

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА:

**ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ СХИЛЬНИХ ДО
САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ**

на здобуття освітнього ступеня «бакалавр»
за спеціальністю 053 «Психологія»

Студентки 4 курсу, 3 групи
спеціальності «Психологія»
Вашенко Юлії Олександрівни

Науковий керівник:
Доктор психологічних наук, доцент
Мельник Оксана Андріївна

Допустити до захисту в ЕК
Кафедра загальної психології
Протокол №_____ від _____
Завідувач катедри:
Кандидат психологічних наук, доцент
Юрчинська Ганна Кирилівна

(підпис)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3-5
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЯВИЩЕ САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ФОРМИ АУТОАГРЕСІЇ.....	6-25
1.1. Теоретичні основи феномену аутоагресії.....	6-11
1.2. Особливості емоційної сфери осіб юнацького віку.....	11-16
1.3. Явище самопошкоджуючої поведінки у осіб старшого юнацького віку.....	17-26
Висновки до розділу 1.....	27-28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ СХИЛЬНИХ ДО САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ.....	29-48
2.1. Основні підходи дослідження явища самопошкоджуючої поведінки.....	29-34
2.2. Організація та проведення дослідження.....	35-43
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження.....	44-49
Висновки до розділу 2.....	50-51
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА СПЕЦІАЛІСТІВ ІЗ СТУДЕНТАМИ, ЯКІ ПРОЯВЛЯЮТЬ СХИЛЬНІСТЬ ДО САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ.....	52-56
3.1. Підходи до здійснення психологічної корекції аутоагресивної поведінки у студентів.....	52-57
3.2. Рекомендації до застереження самопошкоджуючої поведінки у студентів.....	58-59
Висновки до розділу 3.....	60-61
ВИСНОВКИ.....	62-64
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	65-73

ВСТУП

Актуальність теми. Наразі в усьому світі спостерігається збільшення проявів аутоагресії (агресії направленої на самого себе) особливо серед осіб старшого юнацького віку.

Феномен аутоагресивної поведінки у своєму визначенні виступає широким поняттям та може набувати різноманітних форм: від спланованого, детально продуманого нанесення собі самому фізичних пошкоджень, так і до різноманітних дій прямо чи опосередковано направлених на заподіяння собі самому шкоди. Більшість вчених явище самопошкодження або ж селфхарму (англ.:self-harm) відносять до ширшого поняття самодеструктивної поведінки - аутоагресивної поведінки [3,7, 31].

Аутоагресія в цілому та самопошкоджуюча поведінка зокрема характеризуються намаганнями причинити шкоди власному здоров'ю без мотивації піти із життя. Саме ця характеристика диференціює самопошкоджуючу поведінку від суїцидальної (яка має на меті привести до припинення життєдіяльності), проте також виступає надзвичайно небезпечною поведінкою, яка може привести до набагато небезпечніших наслідків, або стати предиктором самогубства.

Причинами такої поведінки можуть виступати різного роду фактори зовнішнього та внутрішнього характеру. Часто така поведінка виступає заспокійливим способом «справитися» із стресовою ситуацією: зменшити емоційну напругу від кризових переживань (таку детермінацію наводять самі студенти, що проявляють дану схильність). Особливо в умовах невизначеного майбутнього, в умовах глобальних соціальних та політичних змін, якими зараз просякнута життя кожної людини в нашій країні.

Емоційна напруга від подій, що відбувається в навколишньому світі зростає та в поєднанні з невмінням урегулювання власних переживань та

негативних станів (що відповідає незрілості психіки в старшому юнацькому віці) може призвести до «самопомоги» деструктивними для власного організму способами.

Безпосередні дії самопошкоджуючої поведінки, а також наслідки цих дій надзвичайно складно виявити іншим людям, навіть найбільш близьким, адже люди, які проявляють тенденцію до самопошкоджень докладають неабияких зусиль, щоб тримати в таємниці такі дії, які суспільство засуджує та стигматизує. А також травми, які є наслідками самопошкоджуючої поведінки, легко піддаються лікуванню самостійно, без втручання спеціалістів. Складність вияву такої проблеми особливо в старшому юнацькому віці, яка в майбутньому може призвести до більш важких наслідків, зумовлює актуальність вивчення причин та механізмів даного явища; виявлення способів профілактики, аби завдяки цьому опосередковано теоретичними знаннями застерігати таку потенційно небезпечну поведінку в старшому юнацькому віці.

Об'єкт дослідження: самопошкоджуюча поведінка осіб старшого юнацького віку.

Предмет дослідження: емоційна сфера осіб старшого юнацького віку схильних до самопошкоджуючої поведінки.

Мета дослідження: дослідити особливості емоційної сфери осіб юнацького віку схильних до проявів самопошкоджуючої поведінки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела на тему самопошкоджуючої поведінки в осіб старшого юнацького віку.
2. Теоретично та емпірично вивчити умови і фактори схильності до самопошкоджуючої поведінки у студентів.
3. Провести емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери осіб старшого юнацького віку схильних до самопошкоджуючої поведінки.

4. Описати ефективні методи профілактичної та корекційної роботи спеціалістів-психологів зі студентами схильними до самопошкоджуючої поведінки.

Теоретико-методологічні основи роботи:

- Методи наукового дослідження:
- Теоретичний
- Психодіагностичний:
 - Торонтська шкала алекситимії;
 - Шкала тривоги та депресії. HADS;
 - Методика діагностики схильності до девіантної поведінки О. Н. Орел (Шкала схильності до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки);
 - Методика самооцінки тривожності Ч. Д. Спілберга і Ю. Л. Ханіна.
- Математичні методи обробки даних

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЯВИЩЕ САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ФОРМИ АУТОАГРЕСІЇ

1.1. Теоретичні основи феномену аутоагресії

Вітчизняні дослідники визначають акти самопошкоджуючої поведінки як одну із форм явища аутоагресивної поведінки та визначають останню як дії направлені на скоєння шкоди власному здоров'ю без наміру закінчити життя самогубством [3,7]. Таким чином, самопошкоджуюча поведінка розглядається як несуйцидальна форма виявів аутоагресії (акти агресії направленої на самого себе), що не несе в собі мету закінчення життя, а переслідує будь-які інші цілі.

Дослідники Амбрунова А. Г., Трайніна О. Г. та Ратінова Н. О. розглядають аутоагресивну поведінку як будь-які дії, направлені на заподіяння шкоди своєму психологічному та соматичному здоров'ю, тобто форма агресії, де об'єкт та суб'єкт агресії співпадають. Агресія направлена на себе та агресія направлена на стороннього мають однакові патогенетичні механізми, які співвідносяться за типом так званої "клапанної взаємодії", коли агресивні дії та інші прояви агресії можуть здійснювати по відношенню до себе самого або ж по відношенню до оточуючих людей. Феномен аутоагресивної поведінки являється широким поняттям та вміщує в себе різні форми поведінки, яка зумовлює нанесення собі самому різного роду шкоди [24].

У психології виділяють такі типи аутоагресивної поведінки:

- Суїцидальна поведінка: свідомо здійсненні дії, що мають на меті добровільне позбавлення себе самого життя.
- Аутодеструктивна поведінка та суїцидальні еквіваленти: являють собою несвідомі дії, проте іноді навмисні, які мають на меті зовсім не закінчення

життя самогубством, але які своїм наслідком мають фізичні чи психічні пошкодження.

- Несуїцидальна аутоагресивна поведінка: різного роду свідомі навмисні самопошкодження, метою яких є не смерть людини, тому виступають як відносно безпечні дії.

Степанов С. С. відносить аутоагресію до однієї з різновидів феномену агресії, та пояснює прояви аутоагресивної поведінки як ті дії, що з різних причин не можуть бути направлені на сторонній об'єкт роздратування (людину яка викликала відповідні емоції та інтенцію), тому проявляючись на самого себе, таким чином знаходить вивільнення. Ці дії можуть набувати різних форм та виявів: від повільного лонгітюдного самознищення до заподіяння собі прямої шкоди, аж до суїцидальної спроби [27].

Аутоагресивна поведінка вміщує надзвичайно широкий спектр агресивних проявів по відношенню до самого себе, які можуть різнитися формами вияву агресії, її інтенсивністю та показником небезпеки своєму здоров'ю та життю. До далеко неповного списку самодеструктивних вчинків можна віднести: завдання своєму організму різного типу тілесних пошкоджень; навмисне споживання у великих кількостях психоактивних речовин, та інших шкідливих сполук; суїцидальні спроби та багато інших актів аутоагресивної поведінки.

Явище аутоагресивної поведінки як сукупність вчинків направлених на заподіяння собі самому різного типу шкоди являє собою свого роду спектр, який включає в себе різні за інтенсивністю проявів агресії та небезпечними наслідками акти вчинення саморуйнації. Потенційної небезпеки здоров'ю та життю самої людини буде мати спроба вчинити самогубство, а з іншої сторони спектру аутоагресії можемо бачити «завуальовану» непряму спробу завдати собі шкоди - ведення нездорового способу життя, «культ» нездорових звичок [3].

У роботах вчених з означеної проблематики зазначається співвідношення поняття «аутоагресивної поведінки» із загальним поняттям «ризикованих вчинків». (Хмарук. І. М.) До аутоагресивної поведінки відносять не лише суїцидальні прояви особистості, а і зловживання алкоголем, із ціллю відходу від реальності, свого роду забуття; також ризиковане водіння автомобілем на великій швидкості з ігноруванням правилами дорожнього руху; ризиковані провокаційні вчинки та методи спілкування, яка має на меті спровокувати бійку. На нашу думку, важливим є введений термін психологом Переховим О. Я. - «непряме самогубство», яке включає в себе такі ризикові вчинки як водіння автомобілем в нетверезому стані на великій швидкості, випадкове зловживання медичними препаратами та інші [45].

Таким чином, у психології під аутоагресивною поведінкою розуміють ряд ризикових вчинків, які ніби опосередковано не напряду ведуть до погіршення стану здоров'я та в цілому якості життя особи. Так Сперанська О. І. та Єфремова О. І. відносять до проявів аутоагресії і вживання потенційно небезпечних табачних виробів. Також Ромасенко Л. В. до аутоагресивних проявів відносить й порушення харчової поведінки, що може призвести до тяжких наслідків булімії, анорексії та інших захворювань [7].

Пилягіна Г. Я. запропонувала наступну класифікацію форм аутоагресивних вчинків:

- Суїцидальна поведінка. Головною метою та бажаним наслідком при даній формі аутоагресії виступає смерть суб'єкта. Індивід проявляє в цьому випадку смертельні форми поведінки: власне спроба вчинити самогубство, та саме успішне здійснення самогубства. Аутоагресивна поведінка полягає у ретельно спланованих аутоагресивних самопошкоджуючих діях та свідомо обраними найефективнішими способами вчинити самогубство.
- Парасуїцидальна поведінка. Ціллю такого типу аутоагресії виступає: діями, які мають потенційно небезпечний характер по відношенню до самого себе,

вплинути на незадовільну ситуацію та щось змінити в ній таким чином. Проявляється у вигляді імпульсивних дій нанесення собі самому шкоди, які в той же час не несуть прямої загрози життю суб'єкта.

- Псевдосуїцидальна поведінка. Мотивацією здійснення таких вчинків є так як і в попередньому - зміна несприятливої ситуація, а не закінчити життя. Проявляється в демонстративних імпульсивних діях, які не приводять до потенційно небезпечного для життя результату.
- Асуїцидальна поведінка. У такій формі аутоагресії мета здійснити потенційно небезпечні вчинки направлені на себе не усвідомлюється, адже тут ці дії супроводжують психотичні стани, або ж спровоковані ними, при різних психіатричних захворюваннях (органічні психози, шизоафективні розлади, шизофренія та ін.). Тобто направленість на заподіяння самому собі шкоди в цьому випадку несвідома та є наслідком симптоматики, яка спостерігається при відповідних захворюваннях [32].

Дослідник Попов Ю.В. запропонував багатоосьову класифікацію аутоагресивної поведінки:

1. Перша вісь включає в себе такі типи аутоагресивної поведінки:
 - Суїцидальна поведінка: дії, що завдають пряму шкоду та небезпеку власне життю суб'єкта.
 - Вчинки, які причиняють пряму фізичну шкоду організмові суб'єкта: сукупність дій, які веуть до нездорового способу життя та аж до прямих самопошкоджень.
 - Девіантна поведінка: вчинки та дії, які не відповідають всезагальним нормам та правилам поведінки в соціумі та завдають шкоди як духовно-моральному так і власне фізичному розвитку особистості (сюди відносять асоціальну поведінку: незаконні проступки індивіда, сексуальна розпущеність, зловживання психоактивними речовинами тощо).
 - Необдумані вчинки, що несуть шкоду для майбутнього соціального статусу суб'єкта.

2. Друга вісь вміщує в себе розлади особистості психотичного та непсихотичного рівня.
3. До третьої осі відносять різні акцентуації особистості. Тобто аутоагресивна поведінка розглядається як наслідок проявів різного роду особистісних акцентуацій суб'єкта. Саме тому своєчасна діагностика та виявлення акцентуацій особистості важлива для прогнозування потенційно можливих виявів аутоагресивної поведінки індивіда.
4. Четверта вісь характеризує соціальну адаптацію особистості та виявляється у рівні соціальної взаємодії та функціонування в соціумі в цілому. Порушення соціального функціонування та адаптації особистості в соціумі може призводити до неадекватних ситуації реакцій та супроводжується стражданням особистості. Таким чином у ситуації соціальної дезадаптації саме аутоагресивна поведінка може набувати адаптаційного характеру [№52].

М. Сімпсоном явище аутоагресії розглядається як завдання собі самому фізичної шкоди та вбирає в себе дії суб'єкта, які ведуть до руйнування, спотворення або будь-якого іншого пошкодження власного тіла, які не залежать від поставленої цілі. Так же розглядає феномен аутоагресивної поведінки й Г. М'юрфі: аутоагресія як поведінка, наслідком якої є фізична шкода організму даного індивіда (де фізична шкода розглядається як нанесення собі порізів, ран; переломи, побиття та інші пошкодження тіла [8, 40].

