

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Національний університет кораблебудування імені адмірала**  
**Макарова**  
**Навчально-науковий гуманітарний інститут**  
**Кафедра психології**

«Допущений до захисту»

Завідувач кафедри



Карсканова С. В.

(підпис)

«\_10\_» \_\_\_\_\_12\_\_\_\_\_2025 р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**  
**на тему: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ АУТОА-**  
**ГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ**

Виконала: студентка групи **6558м**



Чухліб А.В.

(підпис)

Керівник роботи:

к. психол. н., доцент



Михальченко Н.В.

(підпис)

Миколаїв – 2025 р.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова**  
**Навчально науковий гуманітарний інститут**

Кафедра психології  
 Спеціальність 053 Психологія  
 Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Гарант освітньої програми



\_\_\_\_\_  
 (підпис)

«\_05\_» \_\_\_\_ 09 \_\_\_\_ 2025 р.

**ЗАВДАННЯ**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**  
**на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**

Студентці Чухліб Анні Володимирівні

1. Тема роботи: Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді.

Керівник роботи к. психол. н., Михальченко Наталія В'ячеславівна  
 Затверджені наказом ректора № 967-уч від «5» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи: 1 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):

Теоритичні основи дослідження аутоагресивної поведінки молоді;

Емпіричне дослідження соціально-психологічних передумов аутоагресивної поведінки молоді;

5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 11 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (1 слайд).

7. Дата видачі завдання «5» вересня 2025 року.

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| Номер | Назва етапів роботи                                                                                    | Терміни виконання етапів роботи | Примітка                                                                                                                                     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Формулювання теми роботи                                                                               | 01.09.2025                      |                                                                                                                                              |
| 2.    | Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.    | 10.09.2025                      | Список використаної літератури має включати не менше 40 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років). |
| 3.    | Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.                                               | 10.09.2025-15.09.2025           | Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)                                                                                                                 |
| 4.    | Написання Розділу 1. Подання на перевірку                                                              | 15.09.2025-30.09.2025.          | Розділ 1. (15-20 сторінок)                                                                                                                   |
| 5.    | Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).                        | 30.09.2025-10.10.2025           | Розділ 2. (15-20 сторінок)                                                                                                                   |
| 6.    | Написання Розділу 2. Подання на перевірку                                                              | 10.10.2025 - 31.10.2025         |                                                                                                                                              |
| 7.    | Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формульальний експеримент).                          | 31.10.2025-10.11.2025           |                                                                                                                                              |
| 8.    | Написання Розділу 3. Подання на перевірку                                                              | 10.11.2025-22.11.2025           | Розділ 3 ( 20-30 сторінок)                                                                                                                   |
| 9.    | Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність | 22.11.2025-25.11.2025           | Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.                                                                                    |
| 10.   | Попередній захист кваліфікаційної роботи                                                               | 25.11.2025-28.11.2025           |                                                                                                                                              |
| 11.   | Опрацювання зауважень і виправлення недоліків                                                          | 28.11.2025-01.12.2025           |                                                                                                                                              |
| 12.   | Подання кваліфікаційної роботи на рецензування                                                         | 01.12.2025-08.12.2025           |                                                                                                                                              |
| 13.   | Захист роботи                                                                                          | 15.12.2025-25.12.2025           |                                                                                                                                              |

Студентка



(підпис)

Керівник роботи



(підпис)

Чухліб А.В.

Михальченко Н.В.

## АНОТАЦІЯ

*Чухліб А.В.* Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді. Кваліфікаційна робота зі спеціальності 053 «Психологія», освітньої програми «Психологія». Миколаїв: НУК ім. адм. Макарова, 2025. 76 сторінок. Метою дослідження обрано вивчення соціально-психологічних передумов аутоагресивної поведінки молоді.

Із літературних джерел досліджуваної проблематики після аналізу до загального списку наукових джерел було зараховано 35 джерел, з яких понад половину становлять сучасні українські та зарубіжні праці останніх десяти років. Для досягнення поставленої мети застосовано теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення літератури), емпіричні (анкети, тестування, інтерв'ю), методи статистичного аналізу для обробки даних.

Проведений аналіз літературних джерел показав, що теоретичні підходи розкривають аутоагресію як результат внутрішніх конфліктів, зумовлених інтроекцією значущих об'єктів, регресією до ранніх стадій розвитку, когнітивними оцінками соціальних ситуацій чи хибним сприйняттям потреби у трансформації.

Виявлено, що аутоагресивна поведінка молоді формується під впливом взаємодії внутрішніх психологічних факторів, таких як низька самооцінка, почуття сорому, провини чи едіпальна залежність, та зовнішніх соціальних умов, включаючи дисфункціональні сімейні стосунки, булінг, гендерну та соціально-економічну нерівність, гомофобію та воєнні кризи.

Отримано наступні результати: кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу, що аутоагресивна поведінка молоді формується під впливом взаємодії соціальних факторів (булінг, гендерна нерівність, воєнні травми, соціально-економічна нерівність) та психологічних чинників таких як (низька самооцінка, сором, емоційна нестабільність).

**Ключові слова:** аутоагресія, соціально-психологічні передумови, поведінка, молодь, аутоагресивна поведінка.

## ANNOTATION

***Chukhlib A.V. Socio-psychological prerequisites of autoaggressive behavior of young people.*** Qualification work on specialty 053 «Psychology», educational program «Psychology». Mykolaiv: Admiral Makarov National University of Shipbuilding. 2025. 76 pages. The purpose of the study was to study the socio-psychological prerequisites of autoaggressive behavior of young people.

Of the literary sources of the issues under study, after analysis, 35 sources were included in the general list of scientific sources, more than half of which are modern Ukrainian and foreign works of the last ten years. To achieve this goal, theoretical (analysis, synthesis, generalization of literature), empirical (questionnaires, testing, interviews), methods of statistical analysis for data processing were used.

The analysis of literary sources showed that theoretical approaches reveal autoaggression as a result of internal conflicts caused by introjection of significant objects, regression to early stages of development, cognitive assessments of social situations or false perception of the need for transformation.

It was found that the auto-aggressive behaviour of young people is formed under the influence of the interaction of internal psychological factors, such as low self-esteem, feelings of shame, guilt or Oedipal dependence, and external social conditions, including dysfunctional family relationships, bullying, gender and socio-economic inequality, homophobia and war crises.

The peculiarities of the manifestation of autoaggressive behavior among young people are considered,

The following results were obtained: correlation analysis confirmed the hypothesis that the autoaggressive behavior of young people is formed under the influence of the interaction of social factors (bullying, gender inequality, war trauma, socio-economic inequality) and psychological factors such as (low self-esteem, shame, emotional instability).

**Keywords:** autoaggression, socio-psychological prerequisites, behavior, youth, autoaggressive behavior.

## ЗМІСТ

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                                    | 8  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ<br>АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ.....                               | 9  |
| 1.1. Аутоагресивна поведінка як соціально-психологічна проблема:<br>огляд наукової літератури .....           | 10 |
| 1.2. Соціально-психологічні передумови виникнення аутоагресивної<br>поведінки.....                            | 16 |
| 1.3. Особливості прояву аутоагресивної поведінки серед молоді .....                                           | 24 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-<br>ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ<br>МОЛОДІ..... | 30 |
| 2.1. Організація та методологічні засади емпіричного дослідження ....                                         | 30 |
| 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження .....                                                    | 34 |
| 2.3. Психологічна характеристика аутоагресивної поведінки молоді...                                           | 52 |
| 2.4 Рекомендації по психокорекції та консультуванню молоді з проявами<br>аутоагресивної поведінки.....        | 55 |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                 | 64 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                               | 65 |
| ДОДАТКИ.....                                                                                                  | 71 |

## ВСТУП

Актуальність дослідження аутоагресивної поведінки молоді зумовлена її зростаючою поширеністю та серйозними наслідками для громадського здоров'я. Статистика свідчить про тривожне збільшення випадків самогубств серед підлітків: в Україні за 8 місяців 2025 року 11 дітей покінчили життя самогубством, що втричі перевищує показники попереднього року, а країна посідає 9 місце у світі за кількістю підліткових суїцидів. Самогубство, як крайня форма аутоагресії, тісно пов'язане з іншими проявами саморуйнівної поведінки, такими як фізичне самопошкодження, розлади харчової поведінки (РХП) та вживання психоактивних речовин (ПАР). Наприклад, глобальна поширеність РХП серед молоді 10–24 років зросла з 300 до 355 випадків на 100 тисяч населення за 1990–2021 роки. Вживання ПАР також набуває загрозливих масштабів: у 2023 році в Україні зафіксовано зростання використання синтетичних наркотиків, зокрема альфа-PVP, та випадків психозів серед молоді через полінаркоманію. Війна погіршує ситуацію, спричиняючи травми, втрати близьких, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і соціальну нестабільність, що посилюють емоційну нестабільність і ризик саморуйнівних дій.

