

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
Центр заочного та дистанційного навчання
Кафедра психології**

Кваліфікаційна робота магістерський дослідницький проект

053«Психологія»

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОУШКОДЖУЮЧОЇ
ПОВЕДІНКИ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ**

Виконала: здобувачка 2 курсу
заочного відділення магістратури
галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки», спеціальність 053 «Психологія»
Гопка Юлія Миколаївна
Керівник: доцент кафедри психології,
канд. психол. н., доц. Лісовенко А.Ф.
Рецензент: доцент кафедри, канд. юрид.
наук, доц. Корнута Л.М.

Одеса – 2024

АНОТАЦІЯ

Гонка Юлія Миколаївна Психологічні особливості самоушкоджуючої поведінки та методи її корекції. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проєкт на здобуття освітнього рівня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2024. Теоретично встановлено, що самопошкодження – різні дії, пов’язані з нанесенням шкоди власному тілу. Такі дії можуть мати як патологічне, так і непатологічне підґрунтя, виступати симптомом певних психічних станів. Включає порізи, опіки, надмірне розчісування, самоотруєння шляхом вживання токсичних речовин, нанесення синців чи навіть ламання кісток. Часто це реакція на сильний емоційний стрес або травму, спосіб відволіктись від душевного болю через фізичний. Шляхом кореляційного аналізу встановлено наявність значущих взаємозв’язків різного знаку між показниками самопошкоджуючої поведінки та факторами особистості (FPI), ірраціональними установками, показниками емоційного інтелекту та психологічного добробуту. Якісний аналіз дозволив встановити, що група осіб з максимальною схильністю до самоушкоджуючої поведінки невротичні, емоційно лабільні, депресивні, роздратовані, реактивно і спонтанно агресивні, сором’язливі, оціночною залежні, фрустраційно нетолерантні, надвимогливі до себе та інших, мають ірраціональне мислення. Група осіб з низьким рівнем схильності до самопошкодження урівноважені, товариські, управляють своїми емоціями і розпізнають емоції інших людей, самомотивані, емпатійні, з розвинутим емоційним інтелектом, самоприйняттям, адекватною самооцінкою, позитивними відносинами, автономією, управлінням середовищем, осмисленістю життя; психологічним благополуччям. Здійснено добір рекомендацій і методів профілактики та корекції самоушкоджуючої поведінки.

Ключові слова: самопошкоджуюча поведінка, аутоагресія, саморуйнівна поведінка, несуйцидальне самоушкодження.

ABSTRACT

Hopka Yulia Mykolaivna Psychological features of self-harming behavior and methods of its correction. Qualification work - master's research project for obtaining the educational level "master", field of knowledge: 05 "Social and behavioral sciences", specialty 053 "Psychology". National University "Odesa Law Academy". Odesa, 2024.

It is theoretically established that self-harm is a variety of actions associated with deliberate harm to one's own body. Such actions can have both pathological and non-pathological grounds, act as a symptom of certain mental states. Includes cuts, burns, excessive scratching, self-poisoning by consuming toxic substances, bruising or even breaking bones. Often this is a reaction to severe emotional stress or trauma, a way to distract from mental pain through physical. Correlation analysis revealed significant relationships of different signs between indicators of self-harming behavior and personality factors (FPI), irrational attitudes, types of victim position, indicators of emotional intelligence and psychological well-being. Qualitative analysis allowed us to establish that the group of individuals with the maximum tendency to self-harming behavior is characterized by neuroticism, emotional lability, depression, irritability, reactive and spontaneous aggressiveness, shyness, evaluative dependence, low frustration tolerance, high demands on oneself and others, and irrational thinking. The group of individuals with a low level of tendency to self-harm is characterized by balance, sociability, management of one's own emotions and recognition of the emotions of other people, self-motivation, empathy, developed emotional intelligence, self-acceptance, adequate self-esteem, positive relationships, autonomy, environmental management, meaningfulness of life; general psychological well-being. A selection of recommendations and methods for the prevention and correction of self-harming behavior has been made.

Keywords: self-harming behavior, autoaggression, self-destructive behavior, non-suicidal self-harm.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І. ЕТАПИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОУШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ.....	12
1.1. Загальна організація та етапи емпіричного дослідження.....	12
1.2. Обґрунтування методів та методик дослідження.....	13
РОЗДІЛ ІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОУШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ.....	20
2.1. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей самоушкоджуючої поведінки.....	20
2.2. Методи корекції самоушкоджуючої поведінки.....	28
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45

ВСТУП

Актуальність. Актуальність дослідження психологічних особливостей самоушкоджувальної поведінки та методів її корекції обумовлена зростанням поширеності такого типу поведінки у різних вікових та соціальних групах, особливо серед підлітків і молоді. Несуїцидальне самоушкодження (NSSI) є значущою проблемою, яка пов'язана зі значними психологічними, соціальними та медичними ризиками. Останні дослідження свідчать про збільшення випадків самоушкодження серед підлітків і молодих дорослих, особливо в умовах хронічного стресу, економічної нестабільності та соціальної ізоляції. Це явище стає глобальною проблемою, яка впливає на здоров'я суспільства. Самоушкоджувальна поведінка є маркером глибоких психологічних проблем, таких як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад та емоційна дисрегуляція. Без відповідної корекції такі дії можуть стати провісниками суїцидальних тенденцій. Навмисне пошкодження тканин тіла може призводити до серйозних медичних ускладнень, таких як інфекції, хронічні болі та рубці, що додатково ускладнює психологічну реабілітацію. Люди, які схильні до самоушкодження, часто мають проблеми з формуванням здорових соціальних зв'язків, що може призводити до ізоляції, стигматизації та втрати підтримки з боку близьких.

Війни, міграція, економічні кризи та зростання соціальних медіа підвищують ризик виникнення самоушкоджувальної поведінки, роблячи цю тему ще більш актуальною. Саме тому, розробка та впровадження ефективних методик психологічної допомоги є важливим завданням, враховуючи, що існуючі підходи не завжди достатньо адаптовані до індивідуальних потреб пацієнтів.

Дослідження цього феномену має на меті не лише зрозуміти психологічні механізми, що лежать в основі самоушкодження, а й створити ефективні профілактичні програми та методи терапевтичної допомоги, що сприятимуть зниженню поширеності цього явища та покращенню якості життя постраждалих.

Одним із перших дослідників, який розмежував несуйцидальну аутоагресивну поведінку та суїцидальні дії, став Норманн Фарбероу (Farberow N.L.). Він увів термін Indirect Self-Destructive Behavior (ISDB), що об'єднує широкий спектр непрямих саморуйнівних дій без явного наміру здійснити самогубство. До таких дій належать, зокрема, алкоголізм, наркоманія та участь у ризикованих формах діяльності [36].

У закордонних дослідженнях термінологія для опису несуйцидальної поведінки часто змінювалася та використовувалася непослідовно. Протягом тривалого часу самопошкодження розглядалося як "незавершена суїцидальна спроба", що передбачало наявність суїцидальних намірів у всіх випадках. Це спотворювало аналіз та статистичні дані щодо такої поведінки.

Термін "парасуїцид", рекомендований ВООЗ, поряд із поняттям "суїцидальні жести" (suicidal gestures), використовувався для позначення дій, спрямованих на привернення уваги чи отримання вторинної вигоди. Термін "самопошкодження" (self-mutilation) стосувався навмисного завдання тяжких ушкоджень (наприклад, самокастрації чи енуклеації ока), часто пов'язаних із психотичними розладами [32].

Навмисне самоушкодження (deliberate self-harm) охоплює широкий спектр дій, таких як самопорізи, і може мати як суїцидальні, так і несуйцидальні мотиви. У випадках поверхневих або помірних ушкоджень шкіри, які не становлять загрози для життя, часто використовували термін "несуйцидальне самопошкодження" (NSSI). Це поняття охоплює умисні дії, спрямовані на ушкодження тканин власного тіла без наміру самогубства [46].

У 1990 році Армандо Фавацца та Річард Розенталь розробили класифікацію, що поділяє несуйцидальну самопошкоджувальну поведінку (НССП) на три основні категорії [36; 37]:

1. Значні самоушкодження (major): це рідкісні, але екстремальні акти, такі як самоампутація чи самокастрація, які зазвичай трапляються одноразово і часто пов'язані з психотичними епізодами.
2. Стереотипічні самоушкодження (stereotypic): ритмічні та безглузді дії, як-от удари головою чи кусання кінцівок, що часто спостерігаються при неврологічних або психічних розладах.

Поверхнево-помірні самоушкодження (superficial-to-moderate): найбільш поширені форми, які відповідають визначенню НССП [2; 3].

А. Фавацца та Р. Розенталь також деталізували категорію поверхнево-помірних самоушкоджень, поділивши їх на компульсивні (пов'язані із сильним нав'язливим бажанням) та імпульсивні (виникають під впливом раптових емоційних імпульсів). Вони наголошували, що НССП не слід плутати з іншими проявами, як-от розлади харчової поведінки чи залежність від психоактивних речовин, оскільки ці дії мають інші мотиви.

На відміну від мазохізму, де головним мотивом є отримання задоволення, НССП спрямоване на зменшення емоційного болю [36; 37].

У DSM-4 (діагностичному посібнику психічних розладів) НССП згадувалася як одна з ознак прикордонного розладу особистості (ПРО).

У DSM-5 введено окрему категорію для НССП у секції III – для розладів, рекомендованих для подальшого вивчення. Критерії діагностики НССП [23]:

- Частота: упродовж останнього року людина навмисно завдавала собі пошкоджень не менше п'яти разів.
- Мотиви: очікування ефектів, як-от зменшення негативних емоцій чи вирішення міжособистісних проблем.
- Передумови: емоційне напруження чи конфлікти перед самоушкодженням, нав'язливі думки про необхідність завдати шкоди.
- Соціальна неприйнятність: дії не відповідають культурно прийнятним практикам, наприклад, тату чи пірсингу.

- Вплив на життя: значний дистрес чи порушення нормального функціонування.
- Виключення інших факторів: поведінка не пояснюється психотичними станами, інтоксикацією чи іншими розладами.

У дослідженнях несуїцидальної самопошкоджувальної поведінки (НССП) виділяють два підтипи: 1) підпороговий тип – випадки, коли кількість самопошкоджень не досягає п'яти разів на рік; 2) невизначений намір – ситуації, коли поряд із прагненням зменшити емоційний дистрес спостерігається часткове бажання самогубства [64]. Хоча класифікація НССП є корисною, вона має недоліки. Термін акцентує на відсутності суїцидальних намірів, але недостатньо відображає психологічну суть явища – спробу справитися з емоційним болем. Крім того, поділ на «суїцидальний» і «несуїцидальний» іноді є умовним, оскільки люди з НССП мають підвищений ризик суїцидальних спроб.

Дослідження R. Dulit показало, що 80% пацієнтів із прикордонним розладом особистості (ПРО), які схильні до НССП, хоча б раз намагалися вчинити суїцид. У Великій Британії серед госпіталізованих після НССП ризик суїциду протягом 10 років становить 2,4%, що перевищує середній рівень у популяції [30].

