

3. Радов Г. О. Роль та місце пенітенціарної системи в структурі державного управління України / Г. О. Радов // Проблеми пенітенціарної теорії і практики. – К. : РВВ КІВС, 1997. – № 2. – С. 6–7.

4. Ромашко А. В. Совершенствование форм и методов профессионального обучения и трудового использования несовершеннолетних осужденных с нарушением интеллектуального развития в ВТК : в кн. Воспитательная работа с осужденными в ИТУ / Ромашко А. В. – К. : МВД УССР, 1991. – С. 81–91.

5. Саблина Л. С. Организация воспитательной работы с умственно отсталыми осужденными в ВТК / Л. С. Саблина, В. Н. Синев. – М. : ВНИИ МВД СССР, 1989.

6. Синев В. Н. Особенности перевоспитания в ВТК осужденных с аномалиями психики : метод. рекомендации / Синев В. Н. – К. : КФ ВИПК РР ИТУ, 1989.

7. Сулицький В. В. Наукові основи викладання дисципліни “Психологія суїцидальної поведінки” / Сулицький В. В. – К. : КІВС, 2000.

Шипелік Тетяна Вячеславівна,
викладач кафедри
пенітенціарної педагогіки та психології
Інституту кримінально-виконавчої служби;
Супрун Микола Олексійович,
доктор педагогічних наук,
професор, заступник директора Інституту
державної служби та місцевого
самоврядування Національної академії
державного управління при
Президентіві України

НОЗОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСУДЖЕНИХ ПІДЛІТКІВ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Проаналізовано історико-наукові засади розроблення нозологічного аналізу засуджених підлітків з особливостями розумового розвитку. Розглянуто деякі питання девіації підлітків у сучасному суспільстві (соціально-психологічний аспект).

Ключові слова: підліток із особливими потребами; виховання; девіантна поведінка; суспільство.

Проанализированы историко-научные основы разработки нозологического анализа осужденных подростков с особенностями умственного развития. Рассмотрены некоторые вопросы девиации подростков в современном обществе (социально-психологический аспект).

Ключевые слова: подросток с особыми потребностями; воспитание; девиантное поведение; общество.

The historical and scientific classification's development principles of convicted juveniles with mental defectives are analyzed. Some resocialization questions of such

adolescents' deviations in contemporary society (social and psychological aspects) are viewed.

Key words: juveniles with special needs; education; deviant behavior; society.

Постановка проблеми. Серед різних категорій засуджених з особливостями психічного розвитку, основну масу становлять колишні учні допоміжних шкіл. Аналіз практики роботи цілої низки виховних колоній (ВК) Державної пенітенціарної служби (ДПтС) України переконує, що процес перевиховання цієї категорії суттєво ускладнений виявом особливостей їхнього аномального розвитку, що є головною причиною низької результативності педагогічних зусиль колективів установ. Найбільш поширеною педагогічною прогалиною в роботі з цією категорією засуджених є те, що домінуюча маса персоналу ВК не має достатньої професійної кваліфікації для того, щоб справляти виважений диференційований та індивідуальний вплив на них.

Мета дослідження. Постановка завдань нашого наукового пошуку знаходиться у площині здійснення ефективного корекційно-виховного впливу на поведінку засуджених підлітків зазначеної категорії.

Розумову відсталість медичну і дефектологічну науку розуміють як стійке виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло через органічне ураження центральної нервової системи (головного мозку). Вплив патогенних чинників на незрілий мозок у пренатальному і ранньому постнатальному періодах сприяє дизонтогенетичному розвитку, який виявляється затримкою в дозріванні мозку, недостатністю загальної інтегративної діяльності мозку, інертністю психічної діяльності, нейродинамічними порушеннями. Типовим прикладом стійкого психічного дизонтогенезу є олігофренія. На сьогодні, за даними G. Allen і J. D. Murken, можна достовірно встановити природу психічного дефекту не більше ніж у 35 % дітей з олігофренією, а інші випадки розглядаються як “недиференційовані форми”. Більшість підлітків з олігофренією, які пройшли обстеження в умовах судово-психіатричної експертизи, страждають недиференційованими формами.

