

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Факультет психології
Кафедра загальної та клінічної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
на тему: «**Особистісні чинники аутоагресивних дій**»

Виконала: студентка 4 курсу, групи ПСР(з)-41
спеціальності 053 (Психологія)
Задольна Анастасія Олександрівна
Керівник: доктор психологічних наук, професор
Москалець Віктор Петрович

Івано-Франківськ – 2023 р.

ЗМІСТ

| | |
|---|-----------|
| ВСТУП | 4 |
| | |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ АУТОАГРЕСИВНИХ ДІЙ | 7 |
| 1.1 Феномен аутоагресії: теоретичний аспект | 7 |
| 1.1.1. Передумови та генезис аутоагресивної поведінки | 11 |
| 1.2 Форми прояву та ознаки аутоагресивної поведінки | 16 |
| 1.3. Стан наукової розробки проблеми | 25 |
| Висновки до розділу 1 | 29 |
| | |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ АУТОДЕСТРУКЦІЇ | 30 |
| 2.1 Соціально-психологічні особливості аутодеструкції | 30 |
| 2.2 Вікові та гендерні особливості аутоагресивної поведінки | 34 |
| Висновки до розділу 2 | 43 |
| | |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ КОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ | 45 |
| 3.1. Особливості діагностики аутоагресивної поведінки | 45 |
| 3.2 Психологічна допомога при аутоагресивності особистості | 47 |
| Висновки до розділу 3 | 57 |
| | |
| ВИСНОВКИ | 58 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 61 |
| ДОДАТКИ | 71 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АП – аутоагресивна поведінка

ДКНСД - диференційована комплексна невідкладна суїцидологічна допомога (метод запропонований Г. Пилягіною)

КМКЛШД – Київська міська клінічна лікарня швидкої допомоги

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ЛОПЛ – Львівська обласна психіатрична лікарня

ПАР – психоактивні речовини

СУП (або СПП) – самоушкоджуюча/самопошкоджуюча поведінка

СЦП – суїцидальна поведінка

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному світі все частіше помітні різного роду прояви агресії. Досить часто зустрічаються випадки агресії спрямованої проти себе та нанесення різного роду пошкоджень – порізів, опіків, подряпинин. Тому проблема аутодеструктивних дій стає все більш актуальною. Варто зазначити, що здебільшого ці дії мають у собі психологічний характер.

Феномен аутоагресивної поведінки є ґрунтовно вивченим і привертає увагу низки фахівців (психологів, медиків, педагогів, соціальних працівників). Аутоагресивні дії можуть бути небезпечними для життя не тільки тієї особи, що завдає собі шкоди, а й для оточуючих. Тому перед нами постали проблеми аналізу особистісних чинників аутоагресивних дій, а також особливості діагностики та корекції відхилень поведінки, які ми намагатимемося дослідити у нашій роботі

Об’єктом роботи виступає аутоагресивна поведінка.

Предметом роботи є особливості аутоагресивної поведінки та особистісні чинники, які її зумовлюють її формування.

Метою роботи є комплексне вивчення проблеми особистісних чинників аутоагресивної поведінки.

Для досягнення мети бакалаврської роботи передбачається виконання таких завдань:

- дослідити генезу уявлень науковців щодо аутоагресивної поведінки;
- проаналізувати передумови та генезис аутоагресивної поведінки;
- охарактеризувати форми прояву та ознаки аутодеструктивної поведінки особистості;
- здійснити аналіз стану наукової розробки проблеми;
- дати характеристику соціально-психологічним особливостям прояву аутоагресії;
- визначити вікові та гендерні особливості аутодеструктивної поведінки;
- проаналізувати особливості діагностичного процесу аутоагресії;
- охарактеризувати методи та напрями корекції аутоагресивності;

Методи дослідження. Для досягнення поставленої в дипломній роботі мети було використано загальнонаукові та спеціальні методи дослідження. До загальнонаукових методів та принципів належать: принцип науковості, об'єктивності, цілісності, а також методи узагальнення, індукції та дедукції, аналізу та синтезу існуючих даних. Також у дослідженні використано методи математичної статистики.

Метод індукції – спрямований на узагальнення результатів нашого дослідження, що характеризувався формувальним рухом від одиничної думки до загальної

Метод дедукції – для виокремлення із проблеми аутодеструкції (загального) особистісних чинників здійснення цих дій (конкретного).

Метод узагальнення – спрямований на формування основних пропозицій та висновків, отриманих в ході дослідження.

Метод аналізу та синтезу необхідний для здійснення головних операцій мислення, спрямованими на спробу повного та глибокого пізнання проблематики аутоагресивних дій.

Метод математичної статистики спрямований на ведення статистики даних, отриманих у ході дослідження, що були необхідні для більш ґрунтовного дослідження аутоагресивності (показ таблиць, графіків)

Наукова новизна роботи полягає у проведеному на базі широкого кола джерел та літератури комплексному дослідженні проблеми особистісних чинників аутоагресивної поведінки.

Здійснено визначення та систематизацію думок та позицій науковців стосовно аутоагресії та аутоагресивної поведінки, що безпосередньо впливало на розуміння природи та генези аутоагресії та давало можливість визначити методику психологічної та медичної допомоги особам, що проявляють аутоагресію.

Досліджено внутрішні та зовнішні фактори впливу на зародження аутоагресії. Здійснено спробу комплексного дослідження діагностики аутоагресивних тенденцій для кращого вивчення та розуміння проблеми

особистісних чинників аутоагресивної поведінки, а також методик психологічної та медичної терапій при аутодеструкції.

Практичне значення полягає в тому, що робота ґрунтовно розглядає поняття аутоагресивної поведінки, її генезис, форми та особливості прояву відповідно до соціально-психологічних та гендерно-вікових особливостей. Звертається увага на процес та методики діагностики ауто деструкції та методів лікування дезадаптивної поведінки.

Дослідження пропонує різноманітну інформацію, що може бути використана серед студентів ЗВО для детальнішого вивчення та черпання інформації для подальшого написання реферативних та наукових робіт на цю тематику, підготовки до семінарських та інших занять, написання курсових робіт, в освітньому та виховному процесах.

Стан наукової розробки проблеми та джерельна база дослідження. При опрацюванні літератури, основну увагу було приділено науковим працям, підручникам, статтям з даного питання, а також була залучена інформація Інтернет-ресурсів. Зокрема, було використано праці та наукові статті А. Баєва, О. Ігумнової, Т. Ісаєвої, К. Кажимової, М. Кляйн, Т. Ларіної, А. Михайлова, О. Мусаелян, Г. Пилягіної, О. Погорелко, Дж. Річмана, А. Султанова, П. Фонагі, З. Фрейда та інших. Попри певні здобутки й напрацювання науковців, тема ще не стала предметом спеціального, комплексного дослідження у вітчизняній науковій думці

Структура роботи відповідає поставленій меті і завданням дослідження. Бакалаврська робота складається зі вступу, трьох розділів, 7 підрозділів, 1 підпункту, загальних висновків, списку використаних джерел (90 позицій) та додатків (18 позицій) Основний текст становить 57 сторінок.

РОЗДІЛ 1

Теоретичні засади дослідження особистісних чинників аутоагресивних дій

1.1. Феномен аутоагресії: теоретичний аспект

Аутоагресія (аутодеструкція) – поведінка, що відхиляється від медичних та психологічних норм, яка загрожує цілісності та розвитку особистості [3]. Дана поведінка проявляється у спробах завдання собі шкоди (фізичної чи психологічної).

З іншої сторони аутоагресія виступає як різновид деструктивної поведінки, при якому ворожі дії через певні причини (здебільшого соціальні) спрямовані не на об'єкт дратівливості, а на саму людину.

Американський науковець Е. Шнейдман під аутоагресивною поведінкою розуміє «...дії, що спрямовані на нанесення якого-небудь збитку своєму соматичному чи психічному здоров'ю» [2, с. 5].

З точки зору психоаналітичної школи, засновником якої є Зигмунд Фрейд аутоагресивна поведінка відноситься до механізмів психологічного захисту [6].

В контексті розуміння аутоагресивної поведінки слід розглянути психо- та нейрофізіологічні аспекти розуміння поняття аутоагресії.

Так, психіатр та нейрофізіолог Д. Шустов визначає аутоагресію як «специфічну, генетично закладену психофізіологічну реакцію нервової системи дитини на глибинне порушення балансу між процесами збудження та гальмування у її організмі [59, с. 152; 71, с. 103].

Зовсім іншої думки дотримуються нейрофізіологи А. Коновалов та І. Скворцов. Вони стверджують, що аутоагресія, а відповідно і дотична їй поведінка є «специфічним станом нервової системи людини який виникає в результаті її переходу з вищих рівнів функціонування в нижчі внаслідок гормонального збою в організмі людини [59, с. 152-153; 29, с. 203].

Проте, зовсім протилежну думку до усіх вище викладених позицій щодо розуміння поняття аутоагресії висунув американський нейрофізіолог М. Беар.

Згідно його поглядів, аутоагресія є «...сталою особливістю нервової системи людини, що характеризується підвищеною швидкістю протікання всіх фізіологічних та психофізіологічних процесів у організмі людини». Внаслідок цього, як стверджує американський науковець «...мозок не встигає сформулювати цілеспрямований поведінковий акт, а формує одночасно декілька серій поведінкових актів, що не мають цілеспрямованості, але місять у собі велику кількість енергії [11, с. 244; 59, с. 153].

Підсумовуючи вище сказане, можемо дійти до певних висновків, що аутоагресія у царині фізіології та психофізіології розглядає у більшій мірі як певна специфічна реакція центральної нервової системи на будь-який дисбаланс та зміни у організмі людини.

Повертаючись до розуміння аутоагресивної поведінки у психоаналізі, то слід сказати, що він став в центрі уваги цієї школи від початку свого зародження. У 1910 р. у Відні відбулася конференція психоаналітичного товариства, де відомі на той час фахівці Штекель, Адлер, Садгер під головуванням З. Фрейда обговорили проблему аутоагресії. Проте дана конференція не дала результатів, а Фрейд констатував, що формування теорії аутодеструктивної поведінки можливе лише після нагромадження необхідних знань та матеріалів [64, с. 38].

У 1917 р. Фрейд публікує працю «Скорбота та меланхолія», у якій констатує, що «самодокори – це закиди улюбленому об'єкту, що були перенесені із нього на власне Я» [64, с. 38; 67, с. 27]. Він же водночас розумів парадокс феномену аутоагресивної поведінки, адже у тій же роботі зазначав, що любов Его до себе настільки велика і безмірна, що згода Его на власне саморуйнування є неймовірним [64, с. 38; 67, с. 31].

У одній із наступних статей, опублікованій у 1923 р. під назвою «Я і Воно», він дає ще одне трактування аутоагресії особистості. Він стверджує, що Суперего позбавляє Его лібідозного катексису і Его відчуваючи себе покинутими силами «...здається та вмирає». Ці формулювання дають розуміння аутоагресія як наслідок нападу на самого себе на відміну від самогубства, як наслідку відмови любові до себе [64, с. 39; 68].

К. Меннінгер – американський психоаналітик спробував пояснити аутоагресію з позиції інстинкту смерті. Згідно цієї теорії, яка виступає як продовження розробки З. Фрейда, психічне і фізичне здоров'я залежить від злиття інстинктів життя та смерті. Це злиття сприяє стану балансу нейтралізації інстинктів життя та смерті [37, с. 224; 64, с. 39].

Стосовно самовбивства, то він вважав його проявом та наслідком об'єднання трьох бажань: бажання вбити, бажання бути вбитим та бажання померти. Цей стан він відносив до крайнього прояву інстинкту смерті.

Розглянемо детальніше дані бажання та що вони приховують у собі:

- 1) Бажання вбивати – воно включає бажання атакувати, знищити чи відплатити помстою іншому. Дане бажання не може бути нейтралізоване позитивними почуттями щодо іншої особи
- 2) Бажання бути вбитим – присутність мазохістських тенденцій та бажання завдати та відчувати біль і страждання та прагнення підкоритися деструктивній атаці іншого. Ці мазохістські тенденції також включають у себе бажання викупити провину самостражданнями та самопокараннями.
- 3) Бажання померти – «своєрідна туга за смертю», що породжує нездорову стурбованість сутністю смерті та вмирання [64, с. 39].

Наступний вагомий вклад після Фрейда у розуміння поняття аутоагресивної поведінки особистості здійснила М. Кляйн, яку вважають першим теоретиком «об'єктивних відносин». Її трактування аутоагресії витікало із диференціації параноїдально-шизоїдної та депресивної позицій [64, с. 39; 78, р. 102].

Відповідно до параноїдально-шизоїдної позиції здійснюється проекція ненависті на об'єкт, надаючи йому у свідомості дитини, що проектує забарвлення переслідування та всемогутності. При ньому провокується руйнівна тривога (страх саморозпаду і втрати самовідчуття), а також страх втрати хорошого об'єкту через деструктивність поганого об'єкту. Тому людина нападає на об'єкт з метою самозахисту від руйнування або захистити хороший об'єкт.

Наприклад при іпохондрії чи дисморфофобії поганий об'єкт проектується на власне тіло. У такому розумінні напад на власне тіло вважається нападом на розташування поганого об'єкту, що загрожує особі.

Депресивна позиція характеризується інтегративним сприйняттям об'єкта і себе, де Его переживає хороші та погані об'єкти, як ті що є центром одного і того ж об'єкту. Тобто та ж агресія стосовно себе. Це водночас призводить до депресивної тривоги, страху втратити об'єкт та почуття провини за садистські фантазії і бажання стосовно об'єкту.

Почуття провини вимагає відшкодування збитків і спроб усунути уявні чи наявні наслідки агресивних фантазій. У більш патологічних формах це почуття провини може призвести до відчуття поганості особи і переконання, що вони є руйнівні для інших і для хорошого об'єкту. За цим може йти виникнення аутоагресивних тенденцій аж до самогубства, яке виступає як спроба очистити світ і запобігти його руйнуванню [64, с. 39-40].

На думку німецького психоаналітика Х. Хенселера, аутоагресія, а особливо суїцид є крайньою формою реакції на образу почуття власної гідності [77, р. 121]. За його словами при аутоагресії індивід діє для збереження самовідчуття чи самооцінки.

Згідно позиції В. Ромека, А. Сарджвеладзе аутоагресія пояснюється крізь призму психологічного захисту, тобто вона є проявом дезадаптивного психологічного захисту, що виникає у людини в певних екстремальних чи важких життєвих умовах, зважаючи на нездатність до адекватного переосмислення, переоцінки зміненої соціальної ситуації [2, с. 7].

І. Романова та Н. Говорін трактують аутоагресивну поведінку як саморуйнівну поведінку, що може проявлятися у соціально-патологічній формі: наркоманія, алкоголізм, неконтрольовані сексуальні зв'язки, екстримальні види спорту та небезпечні професії [14, с. 19].

Таким чином, аутоагресію та аутоагресивну поведінку розглядають як поведінку, що відхиляється від медичних та психологічних норм, яка загрожує цілісності та розвитку особистості. Водночас вона виступає як психологічний

захист організму на зовнішні збудники та є специфічним станом нервової системи. Проте, феномен аутоагресії потребує більшої уваги наукової спільноти – психологів, психотерапевтів, медиків та інших фахівців.

1.1.1. Передумови та генезис аутоагресивної поведінки

Розглядаючи аутоагресивну поведінку як психологічну модель, то в психотерапії закріпилися три основні підходи: психоаналітичний, пізній аналітичний та біхевіоральний.

Психоаналітична школа (З. Фрейд, В. Штекель, К. Освальд) вказують, що причиною аутодеструктивної поведінки є колапс захисних механізмів при недоліку допінгової поведінки. Ще однією причиною, психоаналітики називали поломку діяльності Супер-Его внаслідок довготривалого внутрішньо особистісного конфлікту з регресією та послідовною фіксацією на ранніх стадіях психосексуального розвитку.

Г. Аммон вказує на порушення стосунків «матір-дитина» на ранніх стадіях, як основу аутоагресії, адже за його словами «...соматогенна мати цікавиться станом дитини лише тоді, коли та хворіє та страждає [46, с. 165].

Представники трансактного аналізу (Д. Берн, В. Джонс, Б. Скінер, І. Стюарт) вказують на вплив негативного родинного досвіду, що має особливе значення для формування життєвого досвіду за типом саморуйнування.

Б. та М. Гуддінги діагностують такий сценарій у осіб із аутоагресією, де основою є батьківські настанови «Не живи!» і у кризових ситуація вона може активуватися та реалізовуватися [46, с. 166].

Біхевіорально-когнітивна психотерапевтична школа (А. Бек, С. Платт, Дж. Селігман) підходять до вивчення аутоагресії як до форм вивченої поведінки з соціальною трансмісією (згідно С. Платта), де центром є «вивчена безпорадність, безнадійність, низька самооцінка та бідна «Я-концепція» (згідно А. Бека, Дж. Селігмана).

У свою чергу українські дослідники В. Аршавський і В. Ротенберг вказують на зниження пошукової активності в загрозованих благополуччю ситуаціях як на базові механізми для аутоагресивної поведінки [46, с. 166].

Психологи, зокрема Г. Пилягіна вважає, що для зародження аутодеструкції і відповідної до неї поведінки особистості необхідно присутність трьох компонентів, серед яких:

- 1) Психотравмуюча ситуація, в якій реалізуються захисні патерни, іншими словами механізми поведінки, зумовлені внутрішньоособистісним конфліктом;
- 2) Людина із фрустрацією з послідовним формуванням внутрішнього конфлікту, яка подавляє свою агресію і одночасно заперечує свої соціалізовані інтроекти;
- 3) Зворотній негативний зв'язок – нездійснені очікування щодо об'єкта та зростаюча напруга стосовно ситуації, агресивність суб'єкта та необхідність вирішення внутрішнього конфлікту особи [2, с. 8; 6].

Певний генезис аутоагресивної поведінки можна простежити у роботах М. Кляйн, яка досліджувала даний стан з порівняння та розрізнення параноїдально-шизоїдної та депресивної позицій. Нас цікавить остання. Адже згідно цієї позиції здійснюється інтегративне сприйняття об'єкта та самого себе, де Его переживає хороші та погані об'єкти, як ті що є центром одного і того ж об'єкту. Це водночас призводить до депресивної тривоги, страху втратити об'єкт та почуття провини за садистські фантазії і бажання стосовно об'єкту.

Характеризуючи почуття провини, дослідниця стверджує, що дане почуття вимагає відшкодування збитків і спроб усунути уявні чи наявні наслідки агресивних фантазій. У більш патологічних формах почуття провини може призвести до відчуття того, що особа є поганою, що водночас тягне за собою переконання, що вона є руйнівною для інших і для хорошого об'єкту зокрема. За цим може йти виникнення аутоагресивних тенденцій аж до самогубства, яке виступає як спроба очистити світ і запобігти його руйнуванню.

Наступні дослідження виникнення та зародження аутоагресивної поведінки здійснювалися на основі вивчення зв'язку аутоагресії та нарцисизму. Основою, що послужила зв'язку аутоагресії із нарцисизмом стало твердження тієї ж М. Кляйн, що рання примітивна заздрість є важкою формою вродженої агресії (вона є похідною інстинкту смерті). [64, с. 40; 79]

Німецько-британський психоаналітик Г. Розенфельд розширив термін нарцисизм включивши у нього агресивні та деструктивні елементи. Вважав нарцисизм характеру як захист від заздрості і залежності від об'єкту, адже залежність від хорошого об'єкту, як зазначає Розенфельд неодмінно породжує заздрість [64, с. 40; 88, р. 172].

Нарцисизм включає у себе лібідозний і деструктивний елементи, де деструктивний проявляється у ідеалізації всемогутньої та деструктивної частини Я, що часто залишаються розділеними. Проте, коли домінує деструктивна частинна, за спостереженнями дослідника заздрість є більш жорстокою та пов'язана із бажанням знищити об'єкти від яких залежить людина, а також завдати шкоди або знищити себе. Як писав Розенфельд, що «...деякі з цих людей стають суїцидальними, бажання вмерти виражається абсолютно відкрито, а смерть ідеалізується як вирішення усіх проблем [64, с. 40; 88, р. 173].

