

Кафедра клінічної психології

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Аутоагресивна поведінка в підлітковому віці**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 204  
спеціальності 053 Психологія  
освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

Лекар Валерія Петрівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник:**

к.психол.н.  
(наукова ступінь, вчене звання)

Карамушка Тарас Вікторович  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» червня 2022р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна  
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ – 2022**

## **Зміст**

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ .....	7
1.1. Сучасні підходи до розуміння поняття аутоагресивної поведінки .....	7
1.2. Психологічні особливості підліткового віку .....	12
1.3. Аутоагресивна поведінка в підлітковому віці .....	17
Висновки до розділу 1 .....	22
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	24
2.1. Підходи до дослідження аутоагресивної поведінки .....	24
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	29
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів .....	30
Висновки до розділу 2 .....	36
РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ КОНЦЕПЦІЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ОСНОВАНОЇ НА ЕКЗИСТЕНЦІЙНОМУ ПІДХОДІ .....	398
3.1. Теоретичне обґрунтування ролі екзистенційної кризи у превенції аутоагресивної поведінки підлітків .....	39
3.2. Зміст концепції психопрофілактики аутоагресивної поведінки підлітків..	465
3.3. Структурно-функціональна модель профілактики .....	49
Висновки до розділу 3 .....	69
ВИСНОВКИ.....	721
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	765
Додатки.....	887

## ВСТУП

**Обґрунтування актуальності теми дослідження.** Вивчення ролі психосоціальних чинників у виникненні різних форм девіантної поведінки, питання її профілактики та корекції є одним з провідних і затребуваних напрямів у сучасній психології. Девіантна аутоагресивна поведінка має широкий діапазон від низькодиференційованих форм (ризикована поведінка, вживання психоактивних речовин), до високодиференційованих усвідомлених суїцидальних дій (Польська Н.А. 2017; Nock M., 2016). Всі прояви подібної поведінки знаходяться в зоні особливо пильної уваги професійного співтовариства з урахуванням їх внеску в показники смертності і працездатності населення. Групу найбільшого ризику виникнення аутоагресивної поведінки складають підлітки. На сьогоднішній день загально визнаною провідною стратегією протидії суїцидальній, ризикованій поведінці, самопошкодженню, а також поведінці, пов'язаній зі вживанням психоактивних речовин, є первинна профілактика. Розробка і реалізація ефективних заходів превенції аутоагресії в підлітковому віці є вкрай актуальним завданням.

На соціальну значимість проблеми превенції аутоагресивної поведінки підлітків вказують численні епідеміологічні дані. Вік появи перших симптомів самопошкодження - 12-14 років (Rodham K., et al, 2019), суїцидальної активності - 14-16 років (Крижанівська Л.А., 2000., Hassan R., 2017, UNICEF, 2018), що визначає доцільність і значущість інтервенцій, спрямованих на протидію самопошкодженню в період навчання підлітків в середній школі, а профілактики суїцидальної поведінки - у старшій школі. Зарубіжні дослідники наводять дані про те, що 17,2% підлітків залучено в самопошкодження (Swahn S.V. et al, 2016 року), 14,6% мають суїцидальні наміри (GSS, 2017). Самопошкодження нерідко є предиктором для суїцидальної поведінки. Підвищення частоти актів самопошкодження, їх тяжкості, кількості використовуваних форм самопошкодження пов'язують зі зростанням суїцидального ризику (Klonsky E.D., Ollino T.M., 2018; Whitlock J. et al., 2018, 2017). У свою чергу при самопошкодженні 60-80% підлітків вдаються до спроб суїциду (O'Connor, 2018).

У пошуках рішень проблем підліткової аутоагресії найбільш гостро стоїть питання про превенцію суїцидальної поведінки. З цією метою в деяких країнах прийняті національні стратегії по превенції суїцидів. У 2016 році в Європі створено проект SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe - збереження здоров'я і розширення можливостей молодих людей в Європі), спрямований на збереження і зміцнення психічного здоров'я молодих людей. Важливо відзначити наявність єдиних загальнодержавних профілактичних проектів, що реалізуються в США, Англії, Німеччині, Польщі та інших країнах.

Таким чином, сучасний стан проблеми аутоагресивної поведінки, ступінь її науково-практичної розробленості вимагають обґрунтування принципів і завдань психодіагностичної та психопрофілактичної роботи, персонально орієнтованих моделей превенції аутоагресивної поведінки підлітків в освітньому середовищі.

**Об'єкт дослідження:** аутоагресивна поведінка

**Предмет дослідження:** аутоагресивна поведінка в підлітковому віці.

**Мета дослідження:** вивчити психологічні детермінанти аутоагресивної поведінки підлітків.

Відповідно до мети, були поставлені наступні **завдання дослідження:**

1. Теоретичний аналіз сучасних вітчизняних і зарубіжних моделей аутоагресивної поведінки підлітків.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження специфіки взаємозв'язків між показниками різних форм аутоагресивної поведінки та психологічними характеристиками у підлітків з високим ризиком аутоагресії.

3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати дослідження.

4. Розробити концепцію психопрофілактики аутоагресивної поведінки підлітків

**Методи дослідження:**

1. Теоретичний аналіз.

2. Емпіричний метод:

- Тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» (Зверьков А.В., Ейдман Е.В.);

- Опитувальник для визначення ризику суїциду «Суїцидальна особистість-19» (Юнацкевич П.І.);
  - Опитувальник для дослідження рівня імпульсивності (Лосенков В.А.).
- Вибір методик дослідження здійснювався відповідно до поставлених мети та завдань.

3. Математико-статистичний метод: були використані наступні методи статистичної обробки даних

- описові статистики,
- t – критерій Стьюдента (для незалежних вибірок);
- критерій узгодженості Пірсона  $\chi^2$  ( $\chi^2$  - квадрат).

Математична обробка даних проводилася за допомогою програм для аналізу статистичної інформації Microsoft Excel 2016, SPSS Statistics 19 for Windows.

**Емпірична база та характеристика вибірки:** Дослідження було проведене серед підлітків (учнів 7 – 9 класів) на базі шкіл міста Києва.

У вибірку було включено 60 підлітків, середній вік становив 13,6 років, 28 хлопчиків, 32 дівчинки, 81,6% підлітків із повних сімей; 15% з неповних; 3,3% підлітків на опікунстві.

Дослідження було проведене онлайн у зв'язку із поточною епідемічною загрозою.

#### **Теоретико-методологічні основи дослідження:**

Концепції самокаліцтва та суїцидальної поведінки (Амбрумова А.Г., Положій Б.С., Польська Н.А., Сироквашина К.В., Nock M.K., Wasserman D.), уявлення про механізми поведінки, пов'язаної зі вживанням ПАР (психоактивних речовин) та алкоголю (Альтшулер В.Б., Донських Т.А., Крупицький Е.М., Короленко Ц.П., Менделєєвич В.Д., Шустов Д.І.) уявлення про механізми регуляції в нормі та при патології (Булигіна В.Г., Дозорцева Є.Г., Зейгарник Б.В., Змановська Є.В., Миколаєва В.В., Ричкова О.В., Сафуанов Ф.С., Холмогорова А.Б.), екзистенційно-аналітичний підхід до розуміння особистості (Ленгле А., Шумський Б.М., Франкл В., Леонтьєв Д.А., Маді С., Кривцова С.В.), теоретичні основи

феноменологічної психології та психіатрії (Гуссерль Е., Ясперс К., Бінсвангер Л., Мамардашвілі М.К.).

Досліджувана проблематика знайшла глибоке та фундаментальне відображення в роботах сучасних українських учених-психологів (Горностаєв П.П., Титаренко Т.М., Максименка С.Д., Ніколаєвої І.С., Корнєва М.Н., Коваленко А.Б., Камінської О., Каліної О.Г., Власової О.І.).

### **Теоретична та практична значущість роботи:**

Виконане теоретико-методологічне узагальнення вітчизняних і зарубіжних підходів до профілактики аутоагресивної поведінки підлітків дозволить розкрити сутнісні характеристики екзистенційних підходів до розуміння феномену аутоагресії та її превенції, а також обґрунтувати роль екзистенційної кризи підлітків у формуванні аутоагресивної поведінки.

Отримані на основі дослідження дані дозволять виділити полімодальні та мономодальні аутоагресивні поведінкові профілі у підлітків, що вносить важливий вклад у розвиток оцінки ступеня ризику аутоагресії та розробку питання специфічного превентивного втручання.

Отримані результати можуть бути використані при створенні програм психологічної корекції аутоагресивної поведінки підлітків.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

## 1.1. Сучасні підходи до розуміння поняття аутоагресивної поведінки

Аутоагресивна поведінка підлітків привертає увагу багатьох дослідників. За останні роки були запропоновані різні етіологічні моделі, що пояснюють феномени суїцидальної поведінки, а також непрямих видів самоушкодження, особливо вживання ПАР (психоактивних речовин). Однак жодна з теорій не отримала переваги. З огляду на те, що виникнення аутоагресивної поведінки є багатофакторним процесом, кожен підхід робить акцент на більш значущому в його контексті аспекті. Можна виділити 4 основні групи факторів аутоагресивної поведінки: біологічні (генетичні), соціальні, психологічні, клінічні. Відповідно до виділених груп теоретичні підходи можна розділити на наступні типи: психологічний, психіатричний соціальний, біологічний, а також інтегративний, що поєднує групу факторів.

Психологічні підходи концептуалізують аутоагресивну поведінку як результат основного психопатологічного процесу. З цієї позиції суїцид і самоушкодження в більшій мірі пов'язані з психологічним контекстом, який супроводжує виникнення і підтримання аутодеструктивних дій. В рамках психологічного підходу виділяють кілька напрямків, кожен з яких апелює до тих чи інших психологічних предикторів (емоційним, особистісним, поведінковим, когнітивним, міжособистісним та інше.), виділяючи їх в якості значущих при розумінні аутоагресії: психодинамічне, когнітивно-поведінкове та гуманістичне (феноменологічне).

Розуміння аутоагресивної поведінки в рамках психодинамічного підходу розвивалося від уявлень про обернення агресії, що відноситься до інтроєцированого об'єкту, на себе (Фройд З.) до трактування суїциду як наслідку переживань, пов'язаних з ураженням нарцисичного Я (Хензелер Х., 2001; Килборн Б., 2017) [47].

В рамках психодинамічних моделей здійснюється спроба зрозуміти, як вираз або придушення життя, смерті і сексуальних мотивів може ініціювати аутоагресивні інтенції. Так, в антисуїцидальній моделі самопошкоджуючої

поведінка розглядається, як «мікросуїцид» (microsuicides), так як дозволяє одержати перевагу над смертю, направляючи руйнівні імпульси на власне тіло [73]. Антисуїцидальна модель самоушкодження фокусується на поведінці особистості як на активному механізмі подолання, використовуваному для запобігання суїциду.

Сексуальна модель аутоагресивної поведінки передбачає, що акти самоушкодження є наслідком уникнення і придушення сексуальних бажань і спробою контролювати статеве дозрівання. Один з аргументів, що приводиться авторами даної моделі, полягає в тому, що до настання пубертату фактично відсутня самопошкоджуюча поведінка, відповідно після завершення етапу половой зрілості кількість аутоагресивних актів також знижується [87; 90; 100; 67].

Емпірична перевірка даних психодинамічних моделей показала, що незважаючи на те, що окремі дослідники представляють психоаналітичні звіти про випадки аутоагресивної поведінки [100], емпіричних доказів цього підходу залишається недостатньо. Такі унікальні для психодинамічного підходу аспекти, як психосексуальну концептуалізація та інтернативний підхід, не збігаються з тими психотерапевтичними методами, які визнані ефективними при аутоагресивній поведінці (вираз і регуляція емоцій, альянс з психотерапевтом, розуміння і регуляція своєї поведінки) [68; 93].

Сучасний психоаналітичний підхід пов'язує аутоагресію з наслідками дифузійної ідентичності прикордонної особистості, з нарцисичним радикалом і її незрілими компенсаторними механізмами [47]. Нездатність такої особистості прийняти власні обмеження і недосконалості призводять до вибору смерті як перемоги над розчаруванням. Поняття дифузійної ідентичності, відповідно до теорії О. Кернберга (2000), визначається як порушення інтеграції між значущими іншими та Я- концепцією (Кернберг О.Ф., 2000). У підлітковому віці дифузна ідентичність проявляється в труднощах самоідентифікації, в непослідовній поведінці, поверхневій оцінці інших [1; 2]. Аутоагресивна поведінка при психодинамічному підході розглядається як захисно-компенсаторна, спрямована на відновлення цілісності Я, повноти емоційних переживань [72].

Особливу роль в розумінні аутоагресивної поведінки в рамках психодинамічного підходу має припущення про онтогенетичні фактори: досвід сексуального або фізичного насильства в дитячому віці, ранньої втрати матері або передчасної з нею сепарації. Такий дитячий досвід приводить до втрати відчуття цілісного Я та розвитку аутоагресивних форм поведінки, як компенсації порушеного психічного досвіду дитини [92].

У психодинамічній моделі аутоагресивної поведінки, заснованої на уявленні про порушення взаємин між дітьми і батьками [93], пропонується розрізняти 2 види самоушкоджень: недисоціативне та дисоціативне, що пов'язані з відповідними типами дитячо-батьківських відносин. У разі недисоціативного самоушкодження, що пов'язане з проявом негативних емоцій відбувається при яких дитина рано починає виконувати дорослі функції, беручи на себе роль своїх батьків. Дисоціативне самоушкодження носить демонстративний характер, направлений на поліпшення соціальної адаптації, виникає в результаті дефіциту емоційної близькості дитини з батьками.

Особливу увагу в психодинамічній теорії аутоагресії приділяється тілесності. Використовується поняття «суїцидальне тіло» (Orbach I., 2016), яке характеризується дисоціацією, онімінням, ангедонією, підвищенням порогів чутливості, що сприяє суїцидальній поведінці, полегшує реалізацію агресивних інтенцій щодо власного фізичного Я.

Ще одне важливе поняття психодинамічного підходу до аутоагресії - «суїцидальний розум» [88]. Думки про суїцид є результатом нестерпного душевного болю, загострює чутливість до будь-яких зовнішніх обставин і концентруючи нарцисичну крихкість. В основі розвитку психодинамічних уявлень про суїцидальний розумі лежить концепція психічного болю [85]. Душевний біль за силою порівнюється з переживанням саморозпаду. Страждена доля випробовує внутрішню і зовнішню агресію. У психоаналізі такі почуття порівнюють з неконтрольованим потоком божевілля [66]. Психічна біль включає в себе 9 основних показників: незворотність, втрату контролю, нарцисичну крихкість,

відчуженість, «заморожування», сплутаність, відсутність переживання підтримки, порожнечу [83].

Психодинамічний підхід до розуміння аутоагресивної поведінки в підлітковому віці фіксує свою увагу на понятті «суб'єктивізація». Суб'єктивізація розуміється як здатність підлітка до переживання своєї індивідуальної ідентичності при активному включенні в внутрішньоособистісні і міжособистісні труднощі, пов'язані з віковими змінами підлітка. Суб'єктивізація є 3-етапний процес: пізнання підлітком себе через оволодіння своїм тілом, формування сексуальності, оволодіння власним мисленням і контроль за власними мотивами. Успішне завершення процесу Суб'єктивізації дає підлітку відчуття захищеності від психічної і фізичної смерті (Briggs S. et al., 2018). Модель Суб'єктивізації пов'язує аутоагресію з нездатністю підлітка включитися в процес Суб'єктивізації. Труднощі Суб'єктивізації на кожному з рівнів призводять до порушення ідентифікації, замкнутої на собі самому, і спотвореної ідеології, втрати контролю над внутрішніми переживаннями.

Теоретичні уявлення про особливе ставлення підлітків-суїцидентів до свого тіла отримали емпіричне підтвердження: підлітки негативно проявляють свої почуття по відношенню до тіла, в їх спогадах про ранню тілесність містяться події, що відображають негативні прояви до них близьких (фізичні покарання, ігнорування тілесних потреб та інше)

В контексті когнітивного підходу аутоагресивна поведінка розглядається як наслідок когнітивних спотворень. Дихотомічне мислення, схильність до генералізації, ригідні когнітивні схеми призводять до переживання почуття «безвиході» як основної категорії, що характеризує суїцидальну поведінку (Beck A.T., 2017).

У когнітивно-поведінкової теорії такі види аутоагресивної поведінки, як суїцид, самопошкодження, вживання ПАР розглядаються в якості варіанту копінгової поведінки у відповідь на стрес або переживання внутрішньої вразливості (Esposito-Smythers C., 2017). Стикаючись із значним стресом, когнітивні процеси протікають спотвореним чином: вибираються дезадаптивні

рішення і стратегії подолання труднощів, що шкодять самій особистості. Такі когнітивні спотворення призводять до емоційної дисрегуляції зі спробою стабілізації в рівній мірі за рахунок таких малоадаптивних стратегій, як вживання ПАР і / або самопошкоджуючої поведінки. Разом з тим при тривалій персистенції стресора вживання ПАР і / або самоушкодження служать додатковим фактором, що погіршує когнітивний і емоційний фон, що призводить до суїциду як способу полегшення або втечі від безперервного емоційного болю.

Емпіричні дослідження дозволили виявити закономірність: чим сильніше відчуття безвиході, тим менший стресогенний стимул необхідний для активізації суїцидальної поведінки (Weishaar M.E., 1990). На основі когнітивного підходу були розроблені концептуальні моделі суїциду: концепція дезадаптивних схем (Холмогорова А.Б., 2013; Wenzel A., 2009) [48; 49]; концепція суїцидального модусу (concept of suicidal mode) і теорії уразливості суїциду (fluid vulnerability theory of suicide) (Rudd M.D. et al., 2006) [89].

У концепції дезадаптивних схем суїцидальні спроби поділяються на імпульсивні і неімпульсивні. Імпульсивні спроби супроводжуються переживанням непереносимості власних станів і ситуації. Неімпульсивні відрізняються продуманістю, більш тривалим тимчасовим перебіг і супроводжуються переживанням хронічної безнадійності.

В рамках концепції уразливості суїциду суїцидальний ризик характеризується 2 властивостями: базисним ризиком і гострим ризиком. Базисний ризик забезпечує загальну схильність, предиспозицію до суїциду або суїцидальної спроби. Базисний ризик може полягати у відсутності протективних факторів особистості, таких як соціальна підтримка, оптимізм, когнітивна гнучкість. Наявність базисного ризику підвищує чутливість індивіда до стрес-факторам і відповідно до скоєння суїцидальної спроби. Гострий ризик пов'язаний зі стресовими зовнішніми подіями і залежить від думок, емоцій, психологічного досвіду, що виникають у відповідь на стрес.

Концепція суїцидального модусу ґрунтується на теорії уразливості суїциду і взаємовпливу 4 основних категорій (думок, поведінки, емоцій, фізичних передумов) на рівнях базисного і гострого ризику.

В рамках моделі розширення і побудови позитивних емоцій суїцид визначається як адаптивна реакція особистості на сильні душевні переживання суму і безнадії (Fredrickson V.L., 2001) [71]. Як превентивна стратегія суїцидальної поведінки автор моделі пропонує підвищити стресостійкість через навчання позитивним думкам, діям і афектам. Інтерперсонально-психологічна модель суїцидальної поведінки (Joiner T. E. et al., 2015) передбачає, що для здійснення самогубства необхідно бажання померти і здатність вчинити суїцид. Бажання смерті розвивається при наявності 2 стійких станів: обтяженості та почуття соціальної відчуженості. Здатність вчинити суїцид пов'язана з подоланням інстинкту самозбереження, який є досить сильним і для цього недостатньо тільки розвиненою сили волі. Страх перед болем, травмою, смертю знижується при багаторазовому їх переживанні. Почуття обтяженості виникає як результат негативної когнітивної установки, що існування підлітка обтяжує родину. Рівень суїцидальних думок підвищується при переживанні приреченості.

Модель Т.Е.Джойнера (2005) отримала подальший розвиток в рамках 3-крокової моделі (Klonsky E.D., 2015). Основні принципи 3-ступінчастою теорії за-полягають в тому, що:

а) суїцидальні ідеї розвиваються через поєднання переживань болю і безнадійності;

б) почуття соціальної приналежності (пов'язаності) є ключовим захисним фактором;

в) перехід від суїцидальних ідей до спроб відбувається, коли особистість може протистояти болю і страху, властивим суїцидальної спроби.

## **1.2. Психологічні особливості підліткового віку**

Підлітковий період характеризується крайньою неоднорідністю: його початок і закінчення якісно відрізняються нейрофізіологічними процесами, когнітивними особливостями, психологічними і соціальними проблемами. У

вітчизняних і зарубіжних вікових періодизаціях підлітковий вік виділяється як період, починаючи з 11-12 років, і розглядається спільно з юнацьким до 20 років (Ананьєв Б.Г., 1980; Кон І.С., 1988; Еріксон Е., 1996; Квінн В., 2000; Крейг Г., 2003) [45; 15; 74]. Разом з тим визначення меж підліткового віку залишається актуальним, що багато в чому це обумовлено соціально-економічними змінами в суспільстві (Слободчиков В.І., 1991; Смірнягіна М.М., 2009 року; Gluckman PD et al, 2006; Sheehan P. et al . 2017; Sawyer SM et al., 2018) [86; 90]. Виділення вікових меж засноване на трьох основних показниках: біологічному (особливості розвитку організму), соціальному (відповідно рівня розвитку дитини нормам, прийнятим в соціумі), психологічному (рівень психічного і особистісного розвитку). Відповідно до теорії Д. Б. Ельконіна (1971) і Л. І. Божович (1951), межі підліткового віку визначаються як 12 - 17 років, підрозділяючись на дві фази: 12-15 (молодший підлітковий) і 15-17 (старший підлітковий) років. В основі такої періодизації лежать три критерії: новоутворення віку, провідна діяльність, виникнення протиріч. Інші автори (Поліванова К.Н., 2000; Фельдштейн Д.І., 2004) розглядають початок підліткового періоду з 10 років. Саме в цьому віці починається психоендокринні зрушення, що збігається з моментом переходу з початкової школи в середню та супроводжується психологічними змінами, характерними для підліткового віку: змінюється суб'єктивне відчуття часу, зростає число Я-висловлювань, формується рефлексивно-перспективні уявлення про себе. Питання про верхні межі підліткового віку також неоднозначні. Одні дослідники вважають, що завершення підліткової кризи доводиться на 17-18 років (Дубровіна І.В., 1987), тоді як інші характеризують цей період, як початок юнацького (Бершедова Л.І., 1999). Відповідно даними зарубіжних психологів, період підліткового віку (adolescence) охоплює вік з 11 до 19 років (Райс Ф. та ін., 2010). Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що підлітковий вік відповідає періоду 10 - 20 років, починаючись з появи ознак статевого дозрівання. Аналогічні вікові рамки даного віку визначені і в конвенції ООН про права дитини. Вибір в якості верхньої межі підліткового віку 19-20 років обумовлений, з одного боку, завершенням нейрофізіологічних процесів, що почалися в підлітковому віці, з іншого -

соціальними особливостями: початком навчання в вузі, трудовою активністю, оволодінням нової ролі дорослого та інше.

