

Національний університет «Чернігівський колегіум»

імені Т.Г.Шевченка

Науково-навчальний інститут психології та соціальної роботи

Кафедра загальної, вікової та соціальної психології ім. М.А. Скока

БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему:

**«ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІРРАЦІОНАЛЬНИХ НАСТАНОВЛЕНЬ ТА
АУТОДЕСТРУКТИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У ПОВЕДІНЦІ ПІДЛІТКІВ»**

Студентки 4 курсу 41 групи

напрямку підготовки 053 Психологія

Сотниченко Яніни Дмитрівни

Науковий керівник:

канд. психол. наук, доцент

Ющенко Ірина Миколаївна

Оцінка:

Національна шкала: _____

Кількість балів _____ ECTS _____

Члени комісії _____

Чернігів 2024

Студент _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Науковий керівник _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри

загальної, вікової та соціальної психології

протокол № _____ від «____» _____ 2024 року. Студент
допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ	6
1.1. Феномен аутодеструктивної поведінки	6
1.2. Види аутодеструктивної поведінки.....	9
1.3 Причини та чинники аутодеструктивної поведінки, як різновид девіантної поведінки у підлітковому віці.	12
1.4 Поняття про ірраціональні настановлення особистості та їх вплив на поведінку особистості.....	14
Висновки до першого розділу.....	16
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІРРАЦІОНАЛЬНИХ НАСТАНОВ ПРИ АУТОДЕСТРУКТИВНІЙ ПОВЕДІНЦІ.....	17
2.1 Методи та процедура емпіричного дослідження, характеристика вибірки	17
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	19
Висновки до другого розділу	34
ВИСНОВОК.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	38

ВСТУП

Актуальність вивчення особливостей ірраціональних настановлень у підлітків зі схильністю до аутодеструктивної поведінки залежить від кількох ключових факторів. Збільшення кількості випадків аутоагресивної поведінки серед підлітків у сучасному суспільстві викликало серйозне суспільне обурення. Розуміння ірраціональних переконань, що стоять за такою поведінкою, може допомогти розробити ефективніші стратегії профілактики та лікування.

Недостатність досліджень у цій галузі призводить до прогалин у нашому розумінні механізмів формування та розвитку ірраціональних установок у підлітків з аутодеструктивною поведінкою. Більш детальне вивчення цього питання могло б привнести нові знання та перспективи для розробки практичних рекомендацій.

У контексті проблематики зростаючого стресу та психологічних труднощів серед підлітків у сучасному житті, визнання їхніх ірраціональних настановлень може допомогти забезпечити необхідну для них підтримку та адаптацію до складних ситуацій.

Об'єкт дослідження: аутодеструктивна поведінка у підлітковому віці.

Предмет дослідження: взаємозв'язок ірраціональних настановлень та аутодеструктивних тенденцій у поведінці підлітків.

Мета дослідження полягає у вивченні взаємозв'язку ірраціональних настановлень у підлітків та схильності до аутодеструктивної поведінки.

Згідно з поставленою метою було визначено основні **завдання дослідження:**

- 1) розкрити сутність ауто деструктивної поведінки та її різновиди;
- 2) визначити особливості, причини та чинники аутодеструктивної поведінки у підлітковому віці;
- 3) здійснити аналіз змісту поняття ірраціональні настановлення та теоретично обґрунтувати їх взаємозв'язок із аутодеструктивною поведінкою у підлітків;

4) емпірично дослідити особливості взаємозв'язку ірраціональних настановлень та схильності до аутодеструктивної поведінки.

Методологічною та теоретичною основою дослідження виступили роботи присвячені аутодеструктивній поведінці (Зигмунд Фрейд, Еміль Дюркгейм, Марша Лінехан, Девід Клонські, Олена Павліковська, Пол Пленер, Метью Ноком, Фейрбер і Гаррісон, Артур Крісп, Естер Стіс, Сінтія Булік, Джон Боулбі, Мері Ейнсворт, Кеннет Додж, Ерік Еріксон, когнітивно-емотивна теорія А.Елліса, розробки з вікової психології, присвячені особливостям підліткового віку та девіантній поведінці підлітків.

Структура роботи складається з вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі розглядаються теоретичні основи проблеми, у другому – методологічні аспекти дослідження, аналіз результатів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

1.1. Феномен аутодеструктивної поведінки

Аутодеструктивна поведінка є серйозною проблемою, особливо в підлітковому віці, коли людина переживає важкі періоди психологічного та соціального розвитку. Ця поведінка включає різні форми поведінки, спрямовані на заподіяння шкоди або шкоди тілу чи психічному стану людини. Вивчення феномену аутодеструктивної поведінки є важливим для розробки ефективних методів профілактики та втручання.

Самопошкодження поведінки визначається як дії, спрямовані на заподіяння шкоди здоров'ю або життю людини. Ці дії можуть бути як свідомими, так і несвідомими, і можуть включати симптоми фізичних, психічних та соціальних форм.

Основними характеристиками аутодеструктивної поведінки є свідомий чи несвідомий їх характер чи несвідома. Поведінка може бути свідомою, наприклад, навмисне порізання шкіри, або несвідомою, наприклад, постійне прагнення перебувати в небезпечній ситуації. Форми симптомів, що проявляються можуть бути фізичними, які включають самопошкодження (порізи чи опіки) та психічними такі, як депресія, занепокоєння, соціальне відчуження, ізоляція, напади на себе.

Мотиви саморуйнівної поведінки варіюються від бажання зняти емоційний стрес або уникнути болю до спроби привернути увагу чи докори сумління за певну поведінку чи думку.

Насамперед розглянемо історичний та теоретичний контекст. Перші спроби пояснити аутодеструктивну поведінку пов'язані з роботами психоаналітиків, таких як Зигмунд Фрейд, які розглядали ці дії як прояви внутрішнього конфлікту та несвідомого бажання покарання. Згідно з психоаналітичною теорією, саморуйнівна поведінка є результатом внутрішніх психічних конфліктів і напруженості. Протягом XX століття, у

60-х роках, Еміль Дюркгейм розглядав самогубство як соціальне явище, яке могло бути результатом аутодеструктивної поведінки.

В наш час і психологи, і психіатри проводять дослідження самопошкодження поведінки. Наприклад, Марша Лінехан розробила діалектичну поведінкову терапію, яка ефективно використовується для лікування розладів, пов'язаних із заподіянням собі шкоди.

Сучасні теорії, розглядають саморуйнівну поведінку як спосіб уникнути впливу негативних емоцій та зовнішніх стресових факторів. Відповідно до моделі когнітивної поведінки, цей тип поведінки є результатом навчання та розширення можливостей, які послаблюють негативні емоції через самопошкодження, що призводить до тимчасового полегшення, але з довгостроковими негативними наслідками.

Сучасні дослідження зосереджені на біопсихосоціальних моделях, що поєднують біологічні, психологічні та соціальні чинники аутодеструктивної поведінки.

Основними напрямки таких досліджень є наступні аспекти. Дослідження нейробіологічних аспектів показали, що дисбаланс певних нейромедіаторів, таких як серотонін, може сприяти посиленню схильності до аутодеструктивної поведінки. Зокрема, що низький рівень серотоніну пов'язаний із підвищеною агресивністю та імпульсивністю. Це може нашкодити самому собі.

Психологічні аспекти, такі фактори, як низька самооцінка, депресія, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), часто пов'язані з саморуйнивною поведінкою. Девід Клонські показує, що психологічний стрес та емоційна нестабільність є основними детермінантами аутодеструктивної поведінки [14].

Наступним аспектом є соціальний. Сімейне середовище, вплив однолітків та культурні норми відіграють важливу роль у розвитку ауторуйнвної поведінки. Імке Баєтенс підкреслює, що підлітки, які зазнавали

знущань або емоційного насильства у своїх сім'ях, частіше завдають собі шкоди [12].

В Україні одна з провідних науковців у цій галузі є професор Олена Павліковська, яка спеціалізується на психологічних аспектах саморуйнівної поведінки в підлітковому віці. Її дослідження зосереджені на вивченні факторів, що сприяють розвитку такої поведінки, а також на розробці та апробації коригувальних методик [5].

Однією з фундаментальних робіт у даній галузі є монографія Олени Павліковської "Психологічні аспекти аутодеструктивної поведінки у підлітків", в якій розглядаються механізми виникнення і розвитку саморуйнівної поведінки, вплив різних факторів (сімейних, соціальних і психологічних) на її формування та даються практичні рекомендації щодо виправлення такої поведінки [5].

Також, значний доробок у дослідження даної проблеми зробили дослідники наукової групи під керівництвом професора Національного університету імені В. Н. Каразіна Людмили Іванової. Вони працюють над розробкою та апробацією методів корекції аутодеструктивної поведінки, заснованих на когнітивно-поведінкових підходах [2].

Порівняння статистичних даних аутодеструктивної поведінки серед підлітків в Україні та закордоном показало наступне.

