

УДК: 159.922.761 + 376.2

ПРОЯВИ АНТИЦИПАЦІЇ У ПРОЦЕСІ ВИКОНАННЯ ОКОМІРНИХ ЗАВДАНЬ ДІТЬМИ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Романенко О. В.

кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник
Національна академія внутрішніх справ

Стаття присвячена вивченню особливостей формування антиципації в дітей з церебральним паралічем на матеріалі окомірних завдань.

Статья посвящена изучению особенностей формирования антиципации у детей с церебральным параличом на материале глазомерных заданий.

The article is devoted to the exploring to anticipation forming of the children with cerebral palsy of using the eyemeasure tasks.

Ключові слова: діти з церебральним паралічем, антиципація, окомір.

Ключевые слова: дети с церебральным параличом, антиципация, глазомер.

Key word: children with cerebral palsy, anticipation, eyemeasure.

Дослідження мікрогенезу психічної діяльності дітей з церебральним паралічем виступає на разі як одне з актуальних завдань спеціальної психології, оскільки від його вирішення безпосередньо залежить ефективність психокорекційної роботи. У численних дослідженнях зазначається, що процес становлення психічних функцій дитини в дошкільному віці є особливо ускладненим при цьому захворюванні, оскільки різним його формам властиве специфічне ураження окремих аналізаторних систем та їх взаємодії (Р.Я. Абрамович-Лехтман, М.В. Іпполітова, І.І. Мамайчук, О.М. Мастюкова, Г.В. Пятакова, Л.М. Шипіцина та ін.).

Недосконалість координаційної ролі рухово-кінестичного аналізатора при ДЦП обумовлює недостатність аналізаторної діяльності в цілому, спричинює труднощі формування комплексних асоціацій у хворих дітей та затримує формування антиципації – здатності до випереджального відображення дійсності, яка є інтегративним показником психічного розвитку дитини [5].

Велику роль у процесі нормального онтогенезу для становлення антиципації відіграє узгодження роботи руки та ока на ранніх етапах життя. У дітей з церебральним паралічем внаслідок органічного ураження порушуються м'язові схеми довільних рухів, які призводять до закріплення патологічних поз тіла та кінцівок. Недорозвиненість зорового сприймання в поєднанні із запізнаним розвитком предметних дій обмежує можливості дитини активно розглядати предмети, маніпулювати з ними, ускладнює процес оволодіння читанням і письмом. У результаті затримується формування зорових образів, важко формуються уявлення про форму, величину, застосування цих понять у пізнанні навколишнього світу та навчальній діяльності [3].

Уповільнене формування узгодженості рук та очей ускладнює всі процеси, в основі яких лежить антиципація – сприйняття простору, симультанне охоплення елементів тексту при оволодінні читанням і письмом (внаслідок чого дітям важко утримувати поглядом рядок під час читання), утворення образів, виконання окомірних завдань.

Окомір є суттєвим ефектом антиципації сенсорно-перцептивного рівня, що обслуговує організацію та поточну регуляцію актуальних дій, в які вони включені, ґрунтується на структурно-цілісному та осмисленому сприйманні, завдяки якому на основі синтезу минулого досвіду утворюється установка індивіда на кінцевий результат. Окомір виявляється у здатності визначити просторові величини без застосування вимірвальних приладів. Вимірвальна функція мозку забезпечується роботою різних аналізаторних систем.

При виконанні окомірних завдань провідну роль відіграють фіксаційні установки ока, міра стійкості яких є важливим показником психічного розвитку дитини. Ці процеси удосконалюються у складних прицільних актах та ґрунтуються на узгодженості зорово-моторних координацій [2].