Звідси слідує, що явище самопошкоджуючої поведінки слід відносити до більш широкого поняття аутоагресивної поведінки, як дії, направлені на заподіяння собі самому фізичної чи будь-якої іншої шкоди, проте які не ведуть до припинення індивідом життя. Феномен аутоагресивної поведінки окрім того відносить до себе й крайній вияв агресії направленої на самого себе та приймає вигляд суїцидальної поведінки та може призвести до закінчення життя суб'єктом.

1.2. Особливості емоційної сфери осіб юнацького віку

Розвиток емоційної сфери особистості характеризується поступовим формуванням навичок диференціації власних емоцій та почуттів, здатності вербалізувати їх та можливості усвідомлювати свої емоційні переживання для регулювання життєдіяльності.

Старший юнацький вік виступає складним переломним етапом у розвитку особистості. Вибір майбутньої направленості життя в професійному плані, остаточна сепарація від батьків та інші складні відповідальні соціально-психологічні фактори становлення зрілої особистості роблять юнацький вік надзвичайно уразливим у емоційно-психологічному аспекті розвитку студента. Юнацький вік психологічно може супроводжуватися різкими змінами модальності настрою, та проявляється в емоційній нестійкості, а також підвищеною в порівнянні з підлітковим віком збудливістю (що може проявлятися в емоційній неврівноваженості, також різких змінах настрою чи підвищеною тривожністю).

Психологами зазначається, що саме в цей надзвичайно чутливий до змін період відбувається пошук власного життєвого шляху, пошук своєї професії. Також даний період характеризується становленням стійкого самопізнання та формуванням стабільного образу “Я”, відбувається побудова системи певних уявлень про себе, яка вибудовує відповідну психологічну реальність особистості і впливає на поведінку та стає основою тих чи інших переживань індивіда. Відповідно юнацькому віку характерні високий рівень рефлексії та самоаналізу [68, 75].

Така соціально-психологічна напруга: становлення самостійного життя особистості, намагання адаптуватися в новому для себе відповідальному середовищі зумовлює певну емоційну вразливість особистості в даний період,

що й призводить до виникнення у студента підвищеного рівня тривожності, емоційної нестійкості та загальної афективності.

Психологічна наука визначає поняття «емоцій» як систему певних переживань особи, які виникають як відповідна реакція на зовнішні чи внутрішні подразники. Тобто емоції виникають як сигнали, що дають можливість індивіду реагувати адекватно до ситуації та формувати своє ставлення до цієї самої ситуації, до оточуючих людей та до самого себе.

Окрім того явище емоцій людини розглядають як загальна реакція організму людини яка в своїй структурі має не лише психологічний фактор - певне відповідне суб'єктивне переживання, а й фізіологічний компонент - як відповідні фізіологічні зміни в організмі особи, які супроводжують дане психологічне переживання. Та визначають цю загальну реакцію як емоційний стан людини.

Емоції виступають таким чином, як система внутрішніх сигналів, які безпосередньо відображають взаємозв'язок між мотивами та здійсненням діяльності, що їм відповідає. Перші дві складові емоцій – це їхні внутрішні прояви, які залишаються всередині тіла. Завдяки третьому компоненту емоцій - проявам поведінки ці сигнали вивільняються і емоційна енергія розвантажується. Оскільки сучасний світ і культурні норми зокрема, як правило, вимагають стриманості у вияві почуттів та емоцій, для фізичного та психічного здоров'я людини необхідно здійснювати відстрочене вивільнення зайвої енергії. Це може відбуватися через будь-які дії, прийнятні для окремої людини та суспільства в цілому: рухливі ігри, різні види спорту, навіть прибирання в домі.

Старший юнацький вік – важкий та переломний період у житті людини. Цей важливий етап у розвитку особистості розглядався у працях багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів: Коменський Я.А., Ельконін Д. Б., Божович Л. І., Виготський Л. С., Бюлер С. та інші. Синонімічним вважається поняття, що

характеризує юнацький вік, «криза молоді», зміст якої полягає в тому, що боротьба за незалежність і самостійність виступає як задоволення студентом своїх потреб у самооцінці, самопізнанні, самовираженні та формуванні повноцінних нових форм поведінки.

Слід зазначити, що старший юнацький вік характеризується емоційними проблемами, зумовленими потребою у професійній рішучості, автономності від сім'ї та інших соціально значущих дорослих та побудові нової системи взаємин з однолітками. Така ситуація є стресовою для молодого людини і призводить до неврозів, стресів, різного роду зривів. Психологічні труднощі в процесі дорослішання, суперечність між образом «Я» і рівнем домагань стають для особистості основними чинниками емоційної напруженості у цьому періоді життя.

Таким чином, серед специфічних особливостей емоційної сфери осіб старшого юнацького віку виділяють:

- Підвищена емоційна збудливість. Такий прояв обумовлено появою емоційності, плаксивості, тривоги, агресії та імпульсивності в поведінці.
- Нестійкість емоційних реакцій і переживань.
- Високий рівень тривожності через наявність готовності в очікуванні страху. Цей факт пояснюється появою в житті студента тісних інтимних і особистих стосунків з іншими людьми.
- Протиріччя почуттів.
- Формування самосвідомості в цьому віці призводить до появи переживань в плані самооцінки.
- Бажання бути членом будь-якої групи чи колективу через потребу емоційної прихильності від однолітків.
- Формування та закріплення патріотичних почуттів.
- Пред'явлення високих вимог до дружби, яка ґрунтується на взаємних інтересах, потребах і бажаннях [28].

У цей період формуються і закріплюються стійкі форми поведінки, риси характеру та способи емоційного реагування; це період, коли юнак досягає певних досягнень, швидко накопичує знання та навички, переживає становлення власного “Я” і займає нові позиції в суспільстві. При цьому студент поступово потрапляє в ситуацію дискомфорту, розчарування та інших негативних почуттів, які часто викликають занепокоєння. Такі стани характеризуються суб’єктивними переживаннями стресу, тривоги, а з точки зору фізіології – активацією вегетативної нервової системи [54].

На думку дослідників (Г. М. Прихожан) тривога виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю та динамікою з часом. Звичайно, певний рівень тривожності є природною, нормальною та обов’язковою характеристикою активної діяльності особистості. Виникнення тривожності зазвичай пов’язано з очікуванням невдачі в різних соціальних ситуаціях взаємодії та/або невмінням визначити, виявити джерело небезпеки. Це почуття може проявлятися як суб’єктивне відчуття невміння, невпевненості в собі, відчуття безпорадності перед зовнішніми факторами, що виникає внаслідок суб’єктивного перебільшення їх загрозливого характеру та значення. Постійна особистісна тривога виникає у студентів з високим рівнем вразливості, підозрливості і є ознакою емоційної дезадаптації.

У старшому юнацькому віці збільшується увага людини до власної особистості, включаючи особисті фізичні можливості; спостерігається загострення реакції на думку інших людей про себе, відчуття власної гідності. Перш за все, порівняно з дитинством, спостерігається підвищення уваги до свого тіла, що пов’язано не тільки з фізичними змінами, а й новою соціальною роллю - студента.

Ще однією особливістю емоційної сфери студентів є співіснування амбівалентних емоцій (наприклад, здатність любити і ненавидіти людину одночасно і ці два хибні почуття є справжніми і щирими).

Одним з показників проявів емоційного розладу є пригнічений стан студента. Психологічне невдоволення студента, так що в емоційній сфері виникають продовжені в часі наслідки. Дослідники Прихожан Г. М. та Синицький В. М. пов'язують деякі види порушень поведінки студента (імпульсивні потенційно небезпечні вчинки, прогули університетських занять та аутоагресію, зокрема) з формами психогенних розладів, у тому числі з депресією.

В юнацькому віці, зауважує Синицький В. М., депресивні симптоми в більшості випадків схожі на симптоми в дорослому віці. Відчай і відчуття, що в цій ситуації нічого не можна змінити, призводять до підвищення ризику самогубства в цей період життя. Іноді такі учні намагаються покращити свій стан, впадаючи в так званий ескапізм та зловживаючи різними психоактивними речовинами, що в свою чергу може призвести до наркотичної чи алкогольної залежності. Як і в дорослому віці, у студентів спостерігається поява депресивних розладів, обумовлених генетичними факторами, але не менш важливим є вплив факторів зовнішнього середовища.

Згідно Синицькому В. М. найважливішою причиною цього є припинення близьких стосунків. Переживання, пов'язані з розставанням, можуть виникнути безпосередньо під час розриву і в той же час настання депресивних станів. Крім того, важливу роль у розвитку депресії в юнацькому віці відіграє відчуття нездатності до самореалізації [22].

Інший тип емоційного розладу - страх і надмірна тривожність. Страх і фобії можуть виникати на будь-якому етапі розвитку людини, але особливо часто вони зустрічаються в юнацькому віці. Це може бути специфічний страх перед певними ситуаціями, об'єктами чи людьми, або це може бути загальний стан особистості. Особи старшого юнацького віку, як і дорослі, часто схильні вчитися на своїх страхах перед оточуючими, так би мовити, «заражатися» ними, зокрема, їм можна навчитися від інших членів сім'ї. На ці страхи великий

вплив мають стилі взаємин у сім'ї (надмірна опіка над дитиною зі сторони батьків, симбіоз матері та дитини тощо). Страхи можуть виникати і через невпевненість студента в міжособистісних стосунках з іншими людьми. Шкільні страхи свідчать про неорганізованість особистості через надмірну тривожність, її нестійкість. Часто виникають цілком обґрунтовані побоювання покинутих учнів, труднощів або порушень процесів навчання, фізичної слабкості. Ці обставини можуть призвести до різних форм девіантної поведінки, які проявляються одночасно зі страхом покарання. Емоційні розлади можуть виникати в багатьох інших формах (наприклад, іпохондричний стан, істерика тощо) [13].

Отже, і на сьогодні не втрачає актуальності загально визнане положення, а саме, що неадекватний емоційний досвід, набутий у дитинстві (у неблагополучних сім'ях у стосунках дітей з батьками та між батьками), відбивається на загальному стані емоційного розвитку людини, зокрема і в період юнацького дорослішання. Крім того, емоційні порушення у студентів тісно пов'язані з ознаками сімейного неблагополуччя, такими як материнський невроз, сварки між батьками, розбрат в сім'ї, батьківська дратівливість у стосунках з дітьми.

1.3. Явище самопошкоджуючої поведінки у осіб старшого юнацького віку

Відповідно до діагностичних критеріїв ДСМ 5-го перегляду, найпоширенішими методами самопошкодження є порізи тіла різними інструментами: ножем, бритвою, голкою або іншими гострими предметами. Такі пошкодження шкіри тіла, як правило, виникають постійно і представляють собою серію поверхневих паралельних порізів, на відстані одного-двох

сантиметрів один від одного. Вони наносяться людиною на видиму або доступну частину тіла. Самопошкодження різними способами зазвичай пов'язані з більш серйозними психопатологіями та спробами суїциду [34, 79].

Самопошкоджуюча поведінка є таким поняттям, що включає в себе широкий спектр дій, які передбачають умисне фізичне нанесення шкоди власному тілу; поведінка, не схвалена суспільством, пов'язана з умисним заподіянням тілесних ушкоджень, що не спричиняють смертельних наслідків. До таких дій відносяться: порізи на шкірі; удари по тілу; уколи свого тіла різними гострими предметами; термічні пошкодження тканин організму (опіки); прикусування внутрішньої стінки щік, губ або язика; розчісування шкіри тощо [80].

Термін «самопошкодження» використовується не тільки для опису самопошкоджуючої поведінки, але також досить часто використовується як синонім аутоагресивної або суїцидальної поведінки, а також для опису дій, пов'язаних з навмисним пошкодженням частин тіла під час різних захворювань. Термін «самопошкоджуюча поведінка» розуміється як несуйцидальна форма самопошкодження [80,81]. Зокрема, дослідники Е. Патісон, Дж. Каган та А. Фавацца виділяють наступні ознаки самопошкоджуючої поведінки:

- цілеспрямованість;
- рецидив;
- соціальний осуд такої поведінки;
- відсутність бажання померти таким чином;
- навмисна поведінка;
- відчуття тривоги, що передують дії, що суб'єкт наносить собі шкоди;
- відчуття полегшення після вчинку відповідно [86].

Розмежування понять суїциду та самопошкодження вперше було розглянуто в психіатричній літературі в 1970-х роках. У 1983-1984 рр. Патісоном і Каганом була проведена диференційна класифікація самопошкоджуючої поведінки, яка містила три параметри характеристик самопошкодження:

1. Прямий/непрямий параметр (Фарберов, 1980). Це пов'язано з часом та усвідомленням дій, які здійснюються. Таким чином, пряма самопошкоджуюча поведінка виникає за короткий проміжок часу; є також розуміння наслідків таких дій і наміри завдати собі шкоди. Непряма поведінка, що призводить до завдання собі самому шкоди, відбувається протягом більш тривалого періоду часу, ніж пряма; з розумінням небезпечних наслідків, а також свідомим наміром завдати собі шкоди.
2. Параметр смертності (Литман, 1980). Характеризується ступенем ймовірності летальних наслідків таких самопошкоджуючих вчинків та дій. Поведінка з високою смертністю має високу ймовірність смертності, а поведінка з низькою смертністю має низький рівень смертності, відповідно.
3. Параметр повторюваності (Фармер, 1980). Це пов'язано з тим, чи відбувалися самопошкодження один раз чи багато разів. Ці параметри використовуються для розрізнення суїцидальних і несуйцидальних самопошкоджень. Наприклад, одиничний епізод з високою смертністю та прямим самопошкодженням (наприклад, постріл з вогнепальної зброї в голову) кваліфікується як самогубство. У той час як низькосмертельна поведінка, повторювана і пряма, наприклад порізи шкіри, класифікується як синдром навмисного самопошкодження; також прикладами подібної непрямой поведінки є хронічний алкоголізм і затяжне куріння.

Класифікація, створена Фавазза та Розенталем в 1990 році і згодом модифікована в 1995 році, широко використовується в клінічній практиці.