З огляду на ці дані, було вирішено провести дослідження, спрямоване на аналіз соціально-психологічних передумов і особливостей прояву аутоагресивної поведінки серед молоді. Метою є поглиблення розуміння мотивів і механізмів самопошкодження, РХП, хімічних залежностей і суїцидальної поведінки, а також розробка рекомендацій для профілактики. Аутоагресивна поведінка, зумовлена комплексом внутрішніх (емоційна нестабільність, сором, провина) та зовнішніх факторів (булінг, сімейні конфлікти, війна), потребує комплексного підходу до вивчення та втручання, щоб зменшити її руйнівний вплив на молоде покоління в умовах сучасних викликів.

Проблема аутоагресивної поведінки молоді є багатогранною та досліджується з різних теоретичних і практичних перспектив, що відображено в науковій літературі. К. Андерсон підкреслює, що аутоагресія є складним фено-

меном, зумовленим взаємодією біологічних, психологічних і соціальних факторів, включаючи емоційну нестабільність і соціальний тиск. В. Заїка та В. Депутатов акцентують увагу на психологічних аспектах, зокрема низькій самооцінці та внутрішніх конфліктах, які сприяють саморуйнівній поведінці підлітків, а Р. Мацьковичі А. Османова розглядають аутоагресію як реакцію на стресові соціальні умови, такі як булінг і сімейні конфлікти. С. Маттісон та С. Нельсон вказують на зв'язок між аутоагресивною поведінкою та психічними розладами, зокрема депресією, що підвищує ризик суїцидальності. Т. Ларіна і О. Варгата наголошують на соціально-психологічних передумовах, таких як сором, провина та гендерна нерівність, які посилюють схильність до самопошкодження. В. Каневський досліджує вплив аутоагресії на розвиток розладів харчової поведінки, тоді як Д. Бейлі і К. Хоутон звертають увагу на поширеність самопошкоджень серед молоді, що зростає. Дж. Янг і Т. Лодебо акцентують на психологічних механізмах, таких як сором і травматичний досвід, які формують аутоагресивні тенденції, а Е. Макдермотт та К. Шіхі вказують на вплив стигматизації та воєнних травм, що особливо актуально в умовах війни, як зазначає К. Амон-П'Олак.

**Об'єкт дослідження:** аутоагресивна поведінка молоді.

**Предмет дослідження:** соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді.

**Мета дослідження:** проаналізувати соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді.

**Гіпотеза дослідження:** аутоагресивна поведінка молоді формується під впливом взаємодії соціальних факторів (булінг, гендерна нерівність, воєнні травми, соціально-економічна нерівність) та психологічних чинників (низька самооцінка, сором, емоційна нестабільність).

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення аутоагресивної поведінки молоді в науковій літературі.

2. Виявити соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді.

3. Провести емпіричне дослідження проявів аутоагресивної поведінки та їх зв'язку з соціально-психологічними факторами.

4. Розробити рекомендації по психокорекції та консультуванню молоді з проявами аутоагресивної поведінки.

**Методи дослідження:** теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення літератури), емпіричні (анкети, тестування, інтерв'ю), методи статистичного аналізу для обробки даних.

**База дослідження:** вибірка з 60 студентів I–III курсів віком від 17 до 22 років.

**Практична значущість:** результати дослідження можуть бути використані психологами, соціальними працівниками, педагогами та працівниками громадських організацій для розробки профілактичних програм, спрямованих на зниження рівня аутоагресивної поведінки серед молоді, а також для створення підтримуючих середовищ у навчальних закладах і громадах.

**Апробація роботи:** Всеукраїнська науково-практичній конференції «Суспільство, наука, освіта: актуальні дослідження, теорія та практика» на базі Білоцерківського інституту економіки та управління Університету «Україна».

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел (та додатків. Загальний обсяг роботи становить 71 сторінку, включаючи 14 таблиць, 7 рисунків та 2 додатків.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ**

### **1.1. Аутоагресивна поведінка як соціально-психологічна проблема: огляд наукової літератури**

Р. Мацькович та Р.Сірко у своїй статті вказують на те, що ауто агресія – це активність, націлена (свідомо чи несвідомо) на заподіяння собі шкоди у фізичній і психічній сферах [17].

Згідно з моделлю загальної агресії (GAM), агресивна поведінка переважно є результатом спонтанної оцінки соціальних ситуації, які викликають специфічні когніції, афективні реакції та збудження. Тільки якщо результат безпосередньої оцінки є незадовільною, і лише за наявності достатньої кількості когнітивних, мотиваційних та зовнішніх ресурси (наприклад, час для роздумів), чи може більш складна переоцінка відбуватися та долають будь-які активовані агресивні спонукання, що призводить до реалізації досить продумані, можливо, менш агресивні дії.

Зокрема, згідно з GAM, агресивні особи відрізняються від неагресивних індивіди, маючи більш складні агресивні структури знань, наприклад, сильніші ментальні уявлення про себе як агресивні, більш доступні сценарії агресії поведінка та більш позитивне ставлення до агресивної поведінки, ніж до неагресивної особи [1, с.27–51].

Психоаналітичний підхід до розуміння природи аутоагресивної поведінки був закладений З. Фройдом [9, с.4] у фундаментальній праці «Сум і меланхолія», де він детально описав механізми формування самодеструктивних тенденцій. Згідно з теорією З.Фрейда, процес виникнення аутоагресії починається з лібідозної прив'язаності до значущого об'єкта, яка зазнає руйнування внаслідок реального розчарування або втрати. Коли звичайна прив'язаність виявляється нестійкою і розпадається, вивільнене лібідо не знаходить нового зовнішнього об'єкта для прикріплення, натомість повертається до власного Я. Це повернення призводить до ототожнення Я із втраченою особою, внаслідок чого внутрішньоособистісний конфлікт трансформується у боротьбу між первинним Я та зміненим через ідентифікацію Я.

З. Фройд [9, с.4] пояснює механізм такого ототожнення через регресію до оральної стадії психосексуального розвитку, коли відбувається символічне «поглинання» коханого об'єкта. У результаті цього процесу ненависть, яка первинно спрямована на зовнішній об'єкт, переадресовується на інтроектований образ, що призводить до самокатування, самоприниження та самознищення як форми непрямої помсти початковому об'єкту втрати. Якщо інтерпретувати цю концепцію через призму транзактного аналізу, можна констатувати, що З. Фройд описував конфлікт між двома его-станами: природним «Дитиною» та інтроектованим «Батьком», оскільки в ранньому дитинстві коханими об'єктами виступають батьківські фігури, а его-стан «Дорослого» ще не достатньо сформований для врегулювання цього внутрішнього протистояння [9, с.4].

Представник індивідуальної психологічної школи А. Адлер концептуалізував феномен аутоагресії через теорію комплексу неповноцінності, стверджуючи, що «бути людиною означає відчувати себе неповноцінним». За А. Адлером [17, с.82], кожна особистість переживає певне відчуття недостатності, що спонукає до встановлення особистих цілей та прагнення до успіху чи переваги у власний спосіб. Коли індивідам не вдається конструктивно подолати власні комплекси неповноцінності через розв'язання життєвих завдань, вони можуть розвивати руйнівні схильності стосовно оточення. Клінічно ці комплекси проявляються в особистісних розладах з характерним примітивним захисним механізмом розщеплення, що презентується як коливання між само-ненавистю та грандіозністю. У такому контексті аутоагресивні прояви розглядаються, як замаскована форма агресії проти інших, де через самознищення особистість прагне викликати співчуття до себе та водночас спровокувати засудження тих, кого вона ідентифікує як причину власної заниженої самооцінки [17, с.82].

Американський психіатр К. Меннінгер [17, с.83], послідовник психоаналітичної традиції, у своїй знаковій праці «Людина проти себе» запропонував революційний погляд на природу саморуйнівної поведінки. К. Меннін-

гер розглядав імпульс до самознищення як спотворений прояв інстинкту виживання, коли агресивна поведінка, розвинена для самозбереження, повертається всередину особистості. Він інтегрував фрейдівські концепції Еросу (інстинкт життя) та Танатосу (інстинкт смерті), досліджуючи як деструктивні сили спрямовуються людиною всередину через саморуйнівну поведінку, включаючи суїцид, залежності та психічні розлади. Меннінгер стверджував, що первинний саморуйнівний потяг лежить в основі навмисних «нещасних випадків», і без урахування інстинкту смерті жодні заходи безпеки не матимуть успіху в управлінні цією проблемою. Його теорія розширила розуміння аутоагресії від простих суїцидальних проявів до широкого спектру самодеструктивних форм поведінки.

Чеський психіатр С. Гроф [17, с.83], розвиваючи трансперсональний підхід у психології, відкрив унікальну перспективу на аутоагресивні тенденції через концепцію «смерті его». С. Гроф виявив, що на певних стадіях психологічного розвитку у людей виникає інтенсивний внутрішній потяг, заснований на потребі в тому, щоб щось у їхній психіці «померло» для подальшого розвитку. Коли відсутнє адекватне розуміння динаміки трансформації его та тиск цього внутрішнього бажання є надто інтенсивним, особистість може неправильно інтерпретувати ці переживання і проявити їх у формі саморуйнівної поведінки замість конструктивної психологічної метаморфози. Така хибна інтерпретація трансформаційних процесів може призводити до різноманітних форм аутоагресії як неусвідомленої спроби досягнути психологічного оновлення через фізичне самознищення [17, с.83].