Під час аналізу вияву різних типів дізонтогеній у дитини з інтелектуальною недостатністю, на думку В. М. Синьова та інших учених-дефектологів, необхідно враховувати, що психічний розвиток таких дітей має цілу низку власних закономірностей, тому за умови створення відповідних педагогічних умов можливий позитивний психічний розвиток, що буде, безумовно, досить специфічним, оскільки ґрунтуватися на патологічній біологічній основі [3 – 6; 13; 14].

Провідним симптомом при олігофренії є зниження пізнавальної діяльності на тлі загального недорозвинення головного мозку, яке при цьому пов'язане з вибіркоким недорозвиненням певних відділів мозку: лобової частки, тім'яної частки, мозолистого тіла, мозочка, окремих підкоркових утворень. Це особливо характерно для недиференційованих форм олігофренії, за якими спостерігаються симптоми локального ураження мовно-рухових функцій у зв'язку з недорозвиненням нижніх відділів премоторної області лівої півкулі, а також часто трапляється оптична й акустична агнозія, акалькулія, апраксія.

У дітей з розумовою відсталістю вища нервова діяльність розгортається на тлі зниженої реактивності кори, нестійких умовних зв'язків, слабкості активного внутрішнього гальмування і замикаючої функції кори. Усі ці особливості є біологічною основою формування широкого спектру порушень в розвитку когнітивної та емоційно-вольової сфери особистості при олігофренії, тому що пізнавальні психічні процеси у дітей з інтелектуальною недостатністю формуються на тлі слабкості аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку. Так, сприймання в олігофренів характеризується неточністю, вузькістю та повільністю; недорозвиненість мовлення є головною його характеристикою; щодо уваги і пам'яті, то найбільш характерними є порушення їх довільності. Загалом недостатність психічних процесів при олігофренії виявляється у порушенні здатності до розуміння та засвоєння різноманітної інформації, оскільки вони формуються на тлі патофізіологічних змін, що сприяють порушенню абстрактного мислення, яке є новою в філогенетичному відношенні функцією мозку. Особливі складнощі в підлітковому віці виникають під час засвоєння інформації в складній словесній формі, а також у тих випадках, коли їм необхідно самотійно дійти висновків на підставі встановлення зв'язку між деякими об'єктами та явищами.

Загальна недорозвиненість пізнавальної діяльності в разі різних клінічних форм олігофренії може поєднуватися з порушенням цілеспрямованості розумових і практичних дій, своєрідністю поведінки.

У підлітковому віці при олігофренії делінквентну поведінку визначає поряд з недостатністю абстрактного мислення незрілість особистості, яка виявляється підвищеною сугестивністю, некритичністю, нездатністю ухвалювати самотійні рішення в складних життєвих ситуаціях, виражена залежність поведінки від зовнішньої ситуації, імпульсивність вчинків. Таким чином, порушення поведінки зумовлюється інтелектуальною неповноцінністю, відхиленнями у розвитку особистості та особливостями її реагування. Під час вирішення питань судово-психіатричної експертизи у підлітків з розумовою відсталістю осудність і неосудність залежить не тільки від зниження інтелекту, а й виразності емоційно-вольових і психопатоподібних розладів особистості.

Серед засуджених з аномаліями психіки, що відбувають покарання у виховних колоніях, більшість є психопатами, оскільки підлітковий вік становить собою критичний період для розвитку психопатій. Психопатії належать до так званих "межевих" психічних розладів, що на відміну від олігофренії не мають чіткого зв'язку ні з етіологією органічного ураження головного мозку, ні з його переважною локалізацією. Критерії діагностики психопатій були виділені О. В. Кербіковим. Вони містять тотальність і відносну стабільність патологічних рис характеру та їх вираженість до ступеня, який порушує соціальну адаптацію [5]. Згідно з МКХ-10, психопатія – це тяжке порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивідуума, що залучає, зазвичай, кілька сфер особистості і майже завжди супроводжується особистісною та соціальною дезінтеграцією. У формуванні психопатій беруть участь генетичні (спадкові) чинники, екзогенні шкідливості,

що діють на ранніх етапах онтогенезу (інфекції, інтоксикації, ЧМТ тощо), а також соціальні чинники. Судово-психіатричні оцінювання психопатій свідчать, що в підлітків-психопатів, схильних до делінквентної поведінки, часто виражена деформація особистості за антисоціальним типом, яка характеризується таким: відсутність здатності до емпатії, агресія, схильність до потрапляння під вплив кримінальних авторитетів, емоційна нестійкість з схильністю до спалахів гніву, егоцентризм, зневага загальнолюдськими цінностями, вміння маніпулювати іншими людьми. За даними Г. І. Каплан, антисоціальний розлад особистості трапляється в 75 % засуджених. Для таких злочинців характерна схильність до рецидивів, пристрасть до боротьби з законом, учинені злочини стають предметом професійної гордості [5].

