

збудливість, тому підлітки вирізняються запальністю, бурхливим виявом своїх емоцій та почуттів, пристрасністю, проте часто вони короткотривалі. І якщо незначні емоційні переживання зникають швидко і часто навіть забуваються, то відчуття образи вони тримають довго. Інша особливість підлітків проявляється в тому, що в них спостерігається підвищена готовність до очікування страху, а проявляється це тривожністю. Поява інтимно-особистісних відносин у підлітка викликає різні емоції, у тому числі страх виглядати смішним. Також підлітковому віку характерна суперечливість почуттів, самооцінка ще не сформована [4]. У підлітків добре розвинене почуття приналежності до групи, тому вони гостріше й хворобливіше переживають несхвалення товаришів, ніж несхвалення дорослих або вчителів; часто з'являється страх того, що група може поставитись зневажливо чи з осудом. Але таку ситуацію можна використати й позитивно. Наприклад, здійснення колективної праці, виконання завдання в парах чи однією спільною групою підвищує цікавість підлітка, довше утримує увагу і допомагає соціалізації.

Будь-які зміни потребують часу та великих емоційних зусиль, щоб пройти перевірку на міцність своїх нових цінностей та установок. Такі навантаження часто призводять до виникнення заїкання або посилюють його прояви у підлітковому віці. Заїкання набуває найбільш вираженого, стійкого характеру і призводить до порушення комунікації в цілому. У підлітків із заїканням можуть спостерігатися наступні поведінкові реакції – небажання спілкуватися по телефону, зі знайомими, проте нетривалі комунікативні контакти з маловідомими особами [5]. **Ошибка! Источник ссылки не найден.** Тривожність є результатом адаптивних реакцій і визначається обставинами, у яких особистість знаходиться. Відзначаючи різноманітність проявів заїкання, дослідники звертають увагу на різні мовленнєві ситуації, роль негативних емоцій, які спричиняють заїкання, особливості міжособистісних стосунків осіб, що заїкаються. Але для кожного окремого індивіда із заїканням не всі ситуації спілкування виявляються фрустраційними: в окремих випадках фрустраційний компонент виражений сильніше, в інших – слабше, може бути й зовсім відсутнім. Тривога відіграє позитивну роль, якщо підліток здатний із нею впоратися й досягти успіху.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. — 2-е изд.— Л.: Издательство Ленинградского университета, 1988. — 560 с.
2. Дружинин В. Н. Психология.: Питер. — 2006. — 176 с.
3. Изард К. Эмоции человека. — М.: МГУ, 1980. —
4. Ильин Е. П. И46 Эмоции и чувства. - СПб: Питер, 2001. — 752 с: ил. — (Серия «Мастера психологии»)
5. Мудрик А.В. Социальная педагогика: Учеб. для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Сластенина. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 200 с.
6. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии - СПб: Издательство «Питер», 2000 — 712 с.

УДК: 159.97

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

Корець А.М.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

В статті аналізуються наукові праці щодо адиктивної поведінки молоді та виокремлені психологічні чинники, які її спричиняють. Визначено пріоритетні напрями в досліджень психологів щодо усунення адиктивних процесів у молоді.

В статтє аналізуєтєся научные труды относительно аддиктивного поведения молодежи и выделени психологические факторы, которые ее вызывают. Определены приоритетные направления у исследованій психологов относительно устранения аддиктивных процессов у молодежи.

In the article scientific works relatively of addictions behavior of young people are analysed and selection psychological factors that cause her. Priority directions are certain at researches of psychologists in relation to the removal of addictions processes for young people.

Ключові слова: адиктивна, поведінка, психологічні, чинники, молодь, алкоголізм, наркотична залежність, куріння.

Ключевые слова: аддиктивное, поведение, психологические, факторы, молодежь, алкоголизм,

наркотическая зависимость, курение.

