

УДК 159.922-053.6:316.613.434

DOI: 10.31891/PT-2021-1-9

**ГУМНОВА О. Б.**

ORCID ID: 0000-0002-4758-2082

e-mail: igumnovaolga@ukr.net

**МИХАЙЛОВ А. Р.**

ORCID ID:

e-mail: hnupp161@gmail.com

Хмельницький національний університет

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ САМОУШКОДЖЕНЬ ПІДЛІТКІВ**

*У статті проаналізовано особливості самоушкоджень у підлітковому віці. Визначено рівень розповсюдженості проблеми самоушкоджень серед підлітків та встановлено основні вікові, соціальні та психологічні фактори, що провокують навмисні самоушкодження підлітками.*

*Виявлено особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії як методу, що дозволяє працювати з ірраціональними, неадаптивними думками і переконаннями підлітка, та методу корекції ірраціональних стереотипів мислення і поведінки. Описано механізми, що забезпечують виникнення та підтримку неадаптивних стереотипів мислення та аутоагресивну поведінку особистості.*

*Процес роботи з аутоагресією в рамках когнітивно-поведінкової терапії охоплює чотири етапи: етап аналізу, що полягає у виокремленні складових проблеми самоушкодження та усвідомленні підтримувальних процесів та механізмів її виникнення; етап конфронтації, що полягає у критичному аналізі складових проблеми та пошуку шляхів її вирішення, альтернативних способів поведінки і мислення; етап експерименту, що полягає у перевірці на практиці нових способів мислення і поведінки; заключний етап, де підліток вчиться самостійно справлятися з різними ситуаціями використовуючи набуті знання та формувати нові поведінкові стереотипи. Були виявлені особливості корекційної роботи з аутоагресивною поведінкою підлітків та надані рекомендації, щодо реагування і роботи з підлітком, який завдає собі фізичної шкоди.*

*Ключові слова: самоушкодження, аутоагресія, когнітивно-поведінкова терапія, підлітковий вік, селфхарм, схема-терапія.*

OLHA. IGUMNOVA,

ARTEM MIKHAYLOV

Khmelnytsky National University

## **COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AS A METHOD OF CORRECTION OF ADOLESCENTS 'SELF-HARM**

*The article analyzes the features of self-harm in adolescence. The level of prevalence of self-harm among adolescents is determined and the main age, social and psychological factors that provoke intentional self-harm by adolescents are established.*

*The concept of "self-harm" in this article is defined by psychological and*

*psychiatric practice, namely, as a symptom of mental disorders, schizophrenia, anxiety disorder, depressive disorder and others; as a sign of psychological problems of the adolescent, too high intrapersonal and social pressure on the individual.*

*The concept of autoaggression includes various forms of aggressive behavior and thinking directed not at the external environment, but at oneself (self-humiliation, extreme sports, tattoos, piercings).*

*Peculiarities of application of cognitive-behavioral therapy as a method that allows to work with irrational, maladaptive thoughts and beliefs of a teenager, and a method of correction of irrational stereotypes of thinking and behavior are revealed. The mechanisms that ensure the emergence and maintenance of maladaptive stereotypes of thinking and autoaggressive behavior of the individual are described.*

*The process of working with autoaggression in the framework of cognitive-behavioral therapy includes four stages: the stage of analysis, which consists in identifying the components of the problem of self-harm and awareness of supporting processes and mechanisms of its occurrence; stage of confrontation, which consists in a critical analysis of the components of the problem and finding ways to solve it, alternative ways of behavior and thinking; stage of the experiment, which consists in testing in practice new ways of thinking and behaving; the final stage, where the teenager learns to cope with different situations using the acquired knowledge and form new behavioral stereotypes. Peculiarities of corrective work with autoaggressive behavior of adolescents were identified and recommendations were provided on how to react and work with a teenager who is physically harming himself.*

*Key words: self-harm, autoaggression, cognitive-behavioral therapy, adolescence, selfharm, scheme-therapy.*

### **Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями**

За останні роки проблема суїциду, самоушкоджень, алкоголізму, наркоманії та іншої саморуйнівної поведінки стає все більш поширеною і популярною. Поняття «селфхарм» (англ. self-harm – самоушкодження, самотравмування) починає фігурувати у все більшій кількості статей та соціальних медіа. Підліткам буває важко знайти спокій в цей складний віковий період та порозумітись з оточуючими. Самоушкодження являються проявом проблем в сім'ї, булінгу, неприйняття себе та інших психологічних проблем. Через поширеність самоушкоджень та різного роду аутоагресивної поведінки постає питання визначення ефективних засобів, методів та технології роботи з аутоагресивною поведінкою у підлітковому віці. Когнітивно-поведінкова терапія – метод, що дозволяє працювати з цією проблемою на свідомому рівні, формувати у підлітків необхідні навички самодопомоги та змінювати неефективні патерни поведінки.