Психологічний зміст підліткового віку пов'язаний з вимогою ставитися до підлітків як до дорослих. Це ознака формування особистої дорослої стихії. У середині підліткового віку є «відчуття дорослості». Таке центральне індивідуальне новоутворення визначає підлітковий напрямок та діяльність, систему нових прагнень та переживань. Більшість українських психологів-Г. С. Костюк, М.Й. Боришевський, О.А. Проскура відмічають, що існує тенденція думати про почуття дорослої людини як про "структурний центр" основної характеристики підліткової особистості.

Важливим аспектом при визначенні меж підліткового віку є облік гендерної асинхронії: дівчатка ростуть більш активно, процес інтенсивного дозрівання починається в 10-11 років, в той час як у хлопчиків цей процес проявляється у віці 12-13 років.

У нашій роботі ми будемо розглядати кордону підліткового віку, починаючи з 10-річного віку, завершуючи 18-річчям, що узгоджується з сучасними моделями та уявленнями про цю фазі життя. Вибір нижнього значення підліткового періоду - 10 років - обумовлений біологічними процесами дозрівання і переходу в пубертат (піком зростання, початком розвитку статевих ознак) і соціальними процесами (переходом на нову освітню ступінь). Верхнє значення - 18 років - не має чітких біологічних критеріїв, і в більшій мірі пов'язане з соціальними особливостями: переходом із загальноосвітньої школи до вищого навчального закладу, настанням повноліття, збільшенням вимог соціуму по відношенню до підлітка.

Підлітковий вік відрізняється численними і багатоплановими змінами, що відбуваються на всіх рівнях організації індивіда: тілесному, психічному, соціальному, духовному.

Зміни ендокринних процесів, нерівномірний розвиток залоз внутрішньої секреції (зниження функцій одних залоз і посилення функцій інших) визначає багато в чому психічну сензитивність підлітків до різних життєвих змін (Кулагіна І.Ю., 2001; Строев Ю.І., 2004). У зв'язку з чим багато соціальних та психологічних

факторів, невід'ємно супроводжують становлення підлітка (зміни відносин з батьками, необхідність професійного самовизначення, процеси особистої ідентичності), сприймаються підлітками як високострессогенними (Строев Ю.І., 2004).

Активізація гормонів росту і статевих гормонів обумовлює різкі нерівномірні зміни у фізичному і фізіологічному розвитку підлітків, приводячи до необхідності пристосовуватися до них. Як наслідок таких інтенсивних фізичних проявів починає формуватися новий образ фізичного Я, змінюється ставлення підлітків до власного тіла, гіпертрофовано переживаються особливості зовнішності, що не збігаються з внутрішніми уявленнями підлітка (Ельконін Д.Б., 1989; Кле М., 1991; Кулагіна І.Ю., 2001). Інтенсивність нейрофізіологічних трансформацій підлітків виражається в зближенні патологічних і непатологічних форм поведінки (Зверева М.В. та ін., 2013; Афоніна Ю.С., Булигіна В.Г. та ін., 2018; Григор'єва О.О., 2018) [17; 27; 35].

Психічні зміни проявляються в особливостях емоційно-вольової і поведінкової сфер, когнітивних процесів. До провідних психологічним новоутворенням підлітка відносять: самосвідомість (Леонт'єв О.М., 1983; Виготський Л.С., 1984; Божович Л.І., 1995; Ельконін Д.Б., 1995; Прихожан А.М., 1997. ; Рубінштейн С.Л., 1999; Фельдштейн Д.І., 2005), почуття дорослості (Драгунова Т.В., 1973; Виготський Л.С., 1984; Дубровіна І.В., 1987; Шевандрин Н.І., 1995; Ельконін Д.Б., 1997; Новгородцева А.П., 2006), особливості когнітивної, емоційних сфер, формування тимчасової перспективи або «домінанти далі» (Кон І.С., 1988; Мухіна В.С., 2000; Поліванова К.Н., 2011) [25; 45].

Переробка та структуризація власного досвіду, формування власної позиції, цінностей, переконань, шляхів самовизначення призводить до розвитку самосвідомості, усвідомлення власного Я (Столін В.В. та ін., 1989; Мерлін В.С., 1990; Еріксон Е., 1996; Мухіна В.С., 2000) [47; 50]. Процес самосвідомості невід'ємно пов'язаний з функціями саморегулювання і самоконтролю (Анан'єв Б.Г., 1980). Неузгодженість між самовідчуттям підлітка, внутрішнім станом його особистості, а також зовнішніми обставинами і оцінками призводить до дезадаптації (Макушкин Е.В. 2017). Наслідком труднощів у розвитку

самосвідомості є дифузне, розпливчате Я, особистісна невизначеність, що призводить до сурогатних форм самореалізації, таких як алкоголізація і наркотизація та інше.

Формується почуття дорослості підлітка, що є основою для кризових переживань, пов'язаних з невідповідністю самовідчуття і відносин з дорослими. Прагнення підлітків увійти в світ дорослих, відсутність сформованої здатності діяти самостійно і приймати рішення, з одного боку, і обмеження дорослими прав підлітків, підвищений контроль, або, навпаки, потурання - з іншого боку, призводять до формування внутрішніх і зовнішніх конфліктів, виникнення протестної, девіантної поведінки. Специфіка емоційної сфери підлітка проявляється в поверхневому переживанні почуттів, швидкому їх виникненні і згасанні, замиканні на своїх переживаннях (Колесов Д.В. та ін., 1986). Такі емоційні особливості стають основою для імпульсивних, необдуманих вчинків, а також для надмірної фіксації на власних емоціях, поглибленні на афективному стану.

Ставлення підлітків до власного тіла, гіпертрофовано переживаються особливості зовнішності, що не збігаються з внутрішніми уявленнями підлітка (Ельконін Д.Б., 1989; Кле М., 1991; Кулагіна И.Ю., 2001) [39; 53].

Підліткова криза - це складна поведінка дітей віком від 12 до 15 років. Підлітковий вік є одним з найважливіших і має глибокий вплив на подальший розвиток, важливий період у житті людини. Він виступає як «місток» між дитинством і дорослим життям. Поняття "криза", пов'язане з підлітком, використовується для підкреслення тяжкості та болючості переходу від дитинства до дорослого життя. Перш за все, криза пов'язана з перебудовою організму дитини-статевим дозріванням. Активація та складна взаємодія гормону росту та статевих гормонів викликають інтенсивний фізичний та фізіологічний розвиток та з'являються вторинні статеві ознаки. Підлітковий вік іноді називають тривалою кризою. Проблеми з функціонуванням кровопостачання серця, легенів та мозку можуть призвести до нестабільного емоційного фону. Тому може проявитися гіперчутливість, і навіть агресивні, бурхливі енергетичні вибухи змінюються меншою силою. Психологічні особливості дітей, які перебувають у групі ризику

в підлітковому віці. За цей час діти розвивають у дорослих відчуття і часто знецінюють своїх батьків. У родинях часто можуть виникати конфлікти, і підлітки часто реагують на протест проти спроб дорослих втрутитися у їхнє життя. Саме через цей конфлікт підлітки дізнаються про себе, свої здібності та задовольняють потребу у самоствердженні. Якщо цього не станеться, і статево дозрівання проходить гладко, без конфліктів, у майбутньому ми можемо зіткнутися з двома варіантами процесу "затримки кризи". Особливо болючий і насильницький процес кризи у 17 років. Під час підліткової кризи діти хочуть всього і відразу. Хтось уже бачив можливість бути відкритим для нього, але насправді він все ще не знає, як контролювати свої дії та бажання. Батьки, їх любов та турбота, а також підлітки, яким потрібна їхня думка, мають сильне бажання бути однаково незалежними від своїх батьків. Основною особливістю підлітків є особиста нестабільність. Багато підлітків дуже нервують через свій фізичний стан і зовнішній вигляд і звинувачують свою невдачу. Ці відчуття часто є несвідомими і формують напругу, з якою підліткам важко впоратися. На цьому тлі зовнішні проблеми особливо трагічні.

### **1.3. Аутоагресивна поведінка в підлітковому віці**

На сьогоднішній день аутоагресивна поведінка розглядається як одна з типових форм підліткових девіацій (Донських Т.А. та ін., 1990; Вострокну Н.В., 2017). Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури виявляє безліч синонімічних термінів, що описують поведінку, пов'язану із заподіянням фізичної шкоди власному тілу: «аутоагресивна поведінка», «саморуїнна поведінка», «аутодеструктивна поведінка», «самопожкоджуюча поведінка» та інше. В основі всіх цих термінів - феномен руйнування особистістю своєї фізичної і психічної цілісності.

Одним з перших термінів, найбільш близьких до поняття аутоагресивної поведінки, є «парасуїцид» (Kreitman N. et al., 1977). Значення терміна включає в себе:

1) поведінка, пов'язана з нанесенням навмисних каліцтв з ризиком виникнення надалі травм, захворювань і смертельного результату;

2) застосування хімічних речовин з вираженим наміром покінчити життя. Вживання речовин з метою наркотичного сп'яніння до даної категорії не відноситься.

А.Г. Амбрумова, Є.Г. Трайніна, Н.А. Ратінова (1990) визначають аутоагресивну поведінку як дії, що завдають шкоди психічному і соматичному здоров'ю, відносячи до них усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя – суїцид.

В.А. Руженкова включає в поняття аутоагресивної поведінки суїцидальну поведінку і аутодеструктивну поведінку, розглядаючи її як синонім саморуйнівної поведінки. Аутоагресивна поведінка є формою девіантної поведінки, при якій особистість завдає шкоди самій собі за допомогою прояви щодо себе агресивних дій. Прояв агресії може виражатися як фізично, так і психологічно. Об'єкт і суб'єкт агресії при такій формі поведінки збігаються. Аутоагресивні акти у фізичному плані спрямовані на порушення цілісності тіла та його покривів. У психологічному плані - це агресія по відношенню до власної особистості, що виявляється в самознищенні, самозвинуваченні, ненависті до себе.

Аутоагресивна поведінка не вкладається в розуміння «норми», але також і не виділяється як форма психопатології. Аутоагресія входить в симптомокомплекс багатьох психічних розладів, що є самостійними нозологічними одиницями, таких як депресія, прикордонне особистісний розлад, залежність від психоактивних речовин та інше.

Як і будь-яка форма поведінки, аутоагресивна володіє такими характеристиками, як вмотивованість (що включає потреби і цілі); адаптивність (співвіднесення з вимогами соціуму); автентичність (прояв усвідомленої індивідуальності); продуктивність (досягнення поставлених цілей і завдань); активність (здатність до інтенсифікації своїх діяльнiсних характеристик); емоційність (афективний зміст діяльності); динамічність (темп діяльності); стабільність, стійкість мотивів; усвідомленість (здатність відстежувати і фіксувати в свідомості свої переживання); довільність (контроль за своєю поведінкою);

гнучкість (здатність проявляти пластичність у відповідь на поточні зовнішні і внутрішні зміни) (Змановская Е.В., 2003) [43].

Всі види аутоагресивної поведінки мають спільні мотиваційні характеристики. Самоушкодження, суїцидальна поведінка, вживання психоактивних речовин, ризиковану поведінку спрямовані на саморегуляцію (Kopetz С., 2013). До найбільш поширених мотиваційним характеристикам аутоагресивної поведінки відносять зниження надмірного емоційного напруження (Haines J., 1995; Shaw-Welch S., 2003; Rasmussen S. et al., 2016) [69; 74], прагнення до самопокарання, привернення уваги (Edmondson A., 2018), опосередкована передача інформації про свій стан оточуючим, врегулювання конфліктних ситуацій, протест (Амбрумова А.Г. та ін., 1987). Слід зазначити, що висловлювані суб'єктом причини та мотиви, що стоять за ним та спонукають до дії можуть не збігатися. Мотивація аутоагресивної поведінки може не усвідомлюватися зовсім, а може пред'являтися в свідомості індивіда в замаскованому захисному вигляді (Соколова Е.Т., 2015).

Аутоагресивні акти поведінки розглядаються в контексті соціальної дезадаптації: при відсутності адаптивних поведінкових механізмів виникають труднощі співвіднесення з правилами, системою відносин і цінностями, прийнятими в суспільстві. Всі види аутоагресивної поведінки в цьому контексті є форми компенсаторних малоадаптивних копінгів (Афанасенков і ін., 2014; Соловйов А.Г. і ін., 2013) [36; 87]. Окремі форми самопошкоджуючої поведінки, такі як татування, пірсинг, що відносяться до модифікацій тіла, розглядаються як прояви суб'єктності, автентичності (Польська Н.А., 2014 року). В рамках особистісного комплексу аутоагресія представлена на різних рівнях: характерологічному, самооціночному, соціальної взаємодії, соціальної перцепції (Реан А.А., 2008). Аутоагресія призводить до порушення розвитку особистості, її цілісності, автентичності (Короленко Ц.П. і ін., 1990). При цьому аутоагресивні форми можуть являти собою індивідуальний стиль життя, що представляється індивіду як форма самовдосконалення тілесного чи духовного. Прикладами такої

аутоагресивної псевдоаутентичності є дієти, пластичні операції (без фактичних медичних показань), виснажливі заняття фітнесом та інше. (Соколова Е.Т., 2015).

При аутоагресивній інтенції індивід переживає труднощі в постановці цілей і їх досягненні. Багато в чому це пов'язано з браком позитивних очікувань від майбутнього (Snyder C.R., 1994). Картина майбутнього сприймається як негативна, більшість цілей втрачає сенс і цінність (Kleiman E.M. et al., 2013).

Однією з характеристик аутоагресивної поведінки є повторення: це завжди низка поведінкових актів, відтворюваних з різною інтенсивністю. Аутоагресивна поведінка може проявлятися епізодично, маючи низьку інтенсивність актів самоушкодження (Favazza A.R. et al., 1993). При збільшенні частоти подібних актів аутоагресія набуває адиктивний характер. При адиктивній аутоагресивній поведінці індивід відчуває непереборне бажання вдаватися до фізичних пошкоджень, набуваючи форму психологічної адаптації. Посилення активності аутоагресивної поведінки: підвищення частоти епізодів (Whitlock J. et al., 2007, 2008; Klonsky E.D. et al., 2008); ступінь тяжкості і кількість використовуваних методів (Cooper J. et al., 2005), збільшення кількості форм призводить до найвищого ступеня аутоагресії - суїциду (Попов Ю.В. та ін. 2017).

Специфіка афективних переживань при аутоагресивній поведінці проявляється в зниженому фоні настрою, підвищеній тривозі, депресивних станах (Холмогорова А.Б. та ін., 2012), підвищеній імпульсивності, «вибуховості» афекту (Андронникова О.О., 2010). При аутоагресивній поведінці людина переживає нездатність конструктивно висловити роздратування по відношенню до зовнішніх ситуацій або суб'єктам, і вихлюпує негативні емоції на себе самого, супроводжуючи такі переживання фізичними актами, спрямованими на пошкодження тіла.

Аутоагресивна поведінка характеризується стійкістю мотивів. При виборі аутоагресивних форм поведінки інші поведінкові стратегії виявляються малодоступними в силу високої психічної ригідності (Майсак Н.В., 2001). Індивід здатний відстежувати свої аутоагресивні інтенції, які можуть проявлятися в діапазоні від низькодиференційованих, до високодиференційованих форм:

ненавмисних, неусвідомлених дій, що призводять до саморуйнування або самознищення, а також усвідомлених дій, спрямованих на добровільне позбавлення себе життя [78 - 82]. Несвідомі мотиви аутоагресії можуть проявлятися в таких формах поведінки, як негативізм і саморуйнування по відношенню до собі: зловживання психоактивними речовинами, сексом, їжею, інформаційними технологіями, пластичною хірургією, ризиковану поведінку та інше.

Модель С.Р.Шнідера (1994) розглядає суїцидальну поведінку, як дефіцит позитивних очікувань від майбутнього. Автор ґрунтується на профілактичному аспекті у формуванні почуття надії, яким можна навчати і тренувати (Snyder C.R., 1994).

Когнітивна модель дефіциту автобіографічної пам'яті (Capture and rumination (CaR), functional avoidance (FA), and executive control dysfunction (X), - CaRFAX, Williams JMG, 2007) [94] включає в себе 3 типи порушення обробки спогадів: фіксацію, румінації, функціональне уникнення та адміністративний контроль. Автор моделі передбачає, що індивіди, які мають доступ як до загальних, так і специфічних спогадами і можуть в ієрархічності порядку їх відновити і застосувати щодо конкретного ситуаційного контексту, знаходяться в оптимальному благополучному психічному стані. CaRFAX модель була розроблена з метою пояснити специфіку спогадів у пацієнтів, що знаходяться в депресії і пережили травму і мають суїцидальні інтенції.

Інтеграційна мотиваційно-вольова модель суїцидальної поведінки (O'Connor R.C., 2011) представляє собою 3-фазну структуру і відображає взаємозв'язок між фоновими факторами і тригерними подіями. Три фази моделі включають в себе: попередню - містить фонові фактори, мотиваційну - суїцидальні думки отримують розвиток, вольову фазу - реалізація суїцидальної спроби.

Емпірична перевірка когнітивних моделей дозволила виділити специфічний когнітивний контент при суїцидальній інтенції, що включає безнадійність, перфекціонізм, обтяженість, відсутність почуття приналежності, на основі якого

були розроблені терапевтичні і превентивні стратегії. Застосування когнітивних моделей аутоагресивної поведінки набуло широкого поширення в практиці.

На основі дослідження специфіки підліткового віку була розроблена когнітивно-поведінкова модель суїцидальної поведінки підлітків. У даній моделі велике значення приділяється фактам схильності до психопатології і онтогенетичного травматичного досвіду, що підвищує вразливість особистості при стресових впливах. Внаслідок психопатологічних і постратравматичних предикторів у підлітка формуються дезадаптивні поведінкові копінги, а також знижена емоційна стійкість і здатність до афективної регуляції, імпульсивне реагування. Як наслідок таких труднощів, особистість знаходить неадаптивні поведінкові стратегії, такі як самоушкодження і суїцид [103].

## **Висновки до розділу 1**

У цьому розділі представлені матеріали теоретичного аналізу особливостей підліткового віку та аутоагресивної поведінки вітчизняними та зарубіжними авторами.

У цих матеріалах визначено межі підліткового віку, розглянуто психологічні особливості підлітків. Відзначено, що підлітковий вік відрізняється численними та багатоплановими змінами у тілесному, психічному, психологічному, соціальному, духовному рівнях. Основу для підвищеного ризику підліткової девіантності, що включає аутоагресивні форми поведінки, становлять психоендокринні процеси (висока частота виникнення та маніфестацій психічних розладів), соціальні зміни (суперечливе становище підлітка між дитинством і дорослістю, орієнтація на норми референтної групи, психічна напруженість, готовність до ризику, високий рівень агресії, імпульсивність, психічна ригідність).

У розділі розкрито поняття, зміст, характеристики, чинники, механізми різних форм аутоагресивного поведінки. Показано, що специфічною рисою аутоагресивної поведінки у підлітковому віці є залучення індивіда у різні форми девіантної поведінки: вживання ПАР, ризикована поведінка, самоушкодження тощо. Подано епідеміологію різних видів аутоагресивної поведінки підлітків. Відзначено взаємозв'язок між збільшенням вживання підлітками психоактивних

речовин та зростання рівня суїцидів та самоушкоджуючої поведінки. Виділено два типи взаємозв'язку між різними видами аутоагресії: 1) полімодальний комплекс - різні види аутоагресивної поведінки виникають разом один з одним, зберігаючись у вигляді альтернативних поведінкових проявів у поточний віковий період; 2) послідовний взаємозв'язок – один домінуючий вид аутоагресивної поведінки змінюється іншою протягом різних вікових періодів.

Також розділ присвячений аналізу теоретичних підходів до розуміння аутоагресивної поведінки. Подано основні теоретичні підходи: психологічний, соціальний, біологічний, клінічний, інтегративний. У рамках психологічного підходу розглянуті напрямки, що апелюють до тих чи інших психологічних предикторів (емоційних, особистісних, поведінкових, когнітивних, міжособистісних тощо), виділяючи їх як значущі при розумінні аутоагресії: психодинамічний, когнітивно-поведінковий, гуманістичний. Аналіз даного питання показав, що найбільшого поширення набув когнітивно-поведінковий підхід, що розглядає аутоагресію, як наслідок когнітивних спотворень, формування дезадаптивних поведінкових схем, підвищення вразливості особистості до стресових впливів внаслідок психопатологічних та онтогенетичних факторів. Разом з тим, ключовим до розуміння феномену аутоагресії стає внутрішня установка особи щодо життя та смерті, що розглядається в екзистенційних підходах.

Показано, що саме у підлітковому віці, що супроводжується формуванням системи цінностей та смислів, для особистості стають актуальними поняття «життя» та «смерть». Відзначено важливу роль екзистенційних переживань та факторів при формуванні аутоагресивної поведінки підлітків: екзистенційної тривоги, почуття автентичності, відчуття життя як «хорошої», життєстійкості.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ**

### **2.1. Підходи до дослідження аутоагресивної поведінки**

Дослідниками зазначається, що від 30 до 70% підліткової популяції схильні до різних психічних та особистісних розладів (астеноневротичних, депресивних, прикордонних тощо), підвищеної фізичної та психічної втоми [35]. Така специфіка підліткового віку багато в чому визначає вразливість підлітків несприятливим факторам і вибору аутоагресивної поведінки, як стратегії.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість суїцидів серед підлітків за останні 30 років зросла у 30 разів на тлі щорічного приросту суїцидальних спроб. З 1950 р. суїцид посідає 2 або 3 місце, лідируючи серед причин підліткової смертності. У 2003 р. було проаналізовано причини зростання кількості підліткових суїцидів у 1960, 1970, 1980 р.р. (Gould MS et al., 2003). Одна з найбільш значущих причин - залучення підлітків у вживання наркотиків та алкоголю.

У 2014 році (дані доповіді ВООЗ від 2014 р.) самогубства посідали 4 місце за смертністю серед осіб віком від 15 до 29 років. У 2016 р. понад 6000 підлітків 10-24 років загинули через суїцид. За деякими прогнозами, до 2020 р. суїцид вийде на 2 місце серед усіх причин смертності у віковій групі 15-34 років.

Поширеність суїцидальних думок у підлітковому віці коливається від 12,1 до 29,9%, суїцидальних спроб – від 4,1 до 10,5% (McLoughlin A.B., Gould M.S., Malone K.M., 2015). Метааналіз даних отриманих з 59 країн (з низьким та середнім рівнем доходу) за 2019 рік показав, що кількість суїцидальних ідей становить 16,9%, плану самогубства –17,0%, а спроб самогубства –17,0% за останні 12 місяців ( Uddin R. та ін., 2019) [75].