Середній вік початку НССП – 14–16 років. У дитинстві цей розлад рідкісний і зазвичай пов'язаний із аутизмом або розумовою відсталістю. За метааналізом S. Swannell, поширеність НССП становить: 17,2% серед підлітків, 13,4% серед молоді, 5,5% серед дорослих [64]. Висока поширеність НССП серед підлітків у неклінічних вибірках ускладнює діагностику прикордонного розладу особистості, оскільки деякі прояви (НССП, імпульсивність, нестабільність у відносинах, схильність до ризикованої поведінки) можуть бути тимчасовими кризовими явищами [51].

Серед факторів ризику НССП виділяють: невротизм, алекситимію, надмірну самокритику, імпульсивність, неадаптивні стратегії подолання стресу.

Частою причиною НССП є рання фізична або сексуальна травматизація, що призводить до тривоги, депресії, самозневажливих думок [55; 56; 61].

НССП також асоціюється з ризикованою сексуальною поведінкою (часта зміна партнерів, незахищені статеві акти, зв'язки з незнайомцями). Такі зв'язки розглядаються як форма саморуйнівних дій, особливо у осіб із ПРО. Сексуальні та гендерні меншини, зокрема трансгендери, належать до групи підвищеного ризику. За даними А. Davey, 19% трансгендерів мають НССП, причому гендерна дисфорія є значним предиктором цього розладу. У трансгендерів частіше зустрічаються й інші психічні порушення, такі як депресія, тривожність, залежності та справжні спроби суїциду [30].

Афективна дисрегуляція є центральним механізмом у розвитку несуйцидальної самопошкоджувальної поведінки (НССП). Люди, які мають труднощі з регуляцією емоцій, часто вдаються до самопошкоджень, щоб швидко зменшити емоційне напруження чи страждання. Відчуття самовідрази або сильна самокритика також сприяють НССП, де такі дії сприймаються як спосіб самопокарання. Імпульсивність відіграє важливу роль у формуванні цієї поведінки. Пацієнти відзначають, що нездатність контролювати імпульси під час переживання негативних емоцій є однією з причин самопошкоджень. Біологічні дослідження підтверджують, що людям із НССП складно відтермінувати дії, спричинені емоційним дистресом [55; 56; 61; 64]. Комбінація імпульсивності, депресії та відчуття безвиході значно підвищує ризик самопошкоджень, а також суїцидальних спроб. НССП нерідко супроводжує такі психічні розлади, як клінічна депресія, тривожні стани, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), залежності або розлади харчової поведінки [55; 56; 61; 64].

Дослідники пропонують різні моделі для пояснення механізмів формування НССП:

Чотирьохфакторна модель (М. Nock, М. Prinstein, Е. Klonsky), побудована на основі опитувальника Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM), виділяє

такі функції: 1) внутрішнє негативне підкріплення: зменшення негативних емоцій чи напруження; 2) внутрішнє позитивне підкріплення: викликання певних емоцій, наприклад, бажання "відчути хоч щось"; 3) зовнішнє негативне підкріплення: уникнення соціального тиску чи зобов'язань; 4) зовнішнє позитивне підкріплення: прагнення уваги або бажаних реакцій від інших [56].

Двофакторна модель (Е. Klonsky, С. Glenn), розроблена на основі опитувальника Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS), розділяє функції НССП на: 1) інтраперсональні (внутрішні): регуляція емоцій, боротьба з дисоціацією чи самопокарання; 2) інтерперсональні (зовнішні): вплив на соціальне оточення або відповідність очікуванням. Автори двофакторної моделі підкреслюють складність у чіткому розмежуванні внутрішніх і зовнішніх функцій через їхній тісний зв'язок у реальності [45].

Складність у трактуванні та множинність факторів, що сприяють НССП, вимагають системного підходу до діагностики та лікування. Такий підхід має враховувати індивідуальні, емоційні й соціальні особливості пацієнта.

Мета дослідження: здійснити дослідження психологічних особливостей самоушкоджуючої поведінки та методів її корекції.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз досліджень психологічних особливостей самоушкоджуючої поведінки;
2. Розробити програму, обґрунтувати комплекс методів і методик, відповідних меті та завданням дослідження;
3. Емпірично дослідити особливості самоушкоджуючої поведінки;
4. Проаналізувати (кількісно і якісно) результати дослідження психологічних особливостей самоушкоджуючої поведінки;
5. Здійснити добір рекомендацій і методів профілактики та корекції самоушкоджуючої поведінки;

Об'єкт: саморуйнівна поведінка як психологічний феномен.

Предмет: психологічні особливості самоушкоджуючої поведінки.

Методи дослідження. Теоретичні методи: аналіз, синтез, дедукція та індукція; методи узагальнення та абстрагування. Психодіагностичні методики:

1. Шкала самопошкоджувальної поведінки (Польська Н.А.).
2. Багатофакторний особистісний опитувальник FPI (форма В).
3. Тест ірраціональних установок А.Елліса.
4. Шкала психологічного добробуту К.Ріфф.
5. Тест емоційного інтелекту Н. Холла.

Методи математичної статистики: кореляційний аналіз Спірмена та Т-критерій Стюдента із застосуванням програми SPSS- 21 та Excel; табличний та графічний методи. Емпіричне дослідження проводилося в м. Одеса шляхом інтернет-опитування у Google Forms. Вибірку склали 45 осіб з 12 до 23 років різної статі (21 – чоловічої, 24 – жіночої).

Публікація Гопка Ю. М., Лісовенко А. Ф. Психологічні особливості самоушкоджуючої поведінки // Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2024. Pp. 499-506.

Практичне значення результатів полягає у розробці психологічних рекомендацій і методів профілактики та корекції самоушкоджуючої поведінки. Результати дослідження можуть бути використані психологами психологічної служби для роботи із особами, що схильні до самоушкоджуючої поведінки.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається із вступу, двох основних розділів, чотирьох підрозділів та висновків, а також списку використаних джерел з 65 найменувань. Робота містить 4 таблиці та 4 діаграми. Загальний обсяг роботи містить 52 сторінки.

РОЗДІЛ І. ЕТАПИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОУШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Загальна організація та етапи емпіричного дослідження

На початковому етапі дослідження, згідно з визначеними цілями й завданнями, здійснено аналіз психологічних джерел, присвячених вивченню особистісної самоушкоджуючої поведінки. Проведено розробку теоретичної бази дослідження, а також підготовлено програму для емпіричної частини. Було підібрано набір психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку взаємозв'язків між різними аспектами самоушкоджуючої поведінки. Також визначено вибірку досліджуваних із врахуванням вікових і психологічних особливостей учасників. Вибірку склали 45 осіб з 12 до 23 років різної статі (21 – чоловічої, 24 – жіночої). Саме в цьому віковому діапазоні найчастіше проявляється самоушкоджуюча поведінка.

На основі вимог до психодіагностичних інструментів (точність, надійність, валідність) забезпечено їх відповідність завданням дослідження.

На другому, діагностичному етапі, проведено обстеження учасників із використанням обраних методик, а також аналіз отриманих даних із подальшим виявленням індивідуальних особливостей. Емпіричне дослідження проводилося в м. Одеса шляхом інтернет-опитування у Google Forms.

Третій етап, інтерпретаційний, включав психологічну інтерпретацію результатів і формулювання часткових і загальних висновків на основі емпіричних даних.

У завершальній частині роботи було здійснено підсумкову обробку отриманих результатів. На їх основі визначено учасників, які належать до групи ризику, а також розроблено рекомендації щодо профілактики і корекції самоушкоджуючої поведінки.

Дослідження проводилося на добровільній основі, учасники надавали усну

згоду після інформування про мету й умови участі, а також про конфіденційність їхніх даних.

Після збору даних здійснювалася їх математична обробка із застосуванням методів описової статистики та коефіцієнта кореляції Спірмена, а також інтерпретація отриманих результатів.

1.2. Обґрунтування методів та методик дослідження

Для досягнення поставлених цілей дослідження було застосовано комплексний підхід, що включає різні методи. Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та інтерпретація літературних джерел і концептуальних підходів з обраної тематики. Емпіричні методи включають психодіагностичні методики та методи обробки даних. Психодіагностичні методики: Шкала самопошкоджувальної поведінки (Польська Н.А.), Багатофакторний особистісний опитувальник FPI (форма В), Тест ірраціональних установок А.Елліса, Шкала психологічного добробуту К.Ріфф, Тест емоційного інтелекту Н. Холла.

Методи обробки даних включали: кількісний аналіз (кореляційний аналіз за Спірменом) з використанням програмного забезпечення для обробки даних (SPSS 21.0 та Excel), якісний аналіз, заснований на порівнянні груп осіб, котрі схильні та не схильні до самопошкоджуючої поведінки (виділення з вибірки найяскравіших представників обох груп та побудова порівняльних діаграм).

Критерії вибору методик включали надійність, валідність, відповідність меті дослідження, доступність інструкцій та репрезентативність.

1. Шкала для оцінки фактів самопошкоджувальної поведінки (Польська Н.А., 2010). Ця шкала створена для діагностики самопошкоджувальної поведінки, яка визначається як свідоме прагнення завдати шкоди власному тілу. Її розробка базувалася на аналізі сучасних досліджень у цій сфері та експертних оцінках. У ролі експертів виступали психіатри, психологи та психотерапевти.

Вони відповідали на питання щодо природи самопошкоджувальної поведінки, її відмінностей від суїцидальної поведінки та маркерів, що допомагають виявити таку поведінку. В теоретичній основі шкали лежить факт, що самопошкоджувальна поведінка відрізняється від суїцидальної за намірами, хоча за несприятливих обставин може трансформуватися в суїцидальну або призвести до фатальних наслідків. Фізичними ознаками є рубці, шрами від порізів, опіки, сліди від проколів, розчухування ран, а також самоудари або інші акти фізичного пошкодження тіла. До психологічних факторів, що сприяють самопошкоджувальній поведінці, належать досвід травми, пов'язаної з насильством чи втратою, прагнення до гострих відчуттів, а також низький рівень навичок емоційної саморегуляції. У дослідженнях автора цієї шкали виявлено зв'язок між самопошкодженням і такими факторами, як алекситимія (нездатність ідентифікувати та виражати емоції) та рівень емоційного інтелекту. Основна вразливість таких осіб виявляється у сфері самопізнання, управління й вираження власних емоцій. На основі цих теоретичних і практичних даних було визначено самопошкоджувальну поведінку як таку, що не має прямої суїцидальної спрямованості, але пов'язана з навмисним ушкодженням тканин тіла. Шкала містить список актів самопошкодження, зокрема: навмисні порізи; видирання волосся; удари об тверді поверхні; опіки від гарячих предметів; розчухування ран; удари себе кулаками; розчухування шкіри до крові.

Респонденти оцінюють частоту таких дій за шкалою: ніколи – 0 балів, один раз – 1 бал, іноді – 2 бали, часто – 3 бали.