Дещо інший погляд на аутоагресивну поведінку виклали Левін та Дж. Мальтсбергер, які припустили, що самогубство може слугувати відступом до архаїчного грандіозного Я або патологічного грандіозного Я. Тобто думка і акт самогубства можуть відноситися до ідеалізованого стану Я і фактично бути способом підвищення самооцінки. На підтвердження цих слів, слід сказати що більшість людей вбиває себе для уникнення страждань цього світу з впевненістю, що вони перейдуть у краще життя [64, с. 40; 80; 81, р. 288].

Досвід показав, що так і є, адже запитуючись мотиви людини до самогубства, майже кожна відповідала, що так буде краще і що світ стане кращим за їх відсутності, а вони знайдуть краще життя десь по той бік.

Значний вклад у розуміння зародження та процесів аутоагресії здійснив Х. Кохут – австрійсько-американський психоаналітик, що розробив селф-

психологію. Він видав невелику статтю, у якій писав про зв'язок сорому, заздрості, его-ідеалів, нарцистичного гніву із самогубством.

Зокрема, він писав, що «..за цим станом сорому і заздрості в кінцевому результаті можуть розвинути саморуйнівні імпульси. При цьому їх слід розуміти не як нападки Суперего на Его, а як спроби страждаючого Его покінчити із самим собою, щоб знищити образливу, розчаровуючу реальність невдачі [31, с. 118; 64, с. 41].

На основі теорії селф-психології, запропонованої австрійсько-американським психоаналітиком Х. Кохутом було запропоновано нові теорії для пояснення аутоагресивної поведінки, що розглядають додаткові стани самості, а саме небезпеку, нарцисичне виснаження та вразливість, як можливі фактори, що сприяють формуванню аутоагресивних тенденцій [64, с. 41; 85, с. 236].

Ряд психоаналітиків вивчали проблему аутоагресії особистості та вплив на її зародження сімейних відносин.

Р. Феффер припустив, що при конфліктах у родині, батьки можуть проектувати відповідальність за свої проблеми на дитину, яка свою чергу починає ідентифікувати себе із поганою особою і відсутністю вирішення батьківської проблеми. Тому самогубство тут виступає як вирішення проблеми та відчуття своєї провини та поганості [64, с. 42; 84, с. 157].

Слід зауважити, що більшість батьківських конфліктів провокують певні думки та дії, що можуть зашкодити молодій особі, проте не завжди дана особа є причиною проблем і конфліктів. Проте сімейний конфлікт запускає процес формування аутоагресивної поведінки стосовно себе.

Продовжуючи дослідження фактору сім'ї у формуванні аутоагресії, Сабат описав родини, де батьки прями чи опосередковано вселяли дитині відчуття небажаності. Тому як наслідок може статися самогубство, адже дитині, яка стала родинним ізгоєм, може здатися, що батьки хочуть саме цього [64, с. 42].

Джон Річман описав родини підлітків схильних до аутоагресії. У них присутні слабкі межі, заплутаність та конфліктні ситуації. З однієї сторони, батьки заохочують незалежність, але й прагнуть до симбіотичних вподобань. Тут

ауто агресивні дії (самогубство) виступають водночас і прагнення до симбіозу, так і втечею від нього [64, с. 42; 86, р. 143; 87, р. 6].

Фішман пов'язував аутоагресію із крайньо поляризованими та віддаленими відносинами у родині в поєднанні із прив'язаністю до батьків. Тому він виділяв дві категорії сімей:

- 1) т. зв. «ідеальні» сім'ї – присутня заборона проявлення слабкості, породжуючи таким чином почуття сорому;
- 2) емоційно дистанційовані сім'ї, що породжують почуття знедоленості [64, с. 42; 74].

Цікавою для вивчення причин ауто агресії є теорія менталізації, запропонована британським клінічним психологом та супервайзер Британського психоаналітичного товариства П. Фонагі. Згідно його теорії, менталізація відноситься до здатності розуміти думки, поведінку і почуття стосовно себе та іншим з точки зору бажань та намірів. Він припустив що ці здібності не розвинуті у суїцидальних нарцисичних особистостей. Вони не можуть думати та розмірковувати поза досвідом і не можуть використовувати агресію як захист від подавляючих думок та почуттів. Також у них відсутня здатність розуміти наслідки своїх агресивних та руйнівних дій [64, с. 42; 75, р. 481; 76, р. 59].

Якщо говорити про причини аутоагресивної поведінки у молоді то їх є дві, які називають самі підлітки та молоді люди:

- 1) у підлітка занадто багато емоцій, з якими йому не сила впоратися і які має вихід через біль;
- 2) відсутність емоції, присутнє відчуття бездушності, тому нанесення собі шкоди дає можливість відчути себе живим [14, с. 19].

Як зазначають О. Варгата та А. Михайлов основними факторами, що сприяють появі аутоагресії у підлітків є кібер-булінг, проблеми у сім'ї (розлучення батьків, ігнорування дитини, конфлікти та сварки), приниження з боку інших людей, жорсткі морально-етичні стандарти встановлені всередині соціальної групи, проблеми у взаєминах із друзями та коханою людиною, психоконплекси, занижена самооцінка особистості, не визнання талантів та інші

фактори, які прямо чи опосередковано впливають на виникнення і формування ауто агресивної поведінки [14, с. 20].

Отже, формуванню аутодеструктивної поведінки сприяють комплекс факторів, серед них психотравмуюча ситуації, особистість у стані фрустрації, стосунки і відносини у родині, неприйняття особи у соціумі. Усі негативні фактори та причини сприяють цій небезпечній у своїй природі поведінці. У психічній сфері причинами формування ауто деструкції можуть бути велика кількість емоцій та емоційного збудження з якими не можливо впоратися в поєднанні із відкиданням та нехтуванням оточуючими у закликах про допомогу і сприйняття.

1.2. Форми прояву та ознаки аутоагресивної поведінки

Науковцями виділено наступні типи аутоагресивної поведінки:

- 1) суїцидальна поведінка – усвідомлені дії, що направлені на добровільне позбавлення себе життя.
- 2) суїцидальні еквіваленти та аутодеструктивна поведінка – неусвідомлені дії (інколи навмисні дії та вчинки), де позбавлення себе життя не є головною метою, але які безпосередню ведуть до фізичного (психічного) саморуйнування або до самознищення;
- 3) несуйцидальна аутоагресивна поведінка – різного роду умисні самоушкодження, де смерть не є метою (або свідомо безпечні для життя) [46, с. 167].

Німецькі фізіологи М. Хекманн та Ф. Ланг досліджуючи проблему прояву аутоагресії створили модель процесу формування поведінкових актів під час аутоагресивної поведінки. Дана модель складається із трьох взаємопов'язаних етапів:

- 1 етап (концентрація уваги на збуднику) – відбувається активна концентрація на найбільш інтенсивному стимулі зовнішнього середовища;
- 2 етап (активізація гіпоталамо-гіпофізарної системи) – на фоні активізації гіпоталамо-гіпофізарної системи відбувається значний викид гормонів порівняно із спокійним, звичайним станом. Даний викид гормонів пришвидшує фізіологічні процеси у організмі та блокує анатомічні структури, що відповідальні за здійснення вищої нервової діяльності;
- 3 етап (зріст рівня активності лімфатичної системи) – зріст активності лімфатичної системи спровокований активізацією гіпоталамо-гіпофізарної системи та повної дестабілізації лобних часток та пре фронтальної кори великих півкуль головного мозку людини призводить до формування мозком серії поведінкових актів. Проте особливістю формування поведінкових актів є те, що вони формуються не на об'єктивній інформації, отриманій із зовнішнього середовища, а на емоційній складовій, реакції на цю інформацію, що й призводить до формування аутоагресії та дезадаптивних реакцій на зовнішнє середовище [33; 59, с. 153].

Для того щоб попередити формування аутоагресивної поведінки, як стверджують німецькі фізіологи Ф. Ланг та М. Хекманн, людина повинна навчитися, а головне усвідомлено здійснювати обрання стимулів на які концентрується увага особистості. Як наслідок це насамперед знизить навантаження нервової системи, а також як ми зазначали дасть можливість попередити формування дезадаптивної, аутоагресивної поведінки [33; 59, с. 153].

На думку німецького психоаналітика Х. Хенселера, аутоагресія, а особливо суїцид є крайньою формою реакції на образу почуття власної гідності. За його словами при аутоагресії індивід діє для збереження самовідчуття чи самооцінки. Він припускає, що аутоагресивна особистість відмовляється від своєї індивідуальності, зливаючись із первинним дифузним об'єктом, щоб

забезпечити собі безпеку. Іншими словами особа діє щоб зберегти самооцінку чи самовідчуття [77, р. 121].

К. Сміт вважає, що існує ряд характеристик, що визначають вразливу особистість, а саме – високі вимоги до себе, придушення негативних емоцій, двоїсте ставлення до смерті, невміння переживати втрати та позбавлення, формування залежних відносин, пасивність та відомість. Іншими ознаками, які описує Сміт є когнітивна ригідність, затримка статевого розвитку, надмірна увага до зовнішнього вигляду чи інтелектуальних здібностей. Для компенсації вразливості людина розробляє «мрію всього життя» з метою структурувати життя. Водночас може настати суїцидальний зрив, внаслідок відсутності здатності переживати втрати і стримувати нереальні прагнення [90, р. 490].

Американська психоаналітик К. Хорні наводила сучасну мотиваційну основу аутоагресивної поведінки, де визначає функції мазохістського спрямування у трьох різних видах:

- 1) звинувачення інших людей, яке часто є замаскованим;
- 2) прямий захист, коли мазохіст через самобичування уникає звинувачень, а коли принижується, то уникає суперництва (суїцид за типом «уникнення»)
- 3) страждання і безпорадність, як засіб отримання бажаного – кохання, допомоги, контролю («крик про допомогу» за Р. Фарбероу та К. Шнейдман) [46, с. 165].

Українські дослідники В. Аршавський і В. Ротенберг вказують на зниження пошукової активності в загрозових благополуччю ситуаціях як на базові механізми для аутоагресивної поведінки [46, с. 166].

А. Баєв виділяє наступні форми аутоагресивної поведінки:

- суїцидальна поведінка;
- віктимна поведінка (поведінка жертви);
- гемблінг (комп'ютерна та ігрова залежність)
- розлади харчової поведінки;
- хімічна залежність (зловживання психоактивними речовинами);

- поведінка, що небезпечна для життя (перевищення швидкості на автомобілі, екстримальні види спорту) [10, с. 208].

Г. Пилягіна визначила з точки зору клініко-патогенетичних основ розвитку наступні критерії типологізації аутоагресії, а саме:

1) Наявність непсихотичного (невротичного) або психотичного рівня психічних розладів на фоні яких і формується дезадаптивна аутоагресивна поведінка;

2) Наявність або відсутність програми на самознищення, що є патобіологічною основою аутоагресії;

3) Особливості особистісної патопсихологічної мотивації;

4) Особливості відповідь-реакції – поведінкові, з боку психічної діяльності (сприйняття емоцій, думок, мислення, пам'яті), нейрохімічні та нейрофізіологічні;

5) Взаємозв'язок із стадіями розгортання адаптаційного синдрому (виснаження, тривоги, резистентності) [46, с. 173].

На основі власних досліджень Л. Пилягіна здійснила порівняльну клініко-патогенетичну типологізацію зовнішніх форм аутоагресивної поведінки, де виділила:

1) суїцидальний тип – ретельне планування аутоагресивних дій та здійснення вибору небезпечних для життя способів їх здійснення (особливості); присутній механізм самозаперечення та бажання власної, добровільної смерті внаслідок «негативного життєвого балансу» (психологічна мотивація); тривога і страх або ж їхнє повне пригнічення на фоні виснаження блокування центральною-нервовою системою з обов'язковою програмою добровільного самознищення (патобіологічна основа); є частіше непсихотичним типом (згідно реєстру розладів);

2) парасуїцидальний тип – аутоагресивні дії є імпульсивними, особа вибирає способи здійснення, які переважно не мають загрози для життя (особливості); особа бажає негайних змін, а не смерті, що є

добровільною на тлі фрустрації життєвих потреб, особа зміщує фрустровану агресію на себе (психологічна мотивація); відсутність добровільної програми самознищення, формування когнітивно-емоційного дисбалансу як наслідок вираженої тривоги через зниження стресостійкості організму на фоні гострого транзиторного збудження ЦНС (патобіологічна основа); непсихотичний тип (згідно реєстру розладів);

- 3) псевдосуїцидальний тип – аутоагресивні дії є демонстративно-шантажними, смерть можлива як нещасний випадок, особа вибирає способи здійснення, які свідомо не є небезпечними для життя (особливості); прагнення особи маніпуляціями змінити ситуацію, на фоні психологічних потреб, які є інфантильними, а також присутня регресивна реакція на фрустрацію життєвих потреб (психологічна мотивація); маніпулятивна поведінка як наслідок когнітивно-емоційного дисбалансу із можливою вираженою реакцією тривоги, програма добровільного самознищення відсутня, проте процеси збудження ЦНС мають зв'язок із вираженістю психологічних порушень (патобіологічна основа); непсихотичний тип (згідно реєстру розладів);
- 4) асуїцидальний тип – висока ймовірність смерті через жорстокі, небезпечні для життя способи реалізації аутоагресивних дій (особливості); суїцидальна поведінка та мотивація часто є неусвідомленою, особа зміщує агресію на себе на тлі психотичних розладів, що провокують хворобливі переживання (психологічна мотивація); можлива присутність програми добровільного самознищення психотичного типу на фоні психотичних розладів та різкого гіперкомпенсаторного посилення процесів збудження ЦНС (патобіологічна основа); психотичний тип (згідно реєстру розладів) [47]. Детальніше у дод. А.1

А. Бойова, Г. Лобов, В. Руженков розробили класифікацію аутоагресивної поведінки відповідно до категорії мети і свідомо-несвідомих механізмів (у психодинамічному розумінні) [46, с. 167-168].

Науковці поділяють аутоагресивну поведінку на дві категорії – суїцидальну та аутодеструктивну поведінки. У суїцидальній поведінці вони виділили:

- внутрішні форми – пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми та суїцидальні наміри;
- зовнішні форми – спроби замаху на життя та завершений суїцид;

Стосовно аутодеструктивної поведінки то Бойова, Лобов та Руженков поділяють її на:

- пряму аутодеструкцію – наслідки видно одразу, нанесення самопошкоджень)
- непряму аутодеструкцію – наслідки відстрочені.

Непряма аутодеструкція буває активна (усвідомлена) та пасивна (неусвідомлена).

Активна непряма аутодеструкція проявляється у вживанні алкоголю, наркотиків, курінні, а також захоплення екстремальними видами спорту, що несуть загрозу життю (гірськолижний, парашутний, автомобільний спорт).

Проявом пасивної непрямої аутодеструкції є психосоматичні захворювання та унфелери (підсвідомий травматизм) [46, с. 168].

Класифікаційна модель аутоагресивної поведінки представлена у дод. А.2

Виділяють наступні рівні аутодеструктивності:

- 1) фізичний – вживання сурогатів алкоголю, наркотиків, захворюваність СНІДом (як наслідок неконтрольованого сексуального життя), зниження або відсутність цінності здоров'я;
- 2) психологічний – проблеми у міжособистісному спілкуванні, екзистенціальний вакуум;
- 3) родинний – проблеми у сім'ї, що проявляються у вигляді розлучень, переживання самоти та у відсутності дітей;

- 4) соціальний – зниження професійного та соціального статусів [46, с. 171].

Як зазначає у своїй статті А. Османова ауто деструктивна поведінка може проявлятися у трудовій діяльності, адже при трудовоголізмі людина нехтує режимами дня, обмежує контакти із сім'єю та не дотримується правил особистої гігієни [46, с. 171].

Психолог А. Реан запропонував ввести поняття аутоагресивного патерну особистості, у структурі якого він виділяє 4 субблоки:

- 1) самооцінний субблок – зворотній зв'язок аутоагресії та самооцінки. Його дослідження показали, що чим нижча самооцінка тим вищий показник аутоагресивності особистості;
- 2) характерологічний субблок – позитивна кореляція аутоагресії із певними рисами характеру – педантичністю, демонстративністю, інтроверсією, невротичністю та репресивністю;
- 3) соціально-перцептивний субблок – взаємозв'язок аутоагресивності особистості із сприйняттям іншими людьми її особистості. Рівень аутоагресії позитивно корелює із позитивним сприйняттям людьми особистості і вона практично не пов'язана із негативізацією іншими людьми;
- 4) інтерактивний субблок – характеризується взаємозв'язком аутоагресії із соціальною взаємодією, де аутоагресія негативно корелює із товариськістю, а позитивно із сором'язливістю [46, с. 173-175; 61, с. 5].

Проявами аутоагресивної поведінки є наступні ознаки:

- 1) Харчова чи наркотична залежність. Пацієнт завдає собі шкоди шляхом переїдання, вживання алкоголю, різного роду токсичних та наркотичних речовин;
- 2) Суїцидальні думки та спроби;
- 3) Самоушкодження – людина завдає фізичної шкоди шляхом порізів, укусів. Ще однією формою само ушкодження є надмірне захоплення татуваннями, пірсингом та шрамуваннями.

Також виділяють непрямі ознаки, згідно яких можна визначити аутоагресивну поведінку:

- 1) обмеження або відмова від спілкування з оточуючими;
- 2) пристрасть до екстремальних видів спорту;
- 3) прагнення до потрапляння у небезпечні для життя ситуації;
- 4) вчинення вчинків, що засуджуються суспільством;
- 5) фанатична поведінка (людина в ступає у різні релігійні чи політичні угруповання) [Аутоагресія: причини у дітей, підлітків і дорослих]

Якщо детальніше розглядати форми прояву аутоагресії у різних вікових групах то вони бувають наступними:

- 1) Трихотіломанія (виривання волосся);
- 2) порізи шкіри гострими предметами (ножем чи бритвою), проколи чи втикання голок у шкіру чи під нігті;
- 3) навмисні переломи;
- 4) підпалювання кінцівок;
- 5) кастрація чи самоампутація кінцівок;
- 6) обкушування нігтів та губ;
- 7) нанесення опіків недопалками сигарет;
- 8) підбурення оточуючих до бійки;
- 9) небезпечні ігри із зброєю;
- 10) харчові розлади (відмова від їжі чи переїдання);
- 11) прагнення до поїздок у «гарячі точки»;
- 12) нанесення ударів по тілу, биття голови;
- 13) невротичні екскоріації (перешкоджання загоєнню ран, навмисне пошкодження шкірного покриву) [46, с. 173-175; 61, с. 5].

Залежно від способу вираження виділяють наступні види аутоагресії – духовна, фізична, соціальна та ментальна аутоагресія.

Духовна аутоагресія – вид аутоагресивної поведінки, за якої людина має чіткі моральні принципи і уявлення про ідеальний набір якостей, яким вона повинна відповідати. Найчастіше проявляється у різних сектантів, яким тою чи

іншою мірою заборонено проявляти погані емоції і які повинні дотримувати строгих правил та приписів. Також даний вид аутоагресії притаманний для тих людей, які жили та формувалися у сім'ях із жорсткими моральними принципами та правилами. У такому випадку людина змушена себе контролювати, що відповідно призводить до накопичення негативної енергії та емоцій, які особа не проговорила та не дала волю вийти назовні. Тому вона приймає форму аутодеструктивної поведінки.

Фізична аутоагресія – є найбільш поширеною формою прояву аутодеструктивної поведінки і проявляється у тих випадках, коли людина немає змоги по іншому виразити свої емоції. Людина завдає собі болю та шкоди і часто це приховує, вважаючи, що вона робить щось не правильно. Ще одним проявом фізичної аутоагресії є анорексія, яка виступає як форма порушення харчової поведінки.

Соціальна аутоагресія – вид деструктивної поведінки, що проявляється у протистоянні соціальним правилам та нормам. Особа вибирає небезпечну поведінку, яка не рідко буває незаконною чим може спровокувати агресію оточуючих. Вона є видом аутоагресивної поведінки, оскільки людина свідомо чи не свідомо обирає даний тип поведінки, що фактично є відхиленням від норми.

Ментальна аутоагресія – вид дезадаптивної поведінки, що проявляється у негативному ставленні до самого себе (людина ображає та принижує свою гідність, звинувачує себе у тому, що відбувається). Деякі психологи вважають таку поведінку формою нарцисизму, адже у такому разі людина у своїй провині виняткова та унікальна [8].