### **Аналіз останніх досліджень і публікацій**

Серед дослідників, які займалися проблемою аутоагресії, можна виділити Клонскі Д. [1] та Хевтон К. [2], що займались визначенням та обґрунтуванням понять «аутоагресія»,

«самоушкодження», «суїцидальна поведінка» та їх систематизацією, Пилягіна Г.Я. [3] розглядала механізми прояву аутоагресивної поведінки, її взаємозв'язок із патопсихологічними та біологічними процесами людини, Василевич О.О. [4] досліджувала особливості аутоагресивної поведінки, самоушкодження, як прояв психологічних страждань особистості, Погорілко О.В. [5] комплексно досліджувала аутоагресивну поведінку у підлітковому віці. Представники когнітивно-поведінкової терапії: Елліс А.[6], Драйден У.[6], Якоб Г.[7], Бек А. [8] досліджували особливості когнітивних спотворень особистості та їх психологічні прояви, розробляли методи та засоби когнітивно-поведінкової терапії, що є основою роботи із самоушкодженнями в психологічній та психіатричній практиці.

### **Виділення невіршених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується стаття**

Незважаючи на значну кількість досліджень, публікацій, відеоматеріалів на дану тему, питання психологічної роботи з самоушкодженнями розкрито здебільшого психіатричної практиці та розглядається у зв'язку з психічними розладами особистості. У наукових дослідженнях недостатньо розкрита проблема самоушкодження як результату психологічних проблем особистості та особливостей психологічної роботи у підлітковому віці.

### **Формулювання цілей статті**

Метою статті є аналіз феномену самоушкодження серед підлітків, визначення рівня аутоагресії серед підлітків та їх причин, виокремлення неадаптивних переконань, що спричиняють самоушкодження, та розробка практичних рекомендацій.

### **Виклад основного матеріалу**

Аутоагресія – форма поведінки, що характеризується ворожими діями, спрямованими на себе. Поняття «аутоагресія» об'єднує в собі різні дії агресивного характеру, що спрямовані особистістю на себе. До аутоагресивних дій відносять: самозвинувачення, надмірну самокритику, самоприниження, фізичну шкоду власному тілу, усвідомлену загрозу власному здоров'ю і життю (екстремальні види спорту, пірсинг, татуювання та ін.). Існують суперечки щодо релевантності класифікації алкоголізму та наркоманії, як виду аутоагресії, адже, попри явний шкідливий вплив на організм, сама дія спрямована саме на отримання задоволення від зміненого стану свідомості, легкості та ейфорії, а не на завдання шкоди власному тілу, що являється скоріше побічним ефектом, ніж основним [1; 5].

За змістовним критерієм виділяють наступні форми аутоагресивної поведінки:

Самоушкодження. Може спостерігатися на всіх етапах розвитку особистості та виражається у нанесенні собі ударів, порізів, уколів (проколів), укусів, татуювань.

Порушення харчової поведінки. Часто розвиваються у підлітків та виявляються відмовою від їжі, імпульсивною обжерливістю, вживанням страв, що провокують висипання, біль і важкість у животі, ожиріння.

Хімічна залежність. Формується у молодших школярів, підлітків та до цієї форми аутоагресії відноситься тютюнопаління, наркоманія, токсикоманія, алкоголізм.

Фанатична поведінка. Людина поводиться відповідно до правил групи на шкоду власним бажанням і потребам, наприклад: участь в релігійних культах, рухах спортивних уболівальників тощо.

Аутистична поведінка. Аутодеструкція виражається через обмеження у спілкуванні, веселому, цікавому проведенні часу, людина замикається, відсторонюється від оточуючих.

Віктимна поведінка. Вчинки особи спрямовані на підвищення ризику здійснення над нею злочину та реалізується за допомогою прогулянок в нічний час, провокації дій іншої людини, здатних заподіяти шкоду.

Суїцидальна поведінка. Крайня форма аутоагресії, метою якої є позбавлення себе життя. Буває відкритою і замаскованою, наприклад, захоплення екстремальним видом спорту[9].

Самоушкодження – це навмисне пошкодження власних тканин тіла, як правило, без прагнення самогубства. Прямого взаємозв'язку між суїцидом та самопошкодженням не виявлено, хоч і фактори і стани, що їх спричиняють мають схожу природу: сильна психологічна травматизація, депресивний стан, брак сил, аби справитись із життєвими труднощами. Головна різниця між суїцидальною поведінкою та аутоагресивною – це намір. У випадку суїцидальної поведінки наміром є самогубство, позбавлення себе життя. Самоушкодження не несе в собі мети позбавлення життя, лише завдання фізичних страждань [1, с. 182].

В залежності від досягнутої мети самоушкодження поділяють на:

Релаксаційна. Має на меті зняття емоційної напруги, переключення уваги з психологічних страждань на фізичні, в результаті, або процесі чого відбувається релаксація.

Маніпулятивна. Демонстрація самопошкоджень відбувається з метою маніпуляції найближчим оточенням з метою досягнення своєї мети, зазвичай, щоб припинити сварку батьків, запобігти розлучення

батьків, викликати відчуття провини та вплинути на поведінку.

Інфантильно-демонстративна. Використовується для доказу любові, самоствердження, «на спір» тощо.

Заклик. Нанесення самопошкоджень з метою звернути на себе увагу, отримати більше любові, турботи необхідну допомогу.

Інфантильно-наслідувальна. Наслідуючи старших, або більш авторитетних людей нанесення собі самоушкодження з метою довести свою «силу волі».

Інфантильно-мазохістична. Отримання задоволення від нанесення самопошкоджень.