В Україні проблема аутодеструктивної поведінки серед підлітків є актуальною і досліджується в рамках різних соціальних і медичних програм. За даними досліджень близько 10-15% підлітків у віці від 12 до 18 років повідомляють про самопошкоджувальну поведінку [1].

За даними Українського інституту соціальних досліджень, приблизно 20% підлітків мають суїцидальні думки, а 5-7% здійснюють спроби самогубства [6].

У США аутодеструктивна поведінка серед підлітків є також значною проблемою, і проводиться багато досліджень для розуміння та запобігання цьому явищу. Згідно з даними Центрів з контролю та профілактики

захворювань (CDC), приблизно 17% підлітків у віці від 14 до 18 років займаються самопошкодженням [18].

За даними CDC, близько 19% підлітків повідомляють про серйозні суїцидальні думки, а 9% здійснюють спроби самогубства [18].

За даними Європейського агентства з моніторингу наркотиків та наркоманії (EMCDDA), близько 13-15% підлітків у віці від 12 до 18 років повідомляють про аутодеструктивну поведінку [19].

Європейське дослідження поведінки підлітків щодо здоров'я (HBSC) вказує, що близько 22% підлітків мають суїцидальні думки, а 6% здійснюють спроби самогубства [20].

Отже, статистика щодо аутодеструктивної поведінки серед підлітків в Європі варіюється в залежності від країни, але загальні тенденції схожі з США та Україною.

1.2. Види аутодеструктивної поведінки

Самопошкодження включає різні типи поведінки, які можна класифікувати за різними критеріями, такими як симптоми фізичних, психічних та соціальних форм. Охарактеризуємо їх.

Фізичні форми аутодеструктивної поведінки передбачають дії, які завдають прямої шкоди здоров'ю організму. Найбільш поширеною формою є селфхарм. Це навмисне пошкодження тіла, таке як порізи, опіки та удари. За словами дослідника Пола Пленера, самопошкодження настільки поширене серед підлітків, що може служити способом зняття емоційного стресу. До нього можна віднести небезпечну поведінку, яка не може призвести до прямої фізичної шкоди. Наприклад, вживання алкоголю, надмірне вживання наркотиків, участь у небезпечних видах спорту без належного захисту [16].

Психічні форми аутодеструктивної поведінки включають поведінку, яка шкодить психічному здоров'ю. По-перше це низька самооцінка, що передбачає постійні негативні думки про себе, самокритичність, знецінення своїх досягнень. По-друге депресія та тривога, які є хронічними симптомами,

що призводять до розумової втоми та зниження якості життя. Згідно з дослідженням, проведеним американським клінічним психологом Метью Ноком депресія та тривожність є одними з основних чинників згубної поведінки в підлітковому віці [15].

Наступною психічною формою аутодеструктивної поведінки є розлади харчової поведінки (РХП). Анорексія, булімія та інші розлади, пов'язані з нездоровими методами контролю ваги, які можуть завдати значної шкоди організму. Фейрберн і Гаррісон зазначають, що ці розлади часто супроводжуються низькою самооцінкою та високим рівнем тривожності [13]. Британський психіатр Артур Крісп розглядав анорексію як складний психологічний феномен, що пов'язаний з глибокими страхами та конфліктами. Він розробив теорію «фобії зрілості», яка пояснює анорексію як можливість уникнення змін у тілі внаслідок дорослішання. Естер Стіс у своїх дослідженнях показала вплив мас-медіа пов'язаний зі збільшенням незадоволеності тілом у підлітків. Зокрема, її дослідження виявили, що серед підлітків, які піддаються сильному медійному тиску, ймовірність розвитку РХП значно зростає. Наприклад, одне з досліджень виявило, що 70% дівчат відчували тиск з боку медіа, що спричиняло невдоволення своїм тілом і розвитку ризикованих харчових звичок. Дослідниця Сінтія Булік підкреслює вплив соціальних мереж на формування негативного образу тіла та розвиток розладів харчової поведінки, особливо серед підлітків.

Дослідження впливу соціальних мереж на РХП демонструють тривожні тенденції. Підлітки, які проводять більшість часу в соціальних мережах, мають на 13% вищий рівень розвитку РХП, в порівнянні з тими, хто проводить менше часу. 88% дівчат свідчать, що порівнюють себе з іншими в соціальних мережах, і 50% з них відчують незадоволеність своїм тілом після порівняння. Підлітки, які регулярно переглядають фотографії з ідеалізованими тілами, мають на 23% вищий ризик розвитку РХП. 30% підлітків повідомляють, що бачили в соціальних мережах контент, який пропагує нездорові дієти або екстремальні методи схуднення. Також ті

підлітки, що зазнали кібербулінг через свою зовнішність мають удвічі вищий ризик розвитку РХП.

Соціальні форми аутодеструктивної поведінки включають дії, які негативно впливають на соціальну взаємодію та становище людини в суспільстві. До них відносяться ізоляція, антисоціальна поведінка та саботаж.

Ізоляція, відмова від соціальних контактів, уникнення спілкування з друзями та родиною. Підліток може відштовхувати близьких людей як спосіб захисту від болю або розчарування, але це може призвести до поглиблення почуття самотності та відчаю. За словами Імке Баєтенс, соціальна ізоляція може посилити почуття самотності та безнадії, що часто призводить до саморуйнування [12]. Джон Боулбі розробив теорію прив'язаності, яка підкреслює важливість соціальних зв'язків для психічного благополуччя. Його дослідження показали, що відсутність безпечної прив'язаності в дитинстві може призвести до проблем у соціальних стосунках та підвищеного ризику розвитку психологічних проблем у дорослому віці. А ось дослідниця Мері Ейнсворт розширила цю теорію прив'язаності, досліджуючи різні типи прив'язаності та їх вплив на розвиток дитини. Її дослідження показали, що безпечна прив'язаність є важливим фактором захисту від психологічних проблем та аутодеструктивної поведінки [10].

Анτισоціальна поведінка, тобто поведінка, яка порушує соціальні норми і може призвести до конфлікту з іншими. Це включає агресивну поведінку, крадіжку та брехню, які можуть мати довгострокові негативні наслідки для соціальних відносин та особистісного зростання. Модель соціальної інформаційної обробки, яку розробив Кеннет Додж, пояснює що антисоціальна поведінка виникає через неправильну інтерпретацію намірів інших та неадекватну реакцію. Підлітки з антисоціальною поведінкою частіше схильні інтерпретувати неоднозначні дії інших як ворожі. Наприклад, якщо хтось випадково штовхне їх, вони можуть подумати, що це було зроблено навмисно, і відповісти агресією [25].

Підлітки також можуть мати труднощі з генеруванням та оцінкою альтернативних рішень у конфліктних ситуаціях. Вони можуть вдаватися до агресії як до першої та єдиної реакції. Вдаватися до вандалізму або хуліганства як способу вираження гніву або фрустрації.

Саботаж, як несвідоме або свідоме перешкоджання досягненню успіху або створенням перешкод на шляху до досягнення мети. Така поведінка часто пов'язана з низькою самооцінкою та страхом успіху.

Ерік Еріксон у своїй теорії психосоціального розвитку розглядає підлітковий вік як період формування ідентичності. Він стверджує, що підлітки, які не можуть успішно вирішити конфлікт ідентичності, можуть вдаватися до саботажу як способу вираження свого гніву, розчарування та відчуття безсилля [23]. Альберт Бандура та його соціально-когнітивна теорія може бути застосована для розуміння саботажу як форми навченої поведінки [24].

Підлітки, які спостерігають саботаж у своїх батьків, однолітків або інших авторитетних фігурах, можуть перейняти цю поведінку як спосіб вирішення конфліктів або вираження своїх емоцій. Підліток може прогулювати школу, щоб уникнути неприємних ситуацій або виразити свій протест проти системи освіти. Вживання наркотиків або алкоголю як способу втекти від проблем або виразити свій бунт.

1.3. Причини та чинники аутодеструктивної поведінки, як різновид девіантної поведінки у підлітковому віці.

Аутодеструктивна поведінка в підлітковому віці – це різновид девіантної поведінки, складна і багатогранна проблема, що вимагає всебічного розгляду. Воно характеризується діями, спрямованими на заподіяння собі шкоди, як психологічного, так і фізичної.

Насамперед розглянемо психологічні фактори саморуйнівної поведінки у підлітковому віці. Молоді люди у віці від 10 років з низькою самооцінкою часто відчують себе нікчемними, непотрібними і нездатними досягти

успіху. Вони можуть вдаватися до аутоагресії як способу покарати себе або привернути увагу до своїх проблем.

Ряд дослідників провели дослідження метою якого було систематично проаналізувати та узагальнити результати попередніх досліджень, що вивчали зв'язок між низькою самооцінкою та не суїцидальною саморуйнівною поведінкою (НССП) у підлітків. НССП включає різні форми самопошкодження, такі як порізи, опіки, удари, виривання волосся тощо, які не мають на меті самогубство.