Цей інструмент використовують для скринінгових досліджень серед підлітків і молоді. Важливе значення мають: частота самопошкоджувальних актів (особливо «іноді» та «часто»); поєднання різних типів самопошкоджувальної поведінки, що свідчить про сформованість цієї моделі поведінки.

Шкала є важливим інструментом для аналізу аутоагресії та дослідження поширеності самопошкоджувальної поведінки в різних групах населення.

2. Багатофакторний особистісний опитувальник FPI (форма В, адаптована А.А. Криловою та Т.І. Ронгінською)

Для виявлення зв'язку між жертвовною позицією та особистісними характеристиками використовувався Багатофакторний особистісний опитувальник FPI (форма В), адаптований А.А. Криловою та Т.І. Ронгінською. Цей опитувальник розроблений для прикладних досліджень і базується на досвіді використання таких відомих інструментів, як 16PF та MMPI. Шкали FPI побудовані за результатами факторного аналізу і відображають сукупність взаємопов'язаних аспектів особистості. Основною метою опитувальника є діагностика особистісних властивостей, важливих для соціальної адаптації та регуляції поведінки.

Опитувальник включає 12 шкал, з яких основними є шкали I-IX, а похідними – шкали X-XII, що інтегрують дані з основних шкал. Кожен елемент оцінюється на основі 114 питань, серед яких перше питання має перевірочний характер. Опис шкал:

Шкала I (невротичність) – визначає рівень невротизації особистості, де високі оцінки свідчать про значний психосоматичний розлад.

Шкала II (спонтанна агресивність) – виявляє рівень психопатизації інтротенсивного типу, високі бали характеризують підвищену агресивність та імпульсивність.

Шкала III (депресивність) – показує наявність депресивного синдрому в емоційному стані і соціальних відносинах.

Шкала IV (дратівливість) – відображає емоційну нестабільність і схильність до афективних реакцій.

Шкала V (товариськість) – оцінює схильність до соціальної активності та потребу у спілкуванні.

Шкала VI (врівноваженість) – визначає стійкість до стресових ситуацій, що проявляється в упевненості і оптимізмі.

Шкала VII (реактивна агресивність) – виявляє ознаки психопатизації екстратенсивного типу, що виявляються в агресії та прагненні до домінування.

Шкала VIII (сором'язливість) – визначає схильність до стресових реакцій і соціальної тривожності.

Шкала IX (відкритість) – оцінює рівень самокритичності та здатність до відкритої взаємодії.

Шкала X (екстраверсія-інтроверсія) – виявляє домінування екстраверсії або інтроверсії в особистості.

Шкала XI (емоційна лабільність) – показує рівень емоційної нестабільності і схильність до частих змін настрою.

Шкала XII (маскулізм-фемінізм) – відображає тенденції до психічної діяльності за чоловічим або жіночим типом.

3. Опитувальник для діагностики ірраціональних переконань за А. Еллісом

Опитувальник А. Елліса, побудований на принципах раціонально-емоційної поведінкової терапії (РЕПТ), обраний для детального аналізу особистісних особливостей респондента. Головною ідеєю методики є припущення, що негативні емоції не виникають автоматично через події, а є наслідком ставлення людини до цих подій і вибору типу реакції.

Тест дозволяє виявити наявність ірраціональних переконань, що впливають на поведінкові та емоційні реакції індивіда, а також ставлення до життєвих ситуацій. Опитувальник складається з 50 питань, які розподіляються за шістьма шкалами. Чотири з них вимірюють рівень ірраціональних упереджень, а дві оцінюють самооцінку та стресостійкість. Результати тесту інтерпретуються таким чином: низький бал свідчить про наявність ірраціональної установки; високий бал вказує на раціональність мислення та стійкість до негативних подій.

Шкали опитувальника:

Катастрофізація оцінює схильність людини перебільшувати негативні наслідки ситуацій. Наявність цього переконання характеризується оцінкою неприємних подій як катастрофічних або нестерпних.

Завищені вимоги до себе відображає надмірні нереалістичні очікування від власної особистості та тенденцію брати на себе надмірну відповідальність, створюючи додатковий стрес.

Завищені вимоги до інших оцінює очікування щодо поведінки інших людей. Якщо людина очікує, що оточення діятиме виключно відповідно до її уявлень, це може призводити до роздратування та конфліктів.

Толерантність до фрустрації визначає здатність справлятися з розчаруванням, що виникає внаслідок нездійснених очікувань.

Оцінювальне упередження (самооцінка) виявляє тенденцію узагальнювати оцінки себе, інших людей або подій, базуючись не на окремих рисах чи ситуаціях, а в цілому. Негативна самооцінка за цією шкалою може впливати на якість мислення та ефективність діяльності.

Рівень раціонального мислення оцінює загальну здатність індивіда до раціонального мислення. Високі показники свідчать про логічний підхід до оцінки ситуацій та ефективні стратегії поведінки.

Ця методика є важливим інструментом для виявлення внутрішніх установок, що впливають на емоційний стан і поведінкові реакції, і сприяє розумінню способів їх корекції.

4. Опитувальник "Шкала психологічного благополуччя" К. Ріфф

Цей опитувальник призначений для оцінки рівня психологічного благополуччя за шістьма ключовими аспектами, запропонованими у багатовимірній моделі К. Ріфф. Тест складається з 84 запитань і дозволяє оцінити основні складові, які впливають на позитивне функціонування особистості.

Основні складові моделі:

Позитивні стосунки з оточуючими відображають якість довірчих та задовільних відносин із людьми, здатність до співпереживання, турботи про інших, а також відкритість до побудови близьких зв'язків.

Автономія визначає рівень незалежності від зовнішнього впливу, зокрема суспільного тиску та стереотипів, здатність діяти згідно з власними критеріями і самостійно оцінювати себе та свою поведінку.

Управління середовищем показує, наскільки людина здатна ефективно взаємодіяти із зовнішнім середовищем, використовувати його можливості, демонструючи почуття майстерності та самоконтролю.

Особистісне зростання оцінює відкритість до нового досвіду, бажання самовдосконалюватися, здатність до реалізації потенціалу, а також безперервний процес саморозвитку.

Шкала Цілі в житті висвітлює наявність життєвих цілей, відчуття змістовності життя, сенсу минулого й теперішнього, що мотивують та спрямовують людину.

Самоприйняття відображає здатність людини приймати себе, визнавати свої позитивні й негативні сторони, зберігати позитивне ставлення до себе та минулого досвіду.

Опитувальник також дозволяє отримати інтегральний показник у вигляді Загальної шкали психологічного благополуччя, що характеризує рівень реалізації особистістю основних компонентів позитивного функціонування. Цей інструмент є ефективним для аналізу ступеня гармонії, задоволеності життям і адаптації особистості в соціумі.

5. Тест емоційного інтелекту Н. Холла

Тест емоційного інтелекту Н. Холла – це психологічна методика, спрямована на оцінку рівня розвитку емоційного інтелекту (EI). Емоційний інтелект розуміється як здатність розпізнавати, розуміти та управляти як власними емоціями, так і емоціями інших людей. Методика Н. Холла дозволяє

виявити різні аспекти ЕІ та визначити сильні та слабкі сторони емоційної компетентності. Тест охоплює п'ять основних компонентів емоційного інтелекту, кожен із яких вимірюється окремою шкалою:

Емоційна обізнаність – здатність розпізнавати власні емоції, розуміти їхні причини та вплив на поведінку. Ця шкала оцінює рівень усвідомлення власних почуттів і здатність визначати емоційний стан інших людей.

Управління своїми емоціями – здатність регулювати власні емоційні реакції, зокрема вміння стримувати імпульсивність, знижувати негативні емоції та підтримувати позитивний емоційний стан.

Самомотивація – вміння використовувати власні емоції для досягнення цілей, підтримання наполегливості та концентрації на завданнях, навіть у складних або стресових ситуаціях.

Емпатія – здатність розуміти емоційні стани, мотиви та потреби інших людей, а також співчувати їм і враховувати їхні почуття у взаємодії.

Управління емоціями інших людей – вміння впливати на емоційний стан оточуючих, підтримувати гармонійні взаємини та вирішувати конфлікти через розуміння і регуляцію емоцій.

Тест Н. Холла включає серію тверджень, на які респонденту потрібно відповісти, використовуючи шкалу оцінки (Повністю не згоден (-3 бали). В основному не згоден (-2 бали). Почасті не згоден (-1 бал). Частково згоден (+1 бал). В основному згоден (+2 бали). Повністю згоден (+3 бали).). Результати аналізуються за кожною шкалою, що дозволяє створити профіль емоційного інтелекту для конкретної особи.

Тест допомагає визначити, які аспекти емоційної компетентності потребують розвитку, і розробити індивідуальну стратегію вдосконалення.

РОЗДІЛ II. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОУШКОДЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей самоушкоджуючої поведінки

Почнемо аналіз з розгляду взаємозв'язків між самоушкоджуючою поведінкою (за Шкалою самопошкоджувальної поведінки (Польська Н.А.) та факторами особистості (за методикою FPI, форма В).

Таблиця 2.1.

Значимі коефіцієнти кореляцій між самоушкоджуючою поведінкою та факторами особистості (FPI)

	FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI
Самопошкоджуюча поведінка	642**	470**	611**	583**	- 394*	- 582**
	FVII	FVIII	FIX	FX	FXI	FXII
	477**	438**	-541**		623**	

Примітка: умовні позначення факторів особистості за методикою FPI: FI – невротичність, FII – спонтанна агресивність, FIII – депресивність, FIV – роздратованість, FV – товариськість, FVI – урівноваженість, FVII – реактивна агресивність, FVIII – сором'язливість, FIX – відкритість, FX – екстраверсія-інтроверсія, FXI – емоційна лабільність, FXII – маскуліність – фемінінність

Встановлено додатні значимі зв'язки (на рівні 1%) самопошкодження з невротичністю, емоційною лабільністю, депресивністю, роздратованістю, реактивною і спонтанною агресивністю, сором'язливістю. Це означає, що саме ці риси властиві людям, схильним до самопошкоджуючої поведінки. Від'ємні зв'язки (на рівні 1% і 5%) встановлені з урівноваженістю, відкритістю, товариськістю. Ці риси не властиві особам, схильним до самопошкодження.

Проведений кількісний аналіз дозволяє перейти до якісного аналізу.

Після проведення методики Шкала самопошкоджувальної поведінки (Польська Н.А.) ми виявили «асів» (найяскравіших представників вибірки досліджуваних з максимальними і мінімальними значеннями загального показника самопошкодження). Далі ми порівнювали відмінності між ними за Т-критерієм Стюдента (вони виявилися значущими на рівні 1%) та побудували порівняльні діаграми. Перейдемо до якісного аналізу виділених груп (рис. 2.1.).