Результати американського дослідження у загальноосвітніх школах показали, що учні 9-12 класів у 13,8% спостережень мали серйозні наміри щодо суїциду; у 10,9% був готовий суїцидальний план; у 6,3% - суїцидальна спроба в анамнезі; 1,9% отримували серйозні пошкодження внаслідок реалізованої суїцидальної спроби (Grunbaum J.A., 2009) [81].

За даними дослідників, у підлітків у віці 11-16 років присутні думки про самогубство (11,8%), бажання вбити себе (2%), думають про самогубство, але не планують його вчинення (8,8%) (Холмогорова А.Г.) [64]. Завершені суїциди більшою мірою характерні для чоловіків, тоді як несуйцидальна самоушкоджуюча поведінка - для жінок. Частота завершених суїцидів серед осіб чоловічої статі є вищою і становить 4:1 по відношенню до осіб жіночої статі (Jans T. et al., 2012). У підлітковому віці вже виразно виявляється: дівчатка підлітки мають більш високий ризик суїцидальної спроби (OR 1.96, 95% CI 1.54–2.50), тоді як у хлопчиків підлітків відзначається високий ризик летальності цієї спроби (HR 2.50, 95% CI 1.8). ) (Miranda-Mendizabal A. et al., 2019) [96].

Загалом, від 4 до 10% хлопчиків та від 10 до 20% дівчаток мають в анамнезі спробу суїциду (King С.А., 1997). Хлопчики підлітки є більш важкодоступною групою для реалізації превентивних стратегій. Проте гендерна подібна специфіка в суїцидальних поведінкових патернах відзначається дослідниками не у всіх країнах (Grunbaum J.G. et al., 2002).

Вікові кумулятивні оцінки поширеності суїцидальної поведінки вказують на збільшення суїцидальної поведінки в підлітковому віці: починаючи з 10-річного віку (<1%) показник збільшується незначно аж до 12-річного віку (2,2%), а потім різко збільшується до максимальних значень, спад яких спостерігається лише після цього до 20-річного віку (13,5%) (Voss С. et al., 2019).

Чверть усіх підліткових суїцидальних спроб реалізуються протягом першого місяця звернення за медичною допомогою. Цей факт наголошує на значущості проведення скринінгу на суїцидальність при медичному огляді підлітків (Rotheram-Vorus M.J. et al., 1996) [86]. При цьому навіть при своєчасному виявленні високого суїцидального ризику (як специфічних суїцидальних рис, так і широкого діапазону психологічних особливостей та проблем) досить важко припустити, чи буде превентивна робота з підлітком ефективною чи ні.

Показник поширеності несуйцидального самоушкодження серед підлітків за різними даними становить від 8,8-23% (Hilt L.M., 2008; Nock M.K., 2006) [80; 81]. Піковий вік початку самоушкодження відзначається між 12 та 14 роками.

Самопошкодження найчастіше наносять собі дівчата. Схильність до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки виявляють у 62,6% підлітків у віці 12-15 років (Холмогорова А.Б., 2009, ПАРлова Т.С., 2013; Demuthova S., Demuth A., 2019) [64; 87].

Деякі дослідники відзначають, що несуйцидальна самоушкоджуюча поведінка може з'являтися в дитинстві, ранній вік - 4 роки (Yates T.M. et al., 2008). Близько 5% виявленого в юнацькому віці самоушкодження почалося в період 10 років (Whitlock J. et al., 2006, Lewis S.P., 2008). Ранні форми самопошкодження вперше є випадковим моторним актом, який закріплюється під впливом соціальних, психологічних, біологічних факторів, набуваючи характеру особливих внутрішньоособистісних відносин індивіда з самим собою [37 - 41].

Близько 2/3 підлітків (віком старше 18 років), залучених у несуйцидальну самоушкоджуючу поведінку, мали поодинокую суїцидальну спробу (O'Connor R.C. et al, 2018). Частота суїцидальних спроб та нанесення самоушкоджень представлені таким чином: 60% суїцидентів повідомляють у середньому про 2 суїцидальні спроби; 80% респондентів з несуйцидальною самоушкоджувальною поведінкою мали в середньому 4 акти самоушкодження [83].

Підлітки, які вживають ПАР, мають підвищений ризик СПП, при цьому чим раніше починається вживання, тим вище цей ризик (Kaminer Y., 2015). У той же час серед підлітків із СПП відсоток вживаючих ПАР у 4 рази перевищує популяційні показники (Moran P., 2015).

Серед підлітків із самоушкоджувальною поведінкою частка тих, хто вживає психоактивні речовини (сигарети, канабіс, алкоголь) значно вища, ніж у підлітків із нормативною поведінкою. У роботах Л.М.Хілта (2008) зазначено, що особи з самоушкоджувальною поведінкою у 46,7% випадків вдаються до вживання алкоголю та наркотиків. У той час як відсоток тих, хто вживає ПАР без самоушкодження, становив 4,4%. За даними іншого дослідження, 59,6% тих, хто вдається до самоушкоджень, виявляють ознаки наркологічних розладів [80; 81]. Виявлено коморбідність самоушкоджуючої поведінки при різних видах вживання ПАР: 12,6% вживали марихуану, 29,5% – алкоголь. Також у дослідженнях є дані,

що думки про самоушкодження супроводжуються думками щодо вживання ПАР [80; 81].

Найбільш чітко простежується зв'язок між збільшенням вживання підлітками психоактивних речовин та зростанням рівня суїцидів. За даними літератури, 20-50% суїцидентів страждали на наркологічні розлади, а 22% самогубств відбувалися у стані алкогольного сп'яніння (Попов Ю.В. та ін., 2017). Метааналіз даних аутопсії осіб із завершеною суїцидальною спробою показав, що 18% загиблих мали наркологічні розлади.

Вживання психоактивних речовин підлітками може посилювати такі суїцидальні дії як суїцидальні ідеї, спроби самогубства, а також завершені суїциди. Тригерна роль алкоголю відбито у роботах М.Р. Хаффорд (2001). Вплив алкогольної інтоксикації на зростання суїцидального ризику розглядається в контексті підвищення рівня психологічного дистресу, що безпосередньо впливає на прояв аутоагресії (Шустов Д.І., 2016; Cloninger C.R., 1988; Khantzian E.J., 1997; 2, Golds; Частота та повторюваність суїцидальних спроб корелює з регулярним вживанням психоактивних речовин (Crumley F.E., 1990).

Найбільш виражений зв'язок між суїцидальним та несуйцидальним самоушкодженням та регулярним вживанням значних доз алкоголю, серед підлітків 13 років та молодше [80; 81].

Близько 14% підлітків, переважно чоловічої статі, за загальної вибірки в 1331 людини, госпіталізованих після самоушкоджень та суїцидальних спроб, повідомляли про регулярне вживання наркотиків [86]. Наступне вживання наркотиків після спроби стає предиктором нових суїцидальних дій.

Підлітки, що палять, більш схильні до самоушкоджуючої поведінки. Серед дівчат, що палять, відзначається в 3 рази більше проявів самоушкоджуючої поведінки. Серед хлопчиків такої тенденції не виявлено. Куріння тютюну пов'язане зі збільшенням ризику суїцидальних спроб: у курців він виявляється у 4 вище, ніж у некурців (Mäkiyurö T.H., 2004).

Послідовний зв'язок між самоушкоджуючою поведінкою та вживанням психоактивних речовин відображено в роботах дослідників [87]. Підлітки, які

мають досвід самоушкоджуючої поведінки, піддаються значному ризику вживання психоактивних речовин і виникнення синдрому залежності в молодому віці (у проміжку між 20 та 30 роками). У нормативній вибірці (20-30 років) вживали алкоголь понад рекомендовану тижневу норму 15-17% молодих людей.

При цьому у групі 20-30-річних респондентів з досвідом самоушкоджуючої поведінки у підлітковому віці вживання алкоголю, що перевищує тижневу норму, становило 23%, зловживання алкоголем – 28%. Синдром множинної залежності спостерігався у 4-5% обстежуваних у віці 21-25 років з нормативною поведінкою у підлітковому віці та у 15-16% обстежуваних, які мали досвід самоушкодження.

У ряді досліджень зазначається, що саме підліткова популяція найбільш схильна до астеноневротичних, депресивних розладів, характеризується проявами прикордонних особистісних розладів, відрізняється від дорослої вибірки підвищеною інтелектуальною та фізичною стомлюваністю. За даними вітчизняних розробників від 30 до 70% підлітків схильні до депресії, тривалого щоденного стресу (Розанов В.А., 2018).

Наведені епідеміологічні дані дозволяють відзначити, що серед підлітків поширені комплексні аутоагресивні прояви. Найчастіше зустрічаються такі поєднання, як вживання психоактивних речовин із суїцидальними та несуйцидальними формами самоушкоджуючої поведінки.

Характер взаємозв'язку між різними видами аутоагресивної поведінки можна розділити на 2 великі групи, що представляють комплекс, тобто різні види аутоагресивної поведінки виникають поряд один з одним, зберігаючись у вигляді альтернативних поведінкових проявів у поточний віковий період.

При комплексі різних видів аутоагресивного поведінки вживання ПАР і самоушкоджуюча поведінка можуть супроводжувати один одного коморбідно, а можуть ставати тригером або фактором, що посилює той чи інший вид аутоагресивних дій. Так, наприклад, досвід самоушкодження у підлітковий період стає незалежним фактором ризику розвитку синдрому множинної залежності у дорослому віці.

Таким чином, аутоагресивна поведінка, включаючи суїцидальну та самоушкоджуючу поведінку, широко поширена в підлітковому віці і становить серйозну соціальну та медичну проблему. Зростання ризиків виникнення аутоагресивної поведінки відзначається вже у 10-річних підлітків, що зумовлює необхідність раннього виявлення та профілактики суїцидальної, самоушкоджуючої, ризикованої поведінки та вживання ПАР. Особливу увагу доцільно приділяти виявленню ризику комплексних полімодальних поєднань різних видів аутоагресії, у зв'язку з підвищенням ймовірності смертей, а також специфічним особистісним факторам та проявам аутоагресивної поведінки при реалізації програм превенції.

## **2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження**

Рішення поставлених у роботі завдань здійснювалося шляхом проведення комплексного вивчення соціально-демографічних, психологічних факторів та екзистенційних особливостей підлітків з аутоагресивною поведінкою та тенденцією до аутоагресії.

Експериментальні матеріали, представлені у роботі, отримані під час онлайн-дослідження.

Дослідження було проведене серед підлітків (учнів 7 – 9 класів) на базі шкіл міста Києва. У вибірку було включено 60 підлітків, середній вік становив 13,6 років, 28 хлопчиків, 32 дівчинки, 81,6% підлітків із повних сімей; 15% з неповних; 3,3% підлітків на опікунстві.

Психодіагностичний комплект для обстеження групи досліджуваних включав такі методики:

- Тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» (Зверьков А.В., Ейдман Е.В.) (див. Додаток А);
- Опитувальник для визначення ризику суїциду «Суїцидальна особистість-19» (Юнацкевич П.І., 2009) (див. Додаток Б);
- Опитувальник для дослідження рівня імпульсивності (Лосенко В.А.) (див. Додаток В).

Для обробки результатів були використані наступні методи статистичної обробки даних:

- описові статистики,
- t – критерій Стьюдента (для незалежних вибірок);
- критерій узгодженості Пірсона  $\chi^2$  (Хі - квадрат).

Математична обробка даних проводилася за допомогою програм для аналізу статистичної інформації Microsoft Excel 2016, SPSS Statistics 19 for Windows.

### **2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів**

Метою дослідження вікових особливостей ризиків аутоагресивної поведінки було виділено три вікові групи: 10-11 років (n=20), 12-15 років (n=20) та 16-18 років (n=20). У аналізованих групах було проведено порівняльний аналіз показників ризику аутоагресивної поведінки та психологічних характеристик (критерій  $\chi^2$ ) (див. Додаток Г, табл. 1).

У ході дослідження було виділено три види ставлення підлітків до модифікацій тіла та самоушкодження: позитивне - підлітки схвально відносяться до зміни власного тіла та самоушкодження, виявляючи інтерес до цієї теми; нейтральне - байдужість стосовно цієї теми; негативне - тема викликає роздратування, заперечення, осуд даної поведінки в інших. Ставлення до різних видів аутоагресивної поведінки має вікову динаміку. Відзначаються відмінності щодо підлітків до модифікацій тіла по самоушкодженню: у віці 10-11 років підлітки найбільш негативно ставляться до самоушкоджуючої поведінки ( $p = 0,020$ ), що супроводжується найменшою кількістю самоушкоджень та модифікацій тіла. У віці 12-15 років ставлення до даного виду аутоагресії змінюється на позитивне, досягаючи максимальних показників наявності модифікацій і самоушкоджень ( $p = 0,029$ ). У віці 16 - 18 років підлітки дають значно менше позитивних оцінок самоушкодження і модифікацій ( $p = 0,000$ ), кількість самоушкоджень і модифікацій у цьому віці починає також зменшуватися.

Ставлення до вживання психоактивних речовин у підлітків змінюється протягом віку. Якщо в 10-11 років тема ПАР викликає страх і заперечення ( $p = 0,000$ ), супроводжуючись низькою поінформованістю у видах психоактивних

речовин і способах їх вживання, то з віком підвищується інтерес до цієї теми, поінформованість ( $p = 0,000$ ), формується позитивне ставлення до вживання ( $p = 0,000$ ). Поряд з цим збільшується кількість підлітків, що вживають алкоголь і тютюн ( $p = 0,000$ ). Показник рівня суїцидального ризику досягає найбільших значень вікового діапазону 12-15 років ( $p=0,002$ ). Слід зазначити, що у цьому віці показники самошкодуючої поведінки також підвищуються ( $0,029$ ).

Наступним етапом дослідження було порівняння психологічних характеристик аутоагресивної поведінки: рівня імпульсивності, вольової саморегуляції, дисфункціональних переконань в залежності від віку випробуваних (див. Додаток Г, табл. 2).

Високий рівень вольової регуляції, наполегливість характеризують групу підлітків 10-11 років. У віці 12-15 років відзначається зниження показників даних психологічних характеристик. При цьому показник «самовладання» збільшується поступово, у міру дорослішання підлітка, досягаючи максимальних значень за вибіркою в 16-18 років. У віковій вибірці 10-11 років найбільше виражені показники дисфункціональних переконань.

У віці 16-18 років виявляється зростання показника «соціальні установки», що відображає зниження тенденцій здійснювати асоціальні вчинки та прагнення підлітків до соціально корисної діяльності.

З метою виділення вікових предикторів аутоагресивної поведінки проведено регресійний аналіз даних (див. Додаток Г, табл. 3). Були виділені наступні вікові предиктори аутоагресивної поведінки: рівень самовладання, активний інтерес до вживання психоактивних речовин, поінформованість у темі психоактивних речовин, негативне ставлення до вживання, установки референтної підліткової групи.

Аналіз гендерних особливостей ризику дозволив виявити різницю між хлопчиками і дівчатками за показниками аутоагресивної поведінки й психологічних характеристик (аналіз здійснювався методом однофакторного аналізу статистичних даних). Було виявлено, що дівчатка-підлітки значно відрізняються активним інтересом до вживання ПАР порівняно з хлопчиками ( $p =$

0,000). Подібну динаміку можна спостерігати і у випадку з самоушкоджуючою поведінкою, де дівчатка виявляють найбільшу зацікавленість і позитивне ставлення до модифікацій тіла. Позитивне ставлення та інтерес до самоушкодження переважає в 16-18 років у обох гендерних групах ( $p = 0,002$ ) і найбільш виражений у дівчаток у порівнянні з хлопчиками ( $p = 0,001$ ). Суїцидальний ризик у дівчаток також найбільш виражений в порівнянні з хлопчиками, максимальні значення параметра відзначаються у віці 12-15 років (3,29;  $p = 0,001$ ) (див. Додаток Г, табл. 4).

Збільшення суїцидальних ризиків найбільше виражено в 12-15 років, як у групі дівчаток, так і в групі хлопчиків ( $p = 0,001$ ). Найнижчі показники суїцидального ризику в групах підлітків жіночої та чоловічої статі відзначаються у 10-11 років.

Наявність модифікацій тіла та самоушкоджень має значні відмінності при поєднанні як вікових особливостей, так і гендерних ( $p=0,01$ ). У дівчаток-підлітків відзначаються більш високі середні значення по даному показнику.

При цьому значення показника збільшуються з віком, набуваючи максимальних значень в 16-18 років. У хлопчиків показник наявності модифікацій та самоушкодження нижчий, ніж у дівчаток. Послідовного вікового збільшення показника не відзначається (див. Рисунок 2.1).

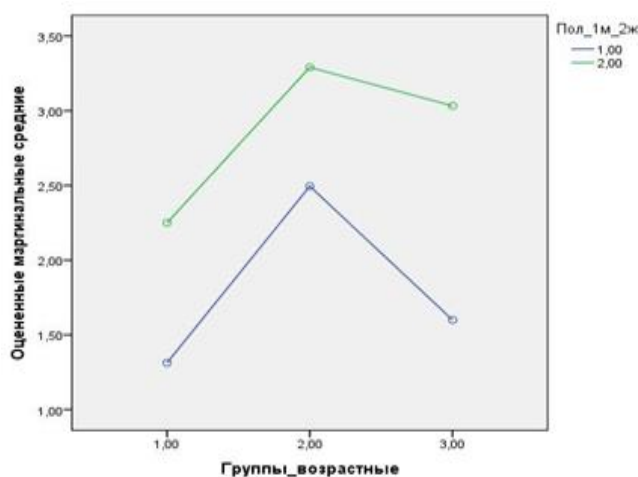


Рисунок 2.1. Показники суїцидального ризику в дівчат і хлопців у різні вікові періоди \* 1 (10-11 років); 2 (12-15 років); 3 (16-18 років)

Дослідження особливостей ставлення підлітків різної статі та різних вікових груп до модифікацій і самоушкодження дозволило виявити значні відмінності тільки за гендерною ознакою (див. Рисунок 2.2, Рисунок 2.3).

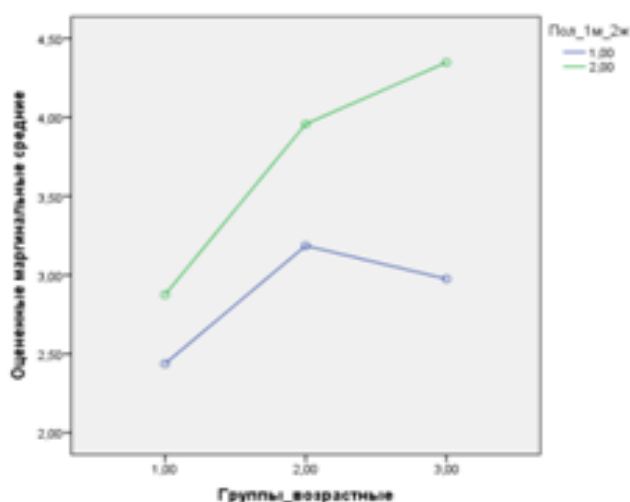


Рисунок 2.2.. Наявність модифікацій тіла і самоушкоджень у хлопчиків і дівчат у різних вікових групах

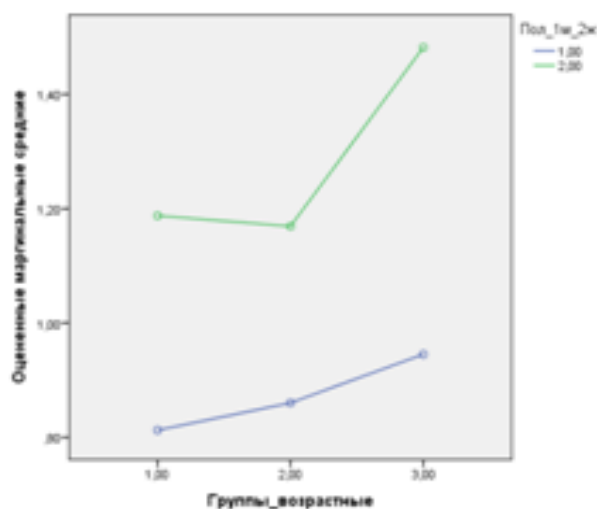


Рисунок 2.3. Позитивне відношення до модифікацій тіла і самоушкоджень у хлопчиків і дівчат у різних вікових групах

Так, значення показника «позитивне ставлення до модифікацій тіла та самоушкодження» у дівчаток-підлітків істотно вище порівняно з хлопчиками ( $p=0,001$ ). Значної вікової динаміки цього показника немає ні у групі хлопчиків, ні в дівчаток-підлітків.

Готовність дівчаток включитися у ситуації, пов'язані з вживанням ПАР, активний інтерес до цієї теми на всіх трьох вікових етапах істотно перевищує

аналогічні показники в хлопчиків. Ставлення підлітків до вживання психоактивних речовин також має значні відмінності. У дівчаток відзначається переважно негативне ставлення до вживання ПАР у віці 10-11 років, яке з віком змінюється на більш лояльне ставлення до цієї теми. У 16-18 річних дівчаток-підлітків вже негативне ставлення до вживання психоактивних речовин змінюється на позитивне. У той час, як у хлопчиків різких змін щодо вживання ПАР з віком не відбувається. Зазначається, що відсоток негативного ставлення до вживання ПАР досягає максимального значення у хлопчиків віком 16-18 років, так само, як і в 10-11 років (див. Рисунок 2.4, Рисунок 2.5).

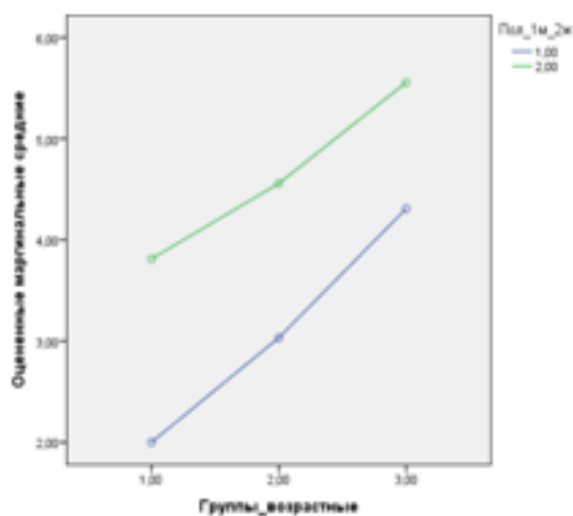


Рисунок 2.4. Активний інтерес до вживання психоактивних речовин у хлопців і дівчат в різних вікових групах

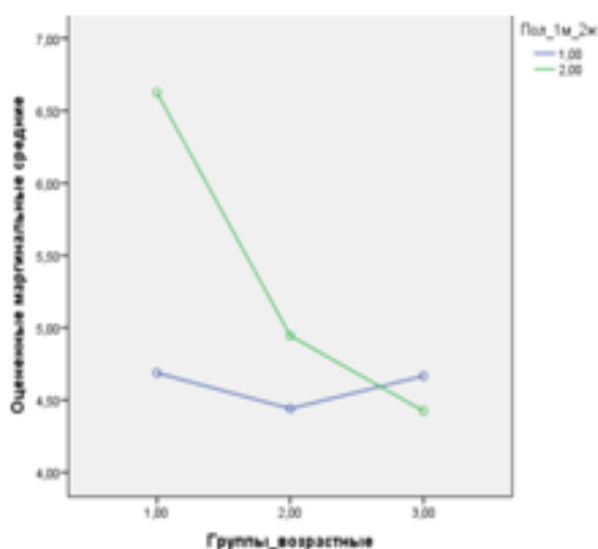


Рисунок 2.5. Негативне відношення до вживання психоактивних речовин у хлопців і дівчат в різних вікових групах

Поінформованість у темі психоактивних речовин збільшується у групах хлопчиків і дівчаток з віком, також зростає інтерес до вживання ПАР (див. Рисунок 2.6).