Симулятивна. Мета – ухилення від служби в Збройних силах [10].

Підлітковий вік особливий тим, що переоцінюється дружба, проявляються перші «справжні почуття», змінюються орієнтири. Важливе відчуття «приналежності», групові контакти зазвичай передбачають змагання, боротьбу за положення та авторитет. В будь-якому колективі далеко не всі його члени відчують одне до одного особисту симпатію. Поряд із розвитком товариських стосунків, юнацький вік характеризується напруженим пошуком дружби, як вибіркової, міцної та глибокої емоційної прихильності, в той самий час, особистість перебуває в процесі сепарації від батьків, що створює додаткові суперечності: з одного боку, хочеться батьківської любові і ласки як раніше, з другого – більше самостійності і вже не дозволено проявляти ті почуття, що раніше [11, с. 314].

Стосунки з батьками стають складнішими в цей період і, попри прагнення до самостійності, все ще відіграють ключову роль у соціалізації та протіканні вікової кризи. Це нерідко є причиною сильного нервового напруження, розчарувань та аутоагресії, яку в цьому віці контролювати вкрай складно, але, згідно нових вимог до особистості, самоконтроль стає пріоритетним [11, с. 317].

В підлітковому віці триває процес становлення і розвитку самосвідомості особистості. На відміну від попередніх вікових етапів, підліток стає спрямованим на усвідомлення своїх особливостей та можливостей. Становлення самосвідомості в підлітковому віці характеризується особливою увагою до власних вад. Бажаний образ "Я" у підлітків зазвичай складається з переваг інших людей, які цінуються ними. Підлітковий вік характеризується необхідністю у компенсації сильних емоційних переживань, посиленіх нестабільним гормональним фоном, процесом статевого дозрівання, соціального та особистого становлення, коли тиск на особистість і вимоги до неї зростають. Підліткам, зазвичай, все ще притаманний інфантилізм та

демонстративність, а здатність контролювати та конструктивно керувати емоційним напруженням ще несформована [11, с. 321]. Саме тому корекцію самоушкодження необхідно проводити у підлітковому віці, адже це сприятливий період для формування і закріплення саме деструктивних форм поведінки.

Згідно досліджень проведених в США та Британії, 10-20% школярів повідомляють, що хоча б раз пробували завдавати собі тілесної шкоди (дряпання, порізи, удари, опіки) [12, с. 241; 13]. Згідно матеріалів Королівського коледжу психіатрів, один з десяти молодих людей в певний період свого життя завдає собі фізичної шкоди, але дані неточні, адже враховувались лише випадки, що були зафіксовані лікарями. Точний показник зафіксувати складно, адже більшість підлітків не афішує таку інформацію, боячись проблем із батьками, школою та однолітками. В Україні подібні дослідження проводяться рідко і з невеликими вибірками, але згідно доступних даних опитувань близько 15% підлітків хоча б раз пробували навмисно себе різати, дряпати, бити, наносити опіки [3, с. 4].

Поняття «самоушкодження» існує у двох парадигмах: парадигма психологічної практики та психіатричної. Спеціалісти Королівського коледжу психіатрів говорять, що самоушкодження не обов'язково є ознакою психічних розладів, але бажано звернутись при цьому до спеціаліста, адже окрім безпосередньої шкоди тілу, самоушкодження може супроводжуватись депресією, алкоголізмом, наркоманією, соціальною дезадаптацією. Також існують психічні розлади, що супроводжуються самоушкодженням, серед них: прикордонний розлад особистості, тяжкий депресивний розлад, тривожні розлади, ПТСР, шизофренія та різні розлади особистості. Саме це є однією з причин, чому британські психіатри не радять лікувати таких людей самотужки, не ставати для них психотерапевтом, а звернутись до спеціаліста. Також, психіатрична парадигма розглядає самоушкодження як результат сильної травми (війна, сексуальне насильство, сильна емоційна травма, що потребує психіатричного втручання) [12].

Більш розповсюдженими випадками самоушкоджень є неклінічні, що також можуть бути пов'язані із пережитими травмами; впливом референтної, або реальної групи людей, окремих людей з оточення; самоушкодження з метою полегшення психоемоційного стану, вивільнення негативної енергії; самоушкодження як прояв заниженої самооцінки, булінгу, негативного ставлення найближчого оточення. Підлітки, що регулярно займаються самоушкодженням стверджують, що фізичний біль допомагає на деякий час

переключитись на щось інше, забути про проблеми, збадьоритись та продовжувати жити. В інших випадках – це є демонстративна поведінка з метою привернути увагу до власних страждань, попросити про допомогу, викликати співчуття. Попри те, що елемент демонстративності тут буває присутнім, підліток так не вважає і висловлення цього лише провокує конфлікт і суперечку. Підліток вважає, що старші ведуть себе неадекватно, агресивно, упереджено, а педагоги та близькі люди втрачають можливість наладити діалог і зрозуміти в чому проблема.

З метою дослідження поширеності самоушкоджень серед підлітків було проведено анкетування серед учнів 7-8 класів на базі Хмельницького ліцею №17, де вибірка становила 50 осіб. Опираючись на отримані дані, що 20% підлітків хоча б раз у житті пробували шкодити собі.