Таким чином, аутоагресивна поведінка набуває різних форм прояву – від порізів та укусів, закінчуючи захоплення небезпечними видами спорту та спробами суїциду. Усе це має дві сторони медалі залежно від мети особи, що завдає собі болю – покінчити із життям або ж шкодою спокутувати провини. Розрізняють духовну, ментальну, фізичну та соціальну аутоагресію. Якою б вона не була і яких форм не набувала, вона несе шкоду і загрозу життю особи-аутоагресора та соціуму у якому ця особа перебуває.

1.3. Стан наукової розробки проблеми

У даний час існують різноманітні підходи до розуміння поняття аутоагресії та дотичної до неї поведінки та особистісних факторів, що спричиняють дану дезадаптивну поведінку.

Проблемі аутоагресивної поведінки присвячено низку праць вітчизняних та зарубіжних науковців. Серед українських дослідників дану проблематику досліджували Н. Афанасьєва [9], А. Баєв [10], О. Бутко [61], О. Васильченко [27], Л. Герасименко [2], Н. Завязкіна [23], А. Застело [59], Т. Ісаєва [27], Р. Ісаков [2], А. Кухаренко [9], Т. Ларіна [34], А. Маркова [36], О. Мусаелян [41;42], В. Назаревич [44], А. Османова [46], Г. Пилягіна [47; 48; 49], М. Побережна [60], О. Погорілко [2], О. П'ясецька [44], І. Розіна [53], Л. Руденко [55], А. Садикіна [59], Ж. Сидоренко [60], А. Скрипніков [2], О. Скориніна-Погребна [61], Р. Федоренко [65].

Серед зарубіжних науковців, що приділяли увагу проблемі аутоагресивної поведінки слід відзначити праці К. Кажимової [64], М. Кляйн [78;79], Левіна [80], Дж. Мальтсбергера [81], К. Меннінгера [37], Дж. Річмана [86; 87], Г. Розенфельда [88], К. Сміта [90], А. Султанова [64], Фішмана [74], П. Фонагі [75; 76], З. Фрейда [66; 67; 68], Х. Хенселера [77] та інших.

Теоретичному аналізу вивчення проблеми розуміння феномену аутоагресії у психологічній літературі присвячена стаття А. Османової «Теоретико-методологічний аналіз проблеми аутоагресивної поведінки у психологічній літературі» [46].

Як зазначає дослідниця у психологічній літературі було розвинуто декілька наукових підходів до розуміння аутоагресивної поведінки, а саме: клініко-психологічний підхід (дослідження) представлені роботами А. Абрумової, О. Вроно, В. Тихоненко та інші. Соціально-психологічний підхід, де висвітлено дані фактори феномену аутоагресії висвітлені у роботах А. Боевої, О. Єфремовою, Р. Мейм, А. Реан, Б. Яковлева.

О. Скориніна-Погребна та О. Бутко у своїй статті «Науково-методичний аналіз аутоагресії в сучасній психології» запропонували класифікаційну модель підходів до розуміння проблеми аутоагресивної поведінки, що складається із 7 різних підходів:

- 1) Соціальний напрям дослідження (представники – Л. Анциферова, Т. Візель, В. Козлов, Г. Пилягіна);
- 2) Віковий напрям досліджень (А. Іпатов, Р. Масагутов);
- 3) Багатофакторний напрям (А. Реан);
- 4) Сексологічний напрям (Х. Дейч, Л. Коуен, Ш. Радо, З. Фрейд);
- 5) Статерольовий напрям дослідження (Р. Масагутов);
- 6) Афективно-фізіологічний напрям (А. Ігонін, А. Індін, М. Ліноліан, Дж. Умхау, М. Хаффорд, Дж. Хіббельн, Ю. Шевцов);
- 7) Психоаналітичний напрям (К. Меннінгер, З. Фрейд) [61, с. 11-12].

Підходи до психокорекції поведінки аналізували В. Балакирев, Л. Вереїна, Н. Завацька, Е. Мендельман.

Дослідженню причин та прояву аутоагресії присвятили наукові статті та праці низка вітчизняних дослідників. Так, А. Баєв опублікував статтю «Причини та форми прояву аутоагресивної поведінки» де комплексно розглянув різноманітні психологічні, соціальні, внутрішні та зовнішні причини виникнення аутоагресії, а також основні форми її прояву та схильність певних соціальних груп до неї [10].

А. Михайлов та О. Варгата випустили статтю «Особливості прояву аутоагресивної поведінки підлітків як психологічний феномен», де ґрунтовно досліджено внутрішні та зовнішні фактори розвитку аутоагресивної поведінки у підлітків. Також дослідниками представлено методика діагностики аутоагресії на прикладі різноманітних опитувальників для порівняння різних психічних станів та схильності до зазначеного психічного стану [14].

Проте, слід зазначити, що дана методика діагностики є чи не найпершою у вітчизняній психології. Адже як зазначають Т. Ісаєва та О. Васильченко у

сучасній психологічній літературі відсутні дослідження та розробки методик діагностики схильності до аутоагресії [27].

Продовження розвідок у напрямі аутоагресивних тенденцій у підлітковому віці є колективна монографія О. Погорілко, А. Скрипнікова, Л. Герасименко, Р. Ісакова «Аутоагресивна поведінка підлітків». У ній представлено матеріали щодо патопсихологічних та клініко-психопатологічних особливостей молодих людей із аутоагресивною поведінкою. Нагромаджений теоретичний та емпіричний матеріал дав можливість науковцям запропонувати новітню комплексну програму корекції даної дезадаптивної поведінки [2].

Найґрунтовнішою та найважливішою працею у дослідженні причин та природи аутоагресивної поведінки у молоді є дисертація Т. Ларіної «Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді» де теоретично та емпірично досліджується проблема виникнення і проявів аутоагресії у молоді [34].

Українська науковця Г. Пилягіна опублікувала низку наукових статей по даній проблематиці, серед них – «К вопросу о клинко-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения», розміщеному у Тавричному журналі психіатрії у 2000 році, а також «Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики та лікування».

Стаття «К вопросу о клинко-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения» присвячена питанню вивчення типології аутоагресивної поведінки. Автор наголошує на двох напрямках у медицині, що досліджують дану проблематику – епідеміологічний та клініко-експериментальний метод дослідження. Водночас вона виділяє типологічні форми аутоагресивної поведінки: суїцидальну, парасуїцидальну псевдосуїцидальну, асуїцидальну форми аутодеструкції. Характеристика типів відбувається на основі патобіологічної основи [48].

Важливим у контексті діагностики та лікування відхилень поведінки є інша стаття Г. Пилягіної «Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики та лікування». У статті досліджено

патогенетичні особливості формування аутоагресивної поведінки з одночасним врахуванням її коморбідності із різними психічними розладами, клініко-феноменологічні особливості зовнішніх та внутрішніх форм ауто деструктивної поведінки [47].

А. Маркова у своїй роботі «Проблема аутоагресії в підлітковому віці» розглянула типологічні форми, мотиви та особливості аутоагресії у підлітковому віці, а також розмістила рекомендації психологів щодо профілактики та корекції аутоагресивної поведінки [36].

Гендерно-вікові та професійні чинники аутоагресії та схильність до неї студентської молоді України розглядала О. Мусаелян у своїх статтях «Гендерно-вікові та організаційно-професійні особливості схильності студентської молоді України до аутоагресивної поведінки» та «Схильність студентської молоді України до аутоагресивної поведінки: основні тенденції та соціально-психологічні умови попередження» [41; 42].

У першій статті наведено дані емпіричних досліджень особливостей аутоагресивної поведінки відповідно до віку та гендеру та професії. Результати емпіричного дослідження показали що схильними до аутоагресії є жінки, які навчаються на технічних спеціальностях та чоловіки гуманітарного профілю, а також ті жінки, що проживають у селах [41].

Стаття «Схильність студентської молоді України до аутоагресивної поведінки: основні тенденції та соціально-психологічні умови попередження» присвячена теоретичному висвітленню проблеми запобігання аутоагресивної поведінки у молоді. Автором було розроблено, запропоновано та апробовано на практиці психологічну програму запобігання аутоагресії з відповідним висвітленням результатів даної методики [42].

Отже, наукова спільнота не обійшла увагою питання аутоагресивної поведінки, причин її формування, проявів, діагностики та лікування даної дезадаптивної поведінки. Водночас слід відзначити недостатнє емпіричне дослідження ауто деструкції, що потребує мобілізації наукового активу для формування та нагромадження наукових знань по даній проблематиці.

Висновки до 1 розділу

Феномен аутоагресивної поведінки досить поширений у наш час серед країн Західної Європи, Америки. Україна не виключення.

У психології аутоагресія розуміється як сукупність певних дій, що спрямовані на нанесення якого-небудь збитку своєму соматичному чи психічному здоров'ю (згідно Е. Шнейдмана).

Передумовами зародження та формування ауто агресивної поведінки можуть стати - психотравмуюча ситуація, в якій реалізуються захисні механізми; людина із фрустрацією з послідовним формуванням внутрішнього конфлікту, яка подавляє свою агресію і одночасно заперечує свої соціалізовані інтроекти; зворотній негативний зв'язок

Дослідження проблеми аутоагресивної поведінки поставило перед науковцями завдання класифікації типів ауто агресивної поведінки, то більшість науковців одностайні у своїй позиції та виділяють наступні типи аутодеструктивної поведінки: суїцидальна поведінка; суїцидальні еквіваленти та аутодеструктивна поведінка; несуйцидальна аутоагресивна поведінка.

Основними проявами аутодеструкції на які слід звернути увагу:

- відсутність сну;
- нанесення собі шкоди (царапання, порізи і т.д.)
вживання алкоголю, наркотиків та куріння
- екстримальні види спорту, небезпечна їзда, що може спричинити летальний випадок; безвідповідальне сексуальне життя;

Причинами що провокують дані прояви є несприйняття особи та пошук місця в соціумі, насамперед у родині, постійні конфлікти та дорікання, занижена чи навпаки завищена поведінка та інші фактори, що провокують аутодеструкцію.

Тому завдання фахівців, насамперед психологів помітити та попередити формування даної поведінки, що може нести небезпеку для особи-носія аутодеструкції, соціуму, що оточує особистість та призвести до летальних випадків.

Розділ 2

Емпіричне дослідження проблеми аутодеструкції

2.1 Соціально-психологічні особливості аутоагресивної поведінки

Найголовнішим етапом життя кожної людини є юнацький (підлітковий) вік. Адже саме у цей період відбувається формування особистості, її поглядів на себе, навколишній світ та формування стосунків із іншими людьми.

Проте, він є одним із небезпечних етапів, з огляду формування особистості відповідно до впливу соціальних груп, у яких ця особа перебуває. Часте вживання алкоголю, психотропних та наркотичних засобів, неконтрольоване сексуальне життя без перебільшення формує певною мірою психічні травми підліткам, які в подальшому можуть стати причиною формування аутоагресивної поведінки.

Продовжуючи вище сказане, слід зазначити, що не рідко, а досить часто підлітки зіштовхуються із цькуванням, нерозумінням оточуючих, а особливо рідних. Це несприйняття суспільством і відкидання формує всередині особистості бунт, який спрямований на пошук свого місця під сонцем, а у нашому випадку у суспільстві. Він спрямований на те, щоб показати світові те, що «Я існую», «Я живий», «Я особистість».

Якщо цей бунт вчасно не помітити і розпочати психологічну роботу із підлітками, то він може перейти у аутоагресивну поведінку, яка буде проявлятися екстремальною їздою автомобілем, вживання наркотиків та алкоголю, навмисне завдання собі шкоди та болю.

Як зазначає А. Григор'єва, що частота зустрічі аутоагресії у підлітків є досить високою, за даними різних джерел складає 8,8-16,6%, що в декілька раз вище від показника серед дорослих – (1-4%). Ми вважаємо, що це зумовлено саме періодом життя [19, с. 2].

Далі, дослідниця наводить статистику серед підлітків 11-24 р. які вживають різного роду речовини: вживають алкоголь та курять – 68,1%, а

вживання наркотиків спостерігається у 13,3%. Як вона стверджує, підлітки, що вживають наркотики мають підвищений ризик формування аутодеструктивної поведінки.

Для хлопців проявом аутодеструкції є самоопіки, «замовчування хвороб», а у дівчаток – роздряпування шкіри, висмикування волосся. В той же час прояви суїцидальної поведінки у дівчат та хлопців до 15 років має однакову частоту, а після 15 років – дана поведінка більше проявляється серед дівчат.

Слід сказати, що дівчата повідомляють про більше вживання алкоголю та вищий відсоток куріння, а хлопці вживають більше марихуани ніж дівчата [19, с. 2; 82].

Науковець протягом 2018-2019 рр. проводила дослідження груп підлітків, загальною кількістю 2025 чоловік із 25 шкіл, віком від 10 до 18 років, шляхом анкетування – методика модифікації тіла та самопошкодження (ставлення до татуювань, пірсингу, завдання шкоди самому собі); опитувальник для визначення ризику суїциду – «Суїцидальна особистість-19»; «Експрес-тест на виявлення інтересу, усвідомленості, відношення до вживання», а також загальні соціально-демографічні показники – вік, стать, сімейний стан, віросповідання, кількість чоловік у сім'ї.

Результати дослідження показали, що середній вік підлітків – 14 р. Середня кількість членів сім'ї – 4 людини. Аутоагресивну та агресивну поведінку серед членів сімей виявлено у 23,85% випадків, з них 386 (76%) – родини, де вживається алкоголь, 28 випадків (13%) – родини, де вживаються наркотики, 46 (10%) – у батьків були спроби суїциду, 61 випадок (13%) – випадки насилля у родині [19, с. 3].

Важливими даними, що проливають світло на формування та особливості проявів аутоагресії є житлові умови. Так, згідно результатів дослідження Григорьєвої 446 чоловік проживають у тісних житлових умовах, в одній кімнаті із батьками, 1544 – мають окрему кімнату, 35 осіб – не надали інформацію [19, с. 3].

Вибірка 446 чоловік – має найбільший ризик формування аутоагресії, адже відсутність власного простору, самовираження психологічно тисне на молоду особистість, яка водночас може бачити прояви агресії та насилля у сім'ї, що може ще більше травмувати особистість, що як наслідок призведе до формування дезадаптивної деструктивної поведінки.

Аналіз вікових відмінностей у проявах ризику до самоушкоджень, суїцидальної поведінки та вживання психоактивних речовин у підлітків трьох вікових груп – 10-11 років, 12-15 р. та 16-17 р. показав, що для підлітків 10-11 р. характерне високе значення змінного, тривожного та негативного відношення до психоактивних речовин (алкоголь, наркотики, куріння) ($p=0,0045$).

Водночас, для підлітків, віком 12-15 р. характерний високий рівень ризику суїциду ($p=0,002$), а у груп 10-11 та 16-17 р. помічено схожі високі показники до модифікацій.

Стосовно найстаршої вікової групи, то підлітки 16-17 років проявляють високу цікавість до модифікацій тіла ($p=0,002$), інтерес до психоактивних речовин ($p=0,000$), будучи усвідомленими щодо психоактивних речовин ($p=0,000$), готовності до їх вживання ($p=0,000$) та цікавості до наркотиків ($p=0,000$) [19, с. 3-5]. Детальніше таблицю можна розглянути у додатку Б.1

У своїх дослідженнях, науковця склала групи ризику підлітків із аутоагресивною поведінкою та вживанням наркотиків, проаналізувавши їх особливості. Вона виділила три групи:

- 1) Група СЦП – підлітки із суїцидальною поведінкою;
- 2) Група СУП – підлітки із самоушкоджуючою поведінкою;
- 3) Група ПАВ – підлітки, які цікавляться чи вживають психоактивні речовини; (Більш детальний розподіл груп ризику можна побачити у дод. Б.3)

Даний поділ був потрібний для виділення соціодемографічних особливостей підлітків із груп ризику, результати яких представлені у дод. Б.4 [19, с. 5].

Найбільш чисельною групою є група із ризиком вживання ПАР. Середній вік групи – вище 15. Характеризується низькою кількістю конфліктів у родині,

низьким показником насилля та вживання наркотиків в родині (порівняно із іншими групами). Єдине, що спостерігається у цих сім'ях високий рівень суїцидальності серед батьків, рівень доходу також набагато вищий ніж у інших групах.

Група із ризиком самопошкоджень характеризується високим рівнем вживання алкоголю у родині, насилля та суїцидів серед родичів та підвищеною конфліктністю порівняно із іншими групами.

Група із суїцидальними тенденціями є найбільш неблагополучною за соціально-демографічними характеристиками. Середній вік – 14 р. Найбільше складають дівчата (72%). Характеризується високим рівнем вживання психоактивних речовин у родині, особливо алкоголю (39%), ніж у інших групах. Також присутній високий відсоток випадків насилля у родині. (14,6%). Менше половини мають власну кімнату [19, с. 5-6].

Слід сказати, всі три групи об'єднують ряд загальних характеристик: у групах переважають дівчата, 1/3 сімей мають неповний склад, сім'ї мають анамнез, обтяжений аутоагресивними видами, а також у всіх трьох групах високий відсоток сімей, де батьки вживають алкоголь [19, с. 6].

Цікаві дані отримані внаслідок дослідження вживання психоактивних речовин, яке розглядалося не тільки як самостійна характеристика аутоагресивної поведінки, але й як самостійний тип поведінки, що супроводжується суїцидальними тенденціями, тенденціями до само ушкоджень та нормами. Із 2025 осіб, вибрали групу із вживанням ПАР, що склала 118 підлітків, що курили, 49 осіб, що вживали наркотики та 419 осіб, що вживали алкоголь. Детальніше у дод. Б. 5 [19, с. 6].

Серед дітей групи ризику із самопошкоджуючою поведінкою зазначили що 35 осіб курять, 70 осіб – вживають алкоголь та 14 осіб, які пробували наркотики. Щодо групи із суїцидальними тенденціями, то там: курять – 27 осіб, вживають алкоголь – 73 особи, вживають наркотики – 16 осіб [19, с. 7].

У висновках Григорьєва зазначила що прояви ауто агресивної поведінки відрізняються у дівчат та хлопців. Дівчата найбільш ймовірно потрапляють у групу ризику формування різних типів аутоагресивної поведінки [19, с. 8].

Отже, аутоагресивна поведінка залежить від соціально-психологічних умов формування та проживання особистості. Спостерігається, що групою ризику є особи із сімей, де присутнє насильство, вживання алкоголю, наркотичних засобів, а також суїцидальні тенденції. Тому основна увага фахівців має бути спрямована на зменшення впливу факторів, що провокують аутоагресивну поведінку у людини.

2.2 Вікові та гендерні особливості аутодеструкції

Аутоагресивні дії та поведінка притаманні усім без винятку віковим групам населення від малечі до людей похилого віку. Слід сказати, що аутоагресивні дії дітей та підлітків є схожими із дорослими, проте їх відрізняють вікові особливості. Діти та підлітки відзначаються підвищеною вразливістю та сугестивністю, а також коливаннями настрою, егоцентричністю, імпульсивністю прийняття рішень. Діти також більш яскраво проживають емоції та потрясіння ніж дорослі.

Ще однією особливістю є перехід дитини до юнацтва, адже у цей період особа заглиблюється у самопізнання, самоаналіз та відзначається песимізмом стосовно своєї особистості та навколишнього світу та подій.

Абрамова та Жезлова визначили основні мотиви аутоагресивних дій, зокрема суїцидів у молоді:

- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття, уникнути наслідків та піти від важкої ситуації;
- невдачі у коханні, сексуальні ексцеси та вагітність;
- переживання образи, сорому, гніву на себе та інших, відчуженості, неприйняття, провини;

- ревності, нестача або відсутність любові батьків;
- «ефект Вертера» - співчуття та наслідування товаришів, героїв;

Також вони визначили основні особливості аутоагресивних дій молодих людей:

- несерйозність та незначущість (зі слів дорослих) мотивів, якими діти та підлітки пояснюють спроби самогубства (тому важко розпізнати тенденції до суїциду через дане ставлення серед дорослих);
- недостатня оцінка наслідків аутоагресивних дій (поняття смерті у даному віці є чимось незначним та тимчасовим. У молоді на відміну від дорослих відсутні чіткі межі між істинною суїцидальною спробою та демонстративно-шантажуючим аутоагресивним вчинком)
- взаємозв'язок спроб самогубства із відхиленнями поведінки (прогулювання школи, раннє куріння, дрібні правопорушення) [63, с. 2-3].