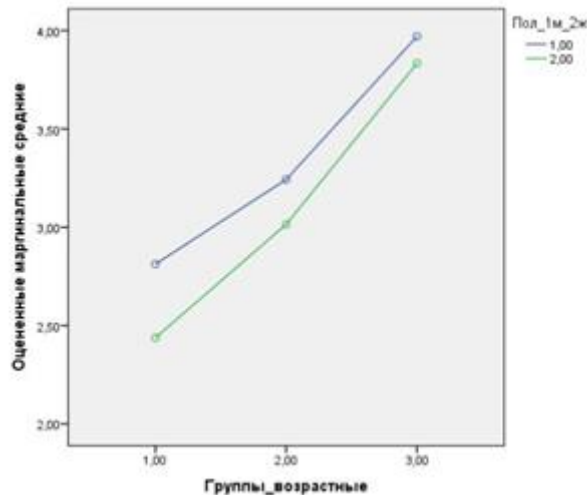


Рисунок 2.6. Поінформованість в темі психоактивних речовин у хлопчиків і дівчат в різних вікових групах

Поведінка в ситуації ризику у дівчаток і у хлопчиків значних відмінностей не має, проте відзначається вікова динаміка даного показника, що виявляється в послідовному збільшенні і досягає максимального значення у підлітків обох гендерних груп у віці 16-18 років (див. Рисунок 2.7).

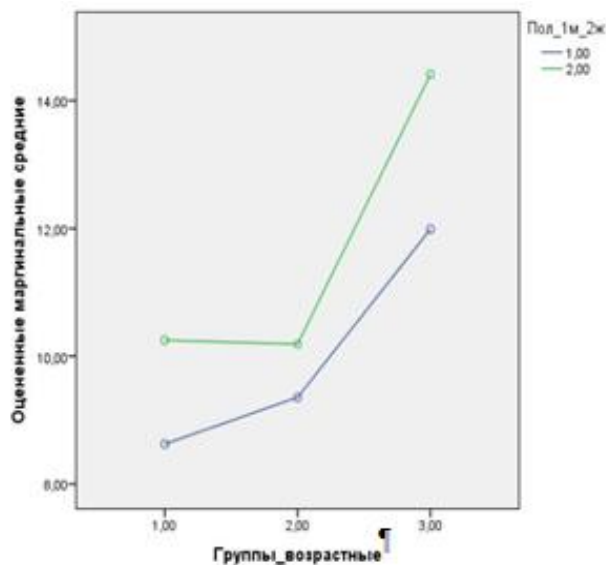


Рисунок 2.7. Поведінка в ситуації ризику у хлопчиків і дівчаток у різних вікових групах

За результатами багатофакторного аналізу виявлено: дівчатка-підлітки значно відрізняються більш низькими показниками вольової саморегуляції і наполегливості протягом усіх вікових періодів ( $p=0,002$ ). Показник імпульсивності у дівчаток перевищує аналогічний показник у хлопчиків ( $p=0,005$ ). Дисфункційні установки у дівчаток значно вищі, ніж у групі хлопчиків ( $p=0,008$ ). У хлопчиків віком 16-18 років підвищується вольова саморегуляція, наполегливість, знижується імпульсивність та показники дисфункціональних переконань (див. Додаток Г, табл. 5).

Таким чином, показники аутоагресивної поведінки підлітків характеризуються такими особливостями: активний інтерес та поінформованість у темі вживання психоактивних речовин зростає з 10 до 18 років. Важливу роль у формуванні ризиків суїцидальної, самоушкоджуючої, ризикованої поведінки та вживання підлітками психоактивних речовин відіграє такий фактор, як аутоагресивна поведінка батьків підлітків.

Ризик прояву різних видів аутоагресивної поведінки у вікові періоди 10-11; 12-15 та 16-18 років у дівчаток та хлопчиків відрізняються. У хлопчиків вік 16-18 років є найбільш стабільним, що супроводжується збільшенням вольових показників, здатністю регулювати свою поведінку, більш низькими показниками аутоагресії. У дівчаток, навпаки, схильність до самоушкодження тіла, і навіть до вживання психоактивних речовин виявляється вираженою в 12-15 років - віковий період, що супроводжується збільшенням ризику ауто-агресії. Дівчатка з найбільшою ймовірністю потрапляють у групу ризику розвитку різних видів аутоагресивної поведінки, так як відрізняються високою імпульсивністю, труднощами вольової саморегуляції, позитивним ставленням до самопошкодження, активним інтересом до вживання психоактивних речовин.

## **Висновки до розділу 2**

У даному розділі була проведена оцінка впливу психологічних і гендерно-вікових характеристик на різні види аутоагресивної поведінки підлітків. Було обстежено учнів загальноосвітніх шкіл.

Виявлено вікові особливості ризиків аутоагресивної поведінки в загальній популяції підлітків: у 10-11 років підлітки негативно ставляться до вживання психоактивних речовин і самоушкоджуючої поведінки; в 12-15 років з'являється інтерес до теми вживання ПАР, позитивне ставлення до модифікацій тіла і самоушкодження; після 16 років показники інтересу і позитивного відношення знижуються. Разом з тим, у віці 12-15 років підлітки відзначають найбільшу кількість фактів самоушкодження, також у даний період зростає показник суїцидального ризику, досягаючи максимальних і, знижуючись після 16 років. Показники вживання ПАР досягають максимальних значень у 16-18 років.

Поряд з віковими змінами показників ризику аутоагресії, змінюються психологічні характеристики підлітків: період 10-11 років характеризується високими показниками вольової саморегуляції та найбільшою кількістю дисфункціональних переконань. У віці 12-15 років відзначається зниження рівня вольової саморегуляції, що може бути пов'язано зі збільшенням ризиків самопошкоджуючої поведінки. Після 15 років знижується тенденція до асоціальних вчинків, збільшується вольова саморегуляція, зменшується кількість дисфункціональних переконань, що обумовлено процесами дозрівання та розвитку психіки та особистості підлітків.

Віковими предикторами аутоагресивної поведінки є: самовладання, активний інтерес до теми вживання психоактивних речовин, обізнаність у темі ПАР і ставлення до неї, соціальні установки підлітка.

У ході дослідження виявлено гендерні особливості ризиків аутоагресивної поведінки в загальній популяції підлітків: дівчатка-підлітки виявляють найбільший інтерес як до модифікацій тіла та самоушкодження, вживання ПАР, відрізняються вищими показниками суїцидального ризику та самоушкоджень. Поведінка підлітків у ситуації ризику гендерної специфіки не має.

Кількість підлітків з високими ризиками аутоагресивної поведінки склала  $\frac{1}{4}$  від загальної популяції, що узгоджується з даними вітчизняних і зарубіжних дослідників. Від 30 до 50% з них мають полімодальні поведінкові комплекси, що

включають кілька видів ризику: суїцидальну, самоушкоджуючу, ризиковану поведінку та/або вживання ПАР.

### **РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ КОНЦЕПЦІЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ОСНОВАНОЇ НА ЕКЗИСТЕНЦІЙНОМУ ПІДХОДІ**

У ході виконання дипломного дослідження було обґрунтовано концепцію психопрофілактики підлітків з аутоагресивною поведінкою, принципи психодіагностичної та психокорекційної роботи, оцінки ефективності психопрофілактичних інтервенцій у загальноосвітніх школах, що базуються на екзистенційно-аналітичному підході.

Актуальність розробки даної концепції обумовлена станом проблеми превенції аутоагресивної поведінки в підлітковому віці. Велика кількість профілактичних інтервенцій, що реалізуються, не призводить до істотного зниження кількості підліткових суїцидів і самоушкоджуючої поведінки (Ougrin D. et al., 2015). Найбільш значущими аспектами у превенції аутоагресії підлітків є навчання навичкам реагування на проблемні та стресові ситуації, інформування про шкоду та наслідки своєї поведінки, корекція поведінки, переконань, а також емоційних станів. Тим не менш, при активному використанні когнітивно-поведінкових та освітніх підходів до превенції аутоагресії підлітків, недостатньо використовуються можливості екзистенційно-гуманістичних напрямів, що пройшли оцінку ефективності в ряді досліджень (Schneider, KJ, 2008; Vos J. et al., 2015). Слід підкреслити, що екзистенційний підхід до профілактики аутоагресивної поведінки спрямований, перш за все, на формування системи цінностей і смислів, сприяння особистості в самоактуалізації, що дозволяє сформувати підлітку таку світоглядну систему, в якій він здатний бачити життєві перспективи. Формування ціннісних «відносин» з життям є головною протиположністю прагненню (усвідомленому або неусвідомленому) підлітка до смерті, що становить феномен аутоагресивної поведінки.

Таким чином, якщо вектор сучасних когнітивно-поведінкових профілактичних інтервенцій спрямований від поведінкових та емоційних аспектів до екзистенційного ядра, то екзистенційний підхід превенції спрямований від ядра екзистенційних переживань у бік зміни поведінкових, когнітивних та емоційних сфер особистості підлітка. Таке розуміння змісту превентивних підходів дозволяє розглядати їх як взаємодоповнюючі та підвищуючі ефективності в превенції аутоагресивної поведінки.

### **3.1. Теоретичне обґрунтування ролі екзистенційної кризи у превенції аутоагресивної поведінки підлітків**

Вікові кризи, зокрема підліткова криза, відносять до еволюційного етапу онтогенезу, в ході якого відбувається зміна соціальної ситуації суб'єкта розвитку. До основних новоутворень підліткової кризи прийнято відносити формування самосвідомості, почуття дорослості, суперечливість, негативізм та протестність у поведінці, зростання ролі однолітків та спілкування з ними, високу потребу в самоствердженні, самовираженні та самовизначенні (Божович Л.І., Виготський Л.С., Кон І.С., Слобідчик В.І., Ельконін Д.Б., Еріксон Е., Фельдштейн Д.І.). Девіантна та аутоагресивна поведінка підлітків розглядається в контексті соціальних та особистісних труднощів, що виникли в результаті підліткової кризи (Гордєєва Т.О., Змановська Є.В., Кулагіна І.Ю., Макушкін Є.В., Поліванова К.М., Соколова Є.Т.). У якості основних вікових передумов аутоагресивної поведінки виділяють порушення в емоційно-вольовій сфері (емоційну незрілість, імпульсивність), характерологічні акцентуації, неадекватність, конфронтаційний характер поведінки та емоційних реакцій внаслідок протиріч психічного та фізичного розвитку. Порушення внутрішньосімейних відносин, а також труднощі в школі формують соціально-педагогічні передумови девіантної поведінки підлітків (Абрамова Г.С., 1997).

Екзистенційна криза розглядається насамперед, як криза середнього віку (40-45 років), і пов'язана з переоцінкою життя, питаннями про сенс, кінець існування та відповідальністю за власне життя (Сенкевич Л.В., 2015; Серебрякова Ю.В., 2016). Однак саме при переході від дитинства до дорослості особистість стикається

з питаннями про майбутнє, цілі і сенси життя, що зростають, зростаючим почуттям тривоги, викликаним змінними відносинами з дорослими і однолітками, високою потребою бути прийнятим, відчувати свою цінність. Багато теоретичних та емпіричних досліджень підтверджують ідею про те, що підліткова криза має характеристики екзистенційної кризи (Кривцова С.В. та ін., 2015; Kobasa SC et al, 1981; Berman, SL et al, 2006; Shumaker D., 2012).

Екзистенційна криза підлітка являє собою період прийняття рішень і необхідності взяти відповідальність за своє життя, пошуку персональних відповідей на виникаючі екзистенційні питання з метою подальшого розвитку власної особистості. Вона супроводжується посиленням екзистенційної тривоги, психологічним дискомфортом, страхом за майбутнє, незадоволеністю собою і поточним станом справ у житті, почуттями безглуздості, страждання від самотності і незахищеності, що актуалізує пошук нових форм поведінки і прагнення змінити життєву ситуацію.

Важливо відзначити, що досягнення підлітком зрілості в когнітивному функціонуванні дає можливість сприймати своє існування якісно інакше. Актуалізується екзистенційний пошук підлітка, спрямований на усвідомлення минулого, сьогодення та майбутнього:

- усвідомлення наявного та пережитого особистого досвіду: як мій досвід впливає на моє життя?
- усвідомлення сьогодення: що робить мене особливим? Які у мене стосунки зі Світом? Що насправді важливе? Що добре, а що погано?
- загальним переживанням для підлітків є тривога за власне майбутнє: що робитиму? Де я буду жити? У чому я буду успішним? Як інші до мене ставляться? Чи я буду прийнятий? Чи знайду я кохання?

Екзистенційна свідомість підлітка, виникаючі екзистенційні питання, а також екзистенційні даності, з якими стикається підліток, становлять інтенційну основу кризи.

Прагнення підлітків відчувати своє життя як «хороше», сповнене, визначається як фундаментальна екзистенційна мотивація. У цьому прагненні особистість

стикається з діалогічною конфронтацією з екзистенційними данностями: умовами життя, власними почуттями, потребою бути унікальним і автономним, уявлення про майбутнє (Ленгле А.А., Уколова М.В., Шумський В.Б., 2019).

Уявлення про майбутнє невід'ємно пов'язані з пошуком сенсу. Сенс у підлітків є мотивуючою метою, що реалізується в щоденних завданнях, досягнення якої пов'язане з рівнем академічної успішності, очікуванням від майбутнього, здоровим способом життя. Конструктивними елементами сенсу є цінності.

Пошук смислів призводить до посилення екзистенційної тривоги (почуття страху, пов'язане з відповідальністю за власне життя, переживанням його кінцевості). Екзистенційна тривога невід'ємно супроводжує процеси формування ідентичності, персональної позиції, уявлень про своє майбутнє. Вибір варіантів свого майбутнього, невід'ємно включають і думку про те, що може бути взагалі. Така тривога стає нормовіковою для підлітків.

Важливою умовою регуляції екзистенційної тривоги, формування екзистенційної свідомості та особистісного зростання підлітка є діалог із дорослим. Обговорюючи проблемні ситуації, конфронтуючи, протиставляючи свою думку дорослому підліток навчається займати позицію, виявляти свої якості, надходити відповідно до власних інтересів, поглядів, світоглядів, співвідносно з умовами та даностями зовнішнього світу, що визначається як «персональна позиція особистості». Відсутність готовності дорослих до конструктивного діалогу за високої потреби підлітка в причетності до суспільних явищ та самоствердження ускладнює умови самодетермінації, порушує процес формування власної позиції.

Поняття «персональна позиція» розроблялося у працях М.М. Бахтіна, А.С. Бараннікова, В.Г.Гульчевської, А.А. Гусейнова, А.А. Ленглі і визначається як здатність особистості виявляти свої якості, йти відповідно до власних інтересів, поглядів, світоглядів, співвідносних з умовами та даностями зовнішнього світу.

Поведінка, при якій підліток не прикладає зусиль, щоб бути самим собою, діє під впливом шаблонів і стереотипів, засвоєних ззовні з метою зниження екзистенційної тривоги, без співвіднесення зі своїми почуттями, думкою та позицією характеризується як «аперсональна».

Формується екзистенційна свідомість, персональна поведінка в період екзистенційної кризи підлітків багато в чому визначається впливом 3 груп факторів:

- 1) Формуючі чинники – є зміни, властиві віку (у тілі, у психіці, у особистості, у соціальних відносинах). До групи формуючих факторів входять: особливості відносин підлітка зі значним дорослим, батьківські поведінкові стратегії, фізичні та психічні зміни супутні пубертату, власний дитячий досвід підлітка.
- 2) Фактори ризику - біологічні, особистісні, соціальні передумови, що сприяють розвитку дезадаптації підлітка.
- 3) Чинники життєстійкості - особистісні властивості підлітка, що дозволяють справлятися зі стресом і кризовими ситуаціями.

Підсумком подолання екзистенційної кризи може бути два види подій:

Позитивний результат – у підлітка формується позитивна картина свого майбутнього, вибудовується базовий життєвий проект (Карпова О.С., 2011; Петрова В.М., 2011, Сапогова Є.Є., 2013), формується персональна поведінка, приходить переживання цінності та наповненості життя, життя відчувається як «хороше» (Ленгле А., 2005). Новоутвореннями такого результату є довіра до себе, позитивна ідентичність, «Сила-я».

Негативний результат – формується суперечлива система цінностей, порушена автентичність (труднощі в переживанні власної цінності як для себе самого, так і для інших людей), а персональна поведінка (підліток не докладає зусиль, щоб бути самим собою, діє під впливом шаблонів і стереотипів, засвоєних ззовні, без співвіднесення зі своїми почуттями, думкою), життя суб'єктивно переживається як «не хороше», зростає почуття уразливості перед майбутнім, формується псевдоідентичність. Труднощі у формуванні позитивної моделі життєвої стратегії можуть виявлятися у постійній зміні видів діяльності з подальшим знеціненням діяльності інших людей та своєї власної; відсутністю планів, соціальної іпохондрії (Мадді С., 2007), а також ставати причиною розвитку депресивних станів, переживання безнадійності, ворожості, соціальної ізоляції,

(Rutter P.A., 2004; Muehlenkamp J.J., 2014); аутоагресивної поведінки, адикцій. Дефіцит переживання цілісності, впевненості у собі й у майбутньому, цілеспрямованості є значним предиктором суїцидальних думок у підлітковому віці (Hewitt J.L. et al, 2006).

Таким чином, екзистенційна криза підлітка може бути представлена у вигляді моделі, яка включає три основні блоки: 1) екзистенційний пошук (екзистенційна свідомість, даності, питання), що супроводжується переживанням екзистенційної тривоги); 2) фактори (формують, життєстійкості та фактори ризику); 3) зайнята позиція, що визначає результат кризи: позитивний – вектор у бік життя (персональна поведінка), негативний - вектор у бік смерті (аперсональна поведінка).

Пошук нових альтернативних способів існування при негативному виході кризи призводить до іншого відношення підлітків до теми смерті. Це ставлення можна визначити як амбівалентне: з одного боку відзначається тривога щодо кінцівки життя, з іншого, - смерть сприймається як приваблива. Така амбівалентність багато в чому пов'язана з розвитком абстрактного мислення, схильністю підлітків до філософствування.

Тривога по відношенню до теми смерті компенсується підвищеним до неї інтересом підлітків: самоушкоджуюча поведінка та вид крові, історії про суїциди, малюнки на тему смерті. Привабливість образу смерті призводить до того, що підліток розглядає її як варіант вибору життєвого шляху, переходу в інший стан, якщо інші не вибрані, не визначені або не можуть бути знайдені. Думки про смерть асоціюються зі знайденим способом виходу з ситуації, що склалася, смерть стає прообразом нового «хорошого» життя без проблем. Іншими аутодеструктивними варіантами переживання «хорошого життя» є вживання психоактивних речовин і ризикована поведінка, що являють собою «сурогати» самоактуалізації та самореалізації.

Таким чином, негативний результат екзистенційної кризи стає передумовою для виникнення самоушкоджуючої поведінки і бажання покінчити життя самогубством.

У рамках концепції профілактики підліткова аутоагресія визначається як поведінка, що виникає внаслідок переживання екзистенційної кризи, пов'язана із стійким бажанням подолати неможливість:

- 1) впоратися зі світом, його умовами та даностями;
- 2) переживати життя як цінне;
- 3) бути самим собою та почуватися цінним для інших, унікальним;
- 4) відкритися своєму майбутньому, що реалізується за допомогою нанесення фізичної та/або психологічної шкоди самому собі при зниженні протективних особистісних факторів.

Аутоагресивні інтенції можуть поширюватися на тіло, психіку та особистість, виявляючись як результат власного ставлення до себе та суб'єктивного переживання того, як інші ставляться до мене (Таблиця 1).

Таблиця 1. Направленість аутоагресивних інтенцій

Мішені аутоагресії	Переживання по відношенню до себе	Переживання по відношенню до інших
Тіло	Я не приймаю його, нічого не можна змінити	Інші бачать мене жахливим, некрасивим
Психіка	Я не можу справлятися зі своїми почуттями і станами, не можу переносити їх	Інші бачать мої реакції і вважають, що зі мною щось не так; іншим байдуже на мої почуття
Особистість	Я не потрібен собі, мені нема за що цінити себе, я не відчуваюю себе особливим	Інші не цінують мене; якщо мене не буде, всім стане легше або ніхто навіть не помітить

Використання екзистенційної методології при вирішенні проблем аутоагресії підлітків дозволяє розробити диференційовані профілактичні моделі, з урахуванням порушень на одному або декількох рівнях 4 фундаментальних мотивацій (прагнення впоратися з наявними умовами, впоратися з власними почуттями та станами, знайти свою автентичність та сенс життя).

Реалізація профілактичних програм на основі таких моделей дозволяє створити передумови для формування цілісної особистості з персональною позицією і розвиненою ціннісно-смісловою сферою, що запобігатиме подальшому зверненню до таких видів аперсональної поведінки як самоушкодження, суїцид, ризикована поведінка, вживання ПАР тощо.

### **3.2. Зміст концепції психопрофілактики аутоагресивної поведінки підлітків**

Проблеми аутоагресивної поведінки підлітків пов'язані з відсутністю сформованої ціннісно-сміслової сфери, переживанням самотності та безнадійності, особливим ставленням до теми смерті, що відповідає тематиці екзистенційного підходу (Al-Yagon M. et al., 2006; Berman S.L. et al., 2006; Brassai L., et al., 2012). Екзистенційний підхід виявляється найбільш конгруентним феноменом аутоагресії, а також змістом кризового перебігу підліткового віку.

Комплексність та інтеграція різних моделей превенції є сучасною тенденцією в розробці програм профілактики аутоагресивної поведінки. У ряді досліджень підтверджено ефективну інтеграцію екзистенційної методології з іншими видами інтервенцій (Waldo M., 1998; Rugula SA et al., 2008; Hickes M. et al., 2012; Gebler FA et al., 2014; Sotskova A. et. al., 2016).