Психопатії, на думку професора А. І. Селецького, визначають патологічну характеристику всієї психічної структури особистості, а не тільки певних рис характеру людини, що значно ускладнює адаптацію до середовища [12; 13].

В. А. Жмурова вважає, що структура особистості психопата містить деякі патологічні субособистості, які функціонують автономно через незрілість вищих інтегративних інстанцій. Це ускладнює вирішення питань типології психопатій, принципів систематики, а також ознак характерних для конкретних розладів особистості [3].

Багато провідних вітчизняних психіатрів зазначають, що вияви психопатії дуже важко відрізнити від психічних хвороб у латентному стані: уповільнена шизофренія, епілепсія, циклотимія.

Розглянемо окремі види психопатій, що найбільш поширені в середовищі засуджених підлітків ВК.

Експлозивні (збудливі) психопати – це патологічний варіант сильного, але невірноваженого типу вищої нервової діяльності з недостатнім гальмуванням на тлі домінування збудження. Для цих підлітків характерне надмірне емоційне збудження, конфлікти з оточенням, відсутність стійких дружніх зв'язків, настроїв часто набуває дисфорічних рис, що періодично виливається у гнів і роздратування. Вони схильні до імпульсивних самоушкоджень і суїцидів. Подразником може виступити навіть якийсь незначний чинник, тому саме конфліктність слугує головною характерологічною ознакою їх поведінки в суспільстві.

Астенічні психопати в біологічній основі мають патологічно слабкий тип вищої нервової діяльності. При цьому розладі зберігається висока думка про себе, хворобливе самолюбство провокує дратівливість й уразливість. У таких особистостей виражений паразитизм, який виявляється легкодухістю, демонстрацією своєї слабкості, ухиленням від особистої відповідальності, небажання братися за важку працю, необґрунтовані нападки і звинувачення на адресу тих, хто слабший. Астеніки егоїстичні, ненадійні, схильні до зради, у важких і програшних ситуаціях опускаються до пияцтва.

Саме тому в умовах ВК вони стають об'єктом для різного роду аморальних впливів з боку певної частини підлітків. У деяких випадках у них спостерігається реакція на різного роду образи у досить агресивних формах, що, безумовно, є результатом зриву перенапруженого гальмівного процесу.

Істеричні психопати – найбільш поширена серед засуджених категорія психопатів. Ця група психопатів характеризується такими особливостями характеру: відсутність стійких інтересів і глибоких прихильностей, ціннісних орієнтацій, вищих почуттів поєднується з театральністю поведінки, перебільшеному вираженні емоцій. Процеси аперсоналізації особистості сприяють вияву конверсійної симптоматики.

Для створення власного “іміджу” вони досить часто вдаються до фантазування та обману. Часом це ґрунтується на власній вірі у те, що вони говорять. Ці та інші негативні риси до характеру досить часто провокують різного роду конфлікти в середовищі однолітків, що часом виливаються у різні правопорушення. Особливо небезпечним для цих підлітків і взагалі для всіх оточуючих є те, що психічно здорові засуджені з негативною спрямованістю досить часто маніпулюють свідомістю цих засуджених, зокрема, провокують їх на різні протиправні дії.

Група *афективних психопатів* містить такі клінічні варіанти: депресивний особистісний розлад, конституційно збудливі, циклотимічний розлад особистості, емоційно-лабільний розлад особистості, особистісний розлад із самознищенням. Цій групі підлітків властиво, низька толерантність до фрустрації, високий ризик до маніакальних і депресивних розладів настрою. У ситуації відсутності суворого контролю конституційно-збудженим і емоційно-лабільним психопатам властиво сутяжництво, шахрайство, антисоціальність, тяга до алкоголю і наркотиків.

До групи *параноїдних психопатів* належать такі варіанти: експансивні параноїки, сенситивні параноїки, агресивні параноїки, фанатики, параноїдні психопати, пасивно-агресивні психопати. Для всіх цих варіантів характерно виражений егоцентризм, вороже ставлення до людей, схильність до агресивних дій, надмірне самолюбство, збіднення вищих почуттів.