У своїй статті В.Депутатов [9, с.4] зазначає, що аутоагресивна поведінка формується внаслідок несприятливих взаємин із батьками чи іншими парентальними фігурами в дитинстві. Такі стосунки призводять до прийняття малосвідомих або несвідомих рішень, які закладають основу для розвитку аутоагресії. Ці рішення, часто сформовані в ранньому віці, впливають на подальшу поведінку особистості, сприяючи виникненню саморуйнівних тенденцій.

В. Депутатов також підкреслює, що аутоагресивність може мати різні мотиваційні цілі: [9, с.4] отримання садистичного задоволення через покарання інтроектованого образу значущої особи (Батьківського его-стану), прагнення зблизитися з улюбленим об'єктом шляхом наслідування його поведінки (діючи з его-стану Батька), або самопокарання за дії, які сприймаються як неприйнятні для Батьківського его-стану. Кожен із цих мотивів відображає складну взаємодію внутрішніх психологічних процесів та зовнішніх впливів.

Нижче, у таблиці 1.1 наведена класифікація аутоагресивної поведінки за різними критеріями.

*Таблиця 1.1*

**Класифікація аутоагресивної поведінки [9, с.5–6]**

| Критерій                              | Види                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| За впливом на область людського буття | фізична, психічна, соціальна, духовна                                                                                                                                            |
| За зв'язком із захворюванням          | морбідні (смертельно-небезпечні), поза-морбідні                                                                                                                                  |
| За ступенем довільності               | усвідомлені, неусвідомлені                                                                                                                                                       |
| За формою проявлення                  | суїцидальна поведінка, харчова залежність, хімічна залежність, фанатична поведінка, аутична поведінка, віктимна поведінка, заняття екстремальними видами спорту, самопошкодження |

Продовження таблиці 1.1

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| За смертельною небезпечністю | суїцидальна поведінка: внутрішні форми (пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри), зовнішні форми (спроби замаху на життя, завершені суїциди). Аутодеструктивна поведінка: пряма аутодеструкція, непрямая аутодеструкція (де наслідки відстрочені - паління, алкоголь, психосоматичні захворювання) |
| За метою                     | релаксація (зняти емоційну напругу), маніпуляція, інфантильна демонстрація (для доказу любові, самоствердження), заклик (з ціллю звернути на себе увагу), інфантильне наслідування, інфантильний мазохізм.                                                                                           |

Отже, в таблиці 1.1 систематизовано аутоагресивну поведінку за критеріями впливу на буття (фізична, психічна, соціальна, духовна), зв'язку із захворюванням (морбідні, позаморбідні), ступеня довільності (усвідомлені, неусвідомлені) та форм проявлення, включаючи суїцидальну поведінку, залежності й самопошкодження [9, с.5–6]. За смертельною небезпечністю розрізняють суїцидальні (внутрішні та зовнішні) й аутодеструктивні (прямі та непрямі) форми, а за метою – релаксацію, маніпуляцію, демонстрацію чи заклик. Ця класифікація розкриває багатогранність аутоагресії, її психологічні та соціальні детермінанти.

Дослідники наголошують, що аутоагресія не є ізольованою характеристикою чи окремою рисою особистості, а становить багатокомпонентний особистісний комплекс, який проявляється та функціонує на різних психологічних рівнях. Такий підхід дозволяє розглядати аутоагресивну поведінку як системне явище, що охоплює різноманітні аспекти особистісного функціонування та має складну внутрішню структуру [10, с.211].

У своїй статті вчений В. О. Депутатов [9, с.4], спираючись на концепцію его-станів Е. Берна (Батько, Дорослий, Дитина) та теорію приписів Р. і М.

Гулдінгів (наприклад, «не будь», «не будь здоровим»), пропонує класифікацію аутоагресивної поведінки молоді за її мотиваційними цілями. Класифікація наведена в таблиці в додатку А.

А. Османова [19, с.164] у своїй статті, також, пропонує класифікацію аутоагресивної поведінки. На рисунку наведена така класифікація (див. рис. 1.1.).



Рис. 1.1 Класифікація аутоагресивної поведінки

На рис. 1.1 представлено схематичну класифікацію аутоагресивної поведінки, що поділяється на дві основні категорії: суїцидальну поведінку та аутодеструктивну поведінку. Суїцидальна поведінка розгалужується на пряму (насильницькі методи, такі як насильницькі дії, задушення, падіння з висоти) та непряму (непримусовими насильницькими діями, такими як куріння, алкоголь, наркотики), тоді як аутодеструктивна поведінка включає пасивну (курільна, алкогольна, наркотична) та активну (спортивна, замкнута на собі, взяття). Ця структура розкриває різноманітні прояви аутоагресії, їхні методи та мотивації.

Отже, у розділі 1.1 проаналізовано теоретичні підходи до аутоагресивної поведінки, зокрема психоаналітичний, індивідуально-психологічний та модель загальної агресії, які розкривають її внутрішні механізми та детермінанти. Класифікації аутоагресивної поведінки, представлені в таблиці 1.1 та на рисунку 1.1, систематизують її форми, ступінь усвідомленості та мотиваційні цілі, що відповідає завданням аналізу теоретичних підходів і класифікаційних моделей. Дослідження підкреслюють зв'язок аутоагресії з ранніми сімейними стосунками та мотиваційними факторами, що узгоджується з поставленими завданнями виявлення соціально-психологічних передумов.

## **1.2. Соціально-психологічні передумови виникнення аутоагресивної поведінки**

Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді є комплексним об'єктом дослідження, що охоплює внутрішні психічні процеси та зовнішні соціальні фактори, які сприяють розвитку саморуйнівних тенденцій [20; 34].

У рамках психоаналітичного підходу аутоагресивна поведінка та суїцид розглядаються як глибинні психічні феномени, що відображають несвідому ворожість, спрямовану на інтроектований об'єкт любові. Ці явища виникають

через дисфункцію захисних механізмів психіки, спричинену недостатньою розвиненістю стратегій подолання стресу. Тривалий внутрішній конфлікт, пов'язаний із регресією до ранніх етапів психічного розвитку, може призводити до порушення функцій Супер-Его, що посилює аутоагресивні тенденції.

Усі форми аутоагресивної поведінки об'єднують два ключові аспекти: вони живляться енергією від конфлікту між життєствердними («Ерос») і руйнівними («Танатос») імпульсами, де останні домінують. Наприклад, у випадках аутоеротичних асфіксій, коли спроби самозадушення здійснюються для досягнення сексуального задоволення, Танатос проявляється як провідна сила. Такі дії психоаналітично інтерпретуються як внутрішнє «вбивство, обернене проти себе», що відображає некрофільні або мазохістичні тенденції психіки.

Мазохістичні переживання в аутоагресивній поведінці виконують кілька функцій:

1) захисну, коли самоприниження чи самобичування дозволяють уникати зовнішніх звинувачень або конкуренції, що характерно для суїцидів типу «втеча»;

2) інструментальну, де страждання і демонстрація безпорадності стають засобами для отримання уваги, любові чи контролю над іншими, що можна схарактеризувати як «крик про допомогу»;

3) приховане звинувачення оточення, коли аутоагресія опосередковано виражає агресію до інших. Ці мотиваційні аспекти підкреслюють складність психологічних механізмів, що лежать в основі саморуйнівної поведінки [19, с.164].

С. Хаг, вказує на те, що [32, с. 51–60] аутоагресивна поведінка, що включає суїцидальну поведінку та самокалічення, розглядається як прояв самоспрямованої агресії. Самокалічення характеризується як навмисна повторювана поведінка, що виникає через нездатність протистояти імпульсам заподіяти собі фізичну шкоду. Висока коморбідність між спробами самогубства та самокаліченням вказує на тісний зв'язок цих явищ. Постійне самокалічення може

передбачати повторні спроби самогубства, що підкреслює необхідність комплексного вивчення цих форм поведінки [32, с. 51–60].

Психіатричні розлади, зокрема розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, є значними предикторами суїцидальної поведінки. Понад 90% осіб, які вчинили самогубство, мали психіатричний діагноз. Алкогольна залежність асоціюється із суїцидальними думками та спробами незалежно від розладів настрою. Аутоагресивна поведінка також пов'язана з певними рисами особистості, такими як прикордонний розлад особистості, одержимість, інтроверсія, невротизм, тривожність та антисоціальна поведінка. Особи з історією самокалічення та спроб самогубства демонструють вищі рівні депресії, безнадії, агресії, тривоги, імпульсивності, а також частіше мають дитячі травми порівняно з тими, хто не завдає собі шкоди.