Для визначення спрямованості та рівня агресії у підлітків було використано опитувальник «Ауто- і гетероагресія» Е.П. Льїна, що складається із 20-ти запитань, на які потрібно відповісти «так», або «ні» [15]. Даний опитувальник дозволяє визначити рівень двох видів агресії (аутоагресія та гетероагресія). Аутоагресія (ауто + лат. Aggressio - приступати, напад)– агресивні дії, спрямовані суб'єктом на самого себе. Людям, в яких переважає цей вид агресії притаманна самокритичність, самозвинувачення, тенденція спрямовувати свої негативні емоції, образу вони спрямовують на себе. Гетероагресія (гетеро + лат. Aggressio - напад)– агресивні дії, спрямовані суб'єктом на інших людей. Людям, в яких переважає гетероагресія притаманно критичність до інших людей, відкрита агресія та суперечки з оточуючими. Кожна шкала має 5 рівнів: низький (1-2 бали), знижений (3-4 бали), середній (5-6), підвищений (7-8), високий (9-10). Були обраховані середні показники для двох груп підлітків: ті, хто чинять самоушкодження і ті, хто не чинять самоушкодження. Отримані результати представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

**Середні показники агресії у підлітків за методикою «Ауто- і гетероагресія» Е.П. Льїна**

Вид агресії	Середній показник агресії (бали)	
	Підлітки, що чинять самоушкодження	Підлітки, що не чинять самоушкодження
Аутоагресія	7,6	4,3
Гетероагресія	3,3	5,7

Таким чином, група підлітків, що завдають собі шкоди, характеризується підвищеним рівнем аутоагресії та зниженим рівнем

гетероагресії, що говорить важке переживання критики і невдач, схильність звалювати всі проблеми на себе і в усьому звинувачувати себе. Група підлітків, що не шкодить собі, має знижений рівень аутоагресії та середній рівень гетероагресії, що свідчить про низький рівень схильності до самоушкодження, здатність різними шляхами вивільняти негативні емоції, нормальний рівень агресії.

З метою виявлення чинників, що впливають на схильність до самоушкоджень, було проведено бесіди з підлітками, що чинили самоушкодження. Серед основних чинників, підлітки зазначили: складні стосунки з батьками 80%, а саме: розлучення батьків 10%, пияцтво батьків 10%, ігнорування батьками 30%, диктатуру батьків 10%, постійні сімейні скандали 20%. В 50% випадків батьки не знали про самоушкодження, 20% реагували байдуже, 30% батьків реагували агресивно на шрами і порізи своєї дитини. Булінг, цькування і насмішки – про ці проблеми говорили 60% підлітків, як про одну з причин самоушкоджень, адже через це в них виникли сильні комплекси і вони дуже не люблять себе. 10% підлітків вказали на розлучення батьків, як переломний момент у житті, після чого захотілося порізати себе. 10% вказали причиною самоушкоджень невзаємне кохання, прагнення, довести свою вірність. 20% підлітків не змогли назвати певної причини самопорізів, лише говорячи про те, що це іноді їм буває погано, сумно якщо зробити собі боляче, то стає легше.

Отже, основою причиною самоушкодження є наявність психотравмуючого фактору та нездатність підлітка справитись з його впливом. В підлітковому віці ще не сформовані захисні механізми і тому протидіяти травмуючим факторам підлітку дуже складно. Згідно науково-практичних джерел, основна мета самоушкодження – привернення уваги до власних страждань, реалізація «заслуженого» самопокарання, покращення психоемоційного стану, прагнення приналежності до реальної або референтної групи людей. З точки зору більшості підлітків, селфхарм – це спосіб заспокоїтись, переключитись та не шкодити іншим людям, вони стараються приховати шрами, часто соромляться їх, але хочуть, щоб хтось поцікавився їх станом та допоміг. У підлітка існує суперечність: з одного боку, потрібно бути сильним і протидіяти негараздам самостійно, не показувати слабкість, з другого боку – з проблемами справитись складно та необхідна допомога, підтримка, розуміння. Саме тому можна спостерігати таку суперечливу поведінку, коли підліток «демонстративно недемонстративний», хоче показатись сильним і незалежним, але явно прагне підтримки та уваги.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних сучасних науково-обґрунтованих методів психотерапії. Когнітивний



підхід виходить з припущення, що психологічні проблеми і нервово-психічні розлади викликані нелогічними, або недоцільними думками і переконаннями людини, а також дисфункціональними стереотипами його мислення, змінивши які, можна долати психологічні проблеми. Когнітивно-поведінкова терапія забезпечує зміну стереотипів поведінки шляхом заохочення і підкріплення бажаних форм і відсутності підкріплення небажаних форм поведінки [10]. Концептуальна модель когнітивно-поведінкової терапії, представлена в простій для розуміння формулі АВС, де:

А (activating event) - деяка подія, що відбувається в реальності, є для суб'єкта стимулом;

В (belief) - система особових переконань індивідуума, когнітивна конструкція, що відбиває процес сприйняття людиною події у вигляді виникаючих думок, формованих представленнях, утворюваних переконаннях;

С (emotional consequences) - підсумкові результати, емоційні і поведінкові наслідки. Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на виявлення і подальше перетворення спотворених компонентів мислення, що забезпечує формування функціональної стратегії поведінки особи.

