

ПРИВАТНЕ АКЦІОНАРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

«ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ
З ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ»

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
БАКАЛАВР

Скупова Олена Олександрівна

Шифр групи: ТУвн-8-22-Б1ПС(4.0здс)

Напрямок/спеціальність: «Психологія»

Освітня програма: «Психологія»

Науковий керівник:
канд. мед. наук, доцент
Рациборинська-Полякова Н.В.

Рішенням засідання кафедри

до захисту допускається

Зав.кафедри _____

«__» _____ 20__ р.

Рецензент:

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ВІКОВИХ ЗМІН ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ.....	6
1.1 Вікові варіанти поведінкової норми та патології.....	6
1.2 Особливості змін поведінки в осіб похилого віку.....	34
Висновки до розділу 1.....	46
РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ШЛЯХОМ ГРУПОВОГО ВПЛИВУ.....	48
2.1 Організація дослідження змін в емоційній сфері в осіб похилого віку.....	48
2.2 Проведення групової психокорекції емоційного стану особам похилого віку.....	50
2.3 Аналіз результатів дослідження динаміки емоційного стану осіб похилого віку внаслідок психокорекції.....	55
Висновки до розділу 2.....	70
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

ВСТУП

Сучасні теорії підкреслюють важливість окремих емоцій у житті людини, особливо в контексті похилого віку, коли емоційні переживання набувають специфічних рис і значення. Фахівці у прикладній психології, а саме з питань психологічного супроводу чи клініко-психологічних аспектів, дедалі частіше приходять до усвідомлення унікальності кожної емоції саме у літніх людей. Особи старшого віку, з якими вони працюють, переживають конкретні почуття, такі як щастя, гнів, страх, сум або відразу, але ці емоції нерідко пов'язані з життєвим досвідом, втратами, змінами соціального статусу чи стану здоров'я, а не лише з абстрактним «емоційним» явищем. Сучасні дослідження емоцій формують значний обсяг знань, які не завжди є безпосередньо корисними для розв'язання конкретних проблем літнього віку. Відтак практика дедалі менше покладається на узагальнені поняття «емоційна проблема», «емоційне порушення» чи «емоційний розлад», натомість психологи спрямовують увагу на аналіз конкретних афектів і афективних комплексів, розглядаючи їх як специфічні мотиваційні феномени в житті людини похилого віку.

Девіантна поведінка являє собою систему вчинків, що суперечать прийнятим у суспільстві нормам, і в осіб похилого віку вона може проявлятися через незбалансованість психічних процесів, труднощі адаптації до вікових змін, порушення самоактуалізації, а також як відхилення від звичних моральних чи естетичних форм самоконтролю. Така поведінка характеризується різноманітною структурою та динамікою: вона може виникати як ізольоване або групове явище, поєднувати декілька клінічних форм або проявлятися як єдина форма, бути стійкою чи ситуативною, а також мати різну спрямованість і соціальну значущість залежно від умов життя літньої людини.

Визначальним для оцінки девіантної поведінки є її взаємодія з дійсністю, оскільки ключовим поняттям норми залишається адаптивність, що в похилому віці означає здатність пристосовуватися до змін у фізичному стані, соціальному оточенні та способі життя. На формування відхилень від норм, їхні клінічні прояви й закономірності істотно впливають етнокультурні, гендерні та, передусім, вікові особливості. Саме у літньому віці ці фактори набувають особливої ваги, оскільки процеси старіння безпосередньо пов'язані зі змінами психоемоційної сфери та поведінки.

Саме тому проблема вивчення вікових деформацій особистості, зокрема в психоемоційній і комунікативній сферах як можливого варіанту девіантної поведінки в похилому віці, є надзвичайно важливою і актуальною. Соціально-психологічна значущість дослідження вікових змін емоційних проявів і емоційної сфери загалом, а також поведінкових девіацій у літніх людей, у поєднанні з недостатнім рівнем методичної розробки цієї проблематики, зумовлює необхідність її глибшого наукового опрацювання та стала підставою для обрання відповідного напрямку дослідження.

Визначальним **об'єктом дослідження** виступають психологічні особливості емоційної сфери та їхнє відображення у поведінці людини літнього віку, а **предметом** - емоційні прояви поведінкових відхилень.

Основна **мета** полягає у вивченні, теоретичному обґрунтуванні і експериментальній перевірці психологічних особливостей вікових деформацій емоційної сфери особистості як одного із варіантів девіантної поведінки, а також у визначенні можливостей їхньої психокорекції.

Відповідно до поставленої мети дослідження сформульовано його основні **завдання**:

- аналіз психологічних, філософських, медичних, культурологічних та соціальних аспектів проблеми змін особистості і її проявів у вікових змінах емоційної сфери,

- визначення змісту та ступеня вираженості психологічних проявів змін особистості у літніх людей разом із оцінкою можливостей їх корекції шляхом групової психотерапії.

Методологічною базою дослідження є огляд теоретичних концепцій, що з одного боку пояснюють різні підходи до оцінки поведінкової норми, патології та девіацій, а з іншого - розкривають природу емоційної сфери людини.

Для реалізації поставлених завдань застосовувався комплекс взаємодоповнюючих **методів**, серед яких спостереження, бесіда, психодіагностичне обстеження, а також групова психокорекція.

Науково-практична цінність роботи полягає у відображенні особливостей змін особистості та психічного стану літніх людей, що становить основу для подальшого розвитку досліджень цієї проблеми та сприяє організації психологічної роботи з відповідною категорією осіб. Отримані матеріали можуть бути використані при формуванні навчальних програм у сферах практичної, соціальної та медичної психології, психодіагностики, а також основ психологічного консультування і психокорекції.

Наукова новизна дослідження полягає у виявленні психолемоційних особливостей деформації особистості у людей літнього віку як варіанту девіантної поведінки, а також у методологічному обґрунтуванні психодіагностичних та психокорекційних підходів до цієї проблеми.

Структура роботи містить два розділи, сім підрозділів роботи, ілюстрована 10 таблицями, 12 рисунками, 66 використаних джерел, з них 17 англomовних, загальний обсяг роботи 83 сторінок, 70 сторінок – основна частина.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ВІКОВИХ ЗМІН ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ

1.1 Вікові варіанти поведінкової норми та патології

Сучасний стан у галузі наук, що досліджують поведінку людини, радше характеризується протистоянням, ніж співпрацею. Поведінкові явища зазвичай аналізуються упереджено в межах окремих наукових спільнот, що перешкоджає отриманню об'єктивних знань про цей, безперечно, міждисциплінарний предмет. Психологія девіантної поведінки є міждисциплінарною сферою наукового знання, яка вивчає механізми виникнення, формування, розвитку та наслідків поведінки, що відхиляється від різних норм, а також способи і методи її корекції та терапії. Ця дисципліна знаходиться на перетині клінічної психології та психіатрії, і для її опанування необхідні знання та навички з обох зазначених галузей [1, 3, 9, 10, 17, 19, 25, 34, 37, 48].

Одним із ключових аспектів дослідження вікових особливостей девіантної поведінки є визначення критеріїв вікової норми [4, 5, 8, 12, 18, 25, 37, 42, 47, 55, 65, 66]. Під цим поняттям зазвичай розуміють певну модель поведінки та систему соціальних очікувань, яким має відповідати людина, щоб її дії сприймалися як адекватні її віковому етапу. Оцінюючи відповідність віковій нормі, доцільно враховувати не лише загальні риси поведінки, а й специфічні стилі діяльності, притаманні особам певного віку. Йдеться, зокрема, про здатність до ефективного та толерантного спілкування, рівень розвитку самоконтролю і вольових якостей, інтелектуальні можливості, що включають уміння планувати й передбачати результати власних дій, а також про емоційну врівноваженість. Важливу роль відіграють і психомоторні характеристики, такі як міміка та жестикуляція, а також особливості усного й

письмового мовлення, які відображають загальний рівень психічного функціонування.

З позицій вікового підходу будь-які відхилення в поведінці розглядаються крізь призму відповідності чи невідповідності цим нормам. Якщо поведінка людини виходить за межі прийнятих вікових шаблонів або суперечить усталеним соціальним очікуванням, її можуть трактувати як девіантну. Такі відхилення можуть проявлятися як у кількісних змінах, наприклад у вигляді надмірного вираження певних рис або, навпаки, їх недостатнього розвитку, що проявляється у відставанні чи передчасному випередженні вікових стандартів, так і в якісних трансформаціях, коли змінюється сама структура поведінки.

Особливої уваги потребують вікові зміни психіки у людей похилого віку, зокрема при розвитку деменцій різного походження - атеросклеротичного, травматичного, нейроінфекційного чи атрофічного [8, 11, 12, 14, 16, 20, 28, 29, 31, 46]. У таких випадках поведінкові порушення часто зумовлені спотвореним сприйняттям реальності. Людина може неправильно інтерпретувати слова й дії оточення, надаючи їм ворожого або образливого змісту. Нерідко виникає переконання, що інші люди навмисно завдають шкоди: крадуть речі, псують майно, створюють шум або провокують конфлікти. Унаслідок цього формується підвищена підозрілість, яка поєднується з дратівливістю, схильністю до постійного невдоволення, буркотливостю та емоційною напруженістю. Агресивні реакції в подібних ситуаціях виступають не стільки свідомим вибором, скільки наслідком глибоких когнітивних і емоційних змін, характерних для пізнього віку.

Самотність можна розглядати як один із варіантів девіантної поведінки, що формується під впливом багатьох чинників і має складну психологічну природу. Вона нерідко виникає на тлі невротичних або інших психопатологічних станів, зокрема депресії, коли людина переживає глибоке почуття ізолюваності, нерозуміння та внутрішньої порожнечі. Відчуття власної нікчемності й відірваності від інших може також бути пов'язане з

особливостями характеру, наприклад із дистимічними чи сенситивними акцентуаціями, де схильність до замкненості та самозаглиблення стає стійкою рисою.

Аналізуючи феномен самотності, застосовують різні підходи до його осмислення, підкреслюючи, що це явище не зводиться лише до фізичної ізоляції. Самотність включає також емоційний компонент, який підкріплює відхід від соціальної реальності. Саме через емоційну оцінку власного стану можна розмежувати гармонійні й дисгармонійні форми самотності. У першому випадку людина може сприймати свою ізолюваність як нейтральний або навіть прийнятний стан, що не викликає внутрішнього конфлікту. У другому - самотність супроводжується болісними переживаннями, почуттям покинутості та психологічного дискомфорту. Водночас доцільно відрізнити власне самотність, яка включає суб'єктивне переживання цього стану, від аутизму як психопатологічного явища, що проявляється переважно у зовнішніх ознаках ізоляції без обов'язкового емоційного усвідомлення.

Подальша диференціація може бути описана різними варіантами самотності, залежно від її внутрішнього переживання та зовнішніх умов. У деяких випадках самотність може мати конструктивний характер і сприяти внутрішньому розвитку, відкриттю нових форм свободи або переосмисленню взаємин із людьми. В інших ситуаціях вона набуває деструктивного змісту, пов'язаного з відчуженням як від власного «Я», так і від соціального оточення, причому навіть перебування серед інших не усуває цього відчуття. Окремо можна говорити про самотність, зумовлену обставинами, коли людина свідомо шукає усамітнення для отримання нового досвіду, або ж про вимушену ізоляцію, спричинену життєвими втратами, яка часто супроводжується важкими емоційними переживаннями.

Тривалий час у психології девіантної поведінки основна увага приділялася дітям і підліткам [4, 15, 30, 47, 51 52, 54, 59, 61, 62], тоді як особливості відхилень у дорослому та похилому віці залишалися недостатньо вивченими. Проте сучасні підходи, зокрема феноменологічна психологія,

довели, що девіації можуть виникати на будь-якому етапі життєвого шляху. Поведінкові відхилення у зрілому й літньому віці мають власну специфіку та не обмежуються лише правопорушеннями, а охоплюють широкий спектр змін у психічній діяльності та соціальній взаємодії [8, 11, 12, 14, 16, 20, 28, 29, 31, 44, 45, 50, 53, 56, 57, 64].

Вікові особливості комунікативної сфери також істотно впливають на прояви девіантної поведінки. У дитячому та підлітковому віці потреба у спілкуванні значно вища, ніж у дорослому чи похилому, що зумовлює більш інтенсивні емоційні реакції на соціальний тиск або відторгнення, наприклад у формі бойкоту. Водночас комунікативна компетентність передбачає здатність адекватно розуміти психологічний стан іншої людини, інтерпретувати її наміри та будувати ефективну взаємодію. Вона включає уважність до позиції співрозмовника, чутливість до його емоційних і невербальних проявів, прагнення до всебічного сприйняття особистості партнера та вміння слухати.

Не менш важливим компонентом є комунікативна толерантність, яка відображає здатність людини приймати індивідуальні особливості інших, навіть якщо вони здаються неприйнятними або незрозумілими. Вона проявляється у ставленні до способу мислення співрозмовника, його цінностей, моральних норм, естетичних уподобань, емоційних реакцій і сенсорного досвіду. Рівень такої толерантності значною мірою визначає якість соціальних контактів і може або сприяти гармонійній взаємодії, або, навпаки, посилювати ізоляцію та відчуження, що особливо актуально в контексті вікових змін психіки та формування самотності в осіб похилого віку.

Самотність можна розглядати як один із варіантів девіантної поведінки, що формується під впливом багатьох чинників і має складну психологічну природу. Вона нерідко виникає на тлі невротичних або інших психопатологічних станів, зокрема депресії, коли людина переживає глибоке почуття ізолюваності, нерозуміння та внутрішньої порожнечі. Відчуття власної нікчемності й відірваності від інших може також бути пов'язане з особливостями характеру, наприклад із дистимічними чи сенситивними

акцентуаціями, де схильність до замкненості та самозаглиблення стає стійкою рисою.

Можна стверджувати, що комунікативні характеристики людини мають вікову зумовленість і власні норми. З віком комунікативна компетентність зростає, тоді як комунікативна толерантність часто змінюється хвилеподібно. Найвищий рівень толерантності зазвичай притаманний дорослій зрілій особі, тоді як у дітей і людей похилого віку вона може бути зниженою.

До особливостей саморегуляції діяльності або самоконтролю належать способи, моделі, стилі, патерни контролю власних дій та емоцій. Вони відображають межі допустимої, з точки зору індивіда, взаємодії з оточенням. У дитячому та підлітковому віці саморегуляція має нестійкий, пошуковий характер, тоді як у дорослому та літньому віці вона набуває більшої стабільності [12, 16, 18, 35, 36, 39].

Саморегуляція ґрунтується на самооцінці та самосвідомості особистості, рівні домагань і специфіці вибору цілей. У молодому віці, на відміну від інших періодів, частіше спостерігаються крайні варіанти самооцінки, такі як завищена або занижена, а також її значні коливання й зміни. Водночас у зрілому та похилому віці в нормі самооцінка є відносно стабільною. Механізми вибору цілей також мають вікову нормативну специфіку. У нормі протягом життя формується здатність розрізняти цілі різного рівня в поточній діяльності, змінювати дистанції між ними залежно від обставин, а також виробляється вміння займати певну відсторонену позицію спостерігача щодо ситуації. При девіантній поведінці, зокрема за наявності характерологічних патологій, відстань між реальними й ідеальними цілями зазвичай мінімальна, а цільові структури залишаються жорсткими, негнучкими та позбавленими вираженої динаміки змін.

Особливості інтелектуальної діяльності в цьому контексті включають здатність точно та адекватно розуміти дії й наміри інших людей, передбачати їхні вчинки, а також планувати й прогнозувати власну діяльність. У психології ці характеристики позначаються терміном антиципаційні можливості. Як і

інші психічні функції, вони мають вікові закономірності розвитку. Відомо, що в нормі антиципаційні здібності формуються у дитини до чотирнадцяти років. До цього віку вона ще не здатна точно передбачати перебіг подій і ефективно планувати свої дії. Найбільшою мірою антиципаційні можливості зазвичай проявляються у людей похилого віку, що пов'язано як із процесом соціалізації, так і зі зростанням рівня тривожності, яке спричиняє схильність висувати надмірну кількість варіантів розвитку подій, або поліваріантний тип імовірнісного прогнозування, та готуватися до них.

До вікових особливостей емоційного реагування належать переважання та домінування певних емоцій і почуттів у людей різного віку. Враховуючи, що емоції є наслідком задоволення або незадоволення потреб, а також відповідності чи невідповідності очікувань людини реальності, і мають вікове забарвлення, можна виокремити специфічні емоційні переживання. Так, у дитячому та підлітковому віці частіше, ніж в інші періоди, спостерігаються такі переживання, як подив, радість, образа, розчарування, здивування та страх. У людей похилого віку частіше відзначаються депресивні стани та сентиментальність. Відрізняються також різноманітність і інтенсивність переживань: від широкого, яскравого й інколи надмірного спектра у дітей до обмеженого та більш одноманітного у літніх людей. Багато почуттів, зокрема естетичні, у нормі формуються лише в процесі дорослішання. Характерним переважно для зрілих осіб є також почуття ревності.

Специфічні вікові закономірності простежуються і в сфері психомоторних характеристик, зокрема в міміці, жестикуляції та манері ходи. Дитина й підліток, порівняно з дорослим, а тим більше з літньою людиною, частіше демонструють підвищену рухову та мовленнєву активність. Моторика юнака вирізняється імпульсивністю, швидкістю, спритністю та жвавістю. У нормі його міміка є динамічною, різноманітною й виразною, а жестикуляція — активною та емоційно насиченою. Саме тому окремі психопатологічні розлади характерні переважно для дитячого віку. До них належить гіперкінетичний синдром, що супроводжується надмірною руховою

активністю й навіть психомоторним збудженням. Водночас моторика літньої людини характеризується уповільненістю, плавністю, часто гіршою координацією та певною незграбністю.

Стиль усного й писемного мовлення в нормі, як і психомоторні особливості, має вікову специфіку. Як правило, більш виражена та активна мовленнєва діяльність спостерігається у молодшому віці. Мовлення відрізняється за темпом і швидкістю. У літніх людей темп мовлення сповільнюється, з'являється його ритмічна одноманітність. Особливості писемного мовлення проявляються в характері почерку, який із віком стає більш стабільним і усталеним.

До критеріїв нормальності й відхилень у дитини, дорослої та літньої людини доцільно відносити суб'єктивну задоволеність, яка більш притаманна зрілій особистості, ніж дитині чи підлітку; ідентичність, що набуває стійкості лише приблизно до 5–6 років; інтегрованість і цілісність, які формуються в процесі тривалої соціалізації; автономність чи незалежність, характерну для гармонійно розвиненого дорослого; адекватність сприйняття реальності; здатність до адекватного самопізнання, самопереживання та самооцінки; толерантність до фрустрації; стійкість до стресу; соціальну адаптованість; а також оптимальні форми самоствердження.