Крім цього, як і раніше зберігається висока потреба у вдосконаленні підходів до превенції аутоагресивної поведінки підлітків, особливо з використанням ресурсів загальноосвітніх шкіл (Галич Г.О. та ін., 2010). Стратегію превенції, що реалізується на базі освітніх закладів, визнано як високоефективну (Zalsman et al., 2016). Школа має значний ресурс для профілактики суїцидів, самоушкодження та інших форм аутоагресивної поведінки підлітка. Особливу роль у профілактиці самоушкоджуючої та суїцидальної поведінки можуть виконувати шкільні вчителі,

тому що вони мають можливість не тільки спостерігати за щоденною поведінкою та афективним станом підлітка, а й своєчасно реагувати на зміни, надавати психолого-педагогічну підтримку та допомогу, формувати довірчі відносини з учнями, інформувати про виникаючі труднощі та зміни батьків. Таке включене лонгітюдне спостереження фахівців загальноосвітніх шкіл за розвитком підлітка дозволяє розробляти та впроваджувати індивідуалізовані профілактичні програми, що враховують життєву ситуацію конкретного підлітка, що особливо важливо у профілактиці суїцидальної поведінки.

Основні підходи, що реалізуються в рамках загальноосвітніх шкіл, мають груповий формат та орієнтовані на первинну профілактику. Серед програм профілактики всіх видів аутоагресії найбільш широко представлені програми первинної профілактики вживання психоактивних речовин. Реалізація таких форматів превенції дозволяє охопити велику вибірку учнів, проте передбачає диференційований підхід. Програми превенції самоушкоджуючої і суїцидальної поведінки завершуються як правило на етапі виявлення груп ризику, без подальших психокорекційних заходів.

Загальноосвітня школа стикається з необхідністю проведення інтервенцій, спрямованих на запобігання активної аутоагресивної поведінки серед підлітків (інструментальні ушкодження, суїцидальні думки і спроби, вживання психоактивних речовин), що зміщує акцент у бік розробки вторинних та третинних програм профілів. Такі селективні програми профілактики активно реалізуються в клінічній практиці (амбулаторно або стаціонарно). Разом з тим, ресурс загальноосвітніх шкіл у профілактичній роботі з підлітками з аутоагресивною поведінкою, які не звернулися за медичною допомогою, виявляється не реалізований.

Таким чином, актуальною є розробка програм первинної, і особливо, вторинної та третинної профілактики у загальноосвітніх школах, орієнтованих на кожну конкретну особистість.

Загальнонаукова методологія концепції ґрунтується на суб'єктно-діяльнісному підході до розуміння психіки (Рубінштейн С.Л.), антропологічному підході (Ананьєв Б.Г.), культурно-історичному підході (Виготський В.Г.).

Теоретичну базу психологічної концепції профілактики аутоагресивної поведінки підлітків склали положення вікової психології про специфіку підліткового віку (Божович Л.І., Леонтьєв А.М., Ельконін Д.Б., Фельдштейн Д.І., Прихожан А.М., Дубровіна І.В., Новгородцева А.П., Шевандрін Н.І., Драгунова Т.В., Поліванова А.К., Кон І.С., Мухіна В.С.), уявлення про аутоагресивну поведінку підлітків (Попов Ю.В., Пічіков А.А., Положій Б.С., Амбрумова А.Г., Польська Н.А., Холмогорова А.Б., Дозорцева Є.Г., Nock M., Zalzman G., Klonsky E.D., Favazza A.R.), екзистенційний підхід у розумінні передумов аутоагресивної поведінки підлітків (Ленгле А., Франкл Ст., Мей Р., Ялом І., Баттіані А., Шумський В.Б., Уколова Є.М., Сапогова Є.Є., Карпова О.С., Shumaker D., Schneider K.).

Конкретно-наукова методологія концепції профілактики аутоагресивної поведінки підлітків ґрунтується на:

- концепції про життестійкість (Maddi S.R., Khoshaba D.M., Локтіонова А.В.);
- уявленнях про нормативність процесу екзистенційного пошуку та переживання екзистенційної тривоги в підлітковому віці (Berman, S. L., Weems, C. F., Stickle, T. R.);
- уявленнях про екзистенційну кризу (Сенкевич Л.В.);
- положеннях про фундаментальні екзистенційні мотивації та екзистенційну виконаність, як основні умови вітального вибору підлітка (Ленгле А., Кривцова С.В.).

Сформульована психологічна концепція ґрунтується на роботах, що розкривають уявлення про екзистенційні передумови аутоагресії підлітків; розумінні «аперсональної» поведінки підлітків як механізму аутоагресивної поведінки (Бараніков А.С.); систематиці аутоагресивних видів поведінки, що дозволяє здійснювати диференційований підхід у профілактиці.

Зазначені теоретичні положення загальної, вікової та клінічної психології, а також екзистенційно-гуманістичного спрямування в психології були покладені в основу концепції профілактики аутоагресивної поведінки підлітків.

Сутність висунутої концепції становлять такі положення:

Превенція аутоагресивної поведінки підлітків повинна ґрунтуватися на розумінні ролі та змісту екзистенційної кризи підлітків, як нормовікового перехідного стану, негативний результат якого, стає причиною аутоагресивної поведінки;

Основними екзистенційними напрямками профілактичної роботи з підлітками, націленими на зниження ризику виникнення та розвитку аутоагресивної поведінки, є: допомога підлітку у прийнятті екзистенційних данностей (індивідуальні умови та можливості), управління власним життям (емоціями, станами); пошуку власної автентичності (цілісність образу Я, стійкість внутрішньої позиції особистості, виходячи з якої людина взаємодіє з собою та зовнішніми обставинами); формування життєвих цілей (пошук смислів);

Значним у профілактичній роботі є облік факторів ризику, протективних і формуючих факторів. Для кожного конкретного підлітка їх утримання може змінюватися в залежності від його індивідуальної життєвої ситуації та особистісних особливостей;

Превенція аутоагресивної поведінки підлітків повинна включати в себе моніторинг поведінкової та афективної сфер підлітків, проведення скринінгових обстежень, верифікацію фактів аутоагресивної поведінки, маршрутизацію підлітків за отриманням медичної допомоги, а також проведення психокорекційних заходів на первинному рівні, вторинному та третинному (застосовуються індивідуальні форми роботи);

Основою первинної профілактики є обговорення значущих для екзистенціального пошуку підлітка тем («витримувати труднощі», «знаходити радість у житті», «бути самим собою», «бачити цінність у майбутньому») з урахуванням особливостей контингенту учнів, що беруть участь у профілактиці. Завданням первинної профілактики є зміцнення протективних факторів через актуалізацію ресурсів особистості, що дозволяють вирішувати значущі

екзистенційні завдання, що відповідають чотирьом фундаментальним екзистенційним мотиваціям;

При виявленні ознак самоушкоджуючої, суїцидальної, ризикованої поведінки або вживання ПАР доцільно застосування персоніфікованої методології психокорекційної роботи, мішені якої формуються на основі виявлених порушень фундаментальних екзистенційних мотивацій особистості. Ефективність вторинної та третинної профілактики забезпечується за рахунок формування здатності підлітка протистояти основним екзистенційним даним, а також сприяння йому в пошуку переживання життя як «хорошого»;

Значну роль у превентивній роботі грає персональна позиція значущого дорослого (педагога, психолога, спеціаліста із соціальної роботи), що здійснює профілактичні інтервенції. Персональна діалогічна позиція дорослого є моделлю нових особистісних компетенцій для підлітка (зокрема, можливості займати персональну позицію);

При проведенні заходів з профілактики аутоагресивної поведінки підлітків у загальноосвітніх школах слід враховувати ризики, пов'язані з особливостями внутрішньошкільного середовища (часта зміна педагогічного складу, емоційне вигорання педагогів, факти фізичного та психологічного насильства в загальноосвітніх школах тощо);

Важливий внесок у ефективність превенції робить досягнення партнерських відносин між фахівцями загальноосвітніх шкіл (педагогів, шкільної адміністрації, педагогів-психологів, соціальних педагогів), а також батьківської громадськості. Значною складовою реалізації психопрофілактичних інтервенцій, заснованих на екзистенційному підході, є навчання фахівців загальноосвітніх шкіл специфічним навичкам та компетенціям (основам персоніфікованого підходу, екзистенційної методології в превенції, розпізнаванню симптомів та ознак аутоагресії).

### **3.3. Структурно-функціональна модель профілактики**

Основу висунутої нами психологічної концепції профілактики становить структурно-функціональна модель, принципи психодіагностичної та психокорекційної діяльності.

Пропонована структурно-функціональна модель профілактики розрахована на загальноосвітні школи.

Сформульовано завдання превентивної роботи:

- Своєчасне виявлення підлітків із ризиками аутоагресії;
- Верифікація виявлених ризиків;
- Реалізація універсальної первинної профілактики;
- Персоніфікована вторинна та третинна профілактика підлітків із підтвердженими фактами аутоагресивної поведінки;
- Психологічне консультування батьків підлітків;
- Інформаційна та психологічна підтримка фахівців загальноосвітніх шкіл.

Реалізація превентивних заходів невід'ємно включає ранню діагностику, моніторинг. Рання діагностика аутоагресивної поведінки дозволяє своєчасно запобігати її розвитку, і служить основою для реалізації адресних профілактичних програм.

Разом з тим, ефективність профілактичної роботи обумовлена порозумінням ступеня виразності та характеру проявів різних аутоагресивних форм, що виявляються у підлітків. Це невід'ємно тягне за собою необхідність запровадження спеціальної освітньої програми для фахівців загальноосвітніх шкіл, спрямовану на формування таких компетенцій.

Профілактика аутоагресивної поведінки підлітків включає два основні етапи: виявлення та превенцію.

На етапі виявлення підлітків з ризиком аутоагресивної поведінки здійснюється включене спостереження педагогів за поведінкою підлітків, скринінг, а також індивідуальна бесіда з підлітками, спрямована на верифікацію виявлених ризиків.

На основі отриманих результатів реалізується диференційована профілактика:

- первинна, що включає групові форми роботи і спрямована на підлітків з нормативною поведінкою та тенденцією до аутоагресії;

- вторинна і третинна, що включає індивідуальні форми роботи, заснована на персоніфікованому підході.

Групова профілактика спрямована на зміцнення факторів життєстійкості. Індивідуальна – здійснюється таргетно, залежно від виявлених порушень фундаментальних екзистенційних мотивацій підлітків, і спрямована на зниження екзистенційної тривоги та подолання екзистенційної кризи.

Перший етап профілактики, спрямований на виявлення підлітків з ризиками аутоагресії, включає три блоки:

- Спостереження за афективним станом та поведінкою підлітка;
- Проведення психодіагностичних скринінгових методів обстеження;
- Верифікація даних скринінгу.

Спостереження за станом та поведінкою підлітків здійснюється у рамках загальноосвітнього процесу як класними керівниками, так і вчителями предметниками, які працюють із підлітками. Для об'єктивізації даних спостереження фахівців загальноосвітніх шкіл необхідно використовувати стандартизовані підходи в оцінці афективних і поведінкових проявів підлітка. Одним з таких методів є перевірочний лист Т. Ахенбаха, призначений для якісного та кількісного аналізу емоційних та поведінкових розладів. Фахівцю необхідно відзначити запропоновані характеристики поведінки, які відповідають поведінці підлітка за останні півроку. Показники, що виявляються: замкнутість, соматичні проблеми, тривожність, порушення соціалізації, проблеми мислення, проблеми з увагою, делінквентна поведінка, агресія, наявність внутрішніх і зовнішніх проблем. Опитувальник можна пропонувати батькам підлітка, для співвіднесення та виявлення відхилень, що спостерігаються в поведінці підлітка.

Скринінг повинен включати психодіагностику різних видів ризиків аутоагресивної поведінки (суїцидальної, самоушкоджуючої, вживання ПАР, ризикованої поведінки).

У разі виявлення після первинного скринінгу високих показників суїцидального ризику, у поєднанні з іншими видами аутоагресивної поведінки (самоушкодження, вживання ПАР) доцільно проводити обов'язкове динамічне

спостереження за поведінкою та психоемоційним станом підлітка протягом року (Григор'єва А.А. Афоніна Ю.С., 2018).

Важливою частиною верифікації фактів аутоагресії, виявлених у ході скринінгу є індивідуальна клінічна бесіда, спрямована на прояснення персонального життєвого контексту підлітка, а також збір анамнестичних та катамнестичних даних.

#### Принципи психодіагностики

Для своєчасного виявлення підлітків із ризиками самоушкоджуючої поведінки у загальноосвітніх школах необхідно керуватися такими принципами:

- конфіденційність на першому психодіагностичному етапі;
- комплексність – в батарею тестів для скринінгової оцінки ризиків аутоагресивної поведінки необхідно включати методи, спрямовані на виявлення різних форм аутоагресії (ризикованої, самоушкоджуючої, суїцидальної поведінки, а також вживання психоактивних речовин); короткостроковість - тривалість проведення процедури, що не перевищує 20-30 хвилин; динамічне спостереження підлітків у періоди підвищеного навчального навантаження. Для учнів 9 та 11 класів доцільно проводити скринінг 2 рази на рік (жовтень, березень), з урахуванням підвищених факторів ризику, пов'язаних з державними іспитами; верифікація отриманих даних - проведення заходів, спрямованих на підтвердження виявлених в ході скринінгу ризиків (виявлення фактів аутоагресії), що включають індивідуальну бесіду, збір анамнестичних даних, діагностику ознак психопатологічних станів;
- вивчення особливостей екзистенційних мотивацій підлітка - здійснюються тільки після індивідуальної психологічної бесіди з підлітками, а також при підтвердженні фактів аутоагресивної поведінки.

#### Диференційовані групи за результатами первинного скринінгу

За результатами скринінгового обстеження підлітків, вибірка розподіляється на 4 основні групи: 1) група норми; 2) підлітки з показниками аутоагресивної поведінки, що перевищують нормативні значення, але не досягли високих тестових

значень (група тенденції); 2) підлітки з високими показниками по одному з видів аутоагресивної поведінки; 3) підлітки з критичним значенням по одному з показників аутоагресії та високими значеннями за іншими.

Дві групи з високим ризиком, що включають мономодальний тип аутоагресивної поведінки і полімодальний, що поєднує різні види аутоагресивних форм поведінки можуть становити від 7 до 20% загальної вибірки, відповідно до наведених вітчизняних і зарубіжних епідеміологічних даних за відсотком проявів різних видів самоушкодження та вживання ПАР серед підлітків 13-17 років.

Верифікація фактів аутоагресії у підлітків.

Наступним етапом виявлення підлітків з аутоагресивною поведінкою є верифікація виявлених за результатами скринінгу ризиків. Методи, що використовуються в ході верифікації: структурована клінічна бесіда, збір анамнестичних даних, зіставлення даних скринінгу з результатами спостереження.

Реалізація даного етапу здійснюється фахівцями педагогами-психологами, соціальними педагогами при координації з клінічними психологами.

Залежно від верифікації, здійснюється подальша маршрутизація підлітка та визначення рівня профілактичної інтервенції: первинний, вторинний та третинний.

Основні клініко-анамнестичні параметри, що виявляються в бесіді з підлітком, що мають ознаки самоушкоджуючої поведінки: історія самоушкодження, ситуаційний контекст і функції самоушкодження, суїцидальна поведінка, вживання ПАР, факти ризикованої поведінки.

Спостереження за афективною та поведінковою сферою підлітка дозволяє своєчасно виявляти ознаки посилення його стану. Кількість актів самопошкодження, що перевищує 50, є суворим предиктором суїциду (Whitlock J., 2007). Про збільшення суїцидального ризику можуть також свідчити специфічні ознаки самоушкоджуючої поведінки (Таблиця 2).

Таблиця 2. Ознаки самоушкоджуючої поведінки

Основні ознаки	Специфічні ознаки самоушкоджуючої поведінки
Суїцидальні думки	Вікові тяжкості самоушкодження
Вживання ПАР	Збільшення частоти актів самоушкодження, особливо самопо- різи
Безцільність	Зниження цікавості до життя, зменшення причин для життя
Тривога	Підвищення чуттєвості до негативних емоцій і думок
Застрагання	Самоушкодження втрачає ефективність при виконанні своїх психо- логічних функцій
Безнадійність	Труднощі в постановці цілей на майбутнє
Уникання	Високий рівень ангедонії; зростання негативної самооцінки
Злість	Посилення ненависті до себе, до свого тіла
Безрозсудність	Зменшення страху смерті від суїциду і болю, зростання ризикованої поведінки, вживання ПАР
Зміна настрою	Збільшення кількості форм самоушкоджуючої поведінки, зміна або поява нових форм, особливо пов'язаних з вживанням ядів або таблеток

При підтвердженні фактів аутоагресивної поведінки проводиться деталізована психодіагностика, спрямована на визначення ознак психічних розладів: депресії, прикордонного особистісного розладу, адиктивних розладів. Для розробки програми персоніфікованої профілактики здійснюється діагностика екзистенційних переживань.

Важливим принципом превенції є скорочення тимчасового інтервалу між виявленням суїцидальних ризиків/самоушкоджуючої поведінки та реалізацією відповідних інтервенцій для надання спеціалізованої допомоги.

Перелік основних та додаткових параметрів, що оцінюються за результатами всіх етапів, спрямованих на виявлення:

- вік;
- стать;
- склад сім'ї (повна, неповна);
- кількість осіб у сім'ї;
- віросповідання (православ'я, мусульманство, католицизм, іудаїзм тощо);
- соціально-побутові умови (окрема кімната, проживання з пращурами, проживання у своїй/орендованій/службовій квартирі);

- фінансовий добробут (середній дохід у сім'ї на одну людину на місяць);
- сімейний анамнез (випадки суїцидів у сім'ї, зловживання родичами алкоголем і наркотиками, випадки насильства у сім'ї, частота конфліктів на тиждень);
- дані щодо звернення за спеціалізованою (наркологічною) медичною допомогою для консультації та/або лікування (не потребує/ потребує);
- дані з методик оцінки самоушкоджуючої і суїцидальної поведінки підлітків;
- дані щодо методик оцінки ризиків вживання ПАР та алкоголю;
- дані щодо методик оцінки схильності до ризикованої поведінки;
- дані щодо оцінки клініко-психологічних показників;
- дані щодо оцінки екзистенційних показників особистості підлітків.

За результатами проведеної діагностики визначаються особливості аутоагресивної поведінки підлітка: переважна форма аутоагресії, частота і інтенсивність самоушкоджуючих актів, тригерні фактори аутоагресії, особливості життєвої ситуації (екзистенційні даності), особливості екзистенціальних переживань і питань, а також особливості факторів у відповідності формують різні фактори (фактори ризику, фактори життєстійкості). Характеристики 3 груп факторів, а також зміст екзистенційних переживань дозволяють конструювати персоніфіковані програми профілактики для підлітків з аутоагресивною поведінкою. Виявлені труднощі, які відчуває особистість при реалізації своїх фундаментальних екзистенційних мотивацій (згідно з концепцією Ленглі А.) визначають методологію персоніфікованої профілактики.

Повторну психодіагностику доцільно проводити у разі будь-яких серйозних змін у життєвих обставинах, у тому числі, пов'язаних із соматичними захворюваннями, а також після завершення психопрофілактичних заходів та/або індивідуального курсу психотерапевтичного лікування для оцінки динаміки стану підлітка.

Діагностику можуть проводити педагог-психолог, соціальний психолог, клінічний (медичний) психолог.

Таким чином, отримані діагностичні дані підлітків стають основою розробки диференційованих персоніфікованих маршрутів профілактики, і навіть вибору відповідної методології (Рисунок 3.1).

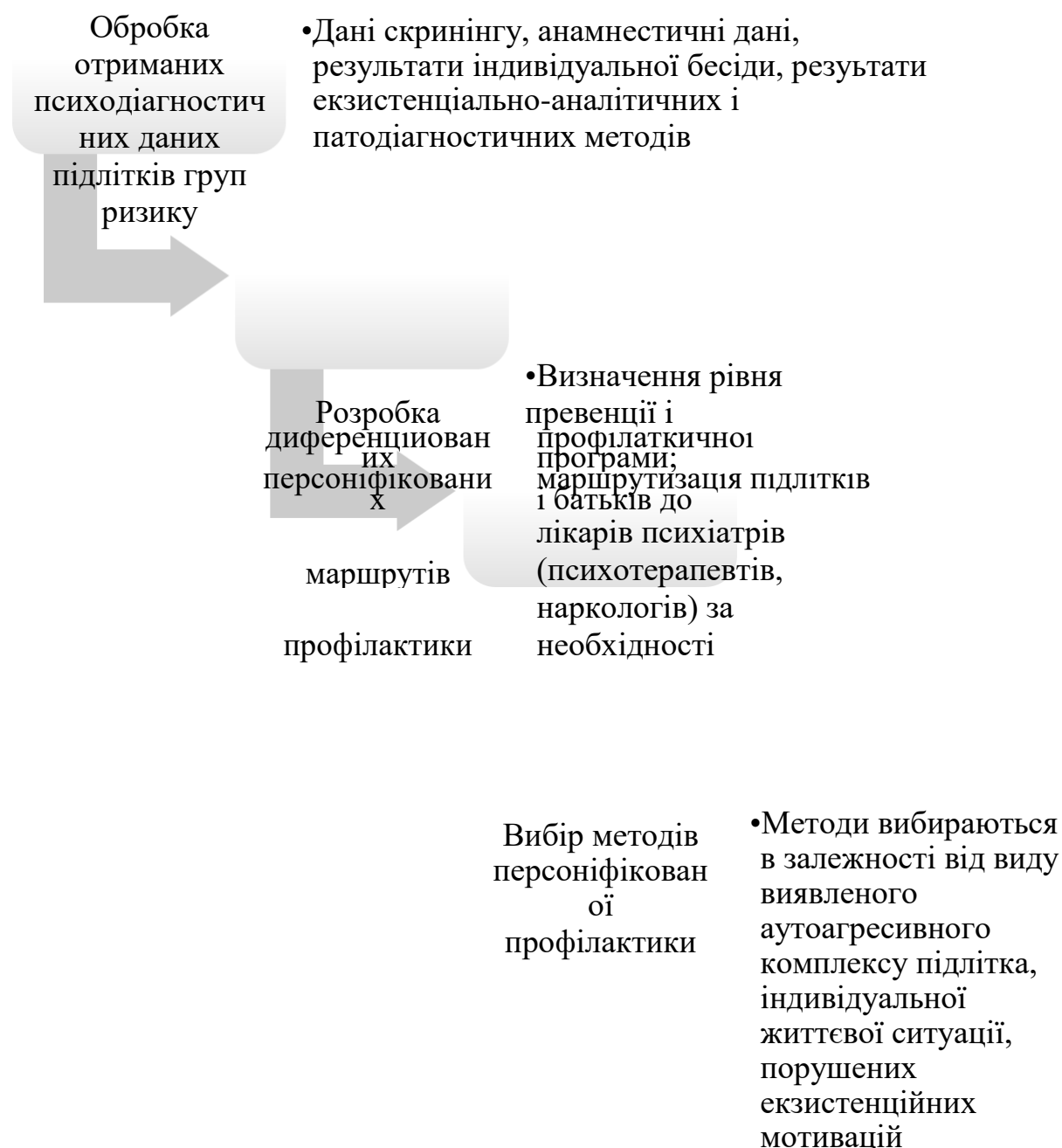


Рисунок 3.1. Етапи профілактичної роботи

Вибір форми превентивних заходів визначається ступенем вираженості ризику аутоагресивної поведінки. Для підлітків з нормативною поведінкою та тенденцією до аутоагресії основна форма роботи – групова. Для підлітків з виявленими фактами аутоагресії - заснована форма - індивідуальна, що дозволяє реалізувати персоніфікований підхід профілактики.

