчуття).

У результаті було виділено кілька типів взаємодії батьків з дітьми, в яких виявлялося їх ставлення до дошкільників (див. рисунок):

тип “авторитетні батьки”, що відповідає моделі 1 поведження дітей;

тип “авторитарні батьки”, що відповідає моделі 2 поведження дітей;

тип “поблажливі батьки”, що відповідає моделі 3 поведження дітей.

При цьому саме ставлення батьків і відповідна взаємодія з дітьми, що відповідає моделі 1 і припускає сполучення емоційного прийняття з високим обсягом вимог, їхньою ясністю, несуперечністю і послідовністю в пред’явленні дитині, корелює з успішним процесом соціалізації дошкільника. В інших випадках у дітей виникають значні проблеми, що в подальшому можуть спричинити певні девіації в їх поведінці. Такі діти певною мірою відстають від однолітків у психосоціальному розвитку через перебування в рамках стереотипних ситуацій і одноманітного спілкування, в них може недорозвинутися здатність до співчуття, вміння враховувати інтереси інших, виявитися жорстокість, байдужість, можуть розвинутися страхи (особливо у тривожних, недовірливих дітей) тощо. У подальшому, коли дитина приходять до школи, це може спричинити проблеми і відставання у навчальному процесі, шкільну дезадаптацію тощо.

Групи батьків відповідно до моделей поведінки дітей (за Д. Баумрінд)

Для молодшого школяра психотравмуючі ситуації пов’язані в першу чергу з потребою в позитивній оцінці з боку дорослих, насамперед, учителів і батьків, особливо щодо оцінки успіхів у навчальній діяльності, а також з бажанням

зайняти сприятливе становище у системі міжособистісних стосунків колективу класу. Незадоволення цих потреб викликає емоційну напругу, негативні переживання учня. Як зазначає Е. Еріксон [28], небезпека для молодшого школяра криється у формуванні почуття неповноцінності або некомпетентності, яке сильно залежить від шкільної успішності.

Через те, що внутрішній світ дитини ще недостатньо розвинутий, не збагачений досвідом переживання критичних ситуацій, перешкоди, що стоять на шляху задоволення її важливих соціальних потреб, не завжди стимулюють до активності щодо їх подолання. Для молодшого школяра першочергова 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, жорстокій поведінці, пошуку підтримки в неформальному середовищі тощо [18].

Виникає феномен “сміслового 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. Останнє, на думку І. Козубовської [10], може бути зумовлене 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 (“Ось підеш до школи, там тобі покажуть, як себе поводити!”). Але частіше воно є наслідком

негативного ставлення вчителя до учня, яке, за дослідженням О.В. Киричука [9], пов'язане з попередньою успішністю дитини, її дисциплінованістю, зовнішніми соматичними ознаками, матеріальним і соціальним становищем батьків тощо. Саме ставлення вчителя до учня переважно зумовлює положення молодшого школяра в колективі, його статус в ньому і, отже, визначає самопочуття учня, його адаптацію або дезадаптацію у соціальному середовищі загалом.

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

Загалом, як зауважує І.С. Кон, підлітковий вік являє собою групу ризику в контексті девіантної поведінки через [11]:

- труднощі перехідного періоду, починаючи з психогормональних процесів і завершуючи перебудовою Я-концепції, що зумовлюють переживання підлітком тривоги, емоційну напруженість, нестійкість, неврівноваженість 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 протиріччя між орієнтацією на самостійність і відсутністю відповідного життєвого досвіду;
- суперечності, зумовлені перебудовою механізмів соціального контролю: дитячі форми контролю, що ґрунтуються на дотриманні зовнішніх норм і слухняності, вже не діють, а дорослі засоби контролю, що передбачають свідому дисципліну і самоконтроль, ще не склалися; ці чинники проявляються на тлі посилення орієнтації на однолітків і зростання залежності поведінки від групових норм.

Наведені чинники фатально не зумовлюють девіантну поведінку особистості. Разом з тим за несприятливих умов попереднього етапу розвитку вони можуть

стати підґрунтям для виникнення різноманітних поведінкових девіацій. При цьому слід урахувати, що для підлітка значущими стають, насамперед, стосунки з однолітками, в очах яких він бажає ствердити себе. Якщо це не вдається, підліток може шукати інші кола спілкування, часто з асоціальною спрямованістю, стати “важким”.

Л. Міщик та З. Білоусова називають такі типові риси “важкого підлітка” відставання в інтелектуальній сфері, нерозвиненість чи особлива вибірковість сприйняття й оцінки довкілля, недосконалі розумові процеси, нерозвинуте мовлення негативні риси характеру, безвідповідальність, лінь, шкідливі звички, часто байдужість, жорстокість до інших людей, тварин, природи тощо;

підвищена конфліктність у стосунках з товаришами по навчанню, 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.

При цьому форми девіантної поведінки підлітка мають властиві 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 і особливо — норми підліткової субкультури, за якими алкоголь традиційно вважається однією з ознак мужності і 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 веде до звикання та кримінальної поведінки.

Суїцидальна поведінка підлітка часто є криком про допомогу в разі негараздів у взаємодії підлітків з оточенням, неможливістю самотійно розв'язати проблеми (недарма суїцидальні спроби підлітки найчастіше здійснюють вдома, ввечері чи вдень, коли хтось може втрутитися).

Така поведінка також може бути пов'язана з властивими 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 як на оточуючих, так і на власне Я. У першому випадку виникає дереалізація, коли зовнішній світ сприймається як чужий, несправжній. У другому випадку відбувається деперсоналізація, коли зникає відчуття реальності власного Я, втрачає сенс будь-яка діяльність, з'являється апатія тощо. До особистіших розладів відносять також дисморфобію — страх зміни власного тіла — від простої стурбованості зовнішністю до одержимості дійсними чи уявними дефектами, а також дисморфоманію — маячіння через фізичний недолік. При цьому, як зауважує І. Кон, існують труднощі у розпізнанні підліткової психопатології, адже девіантна поведінка в більшості випадків лише підкреслює риси, що характерні для цього віку, особливо акцентуйовані, які виявляються в так званому “слабкому місці” або місці “найменшого опору” підлітка [11;14]. Так, підліткам з нестійкою акцентуацією притаманна навіюваність, посилена схильність до наслідування,

тому вони потребують постійного контролю, вимогливості, перебування у сприятливому середовищі, де прикладом для наслідування є позитивні лідери. Підліткам з гіпертимною акцентуацією постійний контроль витримати дуже важко, їх бурхливу енергію слід 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 [14;16].

Бродяжництво підлітків часто є наслідком несприятливих умов виховання в сім’ї, часто гіперопіки і авторитарного тиску, іноді діти втікають з дому через прагнення дистанціюватися від власної соціально неблагополучної сім’ї, особливо за наявності відповідних “вуличних” традицій у спільноті однолітків. Протиправна і злочинна поведінка підлітків часто пов’язана з їх недостатньо розвинутою правовою свідомістю, мотивуючими структурами особистості, емотивністю поведінки, імпульсивністю і конформізмом тощо [11;18].

За сприятливих умов, а також спеціальної роботи можна запобігти виникненню девіантної поведінки підлітків або відкоригувати її небажані прояви. В іншому випадку негативні прояви поведінкових девіацій закріплюються, набуваючи особливо небезпечних форм у дорослому віці.

Крім вікових, прояви девіантної поведінки особистості мають також гендерні особливості.

Так, можна констатувати певну своєрідність прояву агресії залежно від статі: чоловіки частіше демонструють вищі рівні прямої та фізичної агресії, тоді як жінки — непрямой і вербальної. Такі прояви адиктивної поведінки, як харчова залежність більш властиві жінкам, гемблінг та вживання наркотиків — чоловікам. Завершені суїциди частіше зустрічаються 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 [7].

На думку Т. Говорун та О. Кікінеджи [4], однією з причин розбіжності у формах прояву 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 — підлеглих, пасивності, слухняності. Так, зокрема, меншу кількість дівчат з девіантною поведінкою (у порівнянні 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 і 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.

Переважаюча харчова залежність у жінок (90-95 %) пояснюється, насамперед, через гендерні стереотипи щодо зовнішності жінок, а гемблінг чоловіків можна пов'язати з гендерними стереотипами щодо "справжнього чоловіка", що зумовлюють змагальний характер його дій задля досягнення першості в усьому, як того вимагають соціальні приписи. Саме гендерні 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 є [3]:

затискування природних реакцій (не тільки статевих, але й безпосередньо емоційних), що веде 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 проявів статевої суті і цікавості до іншої статі;

згладжування статевих відмінностей, своєрідна статева уніфікація;

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

Так, 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) [6]. Саме такі дівчата, насамперед, схильні втікати з дому, хоча загалом хлопців-бродяг значно більше.

Отже, існують гендерно-вікові особливості девіантної поведінки, які слід враховувати при наданні психологічної допомоги особистості.

Тема 4. Психологічна діагностика особистості з девіаціями поведінки

- Мета і стадії психологічної діагностики девіантної поведінки особистості.
- Методи психологічної діагностики змісту і чинників девіантної поведінки особистості.

Психологічна допомога особистості з девіантною поведінкою передбачає, насамперед, її психологічну діагностику, що має на меті встановити як різновид девіантної поведінки особистості, так і чинники, що зумовили такий стан речей.

Слід зауважити, що традиційно причини девіантної поведінки шукають, виявляючи особливості сімейного оточення, роботи школи чи трудового колективу, впливу неформального оточення. Не заперечуючи важливості аналізу цих чинників, у психологічній діагностиці слід, насамперед, зосередитися на власне психологічних проявах девіантної поведінки (див. тему 1). Наприклад, не просто лише зафіксувати участь особистості в певному неформальному угрупованні, а й виявити, які саме потреби вона задовольняє при цьому (прагнення самоствердитися або відчутти захищеність в групі), виявити шлях, що призвів до цієї групи, суб'єктивне ставлення до себе, до своєї поведінки, довкілля, чіткість і реалістичність усвідомлення себе і свого оточення тощо. Якщо, скажімо, зафіксовано зловживання алкоголем, то обов'язково слід визначити, наскільки вживання спиртного пов'язане з особливостями виховання, проблемами соціальної адаптації і мотивами поведінки; встановити, з якого віку людина почала вживати спиртні напої і за яких обставин, чи виявляє вона власну ініціативу у вживанні напоїв, який з психологічних компонентів сп'яніння приваблює людину, які потреби вона при цьому задовольняє, чи існує фізична і психічна залежність від алкоголю тощо.

Отже, психологічна діагностика передбачає всебічний і поглиблений аналіз особистості, виявлення недоліків у її поведінці та їх причин, позитивних аспектів і спрямована на розв'язання практичних завдань — гармонізацію розвитку особистості, сприяння її особистісному зростанню.