Дитячі травми є вагомим фактором ризику як для суїцидальної поведінки, так і для самокалічення, особливо серед молоді. Ці дані вказують на необхідність врахування соціально-психологічних і середовищних чинників при розробці стратегій профілактики аутоагресивної поведінки [30, с. 98–106].

Дослідження, проведене Т. Ларіною [15, с.13], виявило, що схильність до аутоагресивної поведінки серед молоді груп соціального ризику корелює з низкою особистісних характеристик, таких як самозакоханість, егоцентричність, надмірна конформність, покірність, а також підвищена чутливість і прагнення до високих домагань. Ці риси поєднуються з імпульсивною ворожістю, дратівливістю, образливістю та схильністю до самозвинувачення, що ускладнює міжособистісну взаємодію. Молодь демонструє пасивність, невпевненість, зосередженість на власних недоліках, а також надмірну «жертвовність» і гіпервідповідальність, що межує з нав'язливістю. Потреба виглядати сильним і неуразливим часто є гіперкомпенсацією почуття неповноцінності та залежності від авторитарних близьких. Аутоагресивність проявляється в ризикованих діях, які є передумовою несуїцидальних форм саморуйнівної поведінки, а також у способах адаптації до середовища, життєвих виборах і формах самореалізації.

Результати дослідження Т. Ларіної [15, с.13] також вказують на те, що аутоагресивна поведінка формується під впливом фруструючих факторів, таких як стрес, несформованість ідентичності та невизначеність життєвих цілей, що призводить до деформації смисложиттєвих орієнтацій і порушення механізмів соціально-психологічної адаптації. Молодь із груп аутоагресивного ризику характеризується підвищеною мотивацією пошуку сенсу життя через неусвідомлення його цінності, брак відповідальності за вчинки та нездатність свідомо планувати майбутнє. Емоційна неврівноваженість, тривожність, підозрілість і агресивність, поєднані з невдоволеністю минулим, викликають почуття безпорадності та невіру у власні сили, що ускладнює цілісне сприйняття життя. Підвищене емоційне напруження, зумовлене невпевненістю, тривогою та труднощами у міжособистісних стосунках, сприяє амбіційності, агресивності та негативному ставленню до життя, знижуючи його цінність [15, с.13].

У своїй праці Т. Яценко [18, с.261] аналізує аутоагресивну поведінку через призму психоаналітичного підходу, акцентуючи увагу на її зв'язку з едіпальною залежністю. Вона зазначає, що першопричиною виникнення мазохістичних тенденцій є внутрішній конфлікт, породжений несвідомим почуттям провини, яке виникає через суспільні заборони, зокрема табу на інцест. Ця провинна спонукає індивіда до самопокарання за нереалізовані заборонені бажання, що проявляється у поєднанні страждання із задоволенням, характерним для мазохізму. Едіпальна залежність, за Т. Яценко, виступає ключовим фактором, який формує внутрішні суперечності, такі як прагнення до близькості та одночасне прагнення до автономії, що посилюють аутоагресивні імпульси.

Т. Яценко [18, с.261] також підкреслює, що неможливість відкрито виражати чуттєві потяги через соціальні обмеження активізує руйнівну енергію, спрямовану на власне «Я». Це призводить до саморуйнівної поведінки, де мазохістичні тенденції стають способом опосередкованого вираження внутрішнього конфлікту. Емпіричні дані, на думку дослідниці, підтверджують, що аутоагресія часто маскує едіпальну залежність, проявляючись у

самодеструктивних діях, які відображають боротьбу між протилежними психологічними імпульсами. Таким чином, мазохізм виступає як механізм, що поєднує покарання та задоволення, зумовлені неусвідомленими конфліктами, спричиненими соціальними та психічними обмеженнями [18, с.261].

Дж. Янг [35, с.83-89] у своїх дослідженнях вказує, що аутоагресивна поведінка, зокрема суїцидальні тенденції, може бути зумовлена ранніми дезадаптивними схемами, які формуються в дитинстві чи підлітковому віці через незадоволення базових емоційних потреб. Ці схеми, подібно до концепції внутрішніх робочих моделей у теорії прив'язаності, включають когнітивні, емоційні, соматичні та пам'яттєві компоненти. Вони виникають унаслідок травматичних досвідів, таких як емоційне насильство, нехтування чи надмірно тривожне батьківське виховання. Наприклад, схема покинутості, що характеризується очікуванням втрати близьких або їхньої ненадійності, формується через непослідовний догляд у ранньому віці. У дорослому житті ці схеми можуть активуватися подіями, які нагадують ранні травми, провокуючи сильні негативні емоції та саморуйнівну поведінку.

Дж. Янг [35, с.83-89] також зазначає, що активізація дезадаптивних схем призводить до неконструктивних стратегій подолання, які посилюють психологічний дистрес і сприяють аутоагресивним діям. Наприклад, людина з активованою схемою покинутості може неправильно інтерпретувати нейтральні соціальні сигнали, такі як уникнення зорового контакту партнером, як ознаку відторгнення. Це може спонукати до надмірної залежності чи уникнення близькості, що лише поглиблює схему замість її зцілення через адаптивні способи задоволення потреб у стабільності та безпеці. Таким чином, ранні дезадаптивні схеми виступають механізмом, що пов'язує незадоволені дитячі потреби з психопатологією та аутоагресивною поведінкою, включаючи суїцидальні прояви, у молодому віці.

Однією з ключових соціальних причин виникнення аутоагресивної поведінки серед молоді є класова нерівність, зокрема низький соціально-економічний статус (СЕС) батьків. Дослідження показують, що підлітки з сімей

із нижчим СЕС, характеризованим обмеженим доступом до ресурсів, нижчим рівнем освіти батьків чи безробіттям, мають вищий ризик самопошкоджувальної поведінки. Ця форма аутоагресії, що включає як суїцидальні, так і несуїцидальні дії, частіше спостерігається серед дівчат, ніж серед хлопців, що може бути пов'язано з гендерними відмінностями у сприйнятті соціального тиску та емоційних реакціях. Класова нерівність посилює відчуття соціальної ізоляції, невпевненості та стресу, що провокують внутрішні конфлікти та сприяють саморуйнівним діям як способу подолання психологічного дискомфорту.

Низький СЕС батьків також асоціюється з іншими несприятливими факторами, такими як нестабільне сімейне середовище, обмежений доступ до якісної освіти чи психологічної підтримки, що поглиблює вразливість молоді до аутоагресивної поведінки. Відсутність належного догляду, емоційна депривація чи тиск суспільних очікувань щодо соціального успіху створюють умови для формування дезадаптивних механізмів подолання, таких як самопошкодження. Ці соціальні детермінанти вказують на необхідність розробки профілактичних програм, які б враховували соціально-економічні фактори та спрямовувалися на підтримку підлітків із груп ризику, зокрема тих, хто зростає в умовах економічної нерівності [25 с.1–2].

Е. Мсідермот [31, с.156–172] вказує на те, що гомофобія є значущим соціальним предиктором аутоагресивної поведінки серед молоді, зокрема представників ЛГБТК+ спільноти, оскільки дискримінація та стигматизація на основі сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності створюють умови для психологічного дистресу. Соціальний осуд, насильство чи відторгнення з боку сім'ї, однолітків або суспільства сприяють формуванню почуття сорому, ізоляції та низької самооцінки, що часто штовхають молодих людей до самопошкодження чи суїцидальних думок. Гомофобне середовище ускладнює самовираження та прийняття власної ідентичності, що призводить до внутрішнього конфлікту між прагненням бути собою та страхом суспільного неприйняття.

Цей конфлікт може проявлятися у формі саморуйнівних дій, таких як самокалічення, як способу впоратися з емоційним болем або як спроби відволіктися від зовнішнього тиску.

Крім того, гомофобія обмежує доступ молоді до підтримки, оскільки страх розкриття ідентичності перешкоджає зверненню за допомогою до сім'ї, друзів чи професійних служб. Відсутність безпечного простору для обговорення своїх переживань посилює відчуття безнадії та безпорадності, що є ключовими тригерами аутоагресивної поведінки. Молодь, яка стикається з гомофобним булінгом чи відторгненням, часто вдається до самопошкодження як до механізму подолання, що дозволяє тимчасово полегшити психологічний біль або висловити приховану агресію, спрямовану на себе через неможливість протистояти зовнішнім обставинам. Таким чином, гомофобія не лише посилює психологічну вразливість, але й виступає каталізатором саморуйнівних тенденцій, підкреслюючи необхідність створення інклюзивних середовищ і цільових програм підтримки для ЛГБТК+ молоді [31, с.156–172].

Вчені, зокрема Е. Діггінс, Х. Хойвельман та інші [28, с.131–140], вказують на те, що гендерна нерівність є значущою причиною аутоагресивної поведінки серед молоді, особливо серед дівчат-підлітків. Гендерні відмінності проявляються у вищій поширеності самопошкодження серед дівчат порівняно з хлопцями, що пояснюється різним впливом соціальних і психологічних факторів. Дівчата частіше зазнають тиску через суспільні очікування щодо зовнішності, поведінки та ролі в суспільстві, що посилює невдоволення собою, зокрема своїм тілом, і сприяє розвитку депресії та саморуйнівних дій. Крім того, дівчата частіше стикаються з певними формами несприятливих обставин, такими як сексуальне насильство, що значно підвищує ризик аутоагресивної поведінки, включаючи самокалічення.