Мета-аналіз показав, що існує сильний зв'язок між низькою самооцінкою та НССП у підлітків [26]. Підлітки з низькою самооцінкою мають значно вищий ризик вдаватися до самопошкодження, ніж підлітки з нормальною або високою самооцінкою. Психологічні стани такі як депресія та тривожні розлади часто супроводжуються почуттям безнадійності, безпорадності та втратою інтересу до життя, що може спричинити девіантну поведінку. Труднощі в регулюванні емоцій, де підліткам часто важко ідентифікувати та висловити свої емоції. Це може призвести до накопичення негативних емоцій та їх вивільнення у вигляді аутоагресивної поведінки.

Наступними факторами аутодеструктивної поведінки є соціальні. Сімейні проблеми, де конфлікти з батьками, відсутність підтримки та розуміння, а також домашнє насильство можуть стати потужними тригерами для розвитку згубної поведінки. Проблеми в школі такі як цькування, соціальна ізоляція та труднощі з навчанням можуть призвести до почуття тривоги та безвиході, які можуть спричинити ризиковану поведінку. Також одним з вагомих факторів є вплив соціальних медіа. Ідеалізація саморуйнівної поведінки в соціальних мережах може підштовхнути підлітків до експериментів.

Серед біологічних факторів можна виділити генетичну схильність та гормональні зміни. Деякі дослідження показали можливість генетичної схильності до розвитку ризикованої поведінки, особливо в поєднанні зі шкідливими психологічними та соціальними факторами. Гормональні

коливання в період статевого дозрівання можуть впливати на емоційний стан і схильність до імпульсивної поведінки, що може збільшити ризик розвитку небезпечної поведінки.

1.4. Поняття про ірраціональні настановлення особистості та їх вплив на поведінку особистості.

Ірраціональні настановлення особистості – це нелогічні, нереалістичні та абсолютистські переконання, які людина має щодо себе, інших людей та світу загалом. Ці переконання часто є жорсткими, негнучкими та не піддаються критичному осмисленню. Вони можуть викликати негативні емоції, такі як, гнів, тривога депресія, та призводити до неадаптивної поведінки [21;22].

Ірраціональні настановлення можуть проявлятися у різних сферах життя. Стосунки з іншими людьми: «Я повинна подобатися всім», «Мене повинні завжди схвалювати», «Люди не повинні робити помилок». Досягнення цілей: «Я повинна бути успішна у всьому», «Я не можу терпіти невдачі», «Я повинна бути ідеальною». Сприйняття себе: «Я нічого не варта», «Я невдаха», «Я ніколи не змінюся» [21].

Вплив ірраціональних настановлень на поведінку людини може бути значним. Він може призвести до проблем в міжособистісних відносинах: конфліктів, соціальної ізоляції, труднощів у встановленні та підтримці здорових відносин. Труднощів у навчанні і роботі: перфекціонізму, прокрастинації, страху невдачі та низької продуктивності. Психологічні проблеми: тривожні і депресивні розлади, низька самооцінка та проблеми з прийняттям себе. Неадаптивна поведінка: зловживання наркотиками, розлади харчової поведінки, самоушкодження.

Альберт Елліс, американський психолог і засновник когнітивно-емоційної терапії, вважав, що ірраціональні переконання є основною причиною емоційних проблем і неадаптивної поведінки. Він визначив 12 основних ірраціональних переконань, яких часто дотримуються люди. Перше

це потреба в схваленні, я повинен бути схвалений усіма значущими людьми. Друге це перфекціонізм, я повинен бути компетентним, адекватним та успішним у всьому, що роблю. Наступне це обвинувачення, тобто люди, що чинять погано, є поганими і мають бути покарані. Далі йде ірраціональне переконання катастрофізації, де люди жакливо сприймають коли речі не йдуть так, як вони хочуть. Наступне безпорадність, де нещастя людини спричинене зовнішніми силами, і вона мало що може зробити, щоб контролювати свій смуток і страждання.

Також одним з переконань є тривожність, якщо щось небезпечне або страшне може статися, і людина має дуже перейматися через це. Уникнення проблем, тобто легше уникати життєвих труднощів і відповідальності, ніж стикатися з ними. Залежність теж відноситься до ірраціональних переконань, людина має покладатися на інших і потребувати когось сильнішого, на кого можна розраховувати. Далі слідує установка щодо проблеми інших - мої проблеми, я повинен відчувати себе дуже засмученим через проблеми та труднощі інших людей. Минуле визначає сьогодення, це настановлення пояснюється як те, що колись сильно вплинуло на життя, продовжує визначати почуття і поведінку сьогодні. Наступне переконання це єдине правильне рішення, тобто на кожну проблему є правильне, ідеальне рішення, і я повинен знайти його, інакше відбудеться катастрофа. Заключним є переконання, що емоції не контролюються, не можна контролювати свої емоції, і не можна не відчувати себе певним чином.

Елліс розробив цю теорію як спосіб допомогти людям визначити ірраціональні переконання та перетворити їх на більш раціональні та адаптовані переконання. Такий підхід може допомогти людям краще зрозуміти свої емоції та поведінку та розробити кращі стратегії вирішення проблем.

Висновки до першого розділу

Перший розділ роботи, присвячений теоретико-методологічному аналізу ірраціональних настановлень підлітків зі схильністю до аутодеструктивної поведінки, дозволив здійснити глибоке занурення у концептуальні основи цього феномену. Аналізуючи поняття аутодеструктивної поведінки було звернено увагу таких дослідників як Зигмунд Фрейд, Еміль Дюркгейм, Марша Лінехан, Девід Клонські, Імке Баєтенс, Олена Павліковська, Людмила Іванона, Пол Пленер, Метью Ноком, Фейрбер і Гаррісон, Артур Крісп, Естер Стіс, Сінтія Булік, Джон Боулбі, Мері Ейнсворт, Кеннет Додж, Ерік Еріксон, Альберт Бандура, Альберт Елліс. Їхні дослідження і висновки дали зрозуміти, що аутодеструктивна поведінка є складним і багатофакторним феноменом, який особливо часто проявляється в підлітковому віці. В цей час відбуваються значні психологічні та соціальні зміни. Ця поведінка може включати як фізичні, так і психічні форми самопошкодження, які мають різноманітні причини та прояви. Серед основних характеристик аутодеструктивної поведінки можна виділити свідомі та несвідомі дії, спрямовані на заподіяння шкоди своєму тілу чи психічному стану.

Ірраціональні настановлення особистості також відіграють значну роль у формуванні аутодеструктивної поведінки. Ці настановлення включають нелогічні та нереалістичні переконання, які можуть призводити до негативних емоцій та неадаптивної поведінки.

Вивчення та розуміння аутодеструктивної поведінки є важливим для розробки ефективних методів профілактики та втручання. Практичні рекомендації включають розробку коригувальних методик, підтримку безпечних соціальних зв'язків, використання когнітивно-поведінкової терапії та інших підходів, спрямованих на зменшення негативного впливу біологічних, психологічних та соціальних факторів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІРРАЦІОНАЛЬНИХ НАСТАНОВ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1 Методи та процедура емпіричного дослідження, характеристика вибірки

Дане емпіричне дослідження було присвячене вивченню особливостей ірраціональних настановлень у підлітків зі схильністю до аутодеструктивної поведінки. Було обрано метод анкетування, шкалювання та статистичний аналіз отриманих даних (описові статистики, таблиці взаємоперетину, кореляційний аналіз Пірсона). При опитуванні респондентів було дотримано принципи конфіденційності та добровільності. У дослідженні взяли участь 60 підлітків віком від 14 до 16 років. Гендерний розподіл учасників складає: 36 жінок (60%), 22 чоловіки (36,7%) та 2 інше (3,3%).

Методологічні засоби емпіричного дослідження. Для дослідження теми кваліфікаційної роботи було використано:

1. Опитувальник «Антивітальності та життєстійкості»
2. Діагностика ірраціональних настанов Елліса

Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювався за допомогою програми SPSS (описові статистики, таблиці спряженості, кореляційний аналіз Пірсона).

Опитувальник «Антивітальності та життєстійкості» складається з 72 питань та спрямований на оцінку рівня антивітальних тенденцій у особистості та рівня її життєстійкості. Він є цінним інструментом для дослідження з кількох причин. Опитувальник оцінює як позитивні, так і негативні аспекти особистості, що дозволяє отримати повну картину психоемоційного стану підлітка. Шкала життєстійкості допомагає виявити ресурси і стратегії подолання труднощів, тоді як шкала антивітальності виявляє фактори ризику.

Він дозволяє ідентифікувати думки, почуття і дії, які спрямовані проти життя і здоров'я, що є критичними для розуміння аутодеструктивної поведінки. Це включає аналіз переживань, пов'язаних із відчуттям безпорадності, марності життя та негативного сприйняття майбутнього. Також опитувальник враховує соціальні фактори, такі як мікросоціальні конфлікти, підтримка з боку сім'ї та однолітків, що дозволяє зрозуміти, як соціальне оточення впливає на формування ірраціональних настановлень і поведінкових патернів у підлітків.