Класифікація поділяє патологічні самопошкодження на три категорії за ступенем ураження тканин їх інтенсивністю та змістом поведінки:

- Значне самопошкодження;
- Стереотипне самопошкодження;
- Поверхнєве або ж помірне. У свою чергу поділяється на три підтипи: компульсивне, епізодичне, повторюване.

Істотним самопошкодженням називають такі рідкісні дії, як видалення очного яблука (енуклеація), ампутація однієї з кінцівок, кастрація, які призводять до значного пошкодження тканин організму. Повторювані дії називають стереотипним самопошкодженнями (наприклад, коли людина б'ється головою об стіну або інший твердий предмет). Такі дії часто ритмічні.

Помірним або поверхневим самопошкодженням називають епізодичні або повторювані акти низької смертності з незначними пошкодженнями тканин організму. Це найпоширеніший вид самотравм, який включає такі види поведінки, як порізи шкіри, гризти нігті, виривання волосся (виділяють окремий термін на позначення таких дій – «дерматиломанія»). На відміну від стереотипного типу, тут немає ритмічності, у виконуваних діях також є певна символіка і для їх виконання потрібні додаткові предмети, наприклад ніж, бритва, запальничка тощо [80,81].

Важливим видається факт, що ця класифікація не враховує етимологію і може змінюватися зі все більшим вивченням даного питання, але вона широко та ефективно використовується в клінічній практиці. Таким чином, кожен вид самопошкодження зазвичай переважає при тих чи інших психічних розладах як основна діагностична ознака або як супутня.

Визначаючи поведінку, що викликає різного типу самопошкодження, дослідники звертають увагу на їх психологічну та фізичну складові. Психологічна складова самопошкоджуючої поведінки пов'язана з психічним

розладом особистості і власне за допомогою такої поведінки подолати цей дистрес. Фізична складова - при фізичній травмі та пошкодженні органів і тканин організму.

Дослідники Фавацца та Розенталь розглядають це явище як форму реагування на ситуації та події в навколишньому світі. Важлива роль у вивченні психологічних механізмів самопошкоджуючої поведінки відводиться дослідженню взаємозв'язку статі та віку у формуванні готовності до самопошкодження. Хоча акти самопошкоджуючої поведінки спостерігаються на різних етапах онтогенезу, у тому числі в старості, більшість досліджень самопошкоджуючої поведінки з точки зору факторів ризику – це молоді період. Юнацький вік є найбільш чутливим і вразливим, оскільки саме в цьому віці спостерігається найбільша частота самопошкодження. Пік госпіталізації пацієнтів, які здійснюють самопошкодження, припадає на вік 20-29 років (ДСМ-5, 2013) [79,80].

Переважає більшість дослідників порушення емоційної регуляції розглядають як провідну причину аутоагресивної поведінки, або як частину складнішої структури як посередник взаємозв'язку між самопошкоджуючою поведінкою та різними ситуаційними факторами (умови життя в неблагополучних сім'ях). дитяча психологічна травма, культурне середовище тощо). Сам феномен емоційної регуляції по-різному вказується авторами і пов'язують його з різними явищами: управління інтенсивністю наявних емоцій; здатність переживати різні емоції; контроль над емоціями та їх проявами; усвідомлення та розуміння своїх емоцій [45,46].

Виділяють такі фактори, що регулюють їхні емоції:

- усвідомлення та розуміння емоцій в собі (відстеження своїх емоцій);
- оцінка емоцій;

- зміна емоційних станів (придушення небажаних емоцій; контроль імпульсивної поведінки) [46].

Теоретичний аналіз дозволив з'ясувати, що деструктивні способи емоційної регуляції, такі як самопошкодження, у дослідженнях самопошкоджуючу поведінку розглядають з двох сторін: як спосіб управління негативними емоціями і з іншого - як деструктивний спосіб емоційної регуляції [35,45,46].

Зв'язок між поведінкою, метою якої є нанесення собі шкоди, та ворожістю і тривогою відзначають у своєму дослідженні Рос С. та Хіт Н., пропонуючи модель ворожості та пояснюючи самопошкоджуючу поведінку, як «катарсис», що виникає в періоди стресу. Таким чином, вираження емоцій через прояви самопошкоджуючої поведінки пояснюється утрудненням вираження гніву та ворожості по відношенню до інших та їх перенаправлення на себе. Результати дослідження групи студентів показали, що у респондентів із самопошкоджуючою поведінкою вищий рівень тривожності (за шкалою Бека) та шкали ворожості. В інтерв'ю з респондентами також описано почуття, які вони відчували під час самопошкодження, та причини їх реалізації: гнів відчували 16,4% студентів із самопошкоджуючою поведінкою, а 78,7% – почуття гніву та тривоги [43,44].

Дослідження взаємозв'язку психологічних змінних з повторним самопошкодженням студентів показало високі показники депресії, безнадійності, дратівливості та низькі показники прийняття рішень. Було також показано, що депресія є ключовим фактором ризику повторного самопошкодження серед студентів [35].

Д. Клонського самопошкоджуючим діям часто передують переживання сильних негативних емоцій, інтенсивність яких після акту самопошкодження зменшується. Ця закономірність була експериментально доведена в дослідженні Клонського 2007 році, в якому акт самопошкоджуючої поведінки

замінювався виконанням такого ж в уяві - відбувалися зміни емоційного стану як самозвіту, так і об'єктивної фіксації фізіологічних параметрів. Так, перед виконанням самопошкоджуючих дій в уяві респонденти сказали, що відчувають смуток, тривогу, «емоційний біль», розчарування, тоді як після – спокій, розслаблення, полегшення, тобто валентність емоцій змінилася на позитивну, а інтенсивність емоцій зменшилася [83].

Вивчаючи самопошкоджуючу поведінку, як деструктивний спосіб емоційної регуляції, виявили зв'язок між емоційною ізоляцією та нездатністю висловлювати свої емоції і частотою самопошкодження. Вузкий діапазон стратегій і моделей емоційної регуляції пов'язаний з поганим ставленням до суб'єкта у дитинстві та самопошкодженням у дорослому віці. Згідно з дослідженням К. Л. Граца та Л. Роемера, 2008, 2004, студенти з високою частотою самопошкодження мають невеликий репертуар доступних стратегій для регулювання емоцій і менше усвідомлюють ці емоції. Розлади емоційної регуляції також відрізняються між групами студентів, які мають схильність до самопошкодження і без неї, особливо за шкалами усвідомлення та розуміння емоцій у жінок та неприйняття своїх емоцій у чоловіків [44].

Слід відмітити, що розлади емоційної регуляції часто виступають як психологічний механізм проявів розладів поведінки, у тому числі й самопошкоджуючої поведінки людей з межовими (емоційно нестабільними) розладами особистості, розлади харчової поведінки, суїцидальна поведінка, травматичні розлади, пов'язані з сильним стресом і дистресом. Патологічні варіанти особистісного розвитку дітей, які перебувають у неблагополучному сімейному оточенні.

На нашу думку, причинами вивчення онтогенетичних факторів самопошкоджуючої поведінки є створення умов для отримання нових даних і на їх основі формування діагностичної оцінки та можливості поглибленого

вивчення і спроби зрозуміти причини та умови готовності до вчинення таких дій.

Теоретичною основою для дослідження самопошкоджуючої поведінки вважаються ідеї диференціації та інтеграції природи психічного розвитку, у формуванні її компонентів - вищих психічних функцій особистості, велику роль у формуванні та розвитку яких відіграє культура, особливості аномального психічного розвитку та створення компенсаторних механізмів в умовах обмеженого психічного функціонування.

Ідеї діяльнісного підходу О. М. Леонтьєва та культурно-історичної теорії розвитку вищих психічних функцій Л. С. Виготського дозволяють розглядати самопошкоджуючу поведінку як засіб впливу на себе та сторонніх людей і як дії, функціонально пов'язані з менш диференційованими психологічними структурами. Цей зв'язок пояснюється порушенням нормального онтогенезу психіки і поведінки або порушенням психологічного функціонування в нормальному онтогенезі.

Умовами формування самопошкоджуючої поведінки вважається порушення саморегуляції внаслідок недостатньої диференціації або розпаду компонентів психічної діяльності людини: афективної, когнітивної та особистісної, що проявляється високою ефективністю самопошкоджуючої поведінки, спрямованої на травмування себе самого [43,45].

Теоретичний аналіз з означеної проблематики дозволив зробити наступне узагальнення: вразливість до проявів самопошкоджуючої поведінки спостерігається в кризові періоди психічного і фізичного розвитку, що супроводжуються інтенсивним формуванням і розвитком психологічних структур і функцій. Перш за все, цей період - це юнацький вік і властиві йому складні і суперечливі за своєю природою тенденції емоційно-особистісного розвитку [44].

Співвідношення диференціації та інтеграції протягом усього психічного розвитку змінюється: диференціація психічних процесів супроводжується інтенсивними періодами розвитку, тоді як на більш стійких стадіях розвитку - інтеграцією. Самі дії самопошкоджуючої поведінки найчастіше відбуваються в інтенсивні періоди розвитку, характеризуються якісними змінами і проблеми, пов'язані з порушенням психологічної диференціації, показують умови формування готовності до самопошкодження [9,43].

Така модель поведінки, на думку Л. С. Виготського, як самопошкоджуюча поведінка, має власний генетичний контекст і є однією з найбільш ранніх форм організації своєї поведінки дитиною, яка відіграє роль не тільки на ранніх етапах психічного розвитку, а й на пізніших стадіях. Це пов'язано з генетичною багат шаровістю поведінки, про яку писав Л. С. Виготський, яка полягає в можливості співіснування в людській особистості всіх генетичних рівнів, пройдених індивідом у різні періоди свого розвитку в онтогенезі [15].

У віковій психології зазначено, що початкові етапи поведінки, коли дії дитини ще не диференційовані і відсутнє суб'єкт-об'єктне відокремлення, характеризуються імпульсивним, випадковим і короткочасним характером заподіяння немовлятам самопошкодження як засобу рухової організації або сенсорної стимуляції. Закріплення цієї форми поведінки та її стереотипність відбувається внаслідок порушення психічного розвитку або значних обмежень середовища, які є факторами психічної депривації [17].

На наступних етапах розвитку в межах вже високодиференційованої психіки самопошкоджуюча поведінка виступає як спосіб саморегуляції своєї поведінки. При цьому сама можливість актуалізації такої поведінки пояснюється регресією (поверненням до більш ранніх форм організації психічних процесів у поведінці в онтогенезі). Причини такого регресу пов'язані з фрустраційними соціальними та психологічними факторами [17].

Таким чином, на початковому етапі організації рухової поведінки самопошкоджуючі дії виступають, з одного боку, як випадкові рухи при вивченні об'єктивної реальності, а з іншого – як спосіб зниження стресу шляхом регресії. Механізм регресу до менш організованої та дифузної діяльності в умовах підвищеного навантаження підтверджує можливість збереження на більш зрілих рівнях онтогенезу готовності до виконання дій самопошкоджуючого характеру. Якщо на ранніх етапах розвитку психіки самопошкодження є випадковим і ритмічно організованим рухом, то з розвитком здатності до концептуалізації самопошкодження набуває більш складний смисловий характер.

З моменту оволодіння дитиною соціалізованим мовленням і використанням культурних стимулів акти самопошкодження набувають якісно іншої функції - символічної і здійснюються внаслідок психологічної дисфункції. Це вже цілеспрямовані та навмисні дії самопошкодуючої поведінки, що виникають як наслідок реакції на стрес або є наслідком хронічних патологічних дисфункцій [15].

Отже, з вищезазначеного слідує, що психологічна структура самопошкодуючої поведінки включає такі види самопошкоджень, що визначаються нормативним або порушеним характером психічного та поведінкового розвитку, психологічними особливостями віку, соціальною ситуацією та індивідуальною історією розвитку особистості:

- на ранніх стадіях розвитку (молодший вік) формується реактивний тип самопошкодуючої поведінки: рідкі імпульсивні або вольові акти самопошкодження, починаючи з віку малюка;
- на пізніх стадіях розвитку, що характеризуються більшою диференціацією організації (з дошкільного віку) виникає дисфункціональний тип самопошкодуючої поведінки: дії, що повторюються, імпульсивні, стереотипні або вольові;

- з підліткового віку і далі в розвитку виникає ідентифікаційний тип самопошкоджуючої поведінки: нечасті або повторювані вольові дії самопошкоджуючої поведінки.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз щодо проблем самопошкоджуючої поведінки й особливостей емоційної сфери дозволив зробити наступні висновки:

1. Явище самопошкоджуючої поведінки як збірне поняття на позначення будь-яких дій, що спрямовані на завдання самому собі шкоди, та не ведуть до трагічних наслідків - таких як самогубство індивіда, входить до більш широкого поняття аутоагресивної поведінки. Остання, в свою чергу, як загальний феномен вміщує в себе різні типи поведінки: від найлегших за наслідками вчинків та дій, що мають на меті нанесення собі самому будь-якої шкоди (до переліку яких за різними класифікаціями можна віднести й власне термін самопошкоджуючої поведінки) до таких актів аутоагресивної поведінки, які можуть призвести й до закінчення суб'єктом власного життя. Така феноменологічна близькість самопошкоджуючої поведінки із найнебезпечнішим проявом агресії направленої на самого себе - самогубством, змушує вважати деяких вчених, що перше потенційно може призвести до загострення стану та викликати й суїцидальні прояви.

2. Самопошкоджуюча поведінка включає в себе велику кількість різноманітних форм діяльності, яка не має суїцидальної направленості, проте має на меті зашкодити собі самому. Велика кількість класифікацій показує різноманіття таких дій, які різняться за різними критеріями між собою та в основному мають відмінності в наслідках пошкоджень. До самопошкоджуючих дій відносять як і прямі нанесення пошкоджень своєму тілу за допомогою різних інструментів так і завуальовані дії, спрямовані на нанесення собі самому шкоди - різноманітні модифікації власного тіла (захоплення татуваннями, пірсингом та іншим).