А. Амбрумова досліджуючи аутоагресивну мотивацію виділила шість типів непатологічних реакцій у дорослих зі схильністю до суїцидальної поведінки, як прояву аутоагресії: «песимізм», «демобілізація», «опозиція», «емоційний дисбаланс», «дезорганізація», «негативний баланс» [23, с. 149].

Дослідження, які провели у Великій Британії та США показали, що 10-20% школярів хоча б раз пробували завдати собі фізичної шкоди (порізи, опіки, дряпання, удари) [25, с. 104; 83, р. 241; 89].

Аналіз проведений Григор'євою в рамках дослідження трьох вікових груп підлітків (10-11 р.; 12-15 р.; 16-18 р.) на схильність до аутоагресії показав значні гендерні відмінності серед підлітків, адже згідно спостережень та досліджень науковиці дівчата проявляють більший інтерес до вживання психоактивних речовин ніж хлопці ($p=0,000$).

До прикладу серед підлітків 16-18 р. згідно таблиці Григор'євої, розміщеної у дод. Б.2 інтерес хлопців до психоактивних речовин нижчий (4,30) ніж у дівчат того ж віку (5,55) [19, с.4].

Схожа динаміка спостерігається і у показнику самопошкоджуючої поведінки, де знову ж таки дівчата проявляють більшу зацікавленість і позитивне відношення до модифікацій тіла. На нашу думку це пов'язано із віковими та статевими змінами у дівчат. В цей час вони гостро реагують на будь-які зміни у зовнішності (надмірна вага, худорлявість, інтерес до збільшення губ чи грудей) і будь-які сторонні, зовнішні зауваження можуть лише загострити прояв аутодеструктивної поведінки.

Позитивне відношення та цікавість до самоушкоджень спостерігається у обох гендерних груп найстаршої вікової групи – 16-18 р. ($p=0,002$) та найбільше виражений у дівчат ніж у хлопців ($p=0,001$).

Щодо суїцидального ризику, то він найбільший у підлітків 12-15 р., а саме дівчат (3,29; $p=0,001$). З віком (16-18 р.) цей показник у дівчат зменшується (3,0; $p=0,001$), а у хлопців навпаки збільшується [19, с.4].

Необхідно виділити особистісні фактори що сприяють появі аутоагресії: особливості та характеристики інтелекту, пов'язані із категоричністю, максималізмом, незрілістю суджень, слабкість операційної бази, слабкість психологічного захисту особистості, зниження чи втрата цінності життя, очікування негативного результату у конфліктно-критичних ситуаціях, неповноцінність функціонування механізмів психічної діяльності у мотиваційно-емоційно-вольовій сфері [39, с. 3].

За даними Королівського коледжу психіатрів, один з десяти молодих людей завдав собі шкоди у певному віці, але ці дані не точні і базуються на зафіксованих лікарських випадках. Їх неточність полягає у тому, що більшість підлітків не афішують свої дії, що ускладнює фіксацію фахівцями випадків самопошкоджень. Щодо України, то такі дослідження є рідкістю та якщо вони здійснюються то з невеликою вибіркою, але з доступних досліджень відомо, що близько 15% підлітків хоча б раз пробували завдати собі шкоди тим чи іншим шляхом – навмисно царапати руки, різати, бити себе [25, с. 104; 49, с. 4].

Важливими даними для нашої роботи є результати емпіричних досліджень О. Мусаелян, що вивчала проблеми гендерної-вікової та професійної схильності

студентів України. Для отримання результатів було задіяно авторську методичку спрямовану на вимір схильності до аутоагресії студентської молоді, методика визначення спрямованості агресії на себе та інших Ільїна, аналіз документації, що дав змогу визначити гендерно-вікові (стать та вік) та професійні характеристики студентів.

Важливим є той факт, що вибірку становили 302 студенти м. Києва віком від 16 до 51 року, що свідчить про різні покоління, а відповідно мислення респондентів. Усі були поділені на три групи за гендерно-віковим та організаційно-професійним критеріями:

- за віком: до 18 р. (27,2% респондентів); 18-20 р. (36,1%); 20-25 р. 1(19%); понад 25 р. (17,7%)
- за статтю – 67,1% жінок, 32,9% чоловіків;
- за курсом навчання: 1 курс (40,7%); 2 курс (30%); 4 курс (8,7%); студенти 1 курсу, що здобувають другу вищу освіту (20,7%);
- за профілем навчання: технічний (30%); гуманітарний (70%);
- за місцем проживання: міщани (89,3); селяни (10,7%);

Згідно методики Ільїна, О. Мусаелян здійснено розподіл студентів за рівнями агресії (детальніше у дод. В.1). Згідно таблиці рівнів агресії, студенти найбільш схильні до гетероагресії (63% респондентів середній рівень прояву). Проте нас цікавий дані аутоагресії. Найбільше студенти показують середній рівень аутоагресії (58,8%), низький рівень спостерігається у 34,5 %, а високий рівень показують лише 6,8 % респондентів. Тобто більше половини опитаних у загальних рисах схильні до аутоагресії. Це проявляється у віктимній поведінці, синдромі Тоада («веселе водіння»), мають схильність до самоприниження та завдання собі шкоди. Вони не вміють адекватно оцінювати життєві ситуації і будувати стосунки з іншими людьми [41, с. 88-89].

Проаналізувавши співвідношення ауто- та гетероагресії О. Мусаелян виявила розподіл студентів за вектором спрямованості агресії. Згідно даних дослідження, спрямованість агресії на інших фіксується у 45,7 % випадків,

спрямованість на себе визначена на рівні 29,7 %, дещо менший відсоток має невизначена спрямованість – 24,6%. [41, с. 90]

Із вище сказаного, можемо зробити висновок, що третина досліджуваних студентів (29,7%) є схильними до ауто агресивної поведінки. Це досить високий показник. Варто зазначити, що недоліком методики Ільїна є те, що вона визначає лише вектор спрямованості агресії, проте не враховує форми та особливості і рівні схильності до аутоагресії, адже низький рівень аутоагресії фактично є нормою для людини і навіть як зазначають психоаналітики є притаманними усім живим організмам.

Тому О. Мусаелян запропоновано власний опитувальник визначення рівня схильності до аутоагресивної поведінки. Результати опитувальника показали наступні дані:

- низький рівень схильності – 45,7;
- середній – 24,6%;
- високий – 29,7;

Як можемо побачити дані опитувальника Мусаелян сходяться із даними методики Ільїна, де третина студентів відзначають високий рівень схильності до аутоагресії.

Важливо визначити особливості аутоагресивної поведінки відповідно до професійно-організаційного критерію. (детальніше у дод. В.2 та В.3).

Дані з графіка розміщеного у дод. В.2 показують, що чоловіки, що мають гуманітарний профіль навчання та жінки технічного профілю більш схильні до аутоагресивної поведінки ніж жінки гуманітарного та чоловіки технічного профілів навчання ($p < 0,01$) [41, с. 92-93].

На нашу думку це пов'язано із певною історичною прив'язаністю певних профілів та професій до гендеру. Адже завжди вважалося що гуманітарні професії притаманні та більше підходять жінкам, а технічні – відповідно чоловікам. Проте, ми вважаємо це лише стереотипом, адже робота на якій працює особа, має приносити задоволення їй і користь державі та суспільству. А

людина, що знаходиться «не у своєму човні» більш схильна до аутоагресії через підвищений стрес.

Враховуючи місцевість, як фактор аутоагресивної поведінки (див. дод. В.3) то для чоловіків не важливо проживання в місті чи селі, що не скажеш про жінок, адже проживання жінок у селі підвищує ризик аутоагресивності.

На нашу думку це пов'язано із бажання жінки вирватися із місцевості, де на її думку немає розвитку, переїхати у місто, що дасть можливість кар'єрного зросту, влаштування особистого життя та підвищення соціального становища. Проте, для досягнення цієї мети жінка переносить важелі стресу, які впливають на психіку та дії особи та може спровокувати прояви аутодеструкції. Також фактором є умови проживання у селі (важка праця, несприятливі житлові умови, обмеженість у дозвіллі).

На підтвердження цих слів, О. Мусаелян посилається на результати дослідження Ж. Білостоцької, що показали, що для жінок із сільської місцевості притаманні високий рівень тривожності та депресії. Причинами цього, як зазначає Білостоцька є безробіття, відсутність соціальної підтримки, відсутність психологічної допомоги особливо у період післяродової депресії та клімактеричний період, невпевненість у майбутньому. [41, с. 93-94] Усі ці фактори так чи інакше впливають на психіку та життєдіяльність жінки і повільно провокують ауто агресивну поведінку.

Дисперсійний аналіз схильності до аутоагресії показав більшу схильність до девіантної поведінки жінок, аніж чоловіків. ($p < 0,05$). Це пов'язано із місцем проживання (жительки села мають більшу схильність до проявів ауто деструкції). Шодо чоловічої статі, то О. Мусаелян констатує той факт, що фактор проживання ніяк не впливає на формування та прояви аутоагресії у чоловіків. [42, с. 23]

В рамках своїх досліджень, молода науковиця проаналізувала вплив рівня осмисленості життя на схильність до аутоагресивної поведінки. Згідно графіка рівня осмисленості, розміщеного у дод. В.4, чим менший рівень осмисленості життя, тим вищий рівень схильності до аутоагресивного способу життя та

навпаки чим вищий рівень осмисленості життя, тим рівень схильності до аутодеструкції у молоді зменшується.

Рівень ригідності теж впливає на схильність до аутодеструктивної поведінки. Відповідно до графіка, розміщеного у дод. В.4, зі збільшення рівня ригідності, збільшується рівень схильності до аутоагресії ($p < 0,001$), і навпаки чим менша ригідність, тим менша схильність до проявів аутоагресивної поведінки [42, с. 24-25].

Виявлено що рівень нейротизму та рівень ставлення до себе корелюється із рівнем схильності до аутоагресії. Дані результати були отримані внаслідок застосування дисперсійного аналізу (визначення схильності відповідно до рівня нейротизму, див. дод. В.5) та методики М. Сакса та С. Леві (визначення схильності до аутоагресії відповідно до рівня ставлення до себе, див. дод. В.6).

Згідно дисперсійного аналізу, рівень нейротизму позитивно корелює із схильністю до аутоагресивної поведінки. Зі збільшенням нейротизму відповідно збільшується і ризик формування аутодеструкції та навпаки чим менший рівень нейротизму, тим нижча схильність особи до аутоагресії [42, с. 25].

Згідно даних отриманих від використання методики Сакса та Леві, чим вищий рівень ставлення до себе, тим менше особа схильна до аутодеструкції ($p < 0,001$). [42, с. 26] Це пояснюється тим, що чим вища самооцінка у людини, відповідно у неї кращі відносини із оточуючими, що зменшує ризики аутодеструкції.

Як зазначають Сакс та Леві, для аутоагресивних осіб притаманні відсутність адекватних відносин із оточуючими, вони незадоволені собою, оточуючими, місцем у колективі та соціумі. Це підтверджують дані дисперсійного аналізу, які показали те, що чим гірше ставлення до однолітків тим вища схильність до аутоагресії [42, с. 26].

Якщо брати до уваги маленьких дітей, то прояви аутоагресії можна помітити вже у 2-3 річному віці. Вона виникає безпосередньо у стресовій для малечі ситуації та з віком все більше і більше проявляються. Дитина до прикладу може несвідомо висмикувати собі волосся чи відмовлятися від їжі [20]. Проте це

не одразу означає присутність у неї деструктивної поведінки. У цій ситуації слід спостерігати за дитиною, адже дитина може мати проблеми із здоров'ям тоді необхідно звернутися до лікарів. Проте спостереження необхідні, бо якщо до цього, ви не помічали за нею дані дії, але після певної стресової ситуації дитина почала це робити, то слід звернути на це увагу.

Хочемо наголосити що одноразова дія (до прикладу – висмикування волосся) не означає наявність аутоагресії, але якщо ви спостерігаєте це протягом певного періоду часу, то варто звернутися до фахівців – психологів.

Одним із проявів аутоагресії є суїцидальні думки, задуми та власне вчинення суїциду. Згідно результатів досліджень, найбільша кількість завершених суїцидів здійснюється в період зрілості – від 45 до 60 р. Найбільше до суїциду вдаються чоловіки [20]. На нашу думку, це пояснюється стресовими ситуаціями у житті з якими не може впоратися психіка чоловіка, а також криза середнього віку.

Як зазначає О. Гуц, типовими стресовими факторами, які провають прагнення покінчити життя самогубством у зрілому віці є різного роду ситуації – втрата близької людини, розлучення, фінансові проблеми, втрата роботи, смерть у родині [20].

Аутоагресія у літньому віці також має свої вікові та гендерні особливості. Перш за все даний вік є останньою кризою циклу людського життя, під час яких особа зіштовхується із втратами і необхідністю пристосовуватися до них через слабкі адаптивні механізми.

Психологи виділяють три групи передумов деформації особистості у літньому віці:

- 1) вихід на пенсію;
- 2) смерть одного із подружжя після тривалого спільного життя;
- 3) переселення у геріатричний будинок («будинок пристарілих»), особливо якщо без згоди самої особи [63, с. 4-5].

Основними мотивами до аутоагресивних дій у літньому віці є:

- уникання страждань (через втрату сенсу життя, як наслідок неможливості виконання колишніх ролей у соціумі);
- самопокарання (як результат вини або сорому);
- відмова (як наслідок особистого ставлення до проблем або як негативна оцінка усього);

Аутоагресія у літніх людей супроводжується депресивними станами, що характеризуються беспорядністю, фатальністю та безнадією [63, с. 5].

Отже, аутоагресивна поведінка відповідно до особливостей гендеру та у різному віці має різні форми прояву. Як показують результати емпіричних досліджень більшу схильність до аутодеструктивної поведінки проявляють саме жінки. Залежно від віку, бувають різні фактори впливу на особливості прояву аутодеструктивної поведінки. У дорослому віці – це розлучення, втрата близьких чи роботи, а у дитячому та юнацькому віці – особливості вікового періоду змін, під час яких формується характер та звички особи. Водночас молода людина може зіштовхнутися із нерозумінням близьких та оточуючих і в кризові моменти, потребуючи підтримки може не отримати її. Тому це є однією із передумов формування аутоагресії.

Щоб запобігти її формуванню слід більше цікавитися життям і проблемами особи, що може проявляти чи проявляє аутоагресію. Ці кроки допоможуть запобігти поглибленню ауто деструктивної поведінки, дасть змогу діагностувати дезадаптивну поведінку на ранній стадії та здійснити відповідні заходи для її корекції.

Висновки до розділу 2

Проблема аутодеструкції досить поширена у глобальному світі. Найпоширенішими проявами дезадаптивної поведінки є завдання собі шкоди шляхом порізів, опіків, подряпин, а також спроби суїциди або завершені суїциди як наслідок даної поведінки.

Соціально-психологічні та гендерно-вікові особливості прояву аутоагресивної поведінки дають змогу зрозуміти взаємопов'язаний процес формування, прояву поведінки та наслідків, що вона може принести. Водночас розуміння особливостей прояву цієї дезадаптивної поведінки дає змогу на основі отриманих даних здійснити аналіз діагностичного інструментарію, що використовується фахівцями – психологами, медиками для визначення цієї форми поведінки особистості. І як наслідок це дасть можливість здійснити своєчасну і комплексну корекції поведінки, що полегшить життя особі і зробить її менш небезпечною для рідні, а також для суспільства.

Варто зазначити, що потенційною групою ризику є сім'ї із певними соціальними, психологічними, особистісними проблемами. Нами зроблено висновок, що особи із сімей, де поширене насильство, відстороненість одне від одного, холодне спілкування, неприйняття одне одного, а також вживання різного роду психоактивних речовин – алкоголю, наркотиків є найбільш схильними до аутоагресії. З одного боку це пояснюється психологічними проблемами, з якими не може впоратися людина – стрес, життєві кризи та потрясіння, а з іншої відсутність такої необхідної в цей момент психологічної підтримки, насамперед від роботи.

Відчуваючи відсутність родинної підтримки, особа вдається до пошуків підтримки в зовнішньому світі – погані компанії, вживання алкоголю, наркотиків, екстримальні види спорту, що загрожують життю – скелелазіння, парашутний, автомобільний спорт. Врешті, можуть вдатися до крайніх форм аутоагресивності – суїциду.

Усі ці прояви ауто агресивної поведінки є небезпечними не тільки для життя і здоров'я, особи, що її проявляє, а також загрожує безпеці оточуючих. Щодо вікових особливостей, то до ауто агресивності схильні усі без винятку вікові групи – від малечі (на фоні стресових ситуації висмикування волосся) до людей похилого віку (також на фоні стресу через втрату сенсу і цінності життя внаслідок потрясінь у вигляді втрати близької людини, виходу на пенсію або іншими факторами).

Розділ 3

Напрями корекції аутоагресивної поведінки особистості

3.1 Особливості діагностики аутоагресивної поведінки

Важливим для нашої роботи є результати діагностичних досліджень схильності підлітків до аутоагресивної поведінки, проведених А. Варгатою та Р. Михайловим на основі теоретичного вивчення проблеми аутодеструкції. Результати показали, що жінки більш схильні до аутодеструктивної поведінки.

Авторами створено тест-опитувальник «Рівень аутоагресивної поведінки підлітків» для діагностики схильності молоді до аутоагресивної поведінки.

Також для отримання більш детальних та наочних результатів було підбрано ряд методик діагностик, серед них: тест суїцидальної поведінки (модифікований тест тривожності за Горькою), тест «Рівень самооцінки» (за В. Тернопільською). Підбір даних методик був необхідних для аналізу різних психічних станів підлітків та їх порівняння [14, с. 20].

Дослідження щодо схильності до аутоагресії проводилися у Хмельницькому ліцеї №17. Учасниками дослідження стали 40 учнів – 20 дівчат та 20 хлопців віком 14-16 років.

Усі тести були необхідні для з'ясування різних чинників схильності до аутоагресивної поведінки.

Тест самооцінки (за Тернопільською) показав, що у дівчат більша кількість осіб із заниженою самооцінкою ніж у хлопців, у яких переважає середня та висока самооцінка. (див. дод. Г.1)

Для тесту на схильність до суїцидальної поведінки автори досліджували наступні показники: тривожність, фрустрацію, агресивність, ригідність. Детальніше розглянемо кожен з них:

Так, діагностування за тестом тривожності показало ідентичні результати як і тест самооцінки. У дівчат тривожність переважає на високому (17,5 % респондентів) та середньому рівні (22,5%). У хлопців навпаки тривожність, згідно тесту зафіксована на низькому (15%) та середньому рівні (27,5%). Лише

10 % дівчат відзначили низький рівень тривоги та 7,5 % респондентів серед хлопців – високий рівень тривоги.

Хочемо додати, що рівень тривожності серед підлітків прямо пов'язаний із самооцінкою, результати тесту якого викладені вище. Чим вища самооцінка, тим нижча тривожність та навпаки, чим нижча самооцінка, тим рівень тривожності є високим. Детальніше ознайомитися із результатами визначення рівня тривожності можна у дод. Г.2 [14, с. 21].

Згідно рівня фрустрації, результати якого розміщені у дод. Г.3, то його результати показали, що рівень фрустрації є більш вираженим у дівчат (15%) ніж у хлопців (7,5%). Як висновок, це пов'язано із віковими змінами у підлітковому віці, які можуть провокувати розвиток страху, обумовленого психологічним станом.

Наступним показником, який досліджували у рамках цієї методики був рівень схильності до суїцидальної поведінки (див. дод. Г.4). Результати оприлюднені на гістограмі, яку ви можете переглянути у додатку А, показали, що лише 2,5 % хлопців та 5% дівчат виявили схильність до даної поведінки.