Серед дезадаптивних схем мислення чи «когнітивних помилок» вчені виокремлюють:

«Довільні висновки» – отримання висновків при відсутності підтверджувальних фактів або навіть за наявності фактів, що суперечать висновку («в мене немає хлопця, отже я негарна»).

«Надузагальнення» – висновки, засновані на одиничному епізоді, з подальшою їх генералізацією («під час моєї доповіді керівник вийшов, він мною незадоволений і збирається мене звільнити»).

«Вибіркове абстрагування» – фокусування уваги індивіда на яких-небудь деталях ситуації з ігноруванням усіх інших її особливостей.

«Перебільшення і зменшення» – протилежні оцінки самого себе, ситуацій і подій. Суб'єкт перебільшує складність ситуації, одночасно зменшуючи свої можливості з нею впоратися.

«Персоналізація, персоніфікація» – відношення індивіда до зовнішніх подій як до тих, що мають до нього відношення, коли цього немає насправді, прагнення сприймати на власну адресу нейтральні висловлювання і дії: «чого це вони заговорили про дурнів... мене мають на увазі, знущаються».

«Дихотомічне мислення» («чорно-біле» мислення, або максималізм) – віднесення себе або якої-небудь події до одного з двох

полюсів, позитивного або негативного (у абсолютних оцінках) (схильність мислити в категоріях «усе – нічого», «прекрасний – жахливий», «святий – мерзотник»). Наприклад: «Якщо я не стану мільйонером або знаменитістю, то я – повна нікчемність, і усе моє життя буде прожито даремно».

«Повинність» – надмірне фокусування на «я повинен» поступати або відчувати певним чином, без оцінки реальних наслідків такої поведінки або альтернативних варіантів. Часто виникає через нав'язаних у минулому стандартів поведінки і схем мислення. Наприклад: «Я повинен виграти гру!», «Всі повинні бути чесними і порядними!», «Він повинен бути люб'язним по відношенню до мене!» тощо.

«Пророцтво» – індивід вважає, що може точно передбачити майбутні наслідки певних подій, хоча він не знає або не враховує усіх чинників, не може правильно визначити їх вплив.

«Читання думок» – індивід вважає, ніби точно знає, що із цього приводу думають інші люди, хоча його припущення не завжди відповідають реальності.

«Наклеювання ярликів» – асоціювання себе або інших з певними шаблонами поведінки або негативними типажамі, але суть залишається в тому, що людина не здатна мислити раціонально в рамках цих схем, шкодить собі і їй важко знайти вихід, змінити точку зору [6, с. 23].

«Схема-терапія», як напрямок КПТ є одним з основних методів подолання аутоагресивної поведінки та самоушкодження. Схема-терапія – це психологічний напрямок, який був розроблений Джефрі Янгом, як модифікація когнітивно-поведінкової терапії, для пацієнтів, щодо яких стандартна КПТ була недостатньо ефективною. Переважно, такі пацієнти страждали від розладів особистості, наслідків комплексної психологічної травматизації та занедбання емоційних потреб у дитинстві [7]. «Схема-терапія» є актуальною саме для роботи із самоушкодженнями, адже дана проблема пов'язана із психологічною травматизацією та занедбанням емоційних потреб у дитинстві, проблемою в стосунках з близькими людьми.

У схема-терапії серед дезадаптивних схем мислення виділяють : «покарання/пунітвності», «емоційна депривація», «покинення/нестабільність стосунків», «недовіри/очікування скривдження», «дефективності/сорому», «соціальна ізоляція/відчуження», «залежності/безпорадності», «очікування на катастрофу», «вразливості до кривди та хвороб», «злиття/невідокремленості», «некомпетентності та неминучих

невдач», «особливого статусу та прав», «недостатні самоконтроль та самодисципліна», «підкорення», «самопожертви», «пошуку визнання», «емоційної інгібіції», «надвисокі стандарти/гіперкритичність», «негативізм/песимізм» [7].

Вищенаведені схеми мислення зумовлюють формування переконань та поведінкових стереотипів, що мають безпосереднє відношення до самоушкодження, адже відповідають основним ідеям, думкам, переживанням людей, що завдають собі шкоди, наприклад: схема «покарання/пунітивності»: часто проявляється у вигляді самопокарання за найменші недоліки та помилки; «емоційна інгібіція» проявляється у самоушкодженнях, як способі придушити власні емоції та не проявляти їх; «надвисокі стандарти/гіперкритичність»: дана схема мислення пов'язана із намаганням бути краще, ніж інші, навіть, ціною власного здоров'я; схема «пошуку визнання» пов'язана із шкодою власному комфорту, здоров'ю та благополуччю з метою отримання схвалення від інших людей. Згідно слів підлітків, руйнування подібних переконань через взаємодію із людьми, що проявляли до них увагу, доброту і ласку допомагало, принаймні на короткий час, полегшити психологічний біль та знизити бажання завдати собі шкоду, але з часом все поверталось назад.