Keywords: *addictions, conduct, psychological, factors, young people, alcoholism, narcotic dependence, smoking.*

Постановка проблеми. Поняття адиктивної поведінки охоплює різні типи поведінки: сюди входять наркотична залежність і алкоголізм, куріння, пристрасть до азартних ігор і надмірної їжі, а також гіперсексуальність. Всіх цих осіб, які характеризуються вказаною поведінкою живить потужна сила підсвідомості, і це додає їм такі якості, як непереборність потягу, вимогливість, ненаситність і імпульсивна безумовність виконання. Адиктивна поведінка характеризується широким спектром патології різної міри потягу – від поведінки, що граничить з нормальним, до важкої психологічної і біологічної залежності.

Аналіз останніх досліджень. Епізодичний інтерес психоаналітиків, що існував спочатку, коли розпочали займатись цією областю розладів, відбитий в рідких коментарях, зроблених засновниками психоаналізу. У той час здавалося, що психопатологія такої глибини вимагає настільки складного лікування, що виходить за межі можливостей класичного психоаналізу. За минулі двадцять років психоаналітичне вчення збагатилося значною кількістю даних і нових поглядів на природу виникнення і методи лікування залежностей. Інтерес до цієї теми виник не випадково: наркотики, здатні викликати важку залежність (наприклад, крек), з кожним роком ставали все доступніше, і, як наслідок, частішали випадки адиктивних розладів. Особливу увагу суспільства привернуло поширення адиктивної поведінки серед підлітків. І тому метою цієї статті є аналітичний огляд наукових джерел щодо проблеми виокремлення психологічних чинників адиктивної поведінки молоді. Психоаналітична теорія показала себе відкритою для нових поглядів в цій галузі: багаточисельні дослідження привели до нового розуміння проблеми, а також до розробки ефективніших терапевтичних процедур. Оцінюючи пацієнтів з важкими формами адиктивної поведінки, ми ставимо собі питання: до якої міри цю поведінку ускладнює їх здатність переносити аналітичний процес? Чи будуть грубі адиктивні порушення перешкоджати розвитку трансферентного неврозу до такої міри, що проведення психоаналізу або психоаналітичної терапії стане неможливим? Менш серйозні форми адиктивної поведінки, що часто позначається як нерегулярні (*casual*) і «розважальні» (*recreational*), зустрічається набагато частіше і зазвичай не враховуються нами при оцінці придатності лікування методами психоаналізу або психоаналітичної терапії. Залишається неясним, чи ускладнює нерегулярне використання наркотиків психоаналітичне лікування і – перш за все – чи буде воно перешкоджати розвитку трансферентного неврозу.

Мета статті. Метою статті є системний аналіз у визначенні психологічних чинників адиктивної поведінки молоді такої як алкоголізм, наркоманія та куріння, а також визначення пріоритетних напрямів у психокорекції.

Виклад основного матеріалу. Розвиток теорії адиктивної поведінки і підходів до його лікування відображає всю історію психоаналітичного мислення. Положення, використовувані психоаналізом при дослідженні адиктивної поведінки, паралельні генеральним лініям еволюції і розвитку психоаналітичної теорії і її клінічного вживання. У сучасній психодинамічній психотерапії представлено три основні напрями психоаналітичної теорії: его-психологія, що бере свій початок з класичної психоаналітичної теорії Фрейда і подальших робіт таких авторів, як Гартманн і Якобсон; теорія об'єктних стосунків, що виникла з робіт представників Британської школи, – Фейрбейрна, Віннікотта, Балінта та інших; нарешті, я-психологія, принципи якої сформулював і розробив Хайнц Кохут, досліджуючи нарцисичні розлади особи.

Основні положення теорії об'єктних стосунків, що позначилися в результаті клінічної роботи, були підтверджені і вдосконалені в дослідженнях Маргарет Малер і її співробітників, що вивчали поведінку немовлят. Спостерігаючи нормальні і аномальні пари «мати-немовля», Малер змогла встановити фази розвитку об'єктних стосунків. Ці емпіричні дослідження сприяли розумінню патогенезу розвитку пограничних станів, при яких психологічний дефіцит стає причиною певної моделі поведінки; у цю групу входять і деякі пацієнти з адиктивними формами поведінки.