При цьому обстеження особистості з девіаціями поведінки має проводитися на основі прийняття досліджуваного, гуманного ставлення до нього, співпраці з ним і відзначатися:

- цілеспрямованістю, чітким визначенням, що саме буде предметом і метою спостереження;
- системним підходом, що дозволить вірогідно відрізнити випадкове від типового, закономірного, врахувати всі ознаки девіантної поведінки, розглядати всі чинники девіантної поведінки в їхньому взаємозв'язку;

- плано­мір­ністю і аналі­тич­ністю, що перед­ба­чає наяв­ність чітко ви­зна­че­ної мети, засобів, по­слі­дов­ності дій, не тільки з кон­ста­та­цією фактів, а й їхнім по­яс­нен­ням, ви­яв­лен­ням пси­хо­ло­гіч­ної при­ро­ди;
- реєстрацією резуль­та­тів, що до­зво­ляє ви­к­лю­чи­ти по­ми­лки пам'яті, змен­ши­ти тим са­мим суб'єк­тивізм ви­с­нов­ків і уза­гал­не­нь;
- опе­ру­ван­ням си­сте­мо­ю од­но­знач­них по­ня­ть, спе­ці­аль­них тер­мінів, що сприяють чіт­ко­му, не­д­во­знач­но­му по­зна­че­н­ню ма­те­рі­а­лу, який спос­те­рі­га­єть­ся, а та­кож за­без­пе­че­н­ню єди­но­го під­хо­ду до ін­тер­пре­та­ції ре­зуль­та­тів;
- про­гно­стич­ним ха­рак­те­ром, що до­з­во­лить ви­зна­чи­ти умо­ви і засоби на­да­ння пси­хо­ло­гіч­ної до­по­мо­ги осо­би­ст­ості то­що. Ви­ок­рем­лю­ють та­кі ста­дії пси­хо­ло­гіч­ної діа­гно­сти­ки [5; 6; 17]:
- 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 фі­зі­ч­но­го і пси­хі­ч­но­го здо­ров'я для у­точ­не­ння при­чин від­хи­ле­нь у по­ве­дін­ці й про­гно­зу­ван­ня тен­де­н­цій осо­би­ст­іс­но­го роз­ви­тку)

Для ви­зна­че­ння 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 і 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), фі­зі­ч­ні кон­так­ти (тор­кан­ня, по­ш­тов­хи, уда­ри, пе­ре­да­чі, спі­льні зу­сил­ля). Са­ме ці акти по­ве­дін­ки, бу­ду­чи ви­ок­рем­лені і

zareєстровані належним чином, стають характеристиками інтелектуального й особистісного розвитку, динаміки досягнень, виразності психічних станів тощо. Так, Н. Максимова пропонує під час спостереження фіксувати такі особливості поведінки і зовнішнього вигляду досліджуваного з девіантною поведінкою [11]:

- 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, словарний запас, наявність жаргону, брутальних виразів, специфіка вираження думок — ступінь послідовності, логічності, чіткості, швидкості словесної реакції);
- соціальна поведінка (особливості встановлення контактів, ступінь невимушеності при цьому, товарицькість, наявність соціальних навичок, вихованість, специфіка поведінки за ступенем домінування, агресивності, підлеглості та довірливості тощо);
- настроїв (ейфорія, безтурботність, врівноваженість, серйозність, відсутність гумору, поганий настрої, тривога тощо);
- ставлення до обстеження (ступінь зацікавленості: від активного небажання або недовіри, байдужості до надмірної зацікавленості);
- особливості діяльності під час обстеження (ступінь уважності, швидкість вирішення поставлених завдань, особливості орієнтувальної основи дій — намагання знайти загальний спосіб вирішення завдання або дії методом спроб і помилок, темп роботи — ступінь рівномірності, швидкості, сумлінності і охайності при виконанні завдань, реакція на невдачі — агресивна, звинувачення себе, відмова від діяльності, байдужість та ін.).

Слід зауважити, що спостереження здійснюється за певною схемою, в якій традиційно виділяють такі етапи:

1. Визначення мети спостереження (для чого, навіщо воно здійснюється?).

2. Вибір об'єкта дослідження (який індивід чи якого роду група підлягають вивченню?).
3. Уточнення предмета дослідження (які саме прояви поведінки розкривають зміст досліджуваних психічних феноменів?).
4. Планування ситуацій спостереження (у яких випадках чи за яких умов предмет дослідження виявляє себе найчіткіше?).
5. Підбор способу спостереження, що найменше впливає на об'єкт і забезпечує збирання необхідної інформації (як спостерігати?).
6. Установлення 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, пілотажного спостереження, необхідного для уточнення дій попередніх етапів і виявлення організаційних недоробок.
10. Уточнення програми спостереження.
11. Проведення спостереження.
12. Обробка й інтерпретація отриманої інформації [4].

Крім того, вважається доцільним проведення спостереження декількома спостерігачами протягом досить тривалого часу в різноманітних умовах життєдіяльності досліджуваних. При цьому важливо, щоби попередньо виділені категорії поведінки, що фіксуються у спостереженні, оцінювалися за частотою їх прояву. Наприклад: 5 балів, якщо даний вид поведінки виявляється практично завжди; 4 бали, коли часто; 3 бали, якщо важко сказати, чи частіше виявляється чи ні; 2 бали, якщо іноді; 1 бал, коли практично не виявляється.

Це дасть можливість отримати результати спостереження за шкалою рейтингу і тим самим полегшити їх обробку та інтерпретацію.

Так, відомою методикою спостереження є карта спостережень Д. Стотта [17], яка дозволяє не тільки фіксувати характер поведінки “важких дітей” у школі, але й виявити характер дезадаптації поведінки дитини (див. додаток 1). 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. При підрахунку балів симптом, що знаходиться в колонці “Порушення”, оцінюється в один бал, а в колонці “Неприспосованість” — в 2 бали. Далі підраховуються сума балів по кожному синдрому окремо і загальний “коефіцієнт дезадаптованості” — за сумою балів по всіх симптомах.

Цю карту може заповнювати як психолог, так і педагоги або, за окремими симптомами, батьки, що дасть можливість знайти їм “спільну мову” при постановці “діагнозу”, а також при складанні корекційно-розвиваючих програм, хоча змістова інтерпретація результатів дається тільки психологом, оскільки передбачає ґрунтовне знання психологічних особливостей особистості і закономірностей її розвитку.

Важливим методом дослідження девіантної поведінки особистості є такий різновид опитування, як вільне інтерв’ю або бесіда, який має на меті визначити ставлення респондента до певних проблем, його ціннісні орієнтації, з’ясувати факти з його біографії, плани на майбутнє тощо під час усного безпосереднього спілкування. Передбачає реєстрацію й аналіз відповідей на запитання, а також вивчення особливостей невербальної поведінки опитуваних.

Як правило, у бесіді виявляються можливі чинники, що спричинили девіантну поведінку особистості, насамперед, у її мікросоціальному оточенні (характер стосунків з батьками, з однолітками, з іншими людьми, ставлення до людей, до навчання, праці, успішність у навчанні, праці тощо). Далі напрям бесіди змінюється залежно від ситуації і може торкатися самопочуття досліджуваного, його ставлення до себе, задоволеності життям.

У бесіді дослідник має можливість самостійно змінювати спрямованість, порядок і структуру запитань через використання гнучкої тактики побудови діалогу в межах заданої теми, максимальне врахування індивідуальних особливостей респондентів, домагаючись необхідної ефективності процедури.

Існує ряд вимог до бесіди як методу. Перше — невимушеність. Не можна перетворювати бесіду на допит. Найбільший результат приносить бесіда у випадку встановлення особистого контакту дослідника з досліджуваною людиною. Важливо при цьому ретельно продумати бесіду, подати її у формі конкретного плану, завдань, проблем, що підлягають з'ясуванню. Метод бесіди припускає поряд з відповідями і постановку запитань досліджуваними. Така двостороння бесіда дає більше інформації з проблеми, що вивчається, ніж тільки відповіді досліджуваних на поставлені запитання.

Доцільно передбачити можливість одержувати в ході бесіди необхідні відомості й непрямими прийомами. Наприклад, можна застосовувати такі формулювання запитань [11]:

- “Деякі люди думають, що..., а що думаєте ви?” (даємо зрозуміти, що є й інші особи, подібні до даної)
- “Якщо хтось порушуватиме порядок у громадських місцях, ви самі закриєте його до порядку або викричите представників закону?” (припускаємо можливість двох альтернативних рішень).
- “Чи зможете ви це зробити?” (замість категоричного “Зробіть це!”, щоби воно виглядало прийнятнішим для людини).
- “Через що ви посварилися з ...?” (замість “Чи сварилися ви з.?”), щоби не ставити людину в ситуацію, коли через феномен “соціальної бажаності” чи острах вона заперечуватиме неправильну поведінку).
- “Що вам подобається., а що ні?” (даємо можливість знайти позитив, а не тільки негатив).

При цьому важливо фіксувати не тільки відповідь, але й поведінку досліджуваного: особливості його мови, жестів, міміки, емоційне ставлення до конкретних явищ.

Істотним у ході проведення такого опитування є вміння дослідника уточнити факти, що цікавлять його під час безпосередньої бесіди, не вдаючися до її протоколювання. Запис найчастіше позбавляє бесіду невимушеності,

насторожує людину, робить її відповіді штучними, надуманими, тому вони зазвичай фіксуються по проведенні бесіди.

Безумовно, у дослідженні особистості з девіантною поведінкою застосовуються й тести.

Слід зазначити, що тестування як психологічний метод передбачає визначення наявності, особливостей і рівня розвитку певних психічних властивостей досліджуваного, його статусу в міжособистісних стосунках на основі виконання ним певних завдань. Як відомо, тестування провадиться 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 вирішувати завдання різного ступеня складності, при цьому завдання вибирає сам досліджуваний. Після вирішування завдання дослідник повідомляє про успішність його розв'язання і пропонує вибрати нове завдання. 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).

Велике значення при цьому має аналіз поведінки досліджуваного під час тестових проб, зокрема, його емоцій, наполегливості в подоланні труднощів.

Опитувальники являють собою стандартизовані самозвіти і мають на меті визначення рис розвитку особистості, мотивів, інтересів, ціннісних орієнтацій, настановлень тощо.

У контексті дослідження девіантної поведінки часто використовують опитувальник Басса-Дарки, призначений для діагностики агресивних та ворожих реакцій людини (див. додаток 2). В адаптованому варіанті міститься 75 запитань, на які досліджуваний має відповідати “Так” або “Ні”. При цьому відповіді розподіляються за такими шкалами:

- фізична агресія (застосування фізичної сили проти інших осіб);
- непряма агресія (агресія, спрямована через обхідні шляхи на іншу особу (плітки), або взагалі не спрямована ні на кого конкретно, скажімо, вибух люті — крик, тупотіння ногами та ін.);
- роздратування (готовність до гарячування, прояву брутальності при найменшому збудженні);
- негативізм (опір авторитету, встановленим звичаям і законам із пасивним опором аж до активної боротьби проти них);
- образа (заздрість та ненависть до інших людей, зумовлені справжніми або, зазвичай, вигаданими стражданнями);
- підозрілість (недовіра і обережність у ставленні до людей, що ґрунтується на переконанні в їх готовності заподіяти шкоду певній особі);
- вербальна агресія (вираження негативного ставлення до людини через форму (крик) і зміст (прокльони, погрози) словесних відповідей);
- 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 і агресивності. При цьому слід урахувати, що даний опитувальник через ефект “соціальної бажаності” відповідей слід використовувати спільно з іншими методиками, зокрема, проєктивними.

Стандартизовані самозвіти, які, власне, являють собою опитувальники, зазвичай використовуються для прямої самооцінки досліджуваним власних психічних станів (див. додатки 3 і 4).

Проєктивні методики передбачають створення для досліджуваного досить невизначеної ситуації, коли в її тлумаченні головним виявляється не об’єктивний, а суб’єктивний зміст — те ставлення, яке дана ситуація викликає в досліджуваного.

Так, зокрема, можна використовувати набір малюнків, за якими досліджуваний має скласти певну розповідь. При її аналізі враховується як логічність у

викладенні подій, так і те, який особистісний смисл вкладає досліджуваний в пояснення сюжету.

Широко також використовуються проєктивні 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 (див. додаток 5).

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 [2;13]. 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 даної ситуації, або звинувачує себе), екстрапунітивну (коли реакція спрямована на живе чи неживе оточення, а розв’язання ситуації перекладається на іншу особу чи зовнішні обставини взагалі), імпунітивну (коли ситуація фрустрації розглядається досліджуваним як малозначуща, як дещо таке, що може бути виправлено само собою, варто лише зачекати).

Аналіз типу і спрямованості реакцій дає можливість визначити ступінь адаптованості досліджуваного до власного соціального оточення.

Перевагою проєктивних методик є можливість дослідити неусвідомлювану сферу особистості. Разом з тим тлумачення результатів є досить суб’єктивним, до того ж 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 можна також віднести метод незалежних характеристик, що дозволяє виявити особливості поведінки та психічні якості досліджуваних в різних ситуаціях через сприймання різних осіб. Так, наприклад, на основі цього методу Р. Овчарова розробила комплексну експрес-діагностику соціально-педагогічної занедбаності дітей, що передбачає надання незалежних характеристик психологом і педагогом [12]. 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 і обструкцію педагогів; труднощі і неуспішність у навчанні, пов’язані з дисгармонією розвитку в соціально-педагогічному середовищі, зокрема, через гіперсоціалізованість і авторитарність педагогів і батьків;
- неадекватна поведінка у соціальних ситуаціях тощо.