3. Розповсюдженість такої деструктивної форми урегулювання емоційної напруги як самопошкоджуюча поведінка в юнацькому віці на жаль не зумовлює великої кількості досліджень на дану тему. Складність виявлення самопошкоджуючої поведінки серед осіб юнацького віку зокрема (даний вид поведінки являється соціально засуджуваним , це й спричинює мотивацію суб'єкта, який проявляє тенденцію до самопошкоджень, приховувати свої дії та

їх наслідки від сторонніх людей та близьких) спричиняє потребу у все глибшому вивченні особливостей прояву самопошкоджуючих дій та схильності до них.

4. Розлади емоційної регуляції різні автори та дослідники розглядають як провідну причину аутоагресивної поведінки, або як частину складнішої структури як посередник взаємозв'язку між самопошкоджуючою поведінкою та різними ситуативними факторами. Саме явище емоційної регуляції автори по-різному визначають і пов'язують з різними явищами: управління інтенсивністю наявних емоцій; здатність переживати різні емоції; контроль над емоціями та їх проявами; усвідомлення та розуміння своїх емоцій.

5. Формування і прояви самопошкоджуючої поведінки значною мірою зумовлені дисфункціональною регуляцією емоцій. Найбільш чутливим періодом в онтогенезі для формування аномальної саморегуляції емоційної діяльності є підлітковий вік, як період найбільших змін у розвитку психіки.

6. Порушення емоційної саморегуляції на когнітивному та особистісному рівнях мають велике значення у формуванні самопошкоджуючої поведінки, що проявляється у труднощах виявлення, розуміння та вираження емоцій, відповідному управлінні ними, у переважанні негативних емоцій. Ці порушення зумовлені недостатньою диференціацією емоцій в аномальному онтогенезі або порушеннями на рівні інтегративних зв'язків емоцій з особистісно-когнітивними утвореннями в нормальному розвитку.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ СХИЛЬНИХ ДО САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Основні підходи дослідження явища самопошкоджуючої поведінки

На сьогодні продовжує бути актуальною тенденція до розширення можливостей проведення досліджень самопошкоджуючої поведінки: клінічні випадки самопошкодження доповнюються дослідженнями на доклінічних зразках. Усе це зумовлює необхідність впровадження різноманітних методів вивчення самопошкоджуючої поведінки. У зв'язку з тим, що клінічні методи не завжди можуть бути застосовані до дослідження самопошкоджуючої поведінки в неклінічних умовах, дуже важливим питанням є атестація цих методів або розробка нових.

Розширення теми дослідження самопошкоджуючої поведінки зумовлене культурними та соціальними аспектами феномену самопошкодження, а різноманітні форми аутоагресивної поведінки, що пропагуються різними онлайн-спільнотами та молодіжними субкультурами, створюють нові методики вивчення самопошкоджень.

В психологічній науці виокремлюють наступні методи дослідження феномену самопошкоджуючої поведінки:

- *Спостереження.* Використання цього методу при дослідженні самопошкоджуючої поведінки найчастіше використовується в клінічних дослідженнях і являє собою ряд дій: безпосереднє спостереження за самопошкоджуючою поведінкою досліджуваних, самоопис своїх дій, фото- та відеозапис як спосіб зафіксувати ці дії. У рамках методу спостереження найчастіше ставиться завдання описати феноменологію самопошкоджуючої поведінки та індивідуальну модель самопошкодження досліджуваного.

Відповідні опитувальники та шкали розробляються клініцистами на основі основного методу спостереження за самопошкоджуючою поведінкою. Опитувальник самопошкоджуючої поведінки включає такі пункти: фізична агресія по відношенню до інших, деструктивні дії щодо довкілля, три з яких виявляють частоту та серйозність поведінки та необхідність обмеження рухів (Шройдер, Роян, Різ, 1997); «Шкала часу вчинення самопошкоджуючих дій»

також використовується дослідниками для вивчення частоти самопошкоджень протягом шести послідовних інтервалів часу, розділених на 10 хвилин (Брасік, Барнет, Ен, 1997).

- *Якісні методи дослідження*: аналіз та інтерпретація інтерв'ю та текстів. Проведення співбесід. Як правило, для вивчення самопошкоджуючої поведінки використовується структуроване інтерв'ю для збору та запису анамнестичних даних, що стосуються загальної інформації соціально-демографічного та клінічного характеру, а також конкретних запитань, пов'язаних з індивідуальним анамнезом самопошкодження.

- *Інтерв'ю*. В інтерв'ю виявляється частота і способи самопошкоджуючих дій та їх зв'язок з подіями в житті суб'єкта, звичка до здійснення самопошкоджуючих дій; також визначає коло факторів, що впливають на поведінку респондентів (соціальних, психологічних та клінічних). Найбільш поширеними питаннями, які використовуються для інтерв'ю, є запитання диференційної оцінки явищ самопошкодження:

- чи набувають дії самопошкоджуючої поведінки суїцидального/несуїцидального характеру;
- чи є акти самопошкодження симптомами психічного захворювання чи психологічних проблем особистості;
- чи відбуваються такі дії свідомо, чи є імпульсивними та неконтрольованими;
- яких психологічно значущих цілей досягають суб'єкти шляхом самопошкодження (наприклад, позбутися нестерпного стресу, душевного болю; контролювати свої емоції; досягти душевного спокою; впливати на інших людей тощо).

- *Аналіз тексту*. Якісні методи дослідження використовуються при аналізі текстів з онлайн-спільнот на тему самопошкоджуючої поведінки, а також аналізі текстів, написаних досліджуваним на прохання дослідника.

Дослідження за допомогою цього методу виявлення самопошкоджуючої поведінки часто виконуються в наративному підході і за своєю природою близькі до етнографії та соціології. Їхня мета — описати феноменологію поведінки, що викликає самопошкодження в різних культурних групах, або виявити специфіку певного субкультурного прояву (Гордон та Абрамс, 2003).

- *Експеримент.* Етичний кодекс психологів не допускає впливу, що спричиняє самопошкоджуючу поведінку, тому не на людських індивідах, а на тваринах проводяться експерименти на цю тему: вплив здійснюється шляхом зміни умов їх утримання та догляду за тваринами, а також введення тестованих тварини різних хімічних речовин, після чого вони вчиняють акти самопошкоджуючої поведінки.

У 1960-1990-х роках були проведені клінічні дослідження механізмів самопошкоджуючої поведінки у хворих на олігофренію та вивчені механізми умовних рефлексів, щоб простежити тип підкріплення, що підтримує дану поведінку. Наприклад, в одному з таких досліджень вчені сформуливали такі умови, які потенційно могли б теоретично спричинити прояви самопошкоджуючої поведінки: відсутність уваги до суб'єкта; важке або неприємне заняття і т. д. Експеримент припиняли лише у разі вчинення актів самопошкодження та загрози здоров'ю і життю досліджуваного [43].

На сьогодні, можна констатувати, що найчастіше створюються експерименти, пов'язані з проявами самопошкоджуючої поведінки, які стосуються розробки, створення та перевірки прийомів, спрямованих на придушення проявів такої поведінки. Варіант передекспериментального плану дослідження — аналіз окремих випадків актів самопошкоджуючої поведінки.

- *Об'єктивні тести.* Вивчення самопошкоджуючої поведінки найчастіше проводиться в рамках клінічних досліджень межових та інших емоційних розладів, що зустрічаються в структурі досліджень яскраво виражених явних і латентних аспектів аутоагресивної поведінки. Важливо, що часто саморуйнівні

думки та емоції не завжди можуть бути зрозумілі, виявлені самими суб'єктами, а крім того, нерідкі випадки закриття фактів такої поведінки від спеціалістів при спілкуванні з людиною, яка виявляє схильність до самопошкодження. Про це свідчать анонімні дослідження суїцидальної поведінки, які виявили збільшення статистики респондентів, які виявляють самопошкодження, у 2-3 рази. У цьому випадку дослідники використовують методи дослідження імпліцитних ідей, які допомагають виявити латентні (неявні) аспекти саморуйнівних форм поведінки, зокрема самопошкодження.

- *Методи самозвіту.* Методики самозвіту також використовуються для вивчення поведінки, направленої на заподіяння собі самому шкоди, і є опитувальниками або шкалами дихотомічного типу або типу Лайкерта. Вони можуть бути спеціальними, тобто вузько орієнтованими на вивчення ознаки (наприклад, для вимірювання лише проявів самопошкоджуючої поведінки) або такими, що досліджують різні фактори, спрямованими на вивчення широкого змісту суїцидальної поведінки в цілому (вимірюють не тільки прояви самопошкоджуючої поведінки, але і аутоагресивної, ризикованої або навіть адиктивної поведінки).

Опитувальник стверджень про самопошкодження. Він складається з двох частин: перша вимірює частоту актів самопошкодження та факторів, що виникають паралельно (вік суб'єкта; акти самопошкодження на самоті або на очах інших людей); друга частина анкети складається з питань про функції самопошкоджуючої поведінки, важливість яких оцінюється респондентом за трибальною шкалою. На основі останньої частини визначаються два фактори самопошкоджуючої поведінки: соціальне підкріплення (міжособистісна взаємодія) і автоматичне підкріплення (регулювання впливу).

Методика опитувальник навмисного самопошкодження. Ця методика вивчає фактичні пошкодження тканин організму різного походження; визначає

частоту, тяжкість і тривалість самотравм; крім того, до шкали входять спроби самогубства. Результат методу змінюється в залежності від цілей дослідження. Так, чисельна зміна використовується для визначення частоти самопошкоджуючої поведінки, а дихотомічна зміна використовується для виявлення пацієнтів з межовим розладом особистості (у яких акти самопошкоджуючої поведінки виступають діагностичним критерієм).

Функціональна оцінка самопошкодження, яка вимірює наявність і частоту актів самопошкодження протягом останнього року життя респондента. Предмети, спрямовані на вимірювання самопошкоджуючої поведінки, об'єднані в два фактори:

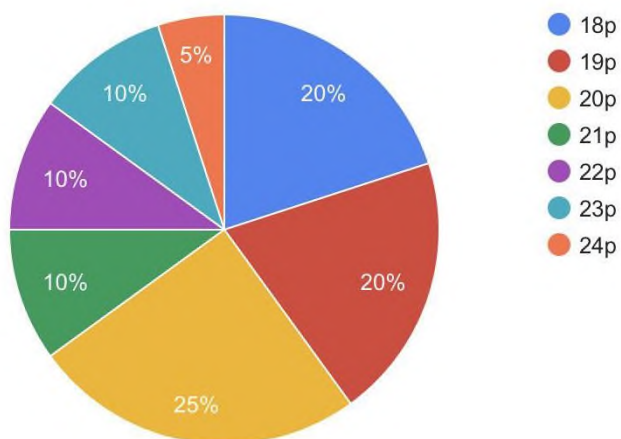
- 1) складається з порізів, опіків, татуювання, розчісування шкіри;
- 2) включає: удари по власному тілу, виривання волосся, введення різних гострих предметів під нігті, розчісування шкіри до крові.

Опитувальник поведінки, пов'язаної із заподіянням шкоди собі самому. Ця методика спрямована на збір демографічних даних, вивчення біографічної інформації (вивчення сімейного анамнезу психічних захворювань), крім того, збір інформації про релігію, внутрішні стосунки в сім'ї, власне інформації про акти самопошкоджуючої поведінки (наприклад, утворення рубців, порізи тіла, зокрема на зап'ястях, опіки шкіри, висмикування волосся), а також інформація про особисті внутрішні відчуття, які супроводжують поведінку, направлену на заподіяння шкоди власному тілу, функції самопошкодження, виявлення симптомів харчових розладів, історія прийому психотропних засобів та історія госпіталізації.

2.2. Організація та проведення дослідження

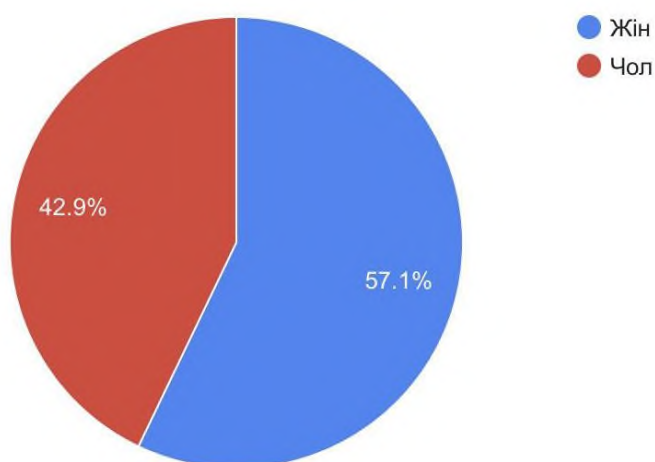
У дослідженні особливостей емоційної сфери осіб старшого юнацького віку схильних до самопошкоджуючої поведінки взяли участь 91 студент, віком від 18-ти до 24-х років.

Вікова характеристика досліджуваних:



Із них 52 студенти жіночої статі та 39 студенти чоловічої статі.

Статева характеристика вибірки:



У період проведення дослідження - квітень-травень 2021 року, досліджувані студенти проходили навчання в наступних вищих навчальних закладах: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка та Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

Респондентам було запропоновано пройти чотири методи: клінічна шкала тривоги та депресії (HADS); Торонтська шкала алекситимії; методики

діагностики схильності до девіантної поведінки Орел О.Н. (шкала схильності до самопошкодження та самодеструктивної поведінки) та методики самооцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності (Спілберг Ч.Д. і Ханін Ю.Л.) . На момент дослідження всі студенти були здоровими: психопатологічних захворювань в анамнезі немає.

Методичний інструментарій проведення дослідження.

Вивчення наявності та рівня алексимії у студентів. Визначення рівня алекситимії у студентів, які виявляють схильність до самопошкоджуючої поведінки, та які такої схильності не проявляють, здійснювали за допомогою методики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS). Ця методика була розроблена Тейлором Дж. Дж. і співавторами в 1985 році і була адаптована до російськомовного зразка в Психоневрологічному інституті ім. Бехтерева. Ця методика є опитувальником для діагностики рівня алекситимії.