Наявність вікових варіантів девіантної поведінки відображає сталі відмінності у психології людей різного віку, зокрема їхню ціннісно-мотиваційну специфіку. Відомо, що психологія підлітка значною мірою визначається прагненням бути задоволеним власною зовнішністю та мати можливість активно взаємодіяти з однолітками; для зрілої людини характерна орієнтація на такі соціально значущі аспекти, як престиж, авторитет, імідж, реноме, репутація, матеріальне забезпечення та сімейне благополуччя; тоді як психологія літньої людини ґрунтується на цінності самого життя, передусім його тривалості та відносної безтурботності. Виходячи з цих потреб, девіантні форми поведінки можуть торкатися найбільш значущих сфер життєдіяльності, що й зумовлює існування їхніх вікових варіантів.

Специфічних девіацій поведінки, притаманних виключно періоду дорослості, небагато, зокрема, трудоголізм, тоді як порушень, характерних переважно для людей похилого віку, існує значно більше. До них, зокрема, належать форми поведінки, пов'язані з ідеями збитку, езопова та іпохондрична поведінка.

Існує думка, що процес аномального старіння, якщо розглядати з позицій психопатології, охоплює шість етапів: на першому етапі дедалі більшої ваги набувають не події реального життя, а повторювані спогади про минуле; на другому поступово посилюється погіршення пам'яті; на третьому реальність починає сприйматися як нереальна й дедалі більше віддаляється; на четвертому виникають розгубленість і безпорадність, згодом апатія до навколишнього, яку змінює дезорієнтація в подіях; на п'ятому свідомість дезінтегрується, з'являються такі клінічні прояви, як сплутаність і стареча аменція; на шостому безпорадність стає повною, наближаючись до стану немовляти.

Відхильна поведінка, зумовлена ідеями збитку, у літньої людини проявляється у формі підозрілості та недовіри до оточення, найчастіше до тих, хто проживає поруч, а саме родичів та сусідів. Такі особи переконані, що близькі за їхньої відсутності, прагнучи позбутися їх або «зіпсувати нерви й здоров'я», псують їхні речі, меблі, взуття, одяг чи їжу. Літня людина часто шукає і «знаходить» підтвердження своїх підозр, як от тріщини на підборах взуття чи дрібні дірки на старому пальті. У результаті вона стає дратівливою, схильною до гніву, наполегливо шукає «справедливості» та вимагає покарання для сусідів або родичів.

Егоцентрична поведінка вважається характерною для людей похилого віку, коли особа втрачає інтерес до життя близьких і зосереджує всю увагу на власних проблемах. Егоцентризм проявляється у такій поведінці, що ігнорує будь-які події, які не стосуються безпосередньо її самої. Коло життєвих інтересів звужується до аналізу фізіологічних процесів (харчування, дефекації, сечовиділення, сну). Зазвичай ця девіація проявляється під час спілкування

літньої людини з дітьми чи онуками. Виникає підвищена вимогливість до них, прагнення нав'язувати поведінку, спрямовану на створення максимально комфортних умов для себе. Іноді відхилення в поведінці набувають форми шантажу або торгу з родичами: «якщо не купиш фрукти - викреслю із заповіту».

Різновидом езопової поведінки вважається іпохондрична поведінка, сутність якої полягає у прагненні привернути увагу оточення до стану власного здоров'я. Такі особи створюють для родичів складні умови співіснування, апелюючи до своїх недуг, вимагають дотримання особливого режиму як удома, так і в лікарні, а також схильні перебільшувати тяжкість свого стану. Нерідко літня людина наполягає на тому, щоб хтось із родичів залишив власну сім'ю та проживав разом із нею задля запобігання можливому погіршенню здоров'я або смерті.

Перелічені форми девіантної поведінки у представників різних вікових груп мають свою специфіку та можуть бути характерними переважно для певного віку [4, 5, 8, 12, 18, 25, 37, 42, 47, 55, 65, 66]. Водночас вікові відмінності проявляються і в клінічних особливостях інших форм поведінки. Деякі з них зустрічаються здебільшого або виключно у людей певного віку, що має значення для процесу діагностики.

Суттєві вікові відмінності простежуються і в межах і віктимної, і суїцидальної, і агресивної поведінки [2, 13, 14, 15, 24, 26, 27, 30, 38, 43, 47, 50, 54, 58]. Відомо, що фізична агресія частіше характерна для молодих людей і осіб працездатного віку та значно рідше спостерігається у літніх, що зумовлено зниженням загального рівня агресивності через вікове зменшення активності та фізичної сили. Психологічна агресія не демонструє настільки вираженої вікової динаміки. Найбільш помітні відмінності виявляються у сфері сексуально агресивної поведінки.

Аутоагресивна, в тому числі суїцидальна, поведінка у представників різних вікових груп має власні особливості та закономірності, відрізняючись за частотою, вибором способів самогубства й мотивацією. Відомо, що

психологічні механізми суїцидальної поведінки підлітків, людей працездатного віку та осіб похилого віку суттєво різняться. За даними більшості дослідників, вік впливає на частоту різних форм суїцидальних дій. Спроби самогубства частіше здійснюють молоді люди до 29 років, тоді як у старших вікових групах їхня частота значно знижується. Водночас імовірність завершеного самогубства з віком зростає. Суїцидальні дії літніх людей зазвичай є більш продуманими й позбавленими маніпулятивного характеру, тоді як у молоді вони частіше мають демонстративний або маніпулятивний характер.

Можна виокремити кілька вікових піків суїцидальної активності. Перший припадає на юнацький і молодий вік, приблизно від 18 до 25 років. До чинників, що зумовлюють і провокують суїцидальні спроби в молоді, поряд із тяжкими психічними розладами, належать конфлікти самооцінки, відчуття самотності та ізоляції, порушення міжособистісних взаємин, незадоволеність власною зовнішністю, розчарування у стосунках із протилежною статтю, а також депресивні стани. Отже, в молодому віці часто такі спроби мають ситуативний характер і з часом, через один-два роки, втрачають свою значущість.

У середньому віці кількість маніпулятивних суїцидальних спроб зменшується, натомість зростає частка завершених суїцидів. Найчастіше вони зумовлені глибокими інтимно-особистісними переживаннями, такими як зрада, ревності чи відчуття зраженості. У людей похилого віку основними причинами суїцидальної поведінки стають страх самотності, безпорадності, тяжких невиліковних захворювань і пов'язаних із ними страждань. Суїцидологи підкреслюють, що зміст психогенних конфліктів і типи психогенних суїцидонебезпечних реакцій змінюються залежно від вікових етапів інволюції та індивідуально-особистісних особливостей суїцидентів.

З урахуванням змісту психогенних конфліктів і типів психогенних суїцидонебезпечних реакцій, які залежать від вікових етапів інволюції та індивідуальних особливостей суїцидентів, виокремлюють кілька груп.

У віці 45-55 років спостерігаються суїцидонебезпечні психогенні реакції за типом інтимно-особистісних «катастроф». Одні з них виникають унаслідок таких психотравмуючих переживань, як раптова зрада одного з подружжя, частіше чоловіка, його вихід із сім'ї з наміром розлучення, залишення близьких без емоційної підтримки та необхідної родинної участі. У такій конфліктній ситуації, за умов порушених подружніх стосунків, той, хто йде, починає «пошук нового», радикально змінюючи свої попередні життєві погляди та уявлення про сім'ю, нерідко відмовляючись від традиційних сімейних цінностей. Вибір нової життєвої позиції зазвичай відбувається під впливом емоційно насичених переживань, із відходом від повсякденного сімейного життя, без урахування можливого зниження соціального статусу та матеріальних втрат. Водночас у покинутого партнера формується гостре й глибоке відчуття несправедливої образи, зради та втрати, переживання життєвого «глухого кута», безвиході та тяжкої самотності.

Іншою психотравмуючою обставиною, що може спричинити реакції типу інтимно-особистісних «катастроф», є смерть одного з подружжя або значущого друга. Цей варіант реакцій характеризується високою психічною напругою, депресивним сприйняттям теперішнього і майбутнього, відсутністю життєвих планів і прагнень, а також вираженням почуттям безнадійності, беспорядності й самотності. Такі стани мають тенденцію до затяжного перебігу. На всіх етапах їх формування дослідники відзначають високий рівень суїцидального ризику, що супроводжується справжніми суїцидальними намірами.

У віці 55-65 років дослідники виявляють кризові стани, що виникають у відповідь на вимушений або небажаний вихід на пенсію, пониження на посаді, а також неможливість реалізації власних творчих задумів. У таких випадках формуються різні варіанти непатологічних ситуаційних реакцій, найчастіше за типом песимістичних реакцій і реакцій демобілізації. На тлі зниження соціального статусу, що суттєво дезадаптує особистість, з'являється песимістичне сприйняття дійсності з роздумами про втрату цінностей,

відсутність перспектив і наближення старості. Домінує пригнічений настрій із певним іпохондричним забарвленням. Важливим психотравмуючим чинником у цей період може бути також поєднання зниження соціального статусу із втратою сексуального престижу, що нерідко призводить до інтимних порушень у сім'ї та подальшого емоційного відчуження. Таке поєднання, у взаємодії з особистісними рисами, вважається дослідниками одним із найбільш суїцидонебезпечних. Реакції демобілізації зазвичай проявляються зниженням активності в різних сферах життя, втратою інтересів, фіксацією на думках про власну непотрібність і нікчемність. Виникають болісні роздуми про сенс життя, неминучість старіння та смерті. При цьому думки про смерть, як правило, залишаються на рівні міркувань, без справжнього бажання померти й без активних суїцидальних намірів.

У віці 65–75 років спостерігаються психогенні реакції депресивного типу з переживанням почуття збитку, ущемлення та несправедливого ставлення до літньої людини з боку членів родини. Часто такі стани виникають на ґрунті майнових конфліктів. Переживання мають ригідний, малорухомий характер і зазвичай поєднуються із соматичними або іншими хронічними захворюваннями. На цьому етапі інволюції фахівці вважають особливо небезпечним перехід депресивної психогенної реакції в опозиційну у практично здорових осіб без вираженої соматичної патології. Зазвичай це відбувається при загостренні внутрішньосімейних стосунків, особливо з дорослими дітьми чи їхніми сім'ями. У таких випадках депресивні реакції трансформуються в опозиційні, де провідними стають підвищена вимогливість і наполегливість у відстоюванні втрачених позицій і нереалізованих планів.

З урахуванням того, що сексуальність людини зазнає закономірних вікових змін, можна констатувати наявність істотних вікових відмінностей і в проявах сексуальних девіацій та перверсій.

У підлітковому віці девіантна поведінка відзначається груповим характером і нестабільністю. Для дорослих і літніх людей надцінні захоплення

не є типовими, однак у похилому віці можуть формуватися такі явища, як сутяжництво та кверулянтство.

Як уже зазначалося, комунікативні особливості представників різних вікових груп істотно різняться, тому можна стверджувати, що діагностика комунікативних девіацій повинна мати вікову специфіку. Аутистична поведінка у підлітків і літніх людей має суттєві відмінності. Поведінка, зумовлена ревностями, найчастіше спостерігається в осіб середнього віку.

Відхильна поведінка у формі аморальних вчинків практично не має виражених вікових особливостей. Це знаходить відображення у стилі одягу та взуття, зовнішньому вигляді, манері ходи, мовних стереотипах, зокрема сленгу, а також у стилі взаємодії з оточенням.

Сучасний стан наук, що досліджують поведінку людини, радше характеризується протистоянням, ніж співпрацею. Поведінкові явища зазвичай аналізуються упереджено в межах окремих наукових спільнот, що не сприяє отриманню об'єктивного знання про цей предмет, який має беззаперечно міждисциплінарний характер. Психологія девіантної поведінки є міждисциплінарною галуззю наукового знання, що вивчає механізми виникнення, формування, динаміку та наслідки поведінки, яка відхиляється від різних норм, а також способи й методи її корекції та терапії [6, 23, 25, 32, 33, 49, 63]. Ця дисципліна знаходиться на перетині клінічної психології та психіатрії, і її опанування потребує відповідних знань і навичок із цих галузей.

Психологія девіантної або відхильної поведінки у віковому контексті є типовим прикладом наукової сфери, в якій знання, здобуті представниками різних спеціальностей, досі не призвели до формування окремої цілісної дисципліни. Причиною цього є суперечності між ортодоксально психологічним і ортодоксально психіатричним підходами до розуміння поведінки, що відхиляється від норми. Дискусійними залишаються питання про те, чи слід розглядати девіантну поведінку як патологію (тобто як прояви психічних розладів, що описуються через симптоми й синдроми), чи ж її варто трактувати як крайні варіанти норми; чи є такі форми поведінки стадіями

психопатологічних порушень чи донозологічними станами, чи між патологічними розладами поведінки та девіантними проявами існує принципова межа; які причини зумовлюють відхилення в поведінці, або їх психогенез, як от порушення діяльності мозку, дефіцит навичок адаптивної поведінки чи невідповідність соціальним очікуванням; а також які засоби необхідні для відновлення адекватної поведінки, психофармакологічне лікування чи психологічна корекція, які саме підходи в складі психологічного супроводу.

Для аналізу механізмів поведінкових девіацій важливе значення мають знання, накопичені в різних галузях, зокрема клінічній психології, патопсихології, нейропсихології, віковій і сімейній психології, загальній психології та психології особистості, психіатрії, психосоматиці, педагогіці та інших дисциплінах [6, 23, 25, 32, 33, 49, 63].

До недавнього часу спостерігалася тенденція відокремлювати проблематику психології девіантної поведінки від суміжних наукових напрямів, що призводило й продовжує призводити до однобічного та упередженого трактування складних теоретичних і практичних аспектів поведінки, яка відхиляється від загальноприйнятих норм. Найбільш поширеною є спроба протиставити психологію та психопатологію девіантної поведінки, чітко розмежувати явища здорової та патологічної психічної діяльності, що, на нашу думку, є хибним підходом. Наслідком такого бачення стають спроби виокремлення девіацій «у межах психічної норми» та при психопатологічних розладах, причому останні пропонується позначати іншими термінами, відмінними від поняття девіації [1, 9, 26, 39, 48].

Наведений вище поширений підхід, що базується на ортодоксальних принципах, з одного боку, не забезпечує всебічного, об'єктивного й неупередженого аналізу механізмів психогенезу, тобто психічних процесів, які лежать в основі формування девіацій, а з іншого, не дає змоги надавати адекватну та ефективну допомогу. Консервативність цієї позиції проявляється

у прагненні перекласти або уникнути відповідальності за виникнення та наслідки девіантної поведінки.

Можна стверджувати, що психологія девіантної поведінки займає проміжне місце у спектрі наукових дисциплін, на одному полюсі якого розташована психіатрія, разом із психопатологією та патопсихологією, а на іншому загальна психологія. Принципові відмінності між цими крайніми позиціями полягають у підходах до діагностики та терапії поведінкових девіацій. Слід визнати, що ймовірність виявлення психопатологічних симптомів і так званих поведінкових розладів представником психіатричної школи значно вища, ніж у представника психологічного напрямку. Таким чином, один і той самий поведінковий прояв у вигляді девіації може трактуватися фахівцями як психопатологічний симптом або як психологічний феномен.

Діагностика девіантної поведінки нерідко ускладнюється через причини, які мають радше суб'єктивний, ніж об'єктивний характер. Це пов'язано з тим, що спроби однозначно кваліфікувати певну поведінку як відхилення чи навіть патологічну призводять до ігнорування ключового принципу діагностики, який передбачає врахування реального життєвого контексту людини. У цьому зв'язку слушним є зауваження про те, що девіантна поведінка не лише така, що відрізняється від норм або прийнятих у суспільстві стандартів, але й така, що не відповідає соціальним очікуванням. Водночас соціальні очікування визначаються соціальним статусом особи, її етнічною та культурною належністю, віком, статтю, професією та іншими чинниками.

Предметом вивчення психології девіантної поведінки є ситуаційні реакції, що відхиляються від різних норм, психічні стани, а також особистісні розвитку, які призводять до дезадаптації людини в суспільстві та/або порушення самоактуалізації й самоприйняття внаслідок сформованих неадекватних поведінкових патернів. Для оцінювання типів, форм і структури девіантної поведінки необхідно чітко розуміти, від яких саме соціальних норм

відбувається відхилення. Норма розглядається як феномен групової свідомості, що відображає спільні уявлення та часткові судження членів групи щодо вимог до поведінки з урахуванням їхніх соціальних ролей; ці норми забезпечують оптимальні умови існування, взаємодіють із соціальною реальністю та водночас її відображають і формують.

Поведінкова патологія передбачає наявність у поведінці людини таких характеристик, як схильність до дезадаптації, тотальність і стабільність. Під схильністю до дезадаптації мається на увазі існування таких поведінкових патернів, які перешкоджають повноцінній адаптації людини в суспільстві та проявляються у формі конфліктності, незадоволеності взаємодією з оточенням, протистояння реальності або соціально-психологічної ізоляції. Поряд із міжособистісною дезадаптацією, спрямованою назовні, існує й внутрішньоособистісна, коли поведінка відображає незадоволеність собою, неприйняття себе як цілісної та значущої особистості. Ознака тотальності означає, що патологічні поведінкові стереотипи проявляються в більшості життєвих ситуацій, тобто мають універсальний характер. Стабільність відображає тривалість і стійкість проявів дезадаптивної поведінки, а не їхню ситуативність чи короткочасність. Поведінкова психічна патологія може бути зумовлена як психопатологічними проявами, а саме симптомами й синдромами, так і особливостями характеру, сформованими в процесі соціалізації.

Широка сфера наукового знання охоплює такі явища, як аномальна, відхильна, ненормативна або девіантна поведінка людини. Ключовою характеристикою такої поведінки є відхилення у той чи інший бік, з різною інтенсивністю та з різних причин від поведінки, що вважається нормальною. Існує підхід, згідно з яким девіантні форми поведінки розглядаються як перехідні, не повністю сформовані варіанти психічної поведінкової патології. Відповідно, основним принципом їх діагностики пропонується вважати, з одного боку, відсутність ознак нормативної поведінки, а з іншого відсутність психопатологічних симптомів. Водночас більш обґрунтованим видається

підхід, за яким девіантною визнається будь-яка форма поведінки, що відхиляється від норми як така, що не має ознак психічної патології, так і така, що виступає поведінковим еквівалентом психічних розладів чи захворювань.

Відомі ознаки нормальної (нормативної) та гармонічної поведінки включають збалансованість психічних процесів на рівні властивостей темпераменту, адаптивність і здатність до самоактуалізації, що відносяться до характерологічних особливостей, а також духовність, відповідальність і совісність, присутні на особистісному рівні. Норма поведінки формується саме на основі цих трьох складових індивідуальності, тоді як аномалії та девіації виникають внаслідок їхніх змін, відхилень або порушень. Отже, девіантна поведінка може розглядатись як сукупність чи окремі вчинки, які суперечать загальноприйнятим у суспільстві нормам, що зумовлено незбалансованістю психічних процесів, неадаптивністю, порушенням самоактуалізації, а також відхиленнями від моральних і естетичних норм контролю над власною поведінкою.