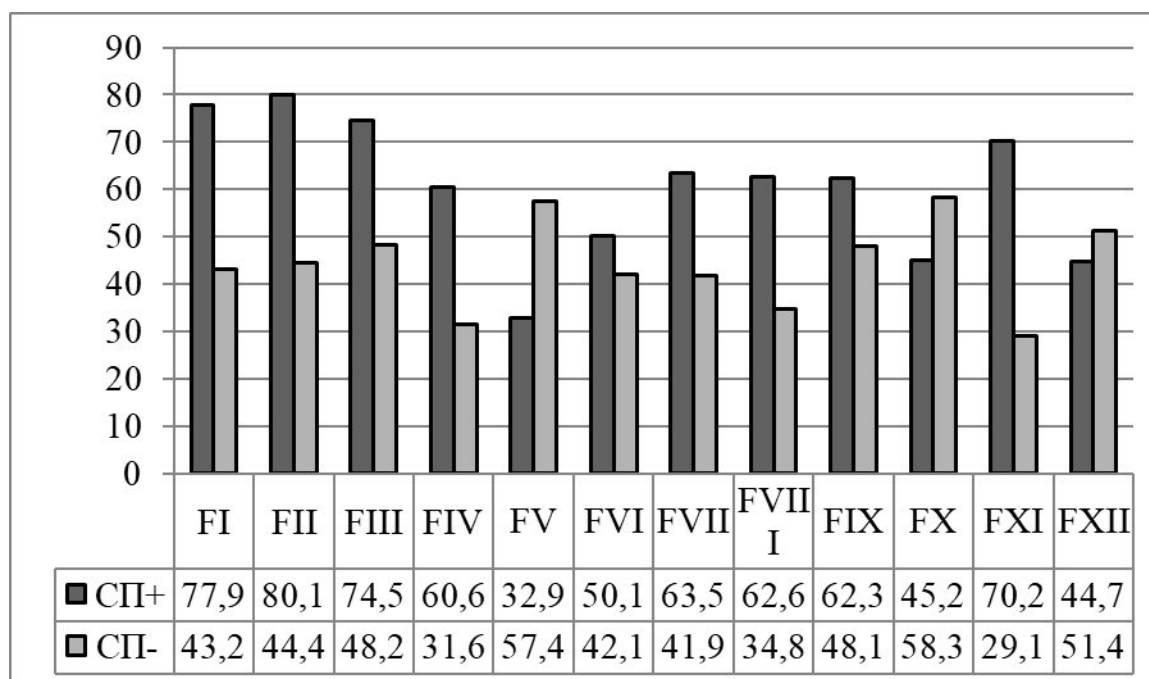


Рис. 2.1. Діаграма показників факторами особистості (FPI) в групах осіб з максимальною (СП+) та мінімальною (СП-) схильністю до самопошкодження.

Група осіб з високим рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП+) вирізняється впевненістю, розкутістю, товариськістю та активністю у спілкуванні. Вони легко захоплюються, є колективістами та цікавляться повсякденними справами. Проте їх імпульсивність та відсутність стриманості можуть призводити до проблем, як-от нехтування обов'язками чи пошуку «легких» шляхів заробітку. Вони прагнуть негайно задовольнити свої бажання, не замислюючись над наслідками. Такі люди схильні повторювати ті самі

помилки через неспроможність засвоювати уроки з минулого. Їм необхідна стимуляція та яскраві емоції, відсутність яких викликає нудьгу (FII+).

Ці особистості емоційно нестабільні, з підвищеною тривожністю та вразливістю, а також легко втомлюються. Їм бракує емоційної зрілості, об'єктивності у самооцінці та стабільності в планах. Такі люди можуть надмірно турбуватися через можливе неприйняття їх іншими (FI+). Вони часто реагують імпульсивно, не враховуючи наслідків, що може призводити до дезорганізації поведінки. Їм властиві часті коливання настрою, знижена саморегуляція психічних станів, підвищена збудливість, дратівливість та дезадаптація (FXI+).

Вони мають знижений емоційний фон і виглядають відчуженими та стриманими, проте за зовнішньою стриманістю приховують чутливість і здатність до самопожертви. Вони відповідальні та сумлінні в роботі, але часто невпевнені у своїх рішеннях. Їм складно зосереджуватися на тривалих завданнях через швидке виснаження. Таких людей можуть звинувачувати у нерішучості та недостатній оперативності. Вони схильні до самоаналізу, песимізму та самозвинувачення, що ускладнює їх адаптацію до стресових ситуацій і соціальних норм (FIII+).

Група осіб з низьким рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП-) вирізняється емоційною зрілістю, раціональним мисленням та стабільністю у поглядах. Їх інтереси часто обмежені практичними цінностями, а оцінка успіху – матеріальним становищем. У спілкуванні вони прямолінійні, що приваблює тих, хто цінує відвертість. Вони мають спокійну вдачу, задоволені собою, рідко відчувають внутрішнє напруження або занепокоєння (FXI-).

Цим особистостям властиві відповідальність, сумлінність і любов до порядку. Вони добре адаптуються до групових норм, реалістично оцінюють дійсність і свої можливості, прагнуть досягати цілей через наполегливість і дотримання етичних норм (FIV-). Це люди сміливі, рішучі та незалежні, швидко приймають рішення і одразу переходять до дій. Їм властива активність,

ініціативність і прагнення до лідерства. Вони добре почуваються в колективі, але можуть іноді бути надмірно втручальними у справи інших. Їх відрізняє прагнення бути в центрі уваги та здатність до швидкої адаптації до нових обставин (FVIII-).

Наступним етапом буде розгляд взаємозв'язків між самоушкоджуючою поведінкою та ірраціональними установками (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Значимі коефіцієнти кореляцій між самоушкоджуючою поведінкою та ірраціональними установками

	К	ОС	ОІ	НФТ	ОЗ	ІМ
Самопошкоджуюча поведінка		- 442**	- 394*	- 562**	- 623**	- 482**

Примітка: 1) показники ірраціональних установок за Елісом: К – катастрофізація, ОС – обов'язок щодо себе, ОІ – обов'язок інших, НФТ – низька фрустраційна толерантність, ОЗ – оціночна залежність, ІМ – ірраціональне мислення.

З таблиці 2.2 видно, що самопошкоджуюча поведінка від'ємно значимо пов'язана на 1% рівні з оціночною залежністю, низькою фрустраційною толерантністю, високими обов'язками щодо себе, ірраціональним мисленням, високими обов'язками інших. А за конструктом тесту на ірраціональні установки чим нижчі значення показника, тим більше він проявлений. Це значить, що самопошкоджуюча поведінка супроводжується сильною залежністю самооцінки від оцінок інших, зниженням терпимості до фрустрацій (обманних сподівань), завищеними вимогами до себе (перфекціонізм) і до інших, ірраціональністю мислення (мислення, що не допомагає досягати цілей).

Перейдемо до якісного аналізу виділених груп (рис. 2.2.).

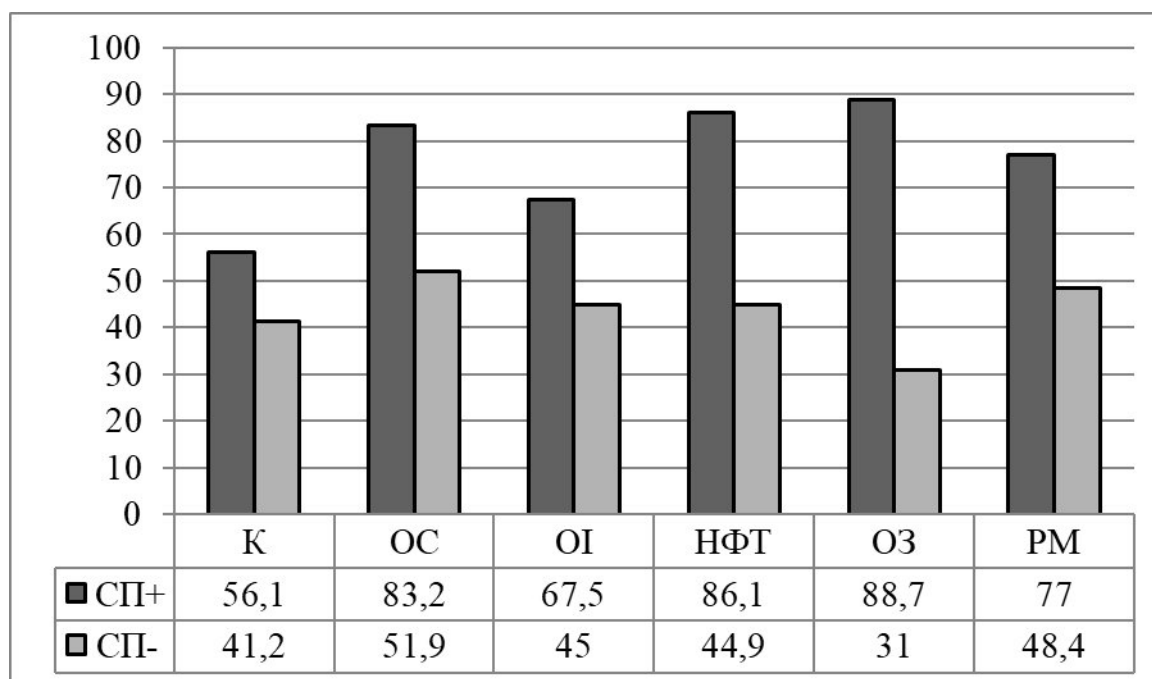


Рис. 2.2. Діаграма показників ірраціональних установок в групах осіб з максимальною (СП+) та мінімальною (СП-) схильністю до самопошкодження.

Група осіб з високим рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП+) характеризується: оціночно залежністю (ОЗ+), низькою фрустраційною толерантністю (НФТ+), обов'язком щодо себе (ОС+). Це означає, що для них характерні такі установки: що їхня самооцінка цілком залежить від того, як їх оцінюють інші (рідні, колеги), що все має бути лише так, як вони собі запланували і вони в будь-що мають досягти цілі; що вони мають повинність щодо себе (тобто мають завищені вимоги до себе, схильні брати надмірну відповідальність за інших і відчувати провину);.

Група осіб з низьким рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП-) вирізняється зниженням значень за всіма ірраціональними установками, що означає раціональність мислення, яке допомагає адаптуватися та досягати значимих цілей.

Далі ми розглянемо взаємозв'язки між самоушкоджуючою поведінкою та емоційним інтелектом (табл. 2.3)

Таблиця 2.3

**Значимі коефіцієнти кореляцій між самопошкоджуючою
поведінкою та емоційним інтелектом**

	ЕО	УЕ	СМ	Е	РЕ	ЕІ
Самопошкод жуюча поведінка	- 641**	- 623**	- 394*	- 562**	- 376*	- 582**

Примітка: 1) Показники емоційного інтелекта: ЕО – емоційна обізнаність, УЕ – управління емоціями, СМ – самомотивація, Е – емпатія, РЕ – розпізнавання емоцій, ЕІ – інтегральний рівень емоційного інтелекту.

З таблиці 2.3 видно, що самопошкоджуюча поведінка від’ємно значимо пов’язана на 1% і 5% рівні з усіма показниками емоційного інтелекту. Від’ємні зв’язки встановлені з емоційною обізнаністю, управлінням своїми емоціями, емпатією, розвинутим емоційним інтелектом, самомотивацією, розпізнаванням емоцій інших людей. Значить ці характеристики не властиві особам, схильним до самопошкодження.