Елементарні окомірні операції, зокрема, знаходження середини відрізка, є основою завдань, які виконуються дітьми на уроках математики, праці, малювання. Тому важливим є вивчення вікових особливостей окомірної функції дитини в її найбільш простій загальній формі. Окомірна діяльність, як прояв візуальної антиципації, є результатом спільної роботи руки та ока, – через розкриття її особливостей стає можливим з'ясування ролі оптико-моторної взаємодії у дітей з церебральним паралічем та умов її розвитку в процесі навчання. Завданням нашого дослідження стало вивчення специфіки виконання ними окомірних завдань та

особливостей вікової динаміки цієї здатності від дошкільного до молодшого шкільного віку. В експерименті взяли участь 64 дошкільника з церебральним паралічем та 62 здорових дошкільника, а також 62 молодших школярів з церебральним паралічем та 60 їх здорових однолітків.

У процесі експерименту застосовувалася методика «Перетин» А.З. Гафарова, Є.М. Суркова, Г.В. Суходольського [4]. Вона спрямована на визначення точності окоміру, що ґрунтується на візуальній антиципації при вирішенні класу завдань щодо зіткнення певних об'єктів у просторі. В основі методики лежить ситуація, що передбачає зорову та зорово-моторну екстраполяцію вертикальних відрізків прямих ліній, які досліджуваний має подумки спроектувати на горизонтальну лінію.

Досліджуваному пред'являлося зображення вертикального прямого відрізка довжиною 32 мм. Іншою змінною в експерименті була відстань від кінця вертикального відрізка до пересічення його з горизонтальною лінією тест-об'єкту. Ця відстань дорівнювала 80 мм для серій I і III та 60 мм – для II серії.

Тест-об'єкт – лист білого паперу розміром 210 x 300 мм у формі еліпсу, на якому нанесені чорні лінії. Така форма листа не дозволяє досліджуваному орієнтуватися на його прямих краях, що значно б спрощувало завдання та зводилося б до поділу горизонтальної лінії на пропорційні частини. Вертикальний відрізок прямої був розташований не по центру горизонтальної лінії.

Тест-об'єкт пропонувався таким чином, щоб шуканий вертикальний відрізок співпадав із сагітальною площиною тіла досліджуваного. Перед досліджуванним ставилося завдання подумки продовжити вертикальний відрізок до пересічення з горизонтальною лінією і, як найточніше, вказати олівцем передбачувану точку їх пересічення.

Завдання пропонувалося в ігровій формі. Дитині надавалася така інструкція: «Уяви собі, що на небі хмаринка, і зараз на землю впаде перша крапля дощу. Вітру немає, і вона буде падати прямо. Покажи олівцем місце, куди вона впаде» В інструкції вказувалося, що руку можна підводити до горизонтальної лінії тільки після того, як уявна точка перетину буде визначена, тобто будь-які допоміжні рухи заборонялися.

При виконанні завдання фіксувалися помилки, які включали відхилення від істинної точки перетину як з лівого, так і з правого боку. Величина помилок вимірювалася в мм. Враховуючи особливості рухових порушень при ДЦП, дитині пропонувалося виконати завдання домінуючою рукою. Експеримент був реалізований у трьох серіях дослідів.

Перша серія була спрямована на виявлення діапазону помилок просторової антиципації. Правильно знайдена точка перетину свідчила про успішність просторової антиципації.

Друга серія дослідів передбачала виявлення наявності відхилення помилки в бік, що є протилежним відносно малюючої руки досліджуваного за умови заплучених очей. Під час експерименту дитина мала можливість зорового сприйняття об'єкту протягом 2 секунд, після чого завдання потрібно було виконати із заплученими очима. Якщо завдання виконувалося правою рукою, то вказівний палець лівої руки досліджуваного розташовувався експериментатором на лівому кінці горизонтальної лінії, а кінець олівця – на вертикальному відрізку. Ставлося завдання відвести олівець від листа та на рівні розташування вказівного пальця лівої руки зробити позначення на уявній точці перетину. При виконанні завдань лівою рукою процедура виконання змінювалася в зворотному порядку. В цій серії дослідів довжина вертикального відрізка дорівнювала 32 мм, а відстань до горизонтальної лінії – 60 мм.

