

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор

ВНПЗ «Дніпровський
гуманітарний університет»

Олег КИРИЧЕНКО

_____._____.2025

**РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ
ОСОБИСТОСТІ**

(назва навчальної дисципліни)	
Освітній ступінь	магістр
(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)	
Спеціальність	053 / С4 Психологія
(шифр і назва)	
Освітня програма	«Психологія»
(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)	
Наказ від 24.04.2025 № 32-02	
Статус навчальної дисципліни	Обов'язкова
(обов'язкова або вибіркова)	
Мова навчання:	Українська

Дніпро – 2025

Профілактика та корекція відхилень у поведінці особистості // Робоча програма навчальної дисципліни. Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 17 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Панфілова Г.Б., доцент кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»,
Агапова І., ст. викладач

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Ткаченко Н.В., кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології і психології управління Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара.

Кононенко А.О., професор кафедри іноземних мов природничих факультетів Одеського національного університету імені І. І. Мечнікова, доктор психологічних наук, професор

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри загальної психології.
Протокол від «19» серпня 2025 р. № 1

Схвалено Вченою радою університету, рекомендовано для використання в освітньому процесі протягом п'яти років. 29.08.2025, протокол № 13.

Продовжено:

на 20__/20__ н.р. _____ «__» _____ 20__ р., протокол №__
(підпис) (ПІБ)

на 20__/20__ н.р. _____ «__» _____ 20__ р., протокол №__
(підпис) (ПІБ)

на 20__/20__ н.р. _____ «__» _____ 20__ р., протокол №__
(підпис) (ПІБ)

на 20__/20__ н.р. _____ «__» _____ 20__ р., протокол №__

Метою вивчення навчальної дисципліни «Профілактика та корекція відхилень у поведінці особистості» є формування у здобувачів знань про психологію особистості з відхиленою поведінкою; вивчення основних факторів, психологічних механізмів та закономірностей формування відхиленої поведінки, а також оволодіння основними методиками та інструментами психодіагностики і психологічного втручання з метою профілактики і психокорекції при роботі з особами, які мають схильність до девіацій.

Основними завданнями є: поглиблене знайомство з основними підходами до визначення та класифікації норми і відхиленої поведінки в психології; детермінантами, що обумовлюють формування відхиленої поведінки; психологічними характеристиками основних видів відхиленої поведінки (феноменологія, фактори та моделі формування, методи діагностики, профілактики та корекції); опанування сучасних форм індивідуальної та групової профілактично-корекційної роботи психолога з особами, схильними до девіацій.

За підсумками вивчення навчальної дисциплін та успішного складання підсумкового контролю мають бути набуті наступні компетентності:

Загальні (ЗК):

- ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК2. Здатність проведення досліджень на відповідному рівні.
- ЗК4. Уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
- ЗК6. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
- ЗК7. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.
- ЗК9. Здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети.

Спеціальні (фахові) (СК):

СК1. Здатність здійснювати теоретичний, методологічний та емпіричний аналіз актуальних проблем психологічної науки та/або практики.

СК2. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження з елементами наукової новизни та/або практичної значущості.

СК3. Здатність обирати і застосовувати валідні та надійні методи наукового дослідження та/або доказові методики і техніки практичної діяльності.

СК4. Здатність здійснювати практичну діяльність (тренінгову, психотерапевтичну, консультаційну, психодіагностичну та іншу залежно від спеціалізації) з використанням науково верифікованих методів та технік.

СК8. Здатність оцінювати межі власної фахової компетентності та підвищувати професійну кваліфікацію.

СК13. Здатність розробляти та застосовувати превентивні та корекційні програми збереження психологічного здоров'я людини.

Результати навчання (РН)

ПР2. Вміти організовувати та проводити психологічне дослідження із застосуванням валідних та надійних методів.

ПР4. Робити психологічний прогноз щодо розвитку особистості, груп, організацій.

ПР5. Розробляти програми психологічних інтервенцій (тренінг, психотерапія, консультування тощо), провадити їх в індивідуальній та груповій роботі, оцінювати якість.

ПР9. Вирішувати етичні дилеми з опорою на норми закону, етичні принципи та загальнолюдські цінності.

ПР13. Здійснювати адаптацію та модифікацію існуючих наукових підходів і методів до конкретних ситуацій професійної діяльності.

Передумови для вивчення навчальної дисципліни: базові знання з дисциплін «Девіантна поведінка», «Психологія особистості», «Клінічна психологія», «Психодіагностика», «Психологія сім'ї», «Основи психологічного консультування».

Обсяг навчальної дисципліни: Додатки 1.1, 1.2.

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ТЕМА 1. Соціальна норма і девіації. Відхилена поведінка як прояв дезадаптації особистості.

Основні визначення поняття «норма» в різних наукових підходах. Соціальна норма – класифікація та критерії. Соціально-вікова норма. Критерії нормативної (адаптивної) та «відхиленої» (дезадаптивної) поведінки. Соціально-психологічні чинники формування девіантної поведінки. Роль сім'ї та стилю сімейного виховання у становленні особистості, схильної до девіантної поведінки.

ТЕМА 2. Основні підходи до класифікації видів відхиленої поведінки.

Класифікації девіацій. Детермінанти девіантної поведінки: соціальні та біологічні передумови виникнення девіацій. Психологічні механізми девіантної поведінки: екзистенційний підхід (В.Франкл, К.Роджерс, Е.Фромм), біхевіоральний підхід (Б.Скіннер, А.Бандура). Диференціація відхиленої поведінки в залежності від способу взаємодії з реальністю. Методи діагностики девіантної поведінки. Психодіагностичний інструментарій для діагностики різних форм девіантної поведінки.

ТЕМА 3. Агресія та агресивність. Психологічні особливості прояву агресивної поведінки.

Причини формування агресивної поведінки особистості. Теорії агресії. Агресія та агресивність. Взаємозв'язок агресії та делінквентної поведінки. Делінквентна поведінка: види, особливості, причини її формування. Типи правопорушників. Неповнолітні злочинці: особливості формування злочинної поведінки у підлітків. Соціопатична особистість. Феномен насилля: домашнє насилля, зґвалтування та насилля над дітьми. Психологічна допомога жертвам насилля.

ТЕМА 4. Суїцид як форма аутоагресивної поведінки. Структура суїцидальної поведінки особистості.

Суїцидальна поведінка. Теорії суїциду в психології. Суїцид з точки зору психоаналітичної теорії З. Фрейда. Чинники суїцидальної поведінки. Особливості прояву суїцидальної поведінки. Ознаки депресії. Ознаки високої вірогідності реалізації спроби самогубства. Особливості суїцидальної поведінки дітей і підлітків.

ТЕМА 5. Психологія залежності. Адиктивні види відхиленої поведінки.

Визначення поняття «адиктивна поведінка». Причини виникнення адиктивної поведінки. Види адикцій. Психоактивні речовини та їхній вплив на людину. Алкоголізм. Куріння. Наркоманія. Нехімічні адикції. Комп'ютерна залежність. Ігрова залежність. Харчова адикція. Профілактика адиктивної поведінки в дитячому, підлітковому й дорослому віці.

ТЕМА 6. Сексуальні девіації. Вікові, статеві та гендерні

особливості прояву.

Визначення поняття «стать», «статева ідентичність», «гендер». Сексуальність і сексуальна норма, сексуальне здоров'я, сексуальна патологія. Статеві відхилення – види, причини. Статеві відхилення: фетишизм, садизм, вуайєризм, гомосексуалізм, гіперсексуальність, педофілія. Статеве виховання. Неблагополучні сім'ї. Проблема проституції в сучасному суспільстві. Особливості дитячої проституції. Причини і наслідки проституції неповнолітніх.

ТЕМА 7. Сутність та основні напрямки профілактики відхилень у поведінці. Види, форми та принципи профілактичної роботи.

Психопрофілактика як запобігання виникнення психологічних проблем особистісного розвитку та міжособистісних стосунків. Психопрофілактика як створення умов повноцінного розвитку особистості, формування психологічних новоутворень, потреба в самоактивності, саморегуляції, саморозвитку.

Стратегії життя як стиль життя особистості. Завдання та рівні психопрофілактичної діяльності психолога з особами

різного віку і різних соціальних категорій. Форми і методи організації та проведення психопрофілактики. Робота психолога по створенню доброзичливого психологічного клімату в колективах, родині. Навчання клієнтів методам взаємодії (індивідуально та в корекційних групах), методам самопізнання, саморегуляції, самокорекції як засіб профілактики психологічного здоров'я та безконфліктного спілкування. Психопрофілактика нервово-психічної рівноваги в стресових ситуаціях. Поняття психологічних ресурсів особистості. Їх актуалізація та активізація в критичних ситуаціях життя.

ТЕМА 8. Особливості формування психокорекційних програм для осіб, схильних до девіацій.

Психологічна корекція при роботі з девіантними особами – основні етапи та завдання. Індивідуальні форми психокорекції девіантної поведінки. Методи і форми. Групові форми психокорекції девіантної поведінки. Стандарти формування програм для осіб різних форм девіації. Особливості формування психокорекційної програми на прикладі корекційної групової програми для підлітків з відхиленою поведінкою.

ФОРМА ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ

Підсумковий контроль проводиться з метою встановлення відповідності (вимірювання, оцінювання) здобутих особою результатів навчання вимогам освітньої програми у частині відповідного освітнього компонента.

З навчальної дисципліни «Профілактика та корекція відхилень у поведінці особистості» передбачений – ІСПИТ.

Політика курсу, критерії та засоби оцінювання успішності навчання

При проведенні визначених планом видів занять використовуються такі методи та жанри.

1. Під час викладання навчального матеріалу:

- словесні (бесіда, пояснення, розповідь, інструктаж);
- наочні (ілюстрування, демонстрування, самостійне спостереження);
- практичні (вправи, практичні роботи, дослідні роботи).

2. За організаційним характером навчання:

- методи організації та здійснення навчально-пізнавальної діяльності;
- методи стимулювання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності;
- методи контролю та самоконтролю у навчанні;
- бінарні (поєднання теоретичного, наочного практичного...) методи

навчання.

3. За логікою сприймання та засвоєння навчального матеріалу:

індуктивно-дедукційні, репродуктивні, прагматичні, дослідницькі, проблемні тощо

Методи контролю.

Лекція: вхідне тестування, попереднє усне чи письмове опитування, фронтальне опитування, вибіркове усне опитування.

Семінарське заняття: співбесіда, дискусія, мозковий штурм, усне та письмове опитування, тестування, вирішення задач, захист доповідей (рефератів), діалог, письмова модульна робота (проміжний контроль).

Самостійна робота студентів: перевірка конспекту, перевірка відповідей на проблемні питання, опитування на семінарському занятті, захист індивідуального творчо-наукового завдання.

Поточний контроль: проведення семінарських занять, відпрацювання академічних заборгованостей.

Модульний контроль: включає до себе перевірку засвоєння матеріалу вибіркових тем курсу згідно з тематичним планом шляхом виконання самостійних та практичних завдань, проведення рубіжного атестування.

Підсумковий контроль: проводиться з метою оцінки результатів навчання та здійснюється у формі проведення семестрового заліку (екзамену) в обсязі навчального матеріалу, визначеного робочою програмою, і в терміни, встановлені навчальним планом.

З навчальної дисципліни «Профілактика та корекція відхилень у поведінці особистості» передбачено – іспит.

Політика курсу: обов'язкове відвідування лекційних, семінарських та практичних занять; гідна поведінка в аудиторії; обов'язкове відвідування консультацій.

Під час викладання навчальної дисципліни «Профілактика та корекція відхилень у поведінці особистості» застосовуються такі основні види контролю знань:

- поточний контроль – систематично на різних навчальних заняттях

впродовж семестру у формах:

- усне опитування;
- письмові контрольні експрес-роботи;
- тестовий контроль;
- підсумковий контроль – у кінці семестру після вивчення навчальної дисципліни у формі заліку.

Поточний контроль може проводитися у формі усного опитування, письмового експрес-контролю, виступів студентів при обговоренні теоретичних питань, а також у формі тестування.

Критерії оцінювання рівня знань за видами навчальної роботи здобувачів визначені кафедрою психології та знайшли своє відображення у «Стандарті організації та критеріїв оцінювання навчальної роботи здобувачів вищої освіти з дисциплін, що закріплені за кафедрою психології». Зі змістом документу можна ознайомитися на сайті Університету в розділі «Силабуси навчальних дисциплін/ Магістр / 053 Психологія» або за посиланням: <https://surl.li/fdotxa> або за QR-кодом.



За рішенням викладача або кафедри нараховуються **заохочувальні бали** за наступні види робіт:

- за систематичну продуктивну активність під час проведення аудиторних занять;
- за виконання творчих завдань підвищеної складності (конкретне значення визначає викладач);
- за участь у конференціях, олімпіадах, іншій науковій, методичній роботі тощо.

Умови ліквідації заборгованостей з поточної роботи: здобувачі, які пропустили семінарські заняття або лекції, мають можливість відпрацювати заборгованості під час консультацій, що проводяться викладачем, відповідно до графіку консультацій. Для отримання певної кількості балів здобувач має можливість усно відповісти на питання теми, за якою він має заборгованість або виконати індивідуальну роботу, що складається з завдань, визначених викладачем в кожному окремому випадку (в залежності від обсягу заборгованості).

В університеті педагогічний контроль розглядається як основна ланка, що забезпечує неперервність процесу виховання, освіти та професійної підготовки і має чотири пріоритетні функції: діагностичну, навчальну, організаційну та виховну. У розумінні постійної взаємодії науково-педагогічного працівника зі здобувачем вищої освіти під час освітнього процесу, педагогічний контроль є системою перевірки результатів навчання й означає ідентифікацію, кількісне оцінювання та вимірювання знань, умінь, навичок та інших компетенцій тих, хто навчається. Основним предметом оцінки результатів освіти є отримані результати навчання у вигляді знань, умінь і практичних навичок, а також результати виховання у вигляді

сформованих способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей.

Засоби діагностики визначають рівень досягнення запланованих навчальних результатів, повинні мати прозорі критерії оцінювання, забезпечувати об'єктивний поточний та підсумковий контроль.

Під час контрольних заходів застосовується система об'єктивної оцінки здобутих компетенцій, зокрема, з використанням технічних засобів. Тестові завдання для проміжного і підсумкового контролів знань здобувачів вищої освіти є складовими навчально-методичних комплексів навчальних дисциплін і входять до пакетів кваліфікаційних завдань із дисципліни.

Для навчальної дисципліни «Профілактика та корекція відхилень у поведінці особистості» засобами діагностики успішності навчання виступають:

- тестові завдання з тем навчальної дисципліни;
- комп'ютерні тестові завдання;
- кваліфікаційні завдання з дисципліни.

Політика доброчесності. Обов'язковою умовою при нарахуванні загальної кількості балів здобувачу є необхідність дотримання принципів політики доброчесності. Дотримання *академічної доброчесності* передбачає: самостійне виконання навчальних завдань, поточного та підсумкового контролю результатів навчання; посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використанні методики досліджень і джерела інформації.

Якщо має місце виявлення випадків академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації, списування, обману з боку здобувачів встановлюється академічна відповідальність. До здобувачів застосовуються види відповідальності, передбачені частинами 6 та 7 статті 42 Закону України «Про освіту».

Додаток 1.1.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

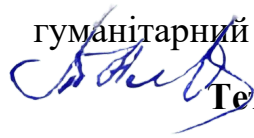
ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»



Тетяна АЛФЬОРОВА

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ ОСОБИСТОСТІ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь магістр Спеціальність 053/С4 Психологія
(назва ступеня вищої освіти) (шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Форма навчання ДЕННА Обсяг 3 кредити ЄКТС, (90 годин)
Курс другий Групи ПМ-24

№ теми згідно з РПНП	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна)
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Соціальна норма і девіації. Відхилення поведінки як прояв дезадаптації особистості.	11	4	2	2	-	7
2	Основні підходи до класифікації видів відхиленої поведінки.	11	4	2	2	-	7
3	Агресія та агресивність. Психологічні особливості прояву агресивної поведінки.	11	4	2	2	-	7
4	Суїцид як форма аутоагресивної поведінки. Структура суїцидальної поведінки особистості.	11	4	2	2	-	7
5	Психологія залежності. Адиктивні види відхиленої поведінки.	11	4	2	2	-	7
6	Сексуальні девіації. Вікові, статеві та гендерні особливості прояву.	11	4	2	2	-	7

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна)
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
7	Сутність та основні напрямки профілактики відхилень у поведінці. Види, форми та принципи профілактичної роботи.	12	4	2	2	-	8
8	Особливості формування психокорекційних програм для осіб, схильних до девіацій.	12	4	2	2	-	8
	Разом за семестр	90	32	16	16	-	58

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри _____

Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 1.2.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

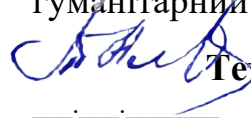
ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»



Тетяна АЛФЬОРОВА

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ ОСОБИСТОСТІ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь магістр Спеціальність 053/С4 Психологія
(назва ступеня вищої освіти) (шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Форма навчання ЗАОЧНА Обсяг 3 кредити ЄКТС, (90 годин)
Курс другий Групи ПМ-24

№ теми згідно з РПНП	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна)
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Соціальна норма і девіації. Відхилення поведінки як прояв дезадаптації особистості.	11	2	2			9
2	Основні підходи до класифікації видів відхиленої поведінки.	11	2		2		9
3	Агресія та агресивність. Психологічні особливості прояву агресивної поведінки.	11	2	2			9
4	Суїцид як форма аутоагресивної поведінки. Структура суїцидальної поведінки особистості.	11	2	2			9
5	Психологія залежності. Адиктивні види відхиленої поведінки.	11					11
6	Сексуальні девіації. Вікові, статеві та гендерні особливості прояву.	11					11

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна)
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
7	Сутність та основні напрямки профілактики відхилень у поведінці. Види, форми та принципи профілактичної роботи.	12	2		2		10
8	Особливості формування психокорекційних програм для осіб, схильних до девіацій.	12	2		2		10
	Разом за семестр	90	12	6	6		78

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 2
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

ІНФОРМАЦІЙНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ ОСОБИСТОСТІ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь	магістр	Спеціальність	053/С4 Психологія
	(назва ступеня вищої освіти)		(шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Підручники:

1. Корнещук В.В., Волошенко М.О., Олло В.П. Профілактика та корекція девіантної поведінки підлітків : підручник, видання 2-е доповнене, перероблене. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2021. 136 с.

Навчальні посібники, інші дидактичні та методичні матеріали:

1. Диса О. В., Шинкаренко І. О. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. Дніпро. ДДУВС. 2024. 77 с.

2. Максимова Н. Ю. Система ранньої діагностики відхилень в розвитку особистості: методичний посібник / за ред. Максимової Н. Ю. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 220 с. URL: <http://psychology-naesua.institute/userfiles/files/Maksymova.pdf>

3. Профілактика та корекція відхилень поведінки: метод. реком. до сем. занять / уклад. Лариса Мафтин, Альона Шульга; Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2021. 56 с.

4. Психологія девіантної поведінки особистості : навч. посіб. МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини / уклад.: Сафін О.Д., Байда С.П. Умань : Візаві, 2021. 202 с.

5. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник / укл. Мудрик А.Б. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с. URL

:https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/21201/3/Psykhol_zalezhn_pov.pdf

6. Гошовський Я., Гошовська Д. Психологія девіантної особистості : навч.-метод. посіб. до практичних занять. Луцьк : ПП Іванюк, 2022. 106 с.

7. Журавель Т., Іванюк І., Лехолетова М., Лютий В., Лях Т., Пашко Н., Соловійова В., Сорокіна О., Спіріна Т., Суліцький В., Удовенко, Ю., Чепенко О., Чуйко О., Швед О., & Янковець В. (2022). Профілактика деструктивної поведінки підлітків (Т. Журавель & Ю. Удовенко, Ред.). Видавництво ФО-П

Буря О.Д. Київ, 2022. 144 с

8. Запобігання та протидія проявам насильства: діяльність закладів освіти : навчально-методичний посібник / Андрєєнкова В.Л., Байдик В.В., Войцях Т.В., Калашник О.А. та ін. К. : ФОП Нічога С.О. 2020. 196 с. URL: <https://surl.li/ckkirw>

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

10. Методичний посібник для фахівців, які впроваджують типову програму для кривдників : збірник практичних матеріалів / автори-упоряд.: Степанюк О., Мельниченко О. Київ, 2020. 132 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/9/6/471033.pdf> (дата звернення: 17.07.2024)

11. Методичні рекомендації «Запобігання та протидія насильству». Міністерство освіти і науки України (Лист від 18.05.2018 № 1/11-5480) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5480729-18#Text>

12. Седих К.В., Моргун В.Ф. Делінквентний підліток : навч. посіб. 3-е вид., доп. К. : Видавничий Дім «Слово», 2019. 272 с. URL: <https://surl.li/cxucvg>.

13. Стандарти програми корекції девіантної поведінки підлітків віком 14–18 років, які мають досвід вживання психоактивних речовин / автор А.Б. Бежан. К. : Україна, 2015. 180 с. URL: <https://surl.li/sqtigl>

14. Психологічний супровід учасників освітнього процесу під час війни в Україні : матеріали до наради МОН «Щодо запобігання поширенню агресивної субкультури серед підлітків» від 08.03.2023. URL: <https://surl.li/wcpckd>

15. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки : навчально-методичний посібник / О. Л. Христук. Львів : ЛьвДУВС, 2014. 192 с.

Монографії та інші наукові видання:

1. Корекція девіантної поведінки підлітків : монографія / укл. Бочелюк В., Жадленко І., Панов М., Турубарева А. Вид-во «Центр навчальної літератури», 2024. 442 с.

2. Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посібник. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.

3. Психологічні механізми ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою в умовах суспільних змін : монографія / Максимова Н. Ю., Грись А. М., Манілов І.Ф., Литвинчук Л.М., Рябовол Т.А., Філоненко Л.А., Максим О.В., Щербина-Прилука В.М.; за ред. Н. Ю. Максимової. К. : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 272 с.

4. Розлуцька Н. Вимушене переселення як чинник девіантної поведінки дітей і підлітків у полікультурному середовищі. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота». 2023. № 1 (52). С. 186–189.

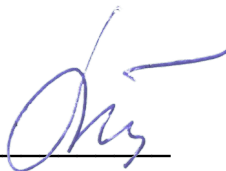
5. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37. Index Copernicus, Google Scholar. URL: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

Інші джерела:

1. Батраченко І.Г., Панфілова Г.Б., Склянська О.В. Розширення життєвої антиципації особистості як ресурс психологічної допомоги в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 4 2022.* С.104-109. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/18.pdf
2. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>
3. Сапольскі Р. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас / пер. з англ. Олена Любенко. К. : Наш Формат, 2021. 672 с.
4. Hirschberger Gilad. Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Frontiers in Psychology*. 2018. 9. Article 1411.
6. Holmes E.A. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet. Psychiatry*. 2020. 7. 547–560.
7. Mccluskey K.W. Nurturing Talented but Troubled Children and Youth. *Reclaiming Children and Youth*. 2008. № 6 (4). P. 27–32.
8. Silver R.C., Holman E.A., Garfin D.R. Coping with cascading collective traumas in the United States. *Nat Hum Behav*. 2021. 5. 4–6.