Найважливішими даними із цієї методики для нашої роботи є дослідження рівня схильності до аутоагресивної поведінки відповідно до авторського тесту-опитувальника, який запропонували О. Варгата та А. Михайлов. Згідно цього опитувальника «Рівня аутоагресивної поведінки підлітків» 25 % підлітків мають високий рівень ауто агресивної поведінки та 10 % - дуже високий рівень даної дезадаптивної поведінки. Тобто дівчата в підлітковому віці більш схильні до аутоагресивної поведінки ніж хлопці [14, с. 21-22].

Для схильних до аутоагресивної поведінки притаманні занижена самооцінка та підвищена тривожність. Детальніше із результатами даного тесту можна ознайомитися у дод. Г.5

Основними методами діагностики аутодеструктивної поведінки можуть бути спостереження та бесіда із особою. Як зазначає Мізонова для передбачення, уникнення та діагностики аутодеструкції потрібно зайнятися дослідженням внутрішніх та зовнішніх конфліктів [39, с. 4].

Варто зазначити, що профілактика та діагностика, а відповідно корекція аутоагресивної поведінки чи будь-якого відхилення поведінки можливе за умови вивчення особистості та умов у яких вона формується [52, с. 78].

Мається на увазі житлові умови у яких вона виростала (чи умови були достатніми і особа була забезпечена усім необхідним, мала свій особистий простір чи це все було відсутнім), сімейні відносини (ставлення одне до одного, шляхи вирішення конфліктів, вживання алкоголю, наркотиків чи куріння; соціальні відносини (формування відносин та спілкування із однолітками, сприйняття одне одного).

Отже, діагностичний інструментарій включає застосування різноманітних психологічних тестів для визначення схильності до аутоагресивної поведінки. Основним методом діагностики також є бесіда та спостереження. Після спілкування із пацієнтом фахівець може визначити основні тенденції поведінки та/або її будь-які відхилення, що присутні у особи. Діагностика необхідна перш за все для формування комплексного підходу до лікування дезадаптивних проявів поведінки особистості.

3.2 Психологічна допомога при аутоагресивності особистості

Для характеристики надання психологічної допомоги при аутоагресії, перш за все слід визначити основні групи ризику, які схильні до аутоагресивності – молодь, люди похилого віку [20].

Для особистостей із сформованою суїцидальною поведінкою застосовують психологічну допомогу, що носить назву кризової інтервенції.

Основним методом при кризовій інтервенції суїцидальної поведінки є кризове консультування, метою якого є втримати людину у живих.

Кризове консультування надається у спеціальних центрах психологічної допомоги, а також за допомогою гарячої лінії психологічної допомоги (т. зв. «телефон довіри»). Це необхідно для того, щоб людина мала змогу виговоритися,

бо основною роблемою при аутоагресії є неприйняття особи і нехтування проблемами і проханнями вислухати з боку особи, що проявляє аутоагресивні тенденції. [20]

У кожній ситуації, відповідно до форм аутоагресивної поведінки необхідно застосувати невідкладну допомогу. Головною метою невідкладної психологічної допомоги є запобігти подальший розвиток реакції замаху на самогубство. У ситуації із самогубством, людині необхідно допомогти оволодіти ситуацією, а також здійснити корекцію дезадаптивних тенденцій та установок, що провокують кризові стани і тенденції до суїциду.

Варто зазначити, що кризовий стан – наслідок не лише обставин, а й негативного ставлення до нього. Обставинами, що можуть спровокувати кризовий стан і формування аутоагресії є ситуації у житті, коли певні сімейні, професійні та соціальні цінності ставляться вище, ніж життя особи [20].

Кризова інтервенція складається із низки взаємопов'язаних кроків:

- 1 крок – бесіда з особистістю. Перший найважливіший крок – це встановлення контактів та довіри одне до одного. У цьому випадку необхідно запевнити людину у емоційному прийнятті (це те, що людині найбільше необхідно), заохочувати висловлення думок і почуттів за допомогою співчутливої емпатії та послідовно зменшити напругу. Важливість цієї стадії полягає у необхідності визначення ступеня загрози суїциду.
- 2 крок – інтелектуальне оволодіння ситуацією. На цій стадії застосовується звернення уваги на попередніх успіхах та досягненнях, як шлях до зменшення суїцидальних тенденцій та збільшення власної цінності у очах особи.
- 3 крок – контракт – планування дій, спрямованих на подолання кризових станів та ситуацій. На цій стадії важливо перешкоджання відходу особи від суті кризового стану і від пошуку позитивних альтернатив (прийом «фокус на ситуації»). Основні методики та прийоми, що застосовуються на даній стадії – утримання паузи

(«схвалюючи мовчання») з метою стимулювання ініціативи пацієнта та надання часу для обробки та опрацювання; інтерпретація (гіпотез про можливі способи вирішення ситуації).

- 4 крок – активна психологічна підтримка. Головна мета стадії - підвищення віри у власні сили. Основні методи, що застосовуються на даному етапі кризової інтервенції: раціональне навіювання, логічна аргументація, актуалізація особистісних ресурсів. Важливо обговорити як подолання психотравмуючої ситуації буде важливим для подолання життєвих труднощів у майбутньому [20].

Наслідками кризової інтервенції при суїцидальних тенденціях, мають стати наступні переконання людини:

- 1) Даний тяжкий емоційний стан тимчасовий і з часом він нормалізується;
- 2) Інші люди у цій ситуації також почувалися важко, але їхній емоційний стан нормалізувався;
- 3) Життя особи необхідно його близьким і її самій, а відхід із життя – стане для них тяжкою травмою [20].

Основними формами психо-соціальної роботи є позитивна та когнітивна психотерапія, йоготерапія, аксіопсихотерапія, духовна психотерапія, арт-терапія та консультування.

Терапія аутоагресії залежить від віку пацієнта. До прикладу при лікуванні дітей раннього віку, основну увагу звертають на корекцію внутрішньосімейних відносин. Із дорослішанням додаються різноманітні методики – від найпростіших поведінкових технік до припрацювання складних внутрішньоособистісних конфліктів.

В загальному, схема лікування виглядає наступним чином:

- 1) Когнітивно-поведінкова психотерапія. Фахівець працює індивідуально. За допомогою методу КПТ здійснюється корекція негативних установок стосовно особистості – низька самооцінка, невпевненість, гіпервідповідальність, очікування гніву та

розчарування оточуючих. Психолог обговорює шкоду і не цілеспрямованість аутоагресивних дій. Це необхідно для того, щоб людина сама зрозуміла шкідливість даної поведінки і була готова змінитися. Без цього усвідомлення лікування аутоагресії значно ускладнюється. Також розробляються і апробуються певні техніки заміни, купірування, зняття емоційної напруги, що стоїть у основі деструктивної поведінки.

- 2) Сімейна психотерапія – необхідна для усвідомлення родичами наслідків аутоагресії у дитини, чоловіка, дружини, батька чи матері і відповідно виключити ситуації, що провокують формування аутоагресивної поведінки у особистості. На нашу думку, вона є найосновнішою методикою запобігання формування аутодеструктивної поведінки, адже вона формується на фоні внутрішньосімейних конфліктів та не сприйняття. Фахівець вчить проявляти турботу та увагу, безконфліктно та без насилля вирішувати конфлікти та шукати компроміси. Практично засвоюються безпечні методи висловлення агресії – співи, рухливі ігри, малювання.
- 3) Медикаментозна терапія – використовується в разі значної вираженості аутоагресивної поведінки, що несе шкоду здоров'ю людини і вона стає соціально небезпечною. Медикаменти допомагають купірувати симптоми на ранній стадії, коли психотерапія не дала значного ефекту та запобігти подальшому розвитку дезадаптивної поведінки та дій [20].

Варто відзначити вагомий внесок у розробку методів допомоги при аутоагресивній поведінці Г. Пилягіної – доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Шулика. Вона вперше в українській психіатрії розробила та впровадила у медичну практику метод диференційованої комплексної невідкладної суїцидологічної допомоги

(ДКНСД). Особливістю методу є те, що він застосовується у постсуїцидальному періоді при певних типах зовнішніх форм аутоагресивної поведінки.

Як зазначають О. Ігумнова та А. Михайлов одним із найефективніших методів лікування аутоагресивної поведінки є метод когнітивно-поведінкової терапії [26, с. 2].

Розроблений дослідницею метод ДКНСД впроваджено у роботу медичних закладів – Київської міської клінічної лікарні швидкої допомоги (КМКЛШД), Львівської обласної психіатричної лікарні (ЛОПЛ) та спеціалізованого центру кризових станів Вінницької обласної психіатричної лікарні [47].

Метод диференційованої комплексної невідкладної суїцидологічної допомоги складається із невідкладної психофармакотерапії, цілями якої є купірування симптомів астенічного та тривожного станів. Також в рамках методу застосовується невідкладна психотерапевтична допомога, що має сприяти формуванню антисуїцидального бар'єру, трансформуванню дезадаптивних форм аутоагресивної поведінки, а також проробленню саморуїнливих психологічних настанов особистості. [Пилягіна, діагностика]

Основною увагою психотерапевтичної допомоги є зменшення афективного компонента в стані психологічної дезадаптації особи, а також посилення когнітивності – виявлення мотиваційних настанов у конфлікті суїцидента та методи їх вирішення.

Результатами методу ДКНСД було збільшення при парасуїцидальному типі аутоагресивної поведінки настанов спрямованих проти суїцидальними тенденціями. Це як наслідок зменшить випадки рецидивів даного типу аутодеструкції у хворих. При суїцидальному та асуїцидальному типах аутоагресивної поведінки спостерігалось зниження вираження спонукань до аутоагресії та психопатологічної симптоматики. При даному методі вдавалось націлити пацієнта на розуміння необхідності та доцільності лікування проявів аутоагресивності [47].

При псевдосуїцидальному типі аутодеструктивної поведінки метод диференційованої комплексної невідкладної суїцидологічної допомоги був

спрямований на формування розуміння пацієнтами необхідності психотерапії у межах сімейної терапії.

Варто навести статистичні дані зафіксовані під час застосування методу ДКСН, які вказують на доцільність та результативність застосування у медичній та психологічній практиці. За шкалою Гамільтона, після ДКНСД спостерігалось зниження рівня депресії (19,8%), напруженості (20,3%), особливостей поведінки при огляді лікаря (19,7%), вираженості тривоги (12%), страху (15%), а також диссомнічних порушень (16,5%) [47].

Повертаючись до методу когнітивно-поведінкової терапії, то він розглядає аутоагресію як наслідок дезадаптивного мислення, т. зв. покарання, покинення/нестабільності стосунків, дефективності/сорому, соціальної ізоляції/відчуженості, очікування на катастрофу, некомпетентності/неминучості невдач, особливого статусу та прав, залежності/безпорадності, недовіри/очікування скривдження та інші.

Детальніше розглянемо класифікацію «когнітивних помилок» (схем дезадаптивного мислення). Вчені виділяють наступні схеми дезадаптивного мислення:

- «надузагальнення» - це висновки, що засновані епізоду, що трапився одноразово з подальшою їх генералізацією («Я не здав екзамен, куратор незадоволений, мене відрахують із університету»)
- «довільні висновки» - це отримання висновків, без наявності підтверджуючих чи заперечуючих фактів або за їх наявності, що суперечать висновку («Я не маю дівчини, отже я не гарний»);
- «персоналізація, персоніфікація» - індивід відноситься до подій, які насправді не мають до нього відношення, як до таких, що торкаються та мають відношення до нього. Індивід сприймає нейтральні висловлення та дії на свою адресу («чому вони почали говорити про дурнів..., мене мають на увазі?»);

- «перебільшення і зменшення» - протилежні оцінки ситуацій, самого себе. Особа перебільшує складність ситуації, одночасно підсвідомо зменшуючи свої можливості впоратися з ними;
- «повинність» - фокусування на «я повинен» у різних ситуаціях, без реальної оцінки наслідків поведінки чи альтернативності рішень. Часто виникає через нав'язані у минулому стандарти поведінки і мислення («Я повинен виграти гру», «Я повинен бути люб'язним до кожного»)
- «пророцтво» - особа вважає, що може спрогнозувати можливі наслідки певних дій чи подій, хоча не враховує усіх чинників та не може визначити їх вплив;
- «читання думок» - особа нібито знає, що інші особи вважають із цього приводу, хоча ці припущення можуть бути помилковими;
- «вибіркове абстрагування» - фокус уваги особи спрямований на деталі ситуації з ігноруванням усіх інших її особливостей;
- «дихотомічне мислення» (максималізм/«чорно-біле мислення») – це віднесення себе або події до певного полюсу – позитивного чи негативного (у максимальних, абсолютних оцінках) Це проявляється у максималістичних думках «усе або нічого», «святий – мерзотник», «прекрасний-поганий» («Я маю закінчити школу навідмінно, інакше я нікчема і мене не поважатимуть батьки»);
- «наклеювання ярликів» - асоціація себе чи інших з певними шаблонами поведінки або негативними типажамі. Людина не здатна раціонально та критично мислити у рамках цих схем [25, с. 107-108].

Слід сказати, що ефективність КПТ у тому, що вона застосовується відносно критичного мислення, але у при дезадаптивному мисленні, особа не ставиться критично до думок і часто приміряє їх на себе, чим приносить собі дискомфорт. КПТ спрямована на критичне мислення шляхом проведення експериментів, до прикладу: «Що буде якщо я не буду себе кривдити?». Тут

робота спрямовується на пропрацювання проблеми і знаходження альтернативних, безпечних для життя рішень.

Перші зустрічі дають змогу здійснити аналіз, усвідомлення та зміна особою негативних установок. Адже у людей із ауто агресією присутні негативні установки, на кшталт «Я маю відповідати цьому вигляду, цим стандартам, бо якщо цього не відбудеться я буду нікчемою», «так буде краще для усіх якщо я помру чи завдам собі шкоди» та інші такого роду негативні установки. Вони пояснюються, тим що у особи занижена самооцінка, гіпервідповідальність з якими вона не в змозі впоратися, тому воно реалізується через аутодеструкційні тенденції та поведінку [26, с. 2].

Тому робота психолога спрямована на збільшення рівня самоконтролю та поступову заміну деструктивної поведінки на продуктивну. Тому для досягнення цих цілей психологи застосовують методики відкритого та безпечного висловлення агресії, чого навчають клієнта. Такими видами висловлення агресії є легка фізкультура, гра на музичних інструментах, малювання (т. зв. арт-терапія). Коли людина багаторазово програє ситуацію де вона б вчинила собі шкоду під доглядом психолога, поступово зрозуміє екологічні виходи із ситуації, що дасть можливість полегшити життя та прояви аутоагресивної поведінки.

Взагалі завдання психолога при роботі із аутоагресивною особою здійснити визначення алгоритму деструктивного та дисфункціонального мислення та зробити очевидним і зрозумілим для клієнта негативне переконання стосовно себе і поступово дати зрозуміти значення даного алгоритму у житті особистості. Ця послідовність складається із декількох етапів або кроків:

- 1) стресова ситуація – те, що привело особу до психолога: «я бачу у собі недолік»
- 2) думки та ставлення – «я нерозумний», «я негідник», «я погана людина»
- 3) емоції – те що людина відчуває у цьому стані: сором, страх, тривога, ненависть до себе та інших, образа

- 4) раціональний варіант мислення – фінальний етап спрямований на корекцію поведінки, підняття самооцінки та цінності себе: «я хороша людина, я маю розвивати свої сильні сторони», «моє самопокарання не робить мене кращим та не покращує життя інших, тому я не маю цього робити» [26, с. 3].

Водночас психолог, психотерапевт чи психіатр мають розуміти той факт, що можуть бути короточасні загострення. Будь-які терапевтичні моделі підбираються індивідуально під кожного пацієнта. Це необхідно для всеосяжного та кращого результату від лікування аутоагресивної поведінки.

Психотерапевт, якщо людина звернулася на гарячу лінію психологічної допомоги, має бути доступний людині в будь-який час. Тому тут постає завдання проінформувати усіх консультантів цієї гарячої лінії про ситуації із пацієнтом, щоб у будь-який час він міг вислухати та надати вчасну кваліфіковану психологічну допомогу. Приватний психотерапевт повинен повідомити свій робочий номер, за яким клієнт зможе зв'язатися з ним у будь-який необхідний для нього час [63, с. 6].

Як зазначають О. Ігумнова та А. Михайлов у статті «Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції самоушкоджень підлітків», метод когнітивно-поведінкової терапії спонукає та забезпечує зміну стереотипів поведінки. Це відбувається шляхом закріплення та заохочення необхідних фахівцю та клієнту форм та відповідно відсутністю підкріплення небажаних форм [25, с. 107; 57].

У рамках методу КПТ застосовують «схема-терапію», яку визначають як основну у подоланні аутоагресії. Схема-терапія – напрямок, сформований Дж. Янгом, як удосконалення когнітивно-поведінкової терапії для пацієнтів, які не отримали ефективного результату від КПТ. Переважно це пацієнти із розладами особистості, наслідками психологічних травм.

Вона є ефективною для лікування само пошкоджень, адже вони за своєю природою є наслідком психологічного травмування та занедбання у дитинстві емоційних потреб та проблемами у стосунках із близькими.

Серед дезадаптивних схем мислення у схема-терапії виділяють: «недостатні самоконтроль та самодисципліна», «особливі права та статус», «підкорення», «самопожертву», «емоційну інгібіцію», «гіперкритичність/надвисокі стандарти», «негативізм/песимізм», «недовіру/очікування скривдження», «некомпетентність/неминучі невдачі», «емоційну депривацію» та інші. Тому без сумніву усі ці прояви необхідно вчасно діагностувати та здійснити лікування [25, с. 108-109].

Таким чином, основна увага у роботі психолога чи психотерапевта має бути спрямована на запобігання формування, погіршення чи рецидиву аутоагресивної поведінки. Важливим аспектом роботи фахівця є своєчасна діагностика і лікування будь-яких проявів та типів аутодеструктивної поведінки. Одним із найефективніших методів лікування аутодеструкції є метод КПТ – когнітивно-поведінкової терапії спрямований на припрацювання негативних установок, підвищення самооцінки та самоцінності і формування продуктивної поведінки на протипагу дезадаптивній аутоагресивній поведінці.

Висновки до 3 розділу

Поширеність аутоагресивної поведінки ставить перед науковцями питання якісної діагностики та формування комплексного, а головне активного лікування дезадаптивних проявів поведінки.

Основними методами діагностики аутодеструктивної поведінки можуть бути спостереження та бесіда із особою. Як зазначає Мізонова для передбачення, уникнення та діагностики ауто деструкції потрібно зайнятися дослідження внутрішніх та зовнішніх конфліктам.

Також у психологічній практиці застосовуються різноманітні тести для визначення рівня ауто- гетероагресії, нейротизму, схильності до аутодеструктивної поведінки.

Поряд із своєчасною та ефективною діагностикою різних типів аутоагресивної поведінки слід запропонувати ефективне лікування. Проте це питання потребує більшого теоретичного, а головне емпіричного дослідження.

На сьогоднішній день основними методами лікування аутоагресії є метод когнітивно-поведінкової терапії. Він спрямований на корекцію негативних установок стосовно особистості – низька самооцінка, невпевненість, гіпервідповідальність, очікування гніву та розчарування оточуючих. Тому завданням психолога є обговорення шкоди і нецілеспрямованості аутоагресивних дій. Це необхідно для того, щоб людина сама зрозуміла шкідливість даної поведінки і була готова змінитися. Без цього усвідомлення лікування аутоагресії значно ускладнюється.

Також для лікування застосовують схема-терапію у рамках метод КПТ. Вона як і когнітивно-поведінкова терапія спрямована на корекцію негативних схем мислення.

ВИСНОВКИ

Сучасний глобальний світ є досить швидкоплинним, тому особа повинна бути у ногу із часом, але не завжди це вдається. На цьому шляху стають різноманітні перешкоди – проблеми зі здоров'ям, фінансами, особисті проблеми (втрата дорогої людини, розірвання стосунків, шлюбу, вікові та гендерні зміни). Поява цих перешкод, а відтак формування ауто деструкції зумовлені нестабільністю політичної та економічної ситуації в країнах світу, незахищеністю соціальних груп населення, що пояснюється низьким рівнем життя, що безпосередньо зумовлює та збільшує випадки аутоагресії, особливо у людей, які зростали та формувалися у сім'ях, де поширене насильство, вживання психоактивних речовин – алкоголю, наркотичних засобів, хімічних речовин.