У третій серії дослідів завдання досліджуваного полягало в тому, що він сидів за столом, вільно опустивши обидві руки, і тільки за допомогою зору оцінював точку перетину вертикального відрізка з горизонтальною лінією, зіставляючи цю точку з тими положеннями кінчика олівця горизонтальній лінії, яку йому вказував експериментатор. Якщо положення олівця співпадало з обраною досліджуваним точкою перетину, експериментатор відмічав цю точку на горизонтальній лінії, тобто робота руки досліджуваного «виключалася». Це здійснювалося з метою усунути погрішність просторової антиципації, яка могла мати місце внаслідок порушеного тону тіла дітей з церебральним паралічем.

Таким чином, якщо у першій серії дослідів, здійснення антиципації відбувалося на основі зв'язку «рука-око», то в другій серії досліджувалася робота руки за умови виключення зору, а в третій – робота зору за умови виключення роботи рук. Друга та третя серія дослідів були контрольними по відношенню до першої.

Аналіз експериментальних даних дозволив виявити певні особливості антиципації у досліджуваних категорій дошкільників, представлених у табл. 1.

Таблиця 1

Основні статистики розподілу помилок антиципації у дошкільників при виконанні окомірних завдань

Серії дослідів	Діти з церебральним паралічем					Здорові діти					t-Stud
	M	m	min	max	σ	M	m	min	max	σ	
I	4,3	0,21	2	7	1,7	2,1	0,10	1	3	0,8	11
II	5,5	0,48	3	14	3,9	3,0	0,18	2	6	1,4	14,1
III	3,4	0,18	1	6	1,5	2,2	0,10	1	4	0,9	7,5

Як видно з таблиці, при знаходженні середини відрізка у першій серії експериментальних завдань дітям з церебральним паралічем було притаманне середнє вибіркоче значення помилки в 4,3 мм, в той час як у здорових дітей цей показник склав 2,1 мм. При виконанні завдання із заплученими очима помилка хворих дітей становила 5,5 мм, а здорових – 3,0. У третій серії завдань при виключенні роботи руки помилкове значення у дітей з церебральним паралічем склало 3,4 мм, а у їх здорових ровесників – 2,2 мм. Труднощі користування лінійним окоміром, що обумовлена неузгодженою роботою руки та ока, несформованістю просторових уявлень про еталон безпосередньо відобразилися у невмінні хворих дітей уявити розмір предмету та виразити його рухом.

У процесі інтерпретації результатів експерименту виявлено значущі розбіжності показників антиципації у досліджуваних груп за t-критерієм Стюдента: відповідно для серій дослідів $t = 11; 14,1$ та $7,5$ при $p \leq 0,01$.

Результати дослідження антиципації при виконанні окомірних завдань у дітей молодшого шкільного віку представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Основні статистики розподілу помилок антиципації у молодших школярів при виконанні окомірних завдань

Серії дослідів	Діти з церебральним паралічем					Здорові діти					t-Stud
	M	m	min	max	σ	M	m	min	max	σ	
I	4,1	0,11	2	6	0,9	1,8	0,09	1	3	0,7	14,3
II	5,2	0,27	3	11	2,2	2,7	0,16	2	5	1,2	8,9
III	3,1	0,12	1	5	1,0	1,9	0,12	1	4	0,9	3,4

Як ілюструє таблиця, у дітей молодшого шкільного віку зменшується величина помилки окоміру у трьох серіях експерименту. Для дітей з церебральним паралічем ці показники склали 4,1 мм, 5,2 мм та 3,1 мм, в той час, як у їх здорових ровесників – відповідно 1,8 мм, 2,7 мм та 1,9 мм. При порівнянні результатів за t-критерієм Стюдента виявлено достовірні розбіжності в показниках антиципації між досліджуваними групами: відповідно для серій дослідів $t = 14,3; 8,9$ та $3,4$ при $p \leq 0,01$.