Отже, з точки зору когнітивно-поведінкової терапії феномен самоушкодження виглядає як неадаптивний вид поведінки з відповідними схемами мислення, що утворюються за наступним механізмом: в результаті пережитого досвіду та емоційних переживань в людини формуються когнітивні помилки та закріплюється певний поведінковий стереотип, наприклад «якщо мені погано, то я себе порізу і мені стане краще», або «за цю помилку я мушу понести покарання і тому я зроблю це самостійно», «якщо я себе порізу, то мені це допоможе». Окрім цього, бувають і супутні переконання «нікому не потрібно про це говорити, інакше проблем буде ще більше», «люди будуть мене обговорювати», «вони мене не розуміють», «ніхто мені не допоможе». Зазвичай, дані упередження формуються через часте їх повторення оточуючими, або травматичний досвід.

Механізм, який забезпечує та підтримує поведінкову реакцію самоушкодження – називається «підтримуючий цикл», він складається з наступних складових: сприйняття ситуації; відповідна психофізіологічна реакція; неадекватні дії для припинення ситуації; усвідомлення, що проблема не вирішується, або погіршується, що і запускає цикл знову [8, с. 150]. Для того, щоб відбулись зміни, потрібно розірвати коло підтримуючого циклу, змінивши сприйняття ситуації, що в свою чергу змінить емоційний стан, дозволить діяти більш

адекватно та вирішити проблему. Процес корекції аутоагресивної поведінки охоплює наступні етапи:

1. Етап аналізу. На даному етапі підліток вчиться бачити власні думки і переживання, за допомогою АВС моделі (активуюча подія - інтерпретація - реакція), що робиться за допомогою таких запитань «Які почуття у Вас виникли? Наскільки вони були сильні? Що саме Ви думали в той момент, що це викликало саме таке почуття, а не інше (у словах, образах)? Наскільки Ви довіряли цій думці в той момент (вона виглядала переконливою)?». Можна використовувати техніку «записування думок», коли психолог може попросити підлітка самого записати на папері, які думки у нього виникають в голові, коли він намагається зробити потрібну дію (чи не робити непотрібну дію). Думки, що приходять в голову у момент ухвалення рішення, бажано записувати строго в порядку їх черговості (ця черговість важлива, оскільки вкаже на вагу і важливість цих мотивів в ухваленні рішення). Таким чином досягається чітке розуміння структури дії самоушкодження. Часто буває так, що самоушкодження відбувається не одразу після дії травмуючого фактора, а пізніше (від кількох годин до діб), але в будь-якому разі необхідно відслідкувати, які саме думки запускають реакцію і бажання собі нашкодити, чим ці думки підкріплені, обґрунтовані.

Також, зазвичай, застосовується базова техніка «КПТ-формулювання» проблеми разом з підлітком. КПТ-формулювання проблеми підлітка складається з наступних компонентів: аналіз проблеми, тригери (модифікатори), визначення критичних подій (які спровокували розвиток проблеми) та найголовніше – побудова процесів, що підтримують проблему («підтримуючих циклів»). Вся інформація записується у схему, що дозволяє сформулювати гіпотезу щодо причин проблеми, є орієнтиром для психолога та підлітка. За умови виконання цих умов: підліток розуміє свою проблему у відповідності до побудованого формулювання і усвідомлення підтримувальних процесів.

2. Етап конфронтації. Його особливістю є безпосередня робота з переконаннями, їх переоцінка та уявні експерименти. Суть даного етапу – навчитись інакше дивитись на проблему, змінювати старі ідеї на нові. Тут допоможе аргументація, представлення бажаного результату, якщо підліток змінить свою поведінку. Метод «Сократівського діалогу» дозволяє більш критично підійти до власних умовиводів та побудувати більш логічні, раціональні переконання, наприклад, можна задавати наступні питання: «Чи принесе насправді самоушкодження бажаний результат?», «Які наслідки цієї дії?», «Як можна інакше підійти до

проблеми?», «Чому ти так думаєш і чому не може бути інакше?», «Як варто сприймати цю ситуацію?», «Що було б краще відчувати?».

3. Етап експерименту. Фактично, це вже фінальна стадія, її мета перевірити на практиці усе те, що обговорювалось на попередніх етапах. Перевірка відбувається шляхом експерименту. У випадку із самоушкодженням перевіряється новий спосіб поведінки без аутоагресивних дій, наприклад: замість того, щоб різати руки лезом через сварки із рідними виконувати більш корисні і продуктивні дії,

4. Заклучний етап, який полягає у відпрацюванні механізмів самопомоги, що дозволять підлітку в подальшому створювати нові поведінкові стереотипи, справлятися з різними життєвими негараздами, аналізувати стресогенні ситуації і не дозволить проблемі повернутись у іншому вигляді, наприклад, у вигляді самозвинувачення, образи на себе тощо [8, с. 160].

Рекомендації щодо поведінки з підлітками, які проявляють аутоагресивну поведінку:

1. Поговорити з підлітком наодинці. Просто поцікавитись чи все гаразд, без осуду, аналізу і оцінок спитати про шрами, рани. Дуже важливо при цьому реагувати абсолютно спокійно, ставитись до даної ситуації розумно. Впевненість і спокій заспокоють підлітка і він буде краще довіряти дорослому.

2. Не варто зразу повідомляти про це батькам, іншим родичам. Це не так очевидно, але іноді найгірше, що можна зробити – це без відома підлітка розповісти про все іншим людям. Родичі можуть некоректно сприйняти цю ситуацію і лише посприяти тому, що їх підліток закрийється і ще більше переконається в правильності своїх дій.