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**ПЛАНІ СЕМІНАРСЬКИХ (ПРАКТИЧНИХ)
ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

**ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ
ОСОБИСТОСТІ**

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь

Магістр

(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)

Спеціальність

053/С4 Психологія

(шифр і назва)

Освітня програма

«Психологія»

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

Наказ від 24.04.2025 № 32-02

Форма навчання

денна

(денна/заочна)

у 2025/2026 навчальному році

Плани семінарських (практичних) занять
обговорені та схвалені на засіданні
кафедри психології
протокол від 19.08.2025 року №1
Завідувач кафедри психології

(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

Дніпро – 2025

Психологія делінквентної поведінки // Плани семінарських (практичних) занять для денної/заочної форми навчання. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 15 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Панфілова Г.Б., к.психол.н., доцент кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»,

Агапова І.М., старший викладач кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет».

ТЕМА 1. СОЦІАЛЬНА НОРМА І ДЕВІАЦІЇ. ВІДХИЛЕНА ПОВЕДІНКА ЯК ПРОЯВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ.

Семінарське заняття №1 – 2 год.
План

1. Визначення поняття «норма» у різних наукових підходах.
2. Соціальна норма - основні детермінанти, класифікація, критерії.
3. Соціально-вікова норма. Психологічний підхід до аналізу соціально-вікової норми розвитку.
4. Критерії нормативної і «ненормативної» поведінки. Соціальне відхилення.
5. Соціальна дезадаптація як одна із можливих передумов девіантної поведінки
6. Стили виховання. Роль сім'ї у формуванні девіантної поведінки.
7. Вплив індивідуально-психологічних чинників на формування неконструктивної позиції особистості.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння аналізувати та диференціювати нормативні та ненормативні (відхиленні) маркери поведінки, усвідомлювати значущість соціально-психологічного впливу на формування відхиленої поведінки;

Навички: виявляти індивідуально-психологічні чинники, що зумовлюють формування відхиленої поведінки.

Завдання для самостійної роботи до Теми 1:

1. Соціальна норма та соціальне відхилення – психологічні аспекти.
2. Соціально-психологічні чинники, що зумовлюють девіантну поведінку особистості.
3. Індивідуально-психологічні чинники виникнення відхилень у поведінці.

Індивідуальні завдання до Теми 1:

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

ТЕМА 2. ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ВИДІВ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ.

Семінарське заняття №2,3 – 4 год.
План

1. Визначення девіантної поведінки: медичне, психологічне, педагогічне.
2. Детермінанти девіантної поведінки особистості.

3. Зовнішні умови соціального середовища як причина девіантної поведінки.
4. Внутрішні спадково-біологічні і конституціональні передумови девіантної поведінки.
5. Класифікація видів девіантної поведінки.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: аналізувати теоретичні аспекти проблеми девіації, уміння класифікувати відхилення в залежності від виду прояву

Навички диференціації поведінкових відхилень.

Завдання для самостійної роботи до Теми 2:

1. Основні характеристики девіантності особистості.
2. Сучасні проблеми психології девіантної поведінки в Україні та світі.

Індивідуальні завдання до Теми 2:

1. Написати психологічне есе на тему «Детермінанти девіантної поведінки у підлітковому віці»

ТЕМА 3.

АГРЕСІЯ ТА АГРЕСИВНІСТЬ. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ.

Семінарське заняття 4,5 – 4 год.

План

1. Теорії агресії в психології.
2. Поняття агресії в психології девіантної поведінки.
3. Детермінанти агресивної поведінки.
4. Причини агресії у дітей та підлітків.
5. Гендерні відмінності в проявах агресії.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: вміти аналізувати основні наукові підходи до феномену агресії; розуміти детермінанти агресивної поведінки, що обумовлюють девіантні прояви; визначати відмінності в характеристиках прояву агресії в залежності від віку та статі.

Навички: розпізнавати та диференціювати складові проявів агресивної поведінки у девіантної/делінквентної особистості.

Завдання для самостійної роботи до Теми 3:

1. Підібрати 6 діагностичних методик для визначення схильності до агресивної поведінки у різних вікових груп.

Індивідуальні завдання до Теми 3:

1. Напишіть психологічне есе на тему «Проблема булінгу у сучасному житті як прояв агресивної поведінки»

ТЕМА 4. СУЇЦИД ЯК ФОРМА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ. СТРУКТУРА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.

Практичне заняття №6,7 – 4 год.

План

1. Суїцидальна поведінка
2. Теорії суїциду в психології
3. Особливості прояву суїцидальної поведінки
4. Внутрішні форми суїцидальної поведінки
5. Ознаки депресії
6. Ознаки високої вірогідності реалізації спроби самогубства
7. Особливості суїцидальної поведінки дітей і підлітків.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: аналізувати чинники, що обумовлюють суїцидальну поведінку; знати структуру суїцидальної поведінки; розуміти та визначати генетично-обумовлені, соціальні та індивідуально-типологічні особливості особистості, схильної до суїцидальної поведінки.

Навички: оперувати понятійним апаратом стосовно проблематики суїцидальної поведінки; формувати план діагностики, психокорекційних та антикризових заходів.

Завдання для самостійної роботи до Теми 4:

1. Профіль суїцидальної особистості.
2. Вікові особливості суїцидальної поведінки.
3. Основні діагностичні ознаки депресії

Індивідуальні завдання до Теми 4:

1. Написати психологічне есе на тему «Моє розуміння причин суїцидальної поведінки особистості»
2. Підібрати 5 діагностичних методик на тему схильності до суїцидальної поведінки
3. Створіть словник основних психологічних термінів до теми

ТЕМА № 5. ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОСТІ. АДИКТИВНІ ВИДИ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ.

Практичне заняття №8,9 – 4 год.

План

1. Психологія адиктивної (залежної) поведінки.
2. Залежна поведінка і її види. Характеристика основних форм залежної (адиктивної поведінки).
3. Хімічні види адиктивної поведінки.
4. Біохімічні види адикцій. Порушення харчової поведінки.

5. Нехімічні види адиктивної поведінки.
6. Феномен співзалежності.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: знати основні чинники та характерні ознаки адиктивної поведінки; аналізувати фактори, що сприяють розвитку та формуванню різних форм залежності; визначати форми залежної поведінки відповідно поведінкових та соціально-психологічних проявів особистості.

Навички: знати і використовувати інструменти психодіагностики для девіантів із різними формами залежності, розуміти та визначати форму залежності відповідно критеріїв, вміти робити системний аналіз психологічних проявів у залежних та співзалежних осіб, формувати план діагностики, корекції та профілактики залежної поведінки.

Завдання для самостійної роботи до Теми 5:

1. Профіль особистості, схильної до залежної поведінки.
2. Основні симптоми співзалежності.
3. Форми хімічної залежності та їх основні прояви.
4. Нехімічні види залежності. Харчова адикція.

Індивідуальні завдання до Теми 5:

1. Написати психологічне есе на тему «Проблема ігрової залежності в умовах сучасної української реальності».
2. Підібрати 6 діагностичних методик на визначення різних форм залежної поведінки.

ТЕМА 6.

СЕКСУАЛЬНІ ДЕВІАЦІЇ. ВІКОВІ, СТАТЕВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ.

Практичне заняття № 10,11 – 4 год.

План

1. Визначення поняття «стать» і «статева ідентичність»
2. Сексуальність і сексуальна норма
3. Статеві відхилення – види, причини
4. Проблема проституції в сучасному суспільстві
5. Особливості дитячої проституції
6. Причини і наслідки проституції неповнолітніх

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: визначати психологічні та особливості чинники статевих девіацій, оперувати загальними поняттями та термінологією, пов'язаною з темою, володіти критеріями динаміки відхилень психосексуального розвитку.

Навички: аналізу та виявлення умов, що обумовлюють формування статевих девіацій; диференціювати види порушень статево-рольової

поведінки.

Завдання для самостійної роботи до Теми 6:

1. Сексуальні девіації: загальні поняття та термінологія. Форми та види сексуальних девіацій.
2. Психологічні чинники та особливості статевих девіацій.

Індивідуальні завдання до Теми 6:

1. Написати доповідь (8-10 стор.) на одну з нижчеперелічених тем і виступити з нею на семінарському занятті:
 - Статеві девіації у підлітків.
 - Гомосексуальність: норма чи відхилення?
 - Гіпермаскулінність та гіперфемінність як порушення статево-рольової поведінки
 - Статеве виховання як форма профілактики сексуальних девіацій.
 - Дитяча проституція – форма девіантної поведінки.
 - Сексуальне насилля та його психологічні наслідки.
 - Запропонуйте власну тему.

ТЕМА 7.

СУТНІСТЬ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ. ВИДИ, ФОРМИ ТА ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ.

Практичне заняття №12,13 – 4 год.

План

1. Соціально-психологічний вплив на девіантну поведінку особистості
2. Профілактика, попередження, превенція: сутність, відмінності.
3. Види, напрямки та принципи профілактичної роботи.
4. Форми психопрофілактики відхилень у поведінці.
5. Види профілактичних тренінгів – мета та завдання.
6. Оцінка ефективності профілактичних програм.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: визначати основні завдання та критерії профілактики та корекції девіантної поведінки; володіти знаннями щодо особливостей психічних проявів девіантів; враховувати значущість впливу сімейного середовища та соціального оточення на результати психокорекційної роботи; володіти методами оцінки результатів корекційної роботи.

Навички: використання інструментів психодіагностики для девіантів різного віку та типу девіації, розвиток навичок комунікативної компетентності для ефективної профілактичної роботи з девіантами, створення переліку заходів психопрофілактичної роботи в залежності від схильності до певного виду девіації; оцінювати результативність розроблених програм.

Завдання для самостійної роботи до Теми 7:

1. Профілактичний процес і профілактична програма – сутність та

завдання.

2. Мета та специфічні завдання профілактичної роботи в залежності від схильності особистості до певного виду відхиленої поведінки.

3. Роль соціального середовища і його вплив на ефективність профілактичної роботи.

Індивідуальні завдання до Теми 7:

1. Скласти психологічну програму профілактики відхилень у поведінці (тип відхилення на вибір).

2. Доповідь: «Комунікативна компетентність психолога при роботі з клієнтами, що схильні до девіантної поведінки».

3. Концептуальні моделі профілактики наркоманії у підлітків.

4. Проаналізуйте, які методи та форми роботи ЗМІ можна використати для профілактики девіантної поведінки – запропонуйте власний вид профілактичної реклами.

ТЕМА 8.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХО-КОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ОСІБ, СХИЛЬНИХ ДО ДЕВІАЦІЙ.

Практичне заняття №14,15 – 4 год.

План

1. Психологічна корекція при роботі з девіантними особами – основні етапи та завдання.

2. Індивідуальні форми психокорекції девіантної поведінки. Методи і форми.

3. Групові форми психокорекції девіантної поведінки.

4. Приклад корекційної групової програми для підлітків з відхиленою поведінкою.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

Уміння: визначати основні завдання та критерії корекції девіантної поведінки; володіти знаннями щодо особливостей психічних проявів девіантів; враховувати значущість впливу сімейного середовища та соціального оточення на результати психокорекційної роботи; володіти методами оцінки результатів корекційної роботи.

Навички: використання інструментів психодіагностики для девіантів різного віку та типу девіації, розвиток навичок комунікативної компетентності для ефективної профілактичної роботи з девіантами, створення переліку заходів психокорекційної роботи в залежності від схильності до певного виду девіації; оцінювати результативність розроблених програм.

Завдання для самостійної роботи до Теми 8:

1. Психокорекційна програма для осіб з відхиленою поведінкою – сутність та завдання.

2. Мета та специфічні завдання корекційної роботи в залежності від

схильності особистості до певного виду відхиленої поведінки.

3. Роль соціального середовища і його вплив на ефективність профілактичної роботи.

Індивідуальні завдання до Теми 7:

1. Скласти психокорекційну програму для однієї з форм девіацій на вибір: булінг, алкогольна/наркотична залежність, агресивна делінквентна поведінка, ігрова залежність, суїцидальна поведінка.

2. Зробити аналіз психокорекційної програми для підлітків 14-18 років, які мають схильність до вживання ПАР:

URL: <https://afew.org.ua/wp-content/uploads/2015/12/Standarti-programi-korektsiyi-deviantnoyi-povedinki-pidlitkiv-vikom-14-18-rokiv-yaki-mayut-dosvid-vzhivannya-psihoaktivnih-rechovin.pdf>

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Рекомендована література до Теми 1:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
3. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
4. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
5. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
6. Психологія девіантної поведінки особистості : навч. посіб. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; уклад.: О. Д. Сафін, С. П. Байда. Умань : Візаві, 2021. 202 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

Рекомендована література до Теми 2:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
7. Психологія девіантної поведінки особистості : навч. посіб. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; уклад.: О. Д. Сафін, С. П. Байда. Умань : Візаві, 2021. 202 с.
8. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.

Рекомендована література до Теми 3:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.

2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

Рекомендована література до Теми 4:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

Рекомендована література до Теми 5:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч.

посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.

7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.

8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

Рекомендована література до Теми 6:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.

2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.

3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.

4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.

5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218

6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.

7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с

8. Щотка О. П. Гендерна психологія: навч. посіб. Ніжин: Видавець ПП. Лисенко М. М., 2019. 358 с.

Рекомендована література до Теми 7:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.

2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.

3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.

4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.

5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218

6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.

7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.

8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

Рекомендована література до Теми 8:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.

2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.

3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінвентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Стандарти програми корекції девіантної поведінки підлітків віком 14–18 років, які мають досвід вживання психоактивних речовин / автор А.Б. Бежан. К. : Україна, 2015. 180 с.
URL: <https://afew.org.ua/wp-content/uploads/2015/12/Standarti-programi-korektsiyi-deviantnoyi-povedinki-pidlitkiv-vikom-14-18-rokiv-yaki-mayut-dosvid-vzhivannya-psihoaktivnih-rechovin.pdf>
9. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Як визначається поняття «норма» у різних наукових підходах?
2. Яке значення має «соціально-вікова норма» у контексті девіантної поведінки?
3. Які основні ознаки девіантної поведінки?
4. Дайте перелік основних підходів до класифікації поведінкових розладів.
5. Критерії нормативної (адаптивної) та «відхиленої» (дезадаптивної) поведінки – дайте визначення.
6. В чому сутність біологічних і соціальних передумов виникнення поведінкових девіацій?
7. Соціально-психологічні чинники формування девіантної поведінки
8. Які інші фактори, крім психологічних, можуть впливати на соціальну дезадаптацію?
9. Проаналізуйте несприятливі стилі сімейного виховання як чинник девіантної поведінки особистості.
10. Які існують поведінкові розлади дорослого віку?
11. Дайте класифікацію видів девіантної поведінки в залежності від способу взаємодії з реальністю.
12. Що таке «делінквентна поведінка» та як вона проявляється?
13. Наведіть приклади адиктивної поведінки, чим вона обумовлена?
14. Девіантна поведінка, що ґрунтується на гіперздібностях – наведіть приклади та опишіть «профіль» девіанта.
15. Які існують провідні сучасні теорії агресії в психології?
16. Назвіть причини агресивної поведінки особистості.
17. Дайте повне визначення поняття «агресивна поведінка».
18. Які вікові особливості агресивної поведінки особистості?
19. Охарактеризуйте особливості агресивної поведінки у підлітків.
20. Опишіть гендерні особливості прояву агресивної поведінки.
21. Дайте визначення поняттю «суїцидальна поведінка»
22. В чому сутність соціальної теорії суїциду.
23. Дайте характеристику психоаналітичної теорії З. Фрейда
24. В чому сутність психопатологічного підходу до проблеми суїциду?
25. Назвіть основні чинники суїцидальної поведінки.
26. Особливості прояву суїцидальної поведінки – які етапи та їх ознаки ви знаєте?
27. Депресія – дайте перелік основних критеріїв.
28. Які особливості суїцидальної поведінки у дітей та підлітків?
29. Дайте визначення поняттю «адиктивна поведінка»
30. Які основні фази обумовлюють циклічність залежної поведінки?
31. Перерахуйте основні чинники формування залежної поведінки.

32. Які біологічні, індивідуально-психологічні та соціальні фактори сприяють формуванню залежної поведінки?
33. Риси залежної особистості за Менделевичем – це... дайте перелік.
34. Перерахуйте основні форми залежної поведінки.
35. В чому сутність психічної та фізичної залежності?
36. Які існують хімічні види адиктивної поведінки?
37. В чому різниця між побутовим пияцтвом і алкоголізмом?
38. Які види залежності при наркоманії?
39. Розкрийте сутність харчової адикції.
40. Перерахуйте нехімічні види адиктивної поведінки.
41. Що таке «гемблінг»?
42. Дайте визначення терміну «співзалежність».
43. Основними ознаками співзалежності є... - дайте перелік.
44. Дайте визначення поняттю «статева ідентичність»
45. Які основні функції виконує сексуальність?
46. Що таке «сексуальна норма» і «сексуальне здоров'я»?
47. Які форми девіантної статевої активності ви знаєте?
48. Назвіть основні чинники формування статевих відхилень.
49. Як проституція пов'язана з іншими девіаціями?
50. Яку роль відіграє сім'я при формуванні статевих девіацій?
51. Які основні напрямки психологічної допомоги при поведінкових девіаціях ви знаєте?
52. В чому сутність психологічної профілактики?
53. Основними методами психологічного впливу є ... дайте перелік.
54. Провідними завданнями психологічного втручання (інтервенції) є: ... дайте перелік.
55. Опишіть основні особливості профілактично-корекційної роботи делінквентної поведінки підлітків.
56. З яких етапів складається сімейна психотерапія делінквентних підлітків?
57. Що таке дисфункціональна сім'я?
58. Дайте характеристику основних етапів роботи психолога з дисфункціональними сім'ями.
59. Які є методи психокорекції важковиховуваних дітей?
60. Поясніть методи психокорекції агресивності у дітей.
61. Обґрунтуйте методи психокорекції тривожності у дітей.
62. Розкрийте зміст методів психокорекції самооцінки особистості.
63. Які є особливості функціонування телефону довіри?
64. Поясніть особливості роботи груп Анонімних Алкоголіків та Анонімних наркоманів (АА та АН).
65. Які основні етапи, завдання та структура корекційної програми для підлітків зі схильністю до девіантної поведінки?

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З НАВЧАЛЬНОЇ
ДИСЦИПЛІНИ**

**ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ВІДХИЛЕНЬ У ПОВЕДІНЦІ
ОСОБИСТОСТІ**

(назва навчальної дисципліни)	
Освітній ступінь	Магістр
(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)	
Спеціальність	053/С4 Психологія
(шифр і назва)	
Освітня програма	«Психологія»
(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)	
Наказ від 24.04.2025 № 32-02	

Психологія делінквентної поведінки // Конспект лекцій з навчальної дисципліни. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 61 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Панфілова Г.Б., к.психол.н., доцент кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»,

Агапова І.М., старший викладач кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет».

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри загальної психології.
Протокол від «19» серпня 2025 р. № 1

ЗМІСТ

ТЕМА 1. СОЦІАЛЬНА НОРМА І ДЕВІАЦІЇ. ВІДХИЛЕНА ПОВЕДІНКА ЯК ПРОЯВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ.....	4
ТЕМА 2. ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ВИДІВ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	10
ТЕМА 3. АГРЕСІЯ ТА АГРЕСИВНІСТЬ. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	18
ТЕМА 4. СУЇЦИД ЯК ФОРМА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ. СТРУКТУРА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	24
ТЕМА 8. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХО-КОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ОСІБ, СХИЛЬНИХ ДО ДЕВІАЦІЙ.....	38
ЛІТЕРАТУРА:.....	61

ТЕМА 1.

СОЦІАЛЬНА НОРМА І ДЕВІАЦІЇ. ВІДХИЛЕНА ПОВЕДІНКА ЯК ПРОЯВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

План лекції:

1. Визначення поняття нормативність – ненормативність поведінки, девіантна поведінка.
2. Види соціальних норм і механізми їх регулювання.
3. Соціалізація – дезадаптація індивіда до соціального середовища з урахуванням індивідуальних особливостей.

Текст лекції:

1. Визначення поняття нормативність – ненормативність поведінки, девіантна поведінка

Кожний з нас щодня зустрічається з різноманітними проявами соціально небажаної поведінки – агресією, шкідливими звичками, протизаконними діями тощо. Фахівці, які займаються подібними проблемами, багато років шукають відповіді на низку питань. Які причини такої поведінки? Що змушує людину знову й знову заподіювати шкоду собі й навколишнім? Як уникнути цього? Нарешті, чи правомірно використання терміна «поведінка, що відхиляється від соціальної норми»?

Девіантна поведінка викликає жвавий інтерес у психологів, лікарів, педагогів, працівників правоохоронних органів, соціологів, філософів. Тема поведінки, що відхиляється від соціальної норми, носить міждисциплінарний і дискусійний характер. Сполученість терміна з поняттям «соціальна норма» багаторазово ускладнює проблему, оскільки кордони норми досить умовні, а людини абсолютно нормальної за всіма показниками просто не існує.

Різнманіття підходів проявляється й при рішенні таких практичних завдань, як діагностика девіантної поведінки особистості, її профілактика й подолання в ході надання соціально-психологічної допомоги.

Основна мета навчальної дисципліни «Психологія девіантної поведінки» - допомогти курсантам сформуванати науково обґрунтовані, цілісні уявлення про сучасний стан проблеми поведінки, що відхиляється від соціальної норми.

Поведінка, що відхиляється від норми (девіантна) - це стійка поведінка особистості, що відхиляється від найбільш важливих соціальних норм, заподіює реальний збиток суспільству або самій особистості, і супроводжується соціальною дезадаптацією особистості.

Особливістю поведінки, що відхиляється від соціальних норм, є те, що вона розглядається в межах медичної норми. Вона не повинна ототожнюватися із психічними захворюваннями або патологічними станами, хоча й може сполучатися з останніми.

У випадку психічного розладу має місце патологічна поведінка психічно хворої людини. Патологічна поведінка відхиляється від медичних

норм, вимагає першорядного медичного втручання й вивчається психіатрією як, наприклад, девіантна поведінка психічно хворих. Патологічна поведінка має на увазі, що під впливом хворобливого стану здатність особистості усвідомлювати й контролювати свої дії суттєво знижується.

У той же час, за певних умов, девіантна поведінка може переходити в патологічні форми. Наприклад, залежна поведінка може перерости в системне захворювання - алкоголізм, наркоманію. Таким чином, особистість із поведінкою, що відхиляється від соціальних норм, може займати будь-яке місце на психопатологічній осі «здоров'я - передхвороба - хвороба».

Таким чином, у самому загальному виді поведінка, що відхиляється від соціальних норм – це система вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві правовим або моральним нормам. Отже, *девіантною* є поведінка, що відхиляється від установлених суспільством норм і стандартів, будь то норми психічного здоров'я, права, культури, моралі (В.В. Ковальов, І.С. Кон, В.Г. Степанов, Д.І. Фельдштейн і ін.), а також поведінка, що не задовольняє соціальним очікуванням даного суспільства в конкретний період часу (Н. Смелзер, Т. Шибутані).

Педагогічний підхід. Під девіантною поведінкою розуміється відхилення від прийнятих у даному соціальному середовищі, найближчому оточенні, колективі соціально-моральних норм і культурних цінностей, порушення процесу засвоєння й відтворення норм і цінностей, а також саморозвитку й самореалізації в тому суспільстві, до якого людина належить.