Шкали антивітальності описують антивітальні переживання, думки та дії, що спрямовані проти біологічних потреб у продовженні життя та підтримці здоров'я. Антивітальна спрямованість формує антивітальну поведінку, пов'язану з несприятливою соціальною ситуацією та виснаженням ресурсів для подолання проблем. Найбільш значущими факторами ризику антивітальної або суїцидальної поведінки є мікросоціальний конфлікт, наприклад дисфункціональна сім'я, конфлікти серед однолітків та переконання про себе як "зайвого" і безпорадного. Тривожні румінації провокують зростання емоційної напруги, що виснажує психічні ресурси і підвищує ймовірність імпульсивної поведінки. Чим довший цикл збільшення напруги, тим вищий ризик, що навіть незначний привід може стати «над стимулом» для антивітальної або суїцидальної поведінки.

Шкали життєстійкості визначають чинники, що стримують антивітальні тенденції, та виявляють компенсаторні механізми особистості для подолання важких ситуацій. Життєстійкість проявляється в оптимізмі щодо майбутнього, здатності долати труднощі, конструктивних рішеннях, ресурсах компенсації самооцінки в стресових ситуаціях, соціально-психологічній підтримці, відсутності мікросоціального конфлікту, здатності розв'язувати проблеми, задоволеності життям та досягненні успіхів у навчанні. Найбільш значущі чинники, що стримують антивітальні переживання, – шкали «функціональна сім'я» та «саморегуляція», які

забезпечують стабільні стосунки та здатність до саморегуляції в стресових ситуаціях.

Діагностика ірраціональних настановлень А. Елліса – 50 запитань, 6 шкал, з них 4 шкали – основні і відповідають 3 групам ірраціональних установок мислення, виділених автором: «катастрофізація», «вимоги щодо себе», «вимоги щодо інших», «самооцінка і раціональність мислення», «фрустраційна толерантність».

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження

За результатами дослідження схильності до аутодеструктивної поведінки за опитувальником «Антивітальність та життєстійкість» ми отримали наступні данні, що представлені на таблиці 1.1.

Для зручності інтерпретації результатів ми обрахували відсотковий показник кожного з рівнів прояву антивітальності та життєстійкості. Це дало нам змогу не аналізувати результати кожного з досліджуваних, а визначити загальні тенденції, що притаманні всім досліджуваним цієї вибірки.

Таблиця 1.1.

Рівні прояву показників антивітальності та життєстійкості, у %

Назви шкал	Рівень прояву		
	Низький	Середній	Високий
Антивітальність			
Антивітальні думки до дії	11,9	28,8	59,3
Антивітальні переживання	10,0	31,7	58,3
Страх негативної оцінки	10,0	26,7	63,3
Мікросоціальний конфлікт	6,7	48,3	45,0
Самотність, недовірливість	8,3	50,0	41,7
Шкідливі звички	-	31,7	68,3
Тривожні румінації	10,0	40,0	50,0
Схильність до асоціальної поведінки	11,7	23,3	65,0

Життєстійкість			
Психологічна підтримка	8,3	43,3	48,3
Функціональність сім'ї	11,7	31,7	56,7
Задоволеність життям	11,7	35,0	53,3
Прагнення успіху	8,3	30,0	61,7
Саморегуляція	10,0	40,0	50,0
Позитивний образ майбутнього	13,3	30,0	56,7

Почнемо послідовно аналізувати шкали антивітальності. Шкала антивітальні думки та дії найбільш значуща з точки зору антивітального/суїцидального ризику. Вона включає не тільки неясні переживання, а й цілком певні думки, що мають саморуйнівний характер. Згідно отриманих результатів маємо високий рівень прояву у більшості вибірки 59,3%, середній рівень прояву – 28,8% респондентів та низький рівень прояву у 11,9% опитаних.

Високий рівень прояву може свідчити про те, що в персональному досвіді випробовуваного вже є антивітальні вчинки або вироблені антивітальні наміри. Що вищі показники за цією шкалою, то ймовірніше, що "пусковим" стимулом до антивітальних дій може слугувати будь-який, навіть об'єктивно незначний стресор.

Середній рівень прояву свідчить про несформованість конструктивних стратегій подолання важких ситуацій, про наявність неблагополуччя, мікросоціальний конфлікт, незадоволеність актуальних соціальних мотивів, нереалізованість, порушення самоідентичності, про високий рівень психічного напруження (накопичений афект).

Низький рівень прояву може характеризувати мінімальну готовність до заподіяння шкоди своєму здоров'ю з тих чи інших причин.

Шкала антивітальні переживання передуює антивітальній поведінці та думкам і може супроводжувати її. Як правило, ця шкала пов'язана з високими показниками за шкалою мікросоціальний конфлікт. Високий

рівень прояву антивітальних переживань має 58,3% респондентів, середній рівень прояву зустрічається у 31,7% досліджуваних, а низький рівень прояву мають 10% опитаних.

Високий рівень прояву антивітальних переживань говорить про те, що можливе переживання сильних негативних емоцій, які виснажують психічні ресурси. Прикладом може бути образа, розпач або «душевний біль».

Середній рівень прояву свідчить про характерні переживання непотрібності навіть близьким людям, самотності серед однолітків та інших людей.

Низький рівень прояву вказує що підліток замислюється над тим, що буде, якщо він зникне, його життя знецінюється, втрачається осмисленість життя, сплющується часова перспектива, ніби теперішнє проходить повз. Поки що це пасивні думки без активних дій чи приготувань.

Шкала страху негативної оцінки характеризує оцінювання однолітками «Я» і своєї зовнішності. Актуальна для сучасної молоді, де соціалізація пов'язана з постійним оцінюванням і високою вірогідністю ситуацій критики, висміювання, відкидання, булінгу за будь-якими формальними ознаками, що відрізняють людей один від одного. 63,3% опитаних демонструють високий рівень прояву за цією шкалою. Середній рівень прояву – 26,7%, низький рівень прояву – 10%. Отже більшість підлітків з даної вибірки бояться бути висміяними. Такі ситуації сприймаються підлітками болісно і слугують підґрунтям різних форм дезадаптацій. Страх висміювання і обтяжливі переконання щодо дефектів зовнішності можуть значно знизити задоволеність життям і собою, призвести до уникнення участі в ситуаціях соціальної взаємодії (ізоляції), до нестабільності самооцінки, фрустрації значущих соціальних мотивів, до порушення адаптації. Подібні переживання можуть слугувати основою для формування антивітальних переживань. Можливий досвід публічних насмішок або негативної оцінки зовнішності, що слугує «пусковим» механізмом розвитку цих побоювань.

Шкала мікросоціальний конфлікт характеризує конфлікт у різних сферах життя. Високий рівень прояву мають 45% досліджуваних, середній рівень прояву виражається у 48,3% та низький рівень прояву у 6,7% опитаних. Наявність мікросоціального конфлікту, особливо в сім'ї, виступає значущим чинником для антивітальної поведінки. У дисфункціональній сім'ї підліток не може отримати любов, повагу та стабільну підтримку, відчуває фрустрацію вікових потреб, що може провокувати порушення позитивної самоідентичності, тенденції до асоціальної або аутодеструктивної поведінки. Конфлікти з однолітками включають ситуації психологічного цькування (знущання, глузування), які переживаються дуже болісно, бо пов'язані з фрустрацією провідних мотивів.

Шкала самотності та недовірливості характеризує підозрілість до інших, відстороненість від спілкування через уявлення про інших як таких, що здатні заподіяти шкоду, зрадити. 41,7% мають високий рівень прояву по цій шкалі. За такої системи переконань суб'єкт не шукає допомоги та підтримки у скрутній ситуації, схильний розв'язувати проблеми самотужки, він відчувається самотнім, але недовіра до інших не дає змоги йому безпосередньо спілкуватися з іншими. У 50% респондентів спостерігається середній рівень прояву. Ймовірна наявність у минулому або теперішньому досвіду зради/жорстокого поводження, що сформувало недовіру до інших. За низьким рівнем прояву – 8,3% є схильність діяти поодинокі поряд із переживанням самотності.

Шкала шкідливих звичок демонструє ті негативні звички, що використовуються з метою реалізації значущих соціальних мотивів (у визнанні та прийнятті іншими, у комунікації). Такі способи реалізації соціальних мотивів особистості можуть бути використані внаслідок несформованості більш конструктивних способів упоратися з напругою в соціальних ситуаціях (куріння "за компанію", алкоголь, "щоб зняти напругу"). За цією шкалою маємо наступні результати: високий рівень прояву – 68,3% та середній рівень прояву – 31,7%. Як можна помітити

відсутній низький рівень прояву, що свідчить про несприятливий чинник у контексті підвищення ймовірності імпульсивної поведінки в ситуації стресу. Шкала тривожні румінації пов'язана з тривогою, що супроводжується фіксацією на негативних аспектах минулих ситуацій. Характеризує уявне "застрявання" на подіях, у яких не було досягнуто образу успішного виконання завдання. Такі румінації позначаються на тому, що людина сприймає ретроспективні події, фокусуючись на негативному (не вистачило часу, невдача). Утруднення перемикавання на інші види діяльності може сприяти накопиченню психічного напруження, підвищуючи ймовірність зриву діяльності/декомпенсації. Показники з цієї шкали: високий рівень прояву мають 50% досліджуваних, середній рівень прояву спостерігається у 40% та 10% респондентів має низький рівень прояву.