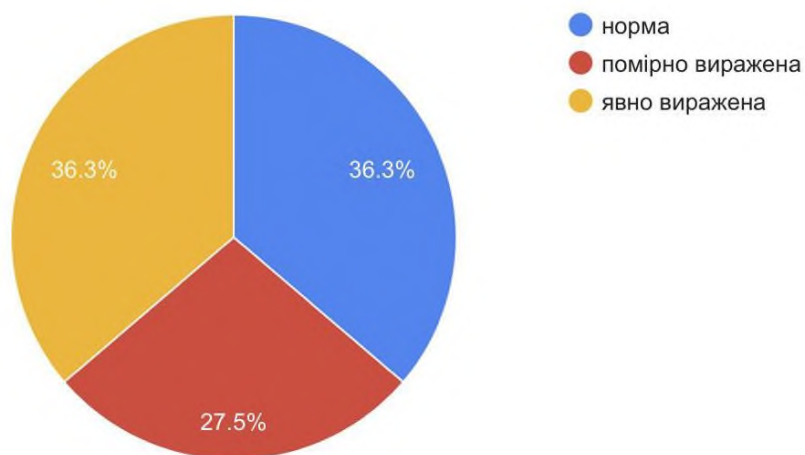
Адаптована версія опитувальника, використаного в цьому дослідженні, складається з 26-ти тверджень, за допомогою яких суб'єкт може описати себе за шкалою Лайкерта (від “повністю не згоден” до “повністю згоден”). Тобто досліджуваний повинен оцінити себе за шкалою, вибравши правильну відповідь із ряду запропонованих: “категорично не згоден”; “скоріше не згоден”; “ні те, ні інше”; “скоріше згоден” і “категорично не згоден”.

Загальний бал показує ступінь прояву алекситимії. Теоретичний розподіл результатів можливий від 26 до 130 балів. Автори виділяють “алекситимний тип особистості”, який отримує 74 бали і вище, а також “неалекситимний тип особистості” з балами 62 і нижче. Проміжний результат характеризує проміжний ступінь прояву алекситимії.

За результатами використання даної методики визначення рівня вираженості алекситимії були отримані наступні данні:

33 студенти мають нормальний рівень алекситимії (36,3%); помірною алекситимією виявляється у 25 студентів (27,5%); 33 студенти із усієї вибірки (36,3%) мають виражену алекситимію.

Вираженість рівня алекситимії у досліджуваних студентів:



Діагностика тривожності.

Визначення рівня тривожності у студентів проводилося за допомогою методики самооцінки рівня тривожності Спілберга Ч. Д. та Ханіна Ю.Л.,

розробленої Спілбергом у 1966-1973 роках. У дослідженні використовувався російськомовний варіант методики, адаптований і стандартизований Ханіном.

Ця методика є надійним способом самооцінки рівня ситуативної тривожності на даний момент (реактивна тривожність) та особистісної тривожності (є стійкою властивістю особистості). Відповідно, шкала самооцінки складається з двох частин, які окремо визначають ситуативну тривожність (20 тверджень) та особистісну тривожність (наступні 20 тверджень). За ступенем інтенсивності прояву на запитання анкети можливі 4 відповіді: “ні, це неправда”; “я думаю так”; “правда”; “абсолютно вірно”.

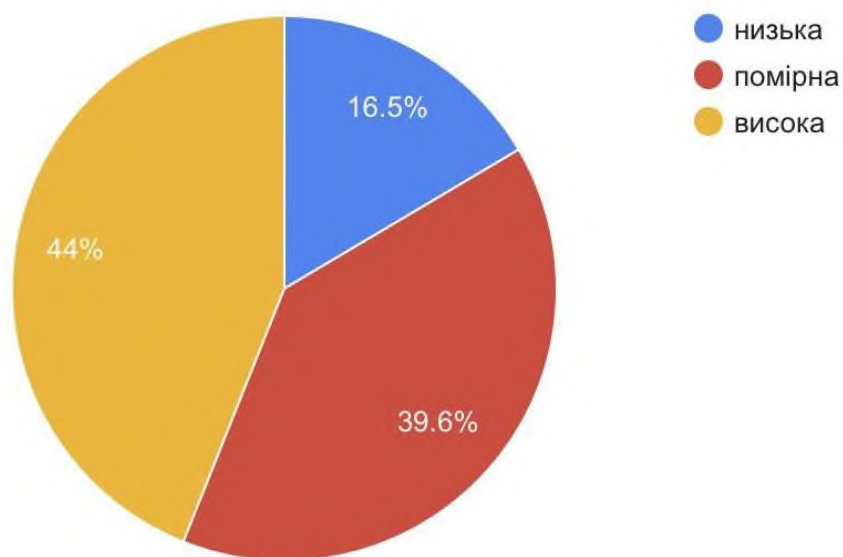
Загальна кількість балів визначає рівень тривожності: до 30 балів характеризує низький рівень тривожності; 31-44 - помірний рівень тривожності; 45 і вище показує високий рівень тривожності. Концепція Спілберга підкреслює, що слід розрізняти два типи психічних проявів — «А-стан» і «А-риса». Тобто слід розрізняти тривожність як поточний стан і тривожність як стійку рису особистості.

Тривога - це реакція на реальну або уявну небезпеку, емоційний стан невизначеного (безпредметного) страху, що характеризується, на відміну від страху, невизначеним відчуттям загрози. Тривожність - індивідуально-психологічна особливість особистості, яка характеризується підвищеною схильністю реагувати тривожністю на різні життєві ситуації.

За результатами використаної методики були отриманні наступні данні:

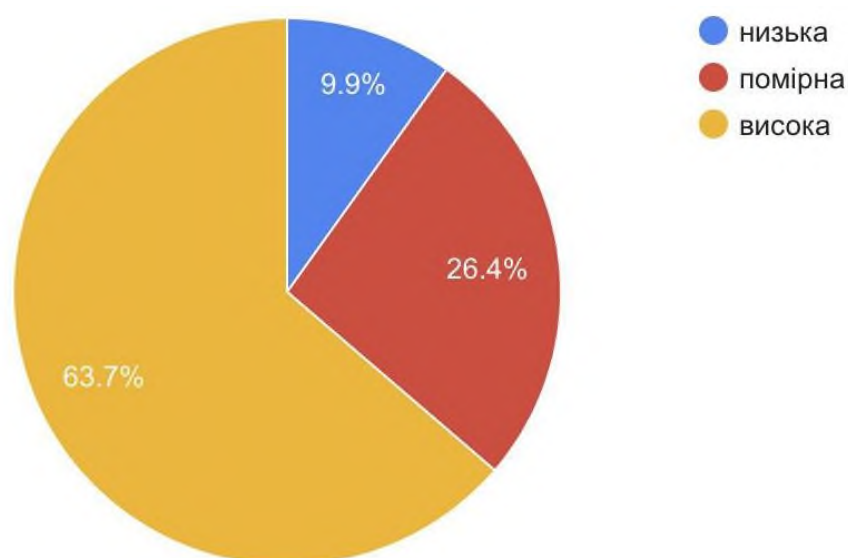
1) Низька особистісна тривожність простежується у 15 студентів із усієї вибірки (16,5%); помірна особистісна тривожність – 36 студентів (39,6%); 40 студентів (44%) мають високий рівень особистісної тривожності.

Характеристика досліджуваних студентів за показником вираженості особистісної тривожності:



Характеристика досліджуваних студентів за показником вираженості ситуативної тривожності:

2) Низька ситуативна тривожність спостерігається у 9 студентів (9,9%); 24 студенти (26,4%) мають помірний рівень ситуативної тривожності; високий рівень ситуативної тривожності спостерігається у 58 студентів досліджуваної вибірки (63,7%).



Визначення рівня депресивності особистості.

Діагностика депресії у студентів у цьому дослідженні проводилася за допомогою шкали госпітальної тривоги та депресії (HADS). Шкала HADS для скринінгу тривожності та депресії, розроблена Зігмондом А.С. і Снейтом Р.П. у 1983 році, призначена для виявлення інтенсивності депресії та тривоги в загальній практиці.

Анкета складається з двох частин відповідно: перша частина оцінює рівень тривожності і складається лише з семи питань; друга частина визначає рівень депресії і також складається з семи питань. Відповіді до першої частини методики характеризують частоту проявів пропонованих тверджень: 3 – весь час; 2 - часто; 1 - час від часу, іноді; 0 - взагалі не відчуваю. Відповіді до частини визначення рівня депресії визначаються інтенсивністю проявів цих тверджень методики: 0 – звичайно, це так; 1 - ймовірно так; 2 - лише в дуже незначній мірі це так; 3 - це неправда.

Перевагами цієї методики є швидкість і простота її застосування та обробки та аналізу даних. Сума балів показує рівень тривожності та депресії відповідно: 0-7 балів характеризує “норму” (відсутність достовірних симптомів тривоги та депресії); 8-10 балів - “субклінічно виражена тривога/депресія”; 11 або більше балів нараховуються суб'єктам з “клінічно вираженою тривогою чи депресією”.

Твердження щодо депресії за допомогою цієї методики вибрані із симптомів і скарг, які найчастіше зустрічаються при депресії, переважаючому ангедоністичному компонентові депресії. Пункти частини методики, що визначають інтенсивність тривожності, базуються на відповідній частині стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examinatin і відображають психологічні прояви тривожності.

За результатами цієї методики були отримані наступні дані: Нормальний рівень депресії спостерігається у 36 студентів, що становить 36,6% вибірки; субклінічна депресія проявляється у 34 осіб (37,4%); клінічно виражена депресія спостерігається у 21 студента (23,1%).

Відсоткова характеристика досліджуваних студентів за показником вираженості депресивності:



Виявлення схильності до аутоагресивної поведінки (самопошкодження) у студентів.

Виявлення схильності студентів до самопошкоджуючої поведінки в дослідженні проводилося за допомогою методики діагностики схильності до девіантної поведінки Орел О. Н. “Визначення схильності до девіантної поведінки (СОП)”.

Метод являє собою стандартизовану тестову анкету, яка визначає схильність (готовність) студента до реалізації різних форм девіантної поведінки. Опитувальник складається з набору спеціалізованих діагностичних шкал, спрямованих на визначення схильності до реалізації тих чи інших форм поведінкових розладів. З методів, використаних у цьому дослідженні, “Шкала

схильності до самоушкодження та самодеструктивної поведінки”, яка містить 21 тверджень. Досліджуваний повинен був відповісти на кожне з тверджень “Так” або “Ні”. Були використані чоловічий та жіночий варіанти анкети.

Загальний бал за шкалою порівнювався з тестовими стандартами:

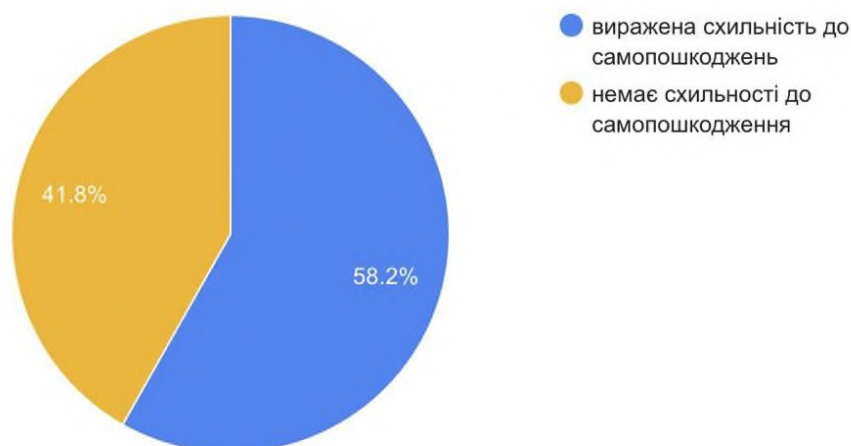
Інтерпретація отриманих результатів за шкалою схильності до самоушкодження та самодеструктивної поведінки:

Шкала	<i>n</i> = 229 человек		<i>n</i> = 229 человек	
	«нормальная» выборка		«делинквентная» выборка	
	М	S	М	S
Шкала 1 15	2,27	2,06	2,49	2,13
Шкала 2 17	7,73	2,88	10,97	2,42
Шкала 3 20	9,23	4,59	15,17	3,04
Шкала 4 21	10,36	3,41	10,98	2,76
Шкала 5 25	12,47	4,23	14,64	3,94
Шкала 6 15	8,04	3,20	9,37	3,01
Шкала 7 20	7,17	4,05	14,38	3,22

Якщо загальний індивідуальний бал нижчий за середній на 1S, тенденція до самопошкодження не дуже виражена. Якщо бал вищий за тестову норму на 1S, то у досліджуваного виражена схильність до самопошкоджуючої поведінки.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження

Усього в дослідженні взяли участь 91 студент, з них 53 (58,2%) студенти мають схильність до самопошкодження та 38 (41,8%) студентів, які не виявляють такої схильності:



Відповідно до цілей та завдань дослідження на етапі планування було обрано методи обробки статистичних даних за допомогою програми статистичної обробки даних IBM SPSS Statistics 17. Для вивчення особливостей емоційної сфери студентів зі схильністю до аутоагресивної поведінки доцільно використовувати такі методи обробки даних:

- Описова статистика;
- Дисперсійний аналіз
- Кореляційний аналіз;

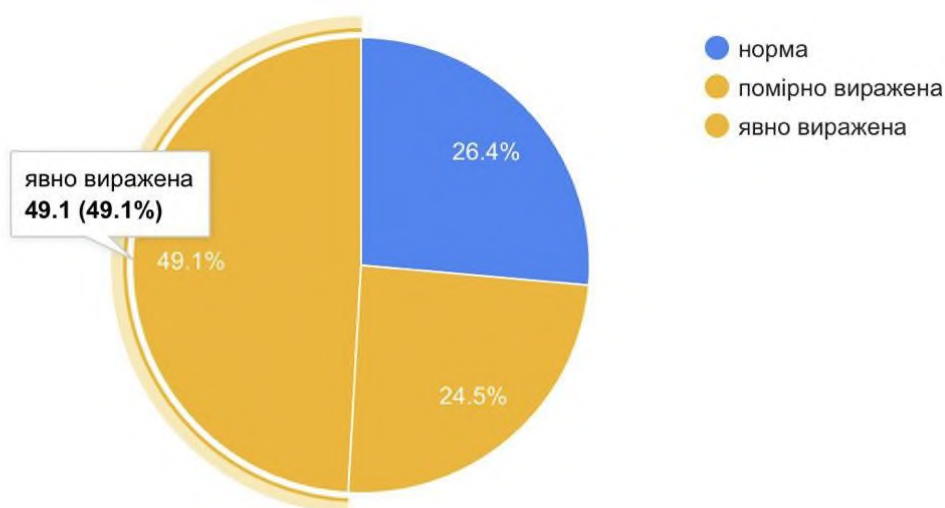
Розв'язанню дослідницьких завдань відповідають такі методи обробки даних: виявлення емоційних особливостей (алекситимія, тривожність і депресія) у студентів зі схильністю до самопошкоджуючої поведінки; порівняння результатів характеристик емоційної сфери у двох вибірках: студенти зі схильністю до аутоагресивної поведінки та студенти, які не мають такої схильності; та оцінка взаємозв'язку таких емоційних характеристик, як алекситимія, рівень тривожності (особистісної і ситуативної) та депресії зі схильністю до проявів аутоагресивної поведінки у студентів 18-24 років.