Аналіз кількісних показників вказує на те, що в порівнянні з дошкільним віком точність окоміру у молодших школярів підвищується, але характеризується нестійкістю в залежності від виду завдання. В цьому віці діти вже здатні встановлювати відношення рівності та нерівності між об'єктами, але разом з тим показники динаміки поки що не досягають точності, як у дорослих. Пілотажне дослідження на групі дітей 11-12 років показало, що саме на цей вік припадає значне удосконалення антиципації при виконанні окомірних завдань.

Окрім достовірних розбіжностей у точності окоміру, виявлено більшу неоднорідність групи дітей з церебральним паралічем за досліджуваним параметром у порівнянні зі здоровими дітьми як у дошкільному, так і молодшому шкільному віці, на що вказують показники розкиду та стандартного відхилення. Це дає підстави припустити, що розвиток окоміру має індивідуальні властивості в дітей та пов'язаний із процесом природного дозрівання. На індивідуальні вимірвальні особливості дітей накладаються різноманітні порушення сенсорно-перцептивної сфери при ДЦП, зокрема, різна міра узгодженості роботи руки та ока. Найбільшою мірою така неоднорідність виявлялася у другій серії дослідів, коли дитина виконувала завдання із заплученими очима.

З переходом до молодшого шкільного віку ця тенденція стає дещо слабшою (показники розкиду та

стандартного відхилення зменшуються), що може бути обумовлено як дозріванням аналізаторів та удосконаленням їх системної взаємодії, так і ефективністю психокорекційних впливів, розвитком сенсорно-перцептивної антиципації в процесі трудової та навчальної діяльності. Слід відзначити також більш суттєве підвищення показників точності окоміру в дітей із середнім та високим рівнем успішності виконання завдань, в той час як у групі низькоуспішних дітей позитивна динаміка носила менш виражений характер.

Аналіз отриманих результатів вказує на те, що у здорових дітей дошкільного віку приєднання роботи руки призводить до погіршення окоміру, а у молодших школярів – навпаки, в цих умовах спостерігається тенденція до підвищення його точності. Таким чином, відмічається виражена тенденція до удосконалення узгодженої роботи руки та ока з переходом від дошкільного до молодшого шкільного віку при нормальному онтогенезі. Водночас така тенденція виявилася досить слабкою у відношенні дітей з церебральним паралічем, оскільки в них і в молодшому шкільному віці приєднання роботи руки у більшості випадків не сприяло покращенню окоміру, як у здорових дошкільників, а знижувало успішність виконання завдання.

Розбіжності в окомірі у дітей різних вікових категорій вказують на розвиток антиципації внаслідок збагачення досвіду предметної діяльності дитини, що виявляється в узгодженій, координованій роботі руки та ока. У дітей, хворих на ДЦП, внаслідок обмеженості такого досвіду та рухових порушень спостерігалось погіршення результатів окоміру, коли пропонувалося виконати завдання не тільки візуально, але й за допомогою руки, що обумовлює необхідність розвитку окоміру в тих видах діяльності, де кінестезія руки активно включена до практики виміру.

Проведене дослідження показало, що у дошкільників окомір характеризується найбільшою величиною помилки та її стійкістю незалежно від характеру вимірювальних завдань. У шкільному віці відбувається інтенсивне формування окоміру на основі дозрівання внутрішніх регулятивних механізмів, які визначають його стійкість щодо різних умов завдання та обумовлюється віковою перебудовою вимірювальної функції.

Застосування лонгітюдних зрізів дозволило засвідчити різну вікову динаміку окоміру в обох досліджуваних категоріях дітей. Потребують поглибленого аналізу індивідуальні можливості виконання завдань у різних експериментальних серіях. У одних випадках діти демонстрували кращі результати при одночасному використанні руки та ока, а в інших – завдання виконувалося більш успішно при виключенні роботи руки. Також виокремилася група дітей, коли вимірювальна діяльність мала приблизно однакову ефективність у всіх серіях завдань. Це вказує на різні типи співвідношення роботи руки та ока, які є інформативними щодо індивідуального підходу в навчальній діяльності дітей з церебральним паралічем.