У результаті були виокремлені відповідні шкали — властивості самосвідомості, особливості спілкування, навчальної діяльності та інші, які дозволяють подати характеристику на дитину в контексті важливих характеристик, що можуть свідчити про ступінь її педагогічної занедбаності. У цій методиці використані матеріали спостереження, аналізу продуктів діяльності дитини, бесіди з батьками, застосовано також медичну карту тощо.

Тема 5. Психологічні основи профілактики і корекції девіантної поведінки особистості

- Зміст, функції та етапи профілактики і корекції девіантної поведінки особистості.
- Основні підходи до надання психологічної допомоги особистості з девіантною поведінкою.

- Особливості профілактики девіантної поведінки особистості дитини.
- Форми і методи профілактики і корекції девіантної поведінки особистості.
- Проблема соціально-психологічної реабілітації особистості з девіантною поведінкою.
- Особливості роботи “телефону довіри” як анонімного консультування особистості, схильної до девіантної поведінки.

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. Останнє, зокрема, передбачає організацію спеціальної роботи психолога з девіантами, спрямовану на:

- розхитування і руйнування девіантних настановлень, уявлень, мотивів, стереотипів поведінки та формування нових, позитивних;
- розвиток соціальної активності, інтересу до себе і 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.

Власне психологічна допомога особистості здійснюється за такими напрямками, як психологічна превенція (попередження, профілактика) і психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація). Психодіагностика при цьому є допоміжним засобом, що вирішує проміжні практичні завдання [8].

Загалом профілактично-корекційна робота спрямована на реалізацію таких функцій [9]:

- 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 і самоконтролю).

При цьому можна виділити такі етапи профілактично-корекційної роботи: формулювання проблеми, висування гіпотези про причини девіацій, діагностичний етап для перевірки і уточнення гіпотези (див. тему 4), вибір адекватних методів і технологій надання психологічної допомоги особистості, складання програми та її реалізація, контроль за ходом реалізації програми і, за необхідності, внесення до неї коректив.

Виокремлюють декілька підходів з надання психологічної допомоги особистості в профілактиці і корекції девіантної поведінки відповідно до напряму психологічної науки [21;24;25].

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 з іншими

людьми через навчання відповідним засобам соціальної поведінки, зокрема, через тренування входу до певної ролі і 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 обігрування певних ролей, забезпечення гнучкості їх меж за допомогою інших людей. У вітчизняній психолого-педагогічній науці відомі давні традиції профілактики і корекції девіантної поведінки через створення спеціального розвиваючо-виховуючого середовища (А. Макаренко, Т. Шацький та ін.).

Профілактика девіантної поведінки нерозривно пов'язана з процесом соціалізації особистості і 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 і 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 і цілями, планування життєвих планів без девіантної поведінки) [8;9].

О. Змановська називає такі форми психопрофілактичної роботи [8]:

- організація соціального середовища, в рамках якої передбачається соціальна реклама з формування настановлень на здоровий спосіб життя; створення негативної громадської думки щодо проявів девіантної поведінки, насамперед, через засоби масової інформації; формування соціальних “зон підтримки”, зокрема, через організацію і підтримку громадських організацій, молодіжних рухів та ін.;
- інформування, що передбачає вплив на когнітивні процеси особистості для підвищення її здатності приймати 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 і особи-стісного зростання тощо;
- організація діяльності, альтернативної девіантній поведінці, 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.

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 [8].

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 [8;22].

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 і успішно виходити з нього [8;10;27].

Ефективною формою роботи з особами, що мають залежні форми поведінки, є групові форми роботи, зокрема, психологічні тренінги. Такі тренінги застосовуються як для реабілітації алкоголіків і наркоманів, так і для подолання посттравматичної залежності. При цьому враховують такі

психологічні механізми формування залежності, як дисоціація “розуму” і “тіла” внаслідок порушення переживання себе і своєї цілісності, з тим, щоби не відчувати фізичного чи душевного болю; екзистенціальну ізоляцію як наслідок переживання розриву між унікальним “Я” і “Іншими”, що, у свою чергу може призвести до злиття, розчинення в іншому (як найрадикальніший засіб розсіювання тривоги через знищення самосвідомості, передачу контролю над своїм життям іншій людині); внутрішнє відчуття часу — проживання не в теперішньому часі, а поза ним, відсутність часової перспективи, зокрема, через відсутність передбачуваного майбутнього [26].

Слід зауважити, що ці тренінги спрямовані на попередження виникнення тяжких форм залежності, оскільки лікування її — сфера психотерапії, що передбачає використання медичних препаратів. Основний зміст тренінгів складає робота з передачі особистості методів контролю і відповідальності за своє власне життя, ідентифікація ситуацій, в яких можливе формування шкідливих звичок, свідомої відмови від деструктивних форм поведінки. Відповідно вітчизняними дослідниками розроблені програми-тренінги профілактики алкогольної залежності у підлітків і молоді, профілактики тютюнопаління та інших форм залежної поведінки через формування позитивної Я-концепції та ін. [15;26].

У разі успішного лікування осіб з адиктивною поведінкою актуальною стає проблема їх соціально-психологічної реабілітації (відновлення життєвих функцій особистості, дезадаптованої через залежну поведінку). Ця проблема має розв’язуватися на декількох рівнях:

- соціально-правовому (юридична підтримка, працевлаштування, розв'язання житлової проблеми та ін.);
- медичному (протирецидивна терапія, лікування супутніх соматичних і нервово-психічних захворювань);
- психологічному (активізація і розширення особистісних ресурсів, психологічна підтримка через консультування і психотерапію) [8;15;16].

Одним із методів надання соціально-психологічної підтримки є так званий “телефон довіри”, що дозволяє провести анонімне консультування особистості, схильної до девіантної поведінки. При цьому виокремлюють такі кроки психологічної допомоги особистості [23]:

- початковий етап, на якому людині надається впевненість у тому, що вона звернулася туди, де її зрозуміють і підтримають;
- уточнюючий етап, на якому відбувається уточнення запиту на основі безумовного прийняття особистості людини, котрій надається допомога, її внутрішніх переживань (зрозуміло, що прийняття не обов'язково означає позитивну оцінку, це просто визнання того, що є); безоцінного ставлення (відсутність оцінок поведінки і особистості клієнта); емпатії (розуміння внутрішнього світу людини, співпереживання їй);
- діагностичний етап, що полягає у допомозі клієнту оволодіти проблемою, сформуванню об'єктивну і ясну картину подій;
- власне психотерапевтична робота, спрямована на мобілізацію всіх ресурсів клієнта, встановлення і підтримку всіх здорових, позитивних якостей особистості з тим, щоби сприяти підвищенню самооцінки, впевненості у собі; водночас встановлюється коло близьких і друзів, які могли б допомогти;
- прийняття рішення, що передбачає спільне відпрацювання варіантів розв'язання проблеми; усвідомлення і прийняття клієнтом оптимального варіанта її вирішення; спільне складання плану дій, спрямованого на подолання критичної ситуації;

- заключний етап, спрямований на підтримку і максимальне схвалення рішення клієнта.

Очевидно, що профілактика і корекція девіантної поведінки особистості є особливо дієвою на ранніх етапах, зокрема, під час навчання в школі. Тут слід приділити увагу тим особливостям поведінки, що можуть передувати правопорушенням. Йдеться, насамперед, про прогули (можуть бути як формою девіантної поведінки, так і наслідком невротизації дитини — “шкільного неврозу”), погану успішність у навчанні (може бути зумовлена як педагогічною занедбаністю, так і дефектами інтелектуального розвитку, затримкою психічного розвитку загалом), низький статус дитини у шкільному колективі, ізолюваність у ньому; наявність компенсаторної поведінки інфантильного характеру (через прагнення забезпечити успіх будь-яким чином, зокрема, через роль “класного блазня” або поведінку “луддита”, який псує зошити відмінників та меблі, б’ється) тощо. Зрозуміло, що профілактична робота має здійснюватися в тісному контакті з батьками і педагогами. При цьому слід урахувати, що педагоги, часто не помічаючи цього, роблять більше зауважень “важким” дітям, ніж “нормальним”, оцінка дається не окремому вчинку, а особистості загалом, до оцінювання нерідко підключається увесь клас. Тому передумовою успішної профілактичної роботи є психологічне консультування педагогів і батьків щодо змісту, особливостей прояву і чинників девіантної поведінки, а також специфіки взаємодії з девіантами [22].

Програма роботи з дітьми молодшого шкільного віку у разі порушень розвитку особистості, що розроблена Р. Овчаровою [18], складається з таких блоків:

- 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.

Профілактика відхилень у поведінці молодшого школяра як суб'єкта спілкування, на думку дослідниці, можлива 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 і захищеності); реконструктивний (створення нових форм поведінки і накопичення нового досвіду спілкування на основі задоволення потреб у безпеці і 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 при цьому має бути приділена психологічній просвіті та психологічному консультуванню батьків і педагогів для попередження шкільної дезадаптації учнів, виникнення “шкільних” неврозів тощо.

Корекційна програма, що створена німецьким дослідником Клюге, орієнтована на найскладніших учнів масової школи, які за характеристиками соціальної поведінки перебувають у “групі ризику” [23]. Переваги цієї програми полягають у тому, що в ній пропонується проведення тренінгу, розрахованого на досить тривалий проміжок часу, і такого, що передбачає і психологічну, і педагогічну корекцію (див. таблицю).

При цьому педагог задає систему суспільних цінностей, моральних ідеалів, визначає напрям, змістовні “перспективні лінії” розвитку, як їх називав А. Макаренко. Разом з тим, педагог, на нашу думку, за потреби може використати такі методи корекції негативних рис характеру, як метод “вибуху” і метод “реконструкції” характеру” [13]. Психолог забезпечує формування і оптимальне функціонування відповідних психологічних механізмів.

Н. Максимова зазначає, що однією з найефективніших форм роботи з підлітками, схильними до девіацій у поведінці, є групові психокорекційні заняття, на яких членами групи і ведучим розігруються складні для присутніх дітей ситуації. Внаслідок цього, як зазначає автор, “виникає можливість

обговорювання шляхів розв'язання проблеми найвідповіднішою мовою — мовою реальної поведінки” [15; 245]. Адже підліток неодноразово спостерігає відтворення в різноманітних варіантах важкої для нього ситуації, внаслідок чого зростає його здатність об'єктивного її сприймання і розпізнавання в реальному житті, засвоєння адекватних способів поведінки. Важливо тільки, щоби такі підлітки не сприймали інших членів групи як засіб для досягнення своїх цілей, а вчилися їх слухати і розуміти та співпрацювати з ними. При індивідуальній роботі з підлітками дітей слід орієнтувати на усвідомлення і уточнення цілей їх діяльності, навчити ставити ті реальні цілі, що повною мірою дозволять їм реалізувати себе як особистість у позитивно спрямованій діяльності, навчити різноманітним засобам самоконтролю, розпізнавання ситуацій, що адресовані “слабким місцям” підлітків для досягнення накреслених цілей, навчити сприймати іншу людину як партнера тощо [15].

Корекційна програма для важковиховуваних школярів (за Ключе)

Вихідний рівень		Не готовий до навчального процесу, відсутня готовність до співпраці в рамках спільних програм, демонстрація диссоціальної поведінки у педагогічних ситуаціях (відсутність згоди з пропозиціями педагога, обхід навчальних завдань, відмова від контакту з педагогом, ігнорування необхідності допомагати оточуючим)
Мета роботи		Прищепити готовність до навчання, соціальну здатність до групової активності в шкільно-педагогічних ситуаціях
Просвітницька програма	Зміст	Зниження вимог до школяра, поки вони не відповідатимуть його реальному рівню, зміна педагогічного настановлення з “орієнтованого на викладання” на “орієнтоване на учня”; сприяння індивідуальній роботі, розвитку інтересів, дозвіл (на перших етапах) на відвідування уроків тільки 2 години на добу, виконання тільки одного навчального завдання на день
	Принципи	Поступовість, рух уперед малими кроками, увага до ручної роботи, орієнтація на самодіяльність учня
	Форма	Індивідуальна робота з учнями
	Засоби	Словесна інформація, робоча карта, ігри і книги
	Стиль	Спрямований на учня
Виховна робота	Зміст	Підготовча групова фаза, створення товариських контактів, обмеження вульгарного стилю спілкування, організація вільного часу в класі, спеціальні форми заохочення кожного, організація допомоги кожному в будь-який час
	Спеціальна форма	Пошук власного приміщення для групових занять, груповий тренінг, окремі педагогічні заходи, спільне проведення дозвілля і т.п.
	Засоби	Пізнавати, виправлятися, повторювати позитивні елементи поведінки
	Стиль	Переважно партнерський

Ю. Клейберг при цьому наводить такі прийоми корекційно-виховного впливу на підлітків-девіантів:

- 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 і роз'яснення позитивних зразків поведінки (через особистий приклад, образи з художньої літератури, періодики, біографій видатних людей) тощо [9].