Ці вчені також підкреслюють, що гендерні відмінності у вираженні емоцій відіграють ключову роль у формуванні аутоагресивних тенденцій. Якщо хлопці, зазнаючи травматичних подій, частіше проявляють зовнішню агресію

чи вдаються до вживання психоактивних речовин, то дівчата схильні спрямовувати негативні емоції на себе, що проявляється у самопошкодженні. Соціальні фактори, такі як булінг, дисфункціональні стосунки чи дитячі травми, поєднуються з гендерними нормами, які обмежують емоційне вираження дівчат, посилюючи їхню вразливість. Відсутність гендерно-чутливих підходів у профілактиці та терапії самопошкодження підкреслює необхідність глибшого розуміння цих відмінностей для розробки ефективних стратегій підтримки молоді, які враховували б специфічні потреби дівчат і хлопців [28, с.131–140].

Варто зазначити те, що війна є вагомим соціальним фактором, що сприяє розвитку аутоагресивної поведінки серед молоді, оскільки створює умови для глибокої психологічної травматизації. Переміщення, втрата близьких, свідчення насильства, постійна загроза життю та вплив травматичних образів через медіа викликають гострий стрес і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які значно підвищують ризик самопошкодження та суїцидальних тенденцій. У воєнних умовах молодь стикається з руйнуванням соціальних структур, таких як освіта та підтримка громади, що посилює відчуття ізоляції, безнадії та втрати сенсу життя. Ці фактори провокують емоційну нестабільність і внутрішні конфлікти, які часто проявляються у формі аутоагресивних дій, таких як самокалічення чи спроби самогубства, як спроби впоратися з нестерпним психологічним болем. Відсутність доступу до психологічної допомоги та безпечного середовища ускладнює подолання травматичного досвіду, що робить молодь особливо вразливою до саморуйнівної поведінки. Таким чином, війна не лише створює травматичний контекст, але й виступає каталізатором аутоагресії, підкреслюючи необхідність термінових заходів для підтримки психічного здоров'я молоді в умовах конфлікту [23, с. 1199–1200].

Було створено таблицю, де систематизовано основні соціальні та психологічні причини аутоагресивної поведінки молоді, включаючи гендерну нерівність, гомофобію, соціально-економічну нерівність та воєнні кризи (табл.1.3 знаходиться у додатку А).

Отже, у розділі 1.2 проаналізовано соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді, включаючи психоаналітичні аспекти, такі як несвідома ворожість, дисфункція захисних механізмів і домінування руйнівних імпульсів, а також їхній зв'язок із дитячими травмами та емоційною нестабільністю. Було розглянуто вплив психіатричних розладів, рис особистості (імпульсивність, тривожність) та соціальних факторів, таких як дисфункціональні сімейні стосунки й незадоволені базові потреби, на формування дезадаптивних схем, що відповідає завданням аналізу передумов аутоагресії. Також, систематизовано зовнішні детермінанти, такі як гендерна нерівність, гомофобія, соціально-економічна нерівність і воєнні кризи, які провокують саморуйнівну поведінку через соціальний тиск, ізоляцію та втрату підтримки, що узгоджується з поставленими завданнями виявлення соціально-психологічних факторів.

### **1.3. Особливості прояву аутоагресивної поведінки серед молоді**

Аутоагресивна поведінка, відома також як самопошкодження, самокатування чи селфхарм, є однією з найпоширеніших проблем серед молоді, включаючи підлітків та осіб до 30 років, через їхню емоційну вразливість, імпульсивність та критичне ставлення до себе й оточення. Ця форма поведінки спрямована на завдання шкоди власному фізичному чи психічному здоров'ю, зазвичай без наміру самогубства, яке розглядається як крайній прояв аутоагресії. Основними причинами є внутрішні конфлікти, такі як низька самооцінка, почуття провини, емоційна нестабільність чи неможливість впоратися зі стресом. Молодь може вдаватися до фізичних форм аутоагресії, таких як порізи, опіки, виривання волосся чи надмірне захоплення пірсингом, або до психологічних, як самоприниження чи негативне самосприйняття (додаток А табл.1.4). Часто такі дії слугують способом зняття емоційної напруги, подолання відчуття внутрішньої порожнечі чи самопокарання за уявні недоліки, а

в деяких випадках є спробою привернути увагу або наслідувати поведінку значущих осіб [24, с.542–543].

Серед психосоціальних факторів, що сприяють аутоагресії, виділяються дисфункціональні сімейні стосунки, знущання (включаючи кібербулінг), соціальний тиск, а також вплив залежностей, таких як алкоголізм чи наркоманія. Психоаналітичні теорії пов'язують аутоагресію з несвідомими захисними механізмами, що виникають через нереалізовану агресію, спрямовану на себе внаслідок соціальних обмежень чи внутрішніх конфліктів. Наприклад, молоді люди можуть обирати саморуйнівні дії через фрустрацію, спричинену неможливістю досягнення важливих цілей, або через наслідування моделей поведінки з близького оточення. Дослідження також вказують на гендерні особливості: у дівчат аутоагресія частіше пов'язана з емоційними переживаннями, тоді як у хлопців – із фізичними проявами. Високий рівень імпульсивності та брак внутрішніх ресурсів ускладнюють подолання цієї поведінки, що підкреслює потребу в психологічній підтримці.

Розлади харчової поведінки (РХП), такі як анорексія, булімія чи компульсивне переїдання, є однією з поширених форм аутоагресивної поведінки серед молоді, що має серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я. РХП часто супроводжуються іншими психічними розладами, такими як депресія чи тривожність, і можуть призводити до летальних наслідків через медичні ускладнення чи суїцид.. Ці розлади виникають через порушення у сприйнятті їжі та тіла, що посилюються соціокультурними факторами, такими як ідеалізація худорлявості чи вплив соціальних мереж. У молоді РХП можуть проявлятися через голодування, викликання блювоти чи надмірне використання проносних, що відображає прагнення відповідати суспільним стандартам або компенсувати емоційну порожнечу. Ці дані підкреслюють необхідність раннього втручання та комплексного підходу до профілактики аутоагресивної поведінки [12, с. 94–96].

Суїцидальна поведінка вважається однією з форм аутоагресивної поведінки, і її детальне вивчення є надзвичайно актуальним через поширення та

серйозність наслідків, особливо серед молоді [27, с. 200–207]. У психоаналітичній традиції аутоагресія розглядається як захисний механізм, що виникає внаслідок накопичення невираженої агресії, яка спрямовується на власну особистість. Для молоді характерні дві основні мотивації аутоагресивних дій: по-перше, надмір емоцій, з якими підліток не може впоратися, що змушує його вдаватися до самопошкодження як способу емоційного розвантаження; по-друге, відчуття емоційної порожнечі, коли фізичний біль від самоушкодження дозволяє відчувати себе живим. Після таких дій молодь часто відчуває тимчасове полегшення або навіть ейфорію, оскільки біль і фізичні прояви перекривають негативні емоційні стани, що передували акту ауто агресії [26, с.52-55].

Серед психосоціальних факторів, що сприяють аутоагресивній поведінці молоді, виділяються дисфункціональні сімейні стосунки, включаючи розлучення батьків, часті конфлікти чи ігнорування потреб підлітка, а також жорсткі морально-етичні норми, нав'язані суспільством або референтною групою. Значну роль відіграють приниження з боку оточення, кібербулінг, внутрішні конфлікти через невідповідність між очікуваннями та реальністю, а також труднощі у взаєминах із друзями чи партнерами. Аутоагресія також може бути спробою самодисципліни, відповідності ідеалізованим стандартам або реакцією на неприйняття з боку значущих осіб. Суїцидальна поведінка, як одна з найпоширеніших форм аутоагресії серед молоді, характеризується спрямованістю на добровільне припинення життя і включає підготовчі дії, такі як пошук інформації чи спроби самогубства, що відображають стан глибокої безвиході. Узагальнюючи, аутоагресивна поведінка молоді є складним саморуйнівним процесом, зумовленим комплексами, емоційною нестабільністю та соціальними викликами, що набуває особливого значення в підлітковому віці через підвищену вразливість і нестабільність психіки [6, с.18–22].

Вживання психоактивних речовин (ПАР) серед молоді є однією з форм аутоагресивної поведінки, яка проявляється у навмисному завданні шкоди власному фізичному та психічному здоров'ю. Ця поведінка часто зумовлена

прагненням молоді впоратися з емоційною напругою, внутрішніми конфліктами чи соціальним тиском. За даними дослідження ESPAD 2019 року, проведеного в Україні, 18% підлітків віком 14–17 років хоча б раз у житті вживали наркотичні речовини. Молодь часто звертається до ПАР через бажання експериментувати, соціальний тиск, наслідування авторитетів або спробу втекти від сімейних чи шкільних проблем. Вживання наркотиків може посилювати імпульсивність, депресивні стани та відчуття безнадії, що сприяє іншим формам аутоагресії, таким як самопошкодження чи суїцидальні спроби [14, с.53–54].