Параноїдні психопати характеризуються інертністю нервових процесів і готовністю до утворення зон постійного збудження, що спричинює довгу тривалість переживань та неможливість відволіктися на інші думки. Так, досить часто вони вважають, що оточення ставиться до них із заздрістю, оскільки вони, порівнюючи з іншими, є досить неординарними. Часом вони перебувають у постійному очікуванні різного роду зла від своїх “ворогів”, що є наслідком розвитку в них патологічної підозри. Схожі характеристики психічних станів досить часто використовуються підлітками, які свідомо не бажають стати на шлях виправлення та перевиховання.

Для психопатів усіх типів характерне також і те, що вони значно важче знаходять вихід із складної життєвої ситуації. Нервові та вольові зусилля організму досить незначні, тому реальні, а самонавіюванні труднощі здебільшого сприймаються ними як нездоланні перешкоди. Схожа патологічна реакція на життєві ситуації провокує їх на різного роду правопорушення, каліцтва (порізи, ковтання різних предметів) чи на самогубство. Як стверджують дослідження фахівця в галузі суїцидології В. В. Сулицького [13],

найбільшу схильність до самогубства виявляють збудливі, параноїдальні, а також істеричні психопати.

Порушення поведінки невротичного типу в неповнолітніх засуджених виникають у зв'язку з психотравмуючими ситуаціями. Це може бути факт учинення злочину, арешту, засудження, порушення соціальних зв'язків тощо. Для них характерне вразливе ставлення до своєї "неповноцінності".

Поведінка вихованців-невротиків характеризується надмірною психічною загальмованістю, гіпертрофованим переживанням невдач і поразок. Це все призводить до зниження продуктивності в різних сферах життєдіяльності, що супроводжуються певними ускладненнями емоційно-вольового плану.

Порушення поведінки у цій групі підлітків має захисний характер втеч від труднощів. Зневіра у свої сили призводить до частих відмов від виконання доручень організаційного характеру. Крім того, вони постійно скаржаться на погіршення здоров'я. Постійне відчуття власної неповноцінності сприяє виявам аутизму, вони надають перевагу усамітненню. Зниження працездатності, головні болі, потерпання від тепла або холоду характерні у випадках церебральної астенії цієї групи підлітків. Поряд із характеристиками, що спричиняють значні труднощі, їм притаманні й такі позитивні риси, як доброта, любов до близьких, шанобливе ставлення до персоналу установи.

Підлітки, які звикли до вживання алкоголю, характеризуються загальним зниженням морального й інтелектуального рівнів, послабленням волі і фізичних сил, деформацією совісті та почуття обов'язку, розвитком егоїстичних і цинічних тенденцій. На думку професора О. Г. Сиропятова та його колег, з причини алкоголізму відбуваються викривлення соціально значимих характерологічних особливостей суб'єкта, вияв нових негативних рис, афективних, особистісних та інтелектуальних розладів [13].

На початкових етапах алкоголізму відбувається загострення преморбідних особливостей підлітка. Як показують дослідження вищезазначеного та інших авторів [11], відбуваються такі типові зміни особистості на початковій стадії алкоголізму:

синтонний тип характеризується підвищеною активністю у спілкуванні, грубістю, безцеремонністю, дещо підвищеним настроєм, надмірною відвертістю;

залежний тип характеризується залежною поведінкою із слабо сформованою самооцінкою. Інтереси досить поверхові. Поведінка в групі характеризується асоціальною спрямованістю;

дисоціальний тип характеризується зневагою до загальновизнаних соціальних норм, схильністю до розв'язання своїх проблем шляхом агресії із зовнішньо звинувачувальним стилем поведінки, без критичного ставлення до своїх учинків. Такі особи мають значні труднощі під час пенітенціарної реабілітації, а також з правоохоронними органами за місцем постійного проживання;

дистимічний тип характеризується схильністю до розладів поведінки депресивного характеру з низькою самооцінкою, тривожністю, гнівом, що

спрямовані на себе і на своє найближче оточення. Особи цього типу схильні до аутоагресії та суїциду.

Крім зазначених, сучасна психіатрія виділяє астеничний, істеричний, шизоїдний та інші типи алкогольних розладів.