Медичний підхід. Девіантна поведінка — відхилення від прийнятих у даному суспільстві норм міжособистісних взаємин: дій, учинків, висловлень, чинених як у рамках психічного здоров'я, так і в різних формах нервово-психічної патології, особливо прикордонного рівня.

Психологічний підхід. Девіантна поведінка — відхилення від соціально-психологічних і моральних норм, представлене або як помилковий антигромадський зразок вирішення конфлікту, що проявляється в порушенні суспільно прийнятих норм, або в збитку, нанесеному оточуючому суспільному благополуччю і собі. У якості додаткових ознак виділяються труднощі корекції поведінки й особлива необхідність в індивідуальному підході.

2. Види соціальних норм і механізми їх регулювання

У цілому поняття норми є досить дискусійним. У перекладі з латинської мови «норма» - правило, зразок. У природничих і суспільних науках норма розуміється як межа, захід припустимого для збереження й зміни систем.

Специфічною особливістю соціальних норм є те, що вони регулюють сферу взаємодії людей. Соціальна норма - сукупність вимог і очікувань, які пред'являє соціальна спільність (група, організація, клас, суспільство) до своїх членів з метою регуляції діяльності й відносин.

При всьому різноманітті проявів соціальні норми мають наступні основні властивості: об'єктивність, історичність, універсальність, схематичність, безумовність, відносність, динамічність.

Так, вимоги до зовнішнього вигляду людини, найбільш яскраво виражені в моді, змінюються буквально на наших очах. Інший яскравий приклад - радикальні зміни в статеворольовій поведінці жінок у ряді країн. Установки на сексуальну поведінку також змінюються часом на протилежні. Наприклад, в історії європейських держав ми можемо простежити наступні метаморфози: від полігамії Прадавнього світу – через тверді заборони Нового часу – до сексуальної революції останніх десятиліть, аж до повної волі в інтимних відносинах і узаконювання гомосексуальних шлюбів.

У психології для наукового визначення поняття «норма» використовуються різні способи. Найбільш простий і розповсюджений - негативний підхід. Відповідно до нього нормальна (або здорова) людина та, у якій відсутні аномалії.

Позитивний підхід, навпаки, націлений на виявлення зразка з бажаними якостями. Для одержання еталона найчастіше застосовують методи математичної статистики. Статистична норма виглядає як середній показник того, що притаманно більшості (не менш ніж половині) людей у популяції.

Інша, критеріальна, норма заснована на соціально-нормативному критерії. Вона існує переважно у формі вимог (завдань) різного ступеня труднощів. Наприклад, «гарним» громадянином може вважатися людина, яка дотримує норми закону, а «нормальним» працівником є той, хто добре справляється із професійно-кваліфікаційними вимогами. Інший варіант критеріально-орієнтованих норм – це виконання шкільної програми.

Таким чином, при спеціальному вивченні норма, як єдиний зразок поведінки для всіх людей, виглядає як якась абстрактна схема, слабо пов'язана з різноманіттям реального психічного життя, що й часом доходить до абсурду.

Видатний вітчизняний клініцист П. Б. Ганнушкін називав гармонійні натури плодом уяви, зауважуючи, що в кожній людини можна знайти, наприклад, психопатичні риси. Геніальний дослідник людської душі Ф.М. Достоевський у романі «Ідіот» розкрив усю трагічність і безглуздість «ідеальної людини - князя Мишкіна», його несумісність із реальним світом людей.

Специфічні особливості поведінки, що відхиляється від соціальної норми:

1. Поведінка особистості, що відхиляється від соціальної норми – це поведінка, яка не відповідає загальноприйнятим або офіційно встановленим соціальним нормам. Це дії, що не відповідають існуючим законам, правилам, традиціям і соціальним установкам.

Визначаючи девіантну поведінку як поведінку, що відхиляється від соціальної норми, слід пам'ятати, що соціальні норми змінюються. Це надає

девіантній поведінці історично мінливий характер. Як приклад можна привести різне, залежно від епохи й країни, відношення до паління.

Отже, девіантна поведінка – це порушення не будь-яких, а лише найбільш важливих для даного суспільства на даний час соціальних норм.

2. Девіантна поведінка й особистість, яка її проявляє, викликають негативну оцінку з боку інших людей. Негативна оцінка може мати форму суспільного осуду або соціальних санкцій, у тому числі карного покарання.

Насамперед санкції виконують функцію запобігання небажаній поведінки. Але, з іншого боку, вони можуть приводити до такого негативного явища, як стигматизація особистості – навішування на неї ярлика. Наприклад, добре відомі труднощі реадaptaції людини, яка відбула строк покарання, й повернулася до «нормального» життя.

Спроби людини почати нове життя найчастіше розбиваються об недовіру й відкидання оточуючих людей. Поступово ярлик девіант (наркоман, злочинець, самогубець і т.п.) формує девіантну ідентичність (самовідчуття). Таким чином, дурна репутація підсилює небезпечну ізоляцію, перешкоджає позитивним змінам і викликає рецидиви девіантної поведінки.

3. Девіантна поведінка завдає реальної шкоди самій особистості або оточуючим людям. Це може бути дестабілізація існуючого порядку, заподіяння морального й матеріального збитку, фізичне насильство й заподіяння болю, погіршення здоров'я. У крайніх своїх проявах девіантна поведінка є безпосередньою загрозою для життя, наприклад суїцидальна поведінка, насильницькі злочини, уживання наркотиків. Психологічним маркером збитку є страждання, що переживає сама людина або її оточуючі.

Поведінка, що відхиляється від соціальної норми є руйнівною і залежно від форми поділяється на деструктивну або аутодеструктивну.

4. Девіантна поведінка характеризується як часто повторювана дія (багаторазова або тривала). Так, якщо дитина семи років один раз взяла без дозволу невелику суму грошей у батьків на солодощі, без наступних ексцесів, визначення даної поведінки як девіантної буде недостатньо коректним.

Напроти, систематичне усвідомлене злодійство грошей підлітком буде однією з форм девіантної поведінки.

Дане правило має виключення. Наприклад, навіть одноразова суїцидальна спроба становить серйозну небезпеку й може розцінюватися як девіантна поведінка особистості.

Індивідуальні відмінності людей стосуються мотивів поведінки, форм прояву, динаміки, частоти й ступеню виразності.

Інша важлива індивідуальна особливість стосується того, як людина переживає поведінку, що відхиляється від соціальної норми – як небажане далеке для себе, що приносить тимчасове задоволення або як звичайне й привабливе дійство.

Таким чином, термін «поведінка, що відхиляється від норми» може застосовуватися до дітей не молодше 5 років, а в точному значенні - після 9 років. Раніше 5 років необхідні уявлення про соціальні норми у свідомості

дитини просто відсутні, а самоконтроль здійснюється за допомогою дорослих. Якщо ж поведінка дитини молодше 5 років суттєво відхиляється від вікової норми, то її доцільно розглядати як один із проявів незрілості, невротичних реакцій або порушень психічного розвитку.

3. Соціалізація – дезадаптація індивіда до соціального середовища з урахуванням індивідуальних особливостей.

Найчастіше благополуччя особистості зв'язується з такою соціально-психологічною її характеристикою, як здатність адаптуватися до соціального середовища.

У цілому поведінка особистості відбиває процес її соціалізації – інтеграції в соціум. Соціалізація, у свою чергу, припускає адаптацію до соціального середовища з урахуванням індивідуальних особливостей.

Варіанти соціальної адаптації:

- радикальна адаптація – самореалізація через зміну особистістю існуючого соціального середовища;
- гіперадаптація – самореалізація через вплив особистості на соціальне життя за допомогою її високих досягнень;
- гармонічна адаптація – самореалізація особистості в соціумі за допомогою орієнтації на соціальні вимоги;
- конформістська адаптація – пристосування за рахунок придушення індивідуальності, блокування самореалізації;
- девіантна адаптація – самореалізація за допомогою виходу за існуючі соціальні вимоги (норми);
- соціально-психологічна дезадаптація – стан блокування процесів самореалізації й адаптації.

З погляду соціально-нормативного критерію провідним показником нормальності поведінки є рівень соціальної адаптації особистості. Однаково проблемними є як виражене ігнорування соціальних вимог, так і підкорення індивідуальності, наприклад у формі конформізму – повного підпорядкування інтересів особистості тиску середовища.

Відповідно, дезадаптація – це стан зниженої здатності (небажання, невміння) ухвалювати й виконувати вимоги середовища як особистісно значимі, а також реалізовувати свою індивідуальність у конкретних соціальних умовах.

Особливістю поведінки, що відхиляється від норми, є те, що вона супроводжується різними проявами соціальної дезадаптації.

Можна виділити соціальні й індивідуальні прояви дезадаптації. Соціальними проявами дезадаптації є:

- знижена здатність до навчання, нездатність заробляти своєю працею;
- хронічна або виражена неуспішність у життєво важливих сферах (родині, роботі, міжособистісних відносинах, тощо);
- конфлікти із законом;
- ізоляція.

У якості індивідуальних проявів дезадаптації можуть розглядатися:

- негативна внутрішня установка стосовно соціальних вимог (незгода з ними, нерозуміння, протест, опозиція);
- завищені претензії до навколишніх при прагненні самої людини уникати відповідальності, егоцентризм;
- хронічний емоційний дискомфорт;
- неефективність саморегуляції;
- конфліктність і слабка розвиненість комунікативних умінь;
- когнітивні викривлення реальності.

Завдяки внеску гуманістичної психології, наші уявлення про розвиток особистості вийшли за межі процесу соціальної адаптації. Вони суттєво поповнилися таким важливим процесом, як індивідуація – прийняття, розвиток і реалізація своєї індивідуальності.

Література:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
3. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
4. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
5. Пашенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
6. Психологія девіантної поведінки особистості : навч. посіб. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; уклад.: О. Д. Сафін, С. П. Байда. Умань : Візаві, 2021. 202 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

ТЕМА 2.

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ВИДІВ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ

План лекції:

1. Проблема класифікації девіантної поведінки.
2. Медична класифікації порушень поведінки.
3. Психологічна класифікації девіантної поведінки.

Текст лекції:

1. Проблема класифікації відхилень у поведінці

Однією з форм наукового аналізу психологічної реальності є класифікація її проявів. Численні спроби дослідників систематизувати поведінкові відхилення поки що не привели до створення єдиної класифікації. Труднощі можна пояснити декількома обставинами.

Основна причина полягає в міждисциплінарному характері проблеми поведінкових девіацій. Оскільки термін «девіантна поведінка» використовується в різних науках у різних значеннях, то існують і різноманітні класифікації поведінкових відхилень. Існують й інші причини, а саме:

- надзвичайне різноманіття форм людської поведінки;
- невизначеність самого поняття «норма».

Умовно можна виділити три основні підходи до проблеми класифікації відхилень у поведінці: соціально-правовий, клінічний і психологічний.

Соціологія розглядає поведінкові девіації як соціальні явища, які групуються на основі наступних підстав:

- 1) залежно від масштабу виділяють масові й індивідуальні відхилення;
- 2) за значенням наслідків - негативні (зухвалі шкідливі наслідки, що й створюють потенційну небезпеку) і позитивні;
- 3) за суб'єктом – відхилення конкретних осіб, неформальних груп (наприклад, діяльність бандитських угруповань), офіційних структур, умовних соціальних груп (наприклад, жіночий алкоголізм);
- 4) за об'єктом – економічні, побутові, майнові порушення й інші;
- 5) за тривалістю – одноразові й тривалі;
- 6) за типом норми, що порушується – злочинність, алкоголізм, наркотизм, самогубства, аморальна поведінка, бродяжництво, проституція, хуліганство, утриманство, корупція, бюрократизм, тероризм, расизм, геноцид, деструктивні культи.

У праві під девіантною поведінкою розуміється все, що суперечить прийнятим у наш час правовим нормам і заборонене під загрозою покарання. Провідним критерієм правової оцінки дій індивіда є захід їх суспільної безпеки. За характером і ступенем суспільної безпеки діянь їх ділять на злочини, адміністративні й цивільно-правові делікти, дисциплінарні провини.

Злочини, у свою чергу, залежно від ступеня суспільної небезпеки підрозділяються на наступні категорії:

- Легкої тяжкості – з покаранням до двох років;
- середньої тяжкості – з покаранням до п'яти років;
- тяжкі злочини – до десяти років позбавлення волі;
- особливо тяжкі – понад десяти років позбавлення волі або з більш строгим покаранням.

За характером дій злочини також діляться на: злочини проти особистості, злочини у сфері економіки, злочини проти державної влади, злочини проти військової служби, злочини проти миру й безпеки людства.

Час народжує усе нові форми правових відхилень, наприклад рекет, організовану злочинність, фінансові піраміди, хакерство.

Розглянуті класифікації можна доповнити педагогічним підходом до поведінкових девіацій.

У структуру шкільної дезадаптації, поряд з такими її проявами, як неуспішність, порушення взаємин з однолітками, емоційні порушення, входять і відхилення в поведінці.

Найпоширеніші відхилення у поведінці:

- дисциплінарні порушення,
- прогули,
- гіперактивна поведінка,
- агресивна поведінка,
- опозиційна поведінка,
- паління, хуліганство, злодійство, неправда.

Ще більш запутане питання про види поведінки, що відхиляється від соціальної норми, у ранньому й дошкільному віці. Чи можна взагалі говорити про девіантну поведінку на цьому «несамостійному» етапі розвитку особистості? Проте педагоги й батьки досить часто зустрічаються з такими негативними поведінковими проявами в маленьких дітей, як шкідливі звички (ссання пальця, кусання нігтів), відмова від їжі, неслухняність, агресивна поведінка, мастурбація, гіперактивна поведінка.

2. Медична класифікація розладів поведінки

Можна помітити, що деякі види поведінки, яка відхиляється від соціальної норми, можуть переходити із крайньої межі норми у хворобу й ставати предметом вивчення медицини. Так, наприклад, епізодичне вживання наркотиків у медичних цілях може придбати форму зловживання (психологічної залежності) і розвинути у хворобливу пристрасть із ознаками фізичної залежності (наркоманію).

Медична класифікація розладів поведінки заснована на психопатологічному й віковому критеріях.

Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10) у розділі «Класифікація психічних і поведінкових розладів» називає наступні поведінкові розлади (для дорослого віку):

F10-19 – психічні й поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин (алкоголю; опіоїдів; канабіноїдів; седативних і снотворних речовин; кокаїну; стимуляторів, включаючи кофеїн; галюциногенів; тютюну; летучих розчинників; інших психоактивних речовин);

F50-59 – поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями й фізичними факторами (розлад приймання їжі; розлад сну неорганічної природи; статева дисфункція, не обумовлена органічним розладом або захворюванням; психічні й поведінкові розлади, пов'язані з післяпологовим періодом; зловживання речовинами, що не викликають залежність, наприклад стероїди, вітаміни);

F63 – розлади звичок і потягів (патологічна схильність до азартних ігор; патологічні підпали – піроманія; патологічне злодійство – kleптоманія; висмикування волосся – трихотіломанія; інші розлади звичок і потягів);

F65 – розлади сексуальної переваги (фетишизм; фетишистський трансвестизм; ексгібіціонізм; вуайєризм; педофілія; садомазохізм). Помітимо, що в даній редакції гомосексуалізм відсутній.

МКХ-10 також включає типологію поведінкових розладів з початком, характерним для дитячого й підліткового віку:

F90 – гіперкінетичні розлади;

F91 – розлади поведінки (F91.0 - розлади поведінки, що обмежуються сімейним оточенням; F91.1 - несоціалізований розлад поведінки; F91.2 - соціалізований розлад поведінки; F91.3 – опозиційно - зухвала поведінка; F91.8 - інші);

F92 – змішані розлади поведінки й емоцій;

F94 – розлад соціального функціонування;

F95 – тикові розлади;

F98.0 – неорганічний енурез;

F98.1 – неорганічний енкопрез;

F98.2 – розлад харчування в дитячому віці;

F98.3 – поїдання неїстівного;

F98.4 – стереотипні рухові розлади;

F98.5 – заїкання;

F98.6- мова без зупинок.

Дані поведінкові розлади діагностуються при наявності декількох характерних симптомів, які при цьому повинні зберігатися не менш 6 місяців. Наприклад, до розладів поведінки належить повторювана й стійка поведінка, що включає наступні симптоми:

1) хворий проявляє для свого віку незвичайно часті або важкі вибухи гніву;

2) часто сперечається з дорослими;

3) часто активно відмовляється виконувати вимоги дорослих або порушує їх правила;

4) часто навмисно робить речі, які досаджають іншим людям;

5) часто обвинувачує інших у своїх помилках або поведінці;

- 6) часто вразливий або йому легко досадити;
- 7) часто гнівається або обурюється;
- 8) часто злісний або мстивий;
- 9) часто обманює або порушує обіцянки з метою одержання вигоди або відхилення від зобов'язань;
- 10) часто затіває бійки (сюди не належать бійки із сибсами; братами й сестрами);
- 11) використовував зброю, яка здатна заподіяти серйозну фізичну шкоду іншим людям (наприклад, ключку, цеглу, розбиту пляшку, ніж, вогнепальну зброю);
- 12) незважаючи на заборони батьків часто затемна залишається на вулиці (якщо початок відхилень - у віці до 13 років);
- 13) проявляє фізичну жорстокість стосовно інших людей (наприклад, зв'язує жертву, наносить їй порізи, опіки);
- 14) проявляє фізичну жорстокість стосовно тварин;
- 15) навмисно руйнує чужу власність;
- 16) навмисно розводить багаття із ризиком або наміром завдати серйозної шкоди;
- 17) краде коштовні речі з будинку або інших місць;
- 18) часто прогулює школу;
- 19) тікав з будинку щонайменше двічі або тікав один раз, але більше ніж на одну ніч (крім випадків відхилення від насильства);
- 20) робить злочини на очах у жертви (включаючи вихоплювання гаманців, вивертання сумок);
- 21) примушує іншу людину до статевої діяльності;
- 22) часті прояви задиристої поведінки (навмисне заподіяння болю, приниження, мучення);
- 23) проникає в чужі будинки й автомобілі.

Примітка. Для констатації симптомів 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23 потрібно хоча б однократне їхнє виникнення.

Розлад поведінки діагностується тільки в тому випадку, якщо він не відповідає критеріям інших розладів, таких, як дисоціальний розлад особистості, шизофренія, маніакальний епізод, гіперкінетичний розлад, депресивний епізод, емоційний розлад.

На додаток до основної систематизації використовуються й більш приватні класифікації. М. Раттер розлади поведінки в дитячому віці підрозділяє на дві основні підгрупи:

- соціалізовані форми антигромадської поведінки
- несоціалізована агресивна поведінка.

Діти й підлітки першої групи добре адаптуються усередині антигромадських груп, не проявляють ознаки емоційних розладів, скоюють антисоціальні вчинки в групі. Представники несоціалізованої агресивної поведінки, навпаки, перебувають у дуже поганих відносинах з найближчим оточенням - іншими дітьми й родиною. Для них характерні ворожість, негативізм, зухвалість і мстивість.

Д. Н. Оудсхорн пропонує ділити поведінкові розлади в дитячому віці на гіперактивність і антисоціальну агресивну (або опозиційну) поведінку. Для підліткового віку характерні антисоціальна (делінквентна) поведінка, зловживання наркотиками, неприйнятна статева поведінка.

На думку А. Є. Лічко, також поширена класифікація Р. Дженкінс, яка включає 7 видів порушень поведінки в дитячому й підлітковому віці:

- гіперкінетична реакція,
- реакція відхилення,
- реакція аутистичного типу,
- реакція тривоги,
- реакція втечі,
- «несоціалізована агресивність»,
- групові правопорушення.

Зіставлення психологічної й медичної класифікацій дозволяє зробити висновок про те, що вони не суперечать, а взаємно доповнюють одна одну.

3. Психологічна класифікація видів девіантної поведінки

Психологічний підхід заснований на виділенні соціально-психологічних відмінностей окремих видів девіантної поведінки особистості. Психологічні класифікації вибудовуються на основі наступних критеріїв:

- вид норми, що порушується;
- психологічні цілі поведінки і її мотивація;
- результати даної поведінки й збиток нею заподіюваний;
- індивідуально-стильові характеристики поведінки.

Більшість авторів, наприклад Ю.А. Клейберг, виділяють три основні групи поведінкових девіацій:

- негативні (наприклад, уживання наркотиків),
- позитивні (наприклад, соціальна творчість),
- соціально-нейтральні (наприклад, жебрацтво).

Один з найбільш повних варіантів систематизації видів девіантної поведінки належить Ц.П. Короленко й Т.А. Донських. Усі поведінкові девіації вони поділяють на дві великі групи:

1. Нестандартна поведінка
2. Деструктивна поведінка.

Нестандартна поведінка може мати форму нового мислення, нових ідей, а також дій, що виходять за рамки соціальних стереотипів поведінки (діяльність новаторів, революціонерів, опозиціонерів, першовідкривачів у будь-якій сфері знання).

Типологія деструктивної поведінки вибудовується відповідно до її цілей. В одному випадку це зовнішньодеструктивні цілі, спрямовані на порушення соціальних норм (правових, морально-етичних, культурних). В другому – внутрішньодеструктивні цілі, спрямовані на дезінтеграцію самої особистості, її регрес, і відповідно внутрішньодеструктивна поведінка:

- суїцидна поведінка характеризується підвищеним ризиком до самогубства;

- конформістська поведінка позбавлена індивідуальності, орієнтована винятково на зовнішні авторитети;
- нарцисична поведінка керується почуттям власної грандіозності;
- фанатична поведінка виступає у формі сліпої прихильності до якої-небудь ідеї, поглядів;
- аутистична поведінка проявляється у вигляді безпосередньої відгородженості від людей і навколишньої дійсності, зажуреності у світ власних фантазій.

Усі перераховані форми деструктивної поведінки відповідають, на думку вчених, таким критеріям девіантності:

- погіршення якості життя,
- зниження критичності до своєї поведінки,
- когнітивні викривлення (сприйняття й розуміння, що відбувається),
- зниження самооцінки й емоційні порушення.

Нарешті, вони з великою ймовірністю приводять до стану соціальної дезадаптації особистості аж до повної її ізоляції.

Відповідно до перерахованих критеріїв виділимо три основні групи девіантної поведінки:

- антисоціальна (делінквентна) поведінка,
- асоціальна (аморальна) поведінка,
- аутодеструктивна (саморуйнівна) поведінка.

Анτισоціальна (делінквентна) поведінка – це поведінка, що суперечить правовим нормам, загрожує соціальному порядку й благополуччю оточуючих людей. Вона включає будь-які дії або бездіяльність, заборонена законодавством.

Асоціальна поведінка – це поведінка, що ухиляється від виконання моральних норм, які безпосередньо загрожують благополуччю міжособистісних відносин. Вона може проявлятися як агресивна поведінка, сексуальні девіації, (безладні статеві зв'язки, проституція, спокушання, вуайєризм, ексібіціонізм і ін.), залучення в азартні ігри на гроші, бродяжництво, утриманство.

У підлітковому віці найпоширеніші наступні види асоціальної поведінки: втечі з дому, бродяжництво, шкільні прогули або відмова від навчання, неправда, агресивна поведінка, проміскуїтет (безладні стетеві зв'язки), графіті (настінні малюнки й написи непристойного характеру), субкультуральні девіації (сленг, шрамування, татуювання).