Психоактивні речовини, такі як алкоголь, канабіс, героїн, метамфетаміни чи кокаїн, асоціюються з підвищеним ризиком самоушкодження, включаючи як несвідомі, так і свідомі дії з суїцидальним наміром. Дослідження показують, що гостре вживання ПАР (тобто вживання безпосередньо перед або під час аутоагресивного акту) посилює імпульсивність, порушує судження та знижує здатність до самоконтролю, що може призводити до серйозних фізичних ушкоджень, таких як порізи, опіки чи навіть спроби самогубства. Вживання ПАР також пов'язане з підвищеним ризиком інфекційних захворювань, таких як ВІЛ чи гепатит, через використання нестерильних шприців або незахищені статеві контакти. Крім того, молоді люди, які вживають наркотики, частіше стикаються з академічними невдачами, соціальною ізоляцією та конфліктами з законом, що ще більше погіршує їхній психоемоційний стан [25, с.1–3].

Наслідки вживання ПАР як форми аутоагресивної поведінки серед молоді мають довгостроковий вплив на фізичне, психічне та соціальне здоров'я. Хронічне вживання наркотиків може призводити до розвитку залежності, психічних розладів, таких як депресія чи тривожність, а також до підвищеного ризику самогубства чи нещасних випадків. У країнах з низьким та середнім рівнем доходу, таких як Україна, проблема ускладнюється обмеженим доступом до якісної психологічної та медичної допомоги. Наприклад, за даними ЮНІСЕФ, 18% українських підлітків мають досвід вживання наркотиків, що

вказує на масштабність проблеми [14, с.99]. Соціальні фактори, такі як дисфункціональні сімейні стосунки, булінг чи вплив масової культури, що романтизує вживання ПАР, посилюють схильність молоді до цієї форми аутоагресії. Для профілактики необхідні комплексні програми, які включають освіту, психологічну підтримку та раннє виявлення залежностей, щоб зменшити руйнівний вплив на молоде покоління.

Варто зазначити, що фізичне самопошкодження є поширеною формою аутоагресивної поведінки серед молоді, що включає навмисне завдання шкоди тілу, як-от порізи, опіки чи побиття. Ця поведінка слугує способом регулювання складних емоцій, таких як сором чи тривога, викликаних соціальним тиском або внутрішніми конфліктами. Молодь вдається до самопошкодження, щоб тимчасово полегшити психологічний біль, особливо в умовах імпульсивності та емоційної нестабільності, характерних для підліткового віку. Такі дії часто є реакцією на обмеження у вираженні емоцій через страх осуду чи суспільні норми.

К. Шелі та інші вказують на те, що психологічне самоприпинення проявляється у самокритиці та негативних судженнях про себе, що супроводжуються соромом через відчуття власної неадекватності. На відміну від провини, пов'язаної з конкретними вчинками, сором охоплює уявлення про себе як недостойну людину. У молоді це може виражатися через вирізання слів на шкірі чи постійне самозвинувачення, особливо серед дівчат, які зазнають тиску через суспільні стандарти зовнішності. Самоприпинення посилює ізоляцію, оскільки молодь уникає звернення за допомогою через страх стигматизації.

К. Шелі та інші зазначають, що особливості фізичного самопошкодження та психологічного самоприпинення серед молоді зумовлені їхньою емоційною чутливістю та труднощами у формуванні здорових способів подолання стресу. Сором відіграє ключову роль, оскільки пов'язаний із відчуттям відкинення чи недоліків. Булінг, ізоляція чи травматичний досвід спонукають молодь до саморуйнівних дій як способу уникнення болісних емоцій. Для

профілактики необхідно створювати безпечні середовища, де молодь могла б відкрито виражати свої почуття та отримувати підтримку [23, с.2–3].

Отже, у розділі 1.3 проаналізовано особливості прояву аутоагресивної поведінки серед молоді, включаючи фізичне самопошкодження, психологічне самоприпинення, розлади харчової поведінки, хімічні залежності та суїцидальну поведінку, що відповідає завданню вивчення їхніх проявів. Встановлено ключові мотиви, такі як регуляція емоційних станів (сором, провина, безнадія) та подолання внутрішньої порожнечі чи соціального тиску, а також гендерні відмінності у проявах, що узгоджується з поставленими завданнями аналізу зв'язку з соціально-психологічними факторами. Систематизовано психосоціальні детермінанти, такі як дисфункціональні сімейні стосунки, булінг, соціальні очікування та травматичний досвід, які провокують аутоагресивну поведінку, що відповідає завданню виявлення її передумов.

### **Висновки до першого розділу**

Отже, у першому розділі було проаналізовано наукові джерела, які визначають аутоагресивну поведінку молоді як складний багатокомпонентний соціально-психологічний феномен, що охоплює фізичні, емоційні, когнітивні, поведінкові та духовні аспекти. Розглянуто основні теоретичні підходи до розуміння аутоагресії: психоаналітичний (інтродекція, самопокарання, регресія), теорія загальної агресії (фрустрація та когнітивна оцінка), трансперсональний підхід (пошук трансформації через саморуйнування), а також сучасні біопсихосоціальні моделі. Показано, що аутоагресія виконує різні функції – від емоційної регуляції до комунікативної та екзистенційної, що підтверджує необхідність комплексного аналізу її мотиваційної структури.

Систематизовано класифікацію аутоагресивної поведінки за формами прояву (пряма й непряма, суїцидальна та парасуїцидальна), ступенем усвідомленості (усвідомлена, імпульсивна, компульсивна) та провідними мотивами (самопокарання, антисуїцидальна функція, крик про допомогу, протест, пошук

відчуттів). Особливу увагу приділено соціально-психологічним передумовам виникнення аутоагресії, серед яких низька самооцінка, хронічні почуття провини та сорому, дисфункціональні сімейні сценарії, дитячі травми, булінг і кібербулінг, гендерні стереотипи, соціально-економічна нерівність, стигматизація ЛГБТК+ молоді та вплив воєнних подій. Виявлено гендерні відмінності: дівчата частіше вдаються до внутрішньої (емоційної) аутоагресії та непрямих форм, хлопці – до зовнішньої фізичної.

На основі теоретичного аналізу встановлено, що аутоагресивна поведінка молоді є дисфункціональною стратегією подолання, яка виникає за відсутності адаптивних механізмів регуляції емоцій та підтримки. Таким чином, перший розділ створив цілісну теоретичну базу для подальшого емпіричного дослідження, підкресливши необхідність врахування як індивідуально-психологічних, так і соціально-контекстуальних факторів при розробці програм профілактики та психокорекції.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ**

### **2.1. Організація та методологічні засади емпіричного дослідження**

Емпіричне дослідження проводилося з метою перевірки гіпотези про те, що аутоагресивна поведінка молоді формується під впливом взаємодії соціальних факторів (булінг, гендерна нерівність, воєнні травми, соціально-економічна нерівність) та психологічних чинників (низька самооцінка, сором, емоційна нестабільність). Дослідження здійснювалося на базі Національного аграрного університету м. Миколаєва. У дослідженні взяли участь 60 студентів I–III курсів віком від 17 до 22 років. Дослідження проводилося анонімно з отриманням інформованої згоди, з дотриманням етичних норм. Опитування проводилось за допомогою Google Forms. Для збору даних застосовувалися стандартизовані психодіагностичні методики та авторське опитування. Обробка даних здійснювалася за допомогою кореляційного аналізу Пірсона.

Дослідження проводилося за принципом добровільної участі. Учасникам гарантувалася анонімність і конфіденційність їхніх даних. Явних психічних розладів, які могли б вплинути на мотивацію чи результати, у респондентів не спостерігалось.

Дослідження проводилося в кілька етапів:

1. Підбір вибірки та організація дослідження. Формування вибірки з 60 осіб віком 17–22 років: 30 юнаків і 30 дівчат для рівномірного розподілу за гендером.

2. Вибір психодіагностичних методик. Обрання п'яти стандартизованих інструментів: «Шкала самооцінки Розенберга (RSE)» для оцінки самооцінки, «Тест виявлення суїцидального ризику» для вимірювання аутоагресивних тенденцій, «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» для оцінки емоційної нестабільності, авторське коротке опитування для соціальних факторів, а також «Дослідження схильності до ризику» для оцінки ризикованої поведінки.

3. Збір емпіричних даних. Проведення онлайн-опитування з використанням Google Forms.

4. Обробка та аналіз даних. Порівняльний аналіз результатів між групами для виявлення взаємодії факторів, з інтерпретацією даних для підтвердження чи спростування гіпотези.