Слід також зазначити, що підлітковий алкоголізм спричинює (за умови надмірного вживання) до подальшого нівелювання рис особистості з наростанням емоційної грубості, несприйняття критики, інтелектуального зниження. Виділяються такі типи алкогольної деградації особистості: алкогольна деградація з мозаїчними розладами особистості; алкогольна деградація моріоподібного типу; алкогольна деградація із зниженням потягів і аспонтанністю.

Ресоціалізація засуджених, які хворі на наркоманію в умовах ВК та у постпенітенціарний період, пов'язана зі значними труднощами. Це викликано значною залежністю від наркотика, грубою деформацією особистості й соціальним відчуженням. Для наркоманів характерні емоційна нестійкість, збудливість, опозиційне ставлення до суспільства, егоцентризм, нещирість, зневажливе ставлення до інтересів інших.

Згідно з результатами сучасних досліджень, система реабілітації осіб, які мають наркотичну залежність, повинна відбуватися в умовах “соціотерапевтичного” пенітенціарного закладу [11]. Важливою запорукою успіху, на думку вчених, є групова взаємодія і поведінкова терапія в умовах професійного психіатричного та психологічного контролю за реабілітаційним процесом.

Шизофренія – найпоширеніше психічне захворювання з невизначеною етіологією, воно є прогресуючим, має тенденцію до хронічного тривання, здебільшого призводить до значних змін, розщеплення і розпаду єдності психіки. У дослівному перекладі з грецької слово “шизофренія” означає “розщеплення розуму”. На думку А. Є. Личко, шизофренія стала частіше виявлятися у віці 15–18 років, і помітно змінився її перебіг. У підлітків чоловічої статі ризик захворіти на шизофренію принаймні в 1,5 раза більше, ніж у дівчаток [7]. За даними В. А. Жмурова, поширеність захворювання вища в нижчих соціально-економічних верстах населення. Картина порушень буває настільки атиповою, у порівнянні з відомими формами захворювання, що навіть психіатри з досвідом діагностики цього захворювання у дорослих, можуть відчувати певні утруднення, стикаючись з підлітками.

Для шизофренії характерна продуктивна і негативна симптоматика. Зміни особистості при шизофренії мають тотальний характер відносно до суспільства і самому собі. До них належать: розпад єдності особистості, інтроверсія, аутизм, розпад міжособистісних комунікацій, зміна сфери інтересів, втрата стійкого уявлення про себе, руйнування сценарію майбутнього [3].

При шизофренії в підлітковому віці до структури негативних змін особистості входять ознаки психічного інфантилізму. Продуктивні розлади виражаються в страхах, синдромі рухової розгальмованості, патологічному фантазуванні. Патологічне фантазування на початковій стадії розвитку

практично не відрізняється від норми, але з часом стає відірваним від реальності. Дитина щиро вірить в існування персонажів своїх фантазій.

Основною ознакою початку цього захворювання, з одного боку, є наростання замкнутості з помітним зниженням успішності й нездатністю до систематичної праці, а з другого боку, з виявом патологічних захоплень (“патологічні хобі”). Патологічні захоплення відрізняють за трьома особливостями: химерність і незвичність для такого віку і покоління; озлоблення, коли “заважають” виконувати улюблену справу; заповнення ним усього життя підлітка на шкоду не тільки навчанню, але здоров’ю; непродуктивність – ніякого реального результату, тим більше успіху, в улюбленій сфері не досягається.

Абулія в підлітковому віці характерна тим, що підліток замикається в собі, стає в’ялим і апатичним, незрозумілим для оточення. Схильність до тривалої бездіяльності, в’ялість, зниження психічної активності, різкий спад працездатності – ранні симптоми шизофренії. Діагностування на ранніх стадіях захворювання ускладнюється тим, що батьки і педагоги розглядають поведінку підлітка як вияв лінощів, хоча насправді це є початком шизофренічного процесу. З часом зниження активності стає більш помітним, адже спричинює неухильність, відставання від ровесників у навчанні, відмови без будь-яких суттєвих причин відвідувати навчання, неохайність, малорухомість.

Спад волювої діяльності неминуче призводить до того, що хворий перестає виконувати найпростіші дії, втрачає апетит і бажання до прогулянок. Зазначене нерідко поєднується з іпохондрією і нав’язливими ідеями, а також галюцинаціями.