У результаті проведення експериментальних завдань виявлено тенденцію до лівосторонньої асиметрії у здорових дітей. Ці дані узгоджуються з результатами психологічних досліджень, в яких доведено, що лівостороння асиметрія полей зору переважає у всіх дошкільників [2]. Одночасно з малою величиною поле зору характеризується великою невизначеністю та варіативністю у дітей у віці 6 років. З віком спостерігається тенденція до скорочення чисельності групи лівосторонньої асиметрії та її зрівнювання з групою правосторонньої асиметрії.

Водночас у дітей з церебральним паралічем, у яких більшою мірою переважає ліворукість, частіше спостерігався зсув помилки вправо. Виразений ефект асиметрії помилок може бути обумовлений підвищенням м'язового тону внаслідок компенсаторного перенапруження м'язів одного з боків тіла (при дії правою рукою – правий бік і навпаки). Зсув помилки окоміру в них в той чи інший бік характеризується певними особливостями та залежить від локалізації ураження, що особливо яскраво виявляється при геміпаретичній формі ДЦП.

При виконанні завдання другої серії дослідів величина помилки збільшувалася. Крім збільшення її значення, в окремих випадках у дітей з церебральним паралічем змінювався знак помилки. Крім того, помилка характеризувалася не тільки зсувом по горизонталі, але й по вертикалі – з заплученими очима діти не доводили олівцем до горизонтальної лінії, незважаючи на те, що палець протилежної руки фіксував її положення. Середнє значення «вертикальної помилки» у другій серії експериментів у дітей з церебральним паралічем становило 5,8 мм у порівнянні зі здоровими дітьми – 2,1 мм, що засвідчує зниження узгодженості, синхронізації роботи рук при ДЦП, нездатність до координації моторики при виключенні зору. При зіставленні експериментальних даних із результатами експертних оцінок педагогів з'ясувалося, що саме ця група дітей характеризувалася найбільшими труднощами при оволодінні навичками письма. Їм властиві складнощі орієнтації на лінію при написанні букв, нерівномірність їх написання, утруднено поєднання елементів букв в ціле, порушена плавність письма.

За результатами експертних оцінок педагогів, недосконалість антиципації, в основі якої лежить окомір, виявляється в дітей з церебральним паралічем на матеріалі типових помилок у дитячих малюнках на уроках малювання. Для них характерно: неправильне розташування малюнку на листі паперу, зменшений розмір зображення; неправильне відтворення просторового положення предмета, внаслідок чого вертикально розташовані предмети зображуються в лежачому чи нахиленому положенні; недотримання пропорційності частин зображення та неправильна передача пропорцій між предметами; побудова малюнку неправильними,

перерваними лініями; утруднення в передачі логіки просторових взаємозв'язків та відношень. Ці та інші труднощі обумовлені порушенням моторики, уявлень, зорово-моторної координації та сенсорної сфери.

Таким чином, недосконалість сенсорно-перцептивної антиципації у хворих дітей супроводжується несформованою цільовою установкою на передачу схожості, що має важливе значення на заняттях з математики, малювання та праці. Порушення окоміру та несформованість образу обумовлюють відсутність схеми та викривлення форми продукту діяльності.

При виконанні завдань третьої серії знижувалася тенденція до асиметричного розподілу. Якщо кількість помилок, обумовлених зсувом як уліво, так і вправо у дітей з нормальним розвитком при відсутності роботи рук практично «зрівнялася», то у деяких хворих на церебральний параліч за допомогою цієї методики можна було фіксувати вплив порушення роботи зорового аналізатора. Поєднання ушкоджень рухового та зорового аналізаторів у дітей з церебральним паралічем обумовлювала грубі помилки візуальної антиципації в діапазоні значення від 10 мм та більше.