У дітей частіше зустрічаються втечі з дому, бродяжництво, шкільні прогули, агресивна поведінка, лихослів'я, неправда, злочинство, вимагання (жебракство).

Кордони асоціальної поведінки особливо мінливі, оскільки вона більше інших поведінкових девіацій перебуває під впливом культури й часу.

Аутодеструктивна (саморуйнівна поведінка) – це поведінка, що відхиляється від медичних і психологічних норм, що загрожує цілісності й розвитку самої особистості.

Саморуїнська поведінка в сучасному світі виступає в наступних основних формах: суїцидальна поведінка, харчова залежність, хімічна залежність (зловживання психоактивними речовинами), фанатична поведінка (наприклад, залучення в деструктивно-релігійний культ), аутична поведінка, віктимна поведінка (поведінка жертви), діяльність із вираженим ризиком для життя (екстремальні види спорту, істотне перевищення швидкості при їзді на автомобілі тощо).

Специфікою аутодеструктивної поведінки (аналогічно попереднім формам) у підлітковому віці є її опосередованість груповим цінностям. Група, у яку включений підліток, може породжувати наступні форми аутодеструкції: наркозалежна поведінка, самопорізи, комп'ютерна залежність, харчові адикції, рідше – суїцидальна поведінка.

У дитячому віці мають місце паління й токсикоманія, але в цілому для даного вікового періоду аутодеструкція малохарактерна.

Основні варіанти соціальної поведінки:

1. Нормативна поведінка («стандартна») – відповідає соціальним нормам, характерна для більшості людей, викликає схвалення навколишніх і приводить до нормальної адаптації. У цілому вона адекватна ситуації, продуктивна, хоча може бути позбавлена індивідуальності.

2. Маргінальна (прикордонна) поведінка – перебуває на самому крайньому кордоні соціальних норм, розмиває й розширює кордони норм, викликає напругу оточуючих людей.

3. Нестандартна («ненормативна») поведінка – виходить за рамки прийнятих у даному суспільстві в даний час норм, притаманна меншій кількості людей. Проявляється у двох основних формах:

- креативна (творча) поведінка – реалізує нові ідеї, самобутньо, продуктивно, прогресивно, може приводити до зміни самих норм, але в ряді випадків викликає опір навколишніх;

- девіантна поведінка – непродуктивна, деструктивна або аутодеструктивна, викликає несхвалення навколишніх і соціальну дезадаптацію.

4. Патологічна поведінка – відхиляється від медичних норм, проявляється у формі конкретних симптомів, знижує продуктивність і працездатність особистості, викликає співчуття або страх навколишніх. У ряді випадків патологічна поведінка неадекватна ситуації, некритична й супроводжується соціальною дезадаптацією.

Література:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.

5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218

6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.

7. Психологія девіантної поведінки особистості : навч. посіб. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; уклад.: О. Д. Сафін, С. П. Байда. Умань : Візаві, 2021. 202 с.

8. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.

ТЕМА 3.

АГРЕСІЯ ТА АГРЕСИВНІСТЬ. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

План лекції:

1. Визначення понять «агресія» та «агресивність».
2. Основні наукові підходи до пояснення людської агресії. Види агресії
3. Соціально-психологічні детермінанти агресивної поведінки
4. Вплив ЗМІ та Інтернету на розвиток агресивних тенденцій особистості.
5. Особливості прояву агресії у підлітковому віці
6. Застосування ненормативної лексики як вид девіаційної поведінки.
8. Особливості прояву позитивної агресії.

Вивченню феномена агресії та агресивної поведінки людини у психології присвячено безліч монографій, оглядових публікацій та дисертацій.

Термін агресія походить від латинського «agressio», що в перекладі означає напад. У психологічних дослідженнях тема агресії та агресивності постійно перебуває у полі зору вчених та практиків.

Існує безліч теоретичних концепцій, що пояснюють ці явища, проводяться численні експериментальні дослідження, і багато психотерапевтичних шкіл, зіткнувшись із проблемою агресивної поведінки, намагаються розробити методики їх корекції. Якщо проаналізувати все різноманіття наукових підходів, можна виділити три найбільш значущих напрями.

Перший напрям включає теорії, в яких агресивність сприймається як вроджена, інстинктивна властивість індивіда (переважно це теорії психоаналітичної концепції). Зокрема, З. Фрейд, і К. Лоренц вважали, що агресія вроджена, неминуча, являє собою соціально-психологічний феномен та є невід'ємною частиною людини.

Безпосередньо погляди З. Фрейда отримали розвиток у фрустраційній концепції агресії, яка розглядає агресивну поведінку людини не як еволюційний, а як ситуативний процес і таким чином є альтернативою інстинктивно-біологічного підходу. Тобто, в межах другого напрямку агресія визначається як поведінкова реакцію на фрустрацію.

Е. Фромм, досліджуючи агресію, вважав, що агресія не первинна (як у З. Фрейда), а вторинна. Це реакція психологічного захисту на зовнішній світ, котрий сповнений дискомфорту. Оскільки світ завжди несе загрозу, то завжди має бути й агресія.

Представники фрустраційної концепції стверджують, що агресія завжди наслідок фрустрації – стану розгубленості, пригніченості, гнітючої напруженості, тривожності, безвихіддю (лат. Frustratio – «провал», «невдача», «зрив»), а фрустрація у свою чергу завжди несе після себе агресію. Яскравим представником цього підходу вважається Дж. Доллард. Відповідно до концепції Дж. Долларда агресія виникає не автоматично, а в

результаті фрустраторів, тобто бар'єрів на шляху цілеспрямованих дій суб'єкта; емоційної депривації (руйнування мрій) чи недосягнення бажаного стану, якого прагнув суб'єкт.

Л. Берковіц вніс найбільш значні поправки і уточнення у фрустраційну теорію агресії. Науковець висунув гіпотезу щодо того, що саме фрустрація викликає злість та емоційну готовність реагувати агресивно. Озлобленість має тенденцію до посилення, якщо той, хто викликав фрустрацію, не зрозумілий у своїх діях. Людина може навчитися іншим способам реагувати: відступати, нічого не робити або намагатися змінити ситуацію шляхом компромісу. Формулюючи свою концепцію, Л. Берковіц не лише наголошує на важливості навчання, а й підкреслює роль індивідуальних відмінностей у тому, як люди реагують на фрустраційні ситуації.

У гіпотезі «фрустрація-агресія» вчений обґрунтовує таку послідовність компонентів агресивної поведінки: – перешкоджання індивіду досягнути очікуваної мети; – виникає стан фрустрації, що викликає почуття гніву; – гнів призводить до готовності до агресивної поведінки.

У сучасних дослідженнях агресія вважається одним із захисних механізмів адаптації. Коли людина опиняється в ситуації фрустрації та зустрічає складні перешкоди на шляху до досягнення довгоочікуваного результату, вона часто негайно вживає агресивних дій або серії таких дій проти джерела фрустрації. У дітей пряма агресія часто має форму фізичних дій, у соціалізованих дорослих переважають вербальна та непрямі форми агресії. Стикаючись з агресивним впливом, людина схильна відповідати тим же, тому що агресія її ображає.

Третій напрям становлять концепції, що розглядають агресивність як характеристику поведінки, що формується внаслідок навчання (біхевіоральні теорії). Представники цієї теорії вважають соціальне підкріплення, наприклад посмішку або насмішку, заощадження або догану, дружні або ворожі прояви, важливим елементом, який впливає на поведінку людини. Саме цю теорію соціального навчання більшість психологів визнають найбільш ефективною у поясненні, передбаченні та корекції агресивної поведінки. З точки зору даної теорії, людина навчається ефективно використовувати агресивний потенціал, адекватно застосовувати агресивні дії у відповідь на загрозу. Тобто виникає прямий зв'язок – чим частіше людина використовує агресію, тим досконалішими і безпечнішими стають ці дії. Разом з тим важливе значення має успіх агресивних дій: досягнення успіху при проявах агресії може значно збільшити силу її мотивації, а постійно повторювана невдача – силу тенденції до стримування.

Відповідно до теорії соціального навчання, запропонованого А. Бандурою, агресія – це своєрідна форма соціальної поведінки, яка засвоюється і підтримується в основному так само, як і багато інших форм соціальної поведінки. І чим більше об'єкт ідентифікує себе з соціальною моделлю, тим більший вплив цих моделей. Тобто агресія набувається за допомогою біологічних факторів (наприклад, гормони, нервова система) та може бути результатом навчання (наприклад, безпосередній досвід,

спостереження). У різних людей агресія може проявлятися в різному ступені – від майже повної відсутності до крайнього розвитку. Повна відсутність агресивності призводить до негнучкості, нездатності зайняти активну життєву позицію. У той же час надмірний розвиток агресії, акцентуації, починає визначати всю природу людини і перетворює її в конфліктну, нездатну до соціального співробітництва, а в крайньому вираженні – в патологію (соціальну і клінічну). Вона втрачає свою раціональновибіркову спрямованість і стає звичним способом поведінки з невиправданою ворожнечею, злобою, жорстокістю, негативізмом.

Різниця між поняттями «агресія» і «агресивність» має важливі наслідки, ці поняття розрізняються багатьма авторами. З одного боку, далеко не кожна агресивна дія суб'єкта фактично базується на агресії особистості. З іншого боку, гнів людини не завжди проявляється у відверто агресивних діях. Прояв або відсутність прояву агресивності як властивості особистості в тих чи інших актах поведінки як агресивних діях завжди є результатом складної взаємодії ситуативних факторів. Якщо агресію розглядати як дію чи процес, який має певну функцію та організацію, то агресивність – це певний стан чи особистісна структура людини, яка є частиною більш складної структури психічних властивостей людини.

У межах еволюційно-генетичного підходу (З. Фрейд, К. Лоренц та ін.) агресія й агресивність вважаються однією з основних умов виживання та адаптації людини. З погляду адаптації до життя агресивність розглядається як центральна функція особистості. Вона є динамічною рисою людської активності та адаптивності, використовується у ситуаціях самозахисту, захисту своїх прав, збереженню та автономії особистості.

Отже, у науковій літературі вказується на біполярність феномену агресивності як риси особистості. З одного боку, агресивність може проявлятися у формі ворожості в агресивній поведінці, яка виступає як засіб задоволення потреби в спілкуванні, самовираженні та самоствердженні, досягнення мети, але водночас і як засіб спроби отримати владу над іншими людьми. Тому для виживання та успіху необхідний конструктивний вид агресивності.

Наразі в екстремальних ситуаціях для адаптації та виживання агресивність також іноді може бути необхідною. Агресивність, що виражається у ворожості та активному прагненні до активних дій, може бути соціально прийнятною та необхідною рисою для особистісного пристосування. Однак сьогодні викликає тривогу той факт, що агресивні форми поведінки і прояв насилля активно поширюються і проявляються у соціальному середовищі.

Найбурхливіші прояви агресивності спостерігаються у підлітків, які мають ще нестабільні та хиткі світоглядні позиції та цінності, внаслідок чого нездатні ще адекватно вирішувати проблеми, орієнтуватися у нормах поведінки, реалізовувати соціальну позицію, що значно ускладнює процес їх адаптації до дорослого життя. З метою контролю агресії, необхідно звернути увагу на чинники, які провокують агресивні дії.

У якості детермінант виникнення агресивної поведінки через спостереження за зовнішньою агресією виокремлюють такі ефекти:

1. Зниження чутливості до болю та страждань інших.
2. Підвищення ймовірності агресивної поведінки стосовно інших людей.
3. Переживання сильного страху перед світом.
4. Ставлення до агресії як до успішного способу досягнення цілей та вирішення проблем.

О. Христук вказує на чинники, які викликають агресію: больові відчуття, спека, образи, тіснява. Важливим чинником розвитку агресивності вважається продукція ЗМІ та захопленість комп'ютерними іграми, в яких дуже часто представлені агресивні сюжети пошуку «поганих» героїв (або просто іншого в грі), його захоплення або вбивства.

Жорстокість та агресія у більшості комп'ютерних ігор є нормою поведінки, а гравці найчастіше ототожнюють себе з ігровими персонажами, зокрема жорстоких форм прояву або взаємодії. Особливого контролю потребують підлітки, оскільки їх психіці властива реакція імітації, наслідування зовнішніх ознак дорослості, копіювання поведінки. Тому в реальному світі вони прагнуть виглядати такими ж крутими, як і в грі. До того ж особам підліткового віку властиві бажання самоствердитися, виокремитися, випробувати нові відчуття, прагнення до пригод та ризикованих дій та екстремальних форм поведінки.

Підлітки можуть зробити невірний висновок про те, що агресивні дії, які демонструються в комп'ютерних іграх, є прийнятним засобом досягнення життєвих цілей та засобом вирішення конфліктів. Поступово в їхній свідомості стирається межа між віртуальним та реальним світом, між добром та злом. Тому може виникнути прагнення до руйнації, схильність до асоціальної поведінки або скоєння злочинів. Підліткова агресія останнім часом стає окремою психологічною проблемою, що активно досліджується науковцями.

Встановлено, що протягом підліткового віку як у хлопців, так і у дівчат існують періоди з більш високим та нижчим рівнем прояву агресивної поведінки. У хлопців є два піки прояву агресії: 12 років та 14–15 років. У дівчат також виявляються два піки: 11 років та 13 років. У низці досліджень було показано, що у 10–11-річних підлітків наразі теж переважають прояви фізичної агресії, але поступово під час дорослішання у підлітків 14–15 років превалює вербальна агресія. Це, однак, не пов'язане зі зниженням прояву фізичної агресії з віком. Максимальні показники прояву всіх форм агресії (як фізичної, так і вербальної) виявляються саме у 14–15 років.

У більшості досліджень виявлено, що хлопцям-підліткам властивий більш високий рівень фізичної агресії, ніж дівчатам, також встановлено, що агресивність юнаків відрізняється більшою довільністю, інструментальністю та є засобом досягнення матеріальних благ та емоційного привернення уваги на себе оточуючих. Окремо слід зазначити зміну ставлення до агресивних форм поведінки в умовах воєнного стану, де агресивні прояви начебто

«легімітизуються» нашим суспільством в умовах війни. Підлітки наслідують агресивну поведінку через систему прямих підкріплень і спостереження за агресивними діями в інформаційному полі, які сприймаються як прийнятні й більш ефективні.

Ще однією проблемою є тенденція до порушення норм мовленнєвої комунікації, поширення занадто агресивних, жорстоких закликів в соціальних мережах, що також призводить до певної «легалізації» деструктивних моделей поведінки серед українців. Це у свою чергу може обумовити появу вседозволеності у деструктивних формах мовленнєвої поведінки, проявах агресивності та систематичному порушенні морально-етичних норм у процесі комунікації. Ще кілька десятиліть тому застосування нецензурної лексики було маркером соціального неблагополуччя комунікатора, але реалії сьогодення свідчать про появу толерантного ставлення суспільства до порушення нормативності мовлення у міжособистісній комунікації. Застосування ненормативної лексики активізувалося з початку російсько-української війни. Поширення деструктивного мовленнєвого контенту з одного боку сприяє підвищенню мотивації до опору окупантам, з іншого – може негативно впливати на розвиток особистості дітей і підлітків: спричинювати деформацію світосприйняття, «активізувати» мимовільний потік застосування вербальної агресії та бажання помститися ворогові, обумовлювати появу негативних когнітивних установок, деструктивних патернів мовленнєвої поведінки у міжособистісному спілкуванні тощо.

Спостерігається парадоксальне явище: з одного боку ми бачимо підвищення національної самосвідомості та патріотизму українців, що обумовлено глобальними історичними потрясіннями в країні, з іншого – поширення медіа ресурсами деструктивного мовленнєвого контенту, який спотворює сприйняття дійсності та зумовлює негативний вплив на формування особистості молодого покоління. Як наслідок, виникає загроза «легалізації» ненормативної лексики серед населення. У сучасному українському мовленні нецензурна лексика нібито залишається під табу, але її активізація серед населення та в середовищі медіа-ресурсів може призвести до ряду негативних наслідків: занепаду мовленнєвої культури; спрощення вираження власних думок у процесі міжособистісної комунікації; витіснення літературної мови з щоденного вжитку; збіднення словникового запасу та ін.

Найвразливішою верствою населення, що застосовує ненормативні мовленнєві конструкти у міжособистісному спілкуванні є діти і молодь, зокрема – студенти. Саме студенти як майбутні фахівці, є представниками інтелігенції, і переважно на них покладається велика надія на збереження та передачу наступним поколінням культури мовлення, манери спілкування, вміння грамотно виражати свої думки. Види агресії У науковій літературі розрізняють контактну (наси́льство, використання рук, ніг, небезпечних предметів тощо) та дистантну (застосування вогнепальної зброї). Також, агресія поділяється на зовнішню, що спрямована на соціальне оточення та внутрішню (аутагресію), скеровану людиною на саму себе.

Арнольд Басс разом з Енн Даркі створили опитувальник, що диференціює прояви агресії і виділили такі види агресивних реакцій:

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

7) Вербальна агресія (сварка, крик, погрози, прокляття).

Різні види агресивних дій можуть бути зумовлені різними чинниками і належати до структури різних типів девіантної поведінки (кримінальна, деліквентна, асоціальна, адитивна). Враховуючи, біполярність феномену агресивності як риси особистості та її роль у пристосуванні та самозахисті, можна виділити два види агресії: конструктивну (агресивні дії спрямовані на самозахист, відстоювання власних кордонів, виживання) і деструктивну (спрямована на оточуючих з метою нанесення образи, ушкоджень, насильства). Прикладом деструктивної агресії може бути булінг як форма міжособистісної деструктивної агресії, у такій формі людина або ж група людей свідомо проявляє агресію, а інша людина виступає жертвою. Булінг є типом поведінки, що має деструктивний характер та супроводжується насильницькими діями кривдника у сторону жертви, яка не може себе захистити.

Література:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

ТЕМА 4.

СУЇЦИД ЯК ФОРМА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ. СТРУКТУРА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.

План лекції:

1. Визначення та типологія суїцидів.
2. Фактори суїцидального ризику.
3. Мотивація суїцидів.
4. Особливості бесіди з суїцидентом

1. Визначення та типологія суїцидів

Тривалий час у світі переважала психопатологічна концепція, яка однозначно визначала самогубство як прояв і результат психічного розладу особистості. Відповідно до сучасних наукових концепцій, самогубство найчастіше розглядається як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особи в умовах конфліктів, що переживаються нею (одночас, не виключається вірогідність скоєння суїциду і внаслідок психічних розладів).

Суїцид (самогубство) – це усвідомлений акт самоусунення людини з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, при яких власне життя, як вища цінність, втрачає сенс.

До суїцидальної поведінки звичайно відносять завершені самогубства, суїцидальні спроби (або парасуїцид) і наміри здійснити самогубство.

Виділяють наступні форми самогубств:

- завершений суїцид – дії особи, наслідком яких є її смерть;
- незавершений суїцид (суїцидальна спроба або парасуїцид) – акт навмисного самоушкодження особи, що не призводить до її смерті, але викликає поранення (травму) і на певний час призводить до зниження продуктивності праці чи втрати працездатності;
- розширений суїцид – дії особи, за яких вона посягає на життя інших людей, а після цього вчиняє самогубство (закінчене або незакінчене).

Основні фази суїцидальної поведінки

Період часу від виникнення у людини суїцидальних задумів і переживань до їх реалізації характеризується особливим психічним станом, який обумовлює підвищену вірогідність суїцидальної дії, так званий передсуїцид. Передсуїцидальний період відзначається тривалістю свого розвитку, що може становити від кількох діб до місяця й більше.

Передсуїцид складається з двох фаз, а саме: переддиспозиційної та суїцидальної фази.

Переддиспозиційна фаза. Цей період визначається підвищеною психологічною напруженістю та пошуком шляхів для виходу з критичної ситуації, що виникла.

1) Зусилля та увага людини тривалий час сконцентровані на вирішенні критичної ситуації, що виникла. Однак, будь-які заходи не дають бажаного

результату. Це призводить до зниження самооцінки особи, з'являється відчуття безсилля, зростає емоційна напруга, що може проявлятися у різких коливаннях настрою (спалахи агресії відносно себе або оточуючих, чергуються зі станом емоційної пригніченості, пошуком співчуття та порозуміння з боку оточуючих). Починають виникати думки про відсутність реальних, прийнятних можливостей для вирішення актуальної ситуації, труднощі суб'єктивно сприймаються особистістю як „нездоланні”.

2) На цьому фоні виникає „звуження свідомості”, так зване „тунельне бачення проблеми”, увага людини концентрується лише на негативних аспектах ситуації. Унаслідок цього людина не здатна об'єктивно сприймати існуючий перебіг подій, не здатна побачити реальні шляхи вирішення нагальної проблеми.

3) Довготривалі, але невдалі спроби реально вирішити або змінити психотравмуючу ситуацію призводять людину до стану емоційного пригнічення, фізичного та психічного виснаження, усі ресурси вичерпуються. Психологічна, емоційна напруга обтяжується зростанням тривоги щодо можливого несприятливого розвитку подій. Сприйняття перспектив носить песимістичне забарвлення. Людина вважає, що „нічого позитивного у житті вже не може відбутися”. Загострюється відчуття безпорадності перед труднощами – „опускаються руки”.

4) Перебіг часу здається людині зміненим, відбувається його болісне уповільнення, у неї виникає відчуття того, що „ці страждання ніколи не закінчаться!”. Відбувається чітке усвідомлення людиною нестерпності ситуації, з'являються думки : „Я більше не хочу, не буду, не можу терпіти цього”, „Не хочу цього чути та бачити”.

Характерні особливості поведінки людини у переддиспозиційний період. На початку переддиспозиційного періоду у особи виникає гостра потреба до встановлення неформального контакту, теплих дружніх взаємин, потреба у співчутті, емоційній підтримці („пошук опори”), бажання поділитися своїми переживаннями. Тому зазвичай, спочатку особа проявляє активність у пошуках співчуття та допомоги у колі близького оточення (у сім'ї, колективі тощо).