Останньою шкалою антивitalності є схильність до асоціальної поведінки. Вона характеризує схильність до асоціальної поведінки, порушення правил. Характерні уявлення про інших як про "спосіб" задоволення власних потреб. Високий рівень прояву (65%) вказує на те, що підліток не схильний переживати почуття провини або сорому за асоціальну поведінку, навпаки, він буде отримувати задоволення від порушення заборон. За середнім рівнем прояву (23,3%) можлива схильність до маніпулювання іншими, використовувати їх у своїх цілях, самостверджуватися за їхній рахунок. У конфлікті характерна зовні агресивна реакція. При низькому рівні прояву (11,7%) цінність іншої людини знижена, співпереживання не характерне.

Перейдемо до аналізу шкал життєстійкості. Першою є шкала психологічної підтримки. Результати отримали такі: високий рівень прояву – 48,3%, середній рівень прояву – 43,3%, низький рівень прояву – 8,3 %. Високі показники за шкалою свідчать про наявність у найближчому соціальному оточенні достатньої соціально-психологічної підтримки (друзів, педагогів). Це ресурси життєстійкості, що виступають стримувальними антивitalними переживання чинниками і конструктивними компенсаційними

механізмами. Зміцнення дружніх стосунків з іншими дає змогу певною мірою компенсувати нестачу підтримки в сім'ї в разі дисфункцій сім'ї.

Шкала функціональної сім'ї. Функціональна сім'я – це благополучна сім'я, що ґрунтується на довірі та повазі членів сім'ї один до одного. У такій сім'ї підліток завжди знає, як ставляться до нього батьки. Довіряючи членам сім'ї, він прагнучиме розв'язати свої проблеми спільно і конструктивно. Найбільш значущим чинником, що перешкоджає виникненню антивітальних переживань, думок і дій, виступає повага підлітка членами сім'ї, врахування його думки під час ухвалення рішень.

За цією шкалою 56,7% підлітків мають високий рівень прояву. Високі показники за шкалою утворюють найпотужніший і найзначущіший конструктивний компенсувальний механізм, чинник, що стримує антивітальні тенденції. Це стабільна психологічна підтримка, повага і любов членів сім'ї. Середній рівень прояву є у 31,7% опитаних та низький рівень прояву – 11,7%.

Шкала «Задоволеність життям». Задоволеність у різних сферах життя забезпечує проживання позитивних емоцій, реалізацію мотивів, відсутність психічного напруження. Як правило, взаємопов'язана зі шкалою «функціональна сім'я». Виступає значущим стримувальним чинником. За результатами цієї шкали 53,3% мають високий рівень прояву, 35% середній рівень прояву і низький рівень прояву у 11,7% підлітків. Високі показники за шкалою свідчать про задоволеність навчальною діяльністю, соціальним становищем у групі, життям загалом. Цей ресурс вказує на суб'єктивний психологічний комфорт, задоволеність або наявність можливості реалізації актуальних соціальних потреб (у прийнятті, у спілкуванні з однолітками, визнанні, успіху та самореалізації).

Шкала «Прагнення успіху» показує, що 61,7% респондентів мають високий рівень прояву, а середній та низький рівень прояву мають 30% та 8,3% відповідно. Високі показники характеризують суб'єкта як такого, що прагне успіху і визнання, самовдосконалення. Характерні риси досконалого

стилю навчання, що супроводжуються ініціативністю та соціальною сміливістю в академічних ситуаціях (готовністю висловити точку зору, виступити перед аудиторією, незважаючи на можливе хвилювання). Соціальна сміливість і досконалість у навчанні виступають компенсаторними ресурсами, забезпечуючи цілеспрямованість людини, однак у разі фрустрації цієї значущої потреби можливе зростання емоційної напруги.

Шкала саморегуляції. Саморегуляція забезпечує сформованість психологічних засобів для управління настроєм та емоціями. Суб'єкт здатен опосередковувати складні емоції та переживання, відгальмовувати імпульсивні реакції, діяти з урахуванням прогнозування. Саморегуляція і планування протилежні імпульсивному реагуванню, ситуативній поведінці під впливом емоцій. Слугують значущим ресурсом, що забезпечує довільний характер діяльності та поведінки, зокрема в стресових ситуаціях. Характерні самоконтроль, виважені судження і стратегічна логіка при прийнятті рішень. Результати за цією шкалою: високий рівень прояву – 50%, середній рівень прояву – 40%, низький рівень прояву – 10%. Високі показники за цією шкалою свідчать про схильність до раціонального планування в поєднанні з гнучким аналізом різних способів, аналізу наслідків своїх дій.

Шкала позитивного образу майбутнього. Високий рівень прояву демонструють 56,7% досліджуваних. Середній рівень прояву показують 30% опитаних. Низький рівень прояву у 13,3% підлітків. Високі показники за шкалою свідчать про цілеспрямованість і позитивний образ майбутнього, надію на успіх і досягнення в перспективі. У підлітка є життєва мета, він очікує отримати успіх і визнання в майбутньому, схильний до того, що в перспективі на нього чекає більше хорошого. Оптимістичність прогнозів майбутнього забезпечує ресурс подолання важких життєвих ситуацій, виступає "стримувальним" чинником.

Наступною методикою дослідження є діагностика ірраціональних настанов Елліса. Ця методика дозволяє розглянути рівні прояву чотирьох

виділених автором ірраціональних настановлень, що відповідають чотирьом основним шкалам. Додатково вона містить шкали, що визначають рівень фрустраційної толерантності та загальний ступінь раціональності мислення. Результати методики наведені нижче, у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

Рівень прояву ірраціональних настановлень, у%

Ірраціональні настановлення	Рівень прояву		
	яскраво виражений	Наявний	відсутній
Катастрофізація	6,7	58,3	6,7
Вимоги до себе	18,3	80, 0	1,7
Вимоги до інших	13,3	76,7	10,0
Самооцінка, раціональність мислення	15,0	71,7	66,7
Фрустраційна толерантність	20,0	66,7	13,3

Розглянемо окремо кожен з типів ірраціонального настановлення, за допомогою діаграм. Як можна помітити для досліджуваних підлітків (98,3%) найхарактернішою є установка вимог щодо себе. Її наявність свідчить про надмірну вимогливість до себе, гострі переживання власних помилок і невдач, нездоровий перфекціонізм, постійне невдоволення собою і схильність до самозвинувачень. Тільки у 10% респондентів така ірраціональна установка відсутня (див. Рис. 1.1).

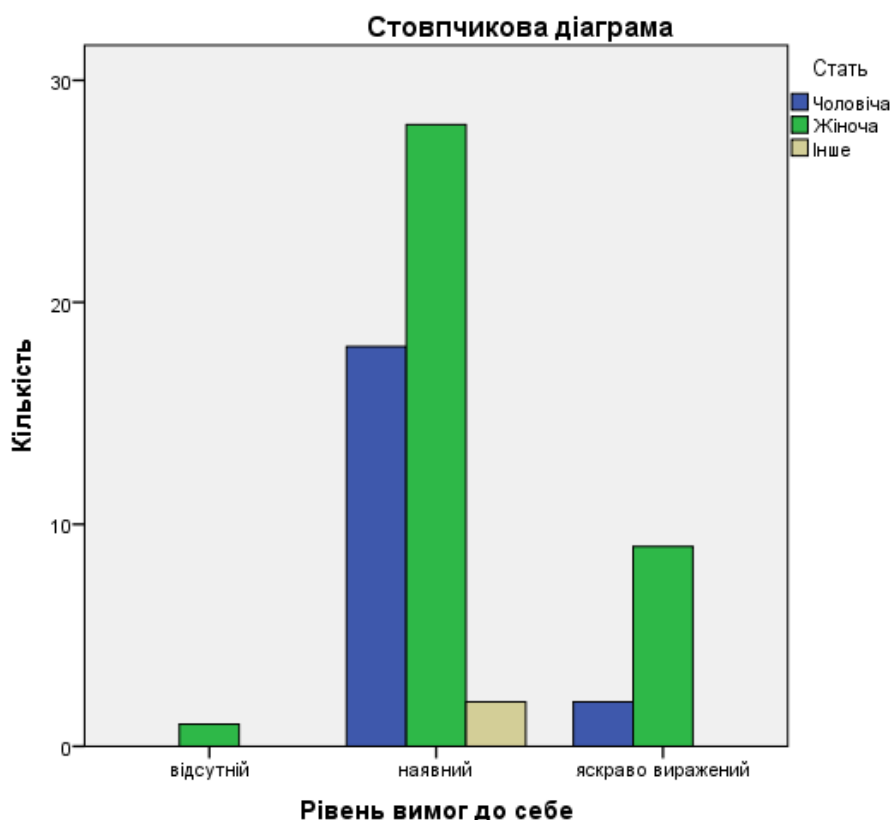


Рисунок 1. Рівень ірраціонального настановлення «Вимоги до себе»

Наступною вираженою установкою є вимоги до інших – 90%, а у 13,3% з них вона яскраво виражена. Це вказує на надмірні, нереалістичні, неконструктивні та завищені вимоги до інших. Респонденти дуже нетерпимі до своєрідності та недосконалості свого оточення. Таке ставлення відображає віру в те, що інші зобов’язані відчувати або робити щось для досліджуваного, наприклад добре ставитися або бути уважними. Лише 10% респондентів не мають такого ставлення. Вони мають реалістичні очікування від інших, розуміють, що можуть викликати у людей позитивні та негативні емоції, висувають реалістичні вимоги та будують позитивні стосунки з іншими (див. Рис. 1.2).

