



11. Карвасарский Б.Д. Психотерапия : учебник для студ. мед. ВУЗов / Борис Дмитриевич Карвасарский. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2002. – 672 с.

12. Копытин А.И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 / Александр Иванович Копытин. – СПб., 2010. – 52 с.

13. Мисюра В.П. Психологическая реабилитация военнослужащих / В.П. Мисюра. – М. : Академия им. Фрунзе, 1995. – 25 с.

14. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 409 с.

15. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (на материале землетрясений в Ленинкане, международного конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане): дис. ... канд. психол. наук / В.Е. Попов. – М., 1992.

16. Федій О.А. Естетотерапія : Навч. посіб. / О.А. Федій. – К. : Центр навч. літ-ри, 2007. – 256 с.

УДК 364– 43.44

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РОБОТА З НЕПОВНОЛІТНИМИ, СХИЛЬНИМИ ДО ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Булеза Б.Я., лікар-імунолог  
Закарпатська обласна клінічна лікарня

У статті розглядається проблема девіантної поведінки неповнолітніх. Запропоновано визначення девіантної поведінки. Підкреслюється зумовленість девіантної поведінки неповнолітніх, насамперед, їх підвищеною агресивністю. Охарактеризовано окремі групи агресивних неповнолітніх. Розкрито сутність медико-соціальної роботи із цією категорією неповнолітніх.

**Ключові слова:** неповнолітні, девіантна поведінка, агресія, діагностика, медико-соціальна робота.

В статье рассматривается проблема девиаций несовершеннолетних. Дано определение девиантного поведения. Подчеркивается обусловленность девиантного поведения во многих случаях повышенной агрессивностью несовершеннолетних. Охарактеризованы отдельные группы агрессивных несовершеннолетних. Раскрыта сущность медико-социальной работы с ними.

**Ключевые слова:** несовершеннолетние, девиантное поведение, агрессия, диагностика, медико-социальная работа.

### Buleza B.Y. MEDICAL AND SOCIAL WORK WITH JUVENILE DELINQUENTS

This article deals with the problem of deviations of juveniles. The meaning of this term is defined. It is underlined that very often deviations of juveniles are caused by their aggression. The level of aggression may be very high. Different groups of aggressive juveniles are analyzed. The importance of social and medical work with this category of youth is discussed.

**Key words:** juveniles, deviations, aggression, diagnostic, medical and social work.

**Постановка проблеми.** В Україні впродовж останніх років спостерігається зростання девіантних проявів серед молоді, зокрема й серед неповнолітніх, учнів загальноосвітніх шкіл, професійно-технічних училищ (крадіжки, хуліганські прояви, правопорушення, злочини – Б.Б.). Аналіз наукових досліджень і практики дає підстави стверджувати, що девіантна поведінка неповнолітніх є комплексною проблемою і заслуговує уваги багатьох фахівців: педагогів, психологів, медиків, соціальних працівників, юристів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Різні аспекти проблеми девіантної поведінки та її профілактики досліджуються вітчизняними і зарубіжними вченими. Зокрема, психологічні аспекти вивчають:

С. Белічева, О. Двіжона, І. Дубровіна, Н. Максимова, Е. Фром та ін.; педагогічні аспекти: В. Оржеховська. І. Парфанович, М. Рожков, В. Синьов, Д. Фарінгтон, Т. Федорченко, М. Фіцула та ін.; соціологічні: О. Бойко, Є. Волянська, Я. Гілінський, А. Демічева, А. Коен та ін.; соціальні: І. Гофман, Р. Дженкінс, І. Ковчина, Ю. Клейберг, Г. Сайко та ін.; правові: Л. Бартол, Р. Благута, О. Джуца, А. Печенюк, О. Фролова та ін.; медичні: М. Кабанов, А. Личко, В. Менделевич, Ю. Можгінський, М. Струковська та ін. За останні десятиріччя в зарубіжній та вітчизняній науці накопичено великий досвід у вивченні агресивної поведінки, яка безпосередньо зв'язана з девіантною поведінкою. Теоретичні положення розглядаються в рамках інстинктивістського



(З. Фрейд, К. Лоренц), біологічного (В. Гесс, Р. Джекобс, С. Меднік, Д. Олдс), фрустраційного (Дж. Доллард, Н. Міллер), когнітивного (Л. Берковіц, Л. Ерон, Д. Зілманн, Л. Х'юсманн), соціального (А. Бандура, А. Басс, Р. Берон, Д. Річардсон, Б. Крейхі) підходів, кожний з яких подає своє трактування агресії.