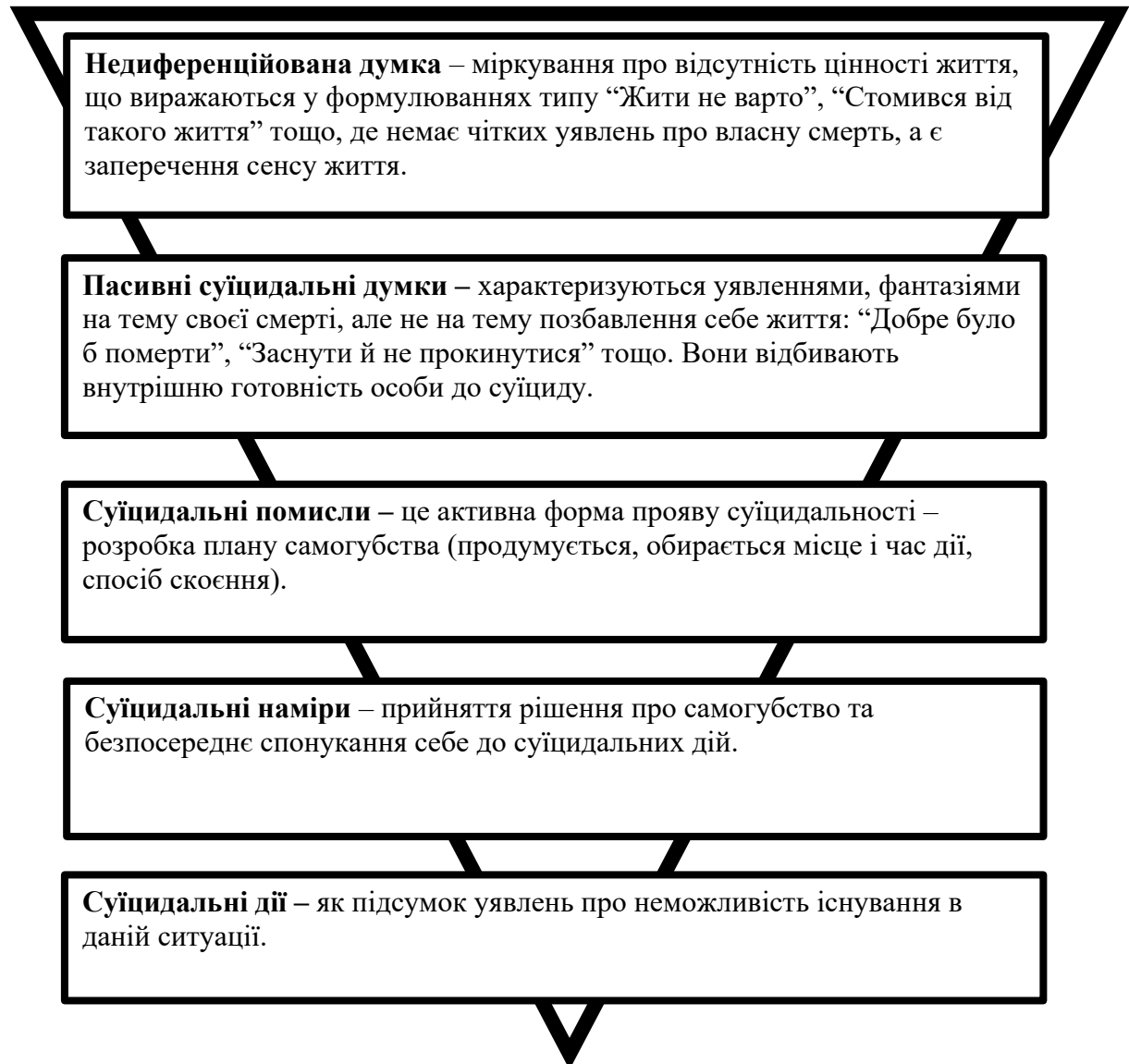
Згодом зовнішні прояви активності у встановленні контактів помітно знижуються, хоча потреба у допомозі залишається високою. Суб'єктивно власне життя сприймається людиною ретроспективно, відмічається певна відстороненість щодо подій, які відбуваються у її житті. Інколи все прожите життя сприймається, як нескінченна низка провалів та невдач.

Суїцидальна фаза. Цей період визначається прийняттям рішення особою про скоєння самогубства і визначення шляхів його скоєння.

1) Виникає відчуття внутрішньої порожнечі та безглуздості існування (з'являються думки: „Жити не варто”, „Втомився від такого життя”). Починають виникати **недиференційовані думки** про смерть, людина міркує про відсутність цінності життя, безглуздість свого існування. При цьому чіткі уявлення про власну смерть у людини відсутні, але існує чітке заперечення сенсу життя. З'являються нестійкі, спочатку досить

дифузні суїцидальні думки – „Хочу втекти туди, де мене всі залишать у спокої”, „Хочу заснути та не прокинутись”.

2) Згодом починають формуватися **пасивні суїцидальні думки**, які відображають внутрішню готовність людини до суїциду. Цей етап характеризується уявленням та фантазуванням на тему своєї можливої смерті, але не на тему позбавлення себе життя. Виникають уявлення з приводу того, „Як буде добре, коли мене не буде”, „Добре було б померти”. Згодом з’являються стійкі суїцидальні думки - „Я з собою зроблю що-небудь”, „Хочу вмерти, щоб не бачити цього”.



1) Поступово пасивні суїцидальні думки призводять людину до пошуку конкретних шляхів реалізації її руйнівних задумів. З’являються **суїцидальні помисли** – відбувається розробка плану самогубства, обирається місце і час дії, детально обмірковуються шляхи, спосіб здійснення суїциду, вишукуються способи впливу на оточуючих (написання

передсмертної записки, відправлення SMS-повідомлень, листів, телефонних дзвінків значущим особам тощо).

2) **Суїцидальні наміри** – прийняття рішення про самогубство та безпосереднє спонукання себе людиною до суїцидальних дій. Зауважимо, що прийняттю рішення людини про самогубство зазвичай сприяє ще якась додаткова психотравма або, інколи, навіть незначна подія (поштовх), яка ще більше переконує людину у трагічності її існування, неминучості особистої катастрофи. Як правило, ситуація доходить до краю терпіння, наступні події часто відбуваються за принципом „останньої краплі”.

3) **Суїцидальні дії** – самогубство чи спроба його скоєння, як підсумок уявлень людини про неможливість існування в даній ситуації.

Характерними особливостями поведінки особи у період суїцидальної фази є замкнутість, намагання побути на самоті, або повна відчуженість, ізоляція, втрата зацікавленості до навколишнього світу, неадекватні дії та висловлювання.

Поряд з тим, відзначаються і інші форми поведінки, такі як обачливість, рішучість, холоднокрівність (“зловісний спокій”), агресивність, у багатьох випадках спостерігається розлад сну та апетиту, підвищена втомлюваність, почуття безсилля, зниження працездатності.

У разі незавершеного самогубства, у **постсуїцидальному періоді** в особи деякий час спостерігається збереження суїцидальних думок та намірів. Проявляється пасивна „згода на смерть”. У тих людей, що вчинили суїцидальні спроби, ризик їх повторення суттєво зростає.

Основна типологія суїцидальної поведінки

Виходячи з загальної структури суїцидальних актів, необхідно виділити **3 основні типи суїцидальної поведінки**.

1) **Дійсна суїцидальна поведінка** – це осмислені дії, метою яких є вчинення акту самогубства, бажання позбавити себе життя.

У ряді випадків суїциденти залишають передсмертні записки, які містять прохання про вибачення їх близькими людьми та в яких звучать ідеї самозвинувачення, інколи у записках згадуються ті, хто став, на думку суїцидента, винуватцем його вчинку.

При дійсно суїцидальній поведінці обирається такий спосіб скоєння самогубства, який би з великою долею ймовірності гарантував смерть.

2) **Афективні суїцидальні дії** зумовлені надзвичайно сильним душевним хвилюванням, що виникло внаслідок раптової гострої психотравмуючої події, або під впливом накопичення негативних емоцій, вражень, внаслідок хронічних психотравм, отриманих людиною протягом тривалого періоду часу.

Афективні суїцидальні дії виникають в критичних умовах унаслідок неспроможності людини знайти адекватний вихід із ситуації, що склалася. При цьому психотравмуюча ситуація не встигає піддатись свідомому осмисленню. Ідея самогубства з’являється у свідомості людини зненацька і набуває непереборної сили, при цьому суттєво знижується самоконтроль за діями та критичність оцінки ситуації (людина не реагує на звернення

оточуючих, будь-які логічні, раціональні аргументи нею не сприймаються). Зважаючи на стрімку динаміку розвитку афективні суїцидальні дії можуть відбутися у присутності оточуючих. Але на відміну від демонстративно-шантажної поведінки, такі дії здійснюються людиною з метою позбавлення себе життя.

Предмети, що знаходяться у полі зору потенційного суїцидента, часто стають засобами самогубства (ніж, бритва, мотузка, отруйні речовини, падіння з висоти, вогнепальна зброя тощо). Особливу небезпеку становить наявність вогнепальної зброї у особи, чи її доступність в момент афекту.

3) Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка належить до суїцидальної, лише тому, що тут має місце маніпуляція життєво небезпечними діями. Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка має на меті не позбавлення себе життя, а демонстрацію цього наміру. Разом з тим, слід зазначити, що така демонстрація інколи закінчується завершеним самогубством внаслідок не повного врахування людиною об'єктивних обставин.

Особистий зміст подібних спроб полягає у вчиненні особою психологічного тиску на оточуючих, з метою змінити несприятливу для суїцидента ситуацію у сприятливу (розчутити, викликати співчуття, позбавитись від неприємностей, добитися поступок на свою користь тощо). При таких спробах людина розуміє, що її дії не повинні призвести до смерті і для цього вживає всіх необхідних, на її думку, запобіжних заходів.

Виділяється 2 різновиди демонстративно-шантажних суїцидальних дій:

- Заплановані демонстративно-шантажні суїцидальні дії відрізняються більш тривалим підготовчим періодом. Змістом цього періоду є аналіз можливих виходів з конфліктної ситуації і прийняття рішення про необхідність продемонструвати глибину своїх переживань у суїцидальній формі.

- Для афективних демонстративно-шантажних дій характерна прискорена динаміка, відсутність глибокого раціонального опрацювання. Однак, ця „вистава” нерідко призводить до трагічних наслідків (серйозних каліцтв і навіть до смерті), коли різноманітного роду випадковості та неправильний розрахунок визначають трагічний кінцевий результат спроби. Наприклад, багато демонстративних суїцидентів прикріплюють зашморг на невеликій висоті, щоб „полякати” оточуючих, однак під вагою тіла він стискує шию та, за відсутності швидкої допомоги з боку інших людей, настає механічна асфіксія зі смертельними наслідками.

Практично всі шантажні спроби здійснюються в присутності оточуючих. На демонстративно-шантажний характер суїцидальних дій вказують і засоби їх реалізації, серед яких переважають неглибокі самопорізи зап'ястків, передпліччя, грудей, живота, отруєння хімічними речовинами, медичними препаратами, які не здатні нанести смертельну шкоду, падіння з незначної висоти тощо. Використання вогнепальної зброї при шантажних спробах зустрічається вкрай рідко, хоча загальна загроза його застосування

при самогубствах досить висока. При цьому особа намагається завдати собі дотичні поранення, не ушкодивши важливих внутрішніх органів.

2. Фактори суїцидального ризику

З певною долею умовності всі відомі фактори можна поділити на:

- індивідуально-психологічні,
- соціально-демографічні,
- медичні,
- природні.

Індивідуально-психологічні фактори

Самогубство вчиняють люди різних психологічних типів, усе залежить від сили психотравмуючої ситуації та її особистісної оцінки, як нестерпної. Поряд із тим, умовно можливо виділити 2 типи особистості, які виявляються більш вразливими до негативних впливів зовнішнього середовища, гостро реагують на стрес, схильні до психосоматичних захворювань.

I тип особистості (по Фрідману та Рею):

Нетерплячий, прагне випередити час, намагається робити декілька справ одночасно, його дратує повільний рух транспортного потоку та стояння в черзі, він нервується при вимушеній бездіяльності.

Дратівливий у спілкуванні з оточуючими, імпульсивний, інколи вороже налаштований, часто гнівається на себе або оточуючих.

Прагне до суперництва, нездатний сприйняти свою поразку, надмірно критичний до себе, вимірює власну успішність, передусім, матеріальним добробутом, високим соціальним статусом.

Має гранично виражений мотив досягнень, спостерігається прагнення до суперництва, ворожість, агресивність, що виражаються у гучному голосі, різкому тоні та активній жестикуляції.

II тип особистості (по Л. Тимошок) Таким людям притаманна відсутність зовнішніх проявів гніву, агресії та інших негативних емоцій (страх, сум, роздратування). Разом з тим, їм притаманні підвищений рівень внутрішньої тривоги, висока чутливість до критичних зауважень, залежність від оцінок оточуючих. Надмірна доброзичливість, поступлива позиція щодо оточуючих, постійне прагнення задовольняти їхні потреби – аж до самопожертви. Відмічається своєрідність інтересів, замкненість, відстороненість.

Соціально-демографічні фактори

Вік. Вік суттєво впливає на особливості суїцидальної поведінки. Наприклад, кризові періоди життя, такі, як юнацтво або початок старості, характеризуються підвищенням суїцидної готовності.

Суїцидна поведінка в дитячому віці носить характер ситуаційно-особистісних реакцій, тобто пов'язана не із самим бажанням померти, а із прагненням уникнути стресових ситуацій або покарання. Більшість дослідників відзначає що суїцидна поведінка в дітей до 13 років - рідке явище й тільки з 15-літнього віку суїцидна активність різко зростає, досягаючи максимуму в 16-19 років.

За даними дослідження А. Г. Амбрумовой 770-ти дітей і підлітків із суїцидною поведінкою, наймолодшими були діти 7 років. Більшість склали дівчата (80,8 %). Найбільш частими способами в дівчат були отруєння, у хлопчиків - порізи вен і повішення.

Більшість авторів вважають, що концепція смерті в дитини наближається до адекватної лише до 11 - 14 рокам, після чого дитина може по-справжньому усвідомлювати реальність і необоротність смерті. Маленька дитина скоріше фантазує із приводу смерті, погано розуміючи відмінності між живим і померлим. І тільки ближче до підліткового віку смерть починає сприйматися як реальне явище, хоча й заперечується, видається малоімовірною для себе. Отже, терміни «суїцид» і «суїцидна поведінка» у точному значенні для раннього віку малоприйнятні.

Мотиви, якими діти пояснюють свою поведінку, видадуться несерйозними й скороминущими. Для дітей у цілому характерні вразливість, сугестивність, низька критичність до своєї поведінки, коливання настрою, імпульсивність, здатність яскраво почувати й переживати. Самогубство в дитячому віці породжується гнівом, страхом, бажанням покарати себе або інших. Нерідко суїцид на поведінка сполучається з іншими поведінковими проблемами, наприклад прогулами школи або конфліктами.

Виникненню суїцидної поведінки також сприяють тривожні й депресивні стани. Ознаками депресії в дітей можуть бути: сум, невластиве дітям безсилля, порушення сну й апетиту, зниження ваги й соматичні скарги, страхи, невдачі й зниження інтересу до навчання, почуття неповноцінності, надмірна самокритичність, замкнутість, занепокоєння, агресивність і низька стійкість до фрустрації.

Трохи іншу картину суїцидальної поведінки ми спостерігаємо в підлітковому віці. Серед підлітків спроби самогубства зустрічаються суттєво частіше, ніж у дітей. Частота закінчених суїцидів підлітків не перевищує 1 % від усіх суїцидальних дій. Суїцидальна поведінка в цьому віці частіше має демонстративний характер, у тому числі - шантаж. А. Е. Лічко відзначає, що лише в 10 % підлітків є дійсне бажання покінчити із собою (замах на самогубство), в 90 % - це крик про допомогу. А.Е. Лічко, О.О. Александров, провівши обстеження групи підлітків у віці 14-18 років, дійшли висновку, що в 49 % суїцидальних дій були зроблені на тлі гострої афективної реакції. До «дитячих» ознак депресії приєднуються почуття нудьги й втоми, фіксація уваги на дріб'язках, схильність до бунту й неслухняність, зловживання алкоголем і наркотиками.

У цілому можна говорити про значний вплив на суїцидальну поведінку підлітків міжособистісних відносин з однолітками й батьками. На думку Л.Я. Жезлової, у предпубертатном віці переважають «сімейні» проблеми, а в пубертатному - «сексуальні» і «любовні».

Іншим надзвичайно важливим фактором, на жаль відносно мало вивченим, виступає вплив підліткової субкультури. Так, у відповідь на повідомлення в ЗМІ в 1999 році про самогубство Ігоря Соріна, лідера

молодіжної поп-групи «Иванушки интернешнл», кілька дівчаток-підлітків пішли прикладу свого кумира.

Найчастіше самогубства скоює молодь у віці від **16 до 24 років**, що пов'язано з високими вимогами до адаптаційних механізмів особистості, які активізуються в даний період.

Кризові стани у цьому віці нерідко породжуються критичними ситуаціями, що у першу чергу пов'язані з особливостями:

- стосунків в сім'ї (конфлікти, непорозуміння з батьками, відсутність теплих, дружніх стосунків з ними);
- у сфері любовних стосунків (розрив відносин з коханою людиною, нерозділене кохання, ревності, образи);
- професійного становлення (труднощі адаптації до нових умов діяльності, відсутність належного досвіду до виконання професійних завдань, болісне сприйняття критичних зауважень на свою адресу та конфліктні взаємини з керівником або колегами).

До факторів, що призводять до суїцидальних спроб, окрім названих, належать незадоволення своєю зовнішністю; почуття самотності, відсутність розуміння з боку значущого оточення (сім'я, близькі люди, ровесники); депресивні стани; розчарування у стосунках з представниками протилежної статі. Останній з наведених факторів, є чи не головним, оскільки він штовхає молоду людину до самогубства з метою щось довести або вразити об'єкт свого кохання.

Значного ризику зазнають егоцентричні молоді люди, які вирізняються:

- емоційною холодністю, байдужістю,
- переоцінкою своїх здібностей та можливостей, надмірним шанобством,
- хаотичною активністю, яка зумовлена поверховістю, несталістю інтересів;
- вкрай гострими реакціями на критику, у вигляді спалахів гніву чи депресивних станів,
- необґрунтованими очікуваннями щодо інших, сильним прагненням привернути виключну увагу оточуючих до себе,
- заздрістю до чужих успіхів.

Для таких осіб характерною є нестабільна самооцінка, яка коливається між переоцінкою себе та почуттям неповноцінності. Маючи дуже високий рівень домагань, така людина включає у свої життєві перспективи нереальні завдання та плани. Ці фантазії та плани нерідко розбиваються об реальність, що дуже травмує свідомість молодої людини й може навіть призводити до суїцидального ризику.

Другий пік суїцидальної активності у людини припадає на **35 - 40 років**. Зважаючи на психологічні проблеми даного періоду, в цьому віці часто відбувається зміна ієрархії цінностей, що часто поєднується з депресією. Окрім того, саме в цей період дорослі діти залишають родину, а батьки хворіють та вмирають, також у даної вікової групи частіше виникають проблеми професійного росту.

Третій пік. На відміну від молодості, в зрілості до суїциду найчастіше призводить депресія. **Саме у віці від 45 до 50 років** з'являється зайва вага, облісіння або погіршується зір. Страх стати сексуально непривабливим і неповноцінним звичайний для більшості чоловіків після 45 років. Ще одним джерелом триваючого дистресу, кризи середини життя, може стати зрада подружжя і розлучення. Почуття розчарування може відноситися і до фахової кар'єри.

Четвертий пік суїцидального ризику припадає на людей похилого віку **понад 60 років**. Страх самотності, почуття безпорадності перед старістю, гостре переживання смерті близької людини – основні причини суїциду у цей віковий період.

Стать. По кількості суїцидальних спроб, самогубств чоловіки випереджають жінок. За механізмом скоєння самогубства жінки найчастіше обирають способи, які залишають шанс на спасіння.

Освіта і професія. Найчастіше самогубства скоюють безробітні, або люди з вищою освітою та високим професійним статусом, зокрема лікарі різної спеціалізації. В групу ризику також входять музиканти, юристи, у тому числі й міліціонери.

Місце проживання. У крупних, урбанізованих містах частота скоєння самогубств серед населення вища, ніж в містах районного масштабу, селища міського типу та селах. Це пояснюється перенаселеністю крупних міст, прискореним темпом життя, поганою екологією, забрудненням повітря, інформаційною та психоемоційною насиченістю, підвищеним рівнем стресогенності.

Сімейний стан. Сімейний статус людини сам по собі істотно не впливає на ризик скоєння нею самогубства, приблизно в рівній мірі суїциди скоюють як одружені, так і неодружені особи.

Разом із тим, значною мірою на суїцидальний ризик впливають особливості внутрішньо-сімейних, родинних відносин. Значний вплив має соціально-психологічний тип сім'ї. Ризик скоєння самогубства зростає у осіб, які виховувались в сім'ях з несприятливим соціально-психологічним кліматом, зокрема:

- *дисгармонійні сім'ї*, де відсутня гармонія у взаємовідносинах, емоційна та духовна єдність (кожен член сім'ї має власні мотиви поведінки, цілі та інтереси, відсутні спільна зацікавленість та єдина мотивація досягнення певної життєвої мети);

- *ультимативні сім'ї*, де встановлюються споживацькі взаємини (члени родини виконують свої обов'язки лише за умови, що інші виконують свої, відносини відбуваються за принципом „я – тобі, а ти – мені”);

- *консервативні сім'ї*, де авторитетні (домінуючі) члени родини не здатні терпляче сприймати відмінності світогляду або поведінки інших членів сім'ї від встановлених правил і норм;

- *ізолювані сім'ї*, де існують певні заборони на соціальні контакти членів даної родини з іншими людьми за межами родини, коло соціальних стосунків штучно суттєво обмежено.

Медичні фактори. Наявність невиліковного, важкого, хронічного захворювання у людини, які суб'єктивно оцінюються нею, як загроза життю та здоров'ю, або соціальному благополуччю її родини. Небажання стати тягарем для близьких, страх перед можливою фізичною беспорядністю, відсутність фінансової спроможності оплатити лікування тощо.

Природні фактори. Фактори оточуючого середовища, що сприяють розвитку стресу у людини, можуть призвести до погіршення стану її самопочуття, роздратування, втоми, виснаження (підвищена/низька температура повітря, шум, забрудненість території, радіація, погане освітлення, нестача їжі, води, інших необхідних ресурсів, перенаселеність тощо).

3. Мотивація суїцидів

Зовнішні й внутрішні умови полегшують виникнення суїцидальної поведінки, але не визначають її. Дійсними причинами, що «запускають» суїцид, є внутрішні мотиви.

Нерідко суїцидальна мотивація має форму емоційного відгуку на кризову ситуацію. Типовими подіями, що обрешуються на особистість, є

- втрата близької людини,
- розлучення або розлука,
- втрата роботи або здоров'я,
- погроза карного покарання або викриття.

Іноді подібні реакції ідуть за великими успіхами –

- просуванням по службі відповідальністю, що різко зросла,
- досягненням заповітної мети тощо.

У різних ситуаціях можуть діяти різні мотиви суїцидальної поведінки: протест; помста; заклик (уваги, допомоги); запобігання (покарання, страждання); самопокарання; відмова (від існування).

Наприклад, у суїцидальних спробах підлітків можна виділити наступні спонукання. Це може бути сигнал дистреса: «Помітьте мене, я дуже потребую вашої допомоги». Також підліток може намагатися маніпулювати іншими, наприклад дівчина приймає велику дозу таблеток, щоб змусити свого друга повернутися до неї. Інший варіант - прагнення покарати інших, можливо, сказати батькам: «Ви пошкодуєте, коли я вмру». Реакція на почуття надсильного сорому або провини, прагнення уникнути зіткнення з надзвичайно хворобливою ситуацією; дія ЛСД і інших наркотиків - усе це приклади мотивуючих факторів.

А.Г. Амбрумова виділила шість типів непатологічних реакцій у дорослих людей із суїцидальною поведінкою:

- емоційний дисбаланс (наявність негативних афектів);
- песимізм (усе погано, ситуація не має виходу, у майбутньому немає нічого гарного);
- негативний баланс (раціональне критичне «підведення життєвих підсумків»);

- демобілізація (відмова від контактів і діяльності через почуття самотності й відкинутості);
- опозиція (агресивна позиція з обвинуваченнями на адресу навколишніх, переходить в аутоагресивну, частіше демонстративну);
- дезорганізація (стан тривоги з вираженими соматовегетативними порушеннями).