Аутоагресія як феномен є деструктивною поведінкою, що в першу чергу спрямована проти самої особистості, що комплексно руйнує внутрішній та зовнішній баланс, провокуючи внутрішні конфлікти та дисгармонію у всіх сферах життя людини.

Основними ознаками та проявами аутодеструктивної поведінки є: виривання волосся (трихотіломанія), порізи шкіри гострими предметами (ножем чи бритвою), проколи чи втикання голок у шкіру чи під нігті, навмисні переломи, підпалювання кінцівок, кастрація чи самоампутація кінцівок, обкушування нігтів та губ, нанесення опіків недопалками сигарет, підбурення оточуючих до бійки, небезпечні ігри із зброєю, харчові розлади (відмова від їжі чи переїдання), прагнення до поїздок у «гарячі точки», нанесення ударів по тілу, биття голови, невротичні екскації

З огляду на вищесказане, дослідження проблеми аутоагресивності привернуло значну увагу вітчизняних та зарубіжних дослідників. Розглядаючи аутоагресивну поведінку як психологічну модель, в психотерапії закріпилися три основні підходи: психоаналітичний (З. Фройд, Штель, Освальд), пізній аналітичний (Д. Берн, В. Джонс, Б. Скінер, І. Стюарт) та біхевіоральний (А. Бек, С. Платт, Дж. Селігман).

Тому в науковій спільноті прийнята одна із класифікацій типів ауто деструктивної поведінки:

- 1) суїцидальна поведінка – усвідомлені дії, що направлені на добровільне позбавлення себе життя.
- 2) суїцидальні еквіваленти та аутодеструктивна поведінка – неусвідомлені дії (інколи навмисні дії та вчинки), де позбавлення себе життя не є головною метою, але які безпосередню ведуть до фізичного (психічного) саморуїнування або до самознищення;
- 3) несуйцидальна аутоагресивна поведінка – різного роду умисні самоушкодження, де смерть не є метою (або свідомо безпечні для життя)

Як і будь-яку хворобу чи відхилення, ауто агресія піддається діагностиці.

К. Сміт вважає, що існує ряд характеристик, що визначають вразливу особистість, а саме – високі вимоги до себе, придушення негативних емоцій, двоїсте ставлення до смерті, невміння переживати втрати та позбавлення, формування залежних відносин, пасивність та відомість. Іншими ознаками, які описує Сміт є когнітивна ригідність, затримка статевого розвитку, надмірна увага до зовнішнього вигляду чи інтелектуальних здібностей.

Залежно від способу вираження виділяють такі види аутоагресії – духовна, фізична, соціальна та ментальна аутоагресія.

Слід зауважити вікові та гендерні прояви ауто деструктивної поведінки та дій є різноманітними. Жінки за результатами більшості емпіричних досліджень є більш схильними до аутоагресії, аніж чоловіки. З одного боку, це пов'язано із вживання наркотичних засобів, а з іншого - соціальними умовами у яких проживають жінки. З огляду на соціальні умови та походження, саме жінки, що живуть у селах є найбільш вразливими до формування аутоагресивності. Це пояснюється важкою працею, обмеженістю дозвілля та прагненням «вирватися із села».

У фокусі нашого дослідження перебувала молодь, у якої аутоагресія спричинена віковими змінами. Даний період характеризується становлення

молодої особистості, її характеру та життєвої позиції, а також важливе значення має статеve дозрівання. Саме у цей час молодь стикається із неприйняттям близьких, соціуму, а також зіштовхуються із психологічними проблемами.

Головними мотивами до аутоагресії у дорослому та похилому віці є важкі життєві ситуації. У дорослих – втрата близької людини, криза середнього віку, розлучення, втрата роботи чи фінансові втрати. Факторами формування аутоагресивної поведінки у пенсійному віці є втрата сенсу життя, внаслідок виходу на пенсію, втрата одного з подружжя, з яким прожили більшість життя чи переїзд не з власної волі до геріатричного центру.

У ході дослідження нами визначено, що діагностичний інструментарій виявлення аутоагресії потребує більшої уваги фахівців фахівців потребує, а саме у напрямку швидкого та вчасного діагностування. На даний момент діагностування проводиться шляхом бесіди, спостереження та проведення спеціалізованих тестів на визначення аутоагресивності.

Основним та найефективнішим методом лікування аутоагресивної поведінки є метод КПТ, а також схема-терапія, яку виділяють в рамках когнітивно-поведінкової терапії. Обидва методи психотерапії спрямовані на купірування негативних тенденцій та установок і поступово їх заміни на необхідні для реабілітації установки.

Водночас, дана проблематика попри широку увагу потребує більшого та глибшого вивчення серед науковців та фахівців, насамперед психологів, психотерапевтів, психіатрів, соціальних працівників, соціальних педагогів та інших фахівців.

Без сумніву проблема аутоагресивної поведінки піддається лікуванню та корекції незалежного від віку та гендеру за умови своєчасного виявлення і здійснення усіх необхідних комплексних дій для одужання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини і її діагностика: монографія. Дніпропетровськ: ДНУ, 2006. 312 с.
2. Аутоагресивна поведінка підлітків: монографія / О. Погорілко та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2017. 141 с. URL: <https://psychiatry.pdmu.edu.ua/storage/resources/files/LUk8Z7IUdwbsTTphPXGve0wbEaF7pfbjHDrunoHu.pdf> (дата звернення: 28.01.2023)
3. Аутодеструктивна поведінка та її види. *StudFiles*. URL: <https://studfile.net/preview/5643767/page:7/> (дата звернення: 01.02.2023)
4. Аутоагресія - причини, ознаки, лікування, види аутоагресії. URL: <https://ukrloves.com/zdorov-ja/13960-autoagresija.html#i-1> (дата звернення: 27.01.2023)
5. Аутоагресія: причини у дітей, підлітків і дорослих, лікування. URL: <https://allproperty.com.ua/autoagresiya-prichini-u-ditej-pidlitkiv-i-doroslix-likuvannya> (дата звернення: 27.01.2023).
6. Абдюкова Н.В. До проблеми суїциду в сучасній Україні / Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ : "Плаї", 2001. Вип. 6, Ч. 2. С. 38-46.
7. Авельцева Т.П. Курс інформаційно-консультативної та психокорекційної роботи із засудженими, які готуються до звільнення з виховних колоній: Практичний посібник для використання у роботі центрів соціально-психологічної реабілітації засуджених виховних колоній / Під заг. ред. Скокова С.І., Янчука О.Б. // Т.П. Авельцева, Т.В. Голишкіна, О.В. Вакуленко, О.Б. Янчук. – К., 2003. – 200 с.
8. Анісімов Р.Р. Релігія і педагогіка: Точки зіткнення / Р.Р. Анісімов // Радянська школа. – 1991. – № 8. – С. 47.
9. Афанасьєва Н., Кухаренко А. Аутоагресивна поведінка рятувальників України. URL:

http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/7714/1/Афанасьєва_Кухаренко_стаття.pdf

10. Баєв А.Б. Причини та форми прояву аутоагресивної поведінки / А.Б.Баєв // Проблеми формування громадянського суспільства в Україні: виклики та колізії : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 15 травня 2020 р.). - Дніпро: ДДУВС, 2020. С. 207-210. URL: <http://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/5049>

11. Балл Г. Актуальні методологічні питання дослідження моралі і моральної поведінки / Георгій Балл // Соціальна психологія. 2007. № 4, Ч. 2. С. 14-23.

12. Баранник В. Психологічні особливості самооцінки особистості з девіантною поведінкою / Соціальна психологія. 2005. № 5 (13). С. 76-82.

13. Бенько Л. Нормативна і девіантна поведінка особистості в умовах соціалізації / Соціальна психологія. 2004. № 3 (29). С. 14-17.

14. Варгата О., Михайлов А. Особливості прояву аутоагресивної поведінки підлітків як психологічний феномен. Теорія і практика сучасної психології. 2019. Т. 1, № 6. С. 18–23. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/6_2019/part_1/6.pdf

15. Ващенко Р.В. Структура психологічного втручання після суїцидальної спроби / Р.В. Ващенко, В.В. Сулицький // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика: Збірник наукових праць // За ред. С.І. Яковенка. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 102-122.

16. Вовканич М.Д. Технології соціально-психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду (навчально-методичний посібник) / М.Д. Вовканич. Ужгород, 2002. 140 с.

17. Грись А. "Я-образ" як психологічний чинник соціальної дезадаптації особистості / А. Грись // Соціальна психологія. 2004. № 3(29) С. 22-25.

18. Дроздов О.Ю. Проблеми агресивної поведінки особистості: [навч. посібник]. / О.Ю. Дроздов, М.А. Скок. Чернігів, 2000. 110 с.

19. Дьоміна О. О. Суїцидальна поведінка при гострій реакції на стрес у осіб молодого віку автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.16 Харк. мед. акад. після диплом. освіти, Х., 2004. 20 с.
20. Джужа О.М. Проблеми девіантної поведінки (кримінологічний аспект) / О.М. Джужа, С.М. Корецький // Наук. вісник національної академії внутрішніх справ України. К. 2003. № 9. С. 183.
21. Депутатов В. Психокорекційна програми зниження аутоагресивності підлітків шляхом транзактного аналізу. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Серія "Психологічні науки"*. 2016. Т. 2, № 3. С. 33–38. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/507349.pdf>
22. Заїка Е.В. Психологічні механізми розвитку особистості підлітків з відхиленнями у поведінці / Е.В. Заїка, О.С. Ячина // Психологія: Респ. наук.-метод. зб. Вип.37. К. 1991. С. 84-89.
23. Завязкіна Н. Розширення психодіагностичного інструментарію для дослідження аутоагресії / Н. В. Завязкіна, А. Р. Кендзерська // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2017. -Вип. 2(2). - С. 148-152. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_2%282%29__28
24. Землянська О.В. До проблеми правової соціалізації особистості / О.В. Землянська // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максиментка. Т. XI, част. 1. К., 2009. С. 144-153.
25. Ігумнова О., Михайлов А. Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції самоушкоджень підлітків. *Науковий журнал "Психологічні травелоги"*. 2021. № 1. С. 99–114. URL: <http://elar.khmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/10584/1/47.pdf>
26. Ігумнова О., Михайлов А. Особливості застосування методів когнітивно-поведінкової терапії при аутоагресивній поведінці. 3 с. URL: <http://elar.khmnu.edu.ua/bitstream/123456789/10734/1/АУТОАГРЕСІЯ%20ТЕЗИ%2004.21.docx>.

27. Ісаєва Т., Васильченко О. Аутоагресивна поведінка особистості. «КРОК» Конференції. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE2020/rt/printerFriendly/12/0> (дата звернення: 27.01.2023)
28. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю / А.Й. Капська. К. : УДЦССМ, 2001. – 219 с.
29. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків / Ю. Калініна // Психолог. – 2005. – № 35. – С. 26-32.
30. Кобильченко В.В. Проблема підліткового суїциду / В.В. Кобильченко // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика: Збірник наукових праць / За ред. С.І. Яковенка. К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 132-141.
31. Корнєв М.Н. Соціальна психологія: [підручник]. / М.Н. Корнєв, А.Б. Коваленко. К., 1995. 304 с.
32. Кравчук С. Л. Гнів та образа як емоційні прояви особистості / С.Л. Кравчук // Соціальна психологія. 2006. № 2. С. 104-112.
33. Ларіна Т. Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.5. Київ, 2004. URL: <https://mydisser.com/dfiles/48794319.doc>
34. Мусаелян О. М. Психологічні особливості запобігання аутоагресивній поведінці студентської молоді. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, Київ, 2018.
35. Мусаелян О. М. Теоретико-методичні засади дослідження особливостей аутоагресивної поведінки студентської молоді Вісник післядипломної освіти зб. наук. пр.. Ун-т менедж. Освіти НАПН України К., 2005. Вип. 15(28). АТОПОЛ ГРУП, 2015. С.226–235.

36. Маркова А. І. Проблема аутоагресії в підлітковому віці: Кваліфікаційна робота здобувача освітнього ступеня бакалавр спеціальності 053 Психологія освітньої програми : «Психологія : практична психологія (реабілітаційна психологія)» » / Кер.: д. псих. н., проф. Макарчук Н.О. – Ізмаїл, 2022. – 48 с. URL: <http://dspace.idgu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1769>
37. Маценко В. Девіантна поведінка особистості / Психолог. 2003. № 28. С. 14 – 19.
38. Мельник П. Психологічні механізми девіантної поведінки / П. Мельник, І. Линовенко. // Право України. 2000. № 4. С. 90-93.
39. Медична психологія: [підручник для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, І.А. Коваль, К. Максименко, М.В. Папуча. Вінниця: Нова книга, 2008. 520 с.
40. Мудренко І, Поліщук О. Нейрофізіологічні особливості суїцидентів. Перспективи розвитку медичної науки і освіти: збірник тез доповідей Всеукр. наук.-метод. конф., м. Суми, 16-17 лист. 2017. СумДУ, Мед. ін-т, Суми, 2017, с. 99. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/64732/1/Mudrenko_Polishchuk.pdf;jsessionid=A1A86865C290823385FA52F2FA627F08
41. Мусаелян О. Гендерно-вікові та організаційно-професійні особливості схильності студентської молоді України до аутоагресивної поведінки. С. 85–98. URL: http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/1_31_2016/social/МУС_АЕЛЯН.pdf
42. Мусаелян О. Схильність студентської молоді України до аутоагресивної поведінки: основні тенденції та соціально-психологічні умови попередження. Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти. 2016. Т. 2, № 2. С. 20–31. URL: <http://journals.uran.ua/apppfo/article/view/84963> (дата звернення: 30.01.2023).
43. Морозов С.М. Основи суїцидології (Навчальний посібник) / С.М. Морозов, Т.В. Вашека. – К., 2002. – 202 с.

44. Назаревич В., П'ясецька О. Остракізовані ознаки аутоагресивної поведінки підлітків. *Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ*. 2019. № 12. С. 168–176. URL: https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/69 (дата звернення: 03.02.2023)
45. Орбан-Лембрик Л.Е. Вплив міграційних процесів на поведінкові прояви особистості / Л.Е. Орбан-Лембрик // *Збірник наукових праць*. – Івано-Франківськ: Видавництво "Плай" Прикарпатського університету, 2008. – Вип.13, Ч.1 – С. 13-14.
46. Османова А. Теоретико-методологічний аналіз проблеми аутоагресивної поведінки у психологічній літературі. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2018. № 1 (11). С. 160–180. URL: http://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2019/11/Pnpz_2018_111.pdf (дата звернення: 28.01.2023)
47. Пилягіна Г. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики та лікування. *Новости украинской психиатрии*. URL: <http://www.psychiatry.org.ua/articles/paper242.htm> (дата звернення: 13.02.2023).
48. Психологія життєвої кризи Відп. ред. Т.М. Титаренко. Київ, Агропромвидав України, 1998. С. 69–99.
49. Психологія особистості : [словник-довідник / За ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко]. К. : Рута, 2001. 320 с.
50. Погорелко О. Роль контекстуальних чинників в генезі аутоагресивної поведінки у підлітків. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, № 2 (79). С. 112–115. URL:
51. Психологія суїциду / За ред. В.П. Москальця. Київ. – Івано-Франківськ : Вид-цтво "Плай", 2002. 249 с.
52. Профілактика та корекція відхилень поведінки / уклад. Л. Мафтин. Чернівці: Чернів. нац. ун-т ім. Ю. Федьков., 2021. 368 с. URL: https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/1549/2021_Maftyn_Profilaktyka_posib.pdf?sequence=1

53. Розіна І. В. Психологічні особливості корекційної програми спрямованої на подолання аутоагресії у підлітковому віці / І. В. Розіна // Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Conference «Scientific Horizon in the Context of Social Crises» (February 26-28, 2020) / Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Науковий горизонт у контексті соціальних криз». – Tokyo, Japan: Otsuki Press, 2020. – P. 80-88. URL: <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/interconf/article/view/1204>

54. Радул В. Соціалізація й розвиток особистості / Шлях освіти. 2006. № 2. С. 7-12.

55. Руденко Л. Генезис агресивної поведінки у розумово відсталих дітей та її вплив на процеси життєдіяльності. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2012. С. 362–371. URL: <https://aqce.com.ua/download/publications/425/377.pdf/> (дата звернення: 01.02.2023)

56. Рябченко В. Аутодеструкція і аутоагресія в дитячому й підлітковому віці / В. Рябченко // Психолог. – 2007. – № 13-15. – С. 61-64.

57. Сидоренко Ж. В. Особливості міжособистісних стосунків студентської молоді як передумова постановки життєвих завдань з психологічного здоров'я Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. Херсон, 2016. Вип. 6, Т. 2. С. 155- 160

58. Скарговська Л. Практичному психологу – про суїцид / Л. Скарговська // Психолог. 2004. № 23/24. С. 61-63.

59. Садикіна, А. Психофізіологічні детермінанти феномену аутоагресії / А. С. Садикіна, А. О. Застело // Інноваційний потенціал соціальної роботи в сучасному світі: на межі науки та практики : матеріали I Міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Чернігів, 20-21 трав. 2021 р.). Чернігів : НУ "Чернігівська політехніка", 2021. – С. 152-154. URL: <http://ir.stu.cn.ua/handle/123456789/24769>

60. Сидоренко Ж., Побережна М. Взаємозв'язок аутоагресивної поведінки особистості та психологічних особливостей міжособистісних стосунків в юнацькому віці. Сучасні інформаційні технології та інноваційні

методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. 2018. № 52. С. 192–196. URL:

<https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/910857.pdf>

61. Скориніна-Погребна О., Бутко О. Науково-методичний аналіз аутоагресії в сучасній психології. 16 с. URL: [http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/6043/1/Skorinina_Butko_1%20\(1\).pdf](http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/6043/1/Skorinina_Butko_1%20(1).pdf)

62. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. Хобзей та ін. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, № 3 (72). С. 13–18. URL: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Nevro_3/06-08.pdf (дата звернення: 02.02.2023)

63. Суїцидальна поведінка. *Методичні матеріали до практичного заняття з дисципліни «Медична психологія надзвичайних станів, екстрена та кризова психологія»*. Вінниця, 2020. 15 с. URL: <https://emergency.vnmu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/10/Тема-8-2-Суїцидальна-поведінка.docx> (дата звернення: 13.02.2023)

64. Соломко І. Втеча від життя: Самогубства в Україні / І. Соломко // *ПіК–2001*. № 13. С. 30-31.

65. Федоренко Р. Психологія суїциду : навч. посіб. Луцьк : Вол. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 260 с. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/6653/3/Suicide%20psychology.pdf> (дата звернення: 28.01.2023).

66. Франкл У. Людина у пошуках сенсу: Збірник. Пер. з англ та нім. К, 1990. 368 с.: Іл. (Б-ка зарубіжної психології)

67. 14 симптомів аутоагресії, щодня руйнують людини. *Журнал KOZAKY*. URL: <https://www.kozaky.org.ua/14-simptomiv-autoagresii-shhodnya-rujnuuyut-lyudini> (<https://www.kozaky.org.ua/14-simptomiv-autoagresi%D1%97-shhodnya-rujnuuyut-lyudini/>) (дата звернення: 27.01.2023).

68. Babiker G., Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała, przeł. M. Polaszewska- -Nicke, GWP, Gdańsk.

69. Bandura A., Teoria społecznego uczenia się, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
70. Boschemeyer U., Co jest ważne?, Wydawnictwo WAM, Kraków
71. Brzezińska A., Bardziejewska M., Ziółkowska B. (2002), Szanse rozwoju w okresie dorastania, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
72. Dreikurs R. Grundbegriffe der Individualpsychologie / R. Dreikurs. – Klett-Cotta. – Stuttgart, 1997. 180 p.
73. Fishman H.C. Treating Troubled Adolescents: A Family Therapy Approach. New York: Basic Books. 1988.
74. Eysenck H.J. Personality, genetics and behavior: Sel. Papers / H.J. Eysenck – N.Y. : Praeger, 1982. – 340 p.
75. Fonagy P. Aggression and the psychological self. International Journal of Psychoanalysis, no 74. 1993. P. 471–485.
76. Fonagy P. Attachment, the development of the self and its pathology in personality disorders. In J. Derksen, C. Maffei and H. Groen, eds, Treatment of Personality Disorders. Kluwer Academic. New York: Plenum Publisher. 1999. p. 53–68.
77. Henseler H. Psychoanalytische Theorien zur Suizidalitaet. In H. Henseler and C. Reimer, eds, Selbstmordgefahrung. Zur Psychodynamik and Psychotherapie. Frommann-Holzboog. – Stuttgart. 1981. - P. 113–135.
78. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms // International Journal of Psychoanalysis. – 1946. - No 27. – P. 99–110.
79. Klein M. Envy and Gratitude. Basic Books. – New York, 1957.
80. Lewin B.D. The Psychoanalysis of Elation. – New York: W. W. Norton and Co, 1950
81. Maltzberger J.T. Ecstatic suicide // Archives of Suicide Research. 1997. - No 3. P. 283–301
82. Mason, M. et al. Young adolescents' perceived activity space risk, peer networks, and substance use [Online] / PMC // Health & place. – 2015. – №34. – P. 143–149. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503211/>.