Особливості емоційної сфери студентів, схильних до самопошкоджуючої поведінки. Для аналізу рівня проявів алекситимії, особистісної та ситуативної

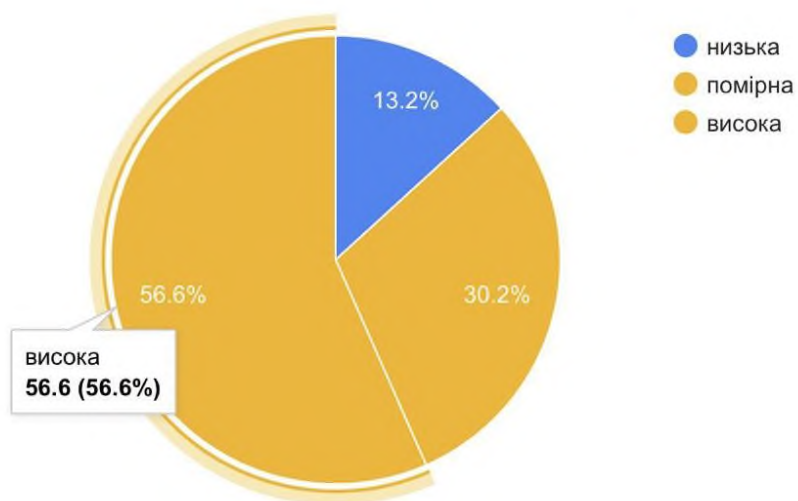
тривожності, депресії з усієї вибірки досліджуваних були відібрані лише респонденти, які за даними дослідження мають схильність до самопошкоджуючої поведінки та проведений статичний аналіз з використанням описової статистики:

За результатами:

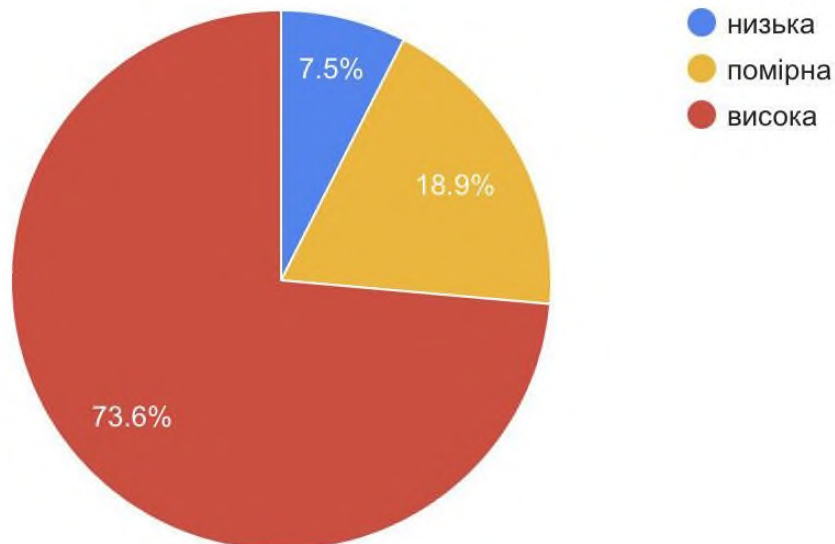
1. У студентів зі схильністю до самопошкоджуючої поведінки в емоційній сфері переважає виражена алекситимія: невиражена алекситимія – 26,4%; помірною – 24,5 %; сильно виражена - 49,1%.



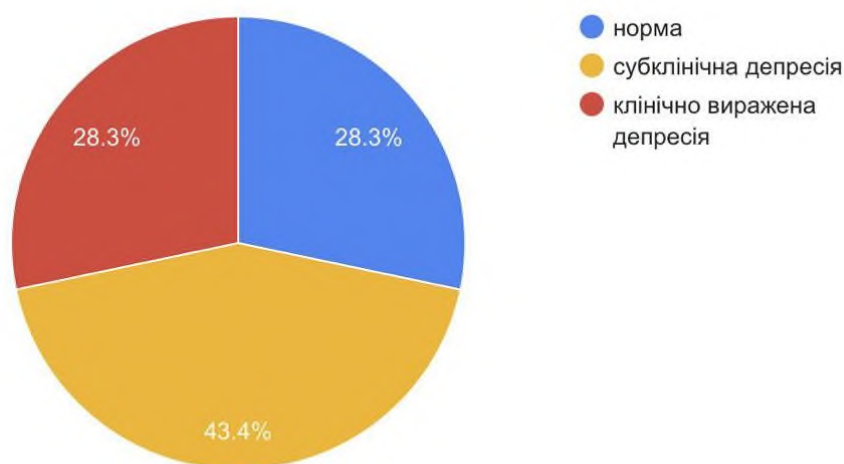
2. Висока особистісна тривожність переважає у студентів, схильних до самопошкоджуючої поведінки: низька особистісна тривожність – 13,2%; помірною – 30,2%; висока особистісна тривожність – 56,6%.



3. У студентів зі схильністю до самопошкоджуючої поведінки переважає висока ситуативна тривожність: низький рівень ситуативної тривожності – 7,5%; помірний рівень - 18,9%; високий - 73,6%:



4. у студентів зі схильністю до самопошкоджуючої поведінки переважає помірний рівень депресії: нормальний показник – 28,3%; субклінічна депресія – 43,4%; клінічно виражена депресія - 28,3%:



Відмінності студентів у факторі схильності до самопошкоджуючої поведінки.

Методом одностороннього дисперсійного аналізу проведено порівняння двох груп студентів (людей, які мають схильність до самопошкодження, та осіб, які не мають такої схильності). Результати дослідження показали відмінності між групами за фактором схильності до самопошкоджуючої поведінки: дослідження показало статистично значущі відмінності між студентами зі схильністю до самопошкодження та студентами, у яких такої схильності не виявлено за такими показниками: алекситимія, особистісна тривожність, ситуативна тривожність і депресія значущість критеріїв значно менше 0,05):

Показники значущості за шкалами: “вік” - 0,835 > 0,05; “стать”: 0,248 > 0,05; “алекситимія” - 0,02 < 0,05; “особистісна тривожність”: 0,13 < 0,05; “ситуативна тривожність”: 0,40 < 0,05; “депресія”: 0,16 < 0,05.

ANOVA						
		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	знач.
вік	Между группами	,043	1	,043	,044	,835
	Внутри групп	87,627	89	,985		
	Всего	87,670	90			
стать	Между группами	,333	1	,333	1,350	,248
	Внутри групп	21,953	89	,247		
	Всего	22,286	90			
алекситимія	Между группами	6,506	1	6,506	9,733	,002
	Внутри групп	59,494	89	,668		
	Всего	66,000	90			
особистісна тривожність	Между группами	3,218	1	3,218	6,377	,013
	Внутри групп	44,914	89	,505		
	Всего	48,132	90			
тривожність ситуативна	Между группами	1,886	1	1,886	4,335	,040
	Внутри групп	38,729	89	,435		
	Всего	40,615	90			
депресивність	Между группами	3,449	1	3,449	6,009	,016
	Внутри групп	51,079	89	,574		
	Всего	54,527	90			

Визначення кореляційного зв'язку між схильністю до самопошкоджуючої поведінки та показниками алекситимії, тривожності та депресії.

Кореляційний аналіз з коефіцієнтом кореляції Пірсона використовувався для виявлення зв'язку між рівнями алекситимії, тривоги та депресії:

		Кореляції						
		алекситимія	особистісна тривожність	тривожність ситуативна	депресивність	схильність до самопошкоджуючої поведінки	стать	вік
алекситимія	Кореляція Пирсона	1	,656**	,502**	,433**	-,314**	,235*	-,184
	знач. (двухстороння)		<,001	<,001	<,001	,002	,026	,081
	N	91	91	91	91	91	91	91
особистісна тривожність	Кореляція Пирсона	,656**	1	,374**	,373**	-,259*	,131	,037
	знач. (двухстороння)	<,001		<,001	<,001	,013	,216	,727
	N	91	91	91	91	91	91	91
тривожність ситуативна	Кореляція Пирсона	,502**	,374**	1	,342**	-,216*	,199	,102
	знач. (двухстороння)	<,001	<,001		<,001	,040	,058	,337
	N	91	91	91	91	91	91	91
депресивність	Кореляція Пирсона	,433**	,373**	,342**	1	-,251*	,213*	-,247*
	знач. (двухстороння)	<,001	<,001	<,001		,016	,043	,018
	N	91	91	91	91	91	91	91
схильність до самопошкоджуючої поведінки	Кореляція Пирсона	-,314**	-,259*	-,216*	-,251*	1	,122	,022
	знач. (двухстороння)	,002	,013	,040	,016		,248	,835
	N	91	91	91	91	91	91	91
стать	Кореляція Пирсона	,235*	,131	,199	,213*	,122	1	,016
	знач. (двухстороння)	,025	,216	,058	,043	,248		,879
	N	91	91	91	91	91	91	91
вік	Кореляція Пирсона	-,184	,037	,102	-,247*	,022	,016	1
	знач. (двухстороння)	,081	,727	,337	,018	,835	,879	
	N	91	91	91	91	91	91	91

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двухстороння).

Отримані результати дозволяють стверджувати, що:

1. Наявність середньої кореляції між схильністю до самопошкоджуючої поведінки та рівнем алекситимії;
2. Наявність слабкого зв'язку між схильністю до самопошкоджуючої поведінки та особистісною тривожністю;
3. Наявність вираженого зв'язку між схильністю до самопошкоджуючої поведінки та рівнем ситуативної тривожності;
4. Наявність слабкої кореляції між схильністю до самопошкодження і рівнем депресивності особистості.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

1. Надзвичайно важливим є виявлення певних «маркерів» у поведінці та особистісних особливостях емоційної сфери студентів, схильних до самопошкоджуючої поведінки, зокрема для ранньої діагностики та попередження потенційної небезпеки для здоров'я та життя в юнацькому віці.
2. У проведеному дослідженні взяв участь 91 студент з двох вищих навчальних закладів міста Київ, віком від 18-ти до 24-х років.
3. Дослідження передбачало розділення усієї вибірки на дві групи за вираженістю схильності до самопошкоджуючої поведінки: група студентів, які проявляли схильність до самопошкоджень (за результатами використаної шкали «схильність до самопошкоджень та самодеструктивної поведінки» методики «Діагностика схильності до девіантної поведінки») у кількості 53-х студентів та група із 38-ми студентів, які не проявляли тенденції до самопошкоджень.
4. Окремо в обох групах було проведено тестування з використанням відповідних методик для виявлення особливостей емоційної сфери юнаків за наступними факторами: здатність диференціювати та усвідомлювати власні емоції; депресивність та особистісна і ситуативна тривожність.
5. Згідно результатів дослідження група студентів, схильних до самопошкоджуючої поведінки, має високі показники за наступними особливостями емоційної сфери: алекситимія, тривожність (особистісна, ситуативна), депресивність.
6. Високий та помірно виражений показник алекситимії спостерігається у 73,6% респондентів. Це може свідчити про взаємозв'язок низького рівню усвідомленості власних емоцій із їхнім способом справлятися з цими самими емоціями, а саме — прибігати до самопошкоджуючої поведінки.

7. Показник депресивності є помірно вираженим та високим у 71,7% респондентів. Це може свідчити про прямий взаємозв'язок депресивності та самопошкоджуючої поведінки, оскільки, згідно МКХ-10, самопошкоджуюча поведінка є одним із симптомів депресивних розладів.
8. Найвираженішою особливістю емоційної сфери респондентів є помірний та високий рівень особистісної та ситуативної тривожності, 86,8% та 92% відсотків відповідно. Можна припустити, що рівень тривожності та схильність до самопошкоджуючої поведінки взаємопов'язані. Оскільки, як ми розглядали у попередніх розділах, самопошкоджуюча поведінка може використовуватись у якості способу зняття емоційної напруги, яка виявляється у вигляді підвищеної тривожності.
9. За отриманими результатами встановлено, що респонденти, схильні до самопошкоджуючої поведінки, мають деякі яскраво виражені особливості емоційної сфери. У випадку нашого дослідження: тенденція до алекситимії, депресивності та тривожності (особистісної та ситуативної).

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА СПЕЦІАЛІСТІВ ІЗ СТУДЕНТАМИ, ЯКІ ПРОЯВЛЯЮТЬ СХИЛЬНІСТЬ ДО САМОПОШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Підходи до здійснення психологічної корекції аутоагресивної поведінки у студентів

Більшість моделей психологічної корекції аутоагресивної поведінки ґрунтуються на психодинамічній, когнітивно-поведінковій та системній сімейній терапіях [82,86,88]. Корекційна діяльність може проходити в індивідуальному та груповому форматах, які змінюються залежно від цілей терапії та динаміки терапевтичного процесу. У моделях психологічної допомоги феномен самопошкоджуючої поведінки зазвичай розглядається в контексті комплексного підходу в поєднанні з іншими психологічними проблемами, такими як, наприклад, дитяча психотравма.