**Мета статті** полягає в обґрунтуванні особливостей медико-соціальної роботи з неповнолітніми, схильними до девіантної поведінки.

**Виклад основного матеріалу.** Відхилення у поведінці особистості, які протирічать юридичним, моральним, етичним, соціальним нормам суспільства, прийнято називати девіаціями, а поведінку, відповідно, – девіантною (від лат. – *deviatio* – відхилення), тобто девіантна поведінка – це окремі вчинки (або їх сукупність), які не відповідають загальноприйнятим нормам і правилам поведінки в суспільстві.

Згідно з енциклопедичним словником-довідником девіація – це соціальна поведінка, яка є відхиленням від поведінки «нормальної», соціально прийнятної в конкретному суспільстві [1, с. 108].

Вивчення проблеми девіантної поведінки неповнолітніх передбачає, насамперед, проведення відповідної діагностичної роботи.

Розробляючи методику діагностичної роботи, ми виходили з того, що вона повинна: забезпечувати отримання знань не тільки про окремі, часткові прояви особистості, але й давати інформацію про цілісну особистість; бути спрямованою на діагностику типів і рівнів визначальних, базових основ особистості, орієнтованою не тільки на актуальні, але і на потенційні здібності і можливості особистості, причому такі, які дозволяють діагностувати особистість не тільки з урахуванням властивостей більшості, але і з позиції індивідуальних відмінностей, того, якою особистість може бути; слугувати основою для визначення головних причин труднощів у різних видах діяльності, поведінці, спілкуванні, взаємостосунках з іншими.

Психодіагностика включала строго формалізовані і малоформалізовані методики. До перших відносяться тести, опитувальники, методики проективної техніки і психофізіологічні методики. Для них характерна певна регламентація, об'єктивізація процедури дослідження (точне дотримання інструкції, невтручання), стандартизація (єдині критерії обробки і представлення результатів діагностичних експериментів), надійність. Ці методики дозволяють зібрати діагностичну інформацію досить швидко

таким чином, щоб порівняти індивідів кількісно і якісно.

До малоформалізованих методик відносять спостереження, бесіди, інтерв'ю, аналіз результатів діяльності. Вони дають цінну інформацію про людину, особливо тоді, коли предметом вивчення виступають такі психічні процеси і явища, які мало піддаються об'єктивізації (наприклад, слабо усвідомлювані суб'єктивні переживання – Б.Б.), або ж є дуже динамічними, швидко змінюються (наприклад, настрій).

У процесі проведення діагностичної роботи ми найчастіше використовували малоформалізовані методики, враховуючи вікові особливості школярів. Це, зокрема, спостереження, бесіди, вивчення продуктів діяльності. Використовувались також деякі нескладні тестові методики, до інтерпретації результатів яких ми підходили дуже обережно, повністю поділяючи думку багатьох вчених стосовно того, що тести не можуть дати достовірну інформацію про особистість. Як відзначає Н. Непомнящая [2], тести не враховують істинні властивості особистості, вони не орієнтовані на виявлення її потенційних можливостей. У кращому разі тести констатують наявність або відсутність певних властивостей особистості, але не завжди повною мірою.

Переважає більшість використаних методик має повністю або частково проективний характер. Методики побудовані так, щоб стимулювати виявлення і максимальну реалізацію можливостей кожного конкретного учня. Характерною особливістю деяких методик є включення екстремальних конфліктних ситуацій. Це забезпечує виявлення найбільш значимих особливостей поведінки, діяльності, відносин, самосвідомості тощо.

Дані, отримані за допомогою спеціальних діагностичних методик, порівнювали з даними, отриманими іншими методами.

У дослідженні ми керувались положенням, що для постановки правильного діагнозу не досить використати набір тестових методик, необхідно виявити джерела, фактори, механізми найбільш суттєвих впливів на формування особистості, прослідкувати причинно-наслідкові зв'язки подій дитинства з особливостями психічного розвитку особистості.

Зазвичай, наявний стан психічного розвитку індивіда може бути правильно оцінений тільки у взаємозв'язку зі всією попередньою історією його розвитку.