Емоційна тупість зумовлює постійні і найтипівіші порушення у стані шизофренії. Цей стан визначається згасанням почуттів, що спричинює до втрати емоційного контакту з оточенням, прогресування байдужості до власних головних інтересів. У деяких випадках хворі впадають у стан емоційного ступору, втрачають яскравість і безпосередність переживань, їх уже ніщо не радує і не засмучує. Із прогресуванням хвороби емоційні реакції набувають форми повної байдужості. Досить характерним для такого синдрому є наростаюча неприязнь до батьків, особливо до матері або до того з членів сім’ї, хто раніше був найбільш близький.

З часом спостерігається порушення єдності психіки, втрачається закономірний зв’язок процесів мислення. Воно стає розірваним, мовлення – малозрозумілим. Таким чином, розщеплення мислення характеризує відрив від реальності, схильність до прискіпливого розмірковування. У триванні шизофренії умовно можна виділити такі три стадії: початкову; стадію розквіту симптоматики; кінцеву або результативну зі слабоумством.

Для підліткової шизофренії найбільш характерні такі форми: параноїдна, уповільнена, нападаподібно-прогресивна, рідше рекурентна.

Початком параноїдної форми шизофренії в підлітковому віці є надцінні ідеї, філософська інтоксикація, вторинна анорексія.

Уповільнена шизофренія у підлітків виявляється деперсоналізацією, дисморфобією, психопатоподібною поведінкою гебоїдного типу. У половини

хворих, які страждають цією формою, спостерігається неврозоподібна симптоматика, яка нагадує таку ж при неврозах. Іншу половину хворих цією формою становлять підлітки з психопатоподібною симптоматикою, тобто зі змінами особистості різного типу: шизоїдними, нестійкими, епілептоїдними або істереоїдними.

Безперервно-прогресивна форма (з помітним розвитком стійких психічних порушень) спостерігається частіше, приблизно в 70 % хворих підлітків. Захворювання починається з неврозоподібною або психопатоподібною симптоматикою, рідше з параноюальною. Пізніше в клінічній картині переважають лише основні шизофренічні вияви – наростання емоційно-вольових розладів, зниження активності та інтересів.

Перебіг шизофренії у підлітків, як правило, безперервно-прогресивний або частіше нападopodobно-прогресивний (хвилеподібний). Однак у 30 % підлітків трапляється злякисний перебіг, приводить до важкої деградації в течію на кілька років.

Проста форма характеризується в'ялим триванням, здебільшого її початок є непомітним для оточення. Підліток починає погано вчитися, хоча часу на навчання, як правило, витрачає не менше. Палітра його життєвих інтересів стає значно біднішою, постійно наростає в'ялість, емоційна байдужість, замкнутість і зниження інтелекту. Усе це призводить до розірвання стосунків з ближніми, до побутової неохайності, а також до розірвання мислення й афективної тупості. На тлі такої клінічної картини дефекту прогресують явища деградації, що призводить до слабоумства.

Варто зазначити, що тривання шизофренії є дуже різним, через що зазначені форми важко відокремлювати. У результаті можна говорити про наявність змішаних і перехідних форм.

Як зазначає відомий вітчизняний психіатр професор О. Г. Сиропятов [13], ще на початку ХХ ст. цілий ряд учених, зокрема Е. Блейлер (1920) та Е. Юані (1923) вважали, що в деяких випадках у стані шизофренії відбувається одужання чи значне поліпшення стану здоров'я хворого. Це дає підстави розглядати питання про осудність такої особи. У цьому разі йдеться про стійкі й довготривалі ремісії без значного зниження енергетичного потенціалу людини, навіть за умови наявності неврозоподібних та емоційних розладів.

Згідно з дослідженнями О. Г. Сиропятова [13], для осіб, які перебувають в стані нестійкої ремісії в умовах ВК, необхідно запроваджувати спеціальні реабілітаційні програми, оскільки для них процес відбування покарань є досить складним на тлі постійного поглиблення психічного інфантилізму, інтровертності й ускладнення характерологічної структури особистості.

В осіб із тривалими ремісіями, які перебувають в умовах пенітенціарного закладу, можуть бути негативні розлади легкого та середнього ступеня.