Зіставлення результатів дослідів I та II серій вказує на те, що точність антиципуєчого ефекту більшою мірою визначається зоровою функцією в обох досліджуваних категорій дітей. У здорових дітей в актах зорово-моторної антиципації зір коригується за допомогою моторного компоненту, тому число «влучень» у зону істинного перетину вертикального відрізка з горизонталлю було найточнішим у першій серії експериментів, що свідчить на користь узгодженої роботи системи «око-рука».

Різний характер впливу експериментальних умов на точність окоміру в досліджуваних категорій дітей вказує на їх індивідуальні розбіжності щодо спільної, координованої роботи руки та ока у вимірювальній діяльності. У дітей з церебральним паралічем результат роботи цієї системи ускладнюється внаслідок впливу цілої низки інших змінних – наявності гіперкінезів, порушень тону, косоокості, відсутності взаємодії зорового та моторного аналізаторів, компенсаторного перенапруження однієї половини тіла при різних формах геміпарезу. Тому у хворих дітей найбільш успішними процеси антиципації виявилися у третій серії експериментів, коли дія моторного компоненту еліминувалася.

Проведене дослідження свідчить про складну динаміку формування окоміру в дітей як прояву сенсорно-перцептивної антиципації з переходом від дошкільного до молодшого шкільного віку. В цей час відбуваються не тільки кількісні, але й суттєві якісні зміни в процесі зростання зорових просторово-розрізнявальних функцій, які мають великий вплив на розвиток сприйняття простору та пізнавального розвитку в цілому. Крім загальних тенденцій, діагностика сенсорно-перцептивної антиципації на матеріалі окомірних завдань дозволяє виявити індивідуальну специфіку дитини щодо співвідношення узгодженості зорово-рухової сфери, яка безпосередньо відобразиться в процесі предметної, учбової та трудової діяльності, прогнозувати її ефективність та визначати відповідні засоби корекції.

Важливим напрямом роботи, спрямованим на формування уявлень, є заняття з зображувальної діяльності. Враховуючи, що формування графічних навичок є передумовою оволодіння письмом, саме ці навички є головним елементом зображувальної діяльності дітей з церебральним паралічем. З метою формування у хворих дітей графомоторних навичок заняття з зображувальної діяльності доцільно проводити в поєднанні з заняттями з підготовки руки дитини до письма. Таким чином дитина навчається малювати вертикальні й горизонтальні лінії, квадрати, трикутники, круги та овали. При зображенні кожного окремого елемента використовуються наступні прийоми: за опорними лініями, за опорними крапками, тренінг, малювання предметів, простих сюжетів, використання відповідних трафаретів [1].

На заняттях з ручної праці педагогу слід приділяти увагу розвитку окоміру в дітей з церебральним паралічем. Традиційно дітей вчать визначати середину смужки паперу, перегнувши її навпіл та слідкуючи за співпадінням відповідних куточків. Разом з тим перед виконанням цього завдання доцільно запропонувати дитині спочатку визначити уявну середину смужки «на око», позначивши її олівцем, а потім самостійно оцінити правильність окоміру шляхом перегинання. Корисними є також завдання з використанням інструментальної кінестезії, у процесі яких визначення дитиною середини смужки підкріплюється інструментальними діями її руки в процесі виміру.

Ефективність психокорекції окоміру залежатиме від комплексності формувальних впливів, що мають застосовуватися як у процесі навчальних занять, так і на спеціальних заняттях з психологом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Адаптація до умов колективної співпраці / [І.В. Чорна, М.І. П'ята, Г.П. Спіженко та ін.] // Дефектолог. – 2012. – № 2 (62). – С. 4.-11.
2. Ананьев Б.Г. Особенности восприятия пространства у детей / Б.Г. Ананьев, Е.Ф. Рыбалко. – М.: Просвещение. 1964. – 303 с.