У багатьох ранніх статтях алкогольна і наркотична залежності розглядаються не окремо, а «заразом». Розпочнемо з алкоголізму, а потім повернемося до наркотичної залежності. Нерідко психоаналітично орієнтовані терапевти відмовляються від всяких спроб лікувати алкоголіків і наркоманів із-за фрустрації, що виникає в процесі лікування. Процес лікування характеризується частими рецидивами, і інтерпретація несвідомої мотивації сама по собі чинить край слабку дію на поведінку алкоголіка. По одній з теорій, алкоголіки – це гедоністичні індивідууми, що цікавляться тільки гонитвою за задоволенням і що не звертають уваги на почуття навколишніх людей. Ця теорія, ймовірно, заснована на церковному догматі або моральному переконанні в тому, що алкоголізм – це гріхозна слабкість волі. З цього виходить, що боротися з алкоголізмом потрібно правовою дією, а лікування алкоголізму зводиться до подолання власної слабкості або «витягування пацієнта з безодні гріха».

Приголомшуючий успіх Суспільства Анонімних Алкоголіків (САА) підтверджує іншу поширену точку зору: алкоголізм – це хвороба. Хворий діабетом не несе відповідальності за свою хворобу, але цілком

відповідальний за турботу про себе самого. Алкоголік не несе відповідальності за свій алкоголізм, але повністю відповідає за свої дії. У рамках цієї моделі алкоголіки мають природжену схильність до алкоголізму; психологічні чинники грають тут невелику роль. Такий погляд на алкоголізм як на хворобу, що виник, ймовірно, як реакція на тиск моралістів і негуманне, «по-батьківськи-примусове» лікування алкоголіків, останнім часом підтверджується результатами генетичних досліджень. Говорячи про САА, важливо розуміти наступне: хоча анонімні алкоголіки вважають алкоголізм хворобою, їх методи насправді відповідають реальним психологічним потребам членів суспільства і сприяють особовим змінам. Стриманість досягається в контексті дбайливого і уважного відношення до хворого з боку побратимів по нещастю. Досвід стосунків члена групи ОАА з фігурами, що піклуються про нього, може бути інтерналізований; подібним же чином турбота про себе, самоконтроль і самоповага можуть бути інтерналізовані пацієнтом при спілкуванні з психотерапевтом. Це один із способів, яким терапевт може допомогти алкоголікові управляти своїми афектами і контролювати свою імпульсивність. Психодинамічний підхід фокусує або розширює терапевтичний процес, полегшуючи пацієнтові розуміння і концептуалізацію змін, викликаних методом Суспільства Анонімних Алкоголіків.

Більшість експертів по алкоголізму погодилися б з тим, що алкоголізм є гетерогенним розладом з мультифакторною етіологією. Те, що допомагає одному пацієнтові, може не підійти іншому, і тому будь-який метод лікування є предметом безперервних дискусій. Не існує жорсткої програми лікування; усіх пацієнтів слід розглядати індивідуально. До нещастя, модель «алкоголізм – хвороба» привела до деякої депсихологізації алкоголізму. Ті, хто підкреслює важливість психологічних чинників, відмічають, що алкоголіків характеризують не лише складнощі управління афектами і контролю своїх імпульсів; у них порушені і інші функції Его, наприклад, здатність підтримувати самооцінку і піклуватися про себе. Алкоголізм далеко не так простий. Не існує єдиного типу «алкоголіка – людини, схильної до алкоголізму». Нехтування особових відмінностей і індивідуальних психологічних проблем ускладнює спроби зрозуміти, які чинники стають причиною рецидивів, що виникають впродовж хвороби.

Алкогольна залежність, як і інші адикції, виникає у конкретної людини, у особи. Алкоголізм або інші залежності можуть розвинути як результат тривалих невротичних конфліктів, структурного дефіциту, генетичної схильності, сімейних і культурних умов, а також впливу, оточення. Ми більш схильні в причині невротичних конфліктів і структурного дефіциту.