Такий підхід сприятиме поступовій орієнтації підлітка на самовиховання як важливий чинник попередження девіантної поведінки в майбутньому

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 «аномії» – 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, особисті 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

одиницях 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 сталось»);

- 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), най- більший 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 де- кілька 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 життє- діяльності 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.

Тема 7 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 (батьківськочитачі, подружні); непослідовний стиль виховання; конфліктні відносини; емоційно-холодні відносини (байдужість,

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

І. П. Короленко і Г. А. Донських описали чотири типи виховання в сім'ї, які створюють високий ризик виникнення залежної поведінки: гіперопіка, гіпоопіка, пред'явлення непомірних вимог, непрогнозовані емоційні реакції батьків. Кожний із цих типів виховання по-своєму порушує процес розвитку та становлення особи. Так, в сім'ях із непомірними вимогами до дитини виникнення залежної поведінки обумовлено, з одного боку, відсутністю достатніх навиків спілкування, заснованого на взаєморозумінні, з іншого – постійним страхом невдач, поразки, страхом виявитися «не на висоті». Відсутність навиків емоційного спілкування штовхає людину на заміну природних форм спілкування спілкуванням із предметами або явищами; постійна напруга, страх виявитися неспроможним викликає прагнення позбутися цих суб'єктивно неприємних станів за допомогою різних видів адиктивного поведінки. М. С. Курек (2001) виокремлює два типи сімей, що сприяють виникненню адиктивної поведінки: сім'ї з грубими порушеннями спілкування (особливо емоційного) батьків і дітей; сім'ї, де один із батьків – алкоголік або наркоман. Психоемоційні 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 вибірковий характер 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 погладжуванням;
- 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 (віддає перевагу інтенсивним впливам, голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), визнання неординарністю вчинків (зокрема сексуальних), наповненістю часу подіями.

Погана витривалість до труднощів повсякденного життя і докоряння у непристосованості та відсутності життєлюбства зі сторони близьких формують в адиктивних особистостей прихований «комплекс неповноцінності» – вони страждають тому, що відрізняються від інших та нездатні «жити як люди». Цей комплекс проявляється гіперкомпенсаторною реакцією – від заниженої самооцінки людина переходить відразу до завищеної (обминаючи адекватну); з'являється відчуття переваги над іншими, це захисна психологічна функція, що сприяє підтриманню самоповаги у несприятливих мікросоціальних умовах (наприклад, за конфронтації з сім'єю чи колективом).

На адиктивну людину має великий вплив соціум, їй доводиться підлаштовуватись під норми суспільства, вона навчається формально виконувати ті соціальні ролі, які їй нав'язуються суспільством (зразкового сина, уважного співрозмовника, порядного колеги). Зовнішня соціабельність,

легкість налагодження емоційних контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою та поверхневістю емоційних зв'язків. Така людина боїться стійких і тривалих емоційних контактів через швидку втрату інтересу до однієї й тієї ж людини чи виду діяльності, через страх відповідальності за якусь справу (наприклад, мотивом поведінки «закоренілого холостяка», коли переважають адиктивні форми поведінки, може бути страх відповідальності за можливу дружину і дітей та залежності від них).

Намагаючись приховати власний «комплекс неповноцінності», людина проявляє прагнення говорити неправду, обманювати оточуючих, звинувачувати інших у власних помилках і промахах.

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

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

«втеча в контакти чи самотність» – спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, замінюючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму; «втеча в фантазії» – схильність до роздумів і відсутність бажання щось втілювати в життя.

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 узалежнення). 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 відчувають ейфорії також хворі алкоголізмом або наркоманією II-III стадії.

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

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

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

Більшість таких дітей помирає в ранньому дитинстві; до підліткового віку доживає не більше 40%. Народження дитини з алкогольним синдромом можливе не тільки в сім'ї алкоголіків, а й у помірно питущій сім'ї, якщо в крові матері був присутній алкоголь під час вагітності, а також у період перед зачаттям (впродовж місяця до зачаття). Визначити критичну дозу етанолу, яка викликає алкогольний синдром плода, практично неможливо, бо це залежить від стану здоров'я, ваги тіла, генотипу жінки, статі майбутньої дитини та багатьох інших чинників. Тому, за даними різних авторів, ця цифра коливається від 14 до 210 г чистого алкоголю.

Неповноцінні діти народжуються також від батька, що вживає алкоголь, навіть якщо дружина ніколи не вживала спиртного. Наприклад, якщо в помірно 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 відчують негативних наслідків сп'яніння навіть під час вживання великої кількості алкоголю. Вони п'яніють значно менше, ніж діти здорових батьків, за однакової концентрації алкоголю в крові. Схильні до алкоголізму можуть випивати набагато більше, тому що часто в них від народження відсутнє почуття насичення алкоголем. Усе це призводить до того, що ймовірність стати алкоголіком у людей з алкогольною спадковістю в 4 рази вища, ніж у дітей здорових батьків. У разі алкогольної спадковості схильність передається переважно чоловічою лінією: більша частота захворювання алкоголізмом спостерігалася у синів батьків-алкоголіків, менша – у дочок матерів-алкоголічок. На сьогоденному етапі вченими-медиками відкрито низку закономірностей, що доводять наявність біологічної схильності до алкоголізму. Наприклад, результати досліджень демонструють, що потреба в алкогольних напоях пов'язана з ускладненням утилізації глюкози – головного джерела енергії для центральної нервової системи. Етиловий спирт відшкодовує нестачу енергії, і в людини виникає потяг до алкоголю. 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 адренолітином) також пов'язаний із потягом до алкоголю.

Якщо концентрація адреналіну перевищує концентрацію продуктів його розпаду, то в людини виникає стан немотивованої тривоги та напруженості. Відомо, що першою реакцією організму в стресовій ситуації є «викид» у кров адреналіну. Полегшення цього психічного стану досягається через вживання алкоголю, оскільки він знижує рівень адреналіну в крові, завдяки чому порушений баланс нормалізується. Науково доведено також, що потяг до алкоголю може бути спричинений порушенням функціонування різноманітних систем організму – насамперед ферментативних та гормональних. Ці порушення мають спадковий характер. Проте передається не сама залежність від алкоголю, а механізми, що відповідають за нормальне функціонування обмінних процесів. Аналогічні порушення можуть бути результатом не тільки пияцтва батьків, а й інших шкідливих впливів на генетичний код людини, зокрема, радіаційних, хімічних, токсичних.

Важливим є поняття дози вживання алкоголю.

Доза вживання алкоголю – це така мінімальна кількість етанолу, яка в здоровій 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 опіятних рецепторів своєрідний голод, що відображається у свідомості людини як бажання випити. Потяг до спиртних напоїв, нехай ще слабкий та легко переборюваний свідомістю, свідчить про початок захворювання: організм вимагає інтоксикації (тобто отруєння алкоголем) для підтримання нового, хворобливо зміненого балансу нейронмедіаторів та нейропептидів.

Продром алкоголізму супроводжується поліпшенням настрою, високою активністю, гарною опірністю організму шкідливим впливам. Людина стає витривалішою. Вона може безладно харчуватися, вживати неякісну їжу, не висипатися, перевтомлюватися без будь-яких наслідків для здоров'я. Емоційний фон поведінки радісний, піднесений (адже людина здебільшого «напідпитку»). Спрощується процес становлення контактів із людьми, з'являються відкритість, привітність, приязність. Природно, що такий стан подобається людині, вона впевнена, що алкоголь їй не шкодить, а тільки йде на користь. Розуміючи, що «пити багато», що «пити треба в міру», оскільки інакше будуть неприємності, алкоголік-початківець неусвідомлено переглядає свої уявлення про те, що таке «пити багато». У період передхвороби (продрому алкоголізму) вже формується висока (порівняно зі звичайною) толерантність до алкоголю. Людина може випити

у 2–3 рази більше своєї початкової дози без явищ алкогольного отруєння. Основною ознакою алкоголізму, що починається, є заперечення людиною фактів свого зловживання алкоголем.

Небажання визнати, що вживання спиртного стало занадто частим, що неприємності, хуліганські дії під час сп'яніння, свари та бійки, конфлікти з міліцією є результатами випивки (а не спричинені обставинами, що невдало виникли), це вже прояв анозогнозії, тобто симптому відмови хворого визнати себе хворим.

Слід сказати, що в період передхвороби людина ще може критично ставитися до тих, з ким вона п'є; людина ще спроможна відмовитися від випивки. Її, як і раніше, радує те, що звичайно надавало задоволення. Це означає, що стан сп'яніння ще не набув для неї найважливішого значення. Людина впевнена, що може обходитися без алкоголю, каже, що просто любить спиртне, але з будь-якої нагоди із задоволенням занурюється в стан сп'яніння. Дедалі частіше в неї трапляються випадки 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 легенів; виразка шлунку, дванадцятипалої кишки, гастрит; панкреатит, гіпертонія, цироз печінки тощо.

Серйозно захворівши, людина звичайно припиняє вживати спиртні напої або знижує їх вживання до рівня незначного ступеня ризику. Якщо ж цього не відбувається, вона вмирає від соматичних захворювань, першопричиною яких є алкоголь. Фізіологічним показником переходу продрому алкоголізму до першої стадії алкоголізму є підвищення переносимості дози алкоголю в 3–4 рази порівняно з початковою, яка колись викликала сп'яніння.

Відповідно пізніше спрацьовує й ефект насичення алкоголем у стані сп'яніння. Потім він поступово зникає, як і блювотний рефлекс на передозування. Життєрадісність та активність, що характерні перехідному етапові

передхвороби, поки що зберігаються, але тепер людина частіше буває дратівливою, брутальною, може поводитися зухвало і нахабно. Незважаючи на доброзичливий її настрій (яким супроводжується стан ейфорії) в стані сп'яніння, вона інколи безцеремонно втручається в чужі розмови, нав'язливо привертає до себе увагу оточення, а інколи 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 п'ятикою 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 п'ятику, 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, надмірні витрати 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 хочаб 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 зовнішності людини. Вона не завжди чепурна, «підтягнута», з'являється неохайність в одязі. Обличчя набуває рожевогевідтінку; трохи набрякле, пастозне, воно ніби «повніше». 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 злобно стівиникають 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 не підвладний 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 uzалежнення, свідчить про наявність *абстинентного синдрому* – основного критерію визначення другої стадії алкоголізму. Абстинентний синдром проявляється у стані гострого психічного та соматичного дискомфорту: тремтіння рук, «спрага, відразу до їжі, головний біль, пітливість, болісні відчуття у всьому тілі, пригнічений настрій, відчуття тривоги, остраху, нудьги. У хворого можна спостерігати буквально «вегетативну бурю» в період абстиненції, яка одразу ж припиняється після вживання алкоголю. Якщо алкоголь відсутній, то стан хворого загострюється і може виникнути *алкогольний делірій* («біла гарячка»).

Це стан гострого психозу, коли людина поводитья як божевільна, бачить галюцинації й не доступна контакту. Другій стадії алкоголізму відповідає ще більш висока переносимість алкоголю: в 4–5 разів більше порівняно з первісною кількістю, що викликала сп'яніння. Захисний блювотний рефлекс на передозування цілком утрачений. Випадки сп'яніння з амнезією стають систематичними. Глибоке сп'яніння стає нормою поведінки. Людина може виконувати тільки некваліфіковану роботу, і то неякісно. Алкоголік у другій стадії дедалі більше втрачає зв'язок із реальністю. Йому нікого і нічого не потрібно, окрім алкоголю.