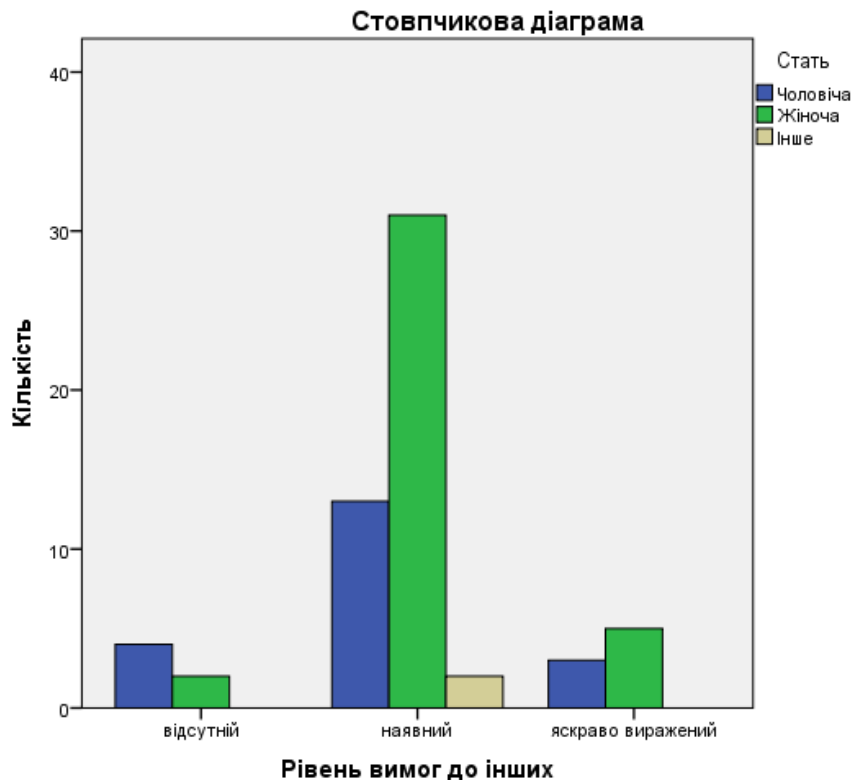


Рисунок 2. Рівень ірраціонального настановлення «Вимоги до інших»

Для значної частини досліджуваних (86,7%) характерними виявились одразу дві установки самооцінка і раціональне мислення та фрустраційна толерантність. Дані отримані з шкалою самооцінка і раціональність мислення, свідчать, що у переважної більшості опитаних (71,7%) переважає середній рівень прояву загального показника.

Слід зазначити, що чим вищий даний показник, тим в більшій мірі проявляється раціональність мислення, тобто його послідовність, відповідність дійсності та логічність. Яскраво виражений рівень прояву цієї шкали наявний у 15% досліджених. Тобто їх раціональне мислення досить вільне від когнітивних викривлень та ірраціональних переконань. Однак для 13,3% респондентів притаманний низький рівень загальної раціональності мислення, що характеризується наявністю жорстких ірраціональних настановлень. Такі люди схильні сприймати і конструювати навколишню дійсність і власну поведінку, керуючись виключно некритично засвоєними

іраціональними переконаннями, без логічного обґрунтування чи аналізу (див. Рис. 3 та Рис. 4).

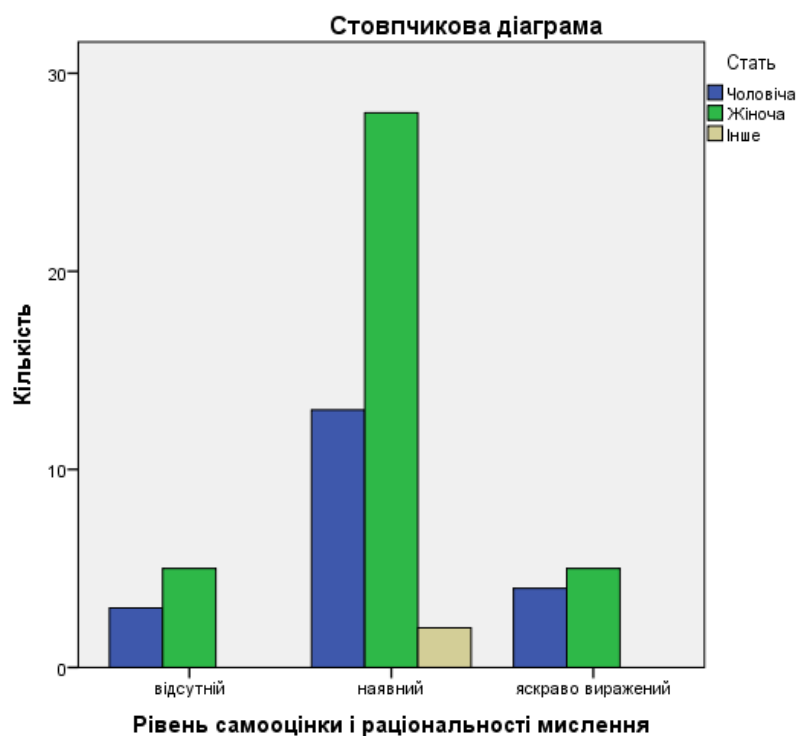


Рисунок 3. Рівень самооцінки і раціональності мислення

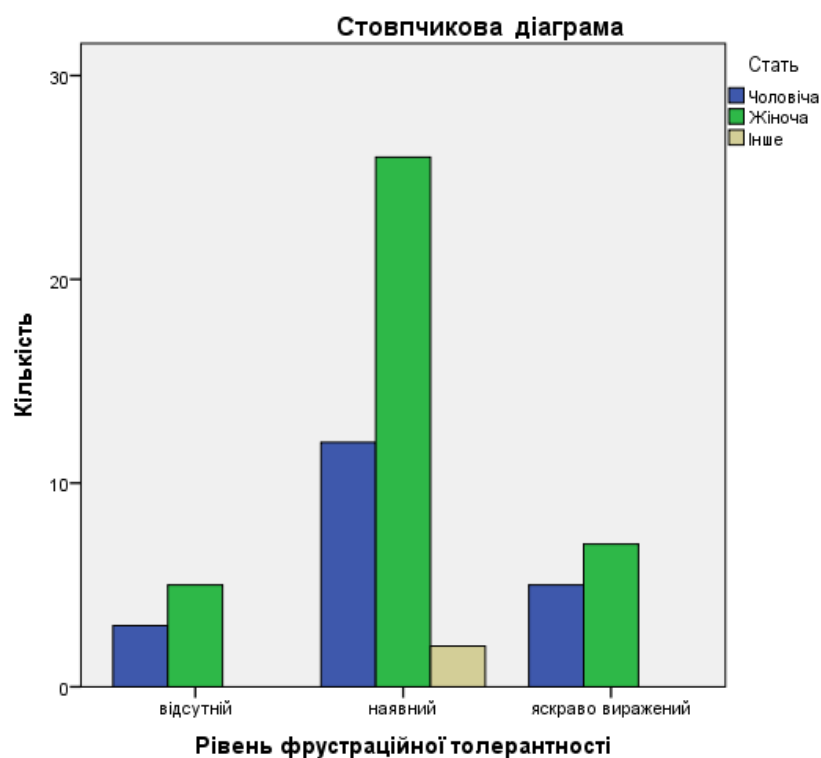


Рисунок 4. Рівень фрустраційної толерантності

Ірраціональна установка катастрофізації наявна у 65%. Дана установка виявляється у драматизації та перебільшенні несприятливих наслідків подій, сприйняття їх як непереборних, жахливих та нестерпних. Лише у 6,7% опитаних відсутня дана ірраціональна установка (див. Рис. 5).