Залежність від вуличних наркотиків (street drugs) також може бути результатом звичайного розвитку комплексних взаємодій між невротичними конфліктами, структурного дефіциту й інших умов. У значній частині літератури, присвяченій відповідним дослідженням, відзначається взаємозв'язок особистісних розладів і депресії з наркотичною залежністю. У цих роботах також висловлюється припущення, що, якщо виникнення пристрасті до марихуани може бути пов'язане з тиском однолітків у підлітковому віці, то виникнення важкої залежності від сильних наркотиків відбувається по іншому сценарію.

Висунуте ранніми дослідниками-психоаналітиками припущення про те, що всі випадки зловживання хімічними речовинами є регресією на оральну стадію психосексуального розвитку, поступилося місцем іншій концепції, відповідно до якої більшість таких випадків мають захисну й адаптивну функції. Використання хімічних речовин може тимчасово змінити регресивні стани, підсилюючи захист Его, спрямовані проти потужних афектів, таких як гнів, сором і депресія. У ранніх психоаналітичних положеннях наркомани часто представлялися гедоністичними шукачами задоволень, схильними до саморуйнування. Сьогодні багато психоаналітиків вважають, що головним в адитивній поведінці є не імпульс до саморуйнування, а дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур й, як наслідок, порушення здатності до самозахисту. По цій же причині наркомани страждають від порушення інших функцій: у них знижена здатність міркувати, порушена саморегуляція афективної сфери, контроль над імпульсами; вони не здатні підтримувати високу самооцінку. Всі ці прояви недостатності створюють відповідні проблеми в об'єктних відносинах, підтвердженням чому є нездатність багатьох адиктів підтримувати близькі міжособистісні відносини й регулювати їх. Додаткові проблеми у взаєминах з людьми створюють нарцистичну уразливість у міжособистісних відносинах, а також нездатність модулювати афекти, пов'язані із близькістю. Залежність від наркотиків, таким чином, можна розглядати як адаптивне поведіння, спрямоване на те, щоб полегшити біль, викликаний афектами, і на якийсь час підвищити здатність володіти собою й функціонувати. Адитивне поведіння є розпачливою спробою вилікувати себе настільки небезпечним «ліками».

Блатт, Берман, Блум-Фешбек, Шугарман, Уилбер і Клебер (Blatt, Berman, Bloom-Feshback, Sugarman, Wilber, Kleber; 1984) провели поглиблене дослідження наркотичної залежності й виявили, що вона визначається низкою факторів: [1] потребою в акумуляції агресії; [2] жагучим бажанням задовольнити прагнення до симбіотичних відносин з материнською фігурою; [3] бажанням послабити депресивний стан. Адикти ведуть неперервну боротьбу з почуттям сорому й провини, відчуттям своєї нікчемності й з підвищеною самокритичністю. У роботах Вермзера (Wurmser; 1974, 1987) підкреслюється, що Супер-Его стає для адитивної особистості

нестерпним, суворим мучителем, від якого вони рятуються втечею в світ наркотиків. Тому караюче Супер-Его адикта повинне залучати нашу увагу не менше, ніж Супер-Его важких невротичних пацієнтів. Багато хто з адиктивних пацієнтів не здатні розпізнавати й ідентифікувати пережиті ними внутрішні почуття; під час сеансу психотерапії терапевт повинен допомогти таким людям ідентифікувати ці почуття.

Кожне нове відкриття в психоаналітичній теорії, що звичайно бере початок у вивченні неврозів (рідше – психозів), допомагало розвитку теорії адиктивної поведінки. До 1926 р., коли з'явилася перша стаття Радо [5], у літературі можна було знайти опис специфічних, окремих аспектів і форм адикції, таких як алкоголізм, алкогольний галюциноз, стан делірія або кокаїнова залежність.