Перейдемо до якісного аналізу виділених груп (рис. 2.3.).

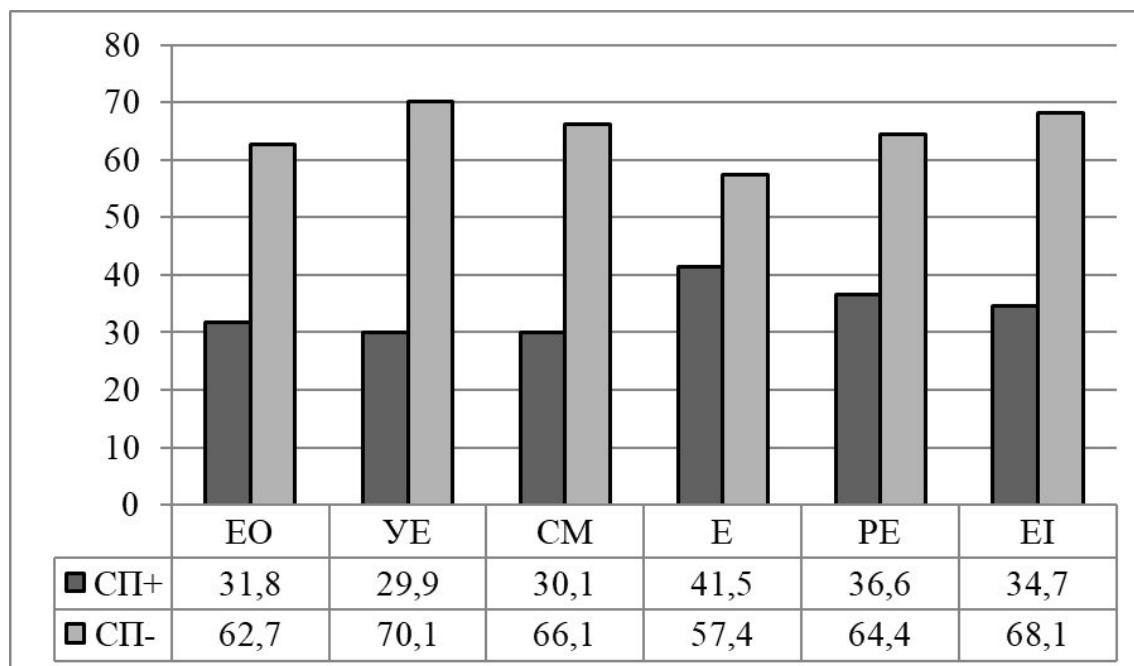


Рис. 2.3. Діаграма показників емоційного інтелекту в групах осіб з максимальною (СП+) та мінімальною (СП-) схильністю до самопошкодження.

Групі осіб з високим рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП+) притаманні наступні риси: складнощі із стримуванням емоційних поривів, відкладанням задоволення імпульсивних бажань та адекватним вираженням емоцій (УЕ-); труднощі в досягненні цілей через емоційний контроль, низьку внутрішню мотивацію, нестачу самодисципліни й наполегливості (СМ-); труднощі з усвідомленням і розумінням власних почуттів, їхніх витоків і причин (ЕО-); слабка здатність розуміти та управляти емоціями (власними й інших людей) на основі інтелектуальних процесів, що впливає на емоційний і інтелектуальний розвиток (ЕІ-).

Натомість група осіб з низьким рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП-) характеризується високими показниками емоційного інтелекту, зокрема: мають здатність контролювати небажані емоційні стани (роздратування, тривогу, сум), адекватно їх виражати й швидко долати, що сприяє емоційній стабільності. (УЕ+); емоційно «розумні», що дозволяє підніматися над власними пристрастями, управляти ними для підтримання емоційного та інтелектуального розвитку (ЕІ+); здатні до внутрішнього контролю, самодисципліни й наполегливості, спрямування емоцій на досягнення цілей, незважаючи на труднощі (СМ+); чутливі до емоцій, мотивів і прагнень оточуючих, здатні впливати на їхній емоційний стан і підтримувати гармонійні взаємини (РЕ+).

Таким чином, ці групи особистостей представляють два протилежні полюси розвитку емоційного інтелекту та управління емоціями.

І на останок розглянемо взаємозв'язки між самоушкоджуючою поведінкою та психологічним добробутом (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Значимі коефіцієнти кореляцій між самоушкоджуючою поведінкою та психологічним добробутом

	ПВ	Ав	УС	ЦЖ	ОЗ
Самопошкод жуюча поведінка	- 482**	- 442**	- 394*		
	Сп	БАф	ОЖ	ЛВС	ЗПБ
	- 594**	- 581**	- 382*		- 366**

Примітки. Показники психологічного благополуччя: ПВ – позитивні відносини; Ав – автономія; УС – управління середовищем; ЦЖ – цілі життя; ОЗ – особистісне зростання; Сп – самоприйняття; БАф – баланс афекту (адекватна самооцінка); ОЖ – осмисленість життя; ЛВС – людина як відкрита система; ЗПБ – загальне психологічне благополуччя.

З таблиці 2.4 видно, що самопошкоджуюча поведінка від’ємно значимо пов’язана на 1% з самоприйняттям, адекватною самооцінкою, наявністю позитивних відносин, автономією, загальним психологічним благополуччям; і на 5% рівні від’ємно пов’язана з управлінням середовищем, осмисленістю життя. Ці риси не властиві особам, схильним до самопошкодження.

Перейдемо до якісного аналізу виділених груп (рис. 2.4.).

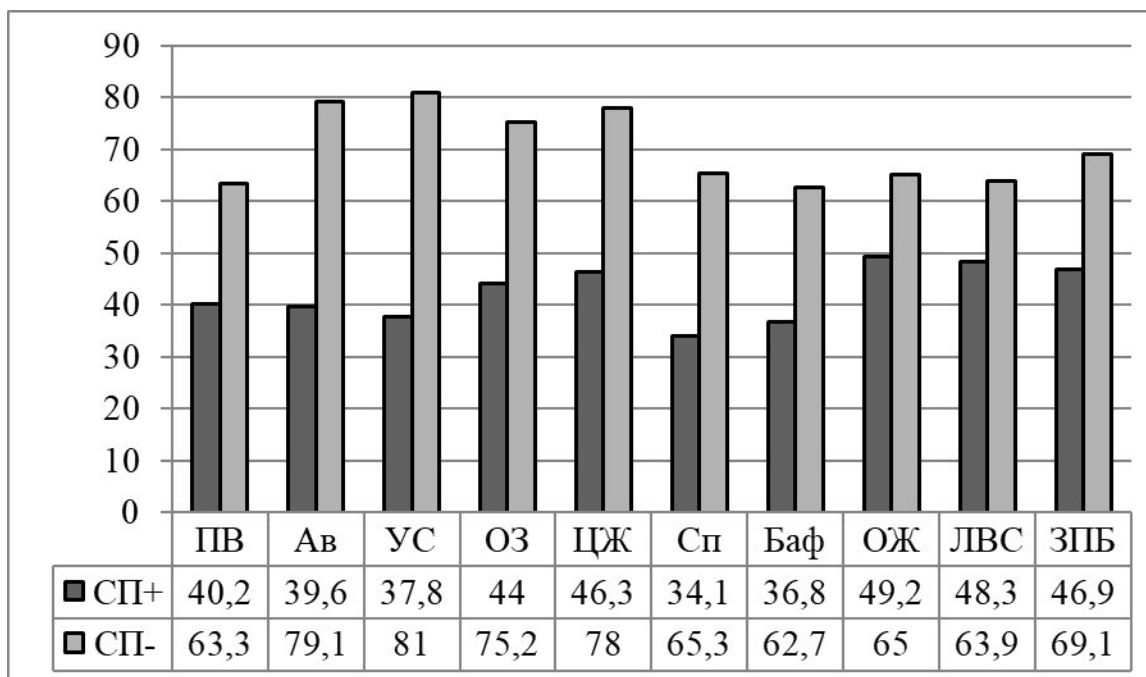


Рис. 2.4. Діаграма показників психологічного благополуччя в групах осіб з максимальною (СП+) та мінімальною (СП-) схильністю до самопошкодження.

У групі осіб з високим рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП+) спостерігається суттєве зниження всіх показників психологічного благополуччя. У них відсутнє безумовне прийняття себе, вони прагнуть змінити власну сутність (СП-), присутня невдоволеність собою, пригнічення почуттів, розчарування в минулому (БАф-). Вони мають труднощі з організацією повсякденних справ і досягненням цілей (УС-), залежні від оцінок інших, чутливі до соціального тиску та схильні до конформізму (Ав-). Присутня обмеженість довготривалих зв'язків через труднощі у прояві турботи, співчуття та готовності до компромісів (ПВ-). Для цієї групи характерна фрустрація, емоційна нестабільність та труднощі в адаптації до життєвих викликів.

Натомість у групі осіб з низьким рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП-) помітно підвищені показники психологічного благополуччя, особливо: здатність долати перешкоди, адаптуватися до умов і створювати оптимальні для себе умови (УС+), впевненість у власних рішеннях, незалежність від соціальних впливів та стереотипів (Ав+), усвідомлення життєвих орієнтирів, наявність сенсоутворюючих цілей (ЦЖ+), інтерес до самовдосконалення, відкритість до нових знань і відчутний прогрес у розвитку (ОЗ+). Ці особи демонструють високу стійкість, цілеспрямованість, ефективну саморегуляцію та здатність до гармонійного балансу між особистими й суспільними інтересами.

2.2. Методи корекції самопошкоджуючої поведінки

При організації психологічної допомоги підліткам і молоді з самопошкодженнями необхідно враховувати складнощі, пов'язані з виявленням таких випадків у підлітковій популяції. Дослідження Berger, Hasking, Martin, 2017 показують, що підлітки частіше звертаються за підтримкою до однолітків або друзів в інтернеті, ніж до дорослих або фахівців [24].

Особливі труднощі із зверненням за допомогою можуть виникати у талановитих учнів, які не асоціюють себе з тими, хто має проблеми у навчанні

або поведінці, а саме такими часто займаються шкільні психологи (Wood, Craigen, 2011).

Ознаки самопошкоджувальної поведінки (Levenkron, 1998; De Riggi et al., 2017) [47; 32]:

- Труднощі у регуляції емоцій та взаєминах із оточуючими.
- Різкі зміни настрою, підвищена депресивність, тривожність або агресивність.
- Самоізоляція, уникнення соціальних контактів.
- Вживання алкоголю чи наркотиків.
- Сліди порізів, шрамів чи подряпин, які учень не може пояснити або дає однакові банальні пояснення.
- Носіння закритого одягу навіть у спеку (довгі рукави, штани), бинтів чи браслетів, що повністю закривають зап'ястя.
- Наявність лез або гострих предметів, які не потрібні для занять.
- Захисна поведінка під час обговорення теми самопошкодження.