Сприймається, що доросла особа з природженим прагненням до «внутрішньої мети», згідно з якою формуються всі прояви її активності, що є основою так званого «постулату згідності». Це означає вроджену адаптивну спрямованість будь-яких психічних процесів та дій у поведінці людини. Розрізняють кілька варіантів цього постулату: гомеостатичний, гедонічний і прагматичний. Перший передбачає усунення конфліктів у стосунках із середовищем, зняття напруг і встановлення рівноваги. Другий ґрунтується на двох базових афектах - задоволенні та стражданні, і всі дії розглядаються як максимізація задоволення і мінімізація страждання. Третій варіант спирається на принцип оптимізації, де визначальними є практичні аспекти поведінки - користь, вигода та успіх.

Існують різні підходи до оцінки поведінкової норми, патології та девіацій, серед яких соціальний, психологічний, психіатричний, етнокультуральний, віковий, гендерний та професійний [6, 23, 25, 32, 33, 49, 63].

Соціальний підхід зосереджується на рівні суспільної безпеки або небезпеки поведінки особи, і відповідно вважає девіантною будь-яку поведінку, що потенційно чи явно загрожує суспільству або оточуючим. При цьому наголос робиться на дотриманні соціально схвалюваних норм, відсутності конфліктів, конформізмі та підпорядкуванні особистих інтересів суспільним. Аналізуючи відхилення в поведінці, соціальний підхід головним чином орієнтується на зовнішні прояви адаптації та нехтує індивідуальною внутрішньою гармонією, пристосованістю до самого себе, прийняттям власної особистості, а також відсутністю психологічних комплексів і внутрішніх конфліктів [5, 6, 9,12, 26, 27, 43, 45].

Психологічний підхід, відмінно від соціального, розглядає девіантну поведінку як прояв внутрішньоособистісного конфлікту, деструктивних процесів та саморуйнування особистості [3, 10, 17, 19, 23, 25, 28, 29, 31, 37, 49, 65, 66]. Вважається, що суть такої поведінки полягає у блокуванні особистісного розвитку, іноді навіть у деградації особистості, що може бути як наслідком, так і свідомою метою відхилень. За цією теорією особа, що демонструє девіантну поведінку, може свідомо або несвідомо прагнути зруйнувати власну цінність, позбавити себе унікальності та завадити реалізації своїх потенційних можливостей.

У межах психіатричного підходу девіантні форми поведінки розглядаються як преморбідні характеристики особистості, які можуть сприяти розвитку психічних розладів і захворювань. Девіації в цьому контексті сприймаються як відхилення, що не набули явної патологічної форми через різні причини, тобто це так звані «донозологічні» психічні порушення, що не відповідають повністю стандартним критеріям для діагностики симптомів чи синдромів. Хоча такі відхилення не мають чітких психопатологічних ознак, вони все ж підпадають під поняття розладу.

Етнокультуральний підхід наголошує на тому, що девіації слід розглядати в контексті традицій конкретного суспільства або спільноти. Норми поведінки, прийняті в одній етнокультурній чи соціокультурній групі, можуть суттєво відрізнятись від норм інших, тому важливо враховувати етнічні, національні, расові та конфесійні особливості індивіда. Діагностика відхилень у поведінці вважається можливою лише в тих випадках, коли поведінка особи не відповідає нормам його мікросоціуму або проявляється ригідність, що унеможлиблює адаптацію до нових етнокультурних умов, наприклад, у випадках міграції.

Віковий підхід розглядає девіації з урахуванням вікових характеристик і норм, визнаючи відхилення від встановлених вікових шаблонів і традицій за кількістю або якістю поведінкових проявів. Такі відхилення можуть виражатися у гротескному перевищенні чи відставанні від вікових норм, а також у їхніх якісних інверсіях.

Гендерний підхід ґрунтується на уявленні про існування традиційних статевих стереотипів поведінки, що формують чоловічі та жіночі стилі. В межах цього підходу до девіантної поведінки відносяться явища гіперрольової поведінки та інверсії звичних гендерних моделей. До таких девіацій можуть також належати психосексуальні відхилення, що проявляються у зміні сексуальних вподобань та орієнтації.

Професійний підхід у оцінці норм і відхилень у поведінці базується на припущенні існування певних професійних і корпоративних стилів і традицій, які визначають для членів відповідної сфери формування конкретних моделей дій та реакцій у різних ситуаціях. Невідповідність цим вимогам розглядається як підстава для віднесення людини до девіантів.

Ці підходи, що використовуються для оцінки нормальної поведінки, патології і девіацій, безперечно збагачують і доповнюють процес діагностики, дозволяючи розглядати проблему з феноменологічної точки зору і брати до уваги всі її аспекти.

На відміну від соціального, психологічного чи психіатричного підходів, феноменологічний підхід до оцінювання поведінкових норм, патології та девіацій дає змогу враховувати всі відхилення від норми, не лише ті, що є соціально небезпечними або ведуть до саморуйнування особистості. Застосовуючи цей підхід, можливо діагностувати нейтральні з точки зору суспільної моралі та права поведінкові відхилення, наприклад аутистичну поведінку, а також девіації позитивного характеру, як-от трудоголізм. Додатково феноменологічна парадигма дає можливість розглядати за кожним відхиленням у поведінці механізми психогенезу, що в подальшому дозволяє обрати найбільш адекватні і дієві методи корекції. Так, поведінка трудоголіка може бути трактована як залежність, що виникає через прагнення втекти від реальності через зосередження на певному виді діяльності, або як прояв психопатології, наприклад у контексті маніакального синдрому. Тільки феноменологічний підхід дає змогу неупереджено і об'єктивно проаналізувати відхиляючу поведінку та сприяє глибшому розумінню справжніх мотивів людських вчинків.

Феноменологічний підхід в оцінці поведінкової норми дозволяє розглядати не лише нормативну та гармонічну поведінку, що протистоїть девіантній і патологічній, але й концепцію ідеальної поведінкової норми. Така норма передбачає не тільки «згідність поведінки», але й її творче спрямування - креативність або плідотворність, як це розглядав Е. Фром. Без сумніву, особистість як унікальне людське явище не може бути пояснена лише через призму пристосувальної діяльності. Гармонія не може базуватися виключно на «критеріях виживання», тобто на здатності людини адаптуватися, і навіть не може зводитися до «якості життя», тобто задоволеності собою після пристосування. Інакше ідеальним визнали б споживацький менталітет. Саме поєднання гармонійної норми з креативністю індивіда варто розглядати як ідеальну поведінкову норму. Однією з форм такої поведінки є пошукова активність, що спрямована на задоволення потреби у новій інформації, нових переживаннях і

розширенні власного досвіду. Зазвичай типова для нормативної і навіть гармонічної у плані адаптивних здібностей поведінки людина із споживацьким ставленням не схильна до такої пошукової активності. Вона прагне максимально уникати ризику, а отже уникає нових ситуацій, інформації, емоцій і досвіду, виступаючи за збереження «status quo». У цьому світлі така особа проявляється як недопитлива, більш зацікавлена у гарантіях і стабільності, ніж у нових знаннях чи переживаннях. Протилежно їй девіант демонструє надмірну допитливість, вкрай нестабільний і найбільшою мірою схильний до ризику та існування у непередбачуваності.

Парадокс полягає у тому, що девіантна і ідеальна поведінки можуть мати спільні риси. Можна стверджувати, що багато осіб із девіантною поведінкою є творчими, і їхня відхиляюча поведінка справедливо розглядається як активний творчий пошук, який, проте, має неадаптивний і здебільшого саморуйнівний характер. Відмінність полягає в тому, що для справжньої творчості, що є ідеальною нормою, суттєвим є сам процес пошуку, а негативні результати лише розширюють знання про предмет і сигналізують про потребу змінити напрямок дій. Натомість для девіантної форми пошукової активності головним є конкретний результат і задоволення від нього.

Креативне мислення, яке властиве ідеальній поведінці, володіє певними характерними рисами. По-перше, воно проявляє високу пластичність: творчі особистості здатні пропонувати багато різних рішень у ситуаціях, коли звичайна людина знаходить лише одне чи два. По-друге, це мислення відзначається рухливістю, оскільки творча людина легко переходить від окремого аспекту проблеми до іншого, не обмежуючись лише однією точкою зору. І нарешті, воно відрізняється оригінальністю, породжуючи несподівані, незвичайні та неординарні рішення, що є характерним для творчості.

Доказом спорідненості деяких аспектів ідеальної та девіантної поведінки служить той факт, що у разі щирого подолання власних поведінкових проблем девіант зазнає кардинальних змін, що супроводжуються особистісним зростом і розвитком креативності. Відомо, що подолання фобій та інших різновидів невротичних проявів нерідко сприяє розкриттю творчих здібностей колишніх девіантів.

Девіантна, або аномальна, ненормативна, відхильна поведінка людини суттєво відрізняється за ознаками від гармонії норми і характеризується різноманітністю як у структурі, так і у типах та формах [3, 10, 17, 19, 23, 25, 28, 29, 31, 37, 49]. Під структурою девіантної поведінки розуміється специфічне поєднання та взаємодія складових частин поведінки, що відхиляється від норми чи гармонії. Типи такої поведінки визначаються залежно від особливостей взаємодії індивіда з навколишньою реальністю та механізмів формування поведінкових аномалій. Форми ж включають в себе клінічні прояви відхильної поведінки.

Девіантна поведінка може бути описана як система вчинків, що суперечать загальноприйнятим у суспільстві нормам, проявляючись через незбалансованість психічних процесів, неадекватність адаптації, порушення самоактуалізації або відхилення від морального і естетичного контролю власної поведінки.

При цьому, така поведінка володіє різноманітною структурою і динамікою, може існувати як ізольовано, так і на груповому рівні, поєднувати кілька клінічних форм або виявлятися у вигляді однієї, стояти на стійкій чи нестійкій основі, а також мати різну спрямованість і соціальне значення.

Індивідуальні, або ізольовані, девіації охоплюють усі клінічні форми і типи поведінки, що відрізняються від поведінки оточуючих. Порушення правових та естетичних норм у таких випадках відбуваються поза зв'язком із мікросоціальними моделями поведінки. Часто індивід

свідомо обирає ізольовану девіацію, прагнучи рішуче відрізнятись від інших або вступаючи у конфронтацію з ними. Водночас він може не звертати увагу на наявність чи відсутність девіантних форм поведінки у свого близького оточення, тобто ігнорувати реальність, не створюючи при цьому власної унікальної девіації. Особливо виразно індивідуальні девіації виявляються у психопатологічних та патохарактерологічних типах поведінки. Єдиним прикладом групової психопатологічної девіантної поведінки, що має індукований характер, є та, що формується через механізми прямого чи опосередкованого наслідування індивідом поведінкових норм і систем сприйняття дійсності від авторитетної для нього особи, яка перебуває у хворобливому психічному стані - класичним прикладом цього є індуковане марення близьких родичів психічно хворого.

До індивідуальних девіацій належать також комунікативні форми відхильної поведінки, зокрема аутистична, нарцисична поведінка та гіпертовариськість, аутоагресивні прояви у вигляді суїцидальних спроб, хоча відомі й групові варіанти так званих ритуальних суїцидів, порушення харчової поведінки, як анорексія або булімія, аномалії сексуальної поведінки та розвитку, надцінні психопатологічні захоплення, такі як філософічна інтоксикація, сутяжництво, кверулянство, і різновиди маній, включно з kleptomanією та dromomanією, а також зловживання психоактивними речовинами, що змінюють психічний стан, зокрема наркотична та алкогольна залежність.

Девіантна поведінка може бути як тимчасовою, так і постійною, а також стійкою або нестійкою. Тимчасові девіації характеризуються короткотривалістю проявів відхильної поведінки; наприклад, помірковано питуща особа може вживати алкоголь під тиском оточення у відрядженні або в компанії колег. Постійні девіації мають тенденцію тривало зберігатися і помірно залежні від зовнішніх впливів, виявляючи більшість девіантних моделей поведінки. При стійкості спостерігається

домінування однієї форми відхильної поведінки, тоді як нестійка девіація характеризується частою змінністю зовнішніх проявів, наприклад, коли у людини чергуються різні девіації, як-от зловживання наркотиками та порушення харчових звичок.

Також розрізняють стихійні та сплановані, структуровані чи неструктуровані відхилення у поведінці. Стихійні девіації виникають під впливом зовнішніх обставин, формуються швидко, хаотично і без попереднього планування, мають тимчасовий характер, а їх появу часто визначають випадкові фактори і емоційний стан індивіда; прикладом можуть бути агресивні чи аутоагресивні дії, що імпульсивно виникають у випадках делінквентної чи патохарактерологічної девіантної поведінки. Сплановані девіації відзначаються регламентованістю, певною заданістю та чіткістю, при цьому людина заздалегідь готується до їх втілення, часто відчуває «передстартове хвилювання» - емоції радості і неспокою одночасно. Прикладами спланованих девіацій можуть бути гемблінг чи вживання алкоголю, у яких є підготовчий етап, коли індивід з нетерпінням очікує можливості долучитися до азартної гри чи зібратися в компанії однодумців.

За структурою девіантна поведінка може бути експансивною або неекспансивною, альтруїстичною або егоїстичною. Експансивні девіації зазвичай супроводжуються втручанням у життя та діяльність інших людей, часто при цьому ігноруються їхні інтереси та навіть порушується їхня воля, що проявляється у формах агресії, гіпертовариськості чи сексуальних аномалій. Натомість неекспансивні девіації формально не зачіпають інтереси оточуючих, як це буває при порушеннях харчової поведінки чи аутизмі, і відзначаються особистісним руйнуванням для самого девіанта, оскільки неадекватна й неефективна поведінка веде до деградації або блокування особистісного розвитку.

Переважає більшість форм відхильної поведінки має егоїстичну спрямованість, що проявляється в прагненні отримати особисте

задоволення або вигоду. Прикладами такої поведінки є зловживання алкогольними та наркотичними речовинами, сексуальні девіації і перверсії, які відображають бажання індивіда пережити нові відчуття, побалувати себе і відчувати радість. Натомість альтруїстичні девіації орієнтовані на інтереси інших і часто поєднуються зі схильністю до самопожертви або самознищення. Такими можуть бути, зокрема, суїцидальні вчинки, здійснені заради близьких, вищої сили або «заради всього людства».

За рівнем усвідомленості і критичності девіації поділяються на усвідомлені та неусвідомлені. Усвідомлені девіації являють собою поведінкові форми, які особа розпізнає як відхилення від норми й може переживати щодо них негативні емоції, прагнучи виправити свою поведінку; при цьому ступінь критичності зазвичай має хвилеподібний характер. Неусвідомлені девіації, як правило, зустрічаються серед психопатологічних типів девіантної поведінки на базі психічних розладів і характеризуються тим, що відхильні вчинки цілком зливаються з особистістю, а індивід переконаний у їхній адекватності порівняно з діями інших людей, не проявляючи бажання змінити свою поведінку.

Застосовуючи теорію ярликів, запропоновану Г. Беккером, виокремлюють два різновиди девіацій, що відрізняються механізмами свого виникнення, - первинні та вторинні. Первинні девіації охоплюють будь-які форми ненормативної поведінки, тоді як вторинні з'являються внаслідок того, що девіант приймає такий ярлик, накладений суспільством, усвідомлено чи ні намагається відповідати очікуванням, що його характеризують, і підтверджує тим самим правомірність суспільних переконань щодо власного відхилення у поведінці.

Оцінка девіантної поведінки людини базується на аналізі її взаємодії з реальністю, оскільки ключовим принципом норми є адаптивність, яка передбачає пристосування індивіда до свого оточення.

При опорі реальності особа активно намагається змінити або зруйнувати для себе ворожу дійсність, коригуючи її відповідно до власних переконань і цінностей. Вона вважає, що всі труднощі, з якими стикається, випливають із чинників оточення, і найефективнішим способом досягнення своїх цілей є боротьба з реальністю, її перебудова під власні потреби чи максимальне використання суспільних ресурсів через поведінку, яка порушує встановлені норми. У відповідь дійсність чинить опір, застосовує виключення або намагається змінити індивіда, пристосувати його до вимог навколишнього світу. Така протидія реальності зазвичай спостерігається при кримінальній та делінквентній поведінці.

Будь-яка поведінка, яка відхиляється за своєю виразністю, спрямованістю або мотивами від встановлених суспільних норм, вважається девіантною. Ці норми базуються на правових правилах і регламентованих стандартах, моральних та етичних засадах, а також на етикеті і стилі. Деякі з цих норм мають чіткі й однозначні критерії, викладені в законах і указах, тоді як інші передаються усно у формі традицій, вірувань або регламентів, характерних для сім'ї, професійних спільнот та суспільства загалом.

Прикладом делінквентної поведінки може бути прагнення особи до розваг, яке виходить за рамки прийнятих норм.

Адиктивна поведінка являє собою один з видів девіантної поведінки, що характеризується прагненням втекти від реальності через штучну зміну психічного стану за допомогою прийому певних речовин або постійну концентрацію уваги на конкретних видах діяльності з метою підтримання яскравих емоційних переживань [24, 52, 54].

Основним мотивом осіб, схильних до адиктивних форм поведінки, є активне прагнення змінити свій психічний стан, який вони сприймають як сірий, нудний, одноманітний чи апатичний. Такі люди не в змозі знайти у реальному житті заняття, що здатне надовго захопити їхню увагу,

принести радість або викликати сильну емоційну реакцію. Їхнє життя здається позбавленим сенсу через щоденну рутину і монотонність, і вони не сприймають нормальні для суспільства вимоги щодо діяльності, участі у традиціях або дотримання правил родини та громади. Можна стверджувати, що у таких індивідів активність у повсякденному житті, насиченому очікуваннями, є суттєво зниженою, проте їх адиктивна поведінка носить вибіркового характер: в тих сферах, які хоча б тимчасово приносять задоволення і допомагають їм поринути у світ емоційної стимуляції, вони здатні проявляти неабияку активність для досягнення своїх цілей.

Серед психологічних рис осіб із адиктивною поведінкою, за дослідженнями В. Segal, спостерігається знижена здатність переносити труднощі буденного життя, водночас вони демонструють відносно високу стійкість у кризових ситуаціях. У таких людей часто прихований комплекс неповноцінності поєднується із зовнішньою перевагою, яку вони виявляють назовні. Вони можуть бути соціально відкритими, однак при цьому відчувають страх перед глибокими емоційними зв'язками. Також характерним є схильність до неправдивості, прагнення перекладати провину на інших, навіть знаючи про їхню невинність, а також уникати відповідальності при прийнятті рішень. Їх поведінка зазвичай стереотипна і повторювана, супроводжується залежністю і тривожністю.

Головною, відповідно до існуючих критеріїв, рисою індивіда з нахилом до адиктивної поведінки є зменшена психологічна стійкість в умовах повсякденних життєвих криз. Зазвичай психічно здорові люди легко пристосовуються до вимог буденного життя, тоді як кризові ситуації вони переносять значно складніше і прагнуть уникати непередбачуваних подій, що викликають занепокоєння.