83. Patrick L. Kerr Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians/ Patrick L. Kerr, Jennifer J. Muehlenkamp and James M. Turner// The Journal of the American Board of Family Medicine . 2010. № 23, P 240-259
84. Pfeffer R.C. Suicidal behavior in children: a review with implications for research and practice // American Journal of Psychiatry. - 1981. - No 138. – P. 154–159.
85. Reiser E. Self-psychology and the problem of suicide. In A Goldberg, ed. // Progress in Self Psychology. — New York: Guilford Press. 1992. - Vol. 2. - P. 227-241
86. Richman J. Symbiosis, empathy, suicidal behavior, and the family // Suicide and Life-Threatening Behavior. 1978. - No 3. P. 39–149.
87. Richman J. Suicide and infantile fixations // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1980. - No 10. – P. 3–9
88. Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism // International Journal of Psycho-Analysis. – 1971. - No 52. – P. 169–178
89. Self-harm | royal college of psychiatrists. Rc psych royal college of psychiatrists. URL: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/self-harm> (date of access: 13.02.2023).
90. Smith K. Suicide assessment // Bulletin of the Menninger Clinic. – 1985. - No 49. – P. 489–499

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Типологія аутоагресивної поведінки

Додаток А.1

Критерії клініко-патогенетичної типологізації зовнішніх форм аутоагресивної поведінки

| Критерії типологізації | | |
|--|---|--|
| | суїцидальний | парасуїцидальний |
| особливості АП | ретельне планування АД, вибір життєво небезпечних способів їх здійснення | імпульсивні АД, вибір способів їх реалізації, що переважно не мають безпосередньої загрози для життя |
| регістр розладів | частіше неспихотичний | неспихотичний |
| патобіологічна основа АП як відповідь-реакція нервово-психічної діяльності | «тунельне» мислення, виражені тривога і страх чи їх повне пригнічення на тлі виснаження гальмування ЦНС з обов'язковим «включенням» програми добровільного самознищення | виражена реакція тривоги з формуванням когнітивно-емоційного дисбалансу внаслідок зниження стресостійкості організму на тлі гострого транзиторного посилення збудження ЦНС; програма добровільного самознищення відсутня |
| стадії адаптаційного синдрому | перехід із стадії резистентності до стадії виснаження | стадія тривоги |
| психологічна мотивація | механізм «самозаперечення»; бажання добровільної смерті внаслідок «негативного життєвого балансу» | зміщення фрустрованої агресії на себе; бажання негайних змін у ситуації, а не досягнення добровільної смерті на тлі фрустрації життєвих потреб |

| | псевдосуїцидальний | асуїцидальний |
|--|---|--|
| | особливості АП | демонстративно-шантажні АД, вибір способів їх реалізації, що свідомо не мають безпосередньої загрози для життя; смерть можлива як нещасний випадок |
| регістр розладів | неспихотичний | спихотичний |
| патобіологічна основа АП як відповідь-реакція нервово-психічної діяльності | рентна, маніпулятивна поведінка на тлі когнітивно-емоційного дисбалансу з можливою вираженою реакцією тривоги; процеси збудження ЦНС пов'язані з вираженістю психічних порушень; програма добровільного самознищення відсутня | можливо «включення» програми добровільного самознищення (спихотичний варіант) на тлі спихотичних розладів та різкого гіперкомпенсаторного посилення процесів збудження ЦНС |
| стадії адаптаційного синдрому | стадія тривоги або без розгортання адаптаційного синдрому | будь-яка стадія спихотичного варіанту адаптаційного синдрому |
| психологічна мотивація | «регресивний» механізм реакції на фрустрацію життєвих потреб, прагнення маніпулятивним способом змінити актуальну ситуацію на тлі інфантильних психологічних настанов | зміщення агресії на себе, обумовлене змістом хворобливих переживань, внаслідок спихотичних розладів, суїцидальна мотивація зазвичай не усвідомлюється |

Класифікація аутоагресивної поведінки (за А. Бойовою, Г. Лобовим, В. Руженковим)



ДОДАТОК Б

Особливості аутоагресивної поведінки підлітків

Додаток Б.1

Вікові відмінності у проявах ризику до самоушкоджень, суїцидальної поведінки, вживання психоактивних речовин у підлітків*

| Види аутоагресивної поведінки | 10-11 р. | 12-15 р. | 16-17 р. | p |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|
| Позитивне відношення до самоушкоджень | 34,4 | 41 | 44,5 | P=0,000 |
| Суїцидальний ризик | 1,78 | 2,86 | 2,42 | P=0,000 |
| Інтерес до психоактивних речовин | 6,03 | 7,96 | 10,22 | P=0,000 |
| Вживання алкоголю | 3,1 | 17,1 | 35 | P=0,000 |
| Куріння | 3,1 | 4,5 | 10,4 | P=0,000 |

*однофакторний дисперсійний аналіз (складений Григорьєвою)

Додаток Б.2

Гендерні особливості ауто агресивної поведінки і вживання психоактивних речовин

| | Р | Хлопці | | | Дівчата | | |
|---------------------------------|-------|--------|-------|-------|---------|-------|-------|
| | | 10-11 | 12-15 | 16-18 | 10-11 | 12-15 | 16-18 |
| СЦП ¹ | 0,012 | 1,31 | 2,49 | 1,59 | 2,25 | 3,29 | 3,03 |
| СУП (позитив. відношення) | 0,011 | 0,81 | 0,86 | 0,94 | 1,18 | 1,16 | 1,48 |
| СПП ² | 0,010 | 2,43 | 3,18 | 2,97 | 2,87 | 3,95 | 4,34 |
| ПАР ³ (акт. інтерес) | 0,000 | 2 | 3,03 | 4,30 | 3,81 | 4,55 | 5,55 |

¹СЦП - суїцидальна поведінка

²СУП самопошкоджуюча поведінка

³ПАР - психоактивні речовини

Критерії груп ризику

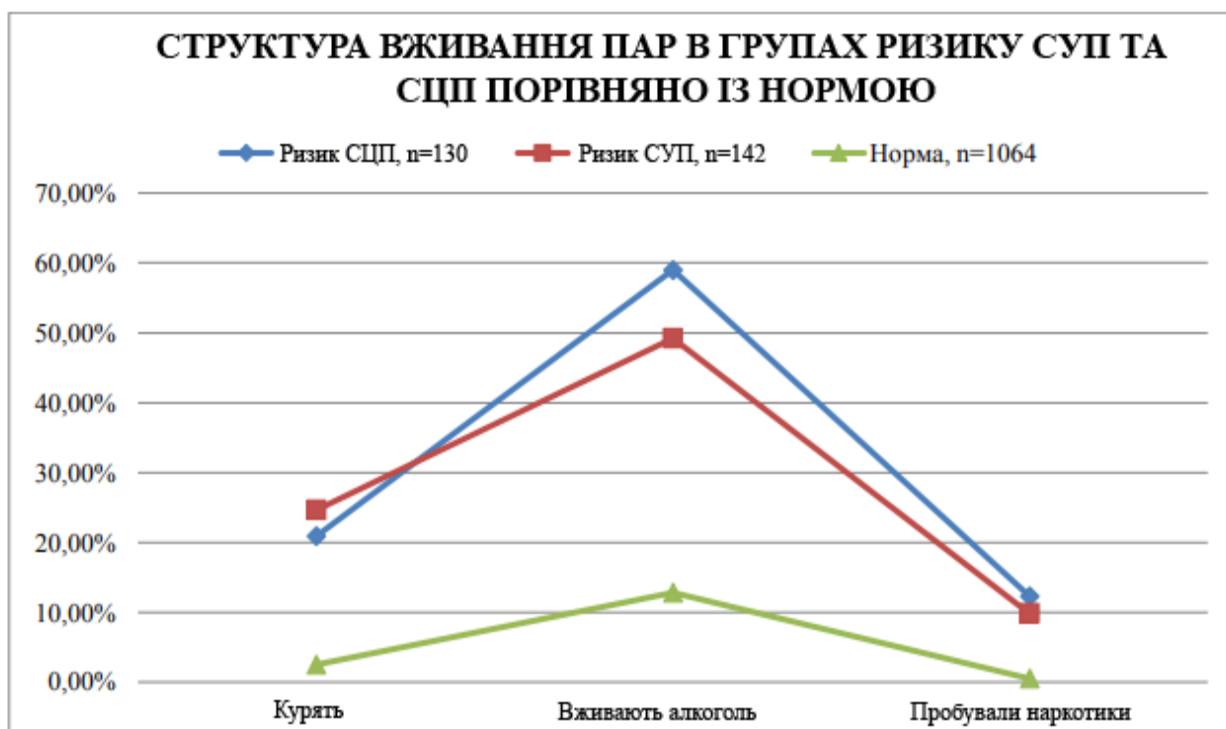
| Групи ризику | Методи | Кількість людей |
|--------------|--|-----------------|
| СУП | Методика модифікації тіла (МТ) та самоушкодження: наявність одиначної позитивної відповіді на питання щодо самоушкоджень; наявність більш ніж двох видів МТ, що завдаються самостійно | 142 |
| СЦП | 1. «Суїцидальна особистість-19»: проценти більше 75% підсумкового балу за тестом; 2. Методика модифікації тіла та самоушкодження: позитивна відповідь на запитання «Чи були у вашому житті випадки, коли ви збиралися покінчити із життям?» | 130 |
| ПАР | 1. Експрес-тест ПАР: проценти більше 75% за шкалами «Активний інтерес до ПАР» та «Позитивне відношення до ПАР» 2. Методика модифікації тіла та самоушкодження: позитивна відповідь на запитання «Ви курите?», «Споживаєте інколи алкогольні напої?», «Чи пробували ви наркотичні речовини?» | 159 |

Соціодемографічні характеристики підлітків із групи ризику*

| Соціодемографічні характеристики | СЦП (n = 130) | СПП (n = 142) | ПАР (n = 159) | Норма (n = 553) |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Середній вік | 14,3 | 14,7 | 15,3 | 14±3 |
| Хлопці | 28 % (37) | 35 % (51) | 32 % (51) | 63 % (351) |
| Дівчата | 72 % (94) | 63 % (90) | 67 % (107) | 35 % (194) |
| Окрема кімна (є/немає) | 45 %/25 % (59/33) | 69 %/28 % (98/41) | 73 %/26 % (117/42) | 80 %/18 % (444/102) |
| Повна сім'я | 60 % (79) | 63 % (90) | 63 % (99) | 77 % (428) |
| Неповна сім'я | 38 % (50) | 33 % (48) | 34 % (55) | 21 % (117) |
| Рівень доходів на 1 людину в місяць: менше 10 тис. / 10-20 тис. / більше 20 тисяч | 30 %/46 %/15 % (40/60/20) | 29 %/45 %/19 % (42/64/27) | 27 %/49 %/15 % 44/79/24 | 29 %/45 %/15 % 162/250/85 |
| Вірять у Бога | 44,60 % (58) | 52 % (74) | 57,20 % (91) | 79 % (441) |
| Випадки суїциду в родині | 9,20 % (12) | 9,10 % (13) | 1 % (3) | 0,50 % (3) |
| Вживання алкоголю в родині | 39 % (51) | 26 % (37) | 17,60 % (55) | 8,40 % (47) |
| Вживання наркотиків у родині | 6,90 % (9) | 5,60 % (8) | 1,80 % (10) | 0,50 % (3) |
| Насилля у сім'ї | 14,60 % (19) | 6,30 % (9) | 2,50 % (11) | 0,70 % (4) |
| Конфлікти 3-5 разів на тиждень | 27 % (35) | 35,20 % (50) | 6,90 % (5) | 2,50 % (14) |

*порівняння середніх показників (складені А. Григорьовою)

Структура вживання ПАР у групах ризику СЦП та СУП порівняно із нормою (порівняння середніх показників)

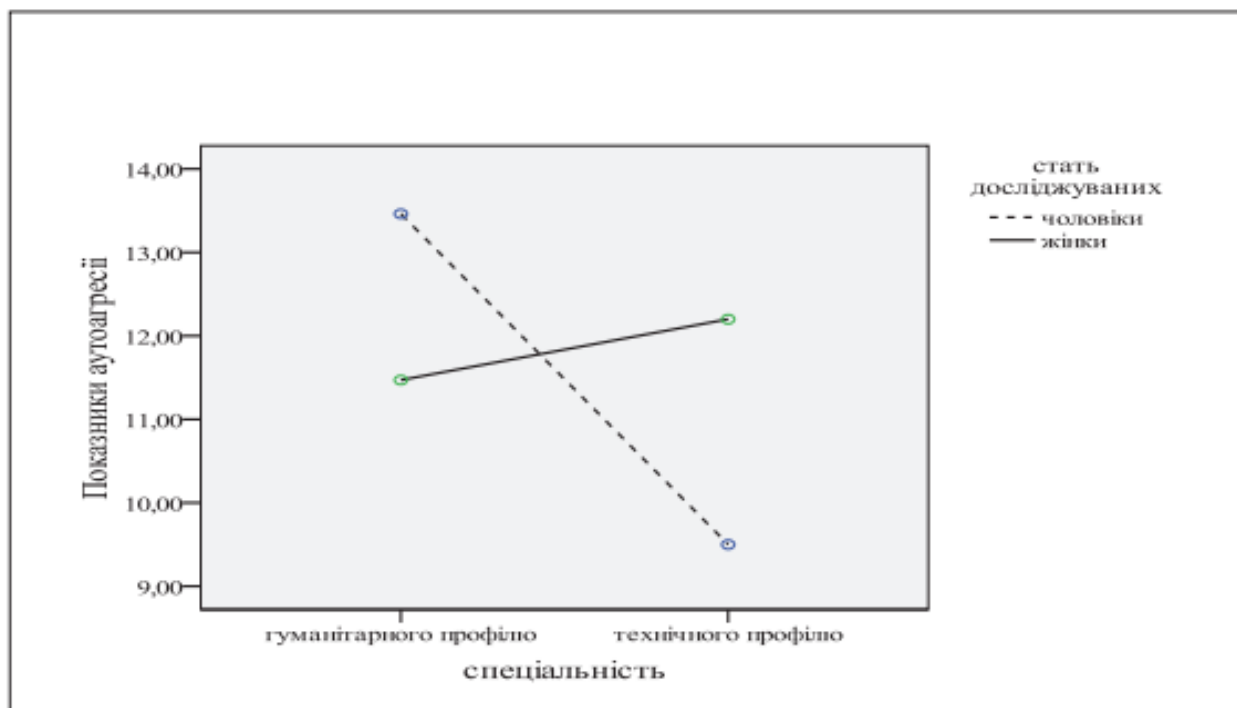


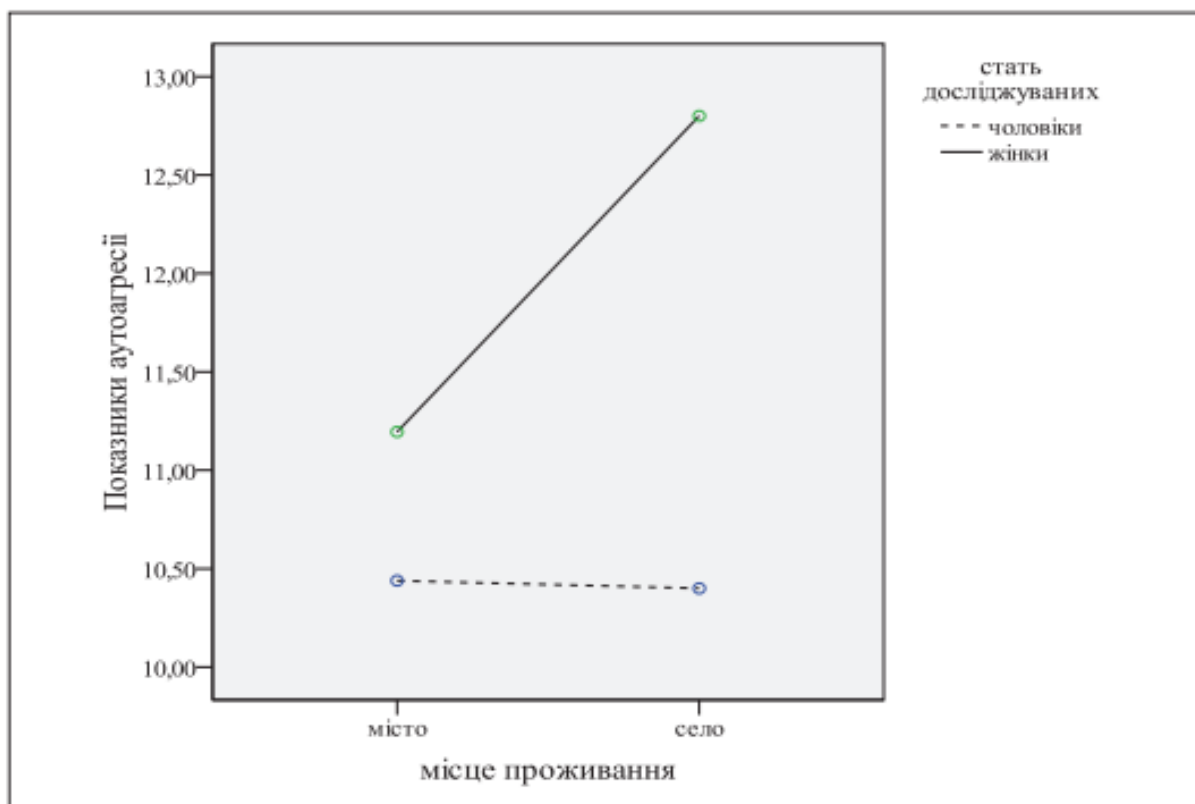
ДОДАТОК В**Гендерно-вікова та професійно-організаційна схильність до аутоагресії**