3. Пообіцяти конфіденційність і дотриматись обіцянки, без згоди підлітка не розповідати нікому про ушкодження.

4. Не варто говорити, що це дурниці, або що це просто демонстрація. Навіть якщо це й так, результатом буде лише погіршення ситуації. Попри те, що більшість підлітків, що шкодять собі хочуть аби хтось побачив їх страждання і допоміг, визнати це буває дуже соромно і ніяково. Тому висловлювати, а тим більше, стверджувати власні ідеї щодо поведінки молодшої людини – це не є педагогічним способом вирішити проблему.

5. Не варто вести підлітка до психолога проти волі. Робити це не варто, адже тоді налагодити контакт та взаємодію з підлітком психологу буде складніше.

6. Ненав'язливо взнати в чому проблема та порадити разом сходити до психолога, головне – зламати думку про те, що нікому ця проблема не цікава і ніхто не може їй зарадити.

7. Не варто давати поради, лікувати та говорити, що все буде добре. Більшість людей це просто дратує. Особистість знаходиться в пригніченому стані, для неї її стан важкий і це дуже серйозно.

8. Не варто ігнорувати. Якщо не знаєте як чинити, то краще спочатку порадитись із фахівцем, але ігнорувати це не варто і для цього є декілька причин: самоушкодження може бути симптомом психічних розладів, проблем у родині, важких емоційних переживань, близько половини суїцидів супроводжуються самоушкодженнями, самоушкодження можуть створити проблеми в майбутньому при влаштуванні на роботу та проведенні дозвілля, існує шанс нашкодити власному здоров'ю набагато більше через інфекції, загнивання, погане заживання ран.

9. Допомогти знайти альтернативу саморунівній поведінці та надавати необхідну підтримку. Робити акцент на сильних сторонах підлітка та допомогти покращити слабкі без аутоагресії.

10. Не варто реагувати емоційно. Як вже було сказано, основа самоушкоджень – це дезадаптивні переконання, схеми мислення, серед яких часто фігурує провина. Людина і так відчуває провину, свою непотрібність, нікчемність, а якщо це ще й провокує зайві проблеми для оточуючих, і для неї самої, то з'являється додаткова травма, додаткове відчуття провини і стан лише погіршується.

11. Навчити хвалити себе, або просто допомагати психологу в роботі за необхідності.

### **Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі**

Аутоагресія об'єднує в собі різні форми поведінки, в даній статті було висвітлено особливості самоушкодження. Самоушкодження зазвичай характеризуються порізами, ударами, опіками власних тканин тіла. Найбільш актуальна дана проблема серед підлітків тому, що в цьому віці ще несформовані захисні механізми протидії стресогенним ситуаціям та загалом система саморегуляції. Самоушкодження можуть бути симптомом психічних розладів, але в більшості випадків причина в психологічних проблемах. Близько 20% підлітків віком 13-14 років мають досвід самоушкоджень. Їм властивий підвищений рівень аутоагресії і знижений рівень гетероагресії. Основними чинниками, що спричиняють самоушкодження підлітків є: розлучення батьків, часті сімейні скандали, булінг, критика, невзаємне кохання. Попри те, що, зазвичай, підлітки приховують свої шрами, вони прагнуть спілкування і допомоги, але намагаються не показувати свою слабкість, адже рівняються на дорослих людей.

Застосування методу когнітивно-поведінкової терапії, а саме

«схема-терапії», при корекції аутоагресивної поведінки дозволяє змінити поведінкові стереотипи самоушкодження, розвинути здатність усвідомлювати власні проблеми та схеми мислення, що їх зумовлюють, знаходити вирішення проблемних ситуацій та утворювати нові поведінкові стереотипи. Також когнітивно-поведінкова терапія дозволяє сформувати у підлітків навички самодопомоги, є засобом здоров'язбереження та профілактикою емоційних та поведінкових порушень.