Яскравим протилежним прикладом адиктивної особистості є людина, яка живе, переважно, за інтересами своєї сім'ї і близьких, добре

пристосована до такого способу життя. В той же час у адиктивної особистості спостерігається феномен «спраги гострих відчуттів», що проявляється у потязі до ризику, який обумовлений попереднім досвідом подолання небезпечних ситуацій.

Схильність до брехні, обману оточуючих і звинувачення інших у власних помилках впливає зі структури особистості з адиктивними тенденціями, яка намагається приховати від інших свій внутрішній комплекс неповноцінності, що виник через нездатність жити у відповідності з традиціями та загальноприйнятими нормами.

Під патохарактерологічним типом девіантної поведінки розуміють таку поведінку, що зумовлена патологічними змінами характеру, сформованими під впливом виховання. До цієї категорії належать розлади особистості, відомі як психопатії, а також яскраво виражені акцентуації характеру. Дисгармонійність рис характеру викликає зміну загальної структури психічної діяльності людини, внаслідок чого її вчинки часто визначаються не реалістичними та адекватними мотивами, а істотно трансформованими «мотивами психопатичної самоактуалізації». Основою цих мотивів є усунення внутрішнього особистісного дисонансу, зокрема розбіжності між ідеальним «Я» і самооцінкою. Для емоційно нестійких типів розладів особистості, таких як збудлива психопатія, характерною є тенденція до реалізації не виправдано завищених вимог, прагнення до домінування, впертість, вразливість, нетерпимість до заперечень, схильність до самозвинувачення і пошуку причин, що дозволяють знизити афективну напругу.

До патохарактерологічних девіацій належать також невротичні розлади особистості - патологічні форми реагування й поведінки, які формуються в ході неврозогенезу на основі невротичних симптомів і синдромів, зокрема obsesивних проявів у межах obsesивного розвитку. Такі девіації виявляються у вигляді нав'язливих думок і ритуалів, які

пронизують життєдіяльність людини, і залежно від клінічних проявів вона вибирає хворобливі способи протистояння реальності.

Варіантом патохарактерологічного, психопатологічного та адиктивного типів девіантної поведінки є саморуйнівна, або ауто-деструктивна, поведінка. Суть її полягає в тому, що система вчинків не спрямована на розвиток чи особистісний зростання або гармонійну взаємодію з навколишнім світом, а навпаки - на деструкцію власної особистості. Агресія при цьому спрямована всередину себе (аутоагресія), а реальність сприймається як ворожа, що заважає нормальному життю та задоволенню потреб. Саморуйнівна поведінка проявляється через суїцидальні дії, наркотичну та алкогольну залежність, а також інші різновиди девіацій. Її мотивацією часто є адикції, нездатність впоратися з повсякденними труднощами, патологічні зміни характеру та психопатологічні симптоми і синдроми.

Особливою категорією відхильної поведінки вважаються девіації, пов'язані з гіперздатностями людини.

Формування та прояви поведінки, що відходить від різних норм, а також закономірності і особливості її розвитку значною мірою визначаються етнокультурними, гендерними, віковими факторами, серед яких особливе місце посідає професійна сфера [27, 35, 45, 49, 58]. Це пов'язано, насамперед, з існуванням поняття психології професії або психології фахівця у визначеній сфері, що зумовлює необхідність наявності певного набору індивідуально-типологічних рис для досягнення професійного успіху.

1.2 Особливості змін поведінки в осіб похилого віку

Одним із важливих аспектів дослідження вікових особливостей девіацій є визначення критеріїв вікової поведінкової норми, що

розглядається як модель поведінки та сукупність вимог, які має дотримуватися людина, щоб її сприймали відповідно до її віку []. При оцінці цієї норми варто враховувати різні стилі діяльності, характерні для певного віку, зокрема комунікативні особливості, вольові якості, інтелектуальні здібності, емоційний стан, психомоторні прояви та мовленнєві стилі.

Віковий підхід у вивченні девіацій розглядає поведінку, що не відповідає віковим зразкам і традиціям, як відхилення, які можуть проявлятися як кількісно - у вигляді відставання або випередження вікових норм, так і якісно - у формі інверсій [18, 42, 48].

При деменції різного походження, такої як атеросклеротична, травматична, нейроінфекційна чи атрофічна, пацієнти часто проявляють агресію через неправильне тлумачення поведінки або висловлювань оточуючих, сприймаючи їх як образливі, підозрюючи умисні дії, спрямовані на обмеження їхньої свободи. Така агресивність супроводжується підвищеною тривожністю, буркотливістю, невдоволенням, підозрілістю, що часто поєднується з почуттям утиску і переконанням у тому, що близькі або сусіди спеціально намагаються вивести їх із рівноваги.

Як форму девіантної поведінки можна також розглядати самотність, яка розвивається під впливом численних чинників [31, 40, 45]. Вона часто супроводжується сильним почуттям ізоляції і нерозумінням з боку оточення, характерними для невротичних чи інших психопатологічних розладів, особливо депресії. Переживання особистої нікчемності та самотності може бути частиною акцентуацій характеру, зокрема дистимного або сенситивного типів. Науковий аналіз виявив декілька підходів до оцінки формування самотності, підкреслюючи, що це явище включає не лише самоізоляцію та обмеження контактів, а й емоційне підкріплення такого відходу від дійсності. На основі емоційної самооцінки розрізняють гармонійну і дисгармонійну самотність: перша

супроводжується негативними емоціями через ізоляцію і брак контактів, друга ж сприймається як нейтральне, беземоційне явище власного становища поза суспільними зв'язками. Перша форма відповідає власне самотності, тоді як друга - психопатологічному аутизму, що відображає лише зовнішні прояви ізоляції. Виокремлюють чотири типи самотності: позитивний внутрішній, коли самотність сприймається як необхідна умова для розвитку волі чи нових форм спілкування; негативний внутрішній, пов'язаний із відчуженням від себе і інших, навіть у присутності оточення; позитивний зовнішній, характерний для фізичної самоти, що сприяє пошуку нового позитивного досвіду; і негативний зовнішній, який виникає через зовнішні обставини, такі як втрата близьких або контактів, і супроводжується негативними емоціями самотності.

Комунікативні особливості людини мають свої вікові особливості і нормативи [31, 40, 42]. З розвитком віку комунікативна компетентність зазвичай зростає, тоді як комунікативна толерантність часто змінюється хвилеподібно, досягаючи свого максимуму в зрілому дорослому віці. Водночас у дітей і літніх людей цей рівень толерантності може бути зниженим.

Саморегуляція діяльності, або самоконтроль, включає способи і стилі контролювання власних вчинків та емоцій, які відображають межі припустимої взаємодії з оточенням з точки зору індивіда. У дитячому та підлітковому віці саморегуляція має нестійкий, пошуковий характер, а у дорослому й літньому віці стає більш усталеною. Вона базується на самооцінці, самосвідомості, рівні домагань та специфіці вибору цілей. Молодий вік характеризується крайніми варіантами самооцінки, такими як завищена або занижена, із спостереженнями значних коливань, у той час як у зрілих і літніх людей самооцінка є більш стабільною.

Механізми вибору цілей також мають вікові особливості: зазвичай упродовж життя людина набуває здатності розрізняти цілі різних рівнів,

адаптувати їх до обставин та набувати позиції стороннього спостерігача щодо ситуації. При девіаціях поведінки, зокрема паталогіях характеру, розрив між реальними й ідеальними цілями зазвичай є незначним, а цільові структури - жорсткими, негнучкими та без суттєвих змін протягом часу.

Інтелектуальні особливості охоплюють здатність точно розуміти дії й наміри інших, прогнозувати їхні вчинки, а також планувати і передбачати власну діяльність, що в психології називають антиципаційними можливостями. Ці здібності формуються із віком і зазвичай досягають свого розвитку в підлітковому віці; до 14 років дитина має обмежені можливості точного прогнозування подій і планування дій. У літньому віці ця здатність зазвичай зростає завдяки процесам соціалізації і підвищеному рівню тривожності, що стимулює розвиток поліваріантного прогнозування та підготовку до різних сценаріїв.

Щодо емоційного реагування, воно відображає перевагу певних почуттів у різні вікові періоди, адже емоції пов'язані з задоволенням чи незадоволенням потреб, а також очікуваннями, які можуть мати вікову специфіку. У дітей і підлітків частіше проявляються такі емоції, як подив, радість, образа, розчарування, страх, тоді як у літніх переважають депресивні настрої та сентиментальність. Репертуар та інтенсивність емоційних переживань змінюються з віком - від яскравих і численних у дітей до більш убогих та монотонних у старших. Багато почуттів, зокрема естетичних, формуються лише в процесі дорослішання, а почуття ревності зазвичай є характернішими для зрілого віку.

У сфері психомоторних характеристик, зокрема мімічного та жестикуляційного стилів, а також манери ходи, спостерігаються специфічні вікові закономірності. Діти та підлітки проявляють значно більшу рухову та мовну активність порівняно з дорослими, а особливо літніми людьми. Моторика молоді відзначається поривчастістю, швидкістю, спритністю та проворністю, а їхня міміка є живою, багатою і

виразною, з рясною і емоційно насиченою жестикуляцією. Саме тому деякі психопатологічні розлади, як-от гіперкінетичний синдром з надмірною руховою активністю та психомоторними порушеннями, найчастіше зустрічаються у дитячому віці. У той же час у літніх людей моторика зазвичай сповільнена, плавна, а іноді менш скоординована й незручна.

Стиль усної та письмової мови також має вікові особливості, подібно до психомоторики. Молодші особи зазвичай володіють більш активно вираженою мовною діяльністю, їхня мова відрізняється темпом і швидкістю, тоді як у літніх людей темп мови знижується, і вона має одноманітний характер. Особливості письмової мови проявляються у почерку, який із віком стає більш стабільним.

Критерії нормальності та анормальності для різних вікових груп - дітей, дорослих і літніх людей - включають такі характеристики, як суб'єктивна задоволеність (характерніша для зрілих людей), ідентичність, що формується до 5-6 років, інтегральність і цілісність особистості, які набуваються в процесі тривалої соціалізації, автономність, властива гармонійним дорослим, а також адекватність сприйняття реальності, самопізнання, самооцінки, толерантність до фрустрації, стресостійкість, соціальна адаптація і оптимальне самоствердження.

Наявність вікових варіантів девіантної поведінки відображає стійкі розходження в психології різних вікових груп, зокрема в ціннісно-мотиваційній сфері. Психологія підлітка сконцентрована на прагненні бути задоволеним власною зовнішністю і підтримувати спілкування з однолітками; психологія зрілої людини орієнтована на соціально значущі аспекти життя, такі як престиж, авторитет, імідж, фінансове та сімейне благополуччя; натомість психологія літнього віку сфокусована переважно на цінності самого життя, його тривалості та легкості. Виходячи з цих

потреб, девіантні форми поведінки можуть зачіпати найсуттєвіші й цінні сторони життєдіяльності і відповідно мати свої вікові особливості.

Водночас специфічні девіації, які притаманні виключно дорослому періоду, зустрічаються досить рідко, такі як трудоголізм, тоді як у осіб літнього віку часто трапляється поведінка на основі ідей збитку, езопова та іпохондрична поведінка [31, 42].

Процес виникнення психопатологій в старшому віці проходить через шість послідовних стадій. На початковому етапі основну роль у свідомості людини починають відігравати не реальні події, а повторювані спогади про минуле. Далі посилюється прогресивне погіршення пам'яті, що переходить у стадію, коли реальність сприймається як нереальна й поступово віддалена. Наступним кроком є поява розгубленості, безпорадності і зрештою апатії до навколишнього світу, яку замінює дезорієнтація у подіях, що відбуваються. Пізніше свідомість стає фрагментованою, виникають клінічні симптоми, такі як сплутаність і стареча аменція. На останній стадії спостерігається повна безпорадність, що нагадує стан немовляти.

Відхильну поведінку, пов'язану з ідеями збитку, у літніх людей частіше виявляють через підозрілість і недовіру до близьких, хто живе з ними - родичів та сусідів. Вони переконані, що оточуючі під час їхньої відсутності спеціально шкодять їм, псують особисті речі, меблі, одяг і навіть їжу для того, щоб завдати шкоди або «зіпсувати нерви й здоров'я». Часто така людина сама шукає і знаходить підтвердження своїм сумнівам, вона помічає тріщини на взутті або дірки на старому пальті. Це призводить до роздратованості, гніву, прагнення відновити справедливість і вимог покарання для оточуючих.

Егоцентрична поведінка, що характерна для літніх людей, проявляється у відсутності інтересу до життя близьких і зосередженості виключно на власних проблемах. Такий егоцентризм виявляється у байдужості до будь-яких подій, які не стосуються особисто цієї людини,

а коло інтересів звужується до фізіологічних потреб, зокрема їжі, сну і процесів дефекації чи сечовипускання. Зазвичай ця форма девіації помітна під час спілкування літньої людини з дітьми чи онуками, коли з'являється підвищена вимогливість і схильність нав'язувати власні побажання, спрямовані на забезпечення особистого комфорту. Іноді це може проявлятися у формі шантажу або торгів із родичами, погрозами викреслити когось із заповіту, якщо ті не виконають її вимог, як-от купити фрукти.

Іпохондрична поведінка, що розглядається як різновид езопової поведінки, характеризується прагненням привернути увагу оточуючих до свого стану здоров'я. Люди з таким типом девіації створюють для родичів важкі умови життя, постійно посиляючись на власні хвороби, вимагаючи особливого режиму у домашніх чи лікарняних умовах і схильні перебільшувати серйозність свого стану. Часто літня людина настоює на тому, щоб родич залишив сім'ю і жив разом із нею, аргументуючи це необхідністю запобігти можливому погіршенню здоров'я або навіть смерті.

Зазначені форми девіантної поведінки мають специфіку для певних вікових груп, і крім того, вікові відмінності проявляються у клінічних ознаках інших типів поведінки. Деякі форми девіацій переважно або виключно зустрічаються у представників певного віку, що має значення для діагностики.

Зокрема, в агресивній поведінці кардинальні вікові розбіжності також суттєві [31, 40, 42]. Так фізична агресія частіше виявляється у молодих і активних людей і значно рідше у літніх, що пов'язано зі зниженням загальної агресивності через віковий спад активності та фізичної сили. Психологічна агресія не демонструє настільки чіткої вікової динаміки, а найбільші відмінності спостерігаються у сексуально агресивній поведінці. Щодо аутоагресії чи суїцидальної поведінки, вона має власні вікові особливості у частоті, способах самогубства і мотивації.

Психологічні механізми суїцидальної поведінки у підлітків, дорослих і літніх істотно відрізняються. Відзначається, що вік теж впливає на частоту суїцидальних спроб: найбільше їх скоюють молоді люди до 29 років, тоді як у старших групах частота таких спроб значно менша. Водночас ймовірність завершеного самогубства з віком зростає. Суїцидальні акти літніх людей зазвичай є спланованими та неманіпулятивними, тоді як молоді частіше вчиняють спроби демонстративного або маніпулятивного характеру. Існують кілька вікових піків суїцидальної активності, перший з яких припадає на молодий вік від 18 до 25 років. Чинниками, що провокують суїцидальні спроби у молоді, є важкі психічні захворювання, конфлікти самооцінки, самотність і соціальна ізоляція, проблеми в міжособистісних стосунках, невдоволення власною зовнішністю, розчарування у взаєминах із протилежною статтю та депресивні стани. Часто ці спроби мають ситуативний характер і через кілька років втрачають значення. У середньому віці зменшується кількість маніпулятивних суїцидальних спроб, а зростає число завершених суїцидів, що найчастіше пов'язано з інтимно-особистісними переживаннями, такими як зрада та ревності. У літніх основною мотивацією суїцидальної поведінки є страх самотності, безпорадність, тяжкі невиліковні хвороби та пов'язані з ними страждання. Суїцидологи відзначають, що зміст психогенних конфліктів та тип психогенних суїцидонебезпечних реакцій варіюють відповідно до вікових особливостей інволюції й індивідуальних характеристик особистості.

У цьому контексті можна виділити три вікові групи з характерними психогенними суїцидонебезпечними реакціями. У віці 45–55 років такі реакції часто пов'язані з інтимно-особистісними «катастрофами». Зокрема, це стосується ситуацій, коли один із подружжя, частіше чоловік, раптово зраджує або загрожує розлученням, залишаючи родину без емоційної підтримки. У цьому конфліктному просторі особа, що пішла, зазвичай починає пошук нових життєвих орієнтирів, змінює свої погляди

на сімейні цінності під впливом сильних афектів, відходить від звичного сімейного життя, при цьому не звертаючи уваги на можливі втрати статусу чи матеріальні труднощі. Водночас той, хто залишився, переживає глибоке почуття образи, зради, горя, відчуття безвиході та гострої самотності. Іншою причиною, що провокує подібні реакції, є втрата близької людини чи значущого друга, що проявляється психічною напругою, депресивним ставленням до теперішнього й майбутнього, відсутністю планів і надій, а також хронічним відчуттям безнадійності, безпорадності й самотності. Усі ці етапи супроводжуються високим ризиком суїциду, що ґрунтується на ширих намірах.

У віці 55–65 років дослідники виділяють кризові стани, пов'язані з небажаним виходом на пенсію, пониженням у посаді або неможливістю реалізації творчих планів. У цей період формуються переважно непатологічні ситуативні реакції, часто представлені песимістичним світоглядом і демобілізацією, що супроводжується втратою соціального статусу, глибокою дезадаптацією, упередженим ставленням до майбутнього і баченням «старості, що насувається» як втрати цінностей і перспектив. Цей період характеризує пригнічений настрій із домішками іпохондричних переживань.

Особливим психотравматичним фактором є одночасне зниження соціального та сексуального престижу, що часто призводить до інтимних проблем у сім'ї та емоційного відчуження. Комбінація цих обставин і особистісних рис вважається найнебезпечнішою з-поміж суїцидальних факторів.

Реакції демобілізації проявляються в зниженні активності, втраті інтересів, фіксації на думках про власну непотрібність і нікчемність, а також у тяжких роздумах про цінність життя, неминучу старість і смерть. При цьому думки про смерть, як правило, не пов'язані з реальним бажанням померти і не мають виражених намірів до самогубства.

У віці 65–75 років часто виникають психогенні реакції депресивного характеру, спричинені відчуттями збитку, ущемлення та несправедливого ставлення з боку рідних, часто на фоні майнових суперечок. Ці реакції мають ригідний, малорухомий характер і зазвичай поєднуються із соматичними або хронічними захворюваннями.

Особливою суїцидонебезпечною ознакою на цьому віковому етапі вважається перехід депресивних психогенних реакцій у опозиційні, що відбувається зазвичай у практично здорових осіб без вираженої соматичної патології та супроводжується загостренням внутрішньосімейних конфліктів, особливо з дорослими дітьми або їхніми сім'ями. В таких випадках депресивні прояви трансформуються в опозиційну поведінку, для якої характерна підвищена вимогливість і наполегливість у відстоюванні втрачених позицій і життєвих планів.