Нерідко підкреслюється тісний зв'язок між суїцидом і любовним потягом. Аналізуючи почуття, що стоять за суїцидальними діями, можна виділити чотири основні причини самогубства:

- ізоляція (почуття, що тебе ніхто не розуміє, тобою ніхто не цікавиться);
- безпорадність (відчуття, що ти не можеш контролювати життя, усе залежить не від тебе);
- безнадійність (коли майбутнє не передвіщає нічого гарного);
- почуття власної незначимості (уражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором за себе).

Психоаналітична традиція дозволяє наблизитися до розуміння глибинних механізмів суїцидальної поведінки - його несвідомих мотивів. Давно помічено, що декларуємі мотиви поведінки часто не відповідають дійсним причинам.

У більш пізніх роботах З. Фрейда (з 1920 по 1923 р.) самогубство розглядається як прояв уродженого потягу до смерті. Суїцидальна поведінка має місце в тому випадку, якщо саморуйнівні імпульси значно переважають над імпульсами до самозбереження. На користь погляду на самогубство як перетворене вбивство говорять такі факти, як зниження самогубств під час війн, зниження їх рівня в країнах з високим рівнем убивств, наприклад у Латинській Америці. При цьому «бажання бути мертвим» припускає не реальні наслідки смерті, а несвідомі фантазії про захищеність, спокій, світ.

Оскільки крім потягу до смерті є ще потяг до життя (складається з сексуального потягу й потягу до самозбереження), то суїцидальна дія поряд з деструктивними містить також і конструктивні мотиви. Такими можуть бути: заклик про допомогу, пошук контакту, втеча від небезпеки, бажання паузи або відходу. Таким чином, у кожному суїцидальному дії одночасно проявляються протилежні наміри: агресія-аутоагресія, заклик-втеча.

Рінгель прийшов до найважливішого висновку, що всякій суїцидальній дії передуює синдром, що складається із трьох компонентів. Це:

- інверсія агресії (звернення на себе);
- суїцидальні фантазії;
- звуження.

Звуження, викликане образами, розчаруваннями й невдачами, означає регресивну тенденцію розвитку (часткове повернення на попередні стадії). У результаті чого обмежуються внутрішні й зовнішні можливості розвитку, редукуються міжособистісні відносини, спотворюється об'єктивне сприйняття. Автор вважає, що в основі регресії лежить важка невротизація в дитинстві з переживанням «незахищеності».

Агресія, звернена на себе, є не єдиними варіантами суїцидальної динаміки. Хендін у 1963 році почав спробу дослідження відмінностей у мотивації суїцидів жителів трьох європейських країн. Він помітив, що близько розташовані країни зі схожим рівнем життя - Данія, Швеція й Норвегія - суттєво відрізняються одна від одної за рівнем самогубств (на 100 тис. населення відповідно - 22; 22; 7). Він пояснив це відмінностями в культурі. Датчани - пасивні, чутливі до розлуки, схильні пригнічувати агресію й викликати почуття провини в інших. Шведи більш орієнтовані на досягнення, незалежність і строгий контроль своєї агресії, відносно рано відокремлюють дітей від матері. Норвежці - також заохочують незалежність, але вільніше проявляють емоції, менше орієнтовані на успіх і самопокарання при невдачі.

Відмінності в національному характері сполучаються з відмінностями в мотивації суїцидів. Для датчан характерний суїцид, пов'язаний із залежністю й втратою; для шведів - мотив фрустрації успіхів, для норвежців - почуття провини через агресивну (антисоціальну) поведінку. У зв'язку із цим Хендін розглядає почуття всемогутності й грандіозність домагань як важливі фактори суїцидальної динаміки. Наприклад, нарцисичне почуття всемогутності може підштовхувати до самогубства, щоб з його допомогою краще контролювати ситуацію, впливати на неї.

Іншою ознакою депресії й суїцидальної поведінки є порушення регуляції самооцінки. Основою для розвитку такої нарцисичної уразливості може бути:

- рання розлука з матір'ю у віці від шести місяців і супровідна їй аналітична депресія (Р. Шпіц);
- відсутність прийняття й емоційного розуміння з боку матері в ранньому віці 16 - 24 мес. (М. Маллер).

Це, у свою чергу, приводить до агресивного примусу батьків, депресивного афекту. У дитини не формуються внутрішні психологічні структури, здатні регулювати самооцінку.

Отже, ще одним несвідомим механізмом формування суїцидальної поведінки може бути *надмірна нарцисична потреба*. Відомо, що нарцисизм пов'язаний з почуттям грандіозності й необхідністю одержувати підтвердження своєї цінності ззовні. Іншою стороною нарцисичної динаміки є переживання сорому, заздрості, порожнечі й неповноцінності. Об'єктивно несприятливі ситуації, пов'язані з неуспіхом, конфліктом, стресом, можуть підсилити дані афекти до рівня їх нестерпності й появи суїцидальних намірів.

Згідно з теорією нарцисизма, суїцидальна поведінка є компенсацією нарцисичної кризи за рахунок регресії до гармонічного первісного стану. Ця модель також успішно може використовуватися для пояснення інших форм девіантної поведінки (залежностей, втечі з будинку, бродяжництва).

Суїцидальна поведінка особистості є важким випробуванням для навколишніх. Можна говорити про феномен, схожий із співзалежністю. Суїцид змінює життя всієї родини, робить її своїм заручником. Частина емоційних переживань людей, близьких суїциденту, короткочасна, інші

тривають довгі роки, деякі - усе життя. Кожний член родини платить за це певну психологічну ціну.

К. Лукас і Г. Сейген називають це угодами. Спостерігаються наступні моделі небажаної поведінки у відповідь на самогубство близької людини:

- пошук тих людей, які можуть бути відповідальні за смерть суїцидента - замість прийняття факту суїциду, як особистої волі суїцидента;
- прийняття жалоби на довгі роки - замість того, щоб продовжувати жити;
- переживання провини й самобичування;
- соматизація - відхід у хворобу замість спонтанного вираження почуттів;
- самообмеження - відхід від радостей життя;
- втеча в роботу, у сексуальні зв'язки, в аддикцію - замість того, щоб визнати й виразити свої почуття;
- нарешті, новий суїцид - «ти вмер, виходить, умру і я».

Таким чином, близьких суїциденту людей переповняють сильні почуття вболівання провини й гніву, захищаючись від яких, вони самі починають поводитися аутодеструктивно.

4. Особливості проведення бесіди з суїцидентом

Під час бесіди із суїцидентом доцільно з'ясувати такі питання:

- які події чи обставини викликали кризу (“що саме трапилося з Вами?”);
 - чи була ця криза раптовою, чи була можливість запобігти кризі?
 - чи можете Ви власними силами розв'язати проблеми, що виникли?
 - які засоби розв'язання проблеми були вже Вами використані, до яких наслідків це призвело?
 - що саме тепер викликає найбільше занепокоєння (загроза матеріальних чи моральних втрат, відчуття небезпеки)?
 - чи бачите Ви реальні шляхи виходу з кризи, як Ви уявляєте собі подальший перебіг подій?
 - що в цій ситуації залежить від Вас, чим можу допомогти я, чи хто-небудь інший?
- Під час бесіди слід аргументовано переконувати працівника в тому, що:
- його ситуація не є унікальною, подібне вже траплялося з іншими, які успішно справилися з кризою;
 - все погане вже відбулося, тепер буде легше, адже відтепер він не “сам на сам” із проблемою;
 - про нього не думають погано, а навпаки, цінують, розуміють й прагнуть допомогти;
 - йому вже доводилося раніше бувати у скрутних ситуаціях та успішно їх долати, отже теперішню ситуацію він здатний подолати.

Література:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218
6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.
7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінквентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.
8. Чадських Ю. Г. Психологія і психосоматика: навч. посібник. Київ: Каравела, 2018. 225 с.

ТЕМА 8.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХО-КОРЕКЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ОСІБ, СХИЛЬНИХ ДО ДЕВІАЦІЙ

План лекції:

1. Профілактика девіантної поведінки. Психокорекційні програми.
2. Стратегії соціально-психологічного впливу на основні види девіантної поведінки: делінквентну, адитивну, суїцидальну.
3. Психологічна корекція девіантної поведінки.
4. Стимулювання позитивної мотивації.
5. Методи корекції емоційних станів.
6. Методи саморегуляції.
7. Методи формування позитивної поведінки.

Психологічна допомога має два провідних напрямки. Це психологічна превенція (попередження, психопрофілактика) і психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація). Психодіагностика, як правило, не є самостійним напрямком роботи й не повинна бути метою психологічної допомоги. Це допоміжний вид діяльності, важливий, але не обов'язковий, як правило, він допомагає вирішувати проміжні практичні завдання.

Розглянемо докладніше два основні види психологічної допомоги.

1. Профілактика девіантної поведінки

Профілактика девіантної поведінки припускає систему загальних і спеціальних заходів на різних рівнях соціальної організації:

- загальнодержавному,
- правовому,
- суспільному,
- економічному,
- медико-санітарному,
- педагогічному,
- соціально-психологічному.

Умовами успішної профілактичної роботи вважають її комплексність, послідовність, диференційованість, своєчасність. Остання умова особлива важливо в роботі з особистістю, що активно формується, наприклад з підлітками.

ВОЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) пропонує виділяти первинну, вторинну й третинну профілактику.

Первинна профілактика спрямована на усунення несприятливих факторів, що викликають певне явище, а також на підвищення стійкості особистості до впливу цих факторів. Первинна профілактика може широко проводитися серед підлітків.

Завдання *вторинної профілактики* - раннє виявлення й реабілітація нервово-психічних порушень і робота з «групою ризику», наприклад

підлітками, що мають виражену схильність до формування поведінки, що відхиляється від норми, без прояву такої в цей час.

Третинна профілактика вирішує такі спеціальні завдання, як лікування нервово-психічних розладів, що супроводжуються порушеннями поведінки. Третинна профілактика також може бути спрямована на попередження рецидивів в осіб із уже сформованим девіантною поведінкою.

Психопрофілактична робота може входити в комплекс заходів усіх трьох рівнів. Уважається, що вона найбільш ефективна у формі впливу на умови й причини, що викликають девіантну поведінку, на ранніх етапах появи проблем.

Існують різні форми психопрофілактичної роботи:

Перша форма - організація соціального середовища. У її основі лежать уявлення про вплив навколишнього середовища на формування девіацій. Впливаючи на соціальні фактори можна запобігти небажаній поведінці особистості. Вплив може бути спрямований на суспільство в цілому, наприклад через створення негативної суспільної думки стосовно поведінки, що відхиляється від норми. Об'єктом роботи також може бути родина, соціальна група (школа, клас) або конкретна особистість. Наприклад, соціальна реклама з формування установок на здоровий спосіб життя й тверезість. Спеціальні програми, виступи молодіжних кумирів, спеціально підібрані кінофільми - усе це повинне мати якісно інший рівень, ніж той, що спостерігається в наш час.

Надзвичайно важлива робота в місцях, де молодь проводить своє дозвілля й спілкується. Наприклад, на дискотеці можуть з'явитися загадкові люди в масках. Наприкінці вечора підлітки можуть довідатися від них про трагічні долі й переживання, пов'язані із втратою близької людини від наркотиків.

Робота з підлітками може бути організована також на вулиці, для чого в ряді країн існує підготовка підлітків-лідерів, що проводять відповідну роботу.

Основним недоліком моделі вважається відсутність прямої залежності між соціальними факторами і поведінки, що й відхиляється від норми. У цілому даний підхід виглядає досить ефективним.

Друга форма психопрофілактичної роботи - інформування. Це найбільш звичний для нас напрямок психопрофілактичної роботи у формі лекцій, бесід, поширення спеціальної літератури або відео- і телефільмів. Суть підходу полягає в спробі впливу на когнітивні процеси особистості з метою підвищення її здатності до прийняття конструктивних рішень вирішення проблем.

Для цього звичайно широко використовується інформація, підтверджена статистичними даними, наприклад про пагубний вплив наркотиків на здоров'я й особистість. Нерідко інформація має характер, що залякує. При цьому перелічуються негативні наслідки вживання наркотиків або описуються драматичні долі девіантів, їхня особистісна деградація.

Метод дійсно збільшує знання, але погано впливає на зміну поведінки. Саме по собі інформування не знижує рівень девіацій. У деяких же випадках, навпаки, раннє знайомство з девіаціями стимулює посилення інтересу до них. Залякування також може викликати когнітивно-емоційний дисонанс, що мотивує до даного виду поведінки.

У ряді випадків інформація дається несвоєчасно: занадто пізно або занадто рано. Наприклад, досвід роботи з підлітками підказує, що бесіди з попередження наркозалежної поведінки повинні проводитися не пізніше 14 років. Вони не повинні містити докладного опису наркотиків і ефектів, ними вироблених. Такі бесіди доцільно направляти на обговорення наслідків девіантної поведінки й способів утримання від нього, на вироблення активної особистісної позиції.

Перспективному розвитку даного підходу може сприяти відмова від переваги інформації, що залякує, а також диференціація інформації зі статтю, віком, соціально-економічними характеристиками.

Третя форма психопрофілактичної роботи - активне соціальне навчання соціально-важливим навичкам. Дана модель переважно реалізується у формі групових тренінгів. У наш час поширені наступні форми.

Тренінг резистентності (стійкості) до негативного соціального впливу. У ході тренінгу змінюються установки на девіантну поведінку, формуються навички розпізнавання рекламних стратегій, формується здатність говорити «ні» у випадку тиску однолітків, дається інформація про можливий негативний вплив батьків і інших дорослих (наприклад, тих, хто вживає алкоголь) тощо.

Тренінг асертивності або афективно-ціннісного навчання. Заснований на уявленнях, що девіантна поведінка безпосередньо пов'язана з емоційними порушеннями. Для попередження даної проблеми підлітків навчають розпізнавати емоції, виражати їх прийнятним образом і продуктивно справлятися зі стресом. У ході групової психологічної роботи також формуються навички ухвалення рішення, підвищується самооцінка, стимулюються процеси самовизначення й розвитку позитивних цінностей.

Тренінг формування життєвих навичок. Під життєвими навичками розуміють найбільш важливі соціальні вміння особистості. Насамперед це вміння спілкуватися, підтримувати дружні зв'язки й конструктивно вирішувати конфлікти в міжособистісних відносинах. Також це здатність брати на себе відповідальність, ставити мету, відстоювати свою позицію й інтереси. Нарешті, життєво важливими є навички самоконтролю, упевненої поведінки, особистісної змін та зміни навколишньої ситуації.

У роботі з підлітками дана модель представляється однією з найбільш перспективних.

Четверта форма - організація діяльності, альтернативної девіантній поведінці. Ця форма роботи пов'язана з уявленнями про замісний ефект девіантної поведінки. Наприклад, адикція може відігравати важливу роль в особистісній динаміці - підвищення самооцінки або інтеграція в референтне

середовище. Передбачається, що люди використовують психоактивні речовини, що поліпшують настрій, доти, поки не одержать замість щось краще. Альтернативними формами активності визнані: пізнання (подорожі), випробування себе (походи в гори, спорт із ризиком), значиме спілкування, любов, творчість, діяльність (професійна, релігійно-духовна, благодійна тощо).

Ця форма реалізується практично у всіх програмах надання допомоги у випадках уже сформованої девіантної поведінки. У сімейному вихованні провідними профілактичними завданнями виступають раннє виховання стійких інтересів, розвиток здатності любити й бути улюбленим, формування вміння себе зайняти й трудитися. Батьки повинні розуміти, що вони формують потреби особистості через залучення дитини в різні види активності - спорт, мистецтво, пізнання. Якщо до підліткового віку позитивні потреби не сформовані, особистість виявляється вразливою відносно негативних потреб і занять.

П'ята форма - організація здорового способу життя. Вона виходить із уявлень про особисту відповідальність за здоров'я, гармонію з навколишнім світом і своїм організмом. Уміння людини досягати оптимального стану й успішно протистояти несприятливим факторам середовища вважається особливо ціною. Здоровий стиль життя припускає здорове харчування, регулярні фізичні навантаження, дотримання режиму праці й відпочинку, спілкування із природою, виключення надмірностей. Такий стиль заснований на екологічному мисленні й суттєво залежить від рівня розвитку суспільства.

Шоста форма - активізація особистісних ресурсів. Активні заняття підлітків спортом, їх творче самовираження, участь у групах спілкування й особистісного росту, арттерапія - усе це активізує особистісні ресурси, забезпечують активність, здоров'я й стійкість особистості до негативного зовнішнього впливу.

Сьома форма - мінімізація негативних наслідків девіантної поведінки. Дана форма роботи використовується у випадках уже сформованої девіантної поведінки. Вона спрямована на профілактику рецидивів або їх негативних наслідків. Наприклад, наркозалежні підлітки можуть одержувати своєчасну медичну допомогу, а також необхідні знання з супутніх захворювань і їх лікування.

За способом організації роботи виділяють наступні форми психопрофілактики:

- індивідуальна,
- сімейна,
- групова робота.

З метою попередження, девіантної поведінки використовуються різні соціально-психологічні методи. Серед провідних методів психопрофілактичної роботи: інформування, групові дискусії, тренінгові вправи, рольові ігри, моделювання ефективної соціальної поведінки, психотерапевтичні методики.

У відповідності зі специфікою девіантної поведінки можна виділити наступні принципи психопрофілактичної роботи:

- комплексність (організація впливу на різних рівнях соціального простору, родини й особистості);
- адресність (облік вікових, половых і соціальних характеристик);
- масовість (пріоритет групових форм роботи);
- позитивність інформації;
- мінімізація негативних наслідків;
- особиста зацікавленість і відповідальність учасників;
- максимальна активність особистості;
- спрямованість у майбутнє (оцінка наслідків поведінки, актуалізація позитивних цінностей і цілей, планування майбутнього без девіантної поведінки).

2. Стратегії соціально-психологічного впливу на основні види девіантної поведінки: делінквентну, адиктивну, суїцидальну

Інтервенція девіантної поведінки особистості є ще одним напрямком соціально-психологічного впливу. Психологічна інтервенція - це психологічне втручання в особистісний простір для стимулювання позитивних змін. Ціль інтервенції девіантної поведінки особистості полягає в ослабленні або усуненні тих форм її поведінки, які перешкоджають соціальній адаптації.

Відмінною рисою психологічної інтервенції в цілому є бажання змін з боку самої особистості, її готовність до співробітництва із психологом. У випадку девіантної поведінки неповнолітніх ініціатива й згода повинні виходити від законних представників інтересів дитину.

Основні труднощі роботи з девіантною поведінкою особистості полягає в тому, що, як правило, на перших етапах соціально-психологічної допомоги людина пручається змінам незважаючи на виражені негативні наслідки своєї поведінки. У таких випадках підставою для втручання може бути ступінь шкоди, заподіяваної девіацією, або рівень соціальної дезадаптації особистості. Наприклад, причиною звернення за допомогою наркозалежної людини часто є або серйозні проблеми зі здоров'ям, або досягнення нею ситуації «соціального дна». Захворювання, що супроводжують уживання наркотиків, добре відомі - гепатит, Віл-інфекція, психічні розлади. Соціальна деградація, у свою чергу, виражається в криміналізації, втраті працездатності, ізоляції, втраті житла й родини.

Таким чином, провідними завданнями психологічного втручання при девіантній поведінці є:

- формування мотивації на соціальну адаптацію або видужання;
- стимулювання особистісних змін;
- корекція конкретних форм девіантної поведінки;
- створення сприятливих соціально-психологічних умов для особистісних змін або видужання.

Ефективність роботи оцінюється як за об'єктивними ознаками зменшення небажаної поведінки (наприклад, випадків уживання наркотиків), так і за суб'єктивними змінами (наприклад, посилення бажання вести тверезий спосіб життя). Одним з найбільш важливих критеріїв позитивних змін виступає підвищення рівня соціальної адаптації особистості.

Провідними методами психологічної інтервенції є психотерапія, психологічне консультування, психологічний тренінг, організація терапевтичного середовища.

Найбільш популярною формою психологічної роботи з особистістю є консультування в комбінації із психотерапією.

При відсутності єдиної теорії особистості існують різні концепції й форми консультування (психотерапії). Найбільший розвиток і визнання одержали три ведучих напрямки: психоаналітичне, когнітивно-поведінкове, гуманістичне.

Залежно від цілей інтервенції виділяють три види психотерапії:

- підтримуюча психотерапія - забезпечує підтримку наявних захисних сил і вироблення нових більш ефективних способів поведінки;
- психотерапія, що переучує, прагне до зміни поведінки;
- індивідуально-реконструктивна - націлена на внутрішньособистісні зміни через усвідомлення інтрапсихічних конфліктів.

Психотерапія може бути реалізована в особистих формах, наприклад: групова, сімейна або індивідуальна, тривала або короткострокова, директивна або недирективна, орієнтована на рішення проблеми або особистісні зміни.

На практиці частіше використовуються комбіновані методи. Крім того, існує безліч модифікацій основних психотерапевтичних методів.

З відомою часткою умовності можна намітити деякі загальні стратегії соціально-психологічного втручання відносно основних видів девіантної поведінки.

Делінквентна поведінка. У випадку протиправної й антигромадської поведінки основною стратегією соціально-психологічного впливу є організація умов суспільного покарання (переважно у в'язницях і виправно-трудових колоніях). У ряді країн до осіб, які скоїли правопорушення, застосовується система громадського осуду й обмеження прав делінквента (без або після відбування покарання), наприклад обмеження у виборі професії, у прийманні на роботу або в усиновленні дітей.

Основними формами психолого-соціальної роботи у випадку делінквентної поведінки є консультування, психотерапія, судово-психологічна експертиза (особливо у відношенні неповнолітніх), соціально-психологічний тренінг і організація психотерапевтичного середовища.

Психотерапія в умовах місць позбавлення волі - пенітенціарна психотерапія - важлива, хоча й погано розроблена, форма; інтервенції. Її специфічність визначається як у край стресовою для особистості ситуацією, впливом асоціально настроєних лідерів, так і неможливістю звичайних відносин терапевтичного альянсу. Звичайні методи неефективні. У зв'язку із

цим використовуються специфічні методи, адаптовані до пенітенціарного середовища.

Психотерапія в закритих установах орієнтована на розв'язок ряду завдань:

- 1) необхідно встановити потребу індивіда в психотерапевтичній допомозі;
- 2) визначити особистісні особливості за допомогою адаптованих до пенітенціарного середовища методик або спеціально розроблених шкал;
- 3) створення «психотерапевтичних оазисів», груп або відносин, захищених від деструктивно діючих впливів;
- 4) зняття психічної напруги (насамперед методами релаксації) і зниження чутливості до кримінального, стресового впливу;
- 5) соціальне навчання й підвищення здатності засудженого вирішувати проблеми в даному середовищі й по виходу з нього.

У ряді випадків психологічна робота сполучається з духовною психотерапією. Слід підкреслити, що пенітенціарна психотерапія зустрічається із серйозними, нерідко непереборними труднощами. Тому діяльність священиків у ряді випадків є єдиною формою психолого-соціального впливу на особистість людини, що відбуває покарання.