### Література

1. Klonsky D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* March 2007. № 2, P. 226-239.
2. Hawton K., Zahl D. and Weatherall, R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*. 2018. № 6. P. 537 - 542.
3. Пилягіна Г. Я. Чумак С. А., Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения. *Суицидология*. 2014. Т. 15, № 2. С. 3–20.
4. Василевич Е. С. Молчаливый крик о помощи – самоповреждения (Self-Harm). <http://www.vasilevich.kiev.ua/>. URL: <http://www.vasilevich.kiev.ua/самоповреждения-self-harm/> (дата звернення: 01.05.2021).
5. Аутоагресивна поведінка підлітків / О. В. Погорілко та ін. *eaPSMU Електронний архів Полтавського державного медичного університету*. URL: <http://elib.umsa.edu.ua/jspui/handle/umsa/7198> (дата звернення: 01.05.2021).
6. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии : навч. посіб. / пер. з англ Т. Саушкина. 2-ге вид. Москва : РЕЧЬ, 2002. 352 с.
7. Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии | Флибуста. Флибуста | Книжное братство. URL: <https://flibusta.site/b/601562> (дата звернення: 09.05.2021).
8. Бек А. Техніки когнітивної психотерапії. Психологічне консультування та психотерапія. Хрестоматія. Московський психотерапевтичний журнал. 1998. Т. 1, № 1. С.
9. Ханова О. А. Аутоагрессия у ребенка. *Красота и Медицина*. URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/autoaggression> (дата звернення: 05.05.2021).
10. Руженков В. А., Лобов Г. А., Боева А. В. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение». *dspace*. URL: [http://dspace.bsu.edu.ru/bitstream/123456789/3342/1/Ruzhenkov\\_K%20voprosu.pdf](http://dspace.bsu.edu.ru/bitstream/123456789/3342/1/Ruzhenkov_K%20voprosu.pdf) (дата звернення: 29.04.2021).
11. Абрамова Г. С. Психология развития и возрастная психология: учебное пособие: пособие. Москва : Прометей, 2018. 708 с.
12. Patrick L. Kerr Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians/ Patrick L. Kerr, Jennifer J. Muehlenkamp and James M. Turner// *The Journal of the American Board of Family Medicine* . 2010. № 23, P 240-259.
13. Self-harm | royal college of psychiatrists. Rc psych royal college of psychiatrists. URL: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/self-harm> (date of access: 29.04.2021).
14. Тернопільська В. І. Мелітопольська ЗОШ І-ІІІ ступенів №24, 2012. URL: [http://shkola24.ucoz.ua/index/psikhologichni\\_testi/0-116](http://shkola24.ucoz.ua/index/psikhologichni_testi/0-116) (дата звернення: 27.01.2021).
15. Опросник «ауто- и гетероагрессия» (Е. П. Ильин), 2015. *StudFiles*. URL: <https://studfile.net/preview/3635337/>(дата звернення: 28.01.2021).

## References

1. Klonsky D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* March 2007. Vol. 27, № 2, P. 226-239.
2. Hawton K., Zahl D. and Weatherall, R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 182, no. 6. P. 537 - 542.
3. Pilyagina G. Ya. Chumak S. A., Prediktory formirovaniya i recidivirovaniya samorazrushayushhego povedeniya. *Suicidologiya*. 2014. T. 15, № 2. S. 3–20.
4. Vasilevich E. S. Molchaliviy krik o pomoshi – samopovrezhdeniya (Self-Harm). <http://www.vasilevich.kiev.ua/>. URL: <http://www.vasilevich.kiev.ua/samopovrezhdeniya-self-harm/> (data zvernennya: 01.05.2021).
5. Autoahresyvna povedinka pidlitkiv / O. V. Pohorilko ta in. eaPSMU Elektronnyy arkhiv Poltavskoho derzhavnogo medychnoho universytetu. URL: <http://elib.umsa.edu.ua/jspui/handle/umsa/7198> (data zvernennia: 01.05.2021).
6. Ellis A., Drajden U. *Praktika racionalno-emocionalnoj povedencheskoj terapii : navch. posib. / per. z angl T. Saushkina. 2-ge vid. Moskva : RECh, 2002. 352 s.*
7. Yakob G. *Prakticheskoe rukovodstvo po shema-terapii | Flibusta. Flibusta | Knizhnoe bratstvo*. URL: <https://flibusta.site/b/601562> (data zvernennya: 09.05.2021).
8. Bek A. *Tekhniki kohnityvnoi psykhoterapii. Psykholohichne konsultuvannya ta psykhoterapiia. Khrestomatiia. Moskovskiy psykhoterapevtichnyi zhurnal. 1998. T. 1, № 1. S. 142–166.*
9. Hanova O. A. *Autoagressiya u rebenka. Krasota i Medicina*. URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/autoaggression> (data zvernennya: 05.05.2021).
10. Ruzhenkov V. A., Lobov G. A., Boeva A. V. *K voprosu ob utochnenii sodержaniya ponyatiya «autoagressivnoe povedenie».* dspace. URL: [http://dspace.bsu.edu.ru/bitstream/123456789/3342/1/Ruzhenkov\\_K%20voprosu.pdf](http://dspace.bsu.edu.ru/bitstream/123456789/3342/1/Ruzhenkov_K%20voprosu.pdf) (data zvernennya: 29.04.2021).
11. Abramova G. S. *Psihologiya razvitiya i vozrastnaya psihologiya: uchebnoe posobie : posobie. Moskva : Prometej, 2018. 708 s.*
12. Patrick L. Kerr *Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians/ Patrick L. Kerr, Jennifer J. Muehlenkamp and James M. Turner// The Journal of the American Board of Family Medicine . 2010. № 23, P 240-259.*
13. *Self-harm | royal college of psychiatrists. Rc psych royal college of psychiatrists.* URL: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/self-harm> (date of access: 29.04.2021).
14. *Temopilska V. I. Melitopolska ZOSH I-III stupeniv №24 - Psykholohichni testi, 2012* URL: [http://shkola24.ucoz.ua/index/psihologichni\\_testi/0-116](http://shkola24.ucoz.ua/index/psihologichni_testi/0-116) (data zvernennia: 27.01.2021).
15. *Oprosnik «auto- i geteroagressiya» (E. P. Illin), 2015* URL: <https://studfile.net/preview/3635337/>(data zvernennya: 28.01.2021).

Paper received/Надійшла : 29.04.2021