Враховуючи те, що сексуальність людини зазнає закономірних вікових змін, можна виокремити суттєві вікові відмінності у проявах сексуальних девіацій і перверсій. У підлітковому віці девіантна поведінка характеризується наявністю групових зв'язків та нестабільністю, тоді як для дорослих і літніх осіб надмірні захоплення не є типовими, хоча в старшому віці може виникати схильність до сутяжництва та кверулянтства.

Як вже зазначалося, комунікативні особливості представників різних вікових груп суттєво різняться, тому діагностика комунікативних девіацій вимагає відповідного вікового підходу. Так, аутистична поведінка у підлітків і літніх людей має значні відмінності; поведінка, зумовлена ревностями, здебільшого властива особам середнього віку.

Відхилення в формі аморальних вчинків, навпаки, практично не мають вікових особливостей, що проявляється у стилі одягу, зовнішності, манері ходи, мовних стереотипах і взаєминах з оточенням.

Сучасний стан наук, які досліджують людську поведінку, можна охарактеризувати швидше як протистояння, аніж співпрацю, адже аналіз

поведінкових феноменів часто здійснюється упереджено в межах окремих наукових спільнот і не призводить до глибокого усвідомлення предмету, котрий за своєю природою є міждисциплінарним.

Психологія девіантної поведінки є міждисциплінарною галуззю, що вивчає механізми виникнення, формування, динаміки і наслідків відхилень у поведінці, а також методи їх корекції і терапії.

Ця дисципліна розташована на перетині клінічної психології і психіатрії, для засвоєння якої потрібні знання і навички з обох галузей. У цьому контексті психологія девіантної поведінки демонструє типовий приклад наукової сфери, у якій знання, здобуті вченими різних спеціальностей, досі не призвели до формування окремої наукової дисципліни через протиріччя між ортодоксально психологічним і ортодоксально психіатричним підходами до відхилень у поведінці.

Існують дискусії про те, чи слід розглядати девіації як ознаки психічних розладів і захворювань або як крайні варіанти норми, чи є вони попередниками психопатології, або між хворобливими розладами поведінки і девіантними формами існує суттєва прірва, а також про причини форм відхилень - порушення мозкової діяльності, навичок адаптації чи соціальних очікувань, і про доцільність застосування психофармакології або психологічної корекції для відновлення адекватної поведінки. Для побудови аналізу механізмів поведінкових девіацій важливими є знання з таких дисциплін, як клінічна психологія, патопсихологія, нейропсихологія, вікова й сімейна психологія, загальна психологія і психологія особистості, а також психіатрія, психосоматика і педагогіка.

До недавнього часу існувала тенденція відокремлювати розглянуті в психології девіантної поведінки проблеми від суміжних наук, що призводило до однобічного та упередженого погляду на складності, пов'язані з відхиленнями від загальноприйнятих норм [28, 29, 31, 40, 42, 45]. Найчастішою була спроба протиставити психологію і психопатологію

девіантної поведінки, жорстко розмежувавши проблеми нормального і патологічного психічного функціонування, що, на нашу думку, є помилковим. Такий підхід призводить до ідеї визнання девіацій «в межах психічної норми», а психопатологічні розлади пропонується позначати іншими термінами, не пов'язаними з девіацією. Застосування ортодоксальних принципів у цій сфері перешкоджає всебічному, об'єктивному і неупередженому аналізу психогенезу, тобто психічних процесів, що лежать в основі девіацій, а також ускладнює надання адекватної і ефективної допомоги, що часто призводить до уникнення відповідальності за розвиток і наслідки девіації.

Таким чином, психологія девіантної поведінки займає проміжне місце між психіатрією, що охоплює психопатологію і патопсихологію, та загальною психологією.

Головним протиріччям між цими дисциплінами є різні підходи до діагностики і терапії девіацій, при цьому ймовірність визнання певного феномену психопатологічним симптомом значно вища серед психіатрів, ніж серед психологів. Отже, один і той самий прояв девіації може бути інтерпретований як психопатологічний симптом або як психологічне явище. Визначення девіантної поведінки часто ускладнене, здебільшого через суб'єктивні, а не об'єктивні фактори. Це пов'язано з тим, що спроби однозначно кваліфікувати певну поведінку як патологічну призводять до нехтування головним принципом діагностики девіацій - врахуванням реальних життєвих обставин, у яких перебуває людина.

У зв'язку з цим слушним є зауваження про те, що девіантна поведінка - це не просто відхилення від соціальних норм, а поведінка, яка не відповідає соціальним очікуванням, які, своєю чергою, залежать від соціального статусу, етнічної та культурної приналежності, віку, статі, професії тощо [10, 17, 19, 25, 37, 49].

Об'єктом дослідження психології девіантної поведінки виступають нестандартні ситуаційні реакції, психічні стани і особистісний розвиток,

що призводять до суспільної дезадаптації або порушення самоактуалізації через формування неадекватних моделей поведінки. Для оцінки типів, форм і структур відхильної поведінки важливо розуміти, від яких норм суспільства вона відхиляється. Норма у цьому контексті розглядається як явище групової свідомості у вигляді спільних уявлень і оцінок щодо вимог до поведінки з урахуванням соціальних ролей, які забезпечують оптимальні умови існування та формують взаємодію індивіда із соціумом.

Висновки до розділу 1

Сучасні теорії визнають важливу роль окремих емоцій у житті людини, і психологи прагнуть досліджувати афекти та афективні комплекси, оцінюючи їхній вплив як мотиваційних явищ на поведінку індивіда.

У людей похилого віку спостерігається підвищена психоемоційна напруга, що пов'язана з особливостями їхньої діяльності і виступає фактором ризику розвитку соматичних захворювань, нервово-психічних розладів, підвищеної захворюваності та передчасної інвалідизації. Показники, такі як рівень самоповаги, домінантності, тривожності, а також ступінь екстраверсії або інтроверсії, набувають великого значення при вирішенні клінічних завдань, що включають діагностику неврозів і прикордонних станів, проведення диференціальної діагностики, оцінку динаміки стану під час реабілітації та контроль результатів психотерапевтичного впливу.

Девіантна поведінка розглядається як система вчинків, що суперечать загальноприйнятим суспільним нормам і проявляються через дисбаланс психічних процесів, неадекватність адаптивних реакцій, порушення самоактуалізації або відхилення від моральних і естетичних норм самоконтролю. Вона може мати різноманітну структуру і динаміку,

виникати як у формі індивідуальних, так і групових явищ, поєднувати кілька клінічних форм або бути однотипною, відзначатися стійкістю чи нестійкістю, а також мати різну спрямованість і соціальне значення.

При оцінці такої поведінки основним критерієм виступає аналіз взаємодії особи з реальністю, оскільки ключова норма – адаптивність – базується на пристосуванні індивіда до конкретних умов та оточення.

Серед важливих факторів значне місце належить віку, що обумовлено існуванням вікової психології, яка формулює поняття вікової поведінкової норми як моделі поведінки, яку має демонструвати людина, щоб її сприймали як таку, що відповідає своєму віку.

Компактність методів оцінювання цих характеристик дає змогу застосовувати їх самостійно або в поєднанні з іншими діагностичними процедурами. Проблема оптимізації психоемоційного стану залишається соціально-психологічно важливою й недостатньо вивченою у методичному плані.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ШЛЯХОМ ГРУПОВОГО ВПЛИВУ

2.1 Організація дослідження змін в емоційній сфері в осіб похилого віку

Було проведено обстеження двох груп респондентів, які перебували на стаціонарному лікуванні в лікувально-профілактичних закладах, загалом охоплено 20 осіб віком від 70 до 87 років.

На початковому етапі дослідження з пацієнтами велися бесіди, під час яких з'ясовувалися скарги, збирались анамнестичні дані про життя та хвороби, а також проводилося клініко-психологічне обстеження, що включало визначення особливостей інтелектуальної та пам'яттєвої сфер, а також особистісних властивостей за допомогою клінічних психологів. До того ж було здійснено психодіагностичне вивчення актуального психоемоційного стану.

Враховуючи специфіку цього дослідження, обрано оптимальний тип психодіагностичної та психокорекційної ситуації, яким стала добровільна участь респондентів, а також встановлено вимоги до відбору учасників: відсутність когнітивних порушень і клінічно значущих особистісних відхилень.

У складі експериментальної групи, що налічувала 10 осіб, окрім стандартного оздоровчого лікування, здійснювалися сесії групової психокорекції тривалістю півтори години. Цю групу було поділено на дві підгрупи залежно від скарг, пов'язаних із психоемоційним станом, які виявлялися під час збору анамнезу: перша група включала пацієнтів із симптомами перевтоми, нервового виснаження та пригніченого меланхолійного настрою, друга - з ознаками вираженої дратівливості,

гнівливості та зниження концентрації уваги. Контрольна група також складалася з 10 осіб, які відмовилися від участі у психокорекційних заходах і отримували лише традиційне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування без проведення групової психокорекції. Перед випискою у представників обох груп повторно оцінювали психоемоційний стан.

При плануванні експерименту було сформульовано робочу гіпотезу про те, що застосування групової психокорекції позитивно впливає на динаміку психоемоційного стану пацієнтів.

Проведення експериментального дослідження здійснювалося поетапно: спершу підбирали психодіагностичні методики, налаштовані на оцінку психоемоційного стану та проведення групової психокорекції; потім визначали початковий стан експериментальної та контрольної груп; далі проводили психокорекцію у пацієнтів експериментальної групи; після завершення лікування повторно оцінювали кінцевий стан учасників; на завершальному етапі здійснювався статистичний і психологічний аналіз отриманих даних.

Для практичної частини дослідження було обрано ряд методик, адекватних меті вивчення актуального психоемоційного стану. Відбір інструментів базувався на критеріях стандартності і простоти у застосуванні в умовах лікувального закладу, високій валідності, психометричній надійності та інформативності результатів. У центрі уваги було проаналізовано показники функціонального стану, самовідчуття, загальної активності, настрою, рівня ситуативної і особистісної тривожності, особистісного диференціалу та самооцінки. Особливо важливими у клінічній диференціації неврозів, прикордонних психічних станів, а також у дослідженні динаміки пацієнтів під час реабілітації та контролі ефективності психотерапії визнані рівні самоповаги, домінантності, тривожності, а також екстраверсії та інтроверсії.

Стислість та ефективність цих методів дозволяє застосовувати їх як самотійно, так і в поєднанні з іншими діагностичними процедурами.

Загалом практичні психологи можуть використовувати ці підходи для виявлення актуального психоемоційного стану різних контингентів, що дає змогу визначати рівень тривожності, самоповаги, задоволеності собою, а також стан фрустрації, пригніченості, особистісного дискомфорту і інші види астенічних емоційних розладів, та проводити їх психокорекцію.

2.2 Проведення групової психокорекції емоційного стану особам похилого віку

Групова психокорекція психоемоційного стану осіб похилого віку є важливим напрямом сучасної психологічної практики, що спрямований на подолання вікових криз, зміцнення психічного здоров'я та покращення якості життя літніх людей [7, 11, 21, 22, 41, 60]. Особливості цієї роботи пов'язані з низкою вікових, соціальних та психолого-емоційних характеристик, що потрібно враховувати для ефективного впливу.

Переважна більшість осіб похилого віку стикаються з комплексом змін як фізіологічного, так і психологічного характеру. Фізичні зміни - це зниження загальної активності, зменшення сили та витривалості, виникнення хронічних захворювань, які часто впливають на емоційний стан і мотивацію. З психологічного боку характерними є погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги, підвищена тривожність, схильність до депресії, поява відчуття самотності, безпорадності, втрати життєвих сенсів. Ці прояви часто зумовлені не лише об'єктивними причинами, а й соціальними факторами – втратою роботи, зменшенням кола спілкування, віддаленням від близьких, змінами статусу в сім'ї та суспільстві, що

ускладнює адаптацію і формує основу для виникнення девіантної поведінки.

Групова психокорекція в такому контексті виступає не просто як терапевтична процедура, а як ефективний інструмент створення середовища підтримки, яке сприяє формуванню позитивної самооцінки, зняттю емоційної напруги, покращенню соціальних навичок та розвитку адаптивних стратегій поведінки [20, 21, 33, 39, 40]. Групова форма роботи дозволяє долати ізоляцію, яка є однією з провідних проблем серед осіб похилого віку, адже можливість спілкування з однолітками, обмін досвідом та спільне переживання розв'язання складних життєвих питань сприяють підвищенню емоційної підтримки, зниженню тривожності та почуття самотності.

Особливість групової психокорекції полягає також у тому, що у груповому форматі люди мають змогу відчувати підтримку колективу, що допомагає зменшити почуття власної уразливості [20, 21, 33, 39, 40] і. Спільна робота у групі сприяє відновленню віри у власні сили і ресурси, зниженню дефіциту соціальної взаємодії, який часто посилює відчуття ізоляції. Учасники групи не лише отримують допомогу від психолога, але й підтримку, емпатію та розуміння від однолітків - людей зі схожими проблемами та переживаннями.

Важливою умовою ефективної психокорекційної роботи з особами похилого віку є врахування їхніх вікових можливостей і обмежень. Так, інтенсивність роботи має відповідати рівню фізичної та психічної витривалості учасників; техніки та методи обираються з огляду на когнітивні особливості даної вікової групи. Під час роботи застосовуються прості й зрозумілі завдання, які не викликають стресу чи перевантаження. Пріоритетом у корекційних програмах є розвиток навичок саморегуляції, позитивної мотивації, формування адекватної емоційної реакції на стресові ситуації [7, 8, 11, 14, 16, 18, 20, 21, 40].

Водночас, групова робота дозволяє побудувати процес із врахуванням індивідуальних особливостей кожного учасника - психокорекція в групі не рівнозначна механічному повторенню одних і тих же вправ, а передбачає диференційований підхід із створенням атмосфери прийняття і підтримки, що сприяє розкриттю психологічного потенціалу кожної людини.

Особливе значення має напрямок роботи з формування конструктивних міжособистісних відносин всередині групи. Майже всі особи похилого віку можуть мати власні комплекси, переживання образ, сумніви щодо власної цінності. Через виконання фасилітаційних технік, таких як організація діалогів із «власним внутрішнім критиком», емоційне проживання ситуацій - учасники набувають навичок більш ефективного спілкування, здатні краще виражати свої почуття і потреби, що позитивно впливає на їхнє психоемоційне здоров'я.

Психологічні методи, які ефективно застосовуються в груповій психокорекції осіб похилого віку, включають техніки релаксації, вправи на розвиток усвідомлення власних емоцій, тренінги навичок подолання стресу, мистецькі і творчі заняття, що сприяють емоційному розвантаженню і самовираженню [7, 8, 14, 16, 18, 20, 21, 40]. Завдяки таким підходам знижується рівень тривожності, дещо покращується настрій, зростає внутрішнє відчуття контролю над власним життям.

Варто відзначити, що групова психокорекція для людей похилого віку часто виконує і соціальну функцію, сприяючи налагодженню нових соціальних зв'язків, активізації соціальної інтеграції, що є надзвичайно важливим у період, коли природними є втрати у колі близьких і зміни життєвого статусу [7, 8, 14, 16, 18, 20, 21, 40].

Таким чином, групова психокорекція психоемоційного стану осіб похилого віку - це цілісний, багатофункціональний психотерапевтичний процес, що спрямований на підтримку психологічного здоров'я, відновлення внутрішньої рівноваги, підвищення особистісної

резистентності та поліпшення якості життя в літньому віці [7, 8, 14, 16, 18, 20, 21, 40]. Успішність такого втручання значною мірою залежить від професійності ведучого, адаптивності методів, а також від створення атмосфери взаємної довіри і прийняття серед учасників групи.

У своїй роботі ми дотримувалися основних етапів діяльності груп зустрічей.

Спершу відбувається встановлення міжособистісних контактів, коли спільна діяльність у групі спрямована на створення атмосфери довіри, відкритості та безумовного прийняття кожного учасника таким, яким він є в реальному житті. Відвертість у спілкуванні досягається завдяки психологічному саморозкриттю кожного перед іншими членами групи та формуванню довірчих стосунків.

Іноді для полегшення цього процесу застосовуються прийоми, як-от використання вигаданих імен або різноманітні невербальні вправи – наприклад, взаємні дотики, уважне вивчення обличчя чи рук партнера. Перед початком роботи часто проводяться фізичні вправи, що мають на меті зарядити учасників енергією та зняти психологічні бар'єри.

Наступним етапом є формування відносин довіри, оскільки деякі учасники через тривогу у спілкуванні чи недовіру до інших можуть почуватися ізольованими. Зі зростанням довіри і поглибленням взаємного саморозкриття люди починають відчувати схожість один з одним, а не лише відмінності. Розвитку довіри сприяє спонтанний обмін враженнями та використання спеціальних прийомів.

У роботі групи також виникає потреба у подоланні конфліктів, які нерідко пов'язані із боротьбою за лідерство, суперництвом або проявами емоцій під час обміну відчуттями. Вирішення конфліктів відбувається як на вербальному рівні – за допомогою заохочення відкритих дискусій і сприйняття іншої точки зору, так і через фізичну взаємодію.

Часом учасники чинять опір саморозкриттю, захищаючи свої звичні, хоч і обмежуючі поведінкові моделі. Для подолання цього опору

використовується, наприклад, техніка «направленого фантазування». Важливою складовою процесу є вираз співчуття і підтримки між учасниками. Лише отримуючи позитивний зворотний зв'язок спочатку від керівника, а згодом і безпосередньо від групи, кожен учасник може повністю усвідомити свою поведінку і відкритися.

Існує обґрунтована позиція, що пригнічення важливих внутрішніх переживань може спричиняти неврози і психосоматичні захворювання, тоді як група зустрічей стимулює саморозкриття не перед професіоналами, а перед однолітками, що робить цей процес для багатьох простішим. Часто люди легше діляться переживаннями з незнайомцями, випадковими попутниками, хоча спонтанне саморозкриття у групі не завжди є прийнятним з різних причин.

За результатами роботи в групах учасники зазвичай відзначають підвищення чутливості до тонкощів міжособистісних відносин, зростання самооцінки та самоприйняття, зменшення почуття самотності і відчуженості, а також позитивні зміни в уявленні про себе. У нашій роботі спостерігалися подібні результати.

Водночас усвідомлюючи, що методи особистісної психокорекції типу груп зустрічей зумовлюють значний емоційний вплив, ми враховували, що не всі люди сприймають це однаково добре. Після інтенсивних переживань і відвертого спілкування учасники можуть відчувати труднощі при поверненні до звичних закритих і часто менш щирих повсякденних відносин, багатих на соціальні умовності. Люди також по-різному реагують на сильні емоції та гострі міжособистісні конфлікти.

Основні технічні прийоми, що використовуються в групах зустрічей і які застосовували ми, включають встановлення контактів, формування довірчих взаємин, аналіз конфліктів, роботу з опором, а також співучасть і підтримку. На початку групового процесу увага учасників сконцентрована на створенні довірчих міжособистісних контактів. Проте

деякі учасники можуть відчувати самотність через труднощі у налагодженні зв'язків і побоюються відкриватися малознайомим людям. Для подолання цього існують спеціальні вправи, які сприяють усвідомленню та зменшенню почуття самотності і бар'єрів недовіри.