В 1925 р. у психоаналітичному журналі (*The International Journal of Psycho-Analysis*) уперше з'явилася стаття про дію морфії. Описав трьох пацієнтів, що страждають важким органічним захворюванням, яким кололи морфій, і розглянули результати його впливу. Радо починає з базової концепції болю, заспокоєння, снодійного й стимулюючого впливу наркотичних речовин. Він описує стан ейфорії, у тому числі ейфоричні відчуття при прийомі морфії. Радо посилається на дискусію Абрахама про еротичну природу морфієвої ейфорії й сам оцінює фармакогенний оргазм, що відрізняється від оргазму статевого, як одну із цілей уживання наркотиків. Він відзначає, що ейфорія веде до втрати почуття реальності, відходу від неї й появи примітивної лібідинальної організації. Подібна ситуація вважалася кінцевою стадією адикції, багато в чому нагадуючи кінцеві стадії шизофренії, як їх розглядали в той час. Поява примітивної лібідинальної організації характеризується наявністю агресивних інстинктів, спрямованих як усередину, так і назовні. У своїй наступній праці, Радо вводить поняття психотимія (*psychothymis*) і позначає їм тих, хто характеризується сильною тягою до хімічних речовин. Він відзначає, що алкогольна й морфієва залежності пояснюються порушеннями функції лібідо, про що говорили Фрейд й Абрахам. Радо боровся за цільну концепцію адиктивної поведінки в рамках моделі «однієї хвороби». Він повторює висловлену їм же в 1926 р. точку зору, що хімічні речовини, по-перше, полегшують і запобігають біль й, по-друге, викликають почуття насолоди. Задоволення досягається дорогою ціною страждання, самоушкодження й саморуїнування [5, с.21]. Він відстоює ідею напруженої депресії, якій не дається ясного визначення, говорячи, що деякі люди відповідають на фрустрацію напруженою депресією й нетерпимістю до болю. Хімічні речовини можуть викликати бурхливу радість, але це відчуття тимчасове, котре стає лише частиною циклу руйнування. У цьому циклі режим фармакотимії стає реалістичним. Життя виявляється збідненим, і задоволення від статевих відносин заміщається афектом задоволення, що має фармакогенну природу. Оточуюча пацієнтів актуальна реальність може бути змінена для підтримки терапевтичного процесу. Психічну реальність можна стримувати у фазі опору або розширювати в інших фазах. Спроби пацієнтів поодинці витримувати тривалу боротьбу зі своєю залежністю, дотримуючи повної помірності, приносять мало користі. Лікування помірністю могло бути використане лише після того, як пацієнт позбувався від неврозу ушкодження (*crippling neurosis*), здатного привести до суїциду. Адиктивні хворі, чий розлад коренився в неврозі, показували гарні результати в процесі аналітичного лікування, а в психотичних пацієнтів спостерігалися певні поліпшення. У своєму нарисі Фенихель припустив, що хімічна залежність спрямована як проти хворобливих зовнішніх стимулів, так і проти стимулів внутрішніх. Якщо зовнішні стимули можна змінити простою зміною соціальних умов, то не потрібно ніякої спеціальної терапії. Відзначу, що в той час припущення аналітика про наявність терапевтичної користі від соціальних змін в оточенні пацієнта пролунало досить незвичайно. Фенихель також уважав, що терапія буде менш успішною при наявності помітних догенітальних нарцисичних відхилень. Чим менше часу пройшло з моменту виникнення залежності, тим більше шансів на успіх лікування. Попереднє лікування допомагає пацієнтові усвідомити, що він хворий. Не слід очікувати від пацієнта абсолютної помірності на початку лікування.

У своєму повідомленні Севіт спробував знайти специфічну етіологію у вживанні алкоголю. І хоча автор не зневажав інтрапсихічними факторами, він підкреслив роль щирої батьківської турботи й описав типову батьківську констеляцію (*parential constellation*), що, на його думку, приводить до хронічного алкоголізму в чоловіків. Найді продрозділяв алкоголіків на дві групи з різним прогнозом. У «властиво алкоголіків» переважають риси орального характеру – пасивність, гостра потреба (*demandingness*), яскраво виражена залежність. Всі ці характеристики цілком пасують більшості людей, що страждають хімічною залежністю. Севіт підкреслив наявність теплоти в шлунку, що почувають приналежні до цієї групи алкоголіки, а також еротизації ними їжі й прийому медикаментів. У другого типу - регресивних алкоголіків – відмітними рисами були завзятість і схильність до домінування, що відбуваються від анальної стадії. Оральні риси в них менш виявлені, і провокуючі фактори відіграють більшу роль у зміні умов. Ці індивідууми компульсивні, і їхній прогноз не відрізняється від прогнозу інших компульсивних невротиків, у той час як «властиво алкоголізм» із захворюванням набагато більше важким і з гіршим прогнозом.