Історію розвитку особистості часто називають психологічним анамнезом. Як відомо, анамнез – поняття медичне, яке у вузькому значенні слова означає історію



розвитку хвороби. У широкому – включає і дані про сім'ю хворого, умови його життя і т.п. Відповідно, психологічний анамнез – це історія індивідуального психічного розвитку особистості [3, с. 25].

Працюючи над складанням психологічного анамнезу кожного учня, ми намагалися встановити не тільки систему об'єктивних умов і обставин його життя, але й характер та глибину їх впливів, наприклад, якою була реакція неповнолітнього на ті чи інші обставини, події, факти, особливості емоційного ставлення до них, труднощі адаптації, прояви агресії.

Особлива увага зверталась на так звані стресові фактори (смерть когось із рідних, важка хвороба, різні психологічні травми і т.д. – Б.Б.).

Діагностичне обстеження неповнолітніх ми починали з аналізу їх зовнішнього вигляду і реакції на ситуацію обстеження. Зверталась увага на те, наскільки учень відкритий для контактів, чи проявляє активність, загальмованість, напругу, бажання звернути на себе увагу, страх вступити в розмову з дорослим. Усі ці прояви можуть бути зв'язані як з психодинамічними, природженими особливостями індивіда, так і з певними рисами особистості. Отримані при цьому дані порівнювались в подальшому з даними різних методик і допомагали зрозуміти природу відхилень у формуванні і поведінці неповнолітнього.

Під час проведення діагностики ми виходили з того, що психічний розвиток особистості – це дуже складний процес, у якому неможливо чітко виділити окремі, незалежні один від одного параметри. Тому ми намагались використати значну кількість різних методик, спрямованих на вивчення всіх сторін психіки, порівнюючи результати таким чином, щоб можна було отримати цілісне уявлення про кожного конкретного учня. При цьому важливо не тільки правильно підібрати методики, але і використовувати їх у певній послідовності.

Аналізуючи отримані дані, ми прагнули встановити взаємозв'язок між окремими особливостями і сторонами психіки учня (пізнавальними здібностями, особистісними характеристиками, особливостями спілкування). На основі цього аналізу складалася психологічна характеристика, яка передбачала комплексний опис психологічних рис учня, а також тих відхилень, які були виявлені в процесі обстеження.

Під час проведення діагностичної роботи ми керувалися певними психолого-педагогічними принципами, обґрунтованими в науковій літературі:

1. Оцінка результатів діагностики психічного розвитку того чи іншого учня здійснюється не шляхом порівняння цих результатів з конкретними нормами чи середніми величинами, а шляхом співставлення їх з результатами попередніх діагностичних перевірок учня з метою виявлення характеру і значимості змін у його розвитку.

2. Діагностика повинна виявляти не тільки наявний, актуальний рівень розвитку певної індивідуальної властивості, а проводитися з врахуванням можливої «зони найближчого розвитку».

3. Діагностика особистості учнів проводиться не сама по собі, вона завжди повинна бути спрямована на вирішення конкретних педагогічних завдань. У зв'язку з цим кожна діагностична методика повинна підбиратися з врахуванням завдань навчальної і виховної роботи.

4. Діагностику індивідуальних особливостей необхідно проводити із врахуванням вікових особливостей учнів, зокрема експериментальні завдання повинні пред'являтися в доступній для учнів кожної вікової групи формі.

5. Діагностика повинна мати комплексний характер, охоплювати всі основні сторони психічного розвитку учня.

6. Дослідження психічного розвитку учнів слід проводити в природних умовах навчально-виховного процесу.

У процесі діагностичного обстеження було виявлено, що понад 70% неповнолітніх (учнів загальноосвітніх шкіл і професійно-технічних училищ – Б.Б.), схильних до девіантної поведінки, проявляють ознаки агресивності. Агресія – цілеспрямована деструктивна поведінка людини, яка суперечить суспільно встановленим нормам і завдає іншим фізичної шкоди чи спричиняє психологічний дискомфорт [3, с. 10]. Розрізняють такі види агресії, як фізичну, вербальну, пряму, опосередковану, активну, пасивну та ін.

Відомі зарубіжні вчені А. Бандурв і Р. Уолтерс виокремлюють також асоціальну агресію [4, с. 9], яка дуже часто спостерігається у поведінці підлітків.

Аналіз наукової літератури дозволяє визначити певні групи неповнолітніх, для яких характерна підвищена агресивність.