Сучасна медицина має досить широкий арсенал засобів впливу на хворого шизофренією, але, на думку лікарів-практиків ВК, найбільш ефективними є реабілітаційні програми із психотерапії і психокорекції, зокрема, розроблені Л. М. Юрєвою.

Епілепсія – одне з найпоширеніших психічних захворювань дитячого і підліткового віку, це хронічне захворювання головного мозку, що виявляється повторюваними судомними або безсудомними нападами (пароксизмами) і специфічними змінами особистості. Більше як 75 % випадків епілепсії маніфестує в перші два десятиліття життя. Захворювання має різні клінічні вияви, випадки, гострі психічні розлади і хронічні зміни психіки, що може призвести до деградації.

Характерні зміни особистості при цьому захворюванні становлять собою поряд з нападоподібними станами важливий діагностичний критерій. Діапазон характерологічних змін особистості у стані епілепсії надзвичайно великий: злопам'ятність, мстивість, егоцентризм, злостивість, брутальність (нестримність афективних розрядів з руйнівними тенденціями поведінки).

Для психічних процесів у разі епілепсії характерна зацикленість, в'язкість афекту, що поєднується з експлозивною, афективною вибуховістю. Дисфорія – епілептичний розлад настрою, що виникає раптово. За досить короткий час у хворого відбувається різка зміна настрою – від екзальтаційно захопленого до депресивного. У підлітків спостерігається дратливість, тривожне занепокоєння, страхи і немотивована агресія. Прискіпливість, надмірна підозрілість, агресивність, жорстокість, висловлювання маячних ідей, наявність галюцинацій – далеко неповний перелік клінічних характеристик цієї форми захворювання.

Психічні моторні автоматизми виявляються в тому, що при змінній психіці хворий виконує досить складні дії, які зовні мають цілком упорядкований характер [3; 6; 13].

Різновидом моторних автоматизмів є сомнамбулізм (сноходження або лунатизм), у стані якого підліток, через те, що кора головного мозку не функціонує, здійснює вкрай небезпечні дії, не відчуючи при цьому страх.

Для присмеркового стану характерне потьмарення свідомості з втратою орієнтування, сприймання і розлад мислення. Він виникає раптово і характеризується ілюзорно-галюцинаторними сприйманнями. Оскільки мислення порушується, то вчинки набувають небезпечного характеру.

Особливий стан свідомості зумовлює низку розладів стосовно сприймань, мислення та емоцій. Для нього характерна певна зміна свідомості, але через відсутність потьмарення не настає глибокої амнезії. Зберігається здатність до орієнтування, трапляється розгубленість, спостерігаються порушення в просторі та часі.

Для епілептичного ступору характерна малорухомість. Здебільшого він настає після судом, випадку. Хворий залякає в позі, що була спочатку, не реагує на запитання, на навколишні подразники, у нього виникає схильність до "воскової гнучкості", але водночас він зберігає й значну напруженість. Необхідно зазначити, що цей стан у подальшому амнезується.

Відповідно до того, що хронічні зміни під час епілепсії є надзвичайно типовими, їх можна класифікувати на дві великі групи: зміни особистості в формі епілептичного характеру і зміни мислення у формі епілептичного слабоумства.

Для контингенту вихованців ВК досить поширеним є розвиток епілептичного характеру – афективна в'язкість, імпульсивність, підвищення і певна некерованість інстинктів і потягів. Психічні процеси характеризуються сповільненістю, втратою пластичності, гнучкості і жвавості. Розвиток на цій основі егоцентризму призводить до конфлікту з оточенням.

Зміна мислення за схемою наростаючого слабоумства є характерним для тих епілептиків, захворювання яких почалося ще в ранньому дитинстві. На думку А. І. Селецького, деградація психіки поєднується з недорозвиненістю [13]. Хвороба має додатковий компонент затримки і досягає глибокого ступеня. У зв'язку з цим пам'ять і мислення слабшають, коло інтересів звужується, інтелект обмежується, знижується самокритика і критика до оточення, запас слів бідніє тощо. Слід пам'ятати, що ці ознаки не властиві для всіх хворих на епілепсію.