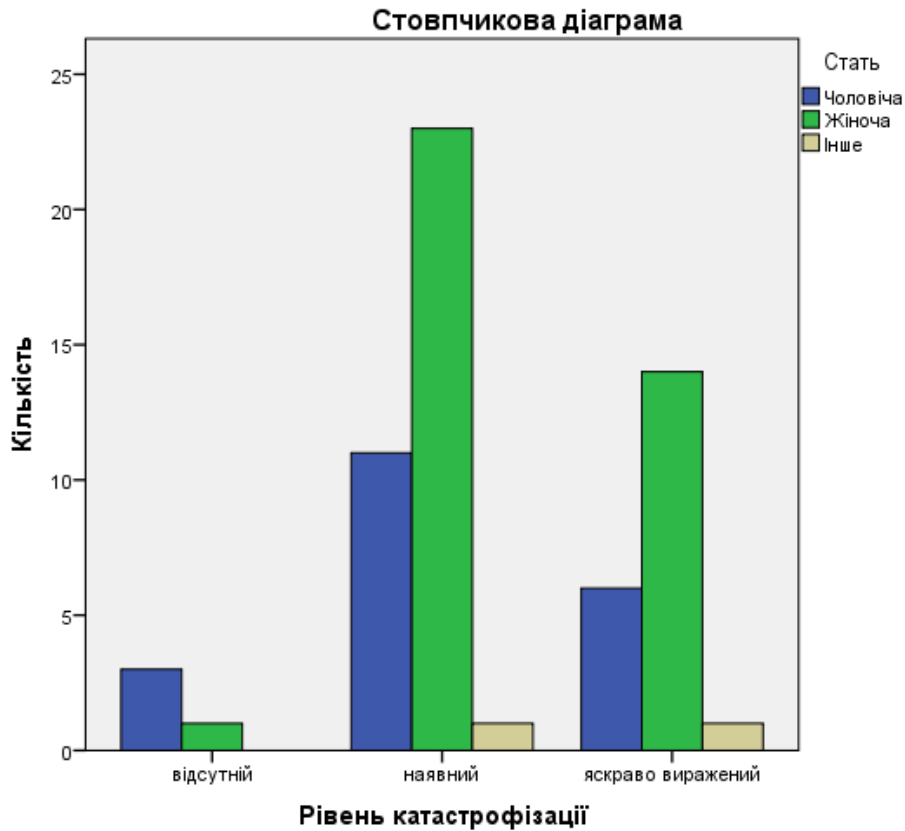


Рисунок 5. Рівень ірраціонального настановлення «Катастрофізація»

Кореляційний аналіз (застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона) аутодеструктивної поведінки та ірраціональних настанов показав наявність статистично достовірних зв'язків між такими аспектами.

Встановлений взаємозв'язок показників «Фрустраційна толерантність» та «Схильність до асоціальної поведінки» ($r = -0,629$, $p \leq 0,001$). Вірогідно, висока фрустраційна толерантність знижує ймовірність виникнення асоціальної поведінки серед підлітків. Також виявлений достовірний взаємозв'язок між показниками «Фрустраційна толерантність» та «Страх негативної оцінки» ($r = -0,621$, при $p \leq 0,001$). Підвищення фрустраційної

толерантності може бути важливим фактором у зниженні страху негативної оцінки серед підлітків.

Також виявлено прямий взаємозв'язок між показниками «Фрустраційна толерантність» та Психологічна підтримка ($r = 0,591, p \leq 0,001$). Тобто, чим вищий показник психологічної підтримки тим вища фрустраційна толерантність у підлітків.

Встановлено обернений взаємозв'язок між фрустраційною толерантністю та антивітальними переживаннями ($r = -0,534, p \leq 0,001$), що свідчить про те, що чим вищий рівень фрустраційної толерантності тим нижчий рівень антивітальних переживань. Статистично значущий взаємозв'язок між показниками «Задоволеність життям» та «Фрустраційна толерантність» ($r = 0,525, p \leq 0,001$) показує, що збільшення рівня фрустраційної толерантності може мати позитивний вплив на рівень задоволеності життям.

Дослідження виявило негативний взаємозв'язок між показниками «Фрустраційна толерантність» та «Мікросоціальні конфлікти» ($r = -0,505, p \leq 0,001$). Цей результат свідчить про те, що вищий рівень фрустраційної толерантності може впливати на меншу схильність до мікросоціальних конфліктів. Тобто вміння ефективно керувати своєю фрустрацією може допомагати уникати або ефективно вирішувати конфлікти у малих соціальних групах.

Також встановлено негативний взаємозв'язок між показниками фрустраційної толерантності та тривожних румінацій ($r = -0,504, p \leq 0,001$). Він демонструє, що чим більше рівень фрустраційної толерантності тим менше прояв тривожних румінацій. Зв'язок фрустраційної толерантності та антивітальних думок до дії ($r = -,462, p \leq 0,001$). Цей результат означає, що підлітки з вищою фрустраційною толерантністю можуть проявляти менше нахилу до негативних думок, які спонукають до антивітальної поведінки. Взаємозв'язок між фрустраційною толерантністю та відчуттям самотності та недовірливості ($r = -0,452, p \leq 0,001$) вказує на те, що чим вищий рівень

фрустраційної толерантності тим менше відчуття самотності та недовірливості. Також знайдено кореляцію між фрустраційною толерантістю та функціональною сім'єю ($r = 0,424, p \leq 0,001$) підтверджує, що здатність до фрустраційної толерантності пов'язана з більш стабільними та підтримуючими сімейними взаєминами у родині. Зв'язок фрустраційної толерантності та саморегуляції ($r = 0,305, p \leq 0,05$) означає, що чим більший рівень фрустраційної толерантності тим вищий рівень саморегуляції має підліток. Зв'язок між фрустраційною толерантністю та шкідливими звичками ($r = 0,300, p \leq 0,05$) показує, що при наявності високого рівня фрустраційної толерантності можливість виникнення шкідливих звичок не зменшуються.

У дослідженні встановлено негативний взаємозв'язок самооцінки та раціональності мислення із страхом негативної оцінки ($r = -0,446, p \leq 0,001$) вказує, що чим вище самооцінка та раціональність мислення тим менше проявляється страх перед негативною оцінкою, позитивний взаємозв'язок із психологічною підтримкою ($r = 0,367, p \leq 0,05$). Цей зв'язок вказує на те, що в стресових ситуаціях, пов'язаних із інтенсивністю занурення у завдання, підтримка з боку психологічного середовища може відігравати важливу роль у розпізнаванні факторів стресу та реагуванні на них, негативний взаємозв'язок з тривожними румінаціями ($r = -,362, p \leq 0,05$). Чим вище самооцінка та рівень раціональності мислення, тим менше спостерігається тривожних румінацій, і навпаки. Зв'язок з схильністю до асоціальної поведінки ($r = -,320, p \leq 0,05$). Цей зв'язок означає, що існує статистично значуща зворотна залежність між самооцінкою та раціональністю мислення та схильністю до асоціальної поведінки підлітків. У міру зростання самооцінки і раціонального мислення не знижується схильність до асоціальної поведінки. Підлітки з вищою самооцінкою та більш раціональним мисленням можуть бути схильні до такої поведінки. Зв'язок з саморегуляцією ($r = ,276, p \leq 0,05$) вказує на те, що чим вищий рівень самооцінки, тим вищий рівень саморегуляції і навпаки.

Водночас виявлено негативний взаємозв'язок показників самооцінки та раціональності мислення показниками «самотність та недовірливість» ($r = -,273, p \leq 0,05$). Високий рівень самооцінки та раціональності мислення може запобігати почуттю самотності та недовірливості. Також виявлено негативний взаємозв'язок самооцінки із мікросоціальним конфліктом ($r = -,272, p \leq 0,05$) пояснює, що низький рівень самооцінки та раціональності мислення можуть сприяти збільшенню конфліктів у малих соціальних групах. Також виявлено негативний взаємозв'язок даного показника з антивітальними переживаннями ($r = -,272, p \leq 0,05$). Знижена самооцінка та знижена раціональність мислення можуть сприяти посиленню переживань, включаючи негативні думки, емоційну напругу та інші аспекти життя, які суперечать цінностям і мотиваціям особистості.

Знайдено взаємозв'язки між такою ірраціональною настановою як вимоги щодо інших та шкалами життестійкості. Встановлено взаємозв'язок між вимогами щодо інших і психологічною підтримкою ($r = ,398, p \leq 0,01$) вказує, що чим вищі вимоги до інших тим більша потреба у психологічній підтримці підлітка. Зв'язок між вимогами щодо інших та мікросоціальним конфліктом ($r = -,386, p \leq 0,01$). Високі вимоги можуть впливати на збільшення ймовірності виникнення конфліктних ситуацій у взаєминах з оточуючими, що може приводити до напруження в мікросоціальному середовищі. Зв'язок між вимогами щодо інших і функціональною сім'єю ($r = ,380, p \leq 0,01$). Чим вищий рівень вимог щодо інших, тим менш підліток вважає свою сім'ю функціональною. Зв'язок між вимогами щодо інших та задоволеністю життям ($r = ,355, p \leq 0,01$). Цей зв'язок означає, що чим вищий рівень вимог щодо інших, тим нижча задоволеність життям і навпаки. Зв'язок з схильністю до асоціальної поведінки ($r = -,273, p \leq 0,05$). Цей зв'язок вказує на те, що підлітки з вищим рівнем вимог до інших можуть мати певні труднощі у взаємодії з оточенням або у відповіді на соціальні очікування, що може впливати на їхню тенденцію до асоціальної поведінки. Зв'язок вимог щодо інших та саморегуляцією ($r = ,256, p \leq 0,05$) означає, що чим вище

рівень вимог до інших, тим нижче рівень саморегуляції. Тобто, підлітки які мають високі вимоги до інших, можуть демонструвати меншу здатність до саморегуляції у різних ситуаціях.