Навіть компанія пияків його не приваблює. Зауважимо, що алкоголіки на другій стадії вже не є колишнім веселим гуртом, що крокує вулицями у пошуках пригод або залюбки гомонить у дворі, як це було в першій стадії алкоголізму. Тепер алкоголіки, якщо й збираються, то тільки для того, щоб роздобути спиртне, разом випити, а потім компанія швидко розпадається і вони розходяться, занурені самі в себе. На другій стадії алкоголізму відбуваються подальші зміни зовнішності хворого. Рожевуватий відтінок шкіри обличчя переходить у застійну червоність або блідість, на тлі якої проступають червоні прожилки дрібних кровоносних судин. Обличчя ще більш пастозне, часто одутле невиразне. Міміка примітивна, лінія рота ніби розпущена внаслідок розслабленості кругового м'яза рота; нижня губа відвисає. Людина деградує не тільки особистісно, а й психічно. У молодому віці ця стадія звичайно триває півтора – два роки, оскільки хворий або починає лікуватися, або гине

внаслідок травми (бійка, автомобільна катастрофа) чи самогубства. У разі продовження вживання спиртних напоїв настає **третья стадія алкоголізму**, яка характеризується повним розпадом особистості людини та виснаженням усіх психофізіологічних функцій. Синдром психічного узалежнення від алкоголю змінюється через поглиблення та посилення фізичного узалежнення. Алкоголік приймає етанол, щоб зменшити фізичний дискомфорт. Толерантність до спиртного знижується, і теперуже 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, серцевосудинні 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.

Тема 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 чийсь адресу). Агресивність – це властивість особистості, що виражається в готовності до агресивної поведінки.

Слід диференціювати «ворожу» та «інструментальну» агресію. Джерелом *ворожої агресії* є гнів, її остаточна мета – заподіяти шкоду. Якщо заподіяння шкоди не є самоціль, а лише засобом досягнення якої-небудь іншої мети, то така агресія називається *інструментальною*.

Більшість вбивств є результатом ворожості. Приблизно половина – наслідки сварок, інші – наслідки любовних трикутників або бійок, затіяних людьми, які перебували під впливом алкоголю чи наркотиків. Подібні вбивства імпульсивні, вони відбуваються в результаті емоційних вибухів – тому навіть покарання агресора смертною карою (за даними 110 країн) не зменшує загальної кількості таких злочинів.

Розрізняють також агресію *контактну* (рукоприкладство, насильство, використання холодної зброї тощо) та *дистантну* (переважно за допомогою вогнепальної зброї). Крім того, агресія поділяється на зовнішню (автоагресію), спрямовану на середовище та внутрішню (аутагресію), скеровану людиною на саму себе.

Існують такі види агресивних дій (Басс-Дарка):

- 1) Фізична агресія (напад, фізична дія).
- 2) Непряма агресія (плітки, жарти, крик, тупотіння ногами).
- 3) Схильність до роздратування (готовність до прояву негативних емоцій за найменшого емоційного збудження).
- 4) Негативізм (опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби).
- 5) Образа (зависть і ненависть до оточуючих за їх реальні чи уявні вчинки).
- 6) Підозрілість (від недовіри й обережності до переконання, що всі інші люди завдають шкоду чи планують цезробити).
- 7) Вербальна агресія (сварка, крик, погрози, прокляття). Різні види агресивних дій можуть бути зумовлені різними чинниками і входити в структуру різних типів девіантної поведінки (кримінальна, деліквентна, асоціальна, адитивна).

Теорії агресії в психології.

Біологічні теорії агресії. Біологи дослідили, що агресія пов'язана з діяльністю кори півкуль головного мозку. Вченим вдалося встановити, які саме ділянки нервової системи посилюють агресивну поведінку людини і тварин. Активація певних зон мозку призводить до посилення ворожості, а дезактивація – до її послаблення. Це спричинило низку експериментів для перевірки гіпотези про те, що соціально агресивні люди (вбивці) мають дефекти певних ділянок мозку.

Генетичні чинники агресії. Успадкований людиною темперамент пов'язаний також із особливостями функціонування кори півкуль головного мозку, з властивостями вищої нервової діяльності. Типи темпераментів особистості відрізняють за силою, врівноваженістю, рухливістю процесів гальмування та збудження у корі мозку (І. Павлов). Виокремлюють чотири типи темпераментів: збудливий, врівноважений, гальмівний, інертний. Темперамент індивіда виявляється в дитинстві і, як правило, не змінюється впродовж усього життя. Трапляється так, що відважна, імпульсивна та запальна дитина може перетворитися на підлітка, схильного до насильницьких дій.

До генетичних чинників агресії належить аномалія хромосом ХУУ. Відомо, що чоловіки мають пару хромосом – ХУ, а жінки – ХХ. Дослідження показали, що агресивність має генетичне підґрунтя – це надлишок Y-матеріалу, який зумовлює розумову відсталість та агресію.

Біохімічні чинники агресії. Чутливість до збудників агресії залежить також і від хімічного складу крові. Алкогольне та наркотичне сп'яніння, інтоксикація в результаті захворювання впливає на агресивність. 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 концерн-трації 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. Фройд вважав, що джерелом людської агресії є саморуйнівні, деструктивні імпульси. Це перенесення на інших людей вродженої енергії примітивного прагнення до смерті («інстинкту смерті»). К. Лоренц, який вивчав інстинктивну поведінку в природі (тварин та людей), вважав, що агресія є адаптивною, а не саморуйнівною. Він вважав також, що люди мають уроджені механізми блокування агресії, однак його турбували тенденції посилення «агресивних інстинктів» людини без одночасного розвитку механізмів їх блокування. Проте і З. Фрейд, і К. Лоренц погоджувалися з тим, що агресія за своєю природою є інстинктивною (універсальною і незалежною від наuczіння). 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 біль-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).

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 само-оцінкою: 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 навчання 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 групиреагують агресивніше, ніж індивіди. Це пояснюється феноменом групової поляризації – крайніх суджень та дій, зумовлених відсутністю персональної відповідальності.

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

А. Бандура вважає, що агресивні дії можуть бути спровокованими. *Агресивний 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

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 провають на агресивні дії. Для контролю агресії необхідно знати чинники, які провають аверсивні інциденти: больові відчуття, спека, образи, тіснява.

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

Спека. У свій час дослідники пов'язували темперамент певного народу з кліматичними умовами їх життя. Спочатку цю ідею висловив давньогрецький лікар Гіппократ. Упродовж різних сторіч про це писали англійські, французькі та навіть українські дослідники.

І сам клімат, і його зміни можуть вплинути на поведінку людини.

Психологи встановили, що підвищення температури в кімнаті (понад +32°C) викликає втому та агресивність до сторонньої людини. У спеку зростає кількість злочинів,

що здійснюються із застосуванням насильства. Про це свідчать статистичні дані про рівень злочинності в багатьох містах.

Атакуюча поведінка та агресія. Особливо сильним збудником агресії є атакуюча поведінка іншої людини. Навмисні напади (фізичні, вербальні) викликають у відповідь агресію – бажання помститися нападникові.

Тіснява. Джерелом стресу є відчуття людиною дефіциту простору. Людині, яка опинилася в переповненому автобусі, в автомобільних «корках» на дорогах, або мешкає з родичами у маленькій квартирі, може здаватися, що вона втрачає контроль над ситуацією. Сільським мешканцям, що 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 чиюсь адресу). Необхідно навчати людей неагресивним способам вирішення конфліктних ситуацій. Покарання дітей у сім'ях можуть мати негативні побічні ефекти. Покарання – це аверсивна стимуляція, воно моделює ту ж поведінку, якій намагається запобігти. Саме тому агресивні батьки, схильні до жорсткого поводження з власними дітьми, часто походять із сімей, де дисципліна підтримувалась за допомогою фізичних покарань. Щоб людський світ був добрішим, із ранніх років необхідно демонструвати людям зразки гуманної поведінки та співпраці, винагороджувати їх за ці вияви. Педагогів, батьків, усіх, хто працює з дітьми, доречно в межах різних освітніх

програми навчати навичкам міжособистісного спілкування – методам контролю за гнівом і способам морального впливу, що і буде профілактикою девіантної поведінки особистості

Тема 9. Девіантна поведінка у соматично хворих

Виникнення і формування різних типів і клінічних форм відхиленої (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 своєїрідної 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 найбільшпсихотравмуючих характеристик хвороби. Вона здатна суттєво змінювати особистісне ставлення до екзистенційних проблем 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. Імовірність інвалідизації 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 негативного 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 ьз такими типами поведінки проявляється в дезадаптивній поведінці: реакції за типом дратівливої слабкості, тривожний, пригнічений стан, «втеча» в хворобу, відмова від боротьби з хворобою. Третій блок – поведінкові типи з інтрапсихічною спрямованістю. Це типи поведінки з таким сенсibilізованим 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 світі, 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 виздоровлення 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. **Невраспенічна (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. **Анозогнозична 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 гормонопродукуючих органах, виникає ризик психоендокринного симптомокомплексу зі спеціальними клінічними проявами.

Фази реагування на злякисні новоутворення

Фаза 1. Анозогнозична – 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 болю).

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 досвоєрідної деформації.

Тема 9 НЕТИПОВА СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА (СЕКСУАЛЬНІ ДЕВІАЦІЇ)

В дану групу віднесено такі типи сексуальної поведінки, які, з одного боку, за існуючими уявленнями не можна однозначно віднести ні до норми, ні до патології, ні до девіації, а з іншого боку, хоча вони і складають в популяціях статистичну меншість, однак фактично поширені у всіх суспільствах, середовищах і культурах, і не є при цьому соціокультурно зумовленими феноменами. Всі особи з нетиповим сексуальною поведінкою поєднані тим, що саме така поведінка є для них превалюючою або єдино можливим шляхом досягнення сексуального задоволення. Більшістю сексологів ці стани до недавнього часу зараховувалися до сексуальних девіацій. Проте у сучасних класифікаціях сексуальних розладів вони все частіше виділяються в самостійну групу. У порівнянні з порушеннями сексуальних потреб, порушеннями оргазму або перебігу сексуального життя, нетипова сексуальна поведінка зустрічається значно рідше, проте куди більш поширена, ніж сексуальні девіації. Крім того, за минулий з часу відомої доповіді Кінзі період відзначено поступове збільшення субпопуляції осіб з цими відхиленнями.

ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ДЕВІАЦІЙ

Теорії виникнення та розвитку сексуальних девіацій, їх особливості і форми, а також результати дослідження окремих видів девіацій широко обговорюються в наукових роботах різних дослідників. Зупинимося на обговоренні лише деяких наукових публікацій, присвячених проблематиці сексуальних девіацій. Вивчаючи причини ініціації сексуальних девіацій, Dietz та Evans зазначили, що зміст популярних порнографічних видань може мати зв'язок з 7 появою девіантних потреб і розвитком девіантної поведінки. Орієнтуючись на метапсихологію психоаналізу, Koning і Jenner акцентують увагу, що оральні, анальні, уретральні і садистичні сексуальні потреби посідають значне місце в нормальній сексуальності. На основі вивчення змісту сексуальних фантазій у чоловіків різних вікових категорій цю тезу було підтверджено і іншими дослідниками. Причому багато сучасних дослідників вказують на значення змісту фантазій, що супроводжують мастурбацію в дитячому та підлітковому віці, у розвитку сексуальних девіацій. Перелік класичних сексуальних девіацій останнім часом значно поповнився новими, раніше невідомими формами, виникнення яких зумовлене технічним прогресом (телебачення, інтернет та інші інформаційні технології), звичаями сучасних деяких субпопуляційних течій (наприклад, груповий секс у комунах хіпі) або впливом деяких хімічних речовин (наприклад, фармакогенний оргазм, який настає під дією деяких наркотиків). Поширеність сексуальних девіацій в людській популяції різними дослідниками оцінюється по-різному. За даними McCary, прояви садизму відзначаються у 5% чоловіків і 2% жінок, мазохізму - у 2,5% чоловіків і 4,6% жінок, трансвестизму - у 1% людей (причому в 25% випадків він має гомосексуальну орієнтацію). Наведемо перелік з коротким тлумаченням сексуальних девіацій, які найбільш часто включаються в сексологічні класифікації: - фетишизм (сексуальний символізм, сексуальний парціалізм) – об'єктом статевого потягу є частина тіла, одяг або який-небудь інший предмет, що символізує сексуального партнера. (Апотемнофілія - поєднується з садомазохізмом, є різновидом фетишизму, при якій роль фетиша відіграють каліцтва тіла); - пігмаліонізм (іконолагнія,