Конфлікти найчастіше виникають на етапі боротьби за лідерство та суперництво. Психолог заохочував учасників, що опинилися у конфронтації, уважно вислуховувати один одного, чесно висловлювати свої думки і намагатися усвідомити не лише власні, а й чужі відчуття.

2.3 Аналіз результатів дослідження динаміки емоційного стану осіб похилого віку внаслідок психокорекції

Аналіз отриманих результатів дослідження емоційної сфери респондентів до проведення психокорекції виявив, що під час бесід учасники обох груп скаржилися на погіршення пам'яті, уваги, мислення, труднощі із зосередженням, підвищену втомлюваність, нервозність, емоційну нестабільність та знижений настрій.

Проте клініко-психологічне обстеження не виявило у жодного з пацієнтів експериментальної та контрольної груп значних порушень когнітивних функцій або помітних ознак афективних розладів.

Під час аналізу за методикою САН було звернено увагу на низькі бали за всіма шкалами в обох групах, що свідчить про загалом незадовільний функціональний стан учасників (таблиця 2.1, рисунок 2.1). Середні показники в експериментальній групі свідчать про низький рівень психічної активності - $3,2 \pm 0,6494$; зацікавленості - $3,0 \pm 0,8659$; емоційного тону - $2,9 \pm 1,62340$; при цьому функціональний стан визнано незадовільним на рівні $2,8 \pm 0,2572$. У контрольній групі, за підсумками обчислень, аналогічно виявлено занижені значення всіх показників: психічна активність становила $3,4 \pm 0,7562$; зацікавленість - $3,1 \pm 1,0586$;

емоційний тонус - $3,2 \pm 1,2099$; при цьому функціональний стан оцінено як незадовільний із середнім значенням $2,9 \pm 0,9873$.

Таблиця 2.1 Результати дослідження по методиці САН

Групи респондентів	Показники:			
	Нормальні оцінки в діапазоні 5,0-5,5, вище – добре, нижче – погано; функціональний стан: 5,5-7 - гарний, 3-5,4 – задовільний, 1-2,9 – поганий.			
	Психічна активність	Зацікавленість	Емоційний тонус	Функціональний стан
Експериментальна (10 осіб)	$3,2 \pm 0,6494$	$3,0 \pm 0,8659$	$3,4 \pm 1,62340$	$2,8 \pm 0,2572$
Контрольна (10 осіб)	$3,4 \pm 0,7562$	$3,1 \pm 1,0586$	$3,5 \pm 1,2099$	$2,9 \pm 0,9873$

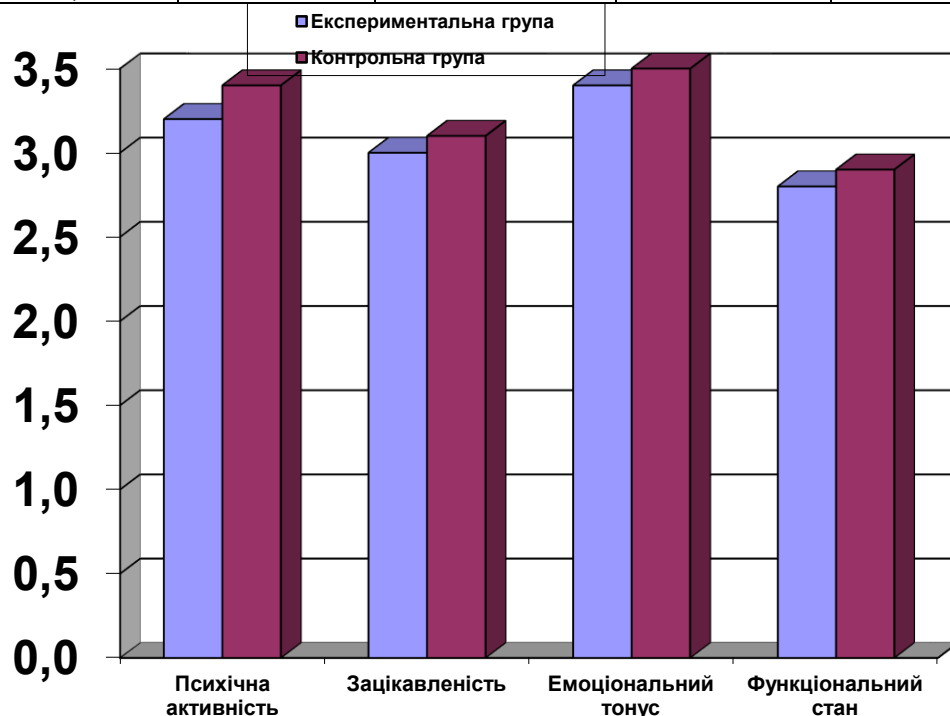


Рисунок 2.1 Результати дослідження по методиці САН.

При дослідженні проявів тривоги аналіз середньоарифметичних значень показав, що респонденти обох груп характеризувалися високим рівнем реактивної тривожності та помірним рівнем особистісної тривожності. Водночас у контрольній групі вибірка була досить однорідною, тоді як у експериментальній рівень реактивної тривожності розподілявся по всіх можливих рівнях вираженості (таблиці 2.2, 2.3 та

рисунки 2.2, 2.3). У експериментальній групі середній показник реактивної тривожності становив $48,5 \pm 3,2468$, що свідчить про її високий рівень, а показник особистісної тривожності дорівнював $38,9 \pm 2,1645$, вказуючи на помірний рівень тривоги. З огляду на індивідуальні дані, у 70 % учасників цієї групи відзначався високий рівень реактивної тривожності, у 20 % - помірний, а у 10 % - низький; особистісна тривожність у 90 % пацієнтів була поміною, а у 10 % - низькою. У контрольній групі середній рівень реактивної тривожності становив $47,1 \pm 2,4197$, що також свідчить про високий її рівень, водночас особистісна тривожність у цій групі була поміною зі середнім значенням $32,7 \pm 2,4197$. Всі учасники контрольної групи демонстрували помірний рівень як реактивної, так і особистісної.

Таблиця 2.2 Середньоарифметичні дані рівнів ситуативної та особистісної тривожності.

Група респондентів	Середній показник	
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Експериментальна (10 осіб)	$48,5 \pm 3,2468$ (висока)	$38,9 \pm 2,1645$ (помірна)
Контрольна (10 осіб)	$47,1 \pm 2,4197$ (висока)	$32,7 \pm 2,4197$ (помірна)

Таблиця 2.3 Розподіл респондентів по рівнях тривожності

Група респондентів	Розподіл респондентів по рівнях тривожності					
	Ситуативна тривожність			Особистісна тривожність		
	низький	помірний	високий	низький	помірний	високий
Експериментальна (10 осіб)	10%	20%	70%	10%	90%	-
Контрольна (10 осіб)	-	100%	-	-	100%	-

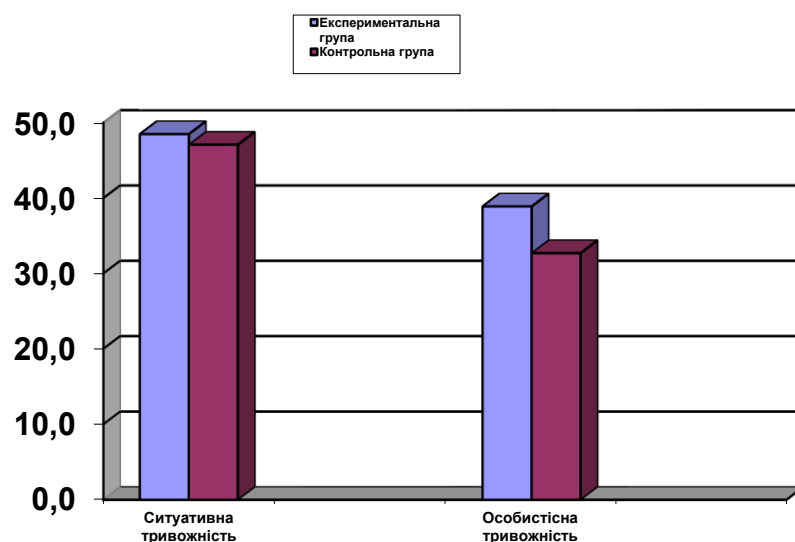
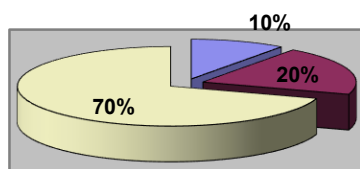
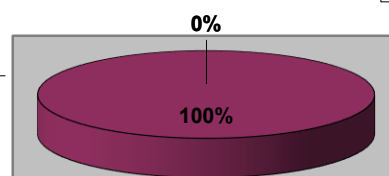


Рисунок 2.2 Середньоарифметичні показники рівнів ситуативної та особистісної тривожності.

Експериментальна група:



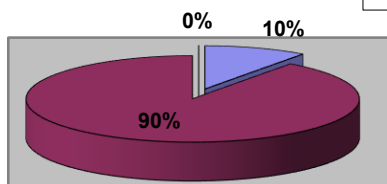
■ Низький рівень
■ Помірний рівень
■ Високий рівень



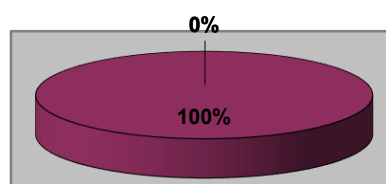
■ Низький рівень
■ Помірний рівень
■ Високий рівень

- ситуативна тривожність - особистісна тривожність

Контрольна група:



■ Низький рівень
■ Помірний рівень
■ Високий рівень



■ Низький рівень
■ Помірний рівень
■ Високий рівень

- ситуативна тривожність - особистісна тривожність

Рисунок 2.3 Розподіл респондентів по рівням тривожності.

Визначення особистісного диференціалу показало, що у респондентів обох груп спостерігалися низькі значення фактора оцінки, що відображало критичне ставлення до себе, незадоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень і характеристиками особистості, а також недостатній рівень самоприйняття.

Особливо занижені показники цього фактора в експериментальній групі могли свідчити про наявність невротичних чи інших проблем, пов'язаних із почуттям малої цінності власної особистості. Низькі значення фактора сили, які фіксувалися у самооцінках пацієнтів обох груп, вказували на обмежений самоконтроль, складність утримувати прийнятну лінію поведінки та залежність від зовнішніх обставин і оцінок.

В експериментальній групі особливо низькі оцінки цього фактора свідчили про астенізацію та підвищену тривожність.

Фактор активності, що в самооцінках характеризував екстравертованість особистості, мав позитивні значення у контрольній групі, що свідчило про більшу активність, товариськість і імпульсивність, тоді як у експериментальній групі переважали негативні значення, які свідчили про інтровертованість і певну пасивність (таблиця 2.4, рисунок 2.4).

Таблиця 2.4 Результати визначення особистісного диференціалу

Група респондентів	Рівень значення факторів		
	оцінки	сили	активності
Експериментальна (10 осіб)	особливо низький	особливо низький	негативний (інтровертованість)
Контрольна (10 осіб)	низький	низький	позитивний (екстравертованість)

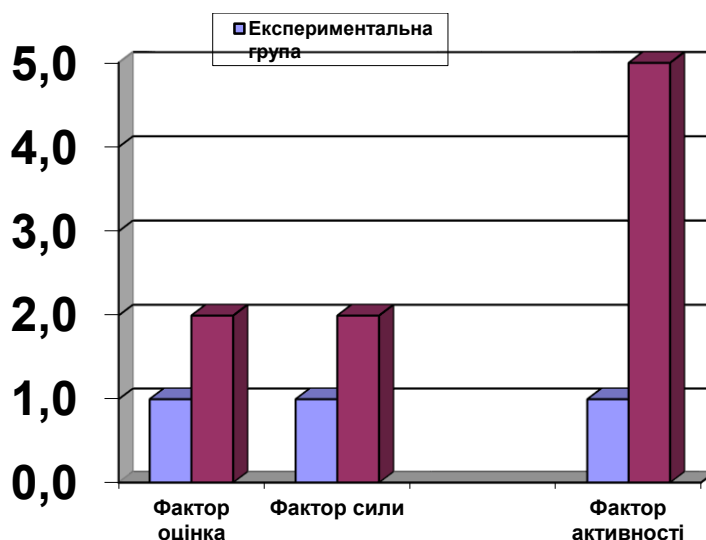


Рисунок 2.4 Результати визначення особистісного диференціалу

Результати самооцінки стану здоров'я, розумових здібностей, характеру та рівня щастя свідчать, що в нормі респонденти оцінюють себе приблизно на 75% за цими параметрами. Проте аналіз обстежень пацієнтів обох груп показав, що їх самооцінка стану здоров'я, інтелектуальних можливостей та рівня щастя була нижчою за норму, водночас у них спостерігалися виражені депресивні тенденції та відсутність оптимізму. Водночас оцінки власного характеру у представників обох груп були приблизно однаковими і знаходилися на середньому рівні або вище (таблиця 2.5, рисунки 2.5, 2.6).

У експериментальній групі середній показник самооцінки стану здоров'я становив 32%, що відноситься до низьких значень; 70% респондентів вважали себе досить хворими, а решта 30% оцінили своє здоров'я як посереднє. Щодо розумових здібностей, середній показник самооцінки становив 58%, що відповідає середньому рівню; при цьому половина учасників ставили оцінку трохи вище середньої, 40% - на середньому рівні, а 10% - нижче середнього. Самооцінка характеру в цій групі була близькою до нормальних значень з середнім показником 68%; більшість - 80% - оцінили свій характер вище середнього, демонструючи позитивні характерологічні риси, а 20% визначили його на середньому рівні. Рівень самооцінки щастя в цій групі виявився низьким - 28%; жоден

з респондентів не вважав себе достатньо щасливим, 60% оцінили свій рівень нижче за середньостатистичний, а 40% - на середньому рівні.

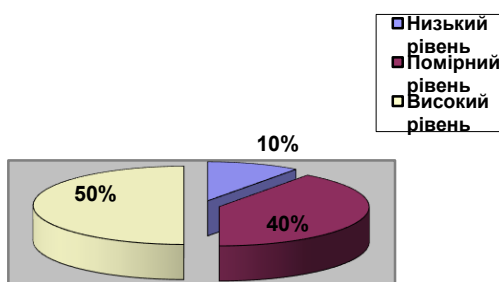
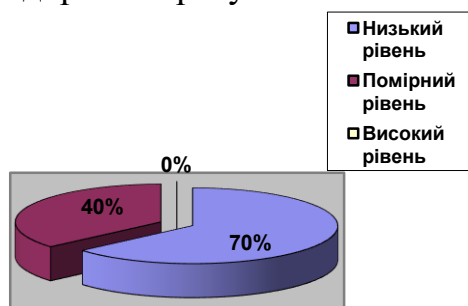
У контрольній групі самооцінка стану здоров'я за середнім значенням становила 46%, що також відноситься до низьких показників. 40% учасників оцінили своє здоров'я дещо нижче середнього або гірше за багатьох, 50% ставили оцінку на «посередньому» рівні, ближче до загального рівня, і лише 10% вважали себе практично здоровими, з показниками вище середини. Середній показник самооцінки розумових здібностей у цій групі становив 66%, що відповідає майже нормальному рівню. Щодо інтелектуальних здібностей, 45% учасників оцінювали себе вище середнього, стільки ж - на позначці посереднього рівня, а 10% відзначали у себе ознаки зниження інтелектуальних функцій. Середній рівень самооцінки характеру був на рівні 70%, що також належить до майже нормальних значень. Великою більшістю - 90% - респонденти вважали свій характер добрим, натомість лише 10% оцінювали його як посередній. Щодо самооцінки рівня щастя, середній показник у групі становив 27%, тобто можна розглядати це як низький рівень. 40% учасників оцінювали себе як помірно чи посередньо щасливих, тоді як 60% вважали себе досить нещасливими.

Таблиця 2.5 Результати самооцінки

Група респондентів	Параметри	Показники (значення)			
		Стан здоров'я	Розумові здібності	Характер	Щастя
Експериментальна (20 осіб)	Середньоарифметичні показники	32%	58%	68%	28%
	Розподіл респондентів	70%-низькі 30%-середні	50%-високі 40% - середні 10%- низькі	80% - високі 20% - середні	60% - низькі 40%-середні
Контрольна (20 осіб)	Середньоарифметичні показники	46%	66%	70%	27%
	Розподіл респондентів	10% високі 50% - середні 40%-низькі	45% високі 45% - середні 10%- низькі	90% - високі 10% - середні	60% - низькі 40%-середні

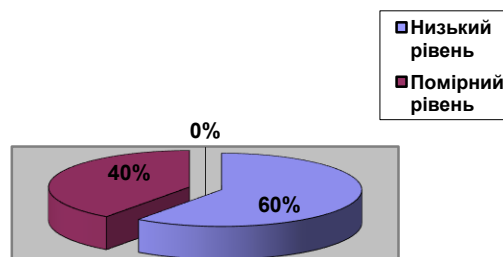
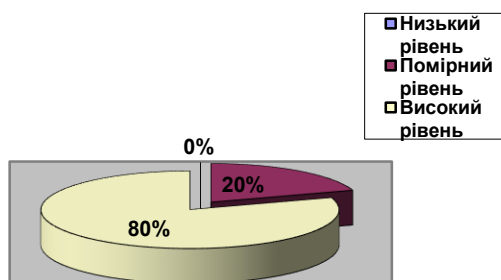
Експериментальна група:

- здоров'я - розум



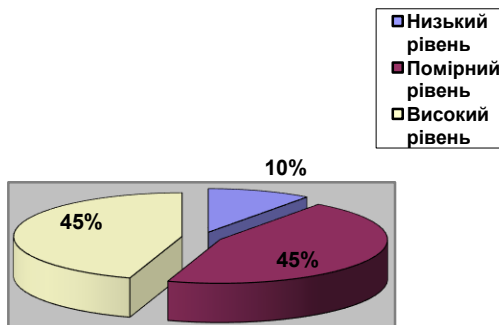
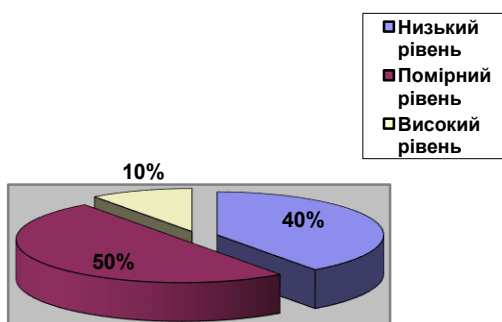
- характер -

щастя



Контрольна група:

- здоров'я - розум



- характер -

щастя

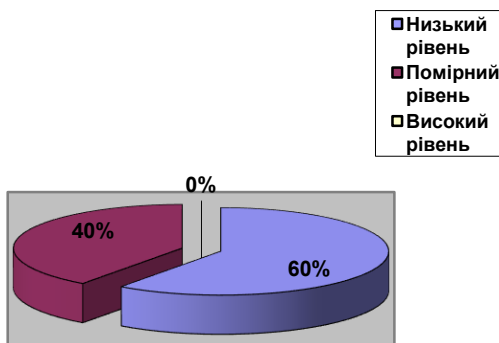
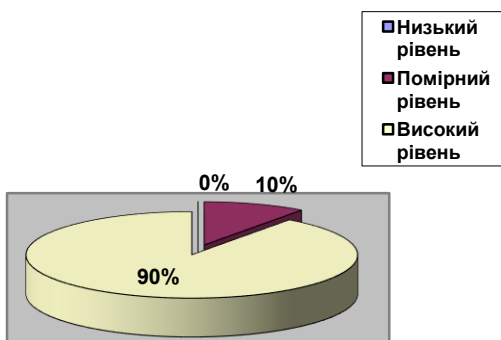


Рисунок 2.5 Розподіл респондентів експериментальної та контрольної груп по рівням самооцінки

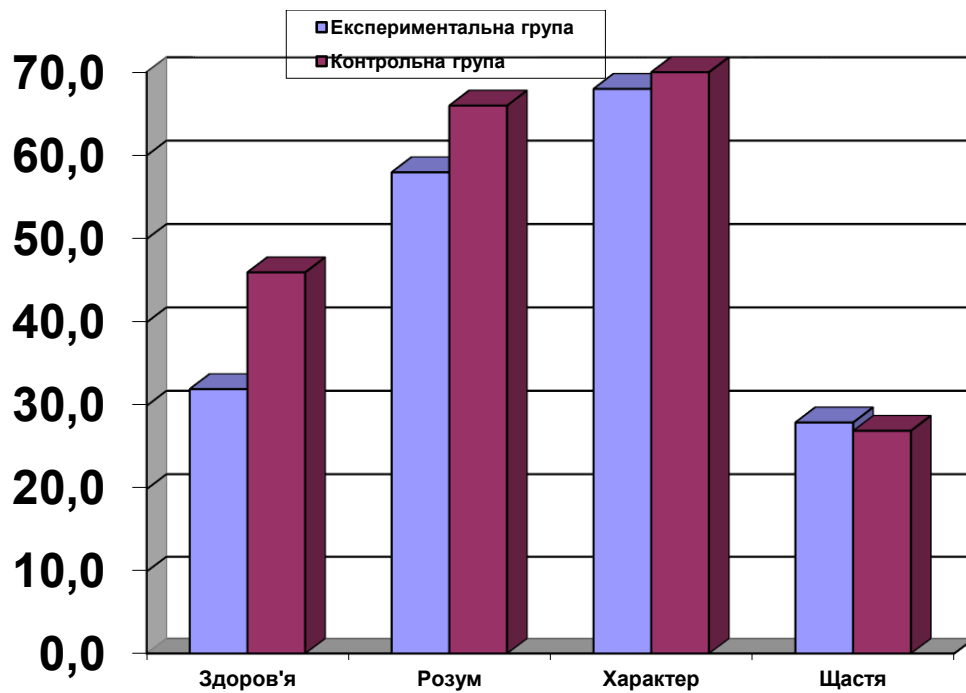


Рисунок 2.6 Середньоарифметичні значення показників по самооцінці стану здоров'я, розумових здібностей, характеру, щастя

Дослідження динаміки емоційного стану після проведеної психокорекції за методикою САН засвідчило, що в обох групах спостерігалось збільшення балів за усіма шкалами, що відповідно свідчить про позитивні зміни функціонального стану (таблиця 2.6, рисунок 2.7).

У експериментальній групі середні результати вказували на високий рівень психічної активності ($6,5 \pm 0,7694$), зацікавленості ($6,4 \pm 0,6895$) і емоційного тону ($5,8 \pm 0,9578$), а також на гарний функціональний стан ($5,2 \pm 0,4653$).

У той же час у контрольній групі було зафіксовано менш виражені позитивні зміни: психічна активність становила $4,4 \pm 0,4675$, зацікавленість - $5,1 \pm 0,8764$, емоційний тонус - $4,6 \pm 0,8992$, а функціональний стан оцінено як задовільний - $4,8 \pm 0,1356$.

Таким чином, у обох групах відзначаються покращення самооцінки самопочуття, активності та настрою, проте в експериментальній групі ця позитивна динаміка проявляється більш виразно.

Таблиця 2.6 Результати дослідження по методиці САН
після проведення психокорекції

Групи респондентів	Показники: Нормальні оцінки в діапазоні 5,0-5,5, вище – добре, нижче – погано; функціональний стан: 5,5-7 – гарний, 3-5,4- задовільний, 1-2,9 – поганий.			
	Психічна активність	Зацікавленість	Емоційний тонус	Функціональний стан
Експериментальна (10 осіб)	6,5±0,7694	6,4±0,6895	5,8±0,9578	5,2±0,4653
Контрольна (10 осіб)	4,4±0,4675	5,1±0,8764	4,6±0,8992	4,8±0,1356

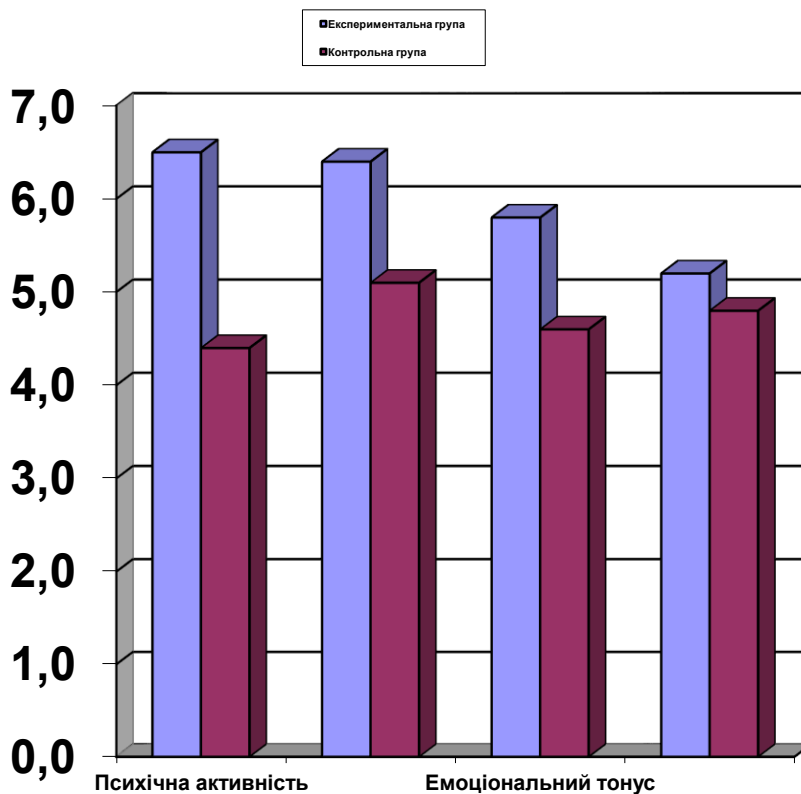


Рисунок 2.7 Результати дослідження по методиці САН після проведення психокорекції

Аналіз середніх показників тривожності свідчив про те, що учасники обох груп мали помірний рівень як реактивної, так і особистісної тривожності, що вказує на позитивні зрушення в психодинаміці, при цьому більш виразні в експериментальній групі

(таблиці 2.7, 2.8, рисунки 2.8, 2.9). У експериментальній групі середній показник реактивної тривожності становив $34,5 \pm 0,6428$, що відповідає помірному рівню, а значення особистісної тривожності дорівнювало $32,4 \pm 0,1564$, також вказуючи на помірний рівень тривоги. Аналіз індивідуальних даних показав, що реактивна тривожність була помірною у 80% пацієнтів і низькою у 20%, тоді як особистісна тривожність помірного рівня виявлялася у 70% і низького - у 30%. Щодо контрольної групи, її середній показник реактивної тривожності знизився до помірного рівня і становив $41,1 \pm 0,6432$, а особистісна тривожність у середньому сягала $32,9 \pm 0,1634$, що також відповідає помірному рівню.

Усі пацієнти цієї групи продемонстрували помірний рівень як реактивної, так і особистісної тривожності. Отже, можна констатувати зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності в обох групах, при цьому в експериментальній групі позитивні зміни як у середньоарифметичних показниках, так і у розподілі респондентів були більш вираженими.

Таблиця 2.7 Середньоарифметичні показники тривожності після проведення психокорекції

Група респондентів	Середній показник	
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Експериментальна (10 осіб)	$34,5 \pm 0,6428$ (помірна)	$32,4 \pm 0,1564$ (помірна)
Контрольна (10 осіб)	$41,1 \pm 0,6432$ (помірна)	$32,9 \pm 0,1634$ (помірна)

Таблиця 2.8 Розподіл респондентів по рівнях тривожності після проведення психокорекції

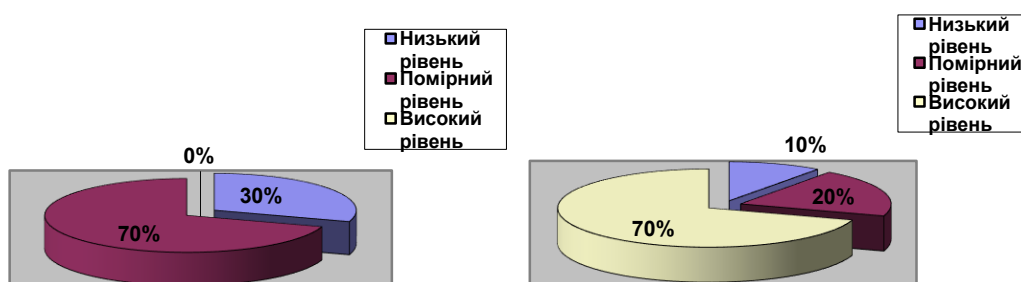
Група респондентів	Розподіл респондентів по рівнях тривожності					
	Ситуативна тривожність			Особистісна тривожність		
	низький	помірний	високий	низький	помірний	високий
Експериментальна (10 осіб)	20%	80%	-	30%	70%	-
Контрольна (10 осіб)	-	100%	-	-	100%	-

Експериментальна група:



- ситуативна тривожність - особистісна тривожність

Контрольна група:



- ситуативна тривожність - особистісна тривожність

Рисунок 2.8 Розподіл респондентів по рівням тривожності після проведення психокорекції

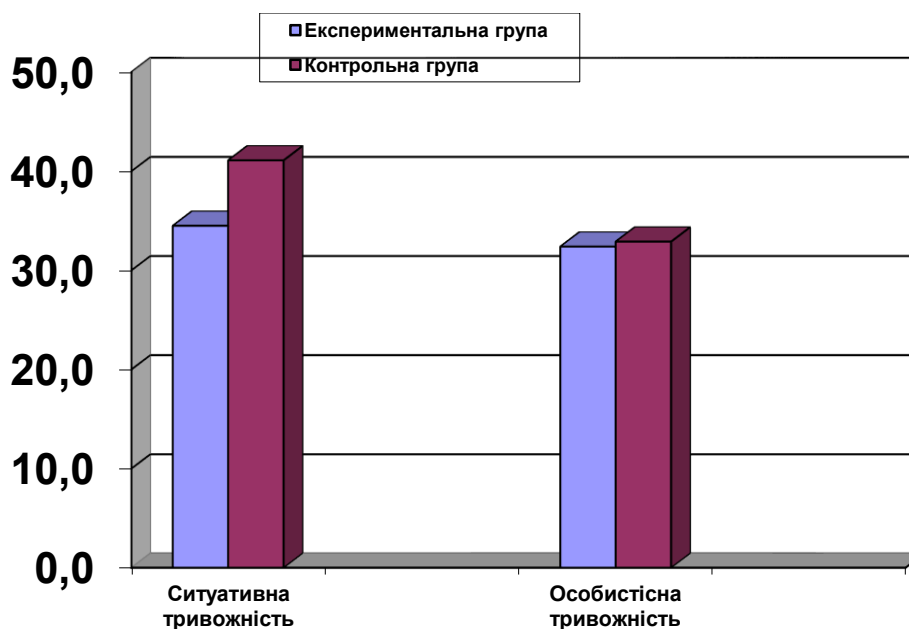


Рисунок 2.9 Середньоарифметичні показники рівнів ситуативної та особистісної тривожності після проведення психокорекції

Після проведення психокорекції в обох групах спостерігалось деяке підвищення значень фактора оцінки, що свідчить про зменшення критичного ставлення до себе та більшу здатність приймати себе таким, яким є.

У експериментальній групі, де цей показник перед початком був особливо низьким, зміни виявилися більш помітними. Також покращилися показники фактора сили у самооцінках пацієнтів обох груп, що вказує на підвищення рівня самоконтролю та зниження залежності від зовнішніх обставин і оцінок. В експериментальній групі ці зміни були більш виразними, що свідчить про зменшення астенічних проявів і тривожності. Щодо фактора активності, у контрольній групі, де переважали позитивні значення, що відображають вищу екстравертованість, зміни були мінімальними, тоді як в експериментальній групі оцінки перейшли з негативних до позитивних, що свідчить про покращення здатності до спілкування та соціальної адаптації (таблиця 2.9, рисунок 2.10).

Таким чином, позитивна динаміка особистісного диференціалу спостерігалася в обох групах протягом лікувального періоду. Варто відзначити, що в експериментальній групі, де вихідні значення факторів були гіршими за контрольну, показники змогли перевищити рівень другої групи, що свідчить про суттєве покращення соціальної адаптації та самореалізації. Після завершення стаціонарного лікування проведено аналіз результатів обстеження пацієнтів обох груп, який виявив підвищення самооцінки щодо стану здоров'я, інтелектуальних здібностей, характеру та рівня щастя (таблиця 2.10, рисунки 2.11, 2.12). У експериментальній групі середній показник самооцінки стану здоров'я становив 68%, що відноситься до нормальних значень; при цьому 90% респондентів почали вважати себе досить здоровими, а лише 10% оцінили свій стан як посередній. Щодо розумових здібностей, середній показник самооцінки дорівнював 60%, що трохи перевищує середній рівень, при

цьому 80% учасників оцінювали свої здібності вище середнього, а 20% - на посередньому рівні. Самооцінка характеру у цій групі мала середнє значення 75%, що є нормою, і всі учасники оцінили свій характер вище середнього рівня. Показник самооцінки рівня щастя становив 70%, також віднесений до нормальних значень, при цьому 70% респондентів вважали себе більш щасливими за середній рівень, а 30% - на середньому. У контрольній групі середній рівень самооцінки стану здоров'я становив 66%, що відповідає середнім показникам, причому половина респондентів оцінила своє здоров'я як посереднє, «як у всіх», а інша половина - вище середнього, майже на рівні здорових людей. Самооцінка розумових здібностей у цій групі залишалася майже без змін у порівнянні з первинним обстеженням, складаючи 68%; 45% оцінювали себе вище середнього, а 55% - на посередньому рівні. Показники самооцінки характеру також не зазнали змін, середній рівень залишився на позначці 70%, більшість (90%) ідентифікували свій характер як гарний, а 10% - як посередній, як і до лікування. Що стосується самооцінки рівня щастя, вона покращилася й досягла 47%, що відповідає середньому рівню, причому всі учасники групи оцінили себе як посередньо щасливих. Отже, результати свідчать про те, що самооцінка в експериментальній групі підвищилася більш істотно, ніж у контрольній, вказуючи на позитивний вплив групової психокорекції на психодинаміку пацієнтів.

Таблиця 2.10 Результати дослідження самооцінки після психокорекції

Група респондентів	Параметри	Показники (значення)			
		Стан здоров'я	Розумові здібності	Характер	Щастя
Експериментальна (10 осіб)	Середньо-арифметичні	68%	60%	75%	70%
	Розподіл респондентів	50% високі 50% середні	80% високі 20% - середні	100% - високі	70%-високі 30%-серед.
Контрольна (10 осіб)	Середньо-арифметичні	66%	68%	70%	47%
	Розподіл респондентів	50% високі 50% - середні	45% високі 55% - середні	90%-високі 10%-серед.	100% - середні

Експериментальна група:

- здоров'я - розум



- характер - щастя



Контрольна група:

- здоров'я - розум



- характер - щастя

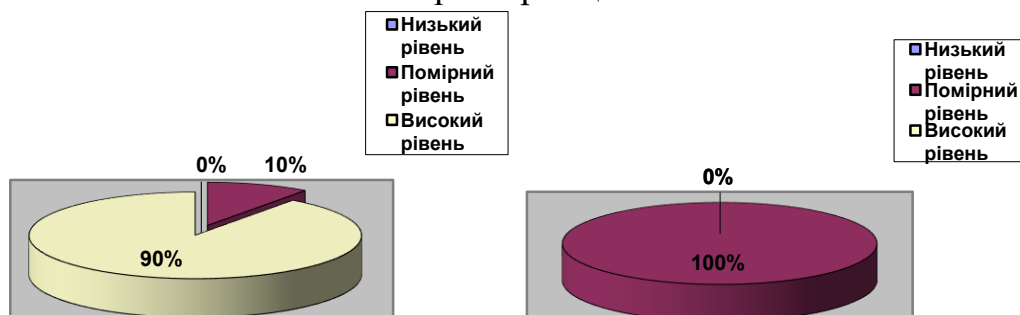


Рисунок 2.11 Розподіл респондентів експериментальної та контрольної груп по рівням самооцінки стану здоров'я, розумових здібностей, характеру, щастя після психокорекції

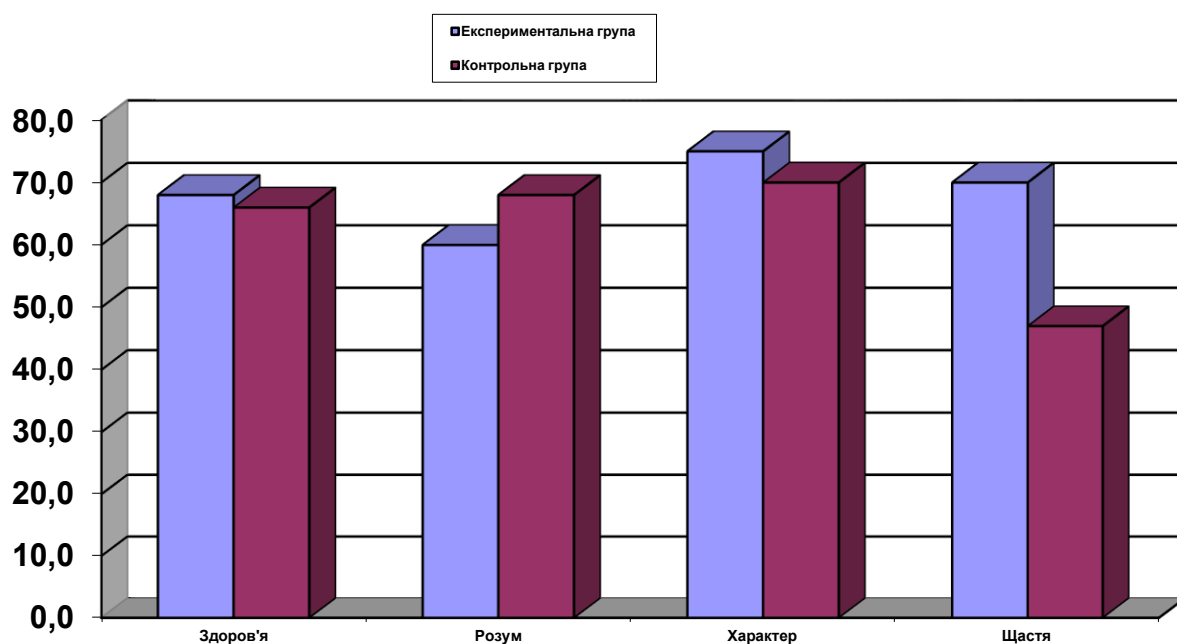


Рисунок 2.12 Середньоарифметичні значення показників по самооцінці стану здоров'я, розумових здібностей, характеру, щастя після психокорекції

Висновки до розділу 2

Було здійснено експериментально-психологічне дослідження, спрямоване на вивчення психологічних особливостей літніх людей та особливостей динаміки їх психіки під впливом психокорекції. Учасники брали участь у експерименті на добровільних засадах.