Перший етап. Визначено актуальність проблеми дослідження – формування аутоагресивної поведінки молоді під впливом соціальних і психологічних факторів. Сформовано вибірку та обрано п'ять психодіагностичних методик для оцінки самооцінки, суїцидального ризику, емоційної нестабільності, соціальних факторів та схильності до ризику:

1. Шкала самооцінки Розенберга (RSE);
2. Тест виявлення суїцидального ризику;
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);
4. Дослідження схильності до ризику;
5. Авторське опитування про соціальні фактори ризику (додаток А).

Другий етап. Здійснено обробку отриманих емпіричних даних. Використано статистичні методи для аналізу результатів, зокрема кореляційний аналіз Пірсона.

Третій етап. Проведено аналіз і систематизацію отриманих даних, виявлено взаємодію соціальних і психологічних факторів у формуванні аутоагресивної поведінки. Проведено обчислення коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона для перевірки гіпотези.

Методологічні засади дослідження ґрунтуються на комбінації кількісних методів для оцінки залежної змінної (аутоагресивна поведінка через суїцидальний ризик) та незалежних змінних (психологічні та соціальні фактори). Для проведення дослідження було обрано чотири методики: «Шкала самооцінки Розенберга (RSE)» для оцінки низької самооцінки, «Тест виявлення суїцидального ризику» для вимірювання аутоагресивної поведінки, «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» для емоційної нестабільності та сорому, «Методика дослідження схильності для ризику» а також авторське коротке опитування для визначення соціальних факторів.

Першою методикою було обрано «Шкалу самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE)» для вимірювання психологічного чинника «низька самооцінка», оскільки гіпотеза передбачає її роль у формуванні аутоагресивної поведінки. RSE є одним з найпоширеніших інструментів для оцінки глобальної самооцінки, з високою валідністю та надійністю в дослідженнях молоді. Методика проста в застосуванні, не вимагає багато часу, і дозволяє кількісно оцінити самооцінку як предиктор аутоагресії, інтегруючись з іншими шкалами для факторного аналізу.

«Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE)» – це популярний інструмент для вимірювання самооцінки у соціо-психологічних дослідженнях. Спочатку вона була розроблена Моррісом Розенбергом у 1965 році для самооцінки старшокласників, проте з моменту свого розвитку використовувалася з різними групами, включаючи дорослих. Шкала складається з 10 пунктів (5 позитивних, 5 негативних), на які респондент відповідає за 4-

бальною шкалою Likert (від «Повністю згоден» до «Повністю не згоден»). Загальний бал: 10–40, де <15 – низька самооцінка, 15–25 – середня, >25 – висока.

Другою методикою було обрано «Тест виявлення суїцидального ризику» для безпосередньої оцінки аутоагресивної поведінки через вимірювання схильності до суїцидальних реакцій. Суїцидальний ризик тісно пов'язаний з психологічними (сором, емоційна нестабільність) та соціальними факторами (травми, нерівність), як показано в дослідженнях (наприклад, CSSRS та SAD PERSONS). Методика дозволяє виявити початковий рівень ризику, що важливо для молоді в умовах воєнних травм. Вона має високу чутливість для скринінгу, з ключем для оцінки щирості (шкала L), що забезпечує валідність відповідей. Ця методика була обрана через простоту та фокус на динаміці суїцидального ризику, що є одним з факторів гіпотези.

«Тест виявлення суїцидального ризику» – це інструмент для скринінгу схильності до суїцидальних реакцій. Він складається з 45 запитань, на які респондент відповідає «Так» або «Ні». Методика дозволяє визначити початковий рівень ризику. Узагальнена оцінка «5» – низький ризик; «4» – ризик при тривалій травматизації; «3» – нестійкий потенціал; «2» – група ризику з можливими спробами; «1» – високий ризик, потребує допомоги.

Третьою методикою було обрано «Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS)» для вимірювання рівня тривоги та депресії. Простота робить її придатною для комбінації з іншими методиками, дозволяючи виявити взаємодію аутоагресії з соціальними факторами.

«Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)» була розроблена в 1983 році з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Четвертою методикою було обрано «Дослідження схильності до ризику», оскільки аутоагресивна поведінка часто супроводжується схильністю

до ризикованих дій, включаючи саморуйнівні вчинки. Методика дозволяє кількісно оцінити рівень готовності до ризику як рису особистості, яка може посилювати вплив низької самооцінки, сорому чи емоційної нестабільності на аутоагресію.

«Дослідження схильності до ризику» є психодіагностичним опитувальником, спрямованим на оцінку схильності до ризику як стійкої особистісної риси. Обробка передбачає підрахунок кількості «+» (балів ризику) та інтерпретацією за нормами: високий рівень – схильність до імпульсивних, небезпечних рішень; низький – уникнення ризику. Методика підходить для кореляційного аналізу з суїцидальним ризиком та соціальними факторами для перевірки гіпотези.

П'ятою методикою було обрано авторське коротке опитування про соціальні фактори ризику для вимірювання соціальних факторів (булінг, гендерна нерівність, воєнні травми, соціально-економічна нерівність) тому, що гіпотеза вимагає оцінки їх впливу на аутоагресію. Воно доповнює психологічні шкали, дозволяючи групувати респондентів (з досвідом/без) для порівняльного аналізу.

## **2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

Емпіричне дослідження аутоагресивної поведінки молоді дозволило отримати дані, які були проаналізовані з метою перевірки гіпотези про взаємодію соціальних і психологічних факторів. Загалом, результати свідчать про помітні прояви аутоагресивних тенденцій у частини учасників, поєднані з психологічними чинниками, такими як знижена самооцінка та емоційна нестабільність, а також соціальними впливами. У подальшому аналізі детально розглянуто результати по кожній методиці окремо, з акцентом на розподіл показників та їх можливу інтерпретацію.

Результати дослідження за «Шкалою самооцінки Розенберга (RSE)» продемонстрували, що середній бал по всій вибірці становить 22.4, що загалом

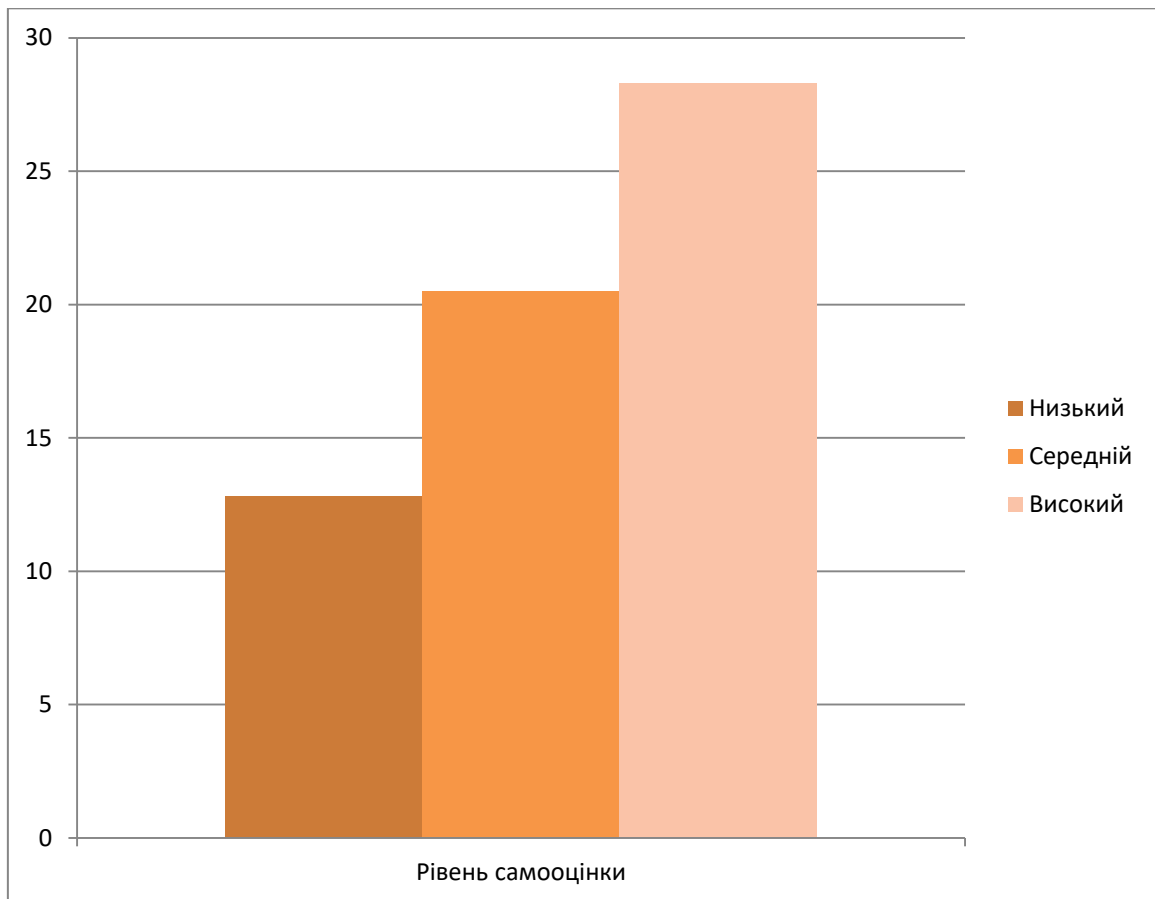
відповідає середньому рівню самооцінки. Однак, у значної частини респондентів спостерігалось зниження показників. Низький рівень самооцінки зафіксовано у 35% учасників, середній рівень -55% , тоді як високий – лише у 10%, що вказує на переважання помірних або знижених оцінок власної цінності серед молоді (табл.2.1).