Також для підлітків з виявленими фактами аутоагресії передбачається використання додаткових форм превентивної роботи: групових, а також он-лайн взаємодія з фахівцями психологами (використання месенджерів, соціальних мереж). Онлайн зв'язок застосовується для отримання від підлітка інформації про поточний емоційний стан, для контролю за виконанням завдань, отриманих на індивідуальних заняттях з фахівцем, за допомогою підлітка у випадках виникнення кризових ситуацій. Як групові, так і індивідуальні заняття з підлітками повинні бути спрямовані на формування близьких, довірчих відносин, пошук внутрішніх та зовнішніх опор для подолання труднощів та регуляції емоцій, сприяння підлітку в пошуку власної автентичності, цінностей та смислів.

#### Первинна профілактика

Програма первинної профілактики, заснована на моделі екзистенційної кризи підлітків, є універсальною, тобто, спрямована на всю вибірку підлітків в цілому, без диференціації на групи. Доцільно проводити групові психопрофілактичні заняття у тих класах, у яких виявлено підлітки з ризиками аутоагресивної поведінки.

Основна мета профілактики: зміцнення протективних особистісних факторів у підлітків. При груповій роботі психопрофілактичні інтервенції відповідають 4 темам фундаментальних екзистенційних мотивацій і вибудовуються поступово від першої до четвертої ФЕМ. Рекомендується проводити по 2 заняття в рамках кожної теми.

Основний зміст тем первинних профілактичних інтервенцій у відповідності з чотирма ФЕМ представлено в таблиці 3.

Таблиця 3. Зміст основних тем занять первинної профілактики у відповідності з рівнями фундаментальних екзистенційних мотивацій

Фундаментальні екзистенційні мотивації	Зміст ФЕМ	Теми занять
1 фундаментальна мотивація	Справлятися зі світом	Здатність витримувати і приймати (захист, опора, простір) Регуляція емоційних станів
2 фундаментальна мотивація	Подобається жити	Незадоволеність життям Відносини з іншими Співвіднесення з собою й іншими
3 фундаментальна мотивація	Аутентичність	Щира увага до себе й до інших Самоцінність Воля Формування персональної позиції
4 фундаментальна мотивація	Сенс	Перспектива і майбутнє Самоактуалізація

### Принципи інтервенції

При реалізації превентивних заходів з підлітками, спеціалісту необхідно дотримуватися наступних принципів:

Присутність – відкритість фахівця власному досвіду взаємодії з підлітком, зосередження на поточному питанні чи темі обговорення. Для фахівця важливо залишатися несприйнятливим до цілого ряду відволікаючих зовнішніх і внутрішніх факторів: поглиненість власними життєвими ситуаціями і переживаннями, надмірна увага до власного фізичного стану або дискомфорту, самоототожнення з малозначними аспектами досвіду підлітка.

Прийняття – формування простору відкритості та безоцінності суджень з боку фахівця.

Конфіденційність – збереження особистої інформації підлітка, формування простору інформаційної безпеки.

Звернення до актуального – співвідношення реальності з уявленнями підлітка, які присутні у його свідомості.

Робота з опором – допомога підлітку в тому, щоб подолати захисний та опозиційний характер взаємодії.

На рівні вторинної та третинної профілактики з підлітками, що мають досвід аутоагресивної поведінки, а також минулі лікування в стаціонарах проводяться індивідуальні заняття засновані на персоніфікованому підході. Заняття проводяться в індивідуальній формі та включають 10-15 сесій по 45 хвилин.

При персоніфікованому підході психопрофілактичні інтервенції спрямовані на той рівень фундаментальної екзистенційної мотивації, в рамках якої виявлено порушення за результатами тесту екзистенційних мотивацій.

Основні дії психолога в рамках персоніфікованого підходу зводяться до емпатичного включення, формування близьких відносин з підлітком, моделювання здатності конкретного підлітка протистояти основним екзистенційним даним (Schneider D., 2008).

У персоніфікованій моделі фахівець сприяє підлітку в розумінні та осмисленні важливих екзистенційних змістів: щодо самого себе, інших людей, базових цінностей та перспектив.

Цей процес здійснюється в діалогічній позиції двох осіб (спеціаліста та підлітка) по відношенню до екзистенційних проблем і складнощів, які переживає підліток. У цьому процесі головні умови: довіра один до одного, право кожного учасника бути собою, повага один до одного, справедливе ставлення.

На основі персоніфікованої моделі взаємодії містяться умови для формування самодистанціювання та самотрансценденції підлітка.

У рамках розробленої концепції профілактики, нами запропоновані основні напрямки психокорекційної роботи з урахуванням змісту екзистенційної підліткової кризи:

- діалог з дорослим на значні теми (почуття, смисли, цінності, життя, смерть тощо) сприяє розширенню смислового поля підлітка та зміни його світосприйняття;
- моделювання здатності протистояти основним екзистенційним даним (фізичним, соціальним, психологічним);
- формування можливості займати персональну позицію по відношенню до себе і до світу;
- сприяння процесам екзистенційного пошуку та осмислення за допомогою цілеспрямованого обговорення тем: внутрішніх опор особистості, відносин між людьми, свободи, відповідальності, автентичності, ізоляції, тривоги тощо;
- зміцнення ціннісно-смилових структур особистості підлітка, сприяння подоланню екзистенційної тривоги.

Реалізація даних напрямів роботи здійснюється за допомогою спеціалізованих психокорекційних методів.

#### Методи превентивної роботи

На підставі аналізу екзистенційної методології, що застосовується в психокорекційній роботі, були виділені методи, застосування яких адекватне у превенції аутоагресивної поведінки підлітків.

Метод Персонального Екзистенційного Аналізу (Ленгле А., 2005) дозволяє мобілізувати здібності людини приймати рішення, засновані на активному доступі до власної емоційності і на діалогічному обміні. Метод включає в себе три основні кроки: дослідження власних переживань і вражень за допомогою феноменологічного аналізу, знаходження автентичної позиції по відношенню до ситуації, пошуки способів самовираження у відповідності з собою і зовнішньою ситуацією. Методу

передусь підготовчий інформаційний етап, на якому фахівець отримує дані про ті проблеми та труднощі, з якими зазвичай стикається особистість. Існують деякі варіації даного методу, що охоплюють окремі етапи або аспекти.

Метод формування позитивної екзистенційної позиції особистості (ЕПО) дозволяє підлітку сформувати власну екзистенційну позитивну позицію або змінити її з «негативної» на «позитивну» (П'ятницька І.М., Яковлев А.М., 2004).

Таблиця 4. Позитивна і негативна екзистенційні позиції особистості підлітка

Негативна ЕПО	Позитивна ЕПО
Хаотична зміна захоплень	Планомірна активність
Знецінення оточуючих	Прийняття оточуючих
Байдужість до майбутнього	Емоційна значущість майбутнього

Позитивна ЕПО є як метою, так і діагностичним критерієм персональної поведінки підлітка. Зміна ЕПО з негативної на позитивну – важлива ознака ефективності профілактичних і корекційних заходів, а також показник ремісії у разі захворювань.

Метод ціннісно-сміслового аналізу проблемної ситуації. Один із методів, що дозволяють сформувати підлітку власну позицію та ціннісне ставлення до будь-якої ситуації, особливо до проблемної (Карпова О.С., 2011).

На основі методу уявлення про системотворчий вплив ціннісно-сміслової сфери на поведінку підлітка. Зіткнувшись з різноманітними труднощами і проблемними ситуаціями, підліток реагує на них трьома основними способами: рефлексивний - спроба усунути проблеми у внутрішньому світі; емпатійно-емотивний, що дозволяє долати труднощі у

сфері відносин; самореалізаційний - пов'язаний із спрямованістю підлітка до самоактуалізації та розвитку здібностей до духовного самовдосконалення. Підлітку пред'являються проблемні ситуації, що містять суперечливість і двоїстість у розумінні цінностей. Їх можна охарактеризувати як змодельовані екзистенційні проблеми. При вирішенні ситуації підлітку необхідне співвіднесення з позицією іншої людини та власними персональними змістами для їх вирішення та гармонізації. Основою розуміння цієї проблеми є опора на ціннісно-сміслові аспекти особистості.

Методи розвитку «самопочуття», як способу ціннісного поведіння з персональним. Формування персональної поведінки багато в чому зумовлено здатністю співвідноситися із собою та ставленням особистості до себе. У ряді досліджень наводяться дані про високий рівень критичності до себе при проявах СПП. У зв'язку з чим, пропонується «Терапія посилення співчуття і співчуття до себе» (Compassion-focused Therapy, Sutherland O, 2014; Figley C. R., 2002), заснована на ідеях екзистенціалізму та феноменологічного аналізу. Цей вид профілактичної інтервенції включає дві основні тактики, створені задля зменшення внутрішньої критики: 1) пом'якшення «внутрішнього критика»; 2) зміцнення «критикованої частини особистості» і використовує наступну методологію: тренування у формулюванні «співчутливих» думок, образів, пов'язаних з самоспівчуттям, техніка «двох стільців» для частин особистості, що критикує і критикується.

Здатність до прояву співчуття і співчуття до себе розглядається як спосіб збереження психічного здоров'я та захисту від стресових ситуацій (Neff K., 2003). Грунтуючись на запропонованому підході, можна використовувати даний психопрофілактичний метод поведінки з персональним, заснований на розвитку співчуття, формування самоповаги та самоцінності для реалізації завдань третьої фундаментальної

екзистенційної мотивації в концепції А. Ленглі – формування самоцінності, автентичності.

Метод розвитку емоційної чуйності спрямований на сприяння підлітку в прояві почуттів до інших людей, розвиток емоційної чуйності. Феномен «емоційної чуйності» заснований на емоційному відгуку на переживання оточуючих, характеризується глибокою здатністю відчувати, переживати, висловлювати співчуття іншим людям. Метод є компонентом емоційно-морального розвитку особистості і розглядається як умова превенції девіантної поведінки підлітків (Ю.В.Лебедева). Розвиток емоційної чуйності включає: розвиток здатності бути чуйним при різних сторонах дійсності, вміння розрізняти емоції інших і адекватно виражати у відповідь на них свої, формування та усвідомлення підлітком персонального ставлення до подій які переживаються.

Обговорення цінностей та смислів – ще один важливий метод, який застосовується протягом усього психокорекційного процесу. На початку психопрофілактичного процесу звернення до питань про сенс, по-перше, виконує багато в чому діагностичну задачу і інформує спеціаліста про рівень розвитку самосвідомості підлітка. По-друге, дозволяє звертатися до актуального досвіду підлітка. І по-третє, показує підлітку, що фахівець має намір зрозуміти його особистість у її глибині.

Протягом усієї програми профілактичних занять з підлітком фахівець може м'яко нагадувати підлітку про вибір позиції, яку він може займати, приходячи на заняття, а також за несприятливих обставин, коли він не може щось змінювати або вибирати.

Заключна частина психопрофілактичного та психокорекційного процесу - допомога підлітку у розвитку почуття інтенційності та свободи у своєму підході до життя, знаходженні нових смислів. Основне питання, яке торкається проблеми інтенційності, - «що має для тебе сенс?», «що тобі по-справжньому важливо?».

*Специфічні методи, спрямовані на превенцію самоушкоджуючої поведінки та суїцидальності*

Комплекс специфічних методів використовується в превенції підлітків з рецидивуючою самоушкоджуючою, суїцидальною поведінкою та вживанням ПАР, які супроводжуються переживаннями: страху бути покинутим, нестабільним образом себе самого, нестабільністю афекту, неадекватним сильним гнівом, хронічним почуттям внутрішньої пустоти.

Включає в себе кілька методів роботи:

Самосприйняття підлітка – навчання сприйняття власних імпульсів, почуттів;

Ведена конфронтація – в основі методу зупинка негативних емоційних каскадів підлітка, фіксація, констатування реальності;

Конфронтація з самим собою – опір звинувачуючої позиції внутрішнього критика;

Саморозуміння – звернення до своїх почуттів підлітка, формування здатності до прийняття, пояснення власних переживань, навчання здатності витримувати негативні почуття (А.Ленгле, 1997).

Критерії ефективності

Оцінка ефективності профілактичних заходів включає наступні критерії:

I. На етапі первинної профілактики:

- відсутність фактів аутоагресивної поведінки у підлітків;
- збереження інтегрального рівня екзистенційної виконаності або підвищення окремих показників фундаментальних екзистенційних мотивацій та життєстійкості.

II. На етапі вторинної та третинної профілактики:

- редукція аутоагресивної поведінки підлітків, зниження частоти та тяжкості актів аутоагресії, при суїцидальній поведінці – зменшення кількості суїцидальних думок;

- зміна характеру екзистенційних переживань: підвищення загального рівня життєстійкості та екзистенційної виконаності.

Ефективність проведення профілактичних заходів багато в чому обумовлена рівнем професійної компетенції фахівців загальноосвітніх шкіл, включених у процес інтервенції. У зв'язку з цим, значущою є розробка порядку додаткової професійної підготовки фахівців для реалізації технологій персоніфікованої профілактики.

Реалізація програми профілактики, заснованої на екзистенційному підході в рамках запропонованої моделі екзистенційної кризи підлітків, передбачає підвищення професійних компетенцій для всіх суб'єктів освіти: адміністрації, шкільних педагогів, педагогів-психологів, соціальних педагогів. У зв'язку з чим, доцільно попередньо організувати спеціальну підготовку фахівців загальноосвітніх установ з метою усвідомлення їх особистого ставлення до теми підліткової аутоагресії, а також освоєння прийомів організації профілактичної роботи з урахуванням методології персоніфікованої профілактики.

Велике навчальне навантаження вчителів-предметників, низька мотивація фахівців загальноосвітніх установ включатися в реалізацію превентивних заходів, низька компетенція в питаннях аутоагресивної поведінки підлітків, особистий страх взаємодіяти з підлітками, що виявляють подібну поведінку, - всі ці аспекти перешкоджають ефективній реалізації превентивної програми (Григор'єва А.А., Корчагіна Г.А., Фадєєва Є.В., 2014).

Реалізація психопрофілактичних завдань виявляється ускладнена у зв'язку з тим, що впровадження заходів з профілактики в різних установах не враховує їх специфіки, а відповідно не проводиться оцінка тих можливих ризиків, які в даній установі сприяють формуванню підліткових девіацій і можуть перешкоджати реалізації профілактичних заходів.

Ефективність програм первинної профілактики багато в чому залежить від того, наскільки педагоги та інші фахівці загальноосвітніх шкіл усвідомлюють профілактичну роботу як необхідний складовий компонент їх професійної діяльності, а також від рівня компетентності в питаннях профілактики аутоагресивної поведінки підлітків, оволодіння методологією реалізації профілактичних програм.

Необхідність підготовки фахівців загальноосвітніх шкіл визначається:

- значимістю своєчасного та адекватного реагування на поведінкові ознаки суїцидальної та самоушкоджуючої поведінки;
- високим рівнем особистісної та професійної тривоги при взаємодії з підлітками, що мають аутоагресивні форми поведінки;
- необхідністю координації дій із медичними працівниками;
- високим діагностичним і профілактичним потенціалом загальноосвітніх установ.

Фахівці загальноосвітніх шкіл зіштовхуючись з фактами самопошкоджуючої та суїцидальної поведінки підлітків не мають дієвих інструментів для своєчасної інтервенції. Аутоагресивна поведінка має свою динаміку та етапи розвитку. Кожен етап характеризується специфічним симптомокомплексом, знання якого дозволяє своєчасно оцінити факт наявності ступеня шкоди, що наноситься особистістю самій собі внаслідок реалізації аутоагресивних форм поведінки.

Відсутність у фахівців загальноосвітніх шкіл знань про способи діагностики, симптомокомплексах різних видів аутоагресивної поведінки, алгоритмів надання професійної допомоги підліткам при виявленні суїцидальних ризиків або ознак самопошкодження, а також труднощі міжвідомчої координації шкіл з системою охорони здоров'я, спеціалізованих навчальних програм для шкільних вчителів, соціальних педагогів та педагогів-психологів потребує всеосяжної професійної

підготовки фахівців загальноосвітніх шкіл, спрямованої на запобігання виявлених ризиків аутоагресії та зниження небезпеки для життя підлітка; слід включати питання, що стосуються розпізнавання симптомів суїцидальної та самоушкоджуючої поведінки, надання належної психолого-педагогічної допомоги, інформацію про подальшу маршрутизацію установи у разі потреби. Зарубіжним прикладом такої підготовки для педагогічного колективу є програма «Питання, переконання, звернення» (Question, Persuade, Refer, QPR) (Abraibesh et al., 2010; Hangartner R.V. et al., 2019).

Підвищення інформаційної компетентності педагогів, педагогів-психологів та соціальних педагогів спрямоване на освоєння методів своєчасного розпізнавання в поведінці підлітків ознак аутоагресивної поведінки та відповідного реагування на нього у разі виявлення. Крім знань про симптоми, методи психологічної діагностики і дій з маршрутизації з такими підлітками, важливим аспектом навчання фахівців загальноосвітніх шкіл є подолання власного страху по відношенню до теми суїциду і самоушкодження.

Систематична підготовка фахівців загальноосвітніх шкіл (психологів, педагогів, адміністрації) невід'ємно включає проведення навчальних семінарів, майстер-класів, організаційних нарад, дистанційних «он-лайн» консультувань. Цілями такої підготовки є поліпшення трьох основних показників: інформаційного (загальна поінформованість), психодинамічного (зміни в емоційному стані), а також мотиваційного (готовність до реалізації психопрофілактичних заходів).

Розроблено диференційовані компетенції, що підвищуються в рамках програми підвищення кваліфікації для різних суб'єктів загальноосвітніх шкіл (Таблиця 5).

Таблиця 5. Компетенції адміністрації і спеціалістів загальноосвітніх шкіл, необхідні для реалізації превентивної роботи

<b>Компетенції адміністрації школи</b>
Зміст роботи міжвідомчих організацій (ресурсних центрів) для інформування суб'єктів освітнього процесу про способи отримання галузевої психолого-педагогічної, медичної та соціальної допомоги
Здатність виступати посередником між учнями та різними соціальними інститутами
Знання законів, що регламентують вимоги до освітніх установ у частині охорони здоров'я учнів та основ профілактики суїцидальної поведінки
<b>Компетенції педагогів</b>
Знання основ вікової фізіології і гігієни учнів, забезпечення їх безпеки в освітньому процесі
Здатністю до виявлення інтересів, труднощів, проблем, конфліктних ситуацій та відхилень у поведінці учнів
Виявлення основних ознак самоушкоджуючої поведінки у підлітків
<b>Компетенції педагогів-психологів, соціальних педагогів</b>
Знання теоретико-методологічної бази понять «самоушкоджуюча поведінка» і «суїцидальна поведінка», «несуїцидальне самоушкодження».
Особливості діагностики та профілактики самоушкоджуючої поведінки підлітків.
Практичні основи персоніфікованої профілактики і корекції самоушкоджуючої поведінки підлітків
Уміння розробляти схему діагностики і профілактики самоушкоджуючої і суїцидальної поведінки
Вияв основних ознак самоушкоджуючої поведінки у підлітків
Розробляти програми, направлені на персоніфіковану профілактику і корекцію різних видів самоушкоджуючої поведінки у підлітків

У програму підвищення кваліфікації фахівців, що реалізують заходи з первинної та вторинної/третинної персоніфікованої профілактики, загальноосвітніх шкіл включені наступні модулі, представлені в таблицях 6 та 7:

Таблиця 6. Зміст освітнього модуля «теоретико-методологічні підходи до поняттям «самоушкоджуюча поведінка» та «персоніфікована профілактика»

Поняття самоушкоджуючої поведінки і її особливості
Основні профілактичні підходи при самоушкоджуючій поведінці
Програми первинної, вторинної, третинної профілактики самоушкоджуючої поведінки, що реалізуються в освітніх закладах
Поняття «персоніфікованого підходу»

Таблиця 7. Зміст освітнього модуля «технології персоніфікованої профілактики»

Етапи вияву самоушкоджуючої поведінки
Профілактичні і психокорекційна робота
Методи персоніфікованого підходу на різних етапах профілактики

Зміст освітніх модулів для психологів, педагогів-психологів, соціальних педагогів загальноосвітніх установ відображено в апробованій програмі підвищення кваліфікації на тему «Технології персоніфікованої профілактики самоушкоджуючої поведінки підлітків», а також у навчально-методичному посібнику для психологів, педагогів, соціальної роботи «Персоніфікований підхід у профілактиці самоушкоджуючої поведінки підлітків, що вживають ПАР та алкоголь» (Григор'єва А.А. та ін., 2019).

### Висновки до розділу 3

У третьому розділі дипломної роботи наведено обґрунтування психологічної концепції, структурно-функціональної моделі, принципів психодіагностичної та психокорекційної роботи у профілактиці аутоагресивної поведінки підлітків.

У першому пункті представлено теоретичне обґрунтування моделі екзистенційної кризи в превенції аутоагресивної поведінки підлітків. Обґрунтовується зміст екзистенційної кризи підлітків, а також роль формуючих факторів, факторів життєстійкості та факторів ризику. Вперше дається визначення аутоагресивної поведінки підлітків на основі уявлень про негативний результат екзистенційної кризи, а також аперсональної поведінки підлітка.

Другий пункт розділу присвячений змісту концепції профілактики аутоагресивної поведінки підлітків. У короткому викладі суть концепції в наступному: основною метою профілактики є сприяння підлітку у

формуванні персональної поведінки, вирішенні основних екзистенційних завдань. Превенція аутоагресивної поведінки включає первинну і вторинну профілактику, спрямовану на зниження ризиків і формування основних протективних факторів. При реалізації вторинної профілактики найефективніше використання персоніфікованого підходу, що дозволяє здійснювати індивідуальну роботу з підлітком, засновану на сприянні у формуванні та зміцненні фундаментальних екзистенційних мотивацій: справлятися з труднощами, бути у гармонії з життям, відчувати свою автентичність, бачити цінність у майбутньому. Загальноосвітня школа має значний потенціал для реалізації програм превенції аутоагресивної поведінки підлітків.