1. Неповнолітні зі стійким комплексом аномальних, аморальних, примітивних потреб, які мають деформовану систему цінностей і відносин, прагнуть тільки до споживчого життя. Їм властивий егоїзм, байдужість до переживань інших, відсутність авторитетів, цинізм, озлобленість, грубість. У їх поведінці переважає фізична агресивність.



2. Неповнолітні з деформованими потребами і цінностями, які мають більш-менш широке коло інтересів, відрізняються загостреним індивідуалізмом, охочі зайняти привілейоване становище за рахунок утиску слабких і молодших. Прагнення до застосування фізичної сили виявляється у них ситуативно і тільки щодо слабших від них.

3. Неповнолітні з конфліктом між деформованими і позитивними потребами, їм властиві односторонність інтересів, брехливість. У їх поведінці переважають непрямі і вербальна агресія.

4. Неповнолітні, які мають слабо деформовані потреби за відсутності певних інтересів і дуже обмеженим колом спілкування, відрізняються відсутністю волі, недовірливістю, мстивістю.

Існують різні теорії, які пояснюють виникнення агресивності у підлітків: теорія (З. Фрейд, К. Лоренц, А. Адлер), згідно якої агресивність має генетичні корені, вона дана кожному як захисна інстинктивна реакція. Агресивність не змінна, генерується спонтанно, безперервно і спрямована на інші об'єкти (у тому числі на людей) з метою їх підкорення чи завоювання; фрустраційна теорія (Дж. Доннард, Л. Берковіц та ін.) розглядає агресивність як ситуативний процес, один із виходів із фруструючої ситуації; теорія соціального навчання (А. Бандура, А. Басс) розглядає агресивність як поведінку, засвоєну в процесі соціалізації через спостереження і засвоєння відповідного способу дій та соціальне підкріплення.

На нашу думку, серед різноманітних, взаємозв'язаних причин, що обумовлюють прояви агресивної поведінки, можна виділити і такі, як: індивідуальний чинник, що діє на рівні психобіологічних передумов асоціальної поведінки; психолого-педагогічний чинник, що виявляється в дефектах шкільного і сімейного виховання; соціально-психологічний чинник, що розкриває несприятливі особливості взаємодії неповнолітнього зі своїм найближчим оточенням в сім'ї, на вулиці, в колективі.

Отже, підвищена агресивність дуже часто зумовлює девіантні вчинки. Тому з метою їх попередження з неповнолітніми, схильними до агресії, слід проводити відповідну комплексну роботу, зокрема й медико-соціальну.

Медико-соціальна робота розглядається вченими як один із напрямків соціальної роботи і водночас як важливий компонент соціальної медицини, що має виражений прикладний характер.

Базова модель медико-соціальної роботи була запропонована А. Мартиненко. Вона включає медико-соціальну роботу: патогенетичної спрямованості (робота з тими, хто часто хворіє, має виражені соціальні проблеми, обмежені фізичні можливості – Б.Б.) і профілактичної спрямованості (люди групи підвищеного ризику, члени їх сімей – Б.Б.) [5]. А. Мартиненко пропонує розглядати медико-соціальну роботу як мультидисциплінарну професійну діяльність медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямовану на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я населення. Медико-соціальна робота принципово змінює комплексну допомогу у сфері охорони здоров'я, тому що передбачає проведення системних медико-соціальних впливів на більш ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, які потенційно ведуть до важких ускладнень чи інвалідності. Отже, медико-соціальна робота має не тільки виражену реабілітаційну, а й профілактичну спрямованість.

Особливістю медико-соціальної роботи є те, що, як професійна діяльність, вона формується на стику двох самостійних галузей – охорони здоров'я і соціального захисту населення. Медичні працівники на практиці часто виконують функції соціальних працівників. Водночас соціальні працівники мають справу з особами з психічними та фізичними патологіями і виступають у ролі лікарів.

Чільне місце в процесі медико-соціальної роботи, як засвідчує аналіз зарубіжної і вітчизняної наукової літератури, належить профілактиці і медико-соціальній реабілітації. Заходи профілактики у випадку з неповнолітніми, схильними до девіантної поведінки, спрямовані на забезпечення сприятливих умов навчання, праці, побуту, довілля з метою попередження виникнення різних відхилень у моральному, психічному, фізичному розвитку особистості.