монументофілія) - різновид фетишизму, який поєднується з вуаеризмом, при якому роль фетиша виконують зображення людського тіла (статуї, картини, статуетки, фотографії); 8 - нарцисизм (аутофілія, аутоерастія, аутоеротизм) – девіація, при якій об'єктом статевого потягу є власне тіло (різновид фетишизму); - аутомоносексуалізм - як і при нарцисизмі, об'єктом статевого потягу також є власне тіло (частіше його дзеркальне відображення), але в даному випадку воно імітує тіло суб'єкта протилежної статі, що досягається за допомогою одягу, пози і відповідних манер (різновид фетишизму); - гетерохромофілія - об'єктом статевого потягу є тільки партнер з іншим кольором шкіри (різновид фетишизму); - ретифізм - різновид фетишизму, що поєднується з мазохізмом, при якому роль фетиша відіграє взуття (а іноді інші предмети зі шкіри). Вперше дана девіація описана письменником Нікола Ретиф де ла Бретонном, який описав свої юнацькі переживання, пов'язані з жіночим взуттям на високих підборах; - трансвестизм (метатропізм, еонізм) - статеве задоволення досягається при переодяганні в одяг іншої статі. В одних випадках це робиться приховано (наприклад, коли на нижній жіночий одяг чоловік одягає сорочку та чоловічий костюм), в інших – очевидно. Але при цьому трансвестити не бажають зміни статі, як у випадку транссексуалізму; - цисвестизм - різновид трансвестизму, при якому відзначається прагнення до надягання одягу не протилежної, а своєї ж статі, але типового для іншого віку, або іншої соціальної групи; - гомесвестизм - різновид трансвестизму, що поєднується з фетишизмом, при якому сексуальне задоволення досягається при одяганні одягу своєї ж статі, але який належить іншій людині; - педофілія (падерозія, інфантисексуалізм) - статевий потяг до дітей (деякими дослідниками розглядається як різновид фетишизму, в якій роль фетиша відіграють риси незрілого дитячого тіла, а стать дитини при цьому не відіграє суттєвої ролі); 9 - партенофілія - статевий потяг до повнолітніх незайманих (сексуально недосвідчених молодих суб'єктів); - ефебофілія - статевий потяг до хлопчиків-підлітків, юнаків; - німфофілія - статевий потяг до дівчаток-підлітків, юних дівчат; - геронтофілія (пресбіофілія) - статевий потяг до

осіб старшого віку, до людей похилого віку; - зоофілія (зооступрум, зооерастія, скотоложство, бестіофілія) - статевий потяг до тварин; - зоосадизм - різновид зоофілії і садизму, що полягає в отриманні сексуального задоволення при жорсткому поводженні з тваринами (те саме що ктиноманія - патологічний потяг до шкуродерства); - сексуальний садизм (активна алголагнія, ерототиранізм) - статеве задоволення, отримане шляхом заподіяння страждання або приниження сексуальному партнерові; - флагелантизм (активний флагелантизм, флагеляція, дипольдизм) - різновид садизму, при якому задоволення отримують шляхом катування статевого партнера, рідше - самокатування (остання форма частіше відноситься до садомазохізму або мазохізму); - саліроманія - отримання сексуального задоволення в результаті мазання статевого партнера брудом, калом, сечею, кров'ю та ін. (різновид садизму); - полюціонізм - різновид саліроманії, що полягає в прагненні бруднити статевого партнера спермою; - некрофілія (лікантропія, некрманія) - статевий потяг до трупів і проведення з ними сексуальних дій. Одними дослідниками це явище виділяється в самостійну форму сексуальних девіацій, іншими ж розглядається як різновид фетишизму (при якій в ролі фетиша виступає мертве тіло) в поєднанні з садизмом або без такого, третіми - як різновид садизму. Близьким до цього явища є потяг до сексуальних дій зі 10 сплячими або людьми, що знаходяться в несвідомому стані, з важкохворими і вмираючими, а також сексуально забарвлена підвищена зацікавленість трупами, цвинтарями, похоронним ритуалом і всім тим, що так чи інакше пов'язано зі смертю і померлими. Крайньою формою некрофілії є некросадизм (бертранізм) - прагнення до спаплюження трупа і наруги над ним (часто у формі вирізання статевих органів, відрізання молочних залоз) і некрофагія - поїдання частин трупа (часто - статевих органів). І некрофаги, і некросадизм іноді поєднуються з попереднім вбивством жертви, або одержанням сексуального задоволення пов'язаного безпосередньо з самим процесом вбивства; - вампіризм (сексуальний вампіризм) - сексуальне задоволення настає при відчутті смаку крові партнера (частіше кров партнера отримують у процесі

коїтусу або випереджають його шляхом нанесення укусів); - мазохізм (пасивний флагелантизм, пасивна алголагія) - отримання сексуального задоволення під час приниження і переживання фізичних страждань, що заподіюються сексуальним партнером (деякі дослідники об'єднують садизм і мазохізм в одну загальну форму сексуальної девіації - садомазохізм, вважаючи, що вони є доповнюючими один одного формами отримання сексуального задоволення й іноді чергуються в однієї ж і тієї особи); - танатофілія (танатомінія) - різновид мазохізму, що полягає в отриманні сексуального задоволення під час фантазій на тему власної смерті і поховання (більш широко - закоханість у тематику, пов'язану зі смертю; мазохістський еквівалент некрофілії); - екскрементофілія (пікацизм) - поєднання мазохізму і фетишизму, при якому людські виділення відіграють роль фетиша (у вигляді їх обмацування, обнюхування, проковтування або обмазування себе ними; за останнім принципом деякі автори мають на увазі під полюціонізмом і обмазування себе спермою, у зв'язку з чим відносять його до екскрементофілії); - реніфлекс (нюховий фетишизм, озолагія, осфрезіофілія) - різновид екскрементофілії, при якій роль фетиша відіграє специфічний запах об'єкта сексуального задоволення (нюховий фетишизм); - уролагія (урофілія) - різновид реніфлексу, при якому нюховим фетишем є запах сечі (при копролагнії фетишем служить запах калу, при спермолагнії - запах сперми, тощо; смаковим еквівалентом екскрементофілії є поїдання чи питво виділень - урофагія, копрофагія, спермофагія); - фроттаж (фроттеризм) - отримання сексуального задоволення шляхом дотику (чи тертя) статевими органами до різних частин тіла обраного об'єкта в натовпі, у тісноті (наприклад, в транспорті; одними дослідниками під цим терміном мається на увазі сексуальна девіація, що є різновидом ексгібіціонізму, іншими - різновид петтингу); - кандаулєзизм - різновид ексгібіціонізму, що сполучається з мазохізмом, ґрунтується на досягненні сексуального збудження при демонстрації оголеної власної дружини чи партнерки іншим чоловікам; - плюралізм (сексуальний плюралізм) - груповий секс, різновид ексгібіціонізму в поєднанні з вуаеризмом; - тріолізм - різновид

сексуального плуралізму, який полягає в сексуальних діях між трьома партнерами, два з яких мають однакову стать; - вуаєризм (мікроскопія, скопофілія, скоптофілія, візіонізм) - потяг до підглядання за статевим актом чи оголеними об'єктами сексуальних уподобань (специфічним різновидом вуаєризму є надмірне захоплення порнографією); - ексаудиризм - акустичний еквівалент вуаєризму; - клізмофілія - отримання сексуального задоволення шляхом введення рідини чи медичних свічок у пряму кишку; - піролагнія - отримання сексуального задоволення від споглядання вогню, видовища пожежі (здійснення підпалу з цією метою - піроманія). Як видно з наведеного переліку сексуальних девіацій, поділ їх на окремі «види» досить умовний і неоднозначний, а їх нозологічне визначення інколи досить заплутане, симптоматичне і нерідко не відповідає потребам з семантичної точки зору. Віднесення сексуальних уподобань конкретної особи до того чи іншого виду девіації ускладнюється ще й тим, що у багатьох суб'єктів відзначається не тільки кількісне поєднання окремих симптомів різних девіацій, але і їх тісне переплетення, взаємопроникнення і злиття в такі комплекси, які не дозволяють провести їх однозначну ідентифікацію з відомими видами порушень сексуальної поведінки. Ця ситуація ускладнюється тим, що практично кожен «вид» сексуальної девіації, окрім всього іншого, може мати ще й відтінок гетеро-, гомо- чи бісексуальних уподобань. У зв'язку з цим більш доцільним і зручним у практичному відношенні є не пристосування виявлених у обстежуваної особи симптомів до існуючих термінологічних категорій (і тим більше не подальше ускладнення класифікації сексуальних девіацій за рахунок винаходу нових термінів), а феноменологічний опис встановлених в процесі обстеження порушень статевого потягу.

ПАТОЛОГІЧНИЙ АУТОЕРОТИЗМ

Під аутоеротизмом зазвичай розуміють способи отримання суб'єктом сексуального задоволення без участі іншої людини. Однак таке визначення цього терміну фактично перетворює його на ще один синонім мастурбації. В той же

час, патологічний аутоеротизм є якісно іншим поняттям і представляє собою такий, що відрізняється нав'язливістю, домінуючим шляхом досягнення конкретною людиною оргазму, в тому числі за допомогою або під впливом будь-яких фізичних подразників. При цьому самозбудження постійно 13 повторюється з використанням специфічних сексуальних подразників (наприклад, спеціально пристосовані знаряддя або інструменти, струмінь води, порнографія, дзеркальне відображення власного тіла, особливі ритуали тощо), що поступово призводить до заміщення у суб'єкта інших сексуальних подразників та інших проявів сексуальної активності. Таким чином, суть стійкого замісного аутоеротизму полягає в тому, що суб'єкт може досягати оргазму тільки шляхом самозбудження і така форма сексуальної активності стає для нього більш ефективним і прийнятним способом отримання сексуального задоволення, ніж статевий контакт з партнером. Досить часто такі особи взагалі не мають, або ніколи і не мали сексуальних зв'язків, або статеві контакти у них носять досить нерегулярний характер. Розрізняють також ананкастний аутоеротизм, який полягає в стійкому, нав'язливому, примусовому сексуальному самозбудженні, що проводиться зазвичай без актуальної сексуальної потреби і має ознаки залежності. Найчастіше подібний стан є одним із симптомів межових психоневрологічних розладів, і рідше - симптомом розумової відсталості або психічного захворювання. В крайніх випадках спостерігається тривала, протягом місяців і навіть років, неодноразова протягом доби самостимуляція. Механізм цього розладу полягає в тому, що даний суб'єкт може отримати розрядку нервової напруги тільки описаним вище сексуальним шляхом, причому поступово оргазм стає ніби ліками, які чинять заспокійливу дію. Особливим різновидом жіночого аутоеротизму є так званий синдром Хевлок-Елліса, при якому сексуальна самостимуляція проводиться за допомогою струменя води, який подразнює ерогенні зони. Вважається, що даний тип самостимуляції досить широко поширений серед жіночого населення. Його особливість полягає в тому, що у жінки з часом відбувається закріплення зв'язку між настанням оргазму і

впливом специфічного сексуального стимулятора. Згодом такі жінки, як правило, відчують 14 складнощів в досягненні оргазму під впливом стимуляції, яка проводиться під час статевих контактів з партнером. Іншим специфічним різновидом патологічного аутоеротизму є синдром сексуальної асфіксії. В даному випадку отримання сексуального задоволення пов'язане з досить високим ризиком для життя, оскільки воно досягається в процесі настання задихи при самоповішенні. Окрім самоповішення не рідше, якщо не частіше, часто для досягнення сексуального задоволення, особи, що страждають на описану патологію, поміщають голову в повітронепроникні середовища обмеженого об'єму, часто в поліетиленові або пластикові мішки, або ж закривають обличчя ізолюючими масками (частіше використовуються маски для підводного плавання або протигазові маски). Варто зазначити, що оргазм в цих випадках може виникати і без додаткової стимуляції статевих органів, оскільки під впливом гострої кисневої недостатності відбувається порушення процесів збудження-гальмування в головному мозку, що й обумовлює настання сім'явиверження і оргазму центрального походження. Даний механізм добре відомий не тільки судовим медикам. Багато сексуально нормальних чоловіків оволодівають ним емпіричним шляхом і широко використовують у повсякденному статевому житті, знаючи, що звичайна затримка дихання в завершальному періоді статевого акту прискорює настання сім'явиверження і оргазму. Відомо, що у США щорічно ця форма сексуальної самостимуляції стає причиною приблизно 250 смертельних випадків. А.Бургесс класифікує дане явище як мазохізм і вказує на те, що подібні сексуальні дії нерідко закінчуються смертю та в деяких випадках симулюють самогубство чи кримінал, якими вони часто і сприймаються оточуючими, правоохоронними органами та судовими експертами. Серед досліджених ним 132 випадків даної патології в 127 випадках суб'єктами були чоловіки, і лише в 5 – жінки. 15