У третьому пункті розкривається структурно-функціональна модель профілактики аутоагресивної поведінки підлітків. Розглядається порядок та принципи виявлення аутоагресивної поведінки підлітків у загальноосвітніх школах, що включає спостереження, скринінг та верифікацію ризиків аутоагресії. У рамках моделі запропоновані принципи, порядок та методи реалізації первинної, вторинної та третинної профілактики. Вибір форми превентивної роботи залежить від ступеня вираженості ризику аутоагресивної поведінки: для підлітків з нормативною поведінкою та тенденцією до аутоагресії основна форма роботи - групова, у підлітків з виявленими фактами аутоагресії - індивідуальна, що дозволяє реалізувати персоніфікований підхід профілактики. Індивідуальні та групові заняття проводяться з використанням методології екзистенційно-аналітичного підходу. Розглядається порядок реалізації додаткової професійної підготовки за технологіями превенції з використанням методології персоніфікованого підходу зі спеціалістами загальноосвітніх шкіл.

## ВИСНОВКИ

Під час цього дослідження було проведено теоретичний аналіз сучасних вітчизняних та зарубіжних підходів до розуміння особливостей представників підліткового віку та підліткової аутоагресії, а також відображено результати емпіричного дослідження особливостей аутоагресивної поведінки у підлітковому віці.

Проведений теоретичний аналіз даних вітчизняних та зарубіжних авторів про особливості підліткового віку та різні види аутоагресивної поведінки показав, що періодом потенційного ризику розвитку девіації є вік від 10-18 років, що пов'язано з адаптацією підлітка до нових освітніх ступенів, з одного боку, а також активним фізичним, психічним, психологічним та соціальним змінам, пов'язаним з переходом від дитинства до дорослості, з іншого.

Дослідження різних видів аутоагресивної поведінки показало, що вони мають як загальний діапазон параметрів, властивий для будь-якої форми поведінки: мотивованість, адаптивність; автентичність; продуктивність; активність; емоційність; динамічність; стабільність; стійкість спонукань; усвідомленість; довільність; гнучкість, і специфічні риси. Для суїцидальної поведінки характерні події з фатальним результатом; пряма самоушкоджуюча поведінка спричиняє ушкодження тканин тіла без суїцидальних намірів; при непрямому самоушкодженні фізичні збитки видно через деякий час і безпосереднього пошкодження тканин не проводиться.

Специфікою підліткової аутоагресії є полімодальність, тобто використання кількох видів аутоагресивної поведінки. На основі аналізу емпіричних досліджень про поширеність і характер проявів аутоагресії у підлітків та осіб молодого віку були виділені два типи взаємозв'язку між різними видами аутоагресивної поведінки: комплексні поєднання декількох

видів (двох, трьох) аутоагресії, а також послідовна взаємозв'язок, при якому один вид аутоагресії згодом змінює інший.

На основі аналізу теоретичних уявлень розуміння аутоагресивної поведінки розкрито зміст психологічного, клінічного, соціального, біологічного, інтегративного підходів. Психологічний підхід поєднує кілька теоретичних напрямів: психодинамічний, когнітивно-поведінковий, гуманістичне (феноменологічне). Огляд моделей та концепцій аутоагресивної поведінки дозволив зробити висновок про те, що найбільшу розробленість набуло когнітивно-поведінкового напрямку, що розглядає аутоагресію, як наслідок когнітивних спотворень та формування дезадаптивних поведінкових схем. Водночас виявлено, що ключовою до розуміння феномену аутоагресії стає конфлюенція між життям та смертю, що розглядається в екзистенційних підходах. Вивчення екзистенційних концепцій та моделей аутоагресивної поведінки дозволило виявити високу значущість екзистенційних змістів як для підліткової кризи в цілому, так і для формування аутоагресивних поведінкових копінгів.

За результатами емпіричного дослідження було встановлено, що поряд з віковими змінами показників ризику аутоагресії, змінюються психологічні характеристики підлітків: період 10-11 років характеризується високими показниками вольової саморегуляції та найбільшою кількістю дисфункціональних переконань. У віці 12-15 років відзначається зниження рівня вольової саморегуляції, що може бути пов'язано зі збільшенням ризиків самопошкоджуючої поведінки. Після 15 років знижується тенденція до асоціальних вчинків, збільшується вольова саморегуляція, зменшується кількість дисфункціональних переконань, що обумовлено процесами дозрівання та розвитку психіки та особистості підлітків.

Віковими предикторами аутоагресивної поведінки є: самовладання, активний інтерес до теми вживання психоактивних речовин, обізнаність у темі ПАР і ставлення до неї, соціальні установки підлітка.

У ході дослідження виявлено гендерні особливості ризиків аутоагресивної поведінки в загальній популяції підлітків: дівчатка-підлітки виявляють найбільший інтерес як до модифікацій тіла та самоушкодження, вживання ПАР, відрізняються вищими показниками суїцидального ризику та самоушкоджень. Поведінка підлітків у ситуації ризику гендерної специфіки не має.

У третьому розділі дипломної роботи наведено обґрунтування психологічної концепції, структурно-функціональної моделі, принципів психодіагностичної та психокорекційної роботи у профілактиці аутоагресивної поведінки підлітків.

У першому пункті представлено теоретичне обґрунтування моделі екзистенційної кризи в превенції аутоагресивної поведінки підлітків. Обґрунтовується зміст екзистенційної кризи підлітків, а також роль формуючих факторів, факторів життєстійкості та факторів ризику. Вперше дається визначення аутоагресивної поведінки підлітків на основі уявлень про негативний результат екзистенційної кризи, а також аперсональної поведінки підлітка.

Другий пункт розділу присвячений змісту концепції профілактики аутоагресивної поведінки підлітків. У короткому викладі суть концепції в наступному: основною метою профілактики є сприяння підлітку у формуванні персональної поведінки, вирішенні основних екзистенційних завдань. Превенція аутоагресивної поведінки включає первинну і вторинну профілактику, спрямовану на зниження ризиків і формування основних протективних факторів. При реалізації вторинної профілактики найефективніше використання персоніфікованого підходу, що дозволяє здійснювати індивідуальну роботу з підлітком, засновану на сприянні у формуванні та зміцненні фундаментальних екзистенційних мотивацій: справлятися з труднощами, бути у гармонії з життям, відчувати свою автентичність, бачити цінність у майбутньому. Загальноосвітня школа має

значний потенціал для реалізації програм превенції аутоагресивної поведінки підлітків.

У третьому пункті розкривається структурно-функціональна модель профілактики аутоагресивної поведінки підлітків. Розглядається порядок та принципи виявлення аутоагресивної поведінки підлітків у загальноосвітніх школах, що включає спостереження, скринінг та верифікацію ризиків аутоагресії. У рамках моделі запропоновані принципи, порядок та методи реалізації первинної, вторинної та третинної профілактики. Вибір форми превентивної роботи залежить від ступеня вираженості ризику аутоагресивної поведінки: для підлітків з нормативною поведінкою та тенденцією до аутоагресії основна форма роботи - групова, у підлітків з виявленими фактами аутоагресії - індивідуальна, що дозволяє реалізувати персоніфікований підхід профілактики. Індивідуальні та групові заняття проводяться з використанням методології екзистенційно-аналітичного підходу. Розглядається порядок реалізації додаткової професійної підготовки за технологіями превенції з використанням методології персоніфікованого підходу зі спеціалістами загальноосвітніх шкіл.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банников, Г.С. Антивитальные переживания и аутоагрессивные формы поведения подростка с «диффузной идентичностью» // Психолого-педагогические исследования. 2018. № 1. С. 31-40.
2. Банников, Г.С. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников, Т.С. Парлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова // Суицидология. 2019. № 4. С. 21– 32.
3. Власова О.І. Педагогічна психологія: Навчальний посібник. К.: Либідь, 2005. 400 с.
4. Горностай П.П., Титаренко Т.М. (2001). Психологія особистості: Словник-довідник. К.: Рута. 320с.
5. Зверьков, А.Г. Исследование волевой саморегуляции. Психологические методики изучения личности: практикум / А.Г. Зверьков, Е.В. Эйдман. М.: Ось-89, 2017. С. 100-106.
6. Каліна О.Г. Роль батька у психічному розвитку дитини / О.Г. Калина, А.Б. Холмогорова. - М.: ФОРУМ; інфра-м, 2014. 112 с.
7. Камінська О. Розвиток емоційної сфери, пізнавальних психічних процесів. Соціалізація старших дошкільників / О. Камінська // Психолог довкілля. 2016. №2. С. 1 – 40.
8. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія: Підручник. К., 1995. 304с.
9. Кривцова, С.В. Вызовы неопределенности и становление внутренней прочности личности в процессе онтогенеза (экзистенциально-аналитический подход) / С.В.Кривцова // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2018. Т. 8. № 40.
10. Кривцова, С.В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С.В. Кривцова, А.Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. 2019. №1. С. 141–170.

11. Крыжановская, Л.А. Особенности суицидального поведения в США / Л.А.Крыжановская //Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 10. № 3. – С. 97–105.
12. Леонтьев, А.Н. Возникновение и эволюция психики / А.Н. Леонтьев //Избранные психологические произведения. М., 2019. 392 с.
13. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости /Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. М.: Смысл, 2016. 63 с.
14. Леонтьев, Д.А. Экзистенциальная тревога и как с ней не бороться / Д.А.Леонтьев //Консультативная психология и психотерапия. 2017. № 2. С. 107–119.
15. Лэнгле, А. Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности: сборник статей / А. Лэнгле; пер. снем О. Ларченко. М.: Генезис, 2016. 159 с.
16. Лэнгле, А. Психотерапия депрессивных расстройств в современном экзистенциальном анализе (принципы и основные направления) / А.Лэнгле //Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 14. № 2–С. 29–44.
17. Лэнгле, А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования / А. Лэнгле. М.: Юрайт, 2018. 403 с.
18. Лэнгле, А. Терапевтический случай нахождения собственного Я (применение метода персонального экзистенциального анализа) / А.Лэнгле//Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2005. Т. 2. №. 2. С. 81–98.
19. Лэнгле, А. Фундаментальные мотивации экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии / А.Лэнгле// Экзистенциальный анализ. Бюллетень. 2019. № 1. С. 9–29.
20. Лэнгле, А.А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика исследований / А.А. Лэнгле, М.В. Уколова, В.Б. Шумский. М., 2019. 403 с.

21. Лэнгле. А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций/ А. Лэнгле; пер. с нем.; вступ. ст. С.В. Кривцовой. М.: Генезис, 2016. 235 с.
22. Мадди, С.Р. Теории личности: сравнительный анализ: монография / С.Р. Мадди. М.: РГБ, 2017. 539 с.
23. Максименко С.Д. Експериментальна психологія (дидактичний тезаурус): Навч. посібник (Київ, 2002).
24. Мамардашвили, М.К. Необходимость себя / М.К. Мамардашвили. М.: Лабиринт, 1996. 432 с.
25. Махнач, А.В. Жизнеспособность подростка: понятие и концепция / А.В. Махнач, А.И. Лактионова // Психология адаптации и социальная среда: со-временные подходы, проблемы, перспективы. 2007. С. 290 – 312.
26. Менделевич, В.Д. Аддиктивное влечение / В.Д. Менделевич, М.Л. Зобин. М.: МЕДепрессинформ, 2012. 264 с.
27. Менделевич, В.Д. Структура девиантных форм поведения в условиях масштабных социально-психологических перемен/ В.Д. Менделевич // Система социальной работы в условиях переходного периода: принципы формирования и функционирования. Материалы межрегиональной научно-практич. конференции. 1998. С. 135-137.
28. Мерлин, В.С. Структура личности: характер, способности, самосознание: учебное пособие / В.С. Мерлин. Пермь: ПГППУ, 1990. 110 с.
29. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. 416 с.
30. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов. – Учебное пособие. 3-е изд., стереотип. СПб.: Речь, 2017. 392 с.

31. Ніколаєва І. С. Конструктивна агресивність як умова гарантійного розвитку особистості в ранньому юнацькому віці / І.С.Ніколаєва // Проблема особистості в сучасній науці: результати та перспективи досліджень: Тези доп. IV Міжнар. конф. молодих науковців, м. Київ, 26-28 вересня 2001р. К.: Київ ун-т ім. Т. Г. Шевченка, 2001. С. 93- 94.
32. Положий, Б.С. Динамика частоты суицидов в России (2014-2016 гг.): аналитический обзор / Б.С. Положий. М.: ФГБУ «ФМИЦПНИ им. В.П. Сербского» Минздрав России, 2018. 12 с.
33. Положий, Б.С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения / Б.С. Положий, Е.А. Панченко //Суицидология. 2012. Т. 3. № 1 (6).
34. Положий, Б.С. Суицидальная ситуация в современной России / Б.С. Положий //Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. 2018. С. 567–574.
35. Положий, Б.С. Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая диагностика, типология, профилактика): монография / Б.С. Положий, Е.А. Панченко. М.: ФГБУ «ФМИЦПНИ им. В.П. Сербского» Минздрав России, 2016. 260 с.
36. Положий, Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) / Б.С. Положий // Суицидология. 2019. Т. 10. №1. С. 21– 26.
37. Польская, Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова //Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 4. С. 176–190.
38. Польская, Н.А. К изучению копинг-установок в подростковом возрасте / Н.А. Польская, Л.В. Шипова, А.П. Кабанова // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: междисциплинарный подход: Материалы науч.-практ. конференции Ананьевские чтения 2008, 21–

23 октября 2008 г.; под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрустальной. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. С. 785–787

39. Польская, Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) / Н.А. Польская // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 140–152.
40. Польская, Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Польская Наталия Анатольевна. М., 2017. 423 с.
41. Польская, Н.А. Эмоционально-личностные корреляты модификаций тела / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2014. Т. 14. № 2-1.
42. Сыроквашина, К.В. Клинические и психологические подходы к исследованию проблемы суицидов у подростков. Научный обзор / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева, В.Д. Бадмаева, Е.В. Макушкин, Е.Ю. Шкитырь // Российский психиатрический журнал. 2017. № 6. С. 24–31.
43. Сыроквашина, К.В. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8–24.
44. Франкл, В. Логотерапия и экзистенциальный анализ: статьи и лекции / В. Франкл. М.: Альпина нон-фикшн, 2016. 344 с.
45. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. М.: Прогресс, 1990. 372 с.
46. Хасан, Б.И. Образование в области профилактики наркозависимости и других аддикций: организационно-методическое пособие / Б.И.

- Хасан, Н.Н. Дюндик, Е.Ю. Федоренко, И.А. Кухаренко, Т.И. Привалихина. Красноярск: Красноярский гос.ун-т., 2018.
47. Хензелер, Х. Вклад психоанализа в проблему суицида / Х. Хензелер //Эн-циклопедия глубинной психологии. 2017. Т. 2. С. 88-102.
48. Холмогорова, А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития /А.Б.Холмогорова //Медицинская психология в России. 2016. № 2. С. 10.
49. Холмогорова, А.Б. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели рас-стройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова //Медицинская психология в России. 2018. Т. 2.
50. Хольцхей-Кунц, А. Страдание из-за собственного бытия. Дазайн-анализ и задача герменевтики психопатологических феноменов / А. Хольцхей-Кунц. Вильнюс: Логвинов, 2016. – 312 с.
51. Цветков, А.В. Гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции / А.В. Цветков. М.: Издательство «Спорт и Культура-2000», 2017. 128 с.
52. Чельшева, Ю.В. Референтные группы и ценностные ориентации подрост-ков с асоциальным поведением / Ю.В.Чельшева //Системная психология и социология. 2015. № 4. С. 23–29.
53. Шаболтас, А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологиче-ских исследований / А.В. Шаболтас //Вестник Санкт-Петербургского универ-ситета. Социология. 2016. №. 3. С. 5–16.
54. Шайдукова, Л.К. Структура психопатоподобных расстройств у больных опийной наркоманией / Л.К.Шайдукова, Е.В.Коблова //Социальная и клини-ческая психиатрия. 2019. Т. 19. № 2. –С. 5–9.

55. Шамсутдинова, Д.В. Профилактика и коррекция девиантного поведения подростков в сфере досуга как комплексная социально-педагогическая проблема. [Электронный ресурс] / Д.В. Шамсутдинова // Вестник ТГУ. – 2016.
56. Шарок, В.В. Особенности мотивационно-ценностной сферы и самоотношения личности, склонной к рискованному поведению: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Шарок Вероника Викторовна. – Спб., 2016. 168 с.
57. Шевандрин, Н.И. Социальная психология в образовании / Н.И. Шевандрин. М.: Владос. 1995. Т. 544. – 41 с.
58. Шемякина, О.О. Психолого-педагогическая деятельность по профилактике девиантного поведения подростков [Электронный ресурс] / О.О. Шемякина. Психология и право. 2011. Т. 1. № 4.
59. Шпангер, Э. Психология юношеского возраста / Э. Шпангер // Педология юности. 1931.
60. Шумский, В.Б. Диагностика экзистенциальной исполненности: оригинальная русскоязычная версия теста экзистенциальных мотиваций / В.Б.Шумский, Е.М. Уколова, Е.Н.Осин, Я.Д. Лупандина// Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2016.Т. 13 № 4.С. 763–788.
61. Юнацкевич, П.И. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция суицидального поведения военнослужащих: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Юнацкевич Петр Иванович. Спб., 1997. 373 с.
62. Юнацкевич, П.И. Социологические и психолого-педагогические основы су-ицидологи: Учебное пособие / П.И. Юнацкевич, И.В. Гилинский; под ред. В.А. Кулганова. Санкт-Петербург, 1999. 338 с.
63. Юнацкевич, П.И. Тест СЛ-19 / П.И. Юнацкевич. Санкт-Петербург: Военно-космическая академия имени А.Ф. Можайского, 1996.

64. Ялом, И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти / И. Ялом. М.: Эксмо, 2019. 352 с.
65. Ясюкова, Л.А. Социально-психологические особенности подростков с проблемным поведением / Л.А.Ясюкова //Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2017. Т. 7. № 1. С. 62–67.
66. Bolger, E. Grounded theory analysis of emotional pain / E. Bolger //Psychotherapy Research. 1999. Т. 9. № 3. P. 342–362.
67. Daldin, H.J. A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence / H.J. Daldin //Journal of Child Psychotherapy. 1988. Vol. 14. № 1. P. 61–66.
68. Ettinger, S. Transforming psychic pain. The Meaning and Function of Self Injury on Womens Lives / S. Ettinger. Smith College School for Social Work, 2019.
69. Frankl, V.E. Psychotherapy and existentialism: selected papers on logotherapy / V.E. Frankl, J.C. Crumbaugh. Washington: Washington Square Press, 1967. 242 pp.
70. Franklin, J.C. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research / J.C. Franklin, J.D. Ribeiro, K.R. Fox, K.H. Bentley, E.M. Kleiman, X. Huang // Psychological Bulletin. 2016. Vol. 143. P. 187–232.
71. Friedman, M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project / M. Friedman //International Journal of Psycho-Analysis. 2019. Т. 53. P. 179–183.
72. Gunderson, J.G. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation / J.G. Gunderson, M.E. Ridolfi // Annals of the New York Academy of Sciences. 2021. Vol. 932. № 1. P. 61–77.

73. Himber, J. Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients / J. Himber // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1994. Vol. 31. № 4. P. 620.
74. Klonsky, E.D. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis / E.D. Klonsky, T.M. Olino // Journal of consulting and clinical psychology. 2018. T. 76. № 1. 22 p.
75. Klonsky, E.D. Nonsuicidal Self-injury / E.D. Klonsky, S. Muehlenkamp, B. Walsh. Hogrefe Publishing, 2021. 92 p.
76. Klonsky, E.D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence / E.D. Klonsky // Clinical psychology review. 2017. Vol. 27. № 2. P. 226–239.
77. Klonsky, E.D. The three-step theory: A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework / E.D. Klonsky, A.M. May // International Journal of Cognitive Therapy. 2015. Vol. 8. № 2. P. 114–129.
78. Nock, M.K. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior / M.K. Nock, M.J. Prinstein // Journal of consulting and clinical psychology. 2015. Vol. 72. № 5. – P. 885.
79. Nock, M.K. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts / M.K. Nock // Psychiatry research. 2016. Vol. 144. № 1. P. 65-72.
80. Nock, M.K. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey / M.K. Nock, R.C. Kessler // Journal of abnormal psychology. 2016. Vol. 115. № 3. 616 p.
81. Nock, M.K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults / M.K. Nock, M.J. Prinstein, S.K. Sterba // Journal of abnormal psychology. 2019. Vol. 118. № 4. P. 816.

82. Nock, M.K. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment / M.K. Nock. American Psychological Association, 2019. 337 p.
83. O'Connor, R.C. Looking to the future: a synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention / R.C. O'Connor, G. Portzky // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. P. 2139–2158.
84. O'Connor, R.C. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. R.C. O'Connor // *The International Handbook of Suicide Prevention*. 2011. P. 220–240.
85. O'Connor, R.C. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm / R.C. O'Connor, S. Rasmussen, K. Hawton // *The British Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 200. № 4. P. 330–335.
86. O'Connor, R.C. Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults / R.C. O'Connor // *BJPsych open*. 2018. Vol. 4. № 3. P. 142–148.
87. Offer, D. Barglow P. Adolescent and young adult self-mutilation incidents in a general psychiatric hospital / D. Offer, P. Barglow // *Archives of General Psychiatry*. 1960. Vol. 3. № 2. P. 194–204.
88. Rodham, K. Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury / K. Rodham, K. Hawton. Washington: APA Books, 2019. P. 37–62.
89. Rudd, M.D. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications / M.D. Rudd // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016. Vol. 36. № 3. P. 255–262.
90. Simpson, M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting / M.A. Simpson. Simon and Schuster, 1975.
91. Snyder, C.R. The psychology of hope: You can get there from here./ C.R. Snyder. Simon and Schuster, 1994.

92. Soloff, P.H. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder / P.H. Soloff, K.G. Lynch, T.M. Kelly // *Journal of personality disorders*. 2002. Vol. 16. № 3. P. 201–214.
93. Suyemoto, K.L. Self-cutting in female adolescents / K.L. Suyemoto, M.L. Mac-Donald // *Psychotherapy*. 1995. Vol. 32. P. 162–171.
94. Swahn, M.H. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents / M.H. Swahn, R.M. Bossarte, E.E. Sullivent // *Pediatrics*. 2018. 121 (2). P. 297–305.
95. Swahn, M.H. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults / M.H. Swahn // *Suicide Life Threat Behav*. 2001. 32. 9 p.
96. Wasserman C. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience / C. Wasserman // *PloS one*. 2018. Vol. 13. № 2.
97. Wasserman, D. A Stress-vulnerability model and the development of the suicidal process / D. Wasserman // *Suicide: An unnecessary death*. 2001. Vol. 13. 27 p.
98. Wasserman, M. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial / M. Wasserman // *The Lancet*. 2015. № 385. P. 1536-1544.
99. Wenzel, A. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications / A. Wenzel, G.K. Brown, A.T. Beck. American Psychological Association, 2019.
100. Woods, P.J. The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for long range suicide prevention / P.J. Woods, G.E. Muller // *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. 1988. Vol. 6. № 4. P. 236–258.