3. Детский церебральный паралич: хрестоматия / [составители: Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук]. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2003. – 520 с.
4. Ломов Б.Ф. Антиципация в структуре деятельности / Б.Ф. Ломов, Е.Н. Сурков. – М.: Наука, 1980. – 279 с.
5. Регуш Л. А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего / Л.А. Регуш. – СПб.: Речь, 2003. – 351с.

УДК 371

ПРОЦЕСУАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Руденко Л.М.

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

В статті представлені основні процесуальні характеристики агресивної поведінки. Розкриті основні складові, що можуть вказувати на розвиток порушеної поведінки, а також основні фактори агресивної поведінки

В статье представлены основные процессуальные характеристики агрессивного поведения. Раскрыты основные составляющие, которые могут указывать на развитие нарушенного поведения, а также основные факторы агрессивного поведения.

The article talks about the main processual characteristics of aggressive behavior. Are shown the main components, which can indicate the development of behavior disorders and the main factors of aggressive behavior.

Ключові слова: агресивна поведінка, агресивний стан, компоненти агресивної поведінки, фактори агресивної поведінки, профілі агресивної поведінки

Ключевые слова: агрессивное поведение, агрессивное состояние, компоненты агрессивного поведения, факторы агрессивного поведения, профили агрессивного поведения

Key words: aggressive behavior, aggressive states, components of aggressive behavior, factors of aggressive behavior, profiles of aggressive behavior.

Аналіз підходів і досліджень проблеми агресивної поведінки у дітей свідчить про різноманіття розуміння цього складного психологічного феномену. У європейській та американській психології (А. Адлер, Ф. Алан, А. Бандура, А. Басс, Л. Бендер, Л. Берковиць, Р. Берон, Х. Дельгадо, Дж. Доллард, Д. Зільман, К. Лоренц, Д. Ричардсон, З. Фрейд, Е. Фромм, ін.) простежується тенденція до прагнення більшості вчених трактувати агресію як будь-яку форму поведінки, націленого на образу або заподіяння шкоди іншій живій істоті, що не бажає подібного ставлення і припускає розгляд агресії переважно як моделі поведінки.

Теорії агресії З. Фрейда й К. Лоренца побудовані на поданні агресії як інстинкту; А. Бандура розумів під агресією набуту у процесі навчання модель соціальної поведінки, засвоєну у процесі соціалізації через спостереження відповідного способу дій і соціального підкріплення. І.А. Фурманов розглядав агресивну поведінку як реакцію на кризову ситуацію, що виникає внаслідок депривації або фрустрації актуальних потреб [5].

Спрямованість поведінки визначається системою домінуючих мотивів. Змістовий компонент мотивації вказує на склад актуальних потреб, їх структурну композицію. Коли потреба задовольняється, змінюється спрямованість поведінки на задоволення іншої актуальної потреби. Існує оптимум мотивації, за межами якого виникає емоційна поведінка, пов'язане з адекватністю або неадекватністю реакцій на ситуацію. Задоволення або невдоволення породжує емоційний стан задоволення або невдоволення.

Ситуацію, коли людина зіштовхується з неможливістю реалізації внутрішніх потреб свого життя, можна охарактеризувати як кризову. Дж. Каплан виділяє чотири послідовні стадії кризи:

- 1) первинне зростання напруги, що стимулює звичні способи вирішення проблеми;
- 2) подальше зростання напруги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними;
- 3) збільшення напруги, що потребує мобілізації зовнішніх і внутрішніх ресурсів;
- 4) підвищення тривожності і депресивності, поява почуття безпорадності і безнадійності, дезорганізація особистості та її поведінка, якщо всі спроби реалізувати внутрішні потреби життя виявилися марними.

Напруження, що виникає у кризовій ситуації, а також пов'язані з нею переживання, можуть впливати на появу (посилення) певних особистісних особливостей і моделей поведінки.

Е. Фромм зазначає, що страждання викликає динамічне прагнення перебороти його, спонукає до змін і