Важливі питання для з'ясування після підтвердження самопошкоджувальної поведінки

- Частота та тривалість: як довго підліток завдає собі пошкодження і як часто це відбувається?
- Методи самопошкодження: наприклад, розчісування, удари, поверхневі чи глибокі порізи.
- Серйозність: чи є загроза життю?
- Фактори впливу: фізичне здоров'я, сімейні умови, конфлікти в школі чи класі. Що є джерелом стресу для підлітка?
- Взаємодія з учителем: наскільки добре вчитель знає учня? Чи довіряє учень вчителю?

- Попередній досвід розмов: чи розповідав учень про це іншим? Як вони відреагували?
- Готовність до допомоги: чи готовий підліток приймати допомогу і від кого (шкільного психолога, учителя, батьків, сторонніх осіб)?
- Підтримка: чи є в учня доступ до підтримки у сім'ї?
- Доступність допомоги: чи є можливість отримати психологічну чи психіатричну підтримку в регіоні?
- Кваліфікація спеціаліста: якщо залучаються інші фахівці, чи мають вони відповідну підготовку для роботи з подібними випадками?

Приклади допомоги від шкільного психолога

- Розробити разом із підлітком «план безпеки» – куди звертатися та з ким говорити, якщо виникає бажання самопошкодження.
- Скерувати до психолога, психотерапевта чи психіатра. Повідомити батьків у разі звернення до зовнішніх фахівців.
- Організовувати психопросвітницькі тренінги у класах, де навчаються такі підлітки, з акцентом на розвиток навичок саморегуляції та здорових стратегій подолання стресу.
- Запропонувати вести щоденник імпульсів, щоб розібратися з тригерами самопошкоджень.
- Залучити підлітка до творчих занять, таких як живопис чи інші види мистецтва, для вираження емоцій.
- Давати завдання для роздумів над своїми почуттями, ставленням до власного тіла та міжособистісними відносинами.
- Проводити групові консультації для підлітків із подібними проблемами, створюючи безпечний простір для обговорення.

Як можуть допомогти батьки?

- Дати зрозуміти, що готові вислухати та підтримати, навіть якщо дитина не готова прийняти допомогу.
- Уникати осуду чи почуття провини за дії дитини. Не шукати винних, а зосередитися на вирішенні проблеми.
- Не заперечувати проблему, але й не зациклюватися на ній.
- Планувати допомогу з урахуванням інтересів і почуттів підлітка в спокійній обстановці.
- Звернутися до кваліфікованого психолога чи психотерапевта.
- Шукати «точки дотику» з дитиною, вести діалоги, шукати компроміси.
- Разом займатися цікавими справами, які подобаються всім.
- Проявляти інтерес до почуттів і думок дитини, підтримувати її творчі прояви.

Ці дії сприяють створенню підтримувального середовища для підлітка, яке може допомогти уникнути самопошкоджувальної поведінки.

Як може допомогти вчитель

Нижче представлено приклад протоколу дій для вчителів у випадках, коли у учня виявляються ознаки самопошкоджувальної поведінки (Walsh, 2006) [65].

Вчителю важливо побудувати довірчі відносини з учнем. Якщо виникла підозра на самопошкоджувальну поведінку, розмова має бути емпатичною, без засудження. Учитель повинен уникати надмірних емоційних реакцій (страху, відчаю, огиди), адже вони можуть викликати ще більше закриття підлітка в собі.

У разі необхідності вчитель має пояснити, що повинен звернутися до фахівців, оскільки самопошкодження є небезпечним для здоров'я і життя дитини. Педагог може підтримати учня, супроводжуючи його до шкільного психолога.

Рекомендації для вчителів (Lieberman et al., 2008) [48].

Що робити:

- Розмовляти з учнем, демонструючи прийняття (можна приймати людину, не погоджуючись із її поведінкою).
- Слухати учня, не перебиваючи.
- Допомогти знайти професійну підтримку.
- Направити учня до шкільного психолога.
- Запропонувати участь у гуртках чи клубах за інтересами або завдання, яке вимагає взаємодії з іншими.

Чого не варто робити:

- Засуджувати учня чи проявляти негативні емоції.
- Карати за самопошкодження.
- Обговорювати проблему у присутності інших учнів.
- Давати обіцянки, що проблему залишать у таємниці.
- Домовлятися з учнем про припинення самопошкоджень.

Дотримання цих рекомендацій сприяє створенню безпечного простору для учня, що є першим кроком до вирішення проблеми.

Способи допомоги одноліткам із самопошкоджувальною поведінкою

- Вислухати та поговорити. Обговорити проблеми, які турбують однолітка.
- Розповісти дорослим. Залучити до ситуації батьків, учителів чи інших відповідальних осіб.
- Порадити звернутися до фахівця. Направити до психолога, психотерапевта чи консультанта.
- Сформувати позитивні стосунки. Налагодити дружні відносини, підтримувати однолітка.
- Підвищувати обізнаність про проблему. Сприяти розумінню самопошкоджень у суспільстві.
- Зменшувати стигматизацію. Не засуджувати, не приклеювати ярлики, поважати конфіденційність.

- Не втручатися. Деякі підлітки вважають, що допомога може бути неефективною.

Специфіка звернення підлітків за допомогою

Дослідження показують, що підлітки значно рідше звертаються за підтримкою до дорослих (зокрема, до батьків), ніж до однолітків. Водночас вони відзначають важливість хороших відносин між друзями і негативний вплив булінгу, який часто стає тригером самопошкоджень. Зниження стигматизації, особливо в онлайн-середовищі, є важливим аспектом підтримки, адже анонімність інтернету приваблює багатьох підлітків.

Однак є гендерні особливості: дівчата частіше вважають, що однолітки не здатні допомогти у цій ситуації. Також ті, хто відчували бажання завдати собі шкоди, але не зробили цього, рідше радять звертатися за допомогою до фахівців або дорослих.

Підлітки, які говорили про проблему з батьками чи фахівцями, показали зниження інтенсивності самопошкоджень і суїцидального ризику завдяки розвитку ефективних стратегій подолання. Хоча звернення до однолітків часто забезпечувало емоційну розрядку, соціальна підтримка у таких випадках зменшувалася, а тяжкість самопошкоджень залишалася незмінною. У підлітків, які не зверталися за допомогою, інтенсивність самопошкоджень зростала. Тобто, звернення за допомогою до дорослих, хоча й менш популярне, є значно ефективнішим, ніж покладання виключно на підтримку однолітків. Водночас ефективність допомоги може залежати від якості стосунків у сім'ї, рівня довіри та емоційної підтримки, які батьки надають своїй дитині.

Психологічна допомога підліткам із самопошкоджувальною поведінкою може надаватися на різних рівнях – у сім'ї, школі та серед однолітків. Проте при повторюваних самопошкодженнях, які часто супроводжуються стійкими емоційними та міжособистісними труднощами, необхідна професійна психотерапевтична підтримка.

Терапевтичне втручання може здійснюватися як індивідуально, так і в груповій формі. У клінічних підходах самопошкоджувальна поведінка зазвичай розглядається в межах комплексного підходу, який враховує й інші психологічні проблеми, такі як дитячі травми (Smith, Kouros, Meuret, 2014) [63].

Когнітивно-поведінкові моделі

Розробка спеціалізованих програм допомоги підліткам із самопошкоджувальною та іншими формами аутоагресивної поведінки найбільш активно здійснюється в межах когнітивно-поведінкової терапії. Дослідження підтверджують, що ці моделі демонструють ефективне зменшення частоти самопошкоджень і супутньої психопатології (Холмогорова, 2011; Hawton et al., 2016) [40].

Основу когнітивно-поведінкового підходу становлять чотири ключові аспекти:

- Функціональна оцінка поведінки, на базі якої розробляється індивідуальний план лікування
- Навчання навичкам, які недостатньо розвинуті у пацієнта і можуть бути пов'язані з самопошкодженням (наприклад, комунікація або вирішення проблем).
- Зміна поведінкових реакцій: усунення факторів, які підсилюють самопошкодження.
- Когнітивна реструктуризація: аналіз і зміна ірраціональних переконань, що лежать в основі самопошкоджень (наприклад, «моє тіло огидне» або «самопошкодження – прийнятний спосіб»).

У моделі навчальної когнітивно-біхевіоральної терапії (Evans et al., 1999) [33] поєднуються класичні методи когнітивно-поведінкової терапії та техніки вирішення проблем. Пацієнтам пропонується короткостроковий курс (шість сесій), під час якого вони отримують інформацію про природу самопошкоджень, способи їх подолання та ресурси для кризових ситуацій (Davidson, 2014) [31].

Діалектико-біхевіоральна терапія

Цей підхід активно застосовується для роботи як із підлітками, так і з дорослими, які мають суїцидальну чи самопошкоджувальну поведінку. Основна увага приділяється: підвищенню емоційної усвідомленості, покращенню міжособистісних навичок, розвитку адаптивних способів емоційної регуляції (Linehan et al., 2006) [49].

Діалектико-біхевіоральна терапія є особливо ефективною при суїцидальній поведінці та включає п'ять основних напрямів:

1. Розвиток поведінкових навичок.
2. Мотивація до застосування цих навичок.
3. Перенесення терапевтичних навичок у повсякденне життя.
4. Формування середовища, яке підтримує адаптивну поведінку.
5. Покращення мотивації та навичок терапевта.

Терапія проводиться у чотирьох форматах: індивідуальні сесії (1 година на тиждень), групові тренінги навичок (2,5 години на тиждень), телефонні консультації та регулярні супервізії терапевтів [49].

Моделі, засновані на психодинамічному підході

Психоаналіз був одним із перших напрямів у психології, де розглядалася проблема самопошкоджувальної поведінки (Menninger, 1938) [53]. У психоаналітичній терапії акцент робиться на аналізі переносу, психологічних захистів та причин самопошкоджень (Кернберг, 1998; Menninger, 1938).

На думку Нельсона та Грюнебаума, покращення в ході психоаналітичної терапії відбувається не лише через інсайт, а й завдяки тому, що пацієнти: навчаються вербально висловлювати емоції; освоюють альтернативні способи вираження негативних почуттів; отримують підтримку від інших учасників групової терапії та медичного персоналу (Favazza, 1996) [35].

Сучасна психодинамічна терапія включає такі підходи: фокусування на міжособистісних стосунках; розвиток усвідомлення та вираження емоцій; формування позитивного образу "Я".

Дослідження показують, що через один-п'ять років після лікування частота самопошкоджень і суїцидальних спроб знижується, а міжособистісні стосунки покращуються (Klonsky, Muehlenkamp, 2007) [43].

Види психодинамічної терапії

Терапія, заснована на менталізації Орієнтується на порушення прив'язаності та здатності до менталізації (усвідомлення внутрішнього світу іншої людини як окремого від власного). Основні цілі:

- розвиток вміння ідентифікувати та виражати емоції;
- формування стабільного внутрішнього образу себе;
- побудова безпечних стосунків.

Терапія, сфокусована на переносі Розглядає порушення особистісної організації як основу проблемної поведінки. Завдання:

- покращення контролю поведінки;
- регуляція емоцій;
- розвиток інтегрованих уявлень про себе та інших.