ОРАЛІЗМ Сутність цього порушення статевої поведінки полягає в тому, що оргазм у суб'єкта виникає тільки під час подразнення його статевих органів губами і (або) язиком статевого

партнера. Це порушення слід відрізнити від оральногенітальної стимуляції, яка є одним з сексуальних збудників в процесі нормального статевого акту. Безперечно, що саме досвід проведення саме такої стимуляції є першоосною для можливого формування в майбутньому оралізму, причому механізм його розвитку в цілому схожий з таким при патологічному аутоеротизмі. А саме, в його основі лежить поступова фіксація (закріплення) даного виду статевого збудження з наступним заміщенням звичайних статевих контактів орально-генітальними, як найбільш ефективним для даної особи способом досягнення сексуального задоволення. Варто зазначити, що не завжди дане явище потрібно відносити до розряду сексуальної патології (в тому числі і партнерської), оскільки у багатьох випадках воно відповідає взаємним потребам партнерів та не створює в них будь-яких сексуальних проблем. Але в ряді випадків, погляди сексуальних партнерів з цього приводу розходяться, що призводить до виникнення конфліктів. На практиці з оралізмом, як з проблемою, сексолог зустрічається в наступних випадках: - оралізм як причина розвитку комплексу сексуальної непристосованості, або як джерело конфліктів між партнерами; - оралізм як джерело виникнення девіантної сексуальної поведінки (наприклад, зоофільної або педофільної); - оралізм як джерело гомосексуальної поведінки. В останньому випадку до такої поведінки може призвести незадоволена при гетеросексуальних зв'язках потреба в орально-генітальній стимуляції, тобто в даній ситуації задоволення сексуальних потреб гомосексуальним 16 шляхом має замісний характер. У більш рідкісних випадках подібна поведінка зумовлена проявом прихованих або стримуваних гомосексуальних нахилів. При цьому оралізм може стати пусковим механізмом у розвитку гомосексуальної переорієнтації статевого потягу. За даними різних дослідників, поряд з іншими методами сексуальної стимуляції орально-генітальні контакти використовувалися у 35% обстежених здорових подружніх пар (контрольна група), в 67% шлюбів між наркозалежними і в 49% шлюбів між алкоголіками. Оралізм при цьому зустрічався в 0,5% випадків у пар з контрольною групи, у 18%

подружжянаркоманів та в 9% подружжя-алкоголіків, причому у всіх випадках оралізм був в основному потребою чоловіків, а не жінок. АНАЛІЗМ Дане порушення статевої поведінки полягає в тому, що особа досягає оргазму і отримує сексуальне задоволення шляхом механічної стимуляції прямої кишки або під час проведення анального коїтусу. Найчастіше аналізм реалізується під час гетеро-або гомосексуального статевого контакту, і рідше – під час ректальної мастурбації. Аналізм потрібно відрізнити від додаткової ректальної стимуляції, яка використовується в процесі звичайного статевого акту (наприклад пальцева стимуляція задньої стінки піхви через пряму кишку, яка проводиться партнером під час коїтусу з жінкою, яка має широку піхву). Порівнюючи сучасні соціосексологічні дані з представленими в доповіді Кінзі, можна стверджувати, що протягом останнього часу спостерігалось систематичне зростання популярності цього різновиду сексуальної поведінки. Згідно даних McCaughy, анальний коїтус є основним проявом сексуальності у 50% гомосексуалістів. Крім того, близько 50% жінок мали в гетеросексуальному 17 статевого житті досвід анальної стимуляції (причому в 30% з них цей досвід включав анальний коїтус, у 20% - анальну стимуляцію за допомогою пальця партнера, і в 10% - обидва зазначені види стимуляції). Згідно наших даних, аналізм практикувався в 3,6% обстежених чоловіків-алкоголіків і в 20,9% їхніх дружин, приблизно у 20% чоловіків-наркоманів і в 33% їх партнерок, а також у 5% партнерів з контрольної групи (в цьому дослідженні поняття аналізу було обмежене тільки практикою здійснення анального коїтусу). Анальні контакти частіше зумовлюються наступними факторами: - потреба в посиленні сексуальних збудників; - додаткова форма стимуляції в процесі статевого життя (частіше у випадках сексуальної непристосованості); - анальна фіксація (психічна обумовленість з раннього дитинства); - гомо- і бісексуальні тенденції; - конформізм (пасивне сприйняття стандартів поведінки) і потурання певній «сексуальній моді»; - попередження вагітності. Аналізм як основний або винятковий механізм досягнення оргазму і сексуального задоволення частіше зустрічається в

гомосексуальних парах. Серед представників гетеросексуальної популяції частота проведення анального коїтусу була значно нижчою від частоти типових форм статевої поведінки, а в контрольній групі він в основному був даниною певній «сексуальній моді», проявом сексуальної цікавості або сприймався в якості однієї з нормальних, прийнятних для обох членів подружжя, форм статевого життя. Слід зазначити, що в країнах Заходу останнім часом відзначається тенденція до зниження частоти анальних контактів. Це, насамперед, зумовлено широко проведеними там заходами профілактики передачі подібним шляхом такого грізного захворювання, як СНІД, а також багатьох інфекційних, в тому числі і венеричних захворювань.

ГОМОСЕСУАЛІЗМ

Дана специфічна сексуальна поведінка проявляється в досягненні суб'єктом (чоловіком або жінкою) сексуального задоволення шляхом проведення сексуальних контактів з особами своєї статі. Розрізняють наступні види гомосексуалізму: педерастія (анальний гомосексуальний статевий контакт), ефебофілія (сексуальний контакт між зрілим чоловіком і підлітком), лесбійська любов (жіночий гомосексуалізм), корофілія (сексуальний контакт між зрілою жінкою і дівчиною). Існує величезна кількість класифікацій гомосексуалізму і різноманітних термінів для позначення його проявів. Враховуючи стислість наведених даних з цього приводу, а також в ряді випадків їх розбіжність з найбільш поширеною в світі і прийнятою у вітчизняній сексології інтерпретацією (яка в тому числі знайшла відображення і в кримінальному законодавстві), вважаємо доцільним навести коротку термінологічну довідку: Сексуальна інверсія - гомосексуалізм незалежно від статі. Уранізм - чоловічий гомосексуалізм. Лесбійська любов (триба дія, сапфізм) - жіночий гомосексуалізм. Гомосексуальний потяг до суб'єктів юного віку (в тому числі і до підлітків): у чоловіків - ефебофілія, у жінок - корофілія. Гомосексуальний потяг до дорослих суб'єктів: у чоловіків - андрофілія, у жінок - гінекофілія. Гомосексуальний потяг до дітей - гомосексуальна педофілія. Педерастія -

гомосексуальні дії з хлопчиками (частіше мається на увазі вчинення більш старшим суб'єктом анального коїтусу з хлопчиком, іноді цей термін використовується і як синонім будь-якого прояву чоловічого гомосексуалізму; досить поширене вживання цього терміну для позначення статевих зносин через задній прохід між чоловіками будь-якого віку навряд чи можна вважати вірним, оскільки для найменування цих дій існує самостійний 19 термін - педикація, аналогом якого в російській мові є поняття «мужеложство», прийняте і в кримінальному законодавстві). Активний партнер - гомосексуальний партнер (як чоловік, так і жінка), який виконує в гомосексуальному контакті чоловічу «активну» роль; активний партнер в актах педикації іноді зветься педикатором. Пасивний партнер - гомосексуальний партнер (як чоловік, так і жінка), який виконує в гомосексуальному контакті жіночу «пасивну» роль; пасивний партнер в актах педикації іноді зветься патікус або кінеде (поділ гомосексуалістів на активних і пасивних партнерів досить умовний, оскільки в процесі вчинення сексуальних дій, багато хто з них міняються ролями, що має своє криміналістичне і судово-медичне значення). Досить цікавою є еволюція класифікації DSM (з англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів) стосовно гомосексуалізму: у 1952 році DSM I (перше видання) офіційно включив гомосексуалізм до психічних розладів. В зв'язку з тим, що рух за права геїв набирав обертів у 60-ті роки минулого століття, психіатрична спільнота вирішила піти на діагностичний компроміс, висловлюючи думку, що люди, які почувуються себе комфортно з їхньою сексуальною орієнтацією, психічного розладу не мають. Тріумфальне видалення гомосексуалізму з DSM відбулось у 1973 році. В той же час, для людей, що перебувають «в конфлікті» щодо своєї гомосексуальності, був введений новий термін: «порушення сексуальної орієнтації» (PCO). У 1980 році DSM III (третє видання) замінив останній термін на «его-дистонічну гомосексуальність», що принципово не вплинуло на стан речей: «щасливі» гомосексуалісти – не мають психічного розладу, «нещасливі»

- мають. В 1987р. всі форми гомосексуалізму, включаючи его-дистонічну гомосексуальність, були остаточно видалені з DSM. За даними більшості дослідників, гомосексуалізм охоплює від 1% до 5% людської популяції, а за деякими іншими даними, ним охоплено 6% чоловічого 20 і 3% жіночого населення планети. Однак думки всіх дослідників в цілому з цього приводу значно розходяться, а вказані ними дані знаходяться в інтервалі від 1% до 37% популяції. Справді, наведені різними джерелами дані щодо поширеності гомосексуалізму досить суперечливі, однак в більшості випадків статистичні припущення коливаються в межах 1-6% популяції. Причому основна кількість дослідників погоджуються на тому, що це явище більш поширене в чоловічій частині популяції (в середньому 2-4% чоловіків), ніж в жіночій (в середньому 1-3% жінок). Проте, фактичних кількісних показників поширеності гомосексуалізму не існує. В першу чергу це пояснюється не тільки складністю проведення дослідження даного питання і невеликою кількістю дійсно репрезентативних досліджень, а й крайньою різноманітністю цієї субпопуляції людей. Окрім того, одними дослідниками при вивченні цієї групи людей, в неї включаються тільки справжні («стрижневі», «ядерні») гомосексуалісти, специфічна сексуальна поведінка яких визначається наявністю гомосексуальних потреб, іншими ж до цієї групи включаються і особи, гомосексуальна поведінка яких обумовлена не наявністю певних потреб, а здійснюється на основі інших міркувань і причин (так звані псевдогомосексуалісти). Таким чином, в останню групу потрапляють і особи з вираженими гетеросексуальними потребами, не кажучи вже про бісексуалів. Однак більшість авторів погоджуються на тому, що справжня поширеність гомосексуалізму (навіть його «стрижневої» групи) значно ширша від найсміливіших статистичних припущень, а епізодичні або короткочасні гомосексуальні зв'язки мають в своєму сексуальному житті щонайменше третина чоловічого і чверть жіночого населення планети. Присвячена гомосексуалізму література включає кілька тисяч публікацій, в тому числі й велику кількість монографій. Серед численних гіпотез і теорій походження