Висновки. Аналіз широкого спектру психолого-педагогічних, медичних і нормативно-правових джерел засвідчує, що успіх в організації та проведенні корекційно-виховної роботи з підлітками з особливими потребами в умовах пенітенціарного закладу буде досягнуто лише за умови, якщо в комплексі з лікувальними заходами значна увага буде приділятися й створенню педагогічно виваженого оточення. Перспективу наших наукових досліджень вбачаємо у подальшому вивченні соціально-психологічний аспектів делінквентності підлітків з особливими потребами в сучасному суспільстві.

Список використаних джерел

1. Безпалько О. В. Технологічні аспекти підготовки соціальних педагогів до роботи з дітьми обмежених функціональних можливостей / О. В. Безпалько // Соціальна робота: теорія, досвід, перспективи : матеріали доповідей та повідомлень міжнар. наук.-практ. конф. ; за ред. І. В. Козубовської, І. І. Миговича. – Ужгород, 1999. – С. 37 – 41.
2. Гришко А. Д. Учет особенностей мотивационной сферы умственно отсталых несовершеннолетних осужденных в коррекционно-воспитательной работе в условиях ВТК / Гришко А. Д. – К. : РИО КИВД, 1998.
3. Жмуров В. А. Клиническая психиатрия / Жмуров В. А. – Элиста : ЗАОР НПП "Джангар", 2010. – 1272 с.
4. Каннабих Ю. И. История психиатрии / Каннабих Ю. И. – М. : Госмедиздат, 1929.
5. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Д. Сэдок. – М., 1994.
6. Кербиков О. В. Лекции по психиатрии / Кербиков О. В. – М. : Медгиз, 1955. – 240 с.
7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей [2-е изд.] / Личко А. Е. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
8. Ніколенко Д. О. Психолого-педагогічні проблеми дотримання прав неповнолітніх розумово відсталих засуджених в умовах позбавлення волі / Д. О. Ніколенко // Український часопис прав людини. – 1997. – № 3–4. – С. 39–43.

9. Радов Г. О. Роль та місце пенітенціарної системи в структурі державного управління України / Г. О. Радов // Проблеми пенітенціарної теорії і практики. – К. : РВВ КІВС, 1997. – № 2. – С. 6–7.

10. Ромашко А. В. Совершенствование форм и методов профессионального обучения и трудового использования несовершеннолетних осужденных с нарушением интеллектуального развития в ВТК : в кн. Воспитательная работа с осужденными в ИТУ / Ромашко А. В. – К. : МВД УССР, 1991. – С. 81–91.

11. Саблина Л. С. Организация воспитательной работы с умственно отсталыми осужденными в ВТК / Л. С. Саблина, В. Н. Синев. – М. : ВНИИ МВД СССР, 1989.

12. Селецкий А. И. Психология и психопатология слабоумия / Селецкий А. И. – К. : Рад школа, 1981.

13. Селецкий А. И. Психопатология дитячого віку / Селецкий А. И. – К. : РВВ КДПІ ім. О. М. Горького, 1970.

14. Синев В. Н. Особенности перевоспитания в ВТК осужденных с аномалиями психіки : метод. рекомендації / Синев В. Н. – К. : КФ ВИПК РР ИТУ, 1989. – 25 с.

15. Сыропятов О. Г. Судебная и пенитенциарная психиатрия / Сыропятов О. Г. – К. : УВМА, 1998.

16. Сулицький В. В. Наукові основи викладання дисципліни “Психологія суїцидальної поведінки” / Сулицький В. В. – К. : КІВС, 2000.

Ятчук Марія Сергіївна,

кандидат психологічних наук,
викладач кафедри пенітенціарної
педагогіки та психології

Інституту кримінально-виконавчої служби

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ: ПОРІВНЯЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТІВ І КУРСАНТІВ

Створено психологічний портрет студента-психолога та курсанта-психолога, описано особистісні відмінності студентів і курсантів-психологів вищих МВС України, які пояснюються відмінностями в організації навчально-виховного процесу.

Ключові слова: *мотиви навчальної діяльності; локус контролю; тривожність; спрямованість особистості.*

Создан психологический портрет студента-психолога и курсанта-психолога, описаны личностные отличия студентов и курсантов-психологов высших учебных заведений МВД Украины, объясняемые отличиями в организации учебно-воспитательного процесса.

Ключевые слова: *мотивы учебной деятельности; локус контроля; тревожность; направленность личности.*

The article offers a psychological portrait of the student-psychologist and cadet-psychologist, described the personality differences between students and cadets-