Когнітивно-аналітична терапія Виходить із припущення, що хронічне пригнічення почуттів призводить до втрати контролю над поведінкою. Мета:

- формування адаптивних емоційних моделей ставлення до себе та інших;
- робота з непродуктивними копінг-стратегіями;
- використання технік, таких як «прощальний лист», у якому пацієнт підсумовує результати терапії та «прощатиметься» із самопошкоджувальною поведінкою.

Сімейна терапія, заснована на теорії прив'язаності

На сьогодні розроблено кілька моделей сімейної терапії: структурну, стратегічну, Міланську системну та наративну (Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2015) [62]. Перші системні теорії сімейної терапії зосереджувалися на комунікаційних рівнях, циклічній природі відносин, взаємодії та ролях у сім'ї. У 1980–1990-х роках розвиток отримали підходи, що враховують вплив культури, мови та соціальних факторів на об'єктивність терапевта. Родина почала розглядатися не лише як джерело проблем дитини, а як активний учасник терапевтичного процесу.

Модель системної сімейної терапії Боуена акцентує увагу на усвідомленні емоцій, підвищенні рівня диференціації через зміну власної поведінки та подолання емоційного злиття. Це сприяє розвитку здатності приймати автономні рішення (Brown, 1999) [26].

Терапія, заснована на теорії прив'язаності, ґрунтується на припущенні, що порушення зв'язку між дитиною і матір'ю в ранньому віці призводить до проблем емоційної саморегуляції, спотворення образу "Я" та формування неадаптивних копінг-стратегій, таких як самопошкодження.

Основними завданнями є: вирішення конфліктів у сім'ї; побудова довірчих відносин між підлітком і батьками; інтеграція батьків у життя дитини (Kissil, 2011) [42]. Розглянемо етапи терапії.

Перший етап: створення терапевтичного альянсу; підготовка батьків і підлітка до конструктивного діалогу.

Другий етап: формування емоційної прив'язаності через емпатичне слухання; навчання сім'ї відкрито обговорювати проблеми підлітка.

Третій етап: розвиток ролі сім'ї як соціалізуючого середовища для підлітка; зосередження на підтримці незалежності й автономії підлітка.

Приклад програми допомоги «Насиллю над собою – кінець» (S.A.F.E.)

Програму розробили Карен Контеріо, Венді Ладер і Дженніфер Блум для підлітків і дорослих із самопошкоджувальною поведінкою (Conterio, Lader,

Bloom, 1998) [29]. Її основою є твердження, що самопошкодження – це не емоція чи фізіологічний розлад, а думка, яку можна змінити.

Цілі програми: розвиток здатності розрізняти почуття, думки та поведінку; вміння переносити складні емоції; робота з травматичним досвідом і відчуттям втрати.

Методи роботи:

- Контракт про ненанесення шкоди собі, який показує підлітку можливість контролювати свою поведінку.
- Письмові завдання для аналізу джерел травми, негативних емоцій та реакцій оточення на самопошкодження.
- Щоденники імпульсів для відстеження тригерів.
- Списки альтернативних дій, таких як ведення щоденника або прослуховування музики.

Ця програма допомагає паузі між імпульсом і дією, дозволяючи підлітку усвідомити деструктивність власних думок.

Отже, узагальнюючи, можна виділити основні напрямки самодопомоги для запобігання самопошкодженню, спрямовані на заміну деструктивної поведінки адаптивними навичками та підвищенням емоційної стійкості:

- Усунення тригерів. Слід видалити всі гострі предмети з дому, забезпечити наявність довіреної людини для підтримки.
- Нагадування про мотивацію. Переглянути відео або прочитати записку щодо причини необхідності припинення НССП. Наприклад: «Я обираю свободу від важких думок»; «Хочу бачити свою шкіру без шрамів».
- Заміщення діяльності. Наприклад: пограти з домашніми улюбленцями; зателефонувати друзям чи зустрітися з близькими; зайнятися спортом, подивитися фільм або послухати веселу музику.

- Фізичне відволікання. Використовувати лід для зняття напруги, вдихати ароматичні олії, застосовувати тактильні стимулятори (масажери) або м'які іграшки, приємні на дотик.
- Практика усвідомленості. Робити дихальні вправи, майндфулнес чи медитацію.
- Звернення за підтримкою. Написати терапевту або звернутися до медичного психолога.

ВИСНОВКИ

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз досліджень, спрямованих на вивчення різних аспектів самопошкоджуючої поведінки. Теоретично встановлено, що самопошкодження – це термін, що охоплює різноманітні дії, пов'язані зі свідомим нанесенням шкоди власному тілу. Такі дії можуть мати як патологічне, так і непатологічне підґрунтя, виступати симптомом певних психічних станів чи слугувати частиною культурних та соціальних ритуалів. Включає порізи, опіки, надмірне розчісування, самоотруєння шляхом вживання токсичних речовин, нанесення синців чи навіть ламання кісток. Часто це реакція на сильний емоційний стрес або травму, спосіб відволіктись від душевного болю через фізичний. Згідно з дослідженнями, основні причини самопошкодження поділяють на три основні групи: 1) індивідуальні чинники: депресія, тривога, низька самооцінка, імпульсивність; відчуття безнадійності, проблеми з розв'язанням життєвих труднощів; розлади харчування, залежність від алкоголю або наркотиків; знущання або дискримінація за різними ознаками; 2) сімейні чинники: психологічні труднощі членів родини, конфлікти з батьками; нереалістичні очікування, суворі покарання; наявність в сімейній історії самопошкоджень або нехтування потребами дитини; 3) соціальні чинники: труднощі у відносинах з однолітками, знущання чи відчуження; вплив друзів або медіа, що популяризують самопошкодження; доступність способів нанесення собі шкоди.

2. Розроблено програму, обґрунтовано комплекс методів і методик, відповідних меті та завданням дослідження. Серед методик було застосовано: Шкалу самопошкоджувальної поведінки (Польська Н.А.), Багатофакторний особистісний опитувальник FPI (форма В), Тест ірраціональних установок (А.Елліс), Тест емоційного інтелекту Н. Холла, Шкала психологічного добробуту (К.Ріфф),. Застосовано методи математичної статистики: кореляційний аналіз (за Спірменом) та Т-критерій Стюдента із застосуванням програми SPSS- 21 та

Excel; табличний та графічний методи. Емпіричне дослідження проводилося в м. Одеса шляхом інтернет-опитування у Google Forms. Вибірку склали 45 осіб з 12 до 23 років різної статі (21 – чоловічої, 24 – жіночої).

3. Проведено кількісну і якісну обробку даних. Шляхом кореляційного аналізу встановлено наявність кількісних значущих взаємозв'язків різного знаку між показниками самопошкоджуючої поведінки та показниками факторів особистості (FPI), ірраціональними установками, показниками емоційного інтелекту та психологічного добробуту.

Встановлено додатні зв'язки самопошкодження з невротичністю, емоційною лабільністю, депресивністю, роздратованістю, реактивною і спонтанною агресивністю, сором'язливістю, оціночною залежністю, низькою фрустраційною толерантністю, завищеними вимогами до себе і до інших, ірраціональністю мислення. Це означає, що саме ці риси властиві людям, схильним до самопошкоджуючої поведінки. Від'ємні зв'язки встановлені з урівноваженістю, відкритістю, товариськістю, емоційною обізнаністю, управлінням своїми емоціями, самомотивацією, емпатією, розпізнаванням емоцій інших людей, розвинутим емоційним інтелектом, самоприйняттям, адекватною самооцінкою, наявністю позитивних відносин, автономією, управлінням середовищем, осмисленістю життя; загальним психологічним благополуччям. Ці риси не властиві особам, схильним до самопошкодження.

4. Здійснено якісний аналіз виділених груп (методом виділення «асів», порівняння їх за Т-критерієм Стьюдента та побудови порівняльних діаграм). Група осіб з максимальною схильністю до самопошкоджуючої поведінки (СП+) характеризуються такими властивостями:

Особи цієї категорії демонструють впевненість, розкутість, товариськість та активність у спілкуванні. Вони легко захоплюються, є колективістами та цікавляться повсякденними справами, проте їх імпульсивність та відсутність стриманості можуть призводити до проблем, як-от нехтування обов'язками чи

пошуку «легких» шляхів заробітку. Вони прагнуть негайно задовольнити свої бажання, не замислюючись над наслідками. Такі люди схильні повторювати ті самі помилки через неспроможність засвоювати уроки з минулого. Їм необхідна стимуляція та яскраві емоції, відсутність яких викликає нудьгу. Ці особистості емоційно нестабільні, з підвищеною тривожністю та вразливістю, а також легко втомлюються. Їм бракує емоційної зрілості, об'єктивності у самооцінці та стабільності в планах. Такі люди можуть надмірно турбуватися через можливе неприйняття їх іншими. Вони часто реагують імпульсивно, не враховуючи наслідків, що може призводити до дезорганізації поведінки. Вони мають знижений емоційний фон і виглядають відчуженими та стриманими, проте за зовнішньою стриманістю приховують чутливість і здатність до самопожертви. Вони надмірно відповідальні та сумлінні в роботі, але часто невпевнені у своїх рішеннях. Їм складно зосереджуватися на тривалих завданнях через швидке виснаження. Таких людей можуть звинувачувати у нерішучості та недостатній оперативності. Вони схильні до самоаналізу, песимізму, почуття провини та самозвинувачення, що ускладнює їх адаптацію до стресових ситуацій і соціальних норм. Вони мають складнощі із стримуванням емоційних поривів, відкладанням задоволення імпульсивних бажань та адекватним вираженням емоцій; труднощі в досягненні цілей через емоційний контроль, низьку внутрішню мотивацію, нестачу самодисципліни й наполегливості; труднощі з усвідомленням і розумінням власних почуттів, їхніх витоків і причин; слабку здатність розуміти та управляти емоціями (власними й інших людей) на основі інтелектуальних процесів, що впливає на емоційний і інтелектуальний розвиток. У групі осіб з високим рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки спостерігається суттєве зниження всіх показників психологічного благополуччя. У них відсутнє безумовне прийняття себе, вони прагнуть змінити власну сутність, присутня невдоволеність собою, пригнічення почуттів, розчарування в минулому. Вони мають труднощі з організацією повсякденних справ і

досягненням цілей, залежні від оцінок інших, чутливі до соціального тиску та схильні до конформізму. Присутня обмеженість довготривалих зв'язків через труднощі у прояві турботи, співчуття та готовності до компромісів. Для цієї групи характерна фрустрація, емоційна нестабільність та труднощі в адаптації до життєвих викликів.