гомосексуалізму найбільш поширені такі: - гіпотези і теорії ситуаційної обумовленості і навчання (гомосексуальні контакти з ровесниками, гомосексуальне розбещення, наслідки випадкових і тимчасових гомосексуальних контактів); - гіпотези і теорії середовищної зумовленості (сімейна - материнська гіперопіка, негативно сприймаються батьки, негативний досвід контактів з братами і позитивний з сестрами, обізнаність з чоловічою оголеним тілом і відсутність такої стосовно жіночого тіла і т.п.; професійна - артистичне середовище; спосіб життя - циганський табір); - теорія замісної обумовленості (наприклад, гомосексуальні контакти в ізольованих чоловічих колективах - в інтернатських закладах, в місцях позбавлення волі, у військових навчальних закладах і військових частинах, монастирях і теологічних навчальних закладах тощо); - гіпотеза особистісної зумовленості (наприклад, страх сексуальної невдачі, складнощі у власній статевій ролі/ідентичності, нарцисичний розвиток особистості, проблеми у налагодженні контактів з протилежною статтю, сексуальна «втеча» при невдалих сексуальних контактах з протилежною статтю і т.п.); - гіпотеза фантазійної обумовленості (наприклад, під впливом порнографії або супутніх мастурбації фантазій гомосексуального характеру); - гіпотези і теорії біологічної зумовленості (конституційна, генетична, органічного ураження головного мозку, нейроендокринна, ендокринна, антропологічна, пренатальна, філогенетично-ембріональна). Freud пов'язує формування гетеро- або гомосексуальної орієнтації особистості з наявністю того чи іншого фактору, нібито на фоні первинної притаманної людині бісексуальної схильності. Natterer розглядає розвиток гомосексуальності як багатofакторний, підкреслюючи при цьому діагностичне значення виявлення гомосексуальних потреб, які можуть бути прихованими і знаходять відображення в змісті 22 еротичних фантазій та сновидінь. Ряд авторів вважають, що специфічний сексуальний невроз лежить в основі гомосексуалізму. В процесі дослідження 76 культур в плані вивчення ставлення суспільства до гомосексуалізму було встановлено, що в 67% культур гомосексуалізм не

сприймався як патологічне явище, або ставлення до нього було як до само собою зрозумілого факту, а в 28% культур гомосексуалізм не схвалювався, «не спостерігався», або відзначався у вигляді поодиноких випадків. На думку Natterer, в США мільйони чоловіків мають гомосексуальні фантазії і мрії, а понад 2,5 мільйонів - і гомосексуальний досвід. За деякими даними, досвід такого характеру мають 19% жінок. Більш того, окремі дослідники вважають, що гомосексуальні потреби і контакти взагалі поширеніші саме в жіночому, а не в чоловічому середовищі. Багато послідовників психоаналізу пов'язують розвиток гомосексуалізму у чоловіків з невирішеним комплексом Едіпа, а у жінок - з невирішеним комплексом Електри. На думку інших психоаналітиків, гомосексуалізм походить з підсвідомих тенденцій кровозміщення по відношенню до батька або брата і є замісною формою прояву інцестних потреб. Bieder бачить основну причину виникнення гомосексуалізму в психопатології зв'язку батьки - дитина. У сімейному середовищі причину гомосексуальності вбачає і Forrest, який стверджує, наприклад, що домінуючі в будинку матері схильні до гомосексуалізму, як і їхні дочки, за наявності у них схильностей до агресії і домінації. Подібні взаємозв'язки між гомосексуальною орієнтацією і порушенням сімейних зв'язків відзначають і інші автори, які вважають, що в цих випадках виникає страх перед гетеросексуальною поведінкою, який минає у гомосексуальних зв'язках. Sokolik і Szostak, обговорюючи психоаналітичну концепцію походження гомосексуальної поведінки, пишуть, що емоційно гомосексуальний партнер є амбівалентним, а зв'язок з ним має сильно виражені садомазохістські риси. При цьому підсвідомо партнер ототожнюється з одним з батьків, або відносини з 23 ним як би копіюють відносини батьки-діти, а в інших випадках відбувається аутоідентифікація власної особистості з партнером, яка ніби продовжує незавершені аутоідентифікації з особистістю батька чи матері. З проблемою гомосексуалізму в експертній практиці частіше доводиться зустрічатися в наступних випадках: - шлюбборозлучні справи, в яких одна зі сторін звинувачує іншу в гомосексуалізмі, або визнає подібні прояви у себе; - в

справах про вчинення педофільних дій гомосексуального характеру; - у справах про згвалтування, коли обвинувачений заперечує можливість здійснення ним інкримінованих дій через наявність гомосексуальної орієнтації статевого потягу; - у справах про вбивство гомосексуального партнера. Останнім часом з гомосексуалізмом все рідше доводиться стикатися не тільки в експертній, але і в клінічній практиці. Проте це пояснюється не зменшенням абсолютного числа гомосексуалістів, а спостерігається в пострадянських країнах на фоні підвищення пермісивності статевої моралі з одночасним зниженням рівня негативного ставлення до гомосексуалізму. Більшість країн світу починаючи з 1970-х років стають більш терпимими та приймаючими одностатеві відносини між партнерами, що досягли віку сексуальної згоди. На даний час спостерігаються різні тенденції в різних культурах і регіонах планети. В 2007 році Pew Research Center провів глобальне дослідження ставлення до гомосексуальності в різних частинах світу та країнах і виявив: «...люди в Африці і на Близькому Сході рішуче заперечують проти соціального прийняття гомосексуальності. Прийняття гомосексуальності і бісексуальності, проте, дуже високе в Західній Європі, США, Канаді, Австралії та Новій Зеландії. Багато країн Латинської Америки, включаючи Бразилію, Аргентину, Мексику та Чилі також мають гей- визнання більшості». Наступне подібне глобальне дослідження проведене в 2013 році (The Global Divide on Homosexuality). Воно показало такі ж тенденції, а також дозволило зробити 24 висновки, що ставлення до гомосексуальності суттєво не змінилося в країнах протягом останніх років, за винятком Південної Кореї, Канади і США, де кількість думок про те, що гомосексуальність повинна прийматися суспільством, зросла на 21 %, 10 % і 11 % відповідно в порівнянні з відповідями в 2007 році.

ТРАНССЕКСУАЛІЗМ

За визначенням сексологів транссексуалізм полягає у невідповідності психічного сприйняття власної статі і морфобіологічної структури тіла, а також соціальної (метричної) статі, яка сприймається як щось «чуже», що належить протилежній

статі. Транссексуали відчують неприязнь до свого власного тіла і очікують від оточуючих толерантної поведінки та підтримки, щодо наполягання на власному сприйнятті статі. Найчастіше ці очікування навмисне провокуються пристосуванням своєї поведінки під типовий для іншої статі або переодяганням в типовий для протилежної статі одяг.

САДИЗМ

В науковій літературі зустрічається два визначення цього терміну - у вузькому розумінні і широкому. Визначення садизму як форми сексуальної девіації, при якій досягнення сексуального задоволення настає під час заподіяння сексуальному партнеру болю, приниження, або тілесних ушкоджень, є більш конкретним і вузьким. Набагато ширшим і всеохоплюючим є наступне визначення - садизм полягає в тому, що сексуальна насолода виникає в сексуальній ситуації, пов'язаній з домінуванням над партнером і безумовним його підпорядкуванням. Садизм - потреба повного контролю над 25 іншою людиною, оволодіння нею та підпорядкування її в такій повній мірі, що їй навіть можна заподіяти приниження і біль. Панування над іншою людиною, як особлива форма зв'язку з нею, формує почуття задоволення, причому форми панування можуть бути як в соціальному, так і в індивідуальному плані вигідними для підлеглого. В цьому сенсі садизм є феноменом, який супроводжує людство на всіх етапах його існування, має різноіанітну, в тому числі і біологічну, обумовленість. Суспільство, культура, педагогіка, порушуючи, з одного боку, певні стереотипи і зразки поведінки людини, з іншого - увічнюють садистичні тенденції в окремих, соціально і історично апробованих рамках (наприклад, корида, бокс, публічні езекуції, скачки, твори літератури і кінематографії на військову тематику і т.п.). Прояви садизму в його широкому розумінні тісно пов'язані з поняттям агресивності - явища, досить широко поширеного в будь-якому людському суспільстві. В розумінні конкретного визначення садизму - в більшості випадків він реалізується у відносинах з партнером-мазохістом, зв'язок з яким може бути не тільки тривалим в часі, але і

глибоко задовольняти обидві сторони. В інших, досить численних випадках, садистські тенденції реалізуються тільки на рівні сексуальних фантазій, а в реальному житті повністю відкидаються. Подібне обмеження реалізації подібних потреб може бути зумовлене страхом втрати надійного партнера, страхом перед можливим покаранням та іншими, як правило, психоемоційними або соціокультурним. З відкритими проявами сексуального садизму суспільство стикається в основному в тих тільки випадках, коли його прояв безпосередньо пов'язаний із вчиненням злочину. Подібні вчинки частіше скоюються людьми, що страждають тією чи іншою психопатологією (алкогольна деградація особистості, патологічний розвиток особистості, психічне захворювання, і т.п.). Причому, згідно даних цілого ряду досліджень, поширеність неврозів серед садистів і мазохістів менша, ніж серед людей, що страждають на інші сексуальні девіації, хоча і більша, ніж у контрольній групі. 26 Поширеність сексуального садизму, прихованого в світі фантазій і мрій, або у взаємно привабливих зв'язках садистів з мазохістами була встановлена при проведенні багатьох присвячених цьому питанню досліджень.

МАЗОХІЗМ

Сутність даної девіації визначається як протилежна суті садизму. На думку переважної більшості дослідників-психоаналітиків, мазохізм більш характерний для жінок і тому частіше зустрічається в їхньому середовищі. Однак подібні твердження викликають певні сумніви в їх справедливості. В силу того, що дана девіація не представляє якої-небудь серйозної небезпеки для суспільства, то, зрозуміло, і в судово-сексологічній практиці вона майже не зустрічається. Лише інколи доводиться стикатися з випадками особливого прояву мазохізму – ураженням струмом і самозадушенням. Якщо такі дії призводять до серйозних тілесних пошкоджень або закінчуються смертю, то такі і схожі випадки потрапляють в поле зору судових медиків. Схожі випадки можуть мати й істотне кримінологічне і криміналістичне значення при вивченні причин самогубства, під які вони маскуються. Проблемам садизму і мазохізму присвячено численні

серйозні дослідження в галузі психології та психоаналізу. Більш вузько до цієї проблеми підходять психіатри, сексологи і кримінологи. Аналіз нечисленних спроб медичної корекції цих двох видів сексуальних девіацій не несе оптимізму. Єдиними ефективними методами лікувального впливу виявилися фармакологічні (гормональна і психотропна «кастрація») та хірургічні (справжня хірургічна кастрація, нейрохірургічні психокорегуючі операції) методи. Проте впровадження подібного «лікування» викликає протест як з боку медичної, так і з боку самої широкої громадськості. Все це призвело до того, що 27 їх використання в багатьох країнах світу законодавчо було або обмежене, або заборонене взагалі. АПОТЕМНОФІЛІЯ За визначенням дана девіація полягає в прагненні до ампутації частини власного тіла, або до сексуального контакту з особою, яка має ампутовану кінцівку, кукса якої при цьому виступає в ролі специфічного сексуального фетиша. Ця сексуальна девіація належить до одних з найбільш рідкісних форм. Незважаючи на те, що вперше вона була описана в 1972 році, до теперішнього часу в літературі відображені лише одиничні випадки її прояву. Найбільш часто апотемнофілія зустрічається в поєднанні з фетишизмом, транссексуалізмом і трансвестизмом. Однак не можна виключити, що у деяких сексуальних злочинців (наприклад, у садистів), які відрізають або відрубують частини тіла у своєї жертви, механізм подібної поведінки обумовлений саме апотемнофілією.

Навчальне видання

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК З ДИСЦИПЛІНИ

«Психологія залежної та саморуйнівної поведінки»

((для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня зі спеціальності
С4 Психологія освітня програма «Прикладна психологія та консультування»))

Укладачі:

Олена Олександрівна Бровендер
Наталья Євгенівна Завацька

Оригінал-макет О.О. Бровендер

Підписано до друку __. __.202__.

Формат 60x84 1/16. Папір типогр. Гарнітура Times.

Друк офсетний. Умов. друк. арк. ____. Обл.-вид. арк. ____.

Тираж __ экз. Вид. № ____. Замов. № _____. Ціна договірна.

Видавництво Східноукраїнського національного університету
імені Володимира Даля

Свідоцтво про реєстрацію: серія ДК № 1620 від 18.12.03 р.

Адреса університета: вул. Іоанна Павла II, 17

м. Київ, 01042, Україна e-mail: vidavnictvosnu.ua@gmail.com