101. Yates, T.M. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample / T.M. Yates E.A. Carlson, B. Egeland // Development and psychopathology. 2018. Vol. 20. № 2. P. 651–671.
102. Zalsman, G. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review / G. Zalsman // The Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3. № 7. P. 646–659.
103. Zureik, M. Serum cholesterol concentration and death from suicide in men: Paris prospective study I / M. Zureik, D. Courbon, P. Ducimetiere // Bmj. 1996. Vol. 313. № 70

**Тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» (Зверьков А.В., Ейдман Е.В.)**

*Процедура дослідження*

Дослідження вольової саморегуляції за допомогою тесту-опитувальника може проводитися з однією особою або з цілою групою. Щоб забезпечити самостійність відповідей досліджуваних, кожному видається тест-опитувальник, бланк для відповідей (з номерами запитань і графами для відповідей).

*Інструкція досліджуваному.* Вам пропонується тест, який включає 30 тверджень. Уважно прочитайте кожне з них та вирішіть, наскільки воно характеризує вас. Якщо правильно характеризує, то на аркуші для відповідей навпроти номера даного твердження поставте знак «+» якщо вважаєте, що неправильно, знак «-»

*Тестовий матеріал*

1. Якщо в мене щось не виходить, то нерідко виникає бажання покинути цю справу.
2. Я не відмовляюся від своїх задумів і справ, навіть якщо доводиться вибирати між ними та приємною компанією.
3. За необхідності мені неважко стримати спалах гніву.
4. Звичайно я зберігаю спокій, чекаючи товариша, який спізнюється на призначений час.
5. Мене важко відірвати від розпочатої роботи.
6. Мене дуже вибиває з колії фізичний біль.
7. Я завжди намагаюся вислухати співрозмовника, не перебиваю, навіть якщо не терпиться йому заперечити.
8. Я завжди відстоюю свою позицію у розмові.

9. Якщо треба, я можу не спати кілька ночей (наприклад, робота, чергування) і весь наступний день бути “в гарній формі”.
10. Мої плани занадто часто перекреслюються зовнішніми обставинами.
11. Я не вважаю себе терплячою людиною.
12. Не так просто мені примусити себе байдуже спостерігати хвилююче видовище.
13. Мені рідко вдається примусити себе продовжувати роботу після серії прикрих невдач.
14. Якщо я ставлюся до когось погано, мені важко приховати зневагу до нього.
15. За потреби я можу займатися своєю справою в незручних та в не пристосованих до цього умовах.
16. Мені дуже ускладнює роботу усвідомлення того, що її необхідно виконати в точно визначений термін.
17. Я вважаю себе рішучою людиною.
18. З фізичною втомою я справляюся значно краще, ніж інші.
19. Краще зачекати ліфт, ніж підійматися сходами.
20. Зіпсувати мені настрій не так просто.
21. Інколи якась дрібниця заповнює мої думки, не дає спокою, і я не можу її позбутися.
22. Мені важче, ніж іншим зосередитися на завданні чи на роботі.
23. Сперечатися зі мною важко.
24. Я завжди прагну довести розпочату справу до кінця.
25. Мене легко відвернути від справ.
26. Я іноді помічаю, що намагаюся домогтися свого всупереч об’єктивним обставинам.
27. Люди іноді заздять моєму терпінню та допитливості.
28. Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.

29. Я помічаю, що під час одноманітної роботи мимоволі починаю змінювати спосіб дії, навіть якщо це інколи призводить до погіршення результатів.

30. Мене, як правило, дратує, коли “перед носом” зачиняються двері транспорту або ліфта, що від’їжджають.

Мета обробки результатів - визначення величин індексів вольової саморегуляції за пунктами загальної шкали та індексів за субшкалами наполегливості і самовладання.

Кожен індекс - це сума балів, отриманих при підрахунку збігу відповідей з ключем загальної шкали чи субшкали.

В опитувальнику міститься 6 замаскованих тверджень. Тому загальний сумарний бал за загальною шкалою має бути в межах 0-24, за субшкалою наполегливості - 0-16 та за субшкалою самовладання - 0-13.

*Ключ для підрахунку індексів вольової саморегуляції*

Загальна шкала	1-, 2+, 3+, 4+, 5+, 6-, 7+, 9+, 10-, 11+, 13-, 14-, 16-, 17+, 18+, 20+, 21-, 22-, 24+, 25-, 27+, 28-, 29-, 30-
Наполегливість	1-, 2+, 5+, 6-, 9+, 10-, 11+, 13-, 16-, 17+, 18+, 20+, 22-, 24+, 25-, 27+
Самовладання	3+, 4+, 5+, 7+, 13-, 14-, 16-, 21-, 24+, 27+, 28-, 29-, 30-

*Аналіз результатів*

У загальному вигляді під рівнем вольової саморегуляції розуміють міру опанування особистою поведінкою в різноманітних ситуаціях, здатність свідомо керувати своїми діями, бажаннями, станами.

Рівень розвитку вольової саморегуляції може бути охарактеризовано в цілому й окремо за такими властивостями характеру, як наполегливість та самовладання.

Рівні вольової саморегуляції визначаються порівнянням із середніми значеннями кожної шкали. Якщо вони становлять більше половини максимально можливої суми збігів, то цей показник відображає високий рівень розвитку загальної саморегуляції, наполегливості чи самовладання. Для загальної шкали ця величина становить 12, для шкали наполегливості - 8, для шкали самовладання - 6.

*Високий бал за загальною шкалою* властивий емоційно зрілим, активним, незалежним, самостійним особам. Їх відрізняє спокій, упевненість у собі, стійкість намірів, реалістичність поглядів, розвинене почуття особистого обов'язку. Як правило, вони добре рефлексують особисті мотиви, планомірно втілюють власні наміри, вміють розподіляти зусилля і здатні контролювати свої вчинки, володіють вираженою соціально-позитивною спрямованістю. У граничних випадках у них можливе наростання внутрішньої напруги, пов'язаної з прагненням контролювати кожен нюанс власної поведінки і з тривожністю через найменшу її спонтанність.

*Низький бал* спостерігається в людей чутливих, емоційно нестійких, вразливих, невпевнених у собі. Рефлексивність у них невисока, а загальний фон активності, як правило, занижений. їм властиві імпульсивність і нестійкість намірів. Це може бути пов'язано як з незрілістю, так і з вираженою витонченістю натури, не підкріпленою здатністю до рефлексії та самоконтролю.

*Субшкала наполегливості* характеризує силу намірів людини - її прагнення до здійснення розпочатої справи. На позитивному полюсі - діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого, їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність - розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайньому прояві

можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій. Низькі значення за даною шкалою вказують на підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, що можуть призвести до непослідовності в поведінці. Знижений фон активності та працездатності, як правило, компенсується в таких людей підвищеною чутливістю, гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм.

*Субшкала самовладання* відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал отримують люди емоційно стійкі, які добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Разом з тим прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до підвищення внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми.

*На другому полюсі цієї субшкали* - спонтанність, що у поєднанні з вразливістю та переважанням традиційних поглядів, захищає людину від інтенсивних переживань і внутрішніх конфліктів, сприяє незворушному настрою.

**Опитувальник для визначення ризику суїциду «Суїцидальна особистість-19» (Юнацкевич П.І., 2009)**

Інструкція: Вам будуть запропоновані твердження щодо Вашого здоров'я та характеру. Якщо Ви згодні із твердженням, поставте «+» (плюс) у бланку для відповідей у клітинці з номером цього питання, якщо не згодні – поставте «-» (мінус).

1. Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в деякій ситуації
2. Життя іноді гірше за смерть.
3. У минулому я мала спробу піти з життя.
4. Мене багато хто любить, розуміє і цінує.
5. Можна виправдати безнадійно хворих, котрі вибрали добровільну смерть.
6. Я не думаю, що сам можу опинитися у безнадійному становищі.
7. Сенс життя який завжди буває зрозумілий, його можна іноді втратити чи знайти.
8. Як Ви вважаєте, опинившись у ситуації, коли Вас зрадять близькі та рідні, Ви зможете жити далі?
9. Я іноді думаю про свою добровільну смерть.
10. У будь-якій ситуації я боротимуся за своє життя, чого б мені це не вартувало.
11. Завжди і всюди намагаюся бути абсолютно чесною людиною.
12. У мене в принципі немає недоліків.
13. Можливо, далі я жити не зможу.
14. Дивно, що деякі люди, опинившись у безвихідному становищі, не хочуть накласти на себе руки.
15. Почуття приреченості в результаті призводить до добровільного зникнення життя.

16. Якщо буде потрібно, то можна буде виправдати свій відхід із життя.
17. Мені не подобається грати зі смертю на самоті.
18. Часто саме перше враження про людину є визначальною.
19. Я пробував різні способи смерті.
20. У критичний момент я завжди можу впоратися із собою.
21. У школі я завжди відрізнявся (відрізнялася) лише гарною поведінкою.
22. Можу обманювати оточуючих, щоб погіршити своє становище.
23. Навколо мене чимало нечесних людей.
24. Одного разу я вибирав кілька способів накласти на себе руки.
25. Досить часто мене намагаються обдурити або ввести в оману.
26. Я не хотів би моментальної смерті після тяжких переживань.
27. Я почав би жити далі, якби сталася світова ядерна війна.
28. Людина вільна чинити зі своїм життям так, як йому хочеться, навіть якщо вона хоче - вибирає смерть
29. Якщо людина не вміє уявляти себе у вигідному світлі перед керівництвом, він багато що втрачає.
30. Нікому ніколи не писав передсмертну записку.
31. Якось намагався накласти на себе руки.
32. Ніколи не буває безвихідних ситуацій.
33. Пробував накласти на себе руки таким чином, щоб не відчувати сильного болю.
34. Потрібно вміти приховувати свої думки від інших, навіть якщо їм нема до мене діла.
35. Душа людини, напевно, відчуває полегшення, якщо сама залишає цей мир.
36. Можу виправдати будь-який вчинок.
37. Якщо я щось роблю, а мені починають заважати, то я все одно робитиму те, що задумав

38. Щоб людині позбутися невиліковної хвороби і перестати мучитися, вона, мабуть, повинен сам припинити свої муки і піти з цього життя добровільно.
39. Буває, сумніваюся у психічному здоров'ї деяких моїх знайомих.
40. Яюсь вирішувавсь накласти на себе руки.
41. Мене непокоїть відсутність почуття щастя.
42. Я ніколи не йду на порушення закону навіть у дрібницях.
43. Іноді мені хочеться заснути і не прокинутися.
44. Яюсь мені було дуже соромно через те, що хотілося б піти з життя.
45. Навіть у найважчій ситуації я боротимуся за своє життя, чого б мені це не варто.

#### Ключ шкали брехні (L)

Ключ шкали брехні (L) «Так» (+) «Ні» (-) 11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39 42 Підраховується кількість збігів відповідей із ключем. Оціночний коефіцієнт (L) виражається відношенням кількості відповідей, що збігаються, до максимально можливого числа збігів (10):  $L=N/10 \pm 0,16$  де N - кількість збігаються з ключем відповідей. Показники, отримані за шкалою брехні, можуть варіювати від 0 до 1. Показники, близькі до 1, свідчать про високе прагнення прикрасити себе та неадекватності відповідей, близькі до 0 – про низький рівень та відносно надійну (за умови  $L < 0,6 \pm 0,16$ ) достовірності результатів обстеження.

Ключ шкали схильності до суїцидальних реакцій (Sr) «Так» (+) «Ні» (-) 1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44 4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45 Підраховується кількість збігів відповідей із ключем. Оціночний коефіцієнт (Sr) виражається відношенням кількості відповідей, що збігаються, до максимально можливої кількості збігів (35):  $Sr=N/35 \pm 0,07$  де N - кількість збігаються з ключем відповідей. Показники, отримані за цією методикою, можуть варіювати від 0 до 1.

Шкала оцінок схильності до суїцидальних реакцій (Sr). Рівень оцінки Sr

Рівень прояву	Оцінка в балах
Низький	0,01 - 0,23
Середнього	0,24 - 0,38
Середній	0,39 - 0,59
Вище середнього	0,60 - 0,74
Високий	0,75 - 1,00

5 балів – низький рівень схильності до суїцидальних реакцій. 4 бали - суїцидальна реакція може виникнути лише на тлі тривалої психічної травматизації та при реактивних станах психіки. 3 бали – «потенціал» схильності до суїцидальних реакцій не відрізняється високою стійкістю. 2 бали – група суїцидального ризику з високим рівнем прояву схильності до суїцидальних реакцій (при порушеннях адаптації можлива суїцидальна спроба або реалізація саморуйнівної поведінки). 1 бал – група суїцидального ризику з дуже високим рівнем прояву схильності до суїцидальних реакцій (ситуація внутрішнього та зовнішнього конфлікту, потребують медико-психологічної допомоги).

## Додаток В

### Опитувальник для дослідження рівня імпульсивності (Лосенков В.А.)

Дослідження може проводитися з одним випробуваним або з невеликою групою. Випробуваному пропонують текст опитувальника з чотирибальною шкалою відповідей по кожному питанню. При роботі групи досліднику потрібно стежити за дотриманням суворої індивідуальності у виконанні тесту.

**Інструкція:** "Пропонований Вам тест-опитувальник містить 20 питань. До кожного з питань дана шкала відповідей. Уважно прочитайте кожне питання і обведіть кружечком номер обраної Вами відповіді. У тесті немає "і" хороших "відповідей. Намагайтеся відчувати себе вільно і відповідати щиро. Переважно той відповідь, який першим прийшов Вам в голову".

#### Опитувальник

1. Якщо Ви беретеся за якусь справу, то завжди доводите його до кінця?

1. Переважно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, немає.
4. Ні, не завжди.

2. Ви завжди спокійно реагуєте на різкі або невдалі зауваження на свою адресу?

1. Переважно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, немає.
4. Безумовно, немає.

3. Ви завжди виконуєте свої обіцянки?

1. Переважно, так.
2. Мабуть, так.

3. Мабуть, немає.

4. Безумовно, немає.

4. Ви часто говорите і дієте під впливом хвилинного настрою?

1. Дуже часто.

2. Досить часто.

3. Досить рідко.

4. Майже ніколи.

5. У критичних, напружених ситуаціях Ви добре володієте собою?

1. Так, завжди володію.

2. Мабуть, завжди.

3. Мабуть, немає.

4. Ні, не володію.

6. У Вас часто без видимих або досить вагомих причин міняється настрій?

1. Таке трапляється дуже часто.

2. Буває час від часу.

3. Таке трапляється рідко.

4. Такого зовсім не буває.

7. Вам часто доводиться робити щось наспіх, коли підтискають терміни?

1. Переважно, так.

2. Мабуть, так.

3. Мабуть, немає.

4. Безумовно, немає.

8. Ви могли б назвати себе цілеспрямованою людиною?

1. Так, безумовно міг би.

2. Мабуть, міг би.

3. Швидше за все, не міг би.

4. Ні, не міг би.

9. У словах і вчинках Ви дотримуетесь прислів'я: "Сім разів відміряй, один раз відріж"?

1. Так, завжди.
2. Часто.
3. Рідко.
4. Ні, майже ніколи.

10. Ви підкреслено байдужі до тих, хто несправедливо гарчить і задирає Вас, наприклад, в автобусі або трамваї?

1. Так я реагую майже завжди.
2. Так я реагую досить часто.
3. Я рідко так реагую.
4. Я ніколи так не реагую.

11. Ви сумніваєтеся в своїх силах і здібностях?

1. Так, часто.
2. Іноді.
3. Рідко.
4. Майже ніколи.

12. Ви легко захоплюєтеся новою справою, але можете швидко до нього охолонути?

1. Переважно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, немає.
4. Безумовно ні.

13. Ви вмієте стримуватися, коли хто-небудь з керівництва незаслужено Вас дорікає?

1. Переважно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, немає.
4. Безумовно ні.

14. Вам здається, що Ви ще не знайшли себе?
1. Згоден, саме так воно і є.
  2. Швидше за все, це так.
  3. З цим я навряд чи погоджуся.
  4. Я з цим безумовно не згоден.
15. Чи може під впливом будь-яких нових обставин Ваша думка про самого себе не раз змінитися?
1. Напевно так.
  2. Досить імовірно.
  3. Малоімовірно.
  4. Майже неймовірно.
16. Зазвичай Вас важко вивести з себе?
1. Переважно, так.
  2. Мабуть, так.
  3. Мабуть, немає.
  4. Безумовно ні.
17. У Вас виникають бажання, які за різних обставин неможливі?
1. Такі бажання виникають у мене часто.
  2. Такі бажання виникають час від часу.
  3. У мене рідко виникають такого роду бажання.
  4. Завідомо нездійснених бажань у мене не виникає.
18. Обговорюючи з ким-небудь важливі життєві проблеми, Ви помічаєте, що Ваші власні погляди ще не цілком визначилися?
1. Так, часто зауважую.
  2. Іноді помічаю.
  3. Помічаю досить рідко.
  4. Ні, ніколи не помічаю.
19. Чи трапляється, що якась справа Вам так набридає, що, не закінчивши його, Ви беретеся за нову?

1. Так, так часто трапляється.
  2. Іноді так буває.
  3. Так буває досить рідко.
  4. Так майже ніколи не трапляється.
20. Ви кілька неврівноважена людина?
1. Переважно, так.
  2. Мабуть, так.
  3. Мабуть, немає.
  4. Безумовно ні.

**Обробка результатів.** У процесі обробки результатів підраховують величину показника імпульсивності "Пі". Він являє собою суму балів, набрану за шкалами всього тест-опитувальника.

В даному тест-опитувальнику чотирибальна шкала відповідей. Для питань 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 13, 16 номер шкали відповідає кількості балів, тобто 1, 2, 3 або 4. Для питань 4, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20 бали підраховуються за шкалою в зворотному порядку, тобто шкалою 1 відповідає бал 4 шкалою 2 - 3, шкалою 3 - 2 і шкала 1 дорівнює 4 балам. Таким чином показник імпульсивності може варіювати у різних людей від 20 до 80 балів.

#### **Аналіз результатів:**

Імпульсивність - це риса, протилежна вольовим якостям цілеспрямованості та наполегливості. Чим більше величина показника імпульсивності "Пі", тим більше імпульсивності. Рівень імпульсивності може бути охарактеризований як високий, середній і низький. Якщо величина "Пі" знаходиться в межах 66-80, то імпульсивність високого рівня, тобто виражена сильно-якщо його величина від 35 до 65 - то рівень її середній, імпульсивність помірна, а якщо 34 і менше - то імпульсивність низького рівня. Високий рівень імпульсивності характеризує людину з

недостатнім самоконтролем у спілкуванні і діяльності. Імпульсивні люди часто мають невизначені життєві плани, у них немає стійких інтересів і вони захоплюються то одним, то іншим.

Люди з низьким рівнем імпульсивності, навпаки, цілеспрямовані, мають ясні ціннісні орієнтації, проявляють наполегливість у досягненні поставлених цілей, прагнуть доводити почату справу до кінця. Якщо імпульсивність висока, то слід скласти програму самовиховання, спрямовану на її зниження і збільшення цілеспрямованості. При цьому варто врахувати особливості локусу суб`єктивного контролю.

## Додаток Г

Таблиця 1. Показники аутоагресивної поведінки в різних вікових групах

Показники	10-11 р.	12-15 р.	16-18 р.	Хі-квадрат	Рівень Р
Рівень суїцидального ризику	1,78	2,86	2,42	17,32	0,00
Позитивне відношення до самоушкодження	34,4	35	26,1	16,59	0,00
Негативне відношення до самоушкодження	9,4	5,4	7,5	7,83	0,02
Наявність самоушкоджень	3,1	21	17,2	7,10	0,03
Ризикована поведінка	9,44	9,72	13,33	38,35	0,00
Пасивний інтерес до ПАР	2,78	2,61	2,92	8,22	0,02
Тривожне відношення до ПАР	3,19	2,24	1,90	16,15	0,00
Негативне відношення до ПАР	5,66	4,67	4,53	7,83	0,02
Позитивне відношення до ПАР	1,53	2,46	2,86	14,39	0,00
Поінформованість у темі ПАР	2,63	3,11	3,93	17,2	0,00
Інтерес до ПАР	6,03	7,96	10,22	32,91	0,00
Вживання алкоголю	3,1	17,1	35	22,43	0,00
Вживання тютюну	3,1	4,5	10,4	73,17	0,00

Таблиця 2. Психологічні характеристики підлітків у різні вікові періоди

Показники	10-11 л.	12-15 л.	16-18 л.	Хі-квадрат	Рівень р
Рівень вольової саморегуляції	15,16	13,90	14,77	15,95	0,00
Наполегливість	10,31	9,12	9,75	17,42	0,00
Самовладання	7,34	7,38	7,92	15,5	0,00
Соціальні установки	12,53	13,90	17,87	30,15	0,00
Дисфункціональні переконання	17,63	14,54	12,91	10,00	0,00

Таблиця 3. Вікові предиктори аутоагресивної поведінки підлітків

Показники	Нестандарт. коефіцієнти		Стандарт. коефіцієнти		
	В	Стд. помилка	Стд. Помилка	t	Знч
(Константа)					
Самовладання	0,2	0,02	0,18	8,49	0,00
Активний інтерес до вживання ПАР	0,07	0,02	0,09	3,78	0,00
Соціальні установки	0,02	0,00	0,12	5,55	0,00
Поінформованість в темі ПАР	0,09	0,02	0,1	4,07	0,00
Негативне відношення до вживання ПАР	0,07	0,03	0,06	2,82	0,00

Таблиця 4. Гендерні особливості показників аутоагресивної поведінки підлітків

Гендер	рівень значущості	Юнаки			Дівчата			
		Вік	р	10-11	12-15	16-18	10-11	12-15
Рівень суїцидального ризику	0,01		1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03
Позитивне відношення до модифікацій тіла і самоушкодження	0,00		0,81	0,86	0,94	1,18	1,16	1,48
Наявність самоушкоджень	0,01		2,43	3,18	2,97	2,87	3,95	4,34
Активний інтерес до вживання ПАР	0,00		2	3,03	4,30	3,81	4,55	5,55

Таблиця 5. Психологічні характеристики підлітків чоловічої і жіночої статі в різні вікові періоди

	Р гендер і вік	Юнаки			Дівчата			Р гендер і вік
		10-11	12-15	16-18	10-11	12-15	16-18	
Вольова саморегуляція	0,00	16,43	14,34	16,23	13,87	13,41	13,63	0,00
Наполегливість	0,00	11,25	9,53	10,91	9,37	8,67	8,83	0,00
Самовладання	0,01	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03	-
Імпульсивність	0,05	1,87	1,87	0,94	1,87	1,94	1,95	0,01
Дисфункціональні уста новки	0,01	15,62	13,31	10,93	19,62	15,98	14,37	-