Перед початком психодіагностичного обстеження проводився скринінг в межах співбесіди, мета якого полягала у формуванні експериментальної групи.

Під час цих бесід визначалося, чи не мають претенденти клінічно діагностованих психічних розладів, чи не перебувають на обліку у психоневролога, чи не зверталися раніше за допомогою до психолога чи психотерапевта, а також чи відсутні у них ураження через наркотичну, алкогольну чи інші форми залежностей.

В ході обстеження двох груп респондентів, які склалися із 20 осіб віком від 70 до 87 років і проходили стаціонарне лікування, було встановлено: на початку лікування на стадії розмови в обох групах пацієнти відзначали погіршення пам'яті, уваги, мислення, проблеми з концентрацією, підвищену втомлюваність, нервозність, емоційну нестабільність, знижений настрій, часті захворювання вірусного характеру, а також скарги з боку серцево-судинної та травної систем у минулому.

Водночас у жодного з учасників експериментальної та контрольної груп не було виявлено значних порушень когнітивних функцій або клінічних ознак афективних розладів.

Аналізуючи результати дослідження, відзначали незадовільний функціональний стан, низький рівень психічної активності, інтересу і емоційного тону у пацієнтів обох груп.

Окрім того, респонденти демонстрували високий рівень реактивної тривожності і помірний рівень особистісної тривожності.

Значення фактору оцінки особистості були доволі низькими, особливо в експериментальній групі, що свідчило про наявність можливих невротичних чи інших проблем, пов'язаних із почуттям низької цінності власної особистості. Крім того, фактор сили, який відображає здатність до самоконтролю і утримання обраної лінії поведінки, виявився заниженим в обох групах, що свідчить про залежність від зовнішніх обставин і оцінок, а особливо у членів експериментальної групи це свідчило про астеничність та тривожність. Фактор активності у контрольній групі був здебільшого позитивним, натомість в експериментальній групі відзначався негативний характер.

Обидві групи демонстрували знижені самооцінки щодо стану здоров'я, інтелектуальних здібностей і рівня особистого щастя, а також проявляли депресивні тенденції і відсутність оптимізму, в той же час

оцінки себе за характером були подібними й знаходилися на середньому рівні та вище.

Після проведеного оздоровчого лікування в обох групах спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану, яка була більш вираженою в експериментальній групі, де додатково застосовували психокорекцію.

Аналіз результатів обстежень показав збільшення показників психічної активності, зацікавленості та емоційного тону у пацієнтів обох груп, а також позитивну зміну функціонального стану, що була значнішою в експериментальній групі.

Середні рівні реактивної та особистісної тривожності знизилися до помірних значень у представників обох груп, що свідчить про позитивну психодинаміку, більш помітну саме в експериментальній групі.

Значення фактора оцінки теж дещо зросли в обох групах, що відображає зниження критичного ставлення до себе та підвищену здатність приймати себе, при цьому в експериментальній групі ці зміни були виразнішими.

Показники фактора сили в самооцінках покращилися в обох групах, однак більш помітно в експериментальній, що свідчить про зменшення астенічних та тривожних проявів. Фактор активності в контрольній групі, де спостерігали переважно позитивні значення, що позначають екстравертованість, майже не зазнав змін, натомість в експериментальній групі оцінки перейшли з негативних у позитивні, що свідчить про підвищення комунікативних здібностей та соціальної адаптації.

Таким чином, позитивні зрушення особистісного диференціалу відбулися в обох групах протягом лікувального періоду, але у представників експериментальної групи, у яких на початку рівень факторів був нижчим, показники стали навіть кращими за контрольну групу, що є свідченням підвищення здатності до соціальної адаптації і самореалізації. Крім того, після стаціонарного лікування підвищилися

результати самооцінки стану здоров'я, розумових здібностей, характеру та рівня щастя у пацієнтів обох груп, при цьому в експериментальній групі поліпшення було більш вираженим, ніж у контрольній.

Усе це підтверджує позитивний вплив групової психокорекції на психодинаміку пацієнтів.

На основі проведеного експерименту можна стверджувати, що у літніх людей часто спостерігаються риси та прояви, пов'язані з психоемоційною та комунікативною сферами, і такі стійкі тенденції слід розглядати як вікову девіацію.

У медичних і лікувальних установах клінічна психодіагностика має важливе значення як складова загального клінічного обстеження, а групова психокорекція може розглядатися як ефективний лікувальний захід.

ВИСНОВКИ

У межах цієї кваліфікаційної роботи було проведено теоретико-методологічний аналіз особливостей вікових змін психіки та варіантів поведінкової норми та патології, а також розглянуто можливості психологічного супроводу осіб похилого віку у разі психоемоційних та поведінкових відхилень. Узагальнення теоретичних і емпіричних результатів дозволило сформулювати такі висновки:

- вікові зміни психіки проявляються на всіх рівнях психічного функціонування особи: і на рівні сприйняття, і на рівні інтелектуального опрацювання, і а плані емоційного реагування та вольового контролю своєї поведінки;

- фахівці-практики не завжди мають достатній рівень підготовки для ефективної роботи з особами похилого віку, у яких спостерігаються виражені прояви поведінкових девіацій та психоемоційних змін;

- результативна психодіагностика порушень вимагає від психолога високого рівня професійної компетентності, в тому числі вміння обґрунтовано добирати діагностичні методики, якісно проводити дослідження та коректно інтерпретувати отримані дані;

- психологічний супровід має включати використання різноманітних профілактичних заходів, спрямованих на попередження формування розладів та поведінкових відхилень, із урахуванням індивідуальних особливостей кожного випадку та необхідністю гнучкого підходу до їх застосування.

У роботі підкреслюється, що психологічний супровід осіб похилого віку із проявами поведінкових відхилень доцільно розглядати як самостійну практичну діяльність, яка поєднує елементи психологічної, медичної та соціальної допомоги й вимагає високого рівня спеціалізованої підготовки та набутих професійних компетентностей.

Узагальнення отриманих результатів дало можливість визначити ключові принципи ефективної психологічного супроводу осіб похилого віку з проявами психічних та поведінкових відхилень:

- участь пацієнтів у корекційно-профілактичних заходах має бути виключно добровільною;
- обов'язковим є створення психологічно безпечного та підтримуючого середовища;
- не менш важливою є й емпатійна, приймаюча позиція психолога;
- ефективність психологічного супроводу буде забезпечуватися комплексним та системним поєднанням діагностичних і корекційних заходів та їх своєчасністю;
- обов'язковим є врахування індивідуально-типологічних особливостей пацієнтів, а також умов їхньої життєдіяльності;
- значущою умовою виступає підтримка позитивної особистісної мотивації на взаємодію з психологом протягом усього процесу фахового супроводу.

На основі отриманих результатів дослідження сформульовано такі практичні рекомендації:

- доцільно впроваджувати системи раннього виявлення ризиків виникнення розладів психіки та поведінки в осіб похилого віку із застосуванням психодіагностичних методів у діяльності практичних психологів;
- варто посилити наукові дослідження, спрямовані на вивчення вікових особливостей психічних та поведінкових девіацій, а також чинників, що зумовлюють виникнення цих проявів.

У процесі дослідження було детально розглянуто особливості формування психоемоційних розладів в осіб похилого віку, а також визначено чинники, які можуть виступати тригерами їхнього розвитку. Окрім цього, окреслено ефективні форми та методи профілактики, що підтвердили свою

результативність як у складі психологічного супроводу, так і в медико-соціальному плані.

Ключовим результатом дослідження стало усвідомлення важливості формування в осіб похилого віку відчуття своєї гідності та гордості за прожите життя, а також розуміння своєї ролі в сім'ї та суспільстві.

У перспективі доцільним є подальше поглиблене вивчення можливостей профілактики психічних та поведінкових девіацій в осіб похилого віку через розвиток системи психологічного супроводу в громадах на базі Центрів ментального здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусишин, Р. М. Девіантна поведінка як форма соціального відхилення. *Правові горизонти*. 2019. Вип. 16 (29). С. 24-29.
2. Бантишева О. О. Основні підходи до дослідження проблеми схильності особистості до віктимної поведінки. *Вісник післядипломної освіти: зб. наук. пр. / Ун-т менедж. Освіти НАПН України*. Київ : АТОПОЛ, 2014. 264 с. С. 164–175.
3. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К.: МАУП, 2006. – 88 с.
4. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків : навч.-метод. посіб. для спецкурсу соц.-пед. циклу «Профілактика девіантної поведінки підлітків» для студ. спец. «Соціальна педагогіка». Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 224 с.
5. Гарькавець С. О. Соціально-нормативна активність індивіда та її психологічні референти : монографія. Харків : «Друкарня Мадрид». 156 с.
6. Гарасимів Т.Г. Природні та соціальні детермінанти формування девіантної поведінки людини: філософсько- правовий вимір: монографія. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2012. – 420 с.
7. Гладченко І. В., Супрун М. О. Опіка та повага до літніх людей як запорука їхнього психічного здоров'я. *Педагогічний вісник* № 4 (40) 2016. С.44-46.
8. Греса Н.В., Відегрєн О. Специфіка копінг-поведінки людей похилого віку. *Особистість, суспільство, закон*. Харків, 2019. С.38-42.
9. Девіантна поведінка: соціологічний, психологічний та юридичний аспекти: матеріали наук.-практ.конф. (Харків, 10 квіт. 2015 р.) / МВС України, Харк.нац.ун-т внутр.справ, Ф-т права та масових комунікацій, Кафедра соціології та психології; Соціологічна асоціація України. Харків : ХНУВС, 2015. 166 с.

10. Диса О.В., Шинкаренко І.О. Психологія девіантної поведінки : навч. Посібник. Дніпро: ДДУВС. 2024. 77с.
11. Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією: навчально-методичний посібник / Тимошенко Н. Є., Романова Н.Ф., Орпер М.Ю., Патинок О.П.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К.: Вид-во РПА «51 Паралель», 2020. – 350 с.
12. Драб Я.М. Психологічні особливості соціалізації та самореалізації людей похилого віку. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. Спеціальний випуск: I' 2026 "Хвороби літнього і старечого віку".* С.14-19.
13. Дроздов О. Ю. Проблеми агресивної поведінки особистості: навч. посіб. Чернівці: ЧДПУ ім. Т.Г.Шевченка, 2000. URL : http://studentus.com.ua/spisok_kniga/drozдов-oleksandr-yuriyovich--skok-mikolaandriyovich--
14. Жигайло Н., Хомік Х. Особливості до готовності осіб похилого віку до засвоєння вікових змін. *Вісник Львівського університету.* Серія психологічні науки. 2017. Вип. 1. С. 38-45.
15. Іванова О. А. Прояви агресивності у дітей підліткового віку. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти.* 2022. № 6. С. 49–52.
16. Коцарь А. Стратегії копінг-поведінки та психологічна готовність осіб віку пізньої зрілості до прийняття вікових змін. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.* Серія «Психологія». 2015. № 1150, вип. 57. С. 15–20.
17. Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки: Навчально-методичний посібник. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226с.
18. Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посіб. для студ. психол. спец. ВНЗ. - Суми : Унів. кн., 2006. - 384 с.
19. Кузьменко В.В. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. / В.В.Кузьменко, О.В.Диса, І.О.Шинкаренко. - Дніпро: Видавець Біла К.О., 2019. - 68 с.

20. «Лабораторія успіху» в роботі з людьми похилого віку: практичні рекомендації / уклад.: Н. Є. Тимошенко, Н. Ф. Романова. – Київ: Вид-во ТОВ РПА «51 Паралель», 2023. – 114 с.
21. Лич О.М. Тренінгові технології у роботі з людьми похилого віку. *Актуальні проблеми психології*, том 9, випуск 13. С.519-530.
22. Лучинкіна А.І. Профілактика девіантної поведінки. Ч.1. - К.: Глівник, 2008.128 с.
23. Максимова Н. Ю. Основи психології девіантної поведінки. Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2008. 439 с.
24. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К.: ВПУ «Київський ун-т», 2002. – 308 с.
25. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
26. Матвеева Т. С., Корецкая К. С. Социальная стратификация, психология девиантного поведения: теория и практика. *Журнал Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина. Серия «Филология»* № 85 (2020): С. 15-21.
27. Мінц М. О. Соціологія девіантної поведінки Навчальний посібник. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. 244 с.
28. Михальська, С. Психологічні особливості людей похилого віку. *Проблеми сучасної психології*, (23). 2014. С. 425-434. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2014-23.%p>
29. Мушинська І. Психологічні особливості осіб похилого віку з обмеженнями в життєдіяльності. Матеріали IV Міжнародної студентської науково - технічної конференції "Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання". Західноукраїнський національний університет. С.198-199.
30. Павелків В. Р. Соціально-психологічний статус молодіжних субкультур як детермінанта формування агресивної поведінки. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія», серія «Психологія і педагогіка»*. 2016. Вип. 28. С. 139-149.

31. Подорожний В.Г. Старість як психологічний феномен. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки.* - 2017. - Вип. 2 (18). - С. 157–161.
32. Профілактика та корекція відхилень поведінки : навч.- метод. посібник / укл. Лариса Мафтин. – Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю.Федьковича, 2021. – 368 с.
33. Профілактика та корекція відхилень поведінки : навч.- метод. посіб. до самоств. роботи студентів / уклад. Н.В. Самойлова. - Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. - 120 с.
34. Психологічні науки. Миколаїв : МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2017. № 2(18). С. 157–163.
35. 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. URL: <http://surl.li/ezrhs>
36. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища: Монографія / за ред. Н.Ю. Максимової. - К. : Педагогічна думка, 2015. - 254 с.
37. 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.
38. Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. - К.: Шк. світ, 2009. – 128 с.
39. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання. Київ, 2013. 477 с.
40. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Спілкування з людьми похилого віку: методичні матеріали до тренінгу / Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К.: Вид-во, 2018. – 152 с.

41. Савельєва Н. М. Соціальна профілактика девіантної поведінки: курс лекцій. Навчальний посібник. Полтава : ПНПУ, 2016. 110 с.
42. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2005. 360 с.
43. Соціологія девіантної поведінки. Навчальний посібник / уклад. І. С. Веред та Ю. В. Кушнір. – Донецьк: КІЦ, 2013. – 192 с.
44. Степаненко Л.В., Резнікова О.А., Дейниченко Л.М. Особливості психологічного захисту людей похилого віку в умовах коронавірусної пандемії. *Габітус: Загальна психологія. Історія психології*. Випуск 33. 2022. С.57-61.
45. Сулова Т.Ф. Социальная активность личности как детерминанта позитивной адаптации и полноценной жизни в пенсионном возрасте. *Современная зарубежная психология*. 2017. Том 6. № 3. С. 63–70.
46. Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В., Евдокимова А. А. Посттравматический стресс и совладающее поведение в пожилом возрасте. *Научный диалог*. 2014. № 3 (27). С. 92–105.
47. Хоменко Г. А. Агресивність підлітків: причини, профілактика, корекція. *Психолог*. 2009. № 35. С. 17-23.
48. Хомич І. Концептуальні підходи до вивчення проблеми нормативності у психологічній науці. *Психологія: реальність і перспективи*. Збірник наукових праць РДГУ. 2021. № 16. С. 201-206.
49. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник / О.Л.Христук. – Львів: ЛьвДУВС, 2014. – 192 с.
50. Björkqvist, K. (2018). Gender differences in aggression. *Current Opinion in Psychology*, 19, 39-42.
51. Boniface, E. C., & Bekom, A. K. (2021). Understanding students' deviant behaviour based on gender in federal universities of southern Nigeria. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 18(8), 4016-4025.
52. Border, R., Corley, R. P., Brown, S. A., Hewitt, J. K., Hopfer, C. J., McWilliams, S. K., Shriver, C. L., Stallings, M., Wall, T. L., Woodward, K. E., &

- Rhee, S. H. (2018). Independent predictors of mortality in adolescents ascertained for conduct disorder and substance use problems, their siblings and community controls. *Addiction*, 113(11), 2107-2115/
53. Di Carlo E. Antecedents of Deviant Behavior: Psychological and Non-Psychological Factors and Ethical Justifications. *Employ Respons Rights J.* 2022; 34(2): 169–191.
54. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
55. Fanti, K. A., Phylactou, E., & Georgiou, G. (2021). Who is the hooligan? The role of psychopathic traits. *Deviant Behavior*, 42(4), 492-502.
56. Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375.
57. Gino F. Understanding ordinary unethical behavior: Why people who value morality act immorally. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2015; 3: 107–111.
58. Grandey A. A., Kern J. H., Frone M. R. Verbal abuse from outsiders versus insiders: comparing frequency, impact on emotional exhaustion, and the role of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*. 2007. 12 (1). P. 63-79.
59. Junger-Tas, J., Ribeaud, D., & Cruyff, M. J. (2004). Juvenile delinquency and gender. *European Journal of Criminology*, 1(3), 333-375.
60. Kaptein M, Van Helvoort M. A model of neutralization techniques. *Deviant Behavior*. 2019;40(10):1260–1285.
61. Kimmel, M. S., & Mahler, M. (2003). Adolescent masculinity, homophobia, and violence: Random school shootings, 1982-2001. *American Behavioral Scientist*, 46(10), 1439-1458.
62. Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. C. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29, 431-438.

63. Song, Y. H., Skarlicki, D. P., Shao, R., & Park, J. (2021). Reducing Customer-Directed Deviant Behavior: The Roles of Psychological Detachment and Supervisory Unfairness. *Journal of Management*, 47(8), 2008-2036.
64. Tsang JA. Moral rationalization and the integration of situational factors and psychological processes in immoral behavior. *Review of General Psychology*. 2002; 6(1): 25–50.
65. Report of the United Nations Secretary-General "Major developments in the area of ageing since the Second World Assembly on Ageing", E/CN.5/2007/7 // <http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2007/unisinf>.
66. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division "World Population Ageing 2007" ,ST/ESA/SAR.A/260 // <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007>.