Корекцію самопошкоджуючої поведінки необхідно здійснювати в рамках комплексної комбінованої терапії, яка поєднує медикаментозну терапію та різноманітні поведінкові методи та враховує особливості можливих наявних поведінкових, особистісних чи емоційних розладів.

Моделі на основі когнітивно-поведінкового підходу. Когнітивно-поведінкова терапія зменшує частоту актів самопошкоджуючої поведінки, надаючи вплив, який зосереджується на виробленні пацієнтом ефективних способів подолання життєвих труднощів і проблем, заснованих на оцінці впливу переконань та емоцій на його поведінку. Тобто допомагає виробляти особистості адаптивні, здорові способи боротьби зі стресовими та кризовими ситуаціями в житті.

Основними методами лікування самопошкоджуючої поведінки, заснованими на когнітивно-поведінковому напрямку є такі:

- 1) функціональна оцінка проблемної поведінки, на основі якої складається план лікування пацієнта із проявами самопошкоджуючої поведінки.
- 2) навчання пацієнтів різним корисним навичкам, відсутність яких є основою для самопошкоджуючої поведінки (наприклад, навчити вирішувати проблеми, комунікативні навички тощо);
- 3) зміна поведінки пацієнта (усунення позитивного підкріплення самопошкоджуючої поведінки);
- 4) когнітивна перебудова - виявлення оцінки та якісної зміни ірраціональних переконань, що призводять до актів самопошкоджуючої поведінки (наприклад, «Я заслуговую на покарання») [21,82].

Відповідно до когнітивно-поведінкового підходу американський вчений Кім Л. Грац у 2007 році розробив модель групової терапії, спрямованої на підвищення якості емоційної регуляції у жінок з емоційно нестабільним (межовим) розладом особистості та самопошкоджуючою поведінкою. Він спрямований на підвищення психологічної обізнаності та прийняття своїх емоцій. Сама модель заснована на результатах дослідження, яке розглядає втечу від негативних емоцій як привід для збільшення їх інтенсивності. Наприкінці терапії навчаються поведінковим технікам, які ґрунтуються на прийнятті, а не на втечі від них і пов'язані з цінними сферами життя пацієнта.

Діалектична поведінкова терапія. Розроблена спеціально для людей, які страждають на межовий розлад особистості, одним із ключових симптомів якого є здійснення актів самопошкоджуючої поведінки та спрямована на підвищення обізнаності в емоційній сфері, покращення міжособистісних стосунків та навчання адаптивним способам емоційної регуляції [88].

У рамках моделі діалектично-поведінкової терапії виділяють наступні напрямки надання психологічної допомоги:

- удосконалення поведінкових навичок;

- підвищити мотивацію до застосування цих навичок у реальному житті;
- перенесення навичок, вироблених у терапії, у реальне повсякденне життя пацієнта;
- структурування середовища для посилення адаптивної поведінки. •
- підвищення мотивацію до навичок терапевта.

Також для роботи з проблемою самопошкоджуючої поведінки у пацієнтів з психічними розладами використовують різні форми корекційних дій, засновані на теорії біхевіоризму. Зокрема, *процедура функціонального аналізу*, який спрямований на виявлення та аналіз функцій проблемної поведінки та факторів середовища, які підтримують таку поведінку. Ця процедура передбачає виконання експериментальних умов, таких як: увага, уникнення, самотність і гра. Кожен такий стан характеризує відповідну модель поведінки, яка може бути пов'язана з посиленням або ослабленням самопошкоджуючої поведінки.

Функціональний комунікаційний тренінг, на якому особи з психічними розладами та різними проявами проблемної поведінки, зокрема самопошкодженням, навчаються різним формам звернення до уваги та допомоги дорослих, що зменшує можливість небажаної поведінки. З функціональної точки зору фрази, які навчають осіб, замінюють проблемну поведінку, шукаючи позитивного підкріплення (похвала від значущого дорослого) або уникнення негативного підкріплення.

Моделі психологічного втручання в самопошкоджуючу поведінку на основі психодинамічного підходу. У процесі психоаналізу пацієнтам із самопошкоджуючою поведінкою особлива увага приділяється перенесенням і психологічним захисним механізмам, а також аналізу причин самопошкоджуючої поведінки та їх символічного значення. Вчені Нельсон і Грюнебаум [45] вважають, що поліпшення стану людей із самопошкоджуючою

поведінкою відбувається не за рахунок отримання інсайтів, а за рахунок наступних послідовних дій:

- пацієнти вчаться висловлювати свої емоції вербально;
- навчитися альтернативному способу вираження своїх емоцій;
- отримувати підтримку від інших пацієнтів під час групової терапії або від медичного персоналу;

Таким чином, сучасна психодинамічна терапія самопошкодження включає такі види діяльності:

- фокусування на міжособистісних стосунках;
- робота над усвідомленням і вираженням своїх емоцій і почуттів;
- розвиток образу «Я».

У рамках психодинамічного підходу розглядаються різні види терапії: терапія на основі менталізації, орієнтована на перенесення, психоаналітична психотерапія та когнітивно-аналітична терапія. Спостерігається ефективність цих моделей порівняно зі стандартним психіатричним лікуванням пацієнтів з прикордонним розладом особистості. (Мартенс, 2006). Незважаючи на різну концепцію механізмів, що лежать в основі поведінкових розладів при емоційно нестабільних розладах, усі види психодинамічної терапії призводять до зниження частоти несуйцидальних і суйцидальних самопошкоджень.

Сімейна терапія. Ця психотерапія в роботі з пацієнтами, які демонструють самопошкоджуючу поведінку, застосовується до теорії прихильності. Таким чином, сімейна терапія, заснована на теорії прихильності, базується на тому, що порушення прихильності в ранньому віці між дитиною і матір'ю тягне за собою подальше формування дезадаптивних шляхів подолання стресу в підлітковому та юнацькому віці. А самопошкодження виступає як одна з форм дезадаптивних стратегій подолання негативних емоцій та переживань. Ця модель психологічної допомоги спрямована на подолання низки факторів

(таких як домашнє насильство; відсутність емоційної гармонії між членами сім'ї; сімейні конфлікти), які можуть порушити такі важливі стосунки між дитиною та батьками, що є однією з основних причин формування різноманітних форм дезадаптивних стратегій подолання. Тому мета цієї терапії полягає в наступному: розв'язання внутрішньосімейних конфліктів; побудова таких стосунків між батьками та дитиною, за яких кожна сторона довіряє своєму партнеру і коли батьки достатньо залучені до життя учня.

Терапія складається з наступних етапів:

- 1) Перший етап передбачає зустріч терапевта з родиною та її членами окремо для створення терапевтичного альянсу; визначення фокусу терапії як покращення стосунків у сім'ї. І батьки, і студенти готові до відповідного спілкування.
- 2) На другому етапі терапевт створює терапевтичні умови для формування прихильності: батьки слухають дитину з позиції емпатії та прийняття, а сім'я вчиться обговорювати проблеми студента, які він раніше не міг довіряти рідним.
- 3) На третьому етапі сімейної психотерапії увага зосереджується на ролі родини як контексту соціалізації студента: терапевт ініціює обговорення з батьками повсякденних тем, пов'язаних із дитиною та робить акцент на підтримці незалежності дитини.

Британський дослідник Yip Kam-Shing пропонує так звану багатовимірну модель втручання в самопошкоджуючу поведінку студентів; його також можна використовувати як набір способів попередження виникнення такої поведінки:

- 1) Поліпшення соціального середовища для студентів. Цей напрямок – низка рекомендацій щодо покращення та оздоровлення соціального середовища, де виростає студент (наприклад, зниження рівня вимог системи освіти до студентів тощо).

2) Психологічна допомога студенту у вирішенні міжособистісних конфліктів і проблем. Підтримка батьків та близьких особливо важлива в допомозі юнаку подолати почуття розчарування, гніву, почуття внутрішньої порожнечі та напруженості. При сепарації студента з батьками та розриві стосунків із однолітками або у разі внутрішньосімейного конфлікту (розлучення батьків) особливо важливо застосувати психологічну допомогу до юнака, який опинився у скрутному становищі.

3) Позбавлення від фрустрації та підвищення якості емоційної регуляції студента. Проводити тренінги та семінари для студентів з метою навчання їх різноманітним способам адаптивної саморегуляції поведінки та правильного вираження гніву. Такі тренінги та семінари можуть проводитися як і повноцінна психотерапія, так і як профілактична освітня програма.

4) Підвищення в студента почуття власної значущості та чесності через участь у важливих заходах, волонтерських організаціях, де студентам надається можливість взяти на себе відповідальність.

3.2. Рекомендації до застереження самопошкоджуючої поведінки у студентів

Загальні положення профілактичних заходів суїцидальної та самопошкоджуючої поведінки була розроблена в 60-х роках ХХ століття (Leavell, Clark, 1965). Розроблена вченими модель профілактики включала три рівні дії:

- 1) первинна профілактика, спрямована на розширення психологічних знань і навичок, пов'язаних із загальними проблемами здоров'я;
- 2) вторинна профілактика спрямована на раннє виявлення такої дезадаптивної поведінки;
- 3) третинна профілактика як метод лікування, вона спрямована на зниження тяжкості самопошкоджуючої поведінки.

Згідно вищезазначених вчених під час профілактики суїцидальної поведінки акцент робиться на різноманітності дій та вчинків, що підпадають під цей феномен та можливості розробки комплексних програм попередження такої поведінки. На рівні універсальних профілактичних заходів можуть застосовуватися обмеження доступу до шкідливих речовин, на рівні селективної профілактики - терапія для наркоманів і осіб, які страждають на розлади особистості, на рівні орієнтовної профілактики - терапія хворих із суїцидальною поведінкою.

Високоєфективними також зазначаються профілактичні заходи, які допомагають обмежити доступ до суїцидальної поведінки та самопошкодження, а також ті, які навчають так званих «контролерів» - людей, які розпізнають ознаки суїцидальної поведінки в інших і надають їм відповідну допомогу.

Шкідливими наслідками профілактичної роботи є: терапія відновлення та прояв у пам'яті пригнічених і забутих спогадів про несприятливі для повноцінного розвитку події життя; підвищення знань учнів щодо інформації

про феномен самогубства. Поширення інформації про самогубства в ЗМІ та так званих «контрактів» – документа, який не має юридичної сили і який підписує пацієнт із обіцянкою не покінчити життя самогубством протягом певного терміну. Профілактика суїцидів є особливо проблематичною для студентів та молоді, оскільки є сумніви щодо ефективності фармакологічних втручань та навчальних програм щодо запобігання або усунення умов самопошкоджуючої поведінки [45].

Загально визнаними працюючими профілактичними заходами у психологічній роботі для запобігання самоушкодження є такі:

- «вторинна» профілактика самопошкоджуючої поведінки, при якій пацієнт лікується по телефону у терапевтів;
- когнітивно-поведінкова програма для навчальних закладів, яка дає студентам інформацію про дистрес, а також навчає їх навичкам адаптивної поведінки та виконання домашніх завдань для подолання негативних ірраціональних переконань;
- програма «Ознаки самопошкодження» коли вчителів та інших працівників навчальних закладів навчають розпізнавати певні ознаки того, що учень здійснює самопошкодження.

Проведене теоретичне дослідження дозволило виділити сукупність певних корекційних методик та підходів щодо профілактики самопошкоджуючої поведінки, які визнані ефективними при проведенні психологічної корекції у осіб з тенденцією до самопошкоджуючої поведінки.

1. Корекційну роботу у студентів щодо самопошкоджуючої поведінки слід проводити у комплексі з іншими порушеннями поведінки, емоційної регуляції тощо.

2. Для роботи із особами які проявляють схильність до аутоагресії та самопошкоджуючої поведінки доречно використовувати когнітивно-поведінкову, психодинамічну та системну сімейну терапію.

3. Когнітивно-поведінкова терапія в роботі з особами схильними до самопошкоджуючої поведінки допомагає суб'єкту створювати та запроваджувати в своє повсякденне життя альтернативні самопошкодженням способи подолання труднощів та проблем в житті, адаптивні не деструктивні методи боротьби зі стресами та кризами.

4. Психодинамічна терапія у психологічній корекції самопошкодження особливо ефективно використовується саме для осіб старшого юнацького віку схильних до самопошкоджуючої поведінки, адже вона зосереджена на найважливіших аспектах особливостей розвитку особистості в юнацький період. А саме: зосередження уваги на сфері міжособистісних стосунків та проблем, які виникають на основі спілкування; приділяє велику увагу розвитку образу власного «Я» та роботі над усвідомленням і екологічним вираженням своїх деструктивних та інших емоцій.

5. Сімейна терапія зосереджує свою увагу на роботі із дитячим періодом особи схильної до самопошкоджуючої поведінки і проблемам цього періоду та батьківсько-дитячим стосункам зокрема. Ця терапія використовується для

подолання наслідків, які стали можливими в більш дорослому житті через психологічну травматизацію в дитячому віці.

б. Ефективними профілактичними заходами в роботі із самопошкодженнями у студентів може бути просвітницька діяльність в області психологічного здоров'я, яка може проводитися в навчальних закладах та своєчасне діагностування схильності до проявів самопошкоджуючої поведінки в осіб юнацького віку.

ВИСНОВКИ

Самопошкоджуюча поведінка як несуйцидальна форма аутоагресії має місце серед студентів, оскільки старший юнацький вік є вразливим періодом для деструктивної поведінки, так як супроводжується сильним стресом для особистості внаслідок багатьох змін у психічному розвитку та соціальному вимірі життя юнака.

Важливу роль у проявах самопошкоджуючої поведінки відіграє деструктивна форма емоційної саморегуляції учнів, яка може виникнути в результаті соціальних, психологічних і фізичних впливів.

Самопошкоджуюча поведінка як вияв аутоагресії, тобто деструктивної форми поведінки, яка не схвалюється суспільством має різну причину. До детермінуючих факторів самопошкоджуючої поведінки зазначаються: психічна травматизація в більш ранньому періоді життя, психічні захворювання.