Технології медико-соціальної реабілітації – це система медичних, соціально-економічних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, тобто повернення людини до повсякденного життя у сім'ї, трудовому колективі як повноцінного члена суспільства; діагностика – це детальне вивчення результатів медичного обстеження і відповідних медичних документів, а також аналіз професійно-трудова і соціально-побутових даних про клієнта; медико-соціальна експертиза – визначення в установленому порядку потреб особи в заходах соціального захисту на основі оцінки обмежень



життєдіяльності та ін.; терапія – соціальне лікування, соціальний захист хворого, який сприяє виявленню прихованих або нерезалізованих можливостей і здібностей клієнта з метою подальшої оптимізації його життєдіяльності; адаптація – надання допомоги у вирішенні проблем, пов'язаних з пристосуванням до нових умов життя в результаті втрати працездатності чи інвалідності, сприяння у вирішенні матеріальних проблем за рахунок реалізації власного потенціалу клієнта, включаючи навчання і працевлаштування.

В організації медико-соціальної роботи з учнями, схильними до агресії, основною установкою є визнання самоцінності і унікальності особистості кожного учня. Це положення визначає позицію вчителя, соціального педагога, психолога, медика стосовно неповнолітніх і передбачає: визнання їх права на власну точку зору (власне «Я»); надання права вибору (альтернативи) у вирішенні життєвих ситуацій; співробітництво (партнерство) дорослого і неповнолітнього в діяльності. Інша важлива установка – це позитивне сприйняття особистості з опорою на позитивні очікування (авансування). Позитивні або негативні очікування реалізуються через прогноз вчинків і регулюються системою заохочень і покарань. Відомо, що негативні очікування рідко сприяють позитивному розвитку особистості.

Необхідно також враховувати індивідуально-психологічні особливості неповнолітніх. У дітей однієї вікової групи широко диференціюються психофізіологічні особливості, зв'язані з функціонуванням нервової системи. Це відмінності в темпі життєдіяльності, пластичності нервових процесів. Зазвичай, учителі і соціальні педагоги навчальних закладів найчастіше орієнтуються на вікові норми розвитку. Водночас під час оцінки індивідуального ходу розвитку особистості жорстка орієнтація на норму неприйнятна. Для визначення об'єктивного підходу до конкретного учня, крім вікових і функціональних норм розвитку, необхідно враховувати ситуативні зміни.

Медико-соціальна робота з неповнолітніми повинна бути зорієнтована на: зни-

ження рівня особистісної тривожності; навчання прийнятних способів вираження свого гніву; оволодіння технікою самоконтролю над негативними емоційними станами, а також розвиток навичок саморегуляції; формування конструктивних поведінкових реакцій у проблемних ситуаціях; розвиток емпатії і адекватного рівня самооцінки.

Важливим у цій роботі є своєчасне виявлення учнів з високим рівнем прояву агресії з метою включення їх у систему корекційних впливів: впровадження у роботу психологічної служби навчального закладу заходів щодо створення умов формування навичок адекватного самооцінювання підлітків, толерантного способу взаємодії з оточуючими, вибору ціннісних орієнтирів, що сприяли б особистісному зростанню неповнолітніх; підтримка прагнення до вдосконалення; заохочення самостійності, відповідальності; створення ситуацій успіху в навчанні; відсутність агресивних форм взаємодії з неповнолітніми з боку дорослих, демонстрація доброзичливості у відносинах, взаємодовіри та поваги.

**Висновки.** Девіантна поведінка неповнолітніх зазвичай зумовлена підвищеним рівнем агресивності. Отже, профілактика девіантної поведінки неповнолітніх серед інших заходів передбачає забезпечення комплексної психолого-педагогічної і медико-соціальної роботи, спрямованої на подолання агресивності. Подальшого дослідження вимагають технології медико-соціальної роботи з неповнолітніми, схильними до агресивної поведінки.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Все про соціальну роботу: навчальний енциклопедичний словник-довідник / За ред. В.М. Пічі. – Львів : Новий Світ – 2000, 2013. – 616 с.
2. Непомнящая Н.И. Психодиагностика личности: Теория и практика / Н.И. Непомнящая. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 192 с.
3. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О.М. Степанов. – К. : Академвидав, 2006. – 424 с.
4. Бандура А. Подростковая агрессия (пер. с англ.) / А. Бандура, Р. Уолтерс. – М. : Апрель Пресс, 1999. – 512 с.
5. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы : учеб. пособие / А.В. Мартыненко. – М. : Гардарики, 2007. – 159 с.