Важливо зазначити, що така ірраціональна установка як вимоги щодо себе не виявила статистично значущих даних.

Виявлено негативний взаємозв'язок між показником «Катастрофізація» та позитивним образом майбутнього ($r = -,285, p \leq 0,05$). В даному випадку, це значить, що чим вищий рівень катастрофізації подій, тим менш позитивним є уявлення про майбутнє у підлітків. Тобто, ті підлітки які мають тенденцію перебільшувати негативні наслідки подій, можуть мати менш оптимістичне ставлення до майбутнього.

Висновки до другого розділу

Дослідження, спрямоване на вивчення ірраціональних настановлень у підлітків зі схильністю до аутодеструктивної поведінки, включало 60 учасників, серед яких було 36 жінок, 22 чоловіки та 2 інше. Вік учасників варіювався від 14 до 16 років. Основні методи дослідження включали опитування, шкалювання та статистичний аналіз даних за допомогою програми SPSS, зокрема описові статистики, таблиці взаємоперетину та кореляційний аналіз (за коефіцієнтом Пірсона). Досліджувані підлітки оцінювалися за шкалами, що характеризують їхню схильність до саморуйнівної поведінки та життєстійкості.

Шкали антивітальності, такі як антивітальні думки та дії, антивітальні переживання, страх негативної оцінки, мікросоціальний конфлікт, самотність та недовірливість, шкідливі звички, тривожні румінації та схильність до асоціальної поведінки, вказують на наявність ризику розвитку антивітальних тенденцій серед цієї групи підлітків.

Високі показники на шкалах антивітальності (наприклад, 59,3% для антивітальних думок та дій і 58,3% для антивітальних переживань) свідчать про значний рівень негативних емоцій та стресу серед досліджуваних. Це

може бути пов'язано з різними факторами, включаючи мікросоціальні конфлікти, самотність, страх критики та інші.

Насправді, аналіз шкал життестійкості показує, що наявність психологічної підтримки, функціональна сім'я, задоволеність життям та прагнення до успіху можуть виступати як захисні фактори, що зменшують ризик антивітальних проявів. Наприклад, високий рівень психологічної підтримки (48,3%) та функціональна сім'я (56,7%) можуть компенсувати негативний вплив інших чинників, таких як тривожні румінації або схильність до асоціальної поведінки.

Отже, цей аналіз вказує на складність психічного становища підлітків і підкреслює важливість розвитку захисних механізмів та підтримки для зменшення ризику розвитку антивітальних проявів серед них.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження дозволило дійти наступних висновків.

1. Саморуйнівна поведінка є складним і багатофакторним явищем, яке особливо часто проявляється в підлітковому віці. Така поведінка може включати фізичні та психологічні самоушкодження, які мають різні причини та симптоми. Ця поведінка включає різні прояви, спрямовані на заподіяння шкоди тілу чи психічному стану людини.

2. Саморуйнівна поведінка може набувати різних форм, які, у загальному вигляді, можуть класифікуватися як фізичні, психічні та соціальні.

3. Основними чинниками аутодеструктивної поведінки є *психологічні*, серед яких найвагомішими є низька самооцінка, недостатня та емоційна саморегуляція, *соціальні*, насамперед, пов'язані із сімейними взаєминами (дисфункціональна сім'я, постійні конфлікти з батьками, відсутність підтримки, душевного тепла та чуйності у родині), несприятливими обставинами перебування у школі (конфлікти, цькування, низький статус у дитячому колективі), вплив медіа (ідеалізація само руйнівної поведінки у соціальних мережах), *біологічні* (генетичну схильність та гормональні зміни).

4. Ірраціональні настановлення особистості також відіграють значну роль у розвитку саморуйнівної поведінки. Ці упередження включають нелогічні та нереалістичні переконання, які призводять до негативних емоцій і дезадаптивної поведінки.

5. У дослідженні було емпірично встановлено:

- високий рівень таких антивітальних тенденцій у підлітків, як Антивітальні думки (58, 3%), антивітальні переживання (59, 3%), ...

- наявність та яскрава вираженість у значної частини досліджуваних підлітків таких ірраціональних настановлень, як «Вимоги до себе» (%), «Вимоги до інших» (%) та «Катастрофізація» (%).
- Встановлено статистично значущі взаємозв'язки між показниками ірраціонального настановлення «Повинність щодо інших» та такими показниками антивітальних тенденцій у підлітків, як «Мікросоціальні конфлікти» та «Схильність до антисоціальної поведінки». Водночас, відсутність даного ірраціонального настановлення пов'язане з численними показниками життєстійкості, а саме «Психологічна підтримка», «Функціональна сім'я», «Задоволеність життям», «Саморегуляція». Отже, можна припустити, що саме відсутність ірраціонального настановлення про повинність стосовно інших сприяє усуненню ауто деструктивних тенденцій у підлітковому віці.
- Виявлено численні обернені взаємозв'язки показника «Фрустраційна толерантність» з показниками «Страх негативної оцінки», «Схильність до асоціальної поведінки», «Мікросоціальні конфлікти», «Антивітальні переживання», «Тривожні румінації».
- виявлено негативні взаємозв'язки між показниками «Самооцінка та раціональність мислення» та показниками «антивітальні переживання», «Страх негативної оцінки», «Самотність і недовірливість», «Мікросоціальний конфлікт», «Схильність до асоціальної поведінки».

Таким чином, можна стверджувати, що фрустраційні толерантність та раціональність мислення разом із адекватною самооцінкою пов'язані із життєстійкістю та виступають як захисні фактори, що зменшують ризик аутодеструктивних проявів у підлітків, натомість наявність ірраціональних настановлень пов'язане із антивітальними тенденціями.

Отже, результати даного дослідження сприяють кращому розумінню проблеми виникнення та запобігання саморуйнівної поведінки підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Даниленко Г. Дослідження самопошкоджувальної поведінки у підлітків. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020.
2. Іванова Л. Методики корекції аутодеструктивної поведінки. Харків: Національний університет імені В.Н. Каразіна, 2019.
3. Іванова Т. Г. Психологічні фактори суїцидальної поведінки підлітків. Психологія і суспільство, 2019, № 1, с. 42-53.
4. Кузнецова О. Ю. Роль сімейних відносин у формуванні девіантної поведінки підлітків. Соціальна педагогіка: теорія та практика, 2021, № 2, с. 67-78.
5. Павліковська О. Психологічні аспекти аутодеструктивної поведінки у підлітків. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2020.
6. Петровська Н. Роль соціальних мереж у формуванні суїцидальних думок серед підлітків. Український соціологічний журнал, 2022.
7. Сидоренко Л.В. Соціально-психологічні умови профілактики аутодеструктивної поведінки у підлітків. Психологія і педагогіка сучасної школи, 2020, № 3, с. 89-101.
8. Васильєва А.В. Аутодеструктивна поведінка підлітків: соціально-психологічний аспект. Український соціологічний журнал, 2018, т. 4, № 2, с. 25-36.
9. Юрков О. С. Особливості соціальних проявів суїцидальної поведінки в сучасному суспільстві. Збірник наукових праць Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, 2020, т. 24, № 1, с. 223-230.
10. Теорія прив'язаності Джона Боулбі: <https://taslife.com.ua/blog/attachment-theory>

11. Ющенко І. М. Ресурсні можливості когнітивної сфери як чинник резилієнтності особистості. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Том 35 (74) № 1 2024. С.7-12.
12. Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., Onghena, P., & Pieters, C. (2019). Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*, 74, 64-71.
13. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911.
14. Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2021). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(5), 417-426.
15. Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2021). Self-injurious thoughts and behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(4), 467-476.
16. Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2020). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 1-17.
17. Swannell, S. V., Martin, G. E., & Page, A. (2021). Child maltreatment, bullying victimization, and nonsuicidal self-injury among adolescents: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 111(2), 322-328.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019-2020). Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) – Data Summary & Trends Report.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Report.
20. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. (2017/2018). International Report from the 2017/2018 Survey.

21. Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
22. Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). A new guide to rational living. North Hollywood, CA: Wilshire Book Company.
23. Erik H. Erikson - Identity Youth and Crisis 1(1968, W. W. Norton & Company)
24. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall
25. Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V. S., Bates, J. E., Pettit, G. S., Fontaine, R., & Price, J. M. (2003). Peer rejection and social information-processing
26. Van der Kaap-Deeder, J., van Domburgh, L., Boelen, P. A., & van der Schoot, M. (2021). Low self-esteem and nonsuicidal self-injury in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*