Варто згадати ще дві чудові статті. Севіт класифікує наркотичну залежність як злоякісний перехідний стан між психоневрозом і психозом. Він розглядає наркотичну залежність як симптомокомплекс, а не як окрему хворобу. Цей симптомокомплекс може бути частиною найрізноманітніших психічних розладів. Характерною

рисую всіх адиктивних процесів є імпульсивність. Севит повторює висновок Феніхеля про те, що адикти діють так, ніби будь-яка напруга грозила їм важкою травмою. Тому їхньою основною метою стає уникнення напруги й болю, а не досягнення задоволення. Будь-яка напруга сприймається як провісник явної погрози існуванню, так само як дитиною сприймається почуття голоду. Севит затверджував, що існуючий погляд на проблему надає надмірного значення простому пошуку задоволення, прагненню випробувати захват, підйом або ейфорію, у той час як розпачлива потреба врятуватися від нестерпного для адиктивної особистості напруги не була виявлена повною мірою. Ейфорія часто триває недовго; сонливість або ступор впливають незабаром після того, як у наркомана пробуджується жагуче бажання прийняти наркотики. Життя наркомана проходить у чергуванні задоволення «наркотичного голоду» і наркотичного ступору, як у житті дитини чергується почуття голоду й сон. Поки напруга не буде повністю знята, адикт залишається в ситуації, що нагадує недиференційований стан немовляти, коли той, ще не здатний вгамовувати напругу, виявляється переповненим стимулами, від яких у нього поки немає адекватного механізму захисту [6, с.43].

У кожної людини присутнє ядро адиктивних процесів, що проявляється в таких м'яких формах, як пристрасть до їжі, тютюну, насолодам або кава. Севіт припустив, що саме мінливості на ранньому етапі формування Его й на етапі його наступного дозрівання, що сприяють фіксації й підтримуючу регресію, значною мірою визначають схильність людини до виникнення руйнівної, патологічної тяги до наркотиків й алкоголю [6, с.47].

Висновки. Таким чином, з метою корекції психіки людини доцільно розробити систему впливу і регуляцію на адиктивну особистість, як психологічного індивідуму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. //Под ред. С.В.Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 207 с.
2. Пятницкая И.Н. Наркомания. – М.: Медицина, 1994. – 119 с.
3. Фрейд А. Психология “Я” и защитные механизмы. // Фролов Ю.И. Психология подростка. – М., 1997. –С. 64 – 90.
4. Якобсон П.М. Чувства, их развитие и воспитание. – М., 1976. – С. 64
5. Rado, S. The psychoanalysis of pharmacothymia. Psychoanal. 1933. – С.1-23.
6. Savitt, R. Psychoanalytic studies on addiction: Ego structure in narcotic addiction. Psychoanal. 1963. – 103 с.

УДК 371.9(075.8)

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗОРОВОГО СПРИЙМАННЯ У ДІТЕЙ З ЗНМ

Корнєв С.І.

кандидат педагогічних наук, доцент
Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П. Драгоманова

У статті вивчаються проблеми сприймання у дітей з вадами мовлення. Представлено результати теоретичного аналізу й експериментального дослідження особливостей сприймання у дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвиненням мовлення.

В статье изучаются проблемы восприятия у детей с нарушениями речи. Представлены результаты теоретического анализа и экспериментального исследования особенностей восприятия у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

The problems of preschool children perception's forming are researched in the article. The results of theoretic analysis and experimental investigation of special features of perception's development of elder preschool children with general speech dissability are represented.

Ключові слова: сприймання, зорове сприймання, порушення мовлення, загальне недорозвинення мовлення, дошкільний вік.

Ключевые слова: восприятие, зрительное восприятие, нарушения речи, общее недоразвитие речи, дошкольный возраст.

Key words: perception, visual perception, violations of speech, general speech dissability, preschool age.