Натомість у групі осіб з низьким рівнем схильності до самопошкоджуючої поведінки (СП-) помітно підвищені показники психологічного благополуччя, особливо: здатність долати перешкоди, адаптуватися до умов і створювати оптимальні для себе умови, впевненість у власних рішеннях, незалежність від соціальних впливів та стереотипів, усвідомлення життєвих орієнтирів, наявність сенсоутворюючих цілей, інтерес до самовдосконалення, відкритість до нових знань і відчутний прогрес у розвитку. Ці особи демонструють високу стійкість, цілеспрямованість, ефективну саморегуляцію та здатність до гармонійного балансу між особистими й суспільними інтересами. Ці люди вирізняються емоційною зрілістю, раціональним мисленням та стабільністю у поглядах. Їх інтереси часто обмежені практичними цінностями, а оцінка успіху – матеріальним становищем. У спілкуванні вони прямолінійні, що приваблює тих, хто цінує відвертість. Вони мають спокійну вдачу, задоволені собою, рідко відчують внутрішнє напруження або занепокоєння. Цим особистостям властиві відповідальність, сумлінність і любов до порядку. Вони добре адаптуються до групових норм, реалістично оцінюють дійсність і свої можливості, прагнуть досягати цілей через наполегливість і дотримання етичних норм. Це люди сміливі, рішучі та незалежні, які швидко приймають рішення і одразу переходять до дій. Їм властива активність, ініціативність і прагнення до лідерства. Вони добре почувуються в колективі, але можуть іноді бути надмірно втручальними у справи інших. Їх відрізняє прагнення бути в центрі уваги та здатність до швидкої адаптації до нових обставин. Ця група характеризується високими показниками емоційного інтелекту, зокрема: мають здатність контролювати небажані емоційні

стани (роздратування, тривогу, сум), адекватно їх виражати й швидко долати, що сприяє емоційній стабільності; емоційно «розумні», що дозволяє підніматися над власними пристрастями, управляти ними для підтримання емоційного та інтелектуального розвитку; здатні до внутрішнього контролю, самодисципліни й наполегливості, спрямування емоцій на досягнення цілей, незважаючи на труднощі; чутливі до емоцій, мотивів і прагнень оточуючих, здатні впливати на їхній емоційний стан і підтримувати гармонійні взаємини.

5. Здійснено добір рекомендацій і методів профілактики та корекції самоушкоджуючої поведінки, що включають когнітивно-поведінкові моделі, моделі, засновані на психодинамічному підході, сімейну терапію та терапію, засновану на теорії прив'язаності. Результати дослідження можуть бути використані психологами психологічної служби та часної практики для роботи із особистостями, схильними до самоушкоджуючої поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бовть О.Б. Причини і форми агресивної поведінки дітей. // Практична Соціальна робота та соціальна робота. - 2000. - № 5. -; С. 14- 25
2. Гошовський Я.О. Психолого-педагогічні основи ресоціалізації депривованих підлітків : дис. д-ра психол. наук : 19.00.07 / Гошовський Ярослав Олександрович ; АПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2009. 464с
3. Гошовський Я.О. Самосвідомість і образ Я депривованих підлітків : [монографія]. Дрогобич : Каменярь, 2003. 170 с.
4. Гошовський Я.О. Ресоціалізація депривованої особистості : [монографія]. Дрогобич : Коло, 2008. 480 с.
5. Колесіна Т.Д. Діагностика і корекція розвитку дітей, як засіб профілактики відхилень у їх поведінці. // Початкова школа. 2000. № 6. С.41.
6. Кризова психологія : навчальний посібник / за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Харків : НЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. 383 с.
7. Карпець, Я. Self-Harm Самопошкодження К. : Ліра К, 2023. 202 с.
8. Ларіна Т. Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді : автореф. автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук. Київ, 2004. 150 с.
9. Лісовенко А. Ф., Гопка Ю. М. Психологічні особливості самоушкоджуючої поведінки // Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2024. Pp. 499-506. [URL:https://sci-conf.com.ua/i-mizhнародna-naukovo-praktichna-konferentsiya-future-ofscience-innovations-and-perspectives-25-27-11-2024-stokgolm-shvetsiya-arhiv/](https://sci-conf.com.ua/i-mizhнародna-naukovo-praktichna-konferentsiya-future-ofscience-innovations-and-perspectives-25-27-11-2024-stokgolm-shvetsiya-arhiv/)
10. Моргун В.Ф., Тітов І.Г. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2009. 464 с.

11. Мусаелян А.В. Аутоагресивна поведінка особистості: основні концептуальні підходи. [URL:http://appsychology.org.ua/data/jrn/v1/i40/32.pdf](http://appsychology.org.ua/data/jrn/v1/i40/32.pdf)
12. Пампура І.І., Іваненко С. В. Життєва криза як одна з причин суїцидальних намірів // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика. К.: РВВ КІВС, 2000.
13. Пилягіна Г., Чумак С. Предиктори формування та рецидування самоушкоджуючої поведінки. Суїцидологія. 2014. Т. 5.2, № 15. С. 3–19.
14. Резнікова О. В., Кушнар'ов С. В. Суїцидальні прояви особистості – хвороба цивілізації // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:- К.: РВВ КІВС, 2000.
15. Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді / В.В.Рибалка / Практична психологія та соціальна робота. 2007. №10. С.42-52. 2007. №11. С.28-43.
16. Рожков А.Ю. Молода людина 20-х років: протест та девіантна поведінка // Соціологічні дослідження. 2006. № 7. С. 107.
17. Самоушкодження / В. В. Чумак та ін. Український орфографічний словник. 7-ме вид. Київ, 2005. С. 351.
18. Самоушкодження. Навіщо підлітки шкодять собі. Прописні істини [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://xku.qqq.in.ua/articles/samoushkodzhennja-navishho-pidlitki-shkodjat-sobi.html>.
19. Самоушкоджуюча поведінка в оцінці ступеня ризику суїциду при екстреній психологічній допомозі [Електронний ресурс] Режим доступу <http://self-injury.at.ua/publ>
20. Скрипченко О.В., Волинська Л.В., Огороднійчук З. В. та ін./Вікова та педагогічна психологія: навч. Посіб. / К.: Просвіта, 2001. 416 с.
21. Суліцький В.В. Психологія суїцидальної поведінки / В.В. Суліцький. К.: Леся, 2001. 316 с.

22. Чебикін О.Я., Павлова І.Г. Становлення емоційної зрілості особистості. Одеса: СВД Черкасов, 2009. 238с.
23. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0890425558.
24. Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention // Youth & Society. 2017. Vol. 49 (1). P. 3–22.
25. Bergen HA, Martin G, Richardson AS, Allison S, Roeger L. Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Model Constructed From a Large Community Sample of Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2003;42(11):1301-1309. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000084831.67701.d6>
26. Brown J. Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique // Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 1999. Vol. 20 (2). P. 94–103.
27. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M. Solving the puzzle of deliberate selfharm: the experiential avoidance model. // Behavior Research & Therapy. 2006. Vol. 44. P. 371-394.
28. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial Nadja Slee, Nadia Garnefski, Rien van der Leeden, Ella Arensman and Philip Spinhoven. The British Journal of Psychiatry (2008) 192, 202–211. doi: 10.1192/bjp.bp.107.037564
29. Conterio K., Lader W., Bloom J. Bodily harm: The breakthrough healing program for self- injurers. New York, NY: Hyperion, 1998. 318 p.
30. Davey A, Arcelus J, Meyer C, Bouman WP. Self-injury among trans individuals and matched controls: prevalence and associated factors. Health & Social Care in the Community. 2015;24(4):485-494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>

31. Davidson K.M., Brown T.M., James V., et al. Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial // *Psychiatric Bulletin*. 2014. Vol. 38 (3). P. 108–111.
32. De Riggi M.E., Moumne S., Heath N.L., et al. Non-Suicidal Self-Injury in Our Schools: A Review and Research-Informed Guidelines for School Mental Health Professionals // *Canadian Journal of School Psychology*. 2017. Vol. 32 (2). P. 122–143.
33. Evans K., Tyrer P., Catalan J., et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm // *Psychological Medicine*. 1999. Vol. 29 (1). P. 19–25.
34. Favaro A., Ferrara S., Santonastaso P. The Spectrum of Eating Disorders in Young Women // *Psychosomatic Medicine*. 2003. Vol. 65. P. 701–708.
35. Favazza A.R. *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996. 373 p.
36. Farberow N.L. Indirect self-destructive behavior: Classification and characteristics. In Norman L. Farberow (Ed.), *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
37. Favazza AR. *Bodies under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins Press; 1987.
38. Gould GM, Pyle WL. *Anomalies and curiosities of medicine : being an encyclopedic collection of rare and extraordinary cases, and of the most striking instances of abnormality in all branches of medicine and surgery*. W.B. Saunders; 1901. <https://doi.org/10.5962/bhl.title.132830>
39. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178(01):48-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.48>

40. Hawton K., Witt K.G., Taylor Salisbury T.L., et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012189/full> .
41. Herpertz S., Sass H., Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. // Journal of Psychiatric Research. 1997. Vol. 31. P. 451-465.
42. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury // Journal of Family Psychotherapy. 2011. Vol. 22 (4). P. 313–327.
43. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olino TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2015;9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
44. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2008; 31(3):215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
45. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner // Journal of Clinical Psychology: In Session. 2007. Vol. 63 (11). P. 1045–1056.
46. Klonsky E. D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. // American Journal of Psychiatry. 2003. Vol. 160. P. 1501-1508.
47. Levenkron S. Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation. New York, NY: Norton, 1998. 269 p.
48. Lieberman R.L., Toste J.R., Heath N.L. Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention // Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention / In M.K. Nixon, N.L. Heath (eds.). New York, NY: Routledge Press, 2008. P. 195–215.

49. Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // Archives of General Psychiatry. 2006. Vol. 63 (7). P. 757–766.

50. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive Assessment. 2008; 31(3):215-219.
<https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

51. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ de, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008;49(6): 667-677.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-192>

52. Matson JL, Turygin NC. How do researchers define self-injurious behavior? Research in Developmental Disabilities. 2012;33(4):1021-1026.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.01.009>

53. Menninger KA. Man against Himself. Harcourt, Brace: New York; 1938

54. Nada-Raja S, Skegg K, Langley J, Morrison D, Sowerby P. Self-Harmful Behaviors in a Population-Based Sample of Young Adults. Suicide and LifeThreatening Behavior. 2004;34(2):177-186.
<https://doi.org/10.1521/suli.34.2.177.32781>

55. Nock M.K., Favazza A. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M.K. Nock (Ed.), Understanding nonsuicidal self-Injury: Origins, assessment, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2009. P. 9-18.

56. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of SelfMutilative Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004;72(5): 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.885>

57. Ougrin D. Commentary: Self-harm: a global health priority – reflections on Brunner et al. (2014). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(4): 349-351. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12232>
58. Taylor G. J., Ryan D., Bagby R. M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale // *Psychother Psychosom*. 1985. V. 44. № 4. P. 191–199.
59. Tyrer P., Thompson S.. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 969– 976. f 2003 Cambridge University Press DOI: 10.1017/S0033291703008171 Printed in the United Kingdom
60. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983;140:867–872
61. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self- Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(1):80-87. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00017>
62. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6th ed. / A. Thapar, D.S. Pine, J.F. Leckman, et al. (eds.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2015. 1077 p.
63. Smith N.B., Kouros C.D., Meuret A.E. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self- injury // *Trauma, Violence, & Abuse*. 2014. Vol. 15 (1). P. 41–56.
64. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(3): 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
65. Walsh B.W. Treating self-injury. New York, NY: Guilford Press, 2006. 317 p.