У старшому юнацькому віці, коли особа переживає чималу кількість стресових подій в своєму житті: сепарація від батьків, входження в самостійне життя; велика кількість змін в міжособистісних стосунках; вибір направленості в професійному житті та в цілому значні зміни в психологічному становленні особистості. Саме через таку кількість кризових факторів та неповну сформованість психічних механізмів емоційної регуляції в житті студента, має місце велика розповсюдженість серед цієї групи людей такої деструктивної форми боротьби зі стресовими станами та власними переживаннями як самопошкоджуюча поведінка.

Самопошкоджуюча поведінка є небезпечною для фізичного, психологічного, соціального здоров'я та життя людини. Для самопошкоджуючої поведінки та аутоагресивних дій характерною є певна скритність. В оману вводить зовнішнє благополуччя індивіда із аутоагресивними тенденціями та легка можливість закрити від стороннього

погляду наслідки таких дій. Усе це зумовлює важливість вивчення феномену аутоагресії та самопошкоджуючої поведінки зокрема.

Проведене нами дослідження дозволило виявити зв'язок між підвищеним рівнем таких компонентів емоційної сфери, як алекситимія, тривожність і депресивність з тенденцією до самопошкоджуючої поведінки. У студентів, які виявляють цю тенденцію, значно підвищені показники нездатності зрозуміти і відстежити свої емоції (алекситимія), особистісна та ситуативна тривожність, депресивність. Встановлено, що особи старшого юнацького віку, які проявляють аутоагресивні тенденції практикуючи селф-харм, основною мотивацією таких вчинків називають зменшення чи позбавлення від психологічного дистресу та зменшення емоційної напруги. Із цього слідує важливість збільшення психологічної обізнаності студентів у питаннях емоційної сфери психіки, загальне вивчення механізмів роботи психіки людини; вивчення ними адаптивних функціональних форм поведінки, яка допомагає екологічно справлятися із емоційною напругою яка супроводжує стресові та кризові життєві ситуації.

У роботі зі студентами, які мають схильність до аутоагресивної поведінки свою ефективність показали наступні психотерапевтичні напрямки: когнітивно-поведінкова терапія (ґрунтується на навчінні суб'єкта адаптивним формам саморегуляції); психодинамічний напрямок (робить акцент на роботі зі становленням образу «Я», емоційній сфері психіки та міжособистісному спілкуванні) та сімейна терапія (звертає увагу на усунення чи зменшення наслідків дитячої травматизації та працює із проблемами і особливостями у батьківсько-дитячих стосунках).

Перспективою подальших досліджень вбачаємо вивчення причин, механізмів розвитку та прояву самопошкоджуючої поведінки задля попередження та вчасного виявлення маркерів схильності до

самопошкоджуючої поведінки задля вчасного діагностування тенденції до проявів аутоагресії та попередження небажаних наслідків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аутоагресивна поведінка підлітків / О. В. Погорілко, А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. – Полтава : ТОВ "АСМІ", 2017. – 141 с.
2. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав. Серія «Nota bene», 2012. С. 206–207.
3. Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій у учнівській молоді: методичні рекомендації. Київ: ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна», ПП Щербатих О.В., 2007. С. 34–38
4. СХИЛЬНІСТЬ ПІДЛІТКІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ДО РІЗНИХ ТИПІВ ВІКТИМНОЇ ПОВЕДІНКИ, ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З ОСОБИСТІСНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПІДЛІТКІВ [Електронний ресурс] // НПУ імені М. П. Драгоманова. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/28206>.
5. Шевчук О. С. ПОВЕДІНКОВІ Й ЕМОЦІЙНІ ПАТЕРНИ В ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВІЗ ВИСОКИМ РІВНЕМ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ : спец. 053 "Психологія" / Шевчук О. С. – Київ, 2020. – 7 с.
6. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20.
7. Аверин, В.А. Детерминанты психического развития и структурная организация человека / В.А. Аверин // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2012. – Т. 17. – № 1. – С. 69–73.
8. Антонян Ю.М., Бойко И.Б., Верещагин В.А. Насилие среди осужденных. М., 1994.
9. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение : пер. с англ. / Ф. Александер – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
10. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей /

Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский, Э.Б. Карпова, Т.Г. Корепанова, Г.С. Крылова, А.У. Тархан, Е.И. Чехлатый, В.Б. Шифрин. – СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 16 с.

11. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: пер. с англ. / А. Бек, А. Фримен – СПб: Издательство «Питер», 2002. – 544 с.

12. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С., Сарафрази Т. Т., Психологические аспекты агрессии и агрессивного поведения: современное состояние проблемы.

13. Бородин С. В., Михлин А. С. Мотивы и причины самоубийств//Актуальные проблемы суицидологии. М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии, 1978.

14. Валюте В.К. Психология эмоциональных явлений. М., 1976.

15. Выготский, Л.С. Психология развития как феномен культуры / Лев Семенович Выготский / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 512 с.

16. Дарьин, Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. Медицинский вестник Юга России. 2019;10(4):6- 14. DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14

17. Дифференционно-интеграционная теория развития. Кн. 2 / Сост. и ред. Н.И. Чуприкова, Е.В. Волкова. – М.: Языки славянской культуры: Знак, 2014. – 720 с.

18. Закондырина, В.А. Взаимосвязь аутоагрессивного поведения и социально-психологической адаптации подростков: дис. кан. психол. наук. – М., 2009

19. Ипатов А.В. Психологические детерминанты аутодеструктивного поведения подростков и механизмы его коррекции/Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. 2017. 361с.

20. Зейгарник, Б.В. Психология личности: норма и патология / Б.В. Зейгарник.– М.: МПСИ, 1998. – 416 с.
21. Зейгарник, Б.В. Саморегуляция поведения в норме и патологии/ Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10. – № 2. – С. 122–132.
22. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб., 2001.
23. Изард, К. Психология эмоций: пер. с англ. / К. Изард.– СПб.: Питер, 1999. – 464 с.
24. Кулагина И. Ю., Колюцкий В. Н. Возрастная психология. — М.: Сфера, 2008. — 463 с.
25. Левина, С.Д. Несуицидальные самоповреждения, коморбидные расстройствам шизофренического спектра / С.Д. Левина // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С. 45–46.
26. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / Алексей Николаевич Леонтьев. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2004. – 352 с
27. Леонтьев, А.Н. Лекции по общей психологии: Учеб. пособие для вузов по спец. «Психология» / Алексей Николаевич Леонтьев / Под ред. Д.А. Леонтьева, Е.Е. Соколовой. – М.: Смысл, 2000. – 509 с.
28. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / Алексей Николаевич Леонтьев. – 4 изд. М.: Изд-во МГУ, 1981. – 584 с.
29. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – М.: Медицина. Ленинград. отд-ние, 1977. – 208 с.
30. Личко, А.Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 77–82.
31. Личко, А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования: Материалы симпозиума. Л., 1990. -С.77-82.

32. Менделевич, В.Д. Неадаптивные поведенческие паттерны в детском и подростковом возрасте: расстройства или девиация? / В.Д. Менделевич // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 2. – С. 50–53
33. Международная классификация болезней (10-й пересмотр).
Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Россия. -СПб: Адис, 1994. - 304 с.
34. Мясищев, В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии / В.Н. Мясищев // Психология отношений. – Москва – Воронеж, 1995. – С. 48–53.
35. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: метод. рекомендации (с правом переизд. мест. органами здравоохранения) / Сост. Амбрумовой А.Г., Полеевым А.М. – М.: М-во здравоохранения РСФСР, 1986. – 24 с.
36. Нюттен, Ж. Фрустрация и регрессия / Ж. Нюттен // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т. / Под ред. В. В. Лебединского и М.К. Бардышевой. Т. I. – М: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. – С. 709–711.
37. Лафренье П. Эмоциональное развитие детей и подростков. — СПб.: ПраймЕврознак, 2004. — 250 с.
38. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
39. Лурия, А.Р. Природа человеческих конфликтов: Объективное изучение дезорганизации поведения человека / А.Р. Лурия. – М.: «Когито-Центр», 2002. – 528 с.
40. Лурия, А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография / А.Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 2001. – 192 с.
41. Овчинников, Б.В. К вопросу о психической адаптации / Б.В. Овчинников // Журн. практ. психолога. – 2012. – № 3. – С. 7–24.

42. Петровский, В.А. Психология неадаптивной активности / В.А. Петровский. – М.: ТОО «Горбунок», 1992. – 224 с.
43. Польшая, Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дисс. канд. псих. наук: 19.00.04 / Польшая Наталья Анатольевна – М.: МГППУ, 2017 – 422 с./
44. Польшая, Н.А. Структура и функции самоповреждающего поведения / Н.А. Польшая // Психологический журнал. 2014 а. Т. 35. № 2. С. 45–56.
45. Польшая, Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) / Н.А. Польшая // Консультативная психология и психотерапия. – 2014 в. – № 2 (81). – С. 140–152.
46. Польшая, Н.А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) / Н.А. Польшая // Психологический журнал. – 2009. – Т. 30. – № 1. – С. 96–105.
47. Польшая, Н.А. Нейробиологическая регуляция самоповреждающего поведения / Н.А. Польшая // Эволюционная и сравнительная психология в России: традиции и перспективы / Под ред. А.Н. Харитонов. –М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013 в. – С. 384–390.
48. Положий, Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б.С. Положий. – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.
49. Польшая, Н.А. Зависимость частоты и характера несуйцидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) / Н.А. Польшая // Вопросы психологии. –2015. – № 1. – С. 97–109.
50. Польшая, Н.А. Акты самоповреждения в ритуальных практиках / Н.А. Польшая // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2011 а. – Т. 11. – Выпуск 3. – С. 88–91.
51. Польшая, Н.А. Эмоциональная саморегуляция у пациентов с пограничными психическими расстройствами / Н.А. Польшая //

- Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – С. 467–469.
52. Попов, Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности / Ю.В. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1994. – № 1. – С. 6–13.
53. Перехов О.Я. «Непрямое» самоубийство как вариант саморазрушающего поведения // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. –М.: ГЕОС, 2004. –С. 96-97.
54. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков. М., 2008.
55. Раппопорт, А. Системный подход в психологии / А. Раппопорт // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – №3. – С. 3–16.
56. Раттер, М. Помощь трудным детям: пер. с англ. / М. Раттер / Общ. ред. А.С. Спиваковской; Предисл. О.В. Баженовой и А.Я. Варга – М.: Прогресс, 1987. – 424 с.
57. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М., 1994.
58. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т. 2. / А.С. Тиганов, А.В. Снежевский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
59. Руженков, В.А. Клиника аутодеструктивного поведения подростков мужского пола / В.А. Руженков, Г.А. Лобов, А.В. Боева // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2010. – Т. 4. – С. 47–53.
60. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В., К вопросу об уточнении содержания понятия, «аутоагрессивное поведение», Каф. психиатрии,

наркологии и клинической психологии, Белгородский государственный университет.

61. Савостьянова, О.Л. Доманифестный этап развития тревожно-фобических расстройств у детей / О.Л. Савостьянова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - Т. 102. - № 5. - С. 10-14.

62. Сергиенко, Е.А. Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции [Электронный ресурс] / Е.А. Сергиенко // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2009. - № 5 (7). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 18.05.2014).

63. Сергиенко, Е.А. Модель психического в онтогенезе человека / Е.А. Сергиенко, Е.И. Лебедева, О.А. Прусакова. – М.: Институт психологии РАН, 2009. – 412 с.

64. Сергиенко, Е.А. Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции [Электронный ресурс] / Е.А. Сергиенко // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2009. – № 5 (7). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 18.05.2014).

65. Степанов, С. С. Популярная психологическая энциклопедия: - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 672 с. ISBN 5-699-08839-3.

66. Степанов С.С. Дефектология. Словарь справочник. – М.: Сфера. – 2004.

67. Соловьева, С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и в патологии: автореферат дис. ... доктора психологических наук: 19.00.04, 14.00.18 / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. И. П. Павлова / Соловьева Светлана Леонидовна. - Санкт-Петербург, 1997. - 42 с.

68. Социально-психологические особенности юношеского возраста. *“Science and education” Science journal*. 2022. Т. 3, № 4. С. 6.

69. Сыроквашина, К.В. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева //

70. Тихоненко, В.А. Классификация суицидальных проявлений / В.А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. – Москва: Московский НИИ психиатрии, 1978. – С. 59–73.
71. Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Том 24. - № 3. - С. 8-24.
72. Чуприкова, Н. И. О некоторых идеях Л. С. Выготского, созвучных универсальному дифференционно-интеграционному закону развития / Н.И. Чуприкова / Дифференционно-интеграционная теория развития. Кн. 2 / Сост. и ред. Н.И. Чуприкова, Е.В. Волкова. – М.: Языки славянской культуры: Знак, 2014. – С. 191–200.
73. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М., 2005.
74. Шестакова Е. Г., Дорфман Л. Я. Агрессивное поведение и агрессивность личности // Образование и наука. 2009. №7.
75. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. / Э. Эриксон / Общ. ред. и предисл. Толстых А.В. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.
76. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. — М.: Педагогика, 1989. — 279 с.
77. Харламенкова, Н.Е. Самоутверждение подростка. 2-е изд., испр. и доп. / Н.Е. Харламенкова – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. – 384 с.
78. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология Днепропетровск: Пороги, 2006. - 473 с.
79. (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition¹ , 2013, с. 804.
80. Favazza, Rosenthal, 1990, с. 81.
81. Favazza, A.R. Self-Harm Behavior Survey / A.R. Favazza – Columbia, MI., 1986.
82. Hawton, Kingsbury, Steinhardt et al., 1999.

83. Hawton, Harriss, 2008; Klonsky, Muehlenkamp, 2007.
84. Karl Menninger, "Man Against Himself".
86. Self-Harm Classification System Development: Theoretical Study.
87. Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors / Shaffer D. // J. of Clinical Psych. - 1988. - Vol. 49. - P. 36 - 41.
88. Moore M.T., Fresco D.M. Depressive Realism and Attributional Style: Implications for Individuals at Risk for Depression // Behavior Therapy. – 2007. – Vol. 38. – P. 144- 154.
89. Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto et al., 1998; Joiner, 2003.