Додаток В.1

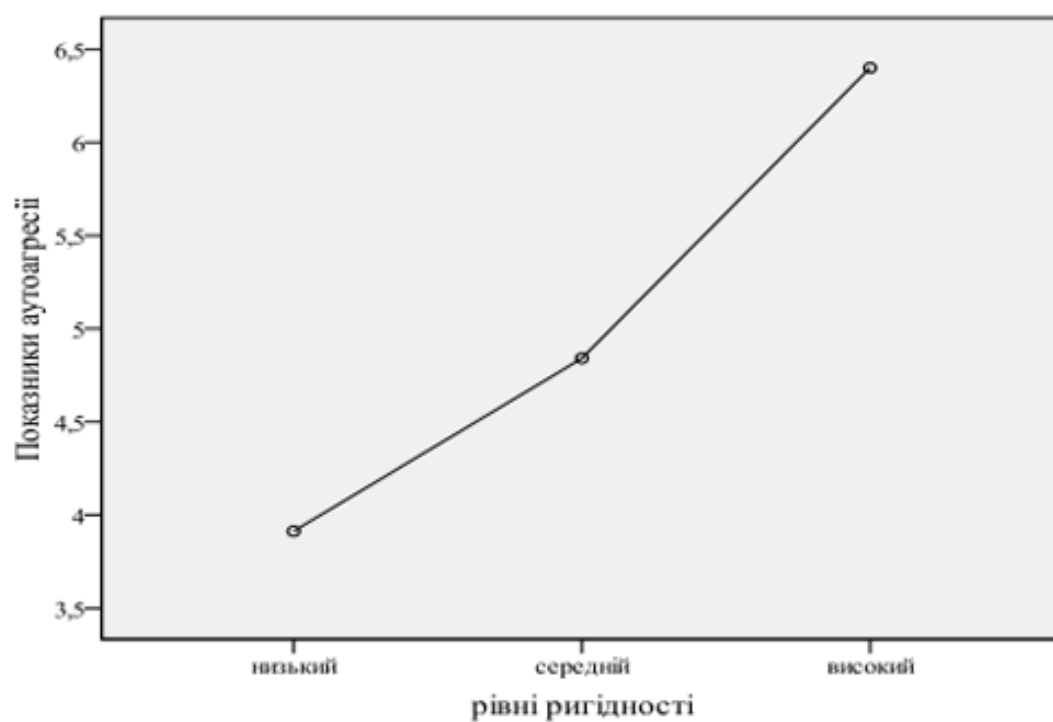
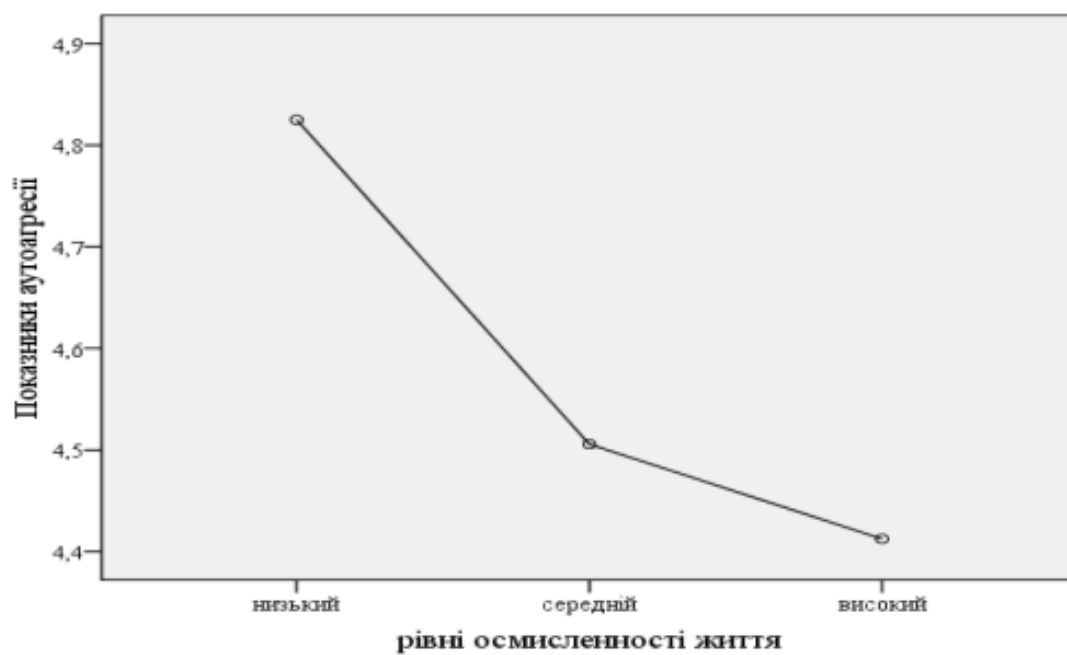
Розподіл респондентів за рівнями агресії

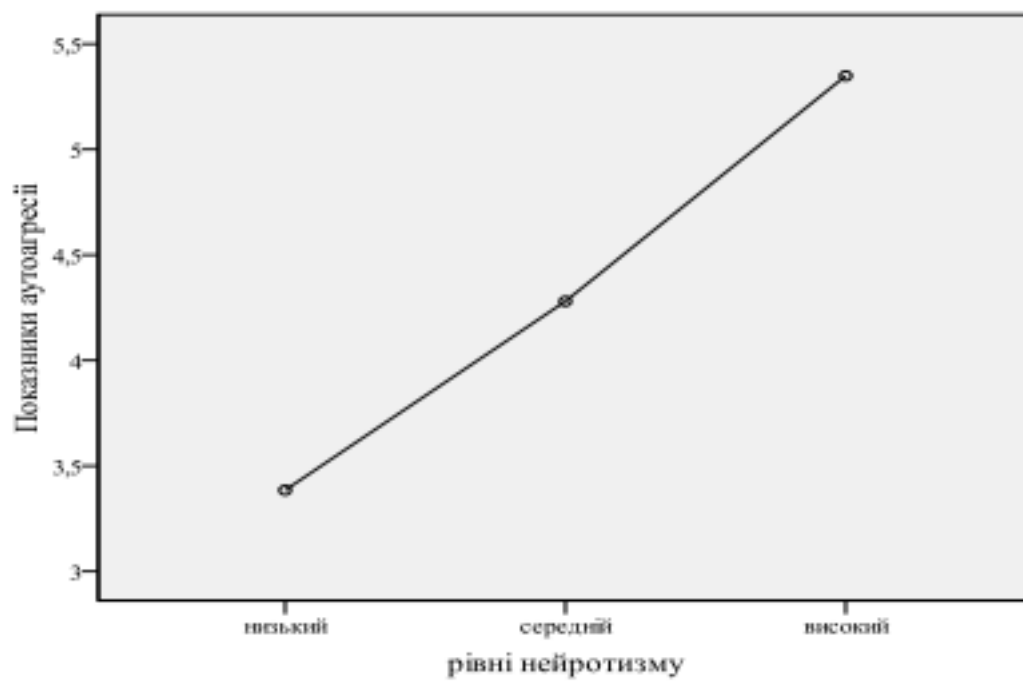
| Шкали | Рівні схильності до агресивної поведінки, кількість досліджуваних, % | | |
|---------------|--|----------|---------|
| | низький | середній | високий |
| аутоагресія | 34,5 | 58,8 | 6,8 |
| гетероагресія | 24,0 | 63,0 | 13,0 |

Особливості аутоагресії студентів ВНЗ залежно від профілю навчання

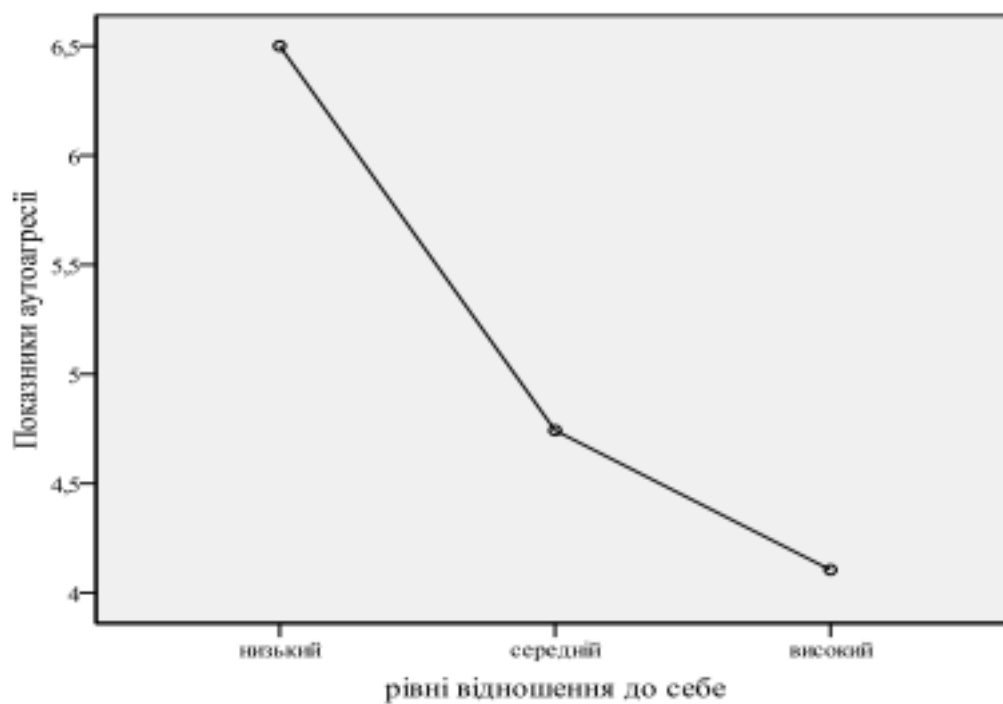
Особливості аутоагресії студентів ВНЗ залежно від місця проживання

Рівень осмисленості життя та рівень ригідності як фактор схильності до аутоагресії



Особливості аутоагресії студентів залежно від рівня нейротизму

Особливості ауто агресивної поведінки студентів залежно від рівня ставлення до себе



ДОДАТОК Г**Діагностика схильності до аутоагресивної поведінки**

Додаток Г.1

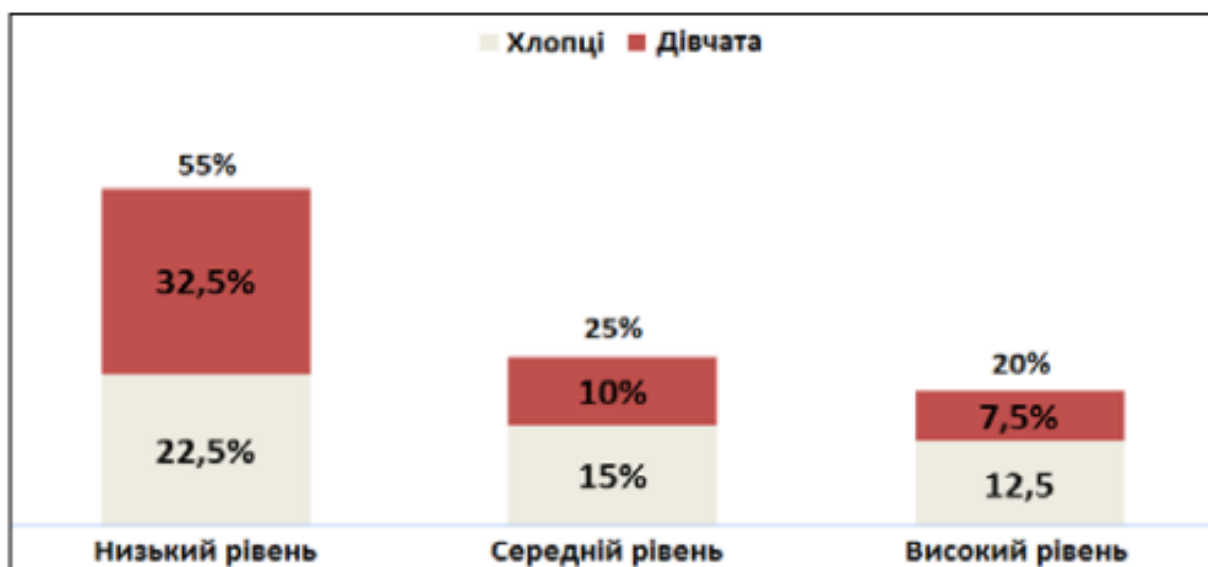
**Тест рівня самооцінки серед підлітків
(за В. Тернопільською)**

Рис. 1. Рівень самооцінки

Визначення рівня тривожності в рамках здійснення тесту схильності до суїцидальної поведінки

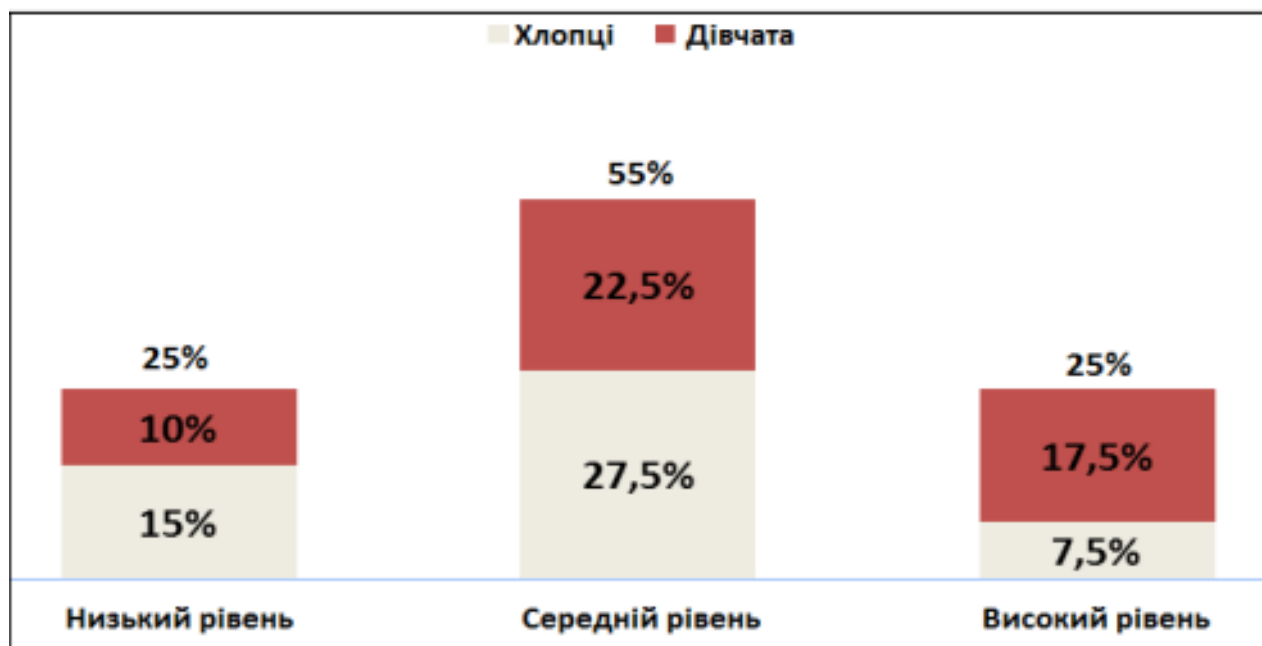


Рис. 2. Рівень тривожності

**Визначення рівня фрустрації підлітків в рамках здійснення тесту
схильності до суїцидальної поведінки**

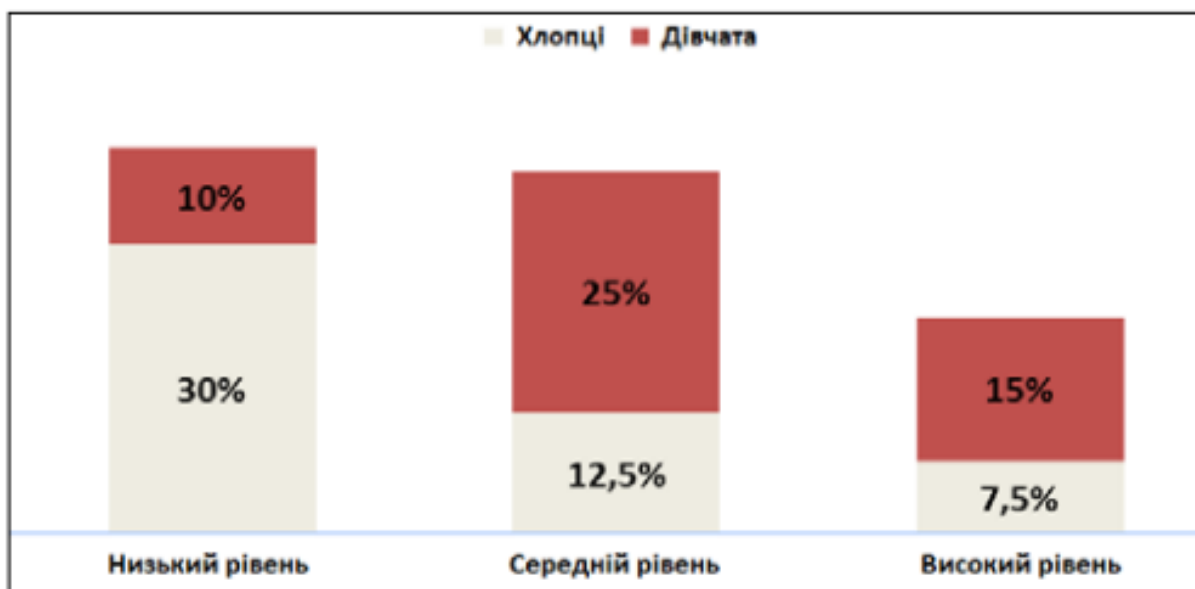


Рисунок 3. Рівень фрустрації

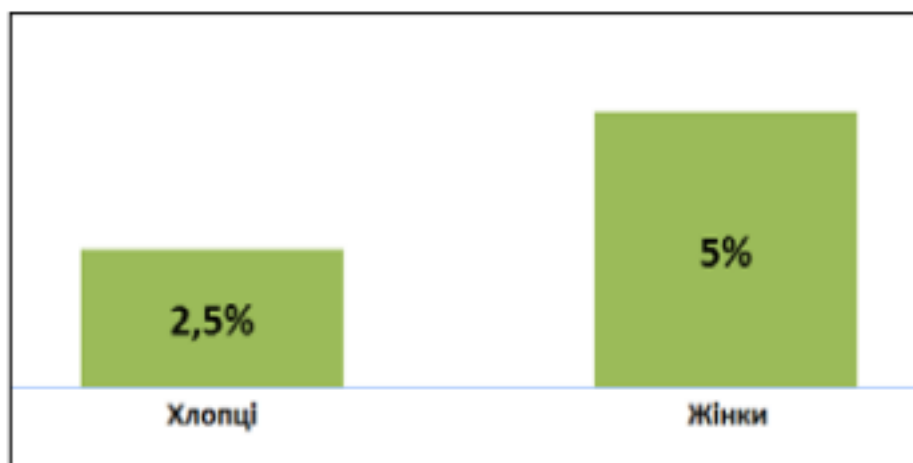
Результати тесту схильності до суїцидальної поведінки

Рис. 4. Рівень схильності до суїцидальної поведінки

Результати пробного тесту-опитувальника О. Варгатої та А. Маркова
«Рівень аутоагресивної поведінки підлітків»

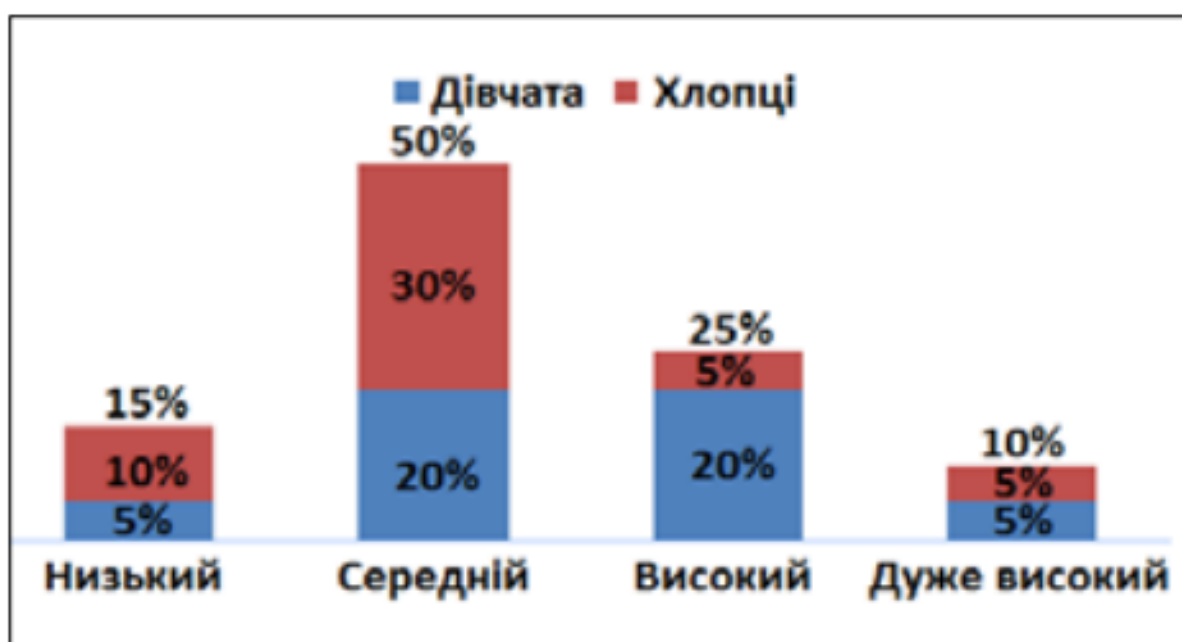


Рис. 5. Рівень схильності до аутоагресивної поведінки