Важко реалізованим, але максимально ефективним представляється метод створення терапевтичних «оазисів». Основною метою даного підходу є вилучення людини зі звичного оточення, що провокує, що у свою чергу повинне викликати зміни способу життя людини й особистісні зміни. До подібних форм організації середовища можна віднести трудові комуни для підлітків з девіантною поведінкою. Життя на таких «соціальних острівцях» підлегле ряду правил. Основні правила - самостійне життєзабезпечення, взаємодопомога, строге підпорядкування керівникові й виборним органам, строге дотримання дисципліни й норм внутрішнього життя, наслідування традицій.

Адиктивна поведінка

Оцінюючи досвід різних країн, можна виділити три глобальні соціальні стратегії впливу на особистість із залежною поведінкою:

- репресивна політика (боротьба суспільства з окремими його членами);
- політика мінімізації ризику (зниження шкоди) - прагматичний підхід;
- політика ресоціалізації (соціально-психологічної реабілітації).

1. Сутність репресивної політики полягає у твердому підході. Наприклад, наркотики забороняються державою, а всі дії, пов'язані з ними, переслідуються за законом. Так, у США за зберігання героїну або кокаїну саджають у в'язницю на строк від 5 до 40 років. У Китаї або Сінгапурі за подібні дії карають смертю. Аналогічна тверда соціальна політика стосовно наркотиків діє в більшості країн. У деяких державах забороняється алкоголь аж до введення «сухого закону». Уводячи каральні заходи, держава розраховує контролювати рівень уживання психоактивних речовин. Однак

алкоголізм і наркоманія зберігаються, а споживачі крім однієї проблеми - хімічної залежності - автоматично здобувають другу - делінквентність, оскільки вживання означає злочин. Крім того, для мафії вигідна загальна заборона на наркотики, оскільки він стимулює інтерес до них і ріст цін на нелегальну наркопродукцію.

2. Ліберальна політика зниження шкоди менш поширена. Концепція зниження шкоди виходить із того, що наркотики вживалися, уживаються й будуть уживатися, а споживачі наркотиків - частина суспільства, навіть якщо суспільство й не прагне про це знати. Ця концепція стає усе більш популярною у світі, а в Нідерландах і Австралії реалізується офіційно. В основі лежить віра в те, що після певного періоду часу, найчастіше близько 10 років уживання, у людини з'являється бажання або припинити вживання, або стабілізувати й контролювати його. З іншого боку, констатується факт, що певна частина людей ніколи не кине наркотики.

Головна політична мета самодіяльних організацій - це декриміналізація й нормалізація вживання наркотиків. Це означає, що на додаток до стратегій розробки адекватних і доступних програм з боротьби зі споживанням наркотиків повинні бути вироблені стратегії, спрямовані проти нинішньої політики криміналізації наркозалежних.

При існуючому відношенні суспільства до споживачів наркотиків процес зміни поведінки для них стає дуже складним. Розірвати порочне коло поодинці дуже складно. Суспільство поки мало допомагає людині, яка потрапила під владу хімічної залежності. Реально наркозалежному допомагають фахівці. Вони надають допомогу, розуміючи й підтримуючи людей у їхнім прагненні до позитивних змін.

3. Політика ресоціалізації (соціально-психологічної реабілітації) припускає комплексну програму з відновлення життєвих функцій індивіда, дезадаптованого внаслідок залежної поведінки. Реабілітаційна програма включає заходи на декількох рівнях: правовий захист і соціальна підтримка (включення в соціальну групу, юридичний захист, працевлаштування, рішення житлової проблеми); психологічна реабілітація (психологічна підтримка ремісії, розширення особистісних ресурсів); медична допомога (зняття абстинентного синдрому, противорецидивна терапія, лікування супутніх соматичних і нервово-психічних розладів).

Психологічна допомога є обов'язковою у всіх випадках. При відносно менш небезпечних формах (паління, азартні ігри, харчова залежність) або початкових стадіях залежності широко застосовуються різні види консультування й психотерапії. Особливо добре зарекомендували себе когнітивно-поведінкова індивідуальна (короткострокова) і індивідуально-реконструктивна групова психотерапії.

Допомога у випадку хімічної залежності, що досягла рівня системного захворювання (фізичної залежності), є найбільш складною й тривалою.

У найбільш загальному виді можна говорити про наступну схему комплексної реабілітації алкоголізму й наркоманії:

1) проводиться консультування або психотерапія з метою ухвалення рішення про лікування (усвідомлення хвороби, відчуття неможливості так далі жити, підвищення готовності лікуватися), вибір найбільш адекватної форми лікування. Етап може бути тривалим. Нерідко залежні погоджуються на лікування тільки в ситуації катастрофи: звістці про невиліковне захворювання, погрозу судимості, реальній загрозі життю з боку делінквентного оточення, переживанні стану клінічної смерті.

2) після ухвалення рішення про лікування доцільно проводити детоксикацію - звільнення організму від токсичних речовин.

3) програма супроводу ремісії - підтримки тверезості. Світовий досвід свідчить про доцільність проведення даної роботи протягом 12 - 24 мес. Забезпечення ремісії може включати:

- медико-психіатричну допомогу, наприклад призначення антидепресантів;
- медико-наркологічну, наприклад протирецидивна терапія або «хімічний захист» у формі введення препаратів, що дають реакцію на алкоголь або блокування стану наркотичного сп'яніння.

Психологічна допомога в підтримці ремісії також може здійснюватися в різних напрямках і формах:

- психологічне консультування залежного й членів його родини;
- індивідуальна й групова психотерапія, орієнтована на позитивні особистісні зміни, і насамперед формування установки на тверезість;
- спеціальні лінії телефону довіри.

Практика показує, що ефективність допомоги суттєво зростає в умовах спеціалізованих центрів. Фахівці називають чотири основні умови успішного лікування залежності:

- заміна хімічної залежності на іншу (від людини, групи АА, релігійної організації);
- адекватне лікування інших психіатричних розладів, включаючи відповідні психотропні препарати або психотерапію;
- підтримка помірності (наприклад, контроль-тести, замітники наркотиків, групи самопомоги) у процесі психологічного дорослішання;
- особистісний ріст і структуральні зміни за допомогою психотерапії.

У міру зменшення фізичної залежності зростає роль соціальної допомоги.

Форми соціально-психологічної реабілітації:

1. Групи самопомоги «Анонімні наркомани», «Анонімні алкоголіки», що діють відповідно до програми «12 кроків».

Головне завдання анонімних алкоголіків (наркоманів) - залишатися тверезими й допомагати іншим досягати тверезості.

За підтримки групи учасники програми мають можливість усвідомити кожний крок і пройти його в індивідуальному темпі. Крім такого емоційного, близького до релігійного, впливу, у практиці роботи АА широко використовуються прямі поради, рекомендації, що ускладнюються в міру збільшення тривалості участі хворих у роботі організації. Наприклад,

спочатку ці ради спрямовані на припинення пияцтва або попередження зриву: «Не допускай першої випивки». Програма дає реальний шанс людині, яка стала жертвою своєї залежності й бажає від неї позбутися.

Недолік цієї програми - життя у звичному середовищі.

2. Центри соціально-психологічної реабілітації, у яких поряд з фахівцями працюють колишні наркозалежні. Центри працюють за різними програмами: духовне відродження, «шокова терапія», модель саморегуляції тощо. Недолік - короткостроковість перебування, до 2 місяців, з наступним поверненням у колишнє середовище, але з періодичним відвідуванням груп підтримки.

3. Трудові комуни й табори із тривалим проживанням. (Недолік - досить жорсткі умови життя, а отже, і великий відсоток відходів з комуни.)

4. Звернення до віри, служіння церкві, поселення в монастирі на обмежений або тривалий строк.

Незалежно від того, залишається підліток у родині або знаходиться в реабілітаційному центр, члени родини паралельно повинні одержувати допомогу.

Із цією метою проводиться психологічна робота з родителями в наступних формах:

- періодичне консультування родини (батьків) залежного підлітка фахівцями (наркологами, сімейними психологами, психотерапевтами);
- організація й проведення груповий тренінгової роботи з родителями (наприклад, «Тренінг батьківської успішності», «Тренінг ефективної взаємодії із залежним підлітком»);
- організація груп самодопомоги («Матері проти наркотиків»).

У цілому успішність психолого-соціальної допомоги особистості із залежною поведінкою визначається переважно ступенем її готовності до співробітництва. Тому на самому початку спільної роботи фахівець повинен приділити особливий час і увагу досягненню контакту або робочого альянсу. Це завдання може бути реалізоване вже при першій зустрічі, але частіше потрібно набагато більше часу, особливо у випадку хімічної залежності з вираженими особистісними змінами.

Для досягнення контакту використовуються різні прийоми. Насамперед це

- емпатичне слухання,
- прийняття й підтримка клієнта.

Також ефективні: проказування почуттів клієнта; формулювання мотивації звернення; з'ясування очікувань і побоювань клієнта із приводу психологічного втручання.

Для досягнення відносин співробітництва принципово важливо розділяти відповідальність за результати роботи. Для цього спільно ставлять завдання, оцінюють внесок кожного, розробляють зразковий план роботи, визначають строки й умови роботи, тобто беруть терапевтичний контракт.

У роботі слід опиратися на особистісні ресурси; обговорювати опір клієнта психологічному впливу й змінам; моделювати майбутнє клієнта при

збереженні адиктивної поведінки й без неї.

Суїцидальна поведінка. Профілактика суїцидальної поведінки може вирішувати різні завдання:

- контроль і обмеження доступу до різних засобів аутоагресії,
- контроль факторів і груп ризику,
- надання медико-психологічної допомоги конкретної особистості.

Психологічне запобігання суїцидальній поведінці здійснюється переважно у формі навчання розпізнаванню суїцидальних проявів і наданню своєчасної допомоги близьким людям.

Психологічну допомогу людині із уже сформованою суїцидальною поведінкою прийнято називати кризовою інтервенцією. Провідним методом у цьому випадку виступає кризове консультування, а його метою - утримання людини в живих.

Особливо актуальна психологічна допомога людям з гострими суїцидними реакціями, які проявляються на декількох рівнях особистісного функціонування:

- в афективній сфері – це інтенсивні негативні емоції (тривога, самотність, розпач, туга, образа);
- у когнітивній області виникає неадаптивна концепція ситуації з песимістичною оцінкою сьогодення й майбутнього, з перекрученим сприйняттям часу;
- порушення особистісної ідентифікації торкаються самооцінки, знижують здатність ухвалювати рішення, порушують упевненість і стійкість до афективної напруги.
- поведінка часто буває імпульсивною, непродуктивною.

Уважається, що період гострих суїцидних реакцій у середньому триває близько місяця.

Головна мета невідкладної допомоги – запобігти подальшому розвитку реакції й замаху на самогубство. Для цього людині потрібна допомога в оволодінні ситуацією, а також корекція неадаптивних особистісних установок, що обумовлюють розвиток кризових станів і суїцидальних тенденцій. Ми повинні виходити з того, що криза – наслідок не стільки обставин, скільки негативного відношення до них. У більшості випадків має місце ситуація, коли сімейні, професійні або соціальні цінності мають більше значення, ніж власне життя. Спостерігається стійка фіксація на психотравмуючих подіях.

Кроки невідкладної допомоги - кризової інтервенції:

Перший крок - бесіда (1,5-2 години). Перше важливе завдання - установлення контакту й досягнення довіри. Для цього необхідно переконувати клієнта в емоційному прийнятті («Що б я міг зробити для вас?»), заохочувати відкрите вираження думок і почуттів за допомогою жалісливої емпатії, зменшувати напругу через «вимовляння».

На даній стадії також необхідно провести оцінку обставин і ступеню загрози суїциду. Загроза суїциду «1» - у того, хто звернувся в минулому були

суїцидальні думки, але він не знає, як і коли він їх здійснить («Я більше так не можу...»; «Краще б я вмер...»).

Загроза суїциду «2» - у того, хто звернувся є суїцидальні думки, план, але він говорить, що не збирається покінчити життя негайно («У мене уже є таблетки снодійного, і якщо нічого не зміниться на краще...»).

Погроза суїциду «3» - той, хто звернувся або збирається відразу покінчити із собою (ніж або таблетки лежать поруч, якщо він телефонує), або в процесі розмови, або відразу після неї. В останньому випадку (якщо погроза реальна й рішення прийняте) бесіда може бути спрямована на досягнення рішення про відстрочку його виконання.

У перших двох випадках доцільно й можливо реалізувати другий крок - інтелектуальне оволодіння ситуацією. За допомогою спеціальних питань і тверджень необхідно подолати почуття винятковості ситуації: «Такі ситуації зустрічаються нерідко». Також за допомогою включення актуальної ситуації в контекст життєвого шляху слід зняти відчуття її раптовості й непереборності. Зменшити гостроту переживання можна за допомогою підкреслення, що є час на обмірковування, або концентрації на попередніх досягненнях і успіхах. На даному етапі бесіди також використовуються такі прийоми, як повторення змісту висловлення, відбиття й поділ емоцій, вербалізація суїцидних переживань, пошук джерел емоцій («Що саме вас так турбує?»).

Третій крок - висновок контракту - планування дій, необхідних для подолання критичної ситуації й найбільш прийнятних для пацієнта. Наприклад, при необоротних втратах можливий пошук осіб з найближчого оточення, з якими пацієнт зміг би сформулювати нові значимі відносини. На цьому етапі важливо перешкоджати відходу пацієнта від суті кризи й від пошуку позитивних альтернатив (приймання «фокусування на ситуації»). Основні приймання:

- інтерпретація (гіпотези про можливі способи вирішення ситуації);
- спонукання до планування й оформлення ясного конкретного плану;
- утримання паузи («мовчання, що схвалює») з метою стимулювання ініціативи пацієнта й надання необхідного часу для пророблення.

Четвертий крок - активна психологічна підтримка й підвищення впевненості у своїх силах. Провідні прийоми на цьому етапі:

- логічна аргументація,
- переконання,
- раціональний вплив,
- актуалізація особистісних ресурсів.

На завершальному етапі кризової роботи слід також обговорити те, яким чином подолання даної психотравмуючої ситуації буде корисним для подолання життєвих труднощів у майбутньому.

Таким чином, завдання кризової інтервенції – корекція суїцидальних установок людини. Результатом роботи повинні стати наступні переконання клієнта:

- важкий емоційний стан тимчасовий й покращиться в ході терапії;

- інші люди в аналогічних станах почували себе також важко, а потім їх стан повністю нормалізувався;
- життя людини, яка звернулася за допомогою, потрібне його рідним, близьким, друзям а його відхід з життя стане для них важкою травмою.

У крайньому випадку, можна спробувати переконати суїцидента в тому, що кожна людина має право розпоряджатися своїм життям, але рішення цього найважливішого питання краще відкласти на кілька днів або тижнів, щоб спокійно його обміркувати. У цілому ефективність роботи із суїцидною поведінкою залежить від точності виявлення суїцидального ризику й мотивації суїцидальних намірів.

Крім надання кризової допомоги, доцільна подальша робота, орієнтована на більш глибокі особистісні зміни. На даному етапі можливе застосування різних методів і методик. Добре зарекомендували себе позитивна й когнітивна психотерапія, логотерапія, аксіопсихотерапія, терапія творчим самовираженням, духовна психотерапія.

Працюючи з людьми, що мають суїцидальні прояви, особливо важливо проявляти делікатність і поважати право особистості на власний вибір.

Парадоксальність ситуації превенції (запобігання) суїциду полягає в тому, що у світлі сучасних гуманістичних поглядів будь-яка доросла людина дійсно має право розпоряджатися своїм життям за своїм розсудом, але інші люди при цьому мають право допомогти їй переглянути своє рішення.

На закінчення треба додати, що розглянуті стратегії інтервенції основних форм девіантної поведінки носять узагальнений характер і вимагають адаптації до конкретної ситуації й особистості.

3. Психологічна корекція та реабілітація девіантної поведінки

Корекція поведінки визнається однією з найбільш адекватних і ефективних форм психологічного впливу на особистість із девіантною поведінкою. Поведінковий підхід має ряд очевидних переваг. Для нього характерні концептуальна чіткість і відносна простота методів. Він безпосередньо націлений на зміни поведінки й має виражений практичний характер. Поведінкова інтервенція добре сполучається з фармакотерапією. Серед інших її гідностей: широкий спектр можливостей, наочна результативність методу, короткостроковість.

Інтеграція психологічних знань закономірно привела до поглиблення самого поняття «поведінка». Сьогодні в структурі поведінки виділяють кілька взаємозалежних рівнів:

- 1) мотивація, що спонукує до поведінки;
- 2) емоційні процеси, що супроводжують поведінку;
- 3) саморегуляція поведінки;
- 4) когнітивна переробка інформації;
- 5) зовні спостережувані прояви й дії.

Порушення в даних підсистемах виступають причинами девіантної поведінки особистості й визначають напрямки психологічного впливу. Перелічимо основні підсистеми девіантної поведінки:

Девіантна мотивація – це цінності, потреби, переконання, особистісні змісти - усе, що має значення для даної людини й спонукує її до анормативної активності. Людські потреби - нормальні, наприклад, у комфорті або безпеці - стають причинами девіантної поведінки у тих випадках, коли особистість відчуває дефіцит у прийнятних способах їх задоволення. Девіантна поведінка також може бути пов'язана з дефіцитом вищих змістоутворюючих і життєстверджуючих цінностей, з духовною кризою особистості. Нарешті, мотивація девіантної поведінки може мати форму агресивних і саморуйнівних спонукань, ворожих установок і корисливо-егоїстичних мотивів.

Іншу групу причин становлять емоційні проблеми й тісно з ними пов'язані труднощі саморегуляції. Девіантна поведінка, як правило, супроводжується негативними емоціями або емоційними розладами, наприклад агресією або депресією. Провідну роль у походженні девіантної поведінки відіграє тривога. Емоційні проблеми породжують труднощі релаксації (розслаблення) і саморегуляції в цілому. Порушення також торкаються регуляції довільних дій – формування цілей, планування, оцінка й самоконтроль. Саморегуляція, у свою чергу, може бути порушена внаслідок особистісних особливостей, таких, як нерозвинена мовна регуляція, низька рефлексивність, занижена самооцінка.

Наступна група причин девіантної поведінки включає негативно-девіантний соціальний досвід. Це дезадаптивні поведінкові стереотипи (звички, навички), когнітивні викривлення. Це елементарна відсутність у досвіді індивіда позитивних навичок (поведінковий дефіцит).

Розглянуті причини девіантної поведінки дозволяють сформулювати стратегічні цілі психологічної допомоги особистості з девіантною поведінкою:

- формування конструктивної мотивації (позитивних цінностей, орієнтації на виконання соціальних вимог і самозбереження);
- інтеграція індивідуального досвіду;
- удосконалювання саморегуляції;
- підвищення стресостійкості й розширення ресурсів особистості;
- вироблення життєво важливих умінь;
- усунення або зменшення проявів дезадаптивної поведінки;
- розширення соціальних зв'язків і позитивним соціальним досвідом особистості;
- підвищення рівня соціальної адаптації.

Провідну мету психологічної корекції девіантної поведінки особистості можна сформулювати як досягнення позитивних поведінкових змін у виділених напрямках.

Психологічна інтервенція може здійснюватися у формі:

- консультування,
- педагогічної корекції,
- тренінгів,
- психотерапії.

Також вона може мати вигляд індивідуальної, сімейної або групової роботи. У всіх випадках, незалежно від форми й умов, повинні дотримуватися основні принципи поведінкової корекції - найбільш загальні вимоги до діяльності фахівця.

Провідними принципами поведінкової психології є:

- *об'єктивність* – орієнтація переважно на зовнішні змінні, які проявляються й вимірюються. Це можуть бути: емоційні реакції, висловлення, жести, фізіологічні прояви (серцебиття, почервоніння, тремтіння), рухові реакції, симптоми (запаморочення, спазм м'язів, страхи), думки, конкретні дії й учинки. Поведінкові прояви повинні фіксуватися максимально конкретно (об'єктивно) і систематично.

- *Поведінкова оцінка* – указує на необхідність проведення функціонального аналізу поведінки клієнта. Поведінкова оцінка проводиться при першій же зустрічі, а також згодом для оцінки ефективності роботи або зміни тактики впливу. Вона може здійснюватися у формі заповнення таблиці із трьома колонками, кожна з яких, відповідно, містить: стимули й ситуації (що передувало поведінці); поведінкові реакції особистості (як реагувала особистість); результати й наслідки даних реакцій (що впливало відразу за поведінкою).

Іншою розповсюдженою формою аналізу поведінки є щоденник самоспостереження клієнта. Також використовуються: пряме спостереження за клієнтом; одержання інформації від інших фахівців; організація рольових ігор. Додатковими джерелами даних, необхідних для оцінки, можуть бути: медична інформація, результати анкетування й тестування, експертні оцінки.

Системність – розглядати девіантну поведінку особистості в системі її значимих відносин. Принцип системності припускає оцінку ролі девіантної поведінки в різних соціальних системах і життя особистості в цілому. Важливо розуміти, яку функціює симптоматична поведінка виконує в різних ситуаціях і системах (у родині, групі однолітків, учбово-професійній групі). Отримані дані дозволяють визначити: у чому суть проблем, як вони виникають і що сприяє їхньому закріпленню. При цьому важливе значення має оцінка функціонального значення девіантної поведінки - тієї психологічної «вигоди», яку людина з неї отримує і яка самопідкріплює дану поведінку.

- *Співробітництво*. Для особистості з проблемами в поведінці виникає реальна небезпека передачі відповідальності за свою поведінку фахівцеві. Усе це робить особливо актуальним дотримання принципу співробітництва. Відповідно до даного принципу клієнт не тільки повинен проявляти усвідомлене бажання зміни власної поведінки, але й брати активну участь у виборі цілей і методів наступної роботи (з обліком конкретних внутрішніх і зовнішніх умов). Поділ відповідальності відбувається у формі укладання договору про співробітництво. Важливу роль у підвищенні продуктивної активності особистості відіграє самостійна робота (клієнта) по виконанню домашнього завдання в проміжках між терапевтичними зустрічами.

Іншим важливим моментом, безумовно, можна назвати методи поведінкової інтервенції. У наш час у поведінковій психології використовуються наступні основні групи методів: стимулювання мотивації зміни поведінки; корекції емоційних порушень, методи саморегуляції; методи когнітивного переструктурування; методи формування позитивної поведінки.

4. Стимулювання позитивної мотивації

Девіантна поведінка має місце остільки, оскільки працюють механізми її свідомої й несвідомої мотивації. Людина з девіантною поведінкою має стійку мотивацію до збереження девіації. Гірка правда полягає в тому, що незважаючи на страждання особистість усіляко пручається позитивним змінам. Стимулювання мотивації зміни поведінки можна назвати найголовнішим завданням і найбільшими труднощами психолого-соціального впливу на особистість.

Робота з мотивацією клієнта настільки складна, що деякі фахівці висувають як головну умову для поведінкової терапії наявність уже сформованого бажання зміни себе й своє життя. Інші погоджуються на роботу й з тими, кого «привели родичі», витрачаючи масу зусиль і часу на створення позитивної мотивації.

Робота з мотивацією починається з перших хвилин поведінкового консультування. Питанням першорядної важливості є те, чому клієнт звернувся за допомогою – яка мотивація його звернення. Нерідко девіанти звертаються за психологічною допомогою не для усунення дезадаптивної поведінки, а для збереження її, сподіваючись «обіграти» фахівця й піддобрити родичів. На даному етапі будуть доречні прямі запитання: Що Ви прагнете одержати від нашого співробітництва? Що ви очікуєте від терапії? Чим я можу допомогти вам? Також можливе використання прийому розкриття намірів за допомогою уточнюючих гіпотез: «Ви звернулися за допомогою, тому що прагнете заспокоїти ваших близьких?»

Досить поширена методика конфронтації клієнта на етапі висновку терапевтичного контракту. При цьому клієнта спонукують переконати фахівця, що він дійсно потребує допомоги й бажає змін. Можуть бути корисні наступні питання: Що поганого в такій поведінці? Як ви реально постраждали від неї? Кому і яку шкоду ви нанесли? Яку плату ви готові заплатити за те, щоб позбутися її? Навіщо вам це потрібно?

Конфронтуючи клієнта (виявляючи легкий опір), ми стимулюємо його особисту відповідальність за свою поведінку, а також активізуємо процеси самонавіяння. При вираженій схильності особистості до опозиційної поведінки можливе використання прийомів відкритої конфронтації, коли фахівець прямо заявляє, що в клієнта нічого не вийде в силу тих або інших причин, наприклад слабкої волі, і йому потрібно визнати свою повну поразку.

Широко розповсюджений прийом оцінки негативних наслідків девіантної поведінки. При цьому клієнта просять якнайдетальніше, з

конкретними прикладами, розповісти про те, як він реально постраждав від своєї поведінки, яку шкоду він наніс своїм близьким і оточуючим людям. У випадку вираженої захисної поведінки клієнта можна досліджувати негативні наслідки конкретного виду девіантної поведінки його друзів, родичів або знайомих. Консультант повинен допомогти клієнтові спонтанно виразити такі почуття, як провина, каяття, сором, біль, відраза, злість, безсилля й розпач.

Досить ефективна методика проектування майбутнього, яка припускає докладний опис свого майбутнього при збереженні девіантної поведінки й без неї. Наприклад, клієнт представляє, яке буде його життя, якщо він буде продовжувати пити, а потім - якщо він відмовиться від спиртного. Терапевт допомагає не тільки конструювати образи, але й виражати свої переживання х їх приводу. Для себе й свого новому життя корисно підібрати метафори. Якщо уявлення про майбутнє без девіантної поведінки викликає позитивний емоційний відгук, доцільно перейти до складання плану дій з її досягнення.

При стійкому запереченні проблем і небажанні особистості змінюватися в позитивному напрямку прибігають до більш інтенсивних методів впливу. Насамперед можна використовувати потенціал родини або референтної групи, перейшовши в режим групового консультування або сімейної психотерапії. Ефективним методом стимулювання позитивних змін виступає групове переконання. Для цього спеціально збирається група значимих для девіанта людей (друзі, колеги по роботі, родичі, у тому числі діти не молодше восьми років). Група заздалегідь готується до бесіди, наприклад у випадку хімічної залежності, формуючи адекватне уявлення про проблему й визначаючи цілі допомоги. Спеціально складаються переліки конкретних інцидентів, пов'язаних з адикцією, свідками яких були учасники групи. Проводиться репетиція переконання.

Досить жорстокий, але, на жаль, єдино ефективним у деяких випадках, є методика природніх наслідків поведінки. Суть прийому – у наданні девіанту повної свободи дій при делегуванні йому всієї відповідальності за себе й свою поведінку. При цьому на особистість перестають впливати (критикувати, переконувати, водити до фахівців) і позбавляють її якої-небудь підтримки. З певного моменту людина сама повинна опікуватися про себе, іноді родині доводиться з ним просто розстатися. Відносини навколишніх з даною людиною визначаються твердими правилами й умовами. Йому не вірять на слово й не допомагають просто так. Якщо він продовжує жити в родині, то його потреби задовольняються тільки у випадку строгого виконання їм сімейних правил. Наприклад, родина може домовитися про те, що у випадку позитивного результату тесту на наркотики підліток на тиждень втрачає всі права і будь-яку грошову підтримку. Батьки можуть відмовити йому навіть в обідах і даху до повного виконання ним умов.

У деяких випадках для формування мотивації позитивних змін доцільне переміщення особистості в інше соціальне середовище, наприклад перемінивши місце проживання при виключенні підлітка з асоціального угруповання.

Робота з мотивацією є невід'ємною складовою всіх етапів поведінкової інтервенції. Фахівець може вибрати доступні для нього й адекватні для клієнта методики стимулювання мотивації позитивних змін. При цьому головним фактором, що спонукає клієнта до співробітництва, є особисті відносини між ним і фахівцем, засновані на чесності, відповідальності, підтримці й повазі.

5. Методи корекції емоційних станів

Іншим напрямком роботи з девіантною поведінкою є корекція емоційних станів. Девіантна поведінка супроводжується широким колом негативних емоцій, особливо тривогою, страхом і агресією. Існують два основні способи корекції негативних емоційних станів:

- зменшення їх сили (наприклад, за методикою систематичної десенсибілізації),
- вироблення альтернативних реакцій (наприклад, у формі тренінгу релаксації або впевненості).

Систематична десенсибілізація, розроблена Д. Вольпе, містить у собі три елементи:

- а) навчання глибокій м'язовій релаксації;
- б) вибудовування ієрархії стимулів, що викликають тривогу;
- в) пропозиція клієнтові, що перебуває в стані релаксації, уявляти об'єкти з ієрархії, що викликають тривогу.

Перед початком роботи необхідно коротко роз'яснити клієнтові суть методики. Ієрархія тривог – це свого роду список обумовлюючих тривогу стимулів (ситуацій). Для кожної ситуації визначається рівень тривоги.

Ситуації, що викликають тривогу, групуються по темах, наприклад публічний виступ, здача іспитів, їзда в громадському місці, спілкування із представниками протилежної статті. Стимулам і темам, які найбільш часто порушують функціонування клієнтів, треба приділяти найбільше уваги. Робота може бути пророблена спільно або самостійно (при виконанні домашнього завдання).

Далі при проведенні десенсибілізації клієнтів просять розслабитися і як можна реальніше уявити сцени, пов'язані із тривожними ситуаціями. Наприклад, консультант може сказати: «Тепер представте, що ви думаєте про іспити. До іспитів залишається три місяці, ви готуєтеся до них, сидячи за своїм столом...» Спочатку клієнтам пропонують представити сцену, що викликає в них найменш виражене почуття тривоги (відповідно до вибудованої ієрархії), і просять піднімати вказівний палець при відчутті будь-якої тривоги. Якщо клієнти не відчувають ніякої тривоги, через 5- 10 секунд консультанти просять клієнтів припинити уявлення даної сцени й знову розслабитися. Через 30 - 50 с можна попросити клієнтів уявити ту ж саму сцену знову. Якщо ця сцена знову не викликає почуття тривоги, консультанти скасовують її, протягом деякого часу проводять процедуру розслаблення й переходять до наступного пункту ієрархії.

Послідовно пред'являючи ситуації, що викликають відносно слабку тривогу, ми досягаємо спокійного до них відношення. Тим самим знижується чутливість і до інших тривожних ситуацій, клієнт - десенсибілізується.

Ще один варіант методики - емотивна уява. Тут використовується образ улюбленого героя дитини, її кумира або значимої людини. У цьому образі дитина поступово зустрічається із ситуаціями й долає їх. Методика включає етапи:

- складання ієрархії ситуацій і об'єктів, що викликають тривогу;
- виявлення улюбленого героя, з яким би дитина себе легко ідентифікувала;
- уява будь-якої життєвої ситуації при закритих очах разом з героєм;
- рішення тривожної ситуації (зі списку) в образі героя.

Систематична десенсибілізація може використовуватися в роботі як з окремими клієнтами, так і із групами. Наприклад, консультант може одночасно працювати з декількома студентами, які бояться іспитів, замість того щоб займатися з кожним студентом індивідуально. Систематична десенсибілізація може використовуватися не тільки у випадку фобій або невпевненої поведінки, але й у відношенні інших негативних переживань. Крім релаксації можуть бути використані інші інгібітори (несумісні реакції) тривоги. Це гумор, відносини безпеки й підтримки, переживання успіху.

Метод «повінь» або імплізивна терапія полягає в раптовому пред'явленні клієнтові сцен, що викликають у нього надзвичайно сильну тривогу. Якщо десенсибілізація спрямована на гальмування страху, то методика «повінь», навпаки, заснована на її максимальному переживанні. У цьому випадку також складається список страхітливих ситуацій. Клієнта просять із максимальною виразністю уявити ситуацію, що викликає страх, вільно виражаючи всі виникаючі почуття. Ціль терапевта - підтримка страху на максимально високому рівні при переході до новим ситуацій з індивідуальної шкали тривоги.

При цьому особистість повинна зустрітися віч-на-віч зі своїми кошмарами, що нерідко йдуть із дитинства, і зруйнувати звичний емоційний стереотип. Уважається, що переживання дуже сильного страху в умовах підтримки й безпеки сприяє його згасанню. Процедура триває доти, поки тривога не висохне, на що в більшості випадків потрібно від 10 хв до 1 години. Іноді клієнти виявляються настільки подавленими, що переривають заняття. Однак застосування методу «повінь» нерідко приводить до поліпшення стану при лікуванні різноманітних фобій. У цілому ж десенсибілізація визнається більш ефективною. Крім того, десенсибілізація має додаткову перевагу - це менш стресовий метод.

Розглянуті методи корекції емоційних станів можуть сполучатися з ігровою терапією (у дітей), творчим самовираженням (малювання, театралізація), тілесною терапією, гештальттехніками, психоаналітичною терапією.

6. Методи саморегуляції

Саморегуляція - наступна важлива «мішень» психологічного впливу. Процедури релаксації можуть використовуватися самі по собі або бути частиною більш складних методів, наприклад систематичної десенсибілізації. Найпоширенішим методом є тренінг релаксації, основи якого розроблені Е. Джекобсом. Е. Джекобсон уважав, що такі рефлексорні реакції, як гіперзбудження й гіперподразнення, пов'язані зі станом, який він назвав нервово-м'язова гіпертензія. Симптоми гіпертензії зустрічаються дуже часто, у тому числі при загальній напруженості, напруженому ритмі життя, проблемах самоконтролю, безсонню, головних болях.

Існують різні за формою, але схожі за змістом варіанти процедури прогресуючої м'язової релаксації. На початку навчання роз'яснюються мета процедури, її елементи і їх призначення. Клієнти повинні переконатися, що навички релаксації допоможуть їм упоратися з певними проблемами.

Процес навчання складається з п'яти основних етапів:

- на першому - клієнтів навчають фокусувати увагу на певній групі м'язів;
- на другому - викликати напругу цієї групи м'язів;
- на третьому - домагаються навички фіксації, збереження напруги протягом 5 - 7 с;
- на четвертому - проводиться навчання звільненню від напруги;
- на п'ятому - увагу спеціально фокусується на зниженні напруги в м'язах або на повній релаксації даної групи.

Клієнти повинні добре освоїти цикл «фокусування - напруга - фіксація – звільнення - розслаблення» і застосовувати його при виконанні домашнього завдання.

Консультант демонструє окремі прийоми на власному прикладі й супроводжує дії спеціальними фразами, наприклад: «Я фокусую всю свою увагу на правій руці й на правому передпліччі, і я прагну, щоб ви робили те ж саме»; «Я стискаю правий кулака й напружую м'язи нижньої частини руки... тепер я якнайшвидше знімаю напругу в правій кисті й у нижній частині руки... я розслаблюю праву руку й передпліччя, дозволяючи напруженості йти далі і далі й дозволяючи м'язам ставати усе більш розслабленими... напруга зникає й з'являється відчуття усе більш і більш глибокої релаксації». На першому занятті цикл для кожної групи м'язів бажано пройти двічі.

Як тільки клієнт освоїть прийоми напруги різних груп м'язів, консультант пропонує йому виконати ці вправи із заплющеними очима. Після того як увесь цикл виявляється пройдений, з'ясовується, чи необхідно досягти повного розслаблення. Якщо ні, клієнт повинен підняти вказівний палець, а консультант вислухати клієнта. Повної релаксації не слід очікувати негайно. Якщо ж вона утруднена, через якийсь час можна пройти цикл «напруга - розслаблення» повторно.

Тренування вимагає мінімум 8 - 9 сеансів (прискорений варіант). Одночасно двічі в день проводяться самостійні вправи по 15 - 20 хв (останнє - перед сном). Виконання домашніх вправ спеціально обговорюється для

знаходження оптимальних умов і стратегій розслаблення. Регулярна реєстрація успіхів (просування) підвищує ймовірність продовження занять.

Після освоєння повної процедури м'язової релаксації переходять до освоєння її коротких варіантів - релаксації спочатку семи, а потім тільки чотирьох груп м'язів.

Іншою процедурою, що допомагає справлятися зі стресом, є умовна релаксація. Консультанти навчають клієнтів зв'язувати ключове слово, наприклад «спокій» або «відпочинок», зі станом глибокого розслаблення, якого можна досягти за допомогою прогресуючої м'язової релаксації. Надалі клієнти можуть використовувати ключове слово для придушення почуття тривоги.

Консультанти повинні не тільки навчати клієнтів різним процедурам релаксації, але й спонукувати їх регулярно знімати нервову напругу в реальному житті. Велике значення мають прямі рекомендації клієнтові: повноцінно відпочивати, не брати на себе надмірних зобов'язань, виділяти досить часу для їжі й сну, зберігати фізичну форму.

Поряд із тренінгом релаксації використовують метод формування стратегії самоконтролю. При цьому спочатку клієнта навчають самоспостереженню за власною поведінкою: у постановці особистих цілей, у плануванні поступових кроків до мети, у знаходженні значимих підкріплень позитивної поведінки!

Самоспостереження часто здійснюється у формі щоденника. Клієнти також можуть становити діаграми (наприклад, діаграму, що відбиває зміни ваги) або заповнювати облікові аркуші (наприклад, обліковий лист, що показує кількість викурених сигарет у динаміку). Самоспостереження підвищує рівень усвідомлення й самоконтролю. Воно також використовується для оцінки прогресу.

Після розвитку навичок самоспостереження переходять до формування самоконтролю. Існують дві основні стратегії самоконтролю, якими можуть скористатися клієнти:

- 1) клієнти можуть спробувати змінити навколишнє середовище (контроль стимулу) у відповідності зі своїми цілями до здійснення дій. Наприклад, людям, що займаються по програмах зниження ваги, пропонується: стежити за тим, щоб їжа перебувала поза полем зору, до неї було нелегко добратися, а кількість її було обмежено. Доцільно купувати одяг меншого розміру. Також по можливості слід уникати контактів, що сприяють переїданню.

- 2) клієнти можуть нагороджувати себе після здійснення дій, що сприяють досягненню мети, використовуючи позитивне самопідкріплення. Самопідкріплювальну силу має: щось, що виходить за рамки повсякденного життя (наприклад, новий предмет одягу або особлива подія); щось приємне, що ми робимо рідко; нарешті, самозаяви (наприклад, щораз при утриманні від уживання алкоголю людей говорить собі: «Відмінно», «Я молодець», «Я задоволений тим, що зробив це»).

Ефективність самопідкріплення залежить від вибору винагороди й від його відповідності мети. Складні цілі можуть бути розбиті на кілька етапів, щоб клієнти винагороджували себе за послідовне досягнення усе більш важливих цілей. Складання односторонніх (із самим собою) і двосторонніх контрактів також сприяє розвитку в клієнтів навичок самовдосконалення.

7. Методи формування позитивної поведінки

Найпоширенішим методом формування бажаної поведінки є підкріплення. У його основі лежить переважно оперантний принцип обумовлювання. Слід зазначити, що як позитивне, так і негативне підкріплення підсилюють імовірність виникнення реакції. Позитивні підкріплювальні стимули припускають пред'явлення чогось, а негативні підкріплювальні стимули - видалення чогось у даній ситуації.

Позитивне підкріплення – головний метод зміни поведінки. Умови успіху:

- підкріплення повинне бути індивідуально значимим;
- підкріплення повинне застосовуватися систематично й негайно слідом за бажаною поведінкою;
- зв'язок між бажаною поведінкою й використанням при цьому підкріпленні повинне бути досить чітким.

Підкріплення можна здійснювати безпосередньо (за допомогою реальних підкріплювальних стимулів) або побічно (за допомогою символів, жестів). Крім того, підкріплення може бути опосередкованим, коли клієнти спостерігають за моделями - людьми, які одержують нагороду за бажану поведінку.

Іноді позитивне підкріплення може винагороджувати неправильну поведінку. Наприклад, підліток у відповідь на суїцидальну спробу може одержати нагороду – підвищену увагу й турботу родини, замість того щоб підкріплювалася його незалежна поведінка.

Багато підкріплювальних стимулів, такі, як похвала або прояв інтересу, люди мимоволі використовують у ході повсякденного життя. Метод підкріплення припускає цілеспрямоване його застосування з метою посилення адаптивних видів поведінки й ослаблення й усунення неадекватних його форм. Спочатку проводиться ідентифікація підкріплювальних стимулів. Для цього необхідно з'ясувати, що саме є підкріплювальними стимулами для конкретної людини. Також можна запропонувати клієнтові скласти шкалу «приємних подій» або список умов, що поліпшують настрій. При роботі з дітьми для уявлення підкріплювальних стимулів замість слів можна використовувати картинки, на яких зображені потенційно приємні діяльності.

Підкріплювальні стимули співвідносяться із трьома життєво важливими сферами:

- взаємодія (відносини);
- переживання, несумісні з депресією (агресією);

- дії, що підвищують самооцінку за допомогою відчуттів адекватності й компетентності (творчість, успіх, улюблене заняття і т.д.).

З метою формування більш позитивної поведінки також використовують програми жетонного підкріплення. Жетони – це речовинні умовні підкріплювальні стимули (окуляри, значки, фішки), які можуть бути виміняні на підкріплювальні стимули. Останні можуть виглядати як право участі в цікавій діяльності, коштовні призи, ласощі тощо. Програми жетонного підкріплення повинні містити в собі чіткі правила обміну, що визначають, яка кількість жетонів потрібна для одержання підкріплювальних стимулів. Даний метод широко використовується в різних установах (лікарнях, тюрмах). Він досить популярний серед дітей.

Формування бажаної поведінки може здійснюватися у формі активного соціального навчання адаптивним поведінковим реакціям. Нерідко вже при проведенні поведінкової оцінки виявляється дефіцит провідних соціальних навичок. Клієнти не вміють вислухувати співрозмовника, надавати зворотний зв'язок і саморозкриватися, демонструвати впевненість, вирішувати конфлікти, пручатися негативному впливу середовища або ухвалювати рішення. Репетиція поведінки - це один з методів професійного консультування, широко використовуваний у випадках девіантної поведінки. Даний метод може мати форму тренінгу, групових ігор, моделювання й розігрування ситуацій.

Тренінг асертивності, мабуть, має найбільше значення при проведенні репетиції поведінки. Д. Вольпе визначив асертивну поведінку як «прийнятне вираження будь-якої відмінної від тривоги емоції, що має відношення до іншої людини».

Спочатку використання методики тренінг асертивності був спрямований на відстоювання людиною своїх прав і інтересів. Останнім часом його спрямованість трохи змінилася. Область його застосування розширилася у зв'язку із включенням у тренінг розвитку навичок прояву й точної передачі емоційно теплої поведінки там, де це доречно. Таким чином, асертивна поведінка тепер містить у собі соціально-прийнятне вираження як позитивних, так і негативних почуттів.

Тренінг асертивності засновано на виділенні трьох видів поведінки:

- неасертивна, або загальмована, поведінка, за якої люди жертвують своїми інтересами;
- агресивна поведінка, за якої люди «підсилюються» за рахунок інших;
- асертивна поведінка, за якої виграють обидві взаємодіючі сторони.

Тренінг асертивності можна застосовувати у формі індивідуальної, групової роботи або у формі самодопомоги. Групи можуть бути гетерогенними (наприклад, група з підлітків без проблемної поведінки й з делінквентною поведінкою) або гомогенними (наприклад, група наркозалежних підлітків). Слід мати у виді: внаслідок опору клієнтів позитивним змінам можуть виникати конфлікти між консультантом і клієнтами, що завжди слід передбачити як можливі труднощі.

У практиці поведінкового консультування поряд із тренінгом асертивності використовуються й інші технології, що дозволяють розширювати позитивний поведінковий репертуар особистості. Це - тренінги впевненості, комунікативних навичок, ухвалення рішення, резистентності до соціального тиску, розв'язання конфліктів.

При цьому використовуються найрізноманітніші приймання поведінкової психології, наприклад рольові ігри й ігрові вправи, тренінг у повсякденних ситуаціях, позитивне підкріплення, відеотехніки, групові дискусії, способи самоконтролю тощо.

У наш час у роботі з особистістю, яка має девіантну поведінку частіше використовується інтегративний підхід, що припускає комбінацію взаємодоповнюючих теорій і методів. Інтегративний підхід також визначає комбінацію різних форм роботи. Наприклад, для підлітка із залежною поведінкою може бути адекватною наступна схема психологічної допомоги:

- сімейне консультування
- сімейна системна психотерапія
- соціально-психологічна реабілітація підлітка й групова психотерапія
- індивідуальна психотерапія в комбінації із сімейним консультуванням.

Якщо співробітництво з родиною за якимись причинами утруднене, якщо родина не може виконувати виховних функцій, підліток з девіантною поведінкою повинен включатися в іншу соціальну групу - тренінгову, психотерапевтичну або реабілітаційну. Робота з девіантною поведінкою - це робота з порушеною соціальною поведінкою, тому її зміна можлива тільки через включення особистості в підтримуючі й конструктивні соціальні системи. Одна із провідних завдань психолога полягає в проектуванні соціотерапевтичного середовища, а також нових конструктивних відносин особистості.

Різноманітність методів і методик не може применшити роль особистості консультанта. На всіх етапах спільної роботи поведінка фахівця залишається провідним джерелом підкріплення позитивних змін у поведінці клієнта, а особистість консультанта - основним інструментом його професійної діяльності.

Література:

1. Антонов І. П. Психологія делінквентної поведінки: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 356 с.
2. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Академія, 2012. 124 с.
3. Главацька О. Л. Основи самовиховання особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2018. 254 с.
4. Джаман Т. В. Історія педагогіки України: навч. посіб. Київ : Каравела, 2017. 232 с.
5. Медична психологія. для студентів ВНЗ за загальною редакцією

професора І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008, с.218

6. Пащенко М. Ю., Красноштан І. В. Педагогіка: підручник. : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 221 с.

7. Семенович А. В. Нейропсихологічна діагностика та корекція делінвентної поведінки. Київ: Academia, 2020. 600 с.

8. Стандарти програми корекції девіантної поведінки підлітків віком 14–18 років, які мають досвід вживання психоактивних речовин / автор А.Б. Бежан. К. : Україна, 2015. 180 с.

URL: <https://afew.org.ua/wp-content/uploads/2015/12/Standarti-programi-korektsiyi-deviantnoyi-povedinki-pidlitkiv-vikom-14-18-rokiv-yaki-mayut-dosvid-vzhivannya-psihoaktivnih-rechovin.pdf>

**ЧАДСЬКИХ Ю. Г. ПСИХОЛОГІЯ І ПСИХОСОМАТИКА: НАВЧ.
ПОСІБНИК. КИЇВ:
КАРАВЕЛА, 2018. 225 С.**