Ці результати можуть означати те, що знижена самооцінка у частини респондентів пов'язана з накопиченням негативних досвідів. Крім того, середній рівень самооцінки у більшості учасників може вказувати на адаптивні механізми, але з ризиком переходу до нижчих показників під впливом стресових факторів. У цілому, результати RSE підкреслюють необхідність подальшого вивчення, оскільки низькі бали можуть говорити про вразливість до емоційних труднощів, хоча не є прямим діагнозом.

*Таблиця 2.1*

**Результати дослідження за методикою «Шкала самооцінки Розенберга (RSE)»**

| Рівень самооцінки | Діапазон балів | Кількість респондентів | Відсоток (%) | Середній бал у групі |
|-------------------|----------------|------------------------|--------------|----------------------|
| Низький           | <15            | 21                     | 35           | 12.8                 |
| Середній          | 15–25          | 33                     | 55           | 20.5                 |
| Високий           | >25            | 6                      | 10           | 28.3                 |



**Рис.2.1. Результати дослідження за методикою «Шкала самооцінки Розенберга (RSE)»**

На рис. 2.1 зображено стовпчасту діаграму розподілу рівнів самооцінки за методикою «Шкала самооцінки Розенберга (RSE)». Найбільший стовпець відповідає високому рівню самооцінки, який охоплює понад половину вибірки і відображає типовий діапазон оцінок для більшості респондентів. Стовпець середнього рівня самооцінки є другим за величиною і суттєво перевищує високий рівень, який представлений мінімальним стовпцем. Отже, діаграма чітко демонструє домінування помірних та знижених показників самооцінки над високими, що дозволяє оцінити загальну тенденцію в групі та виявити асиметрію розподілу в бік потенційної вразливості частини учасників.

Результати «Тесту виявлення суїцидального ризику» виявили, що середній коефіцієнт  $S_r$  по вибірці дорівнює 0.52, що відповідає середньому рівню схильності до суїцидальних реакцій. У 28% учасників показники  $S_r$  перевищували 0.60, що відносить їх до групи з вищим за середній або високим

рівнем ризику, з можливими проявами саморуйнівних думок чи поведінки. Водночас, низький рівень ризику ( $Sr$  менше 0.23) спостерігався у 18% респондентів, тоді як нижчий від середнього – у 25%, що вказує на варіативність схильності серед молоді (табл. 2.2).

Ці показники можуть свідчити про те, що середній рівень ризику у вибірці пов'язаний з накопиченням психологічних навантажень, таких як емоційна нестабільність, які потенційно посилюються зовнішніми факторами. Високі значення  $Sr$  у частини учасників можуть вказувати на наявність внутрішніх конфліктів або реакцій на стрес. Шкала неправди (L) з середнім значенням 0.32 свідчить про достатню щирість відповідей, що робить дані надійними для інтерпретації, але підкреслює потребу в контекстуальному аналізі.

Крім того, узагальнені оцінки ризику (від 1 до 5) показують, що респонденти з високим ризиком (оцінка 1) можуть переживати ситуацію внутрішнього конфлікту, що вимагає підтримки, тоді як низькі оцінки (5) можуть говорити про стійкість до таких тенденцій. Загалом, результати тесту можуть натякати на динаміку ризику, залежну від індивідуальних чинників, і підкреслюють важливість профілактики.

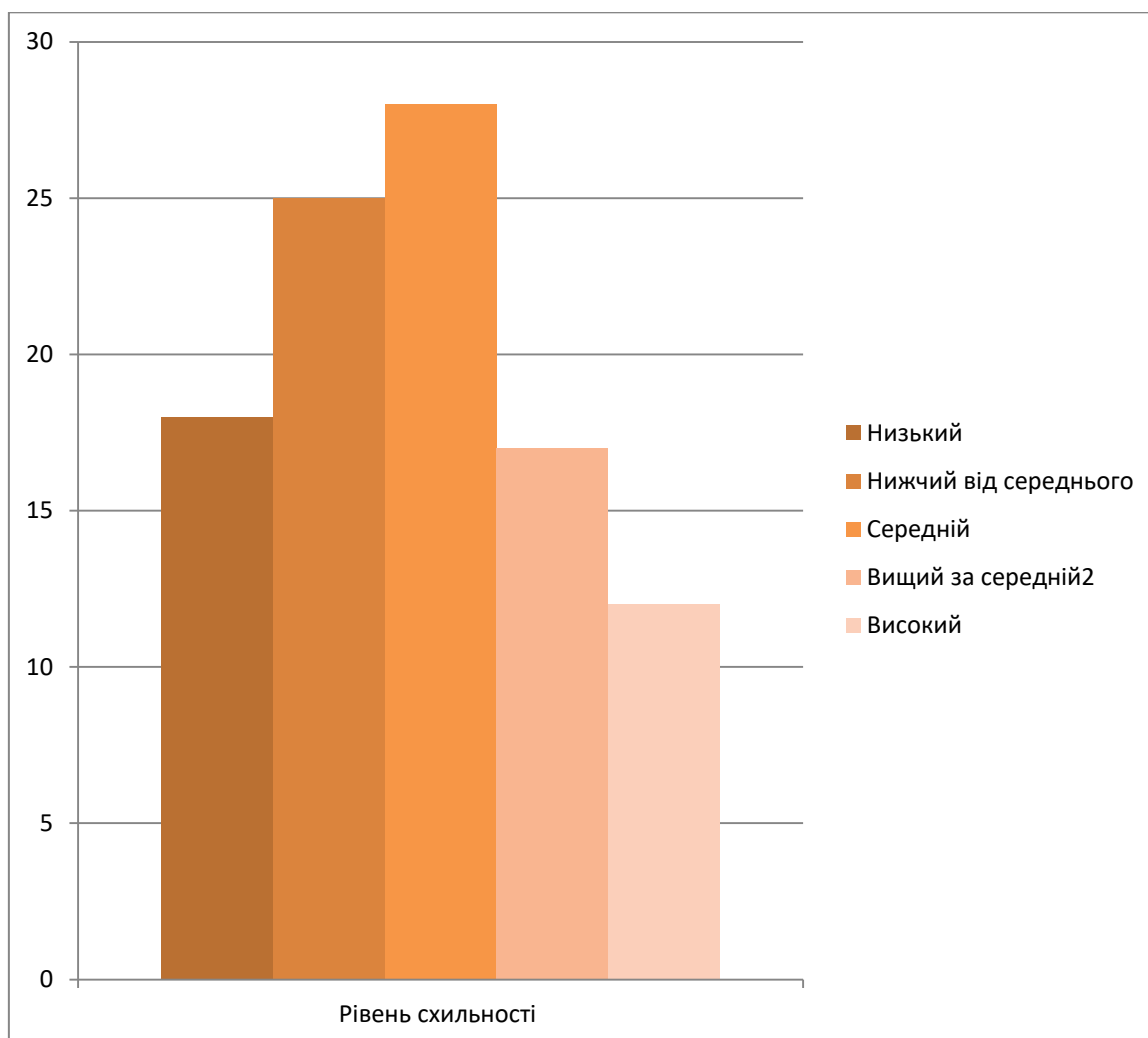
*Таблиця 2.2*

**Результати дослідження за методикою «Тест виявлення суїцидального ризику»**

| Рівень схильності ( $Sr$ ) | Діапазон $Sr$ | Узагальнена оцінка | Кількість респондентів | Відсоток (%) | Середній $Sr$ у групі |
|----------------------------|---------------|--------------------|------------------------|--------------|-----------------------|
| Низький                    | 0.01-0.23     | 5                  | 11                     | 18           | 0.15                  |
| Нижчий від середнього      | 0.24-0.38     | 4                  | 15                     | 25           | 0.31                  |

|                   |           |   |    |    |      |
|-------------------|-----------|---|----|----|------|
| Середній          | 0.39-0.59 | 3 | 17 | 28 | 0.48 |
| Вищий за середній | 0.60-0.74 | 2 | 10 | 17 | 0.67 |
| Високий           | 0.75-1.00 | 1 | 7  | 12 | 0.82 |

На рис. 2.2 представлено стовпчасту діаграму розподілу рівнів суїцидального ризику за методикою «Тест виявлення суїцидального ризику». Найвищий стовпець відповідає середньому рівню схильності, що займає центральну позицію та відображає найпоширеніший діапазон показників у вибірці. Поруч розташовані стовпці нижчого від середнього та вищого за середній рівні, тоді як низький і високий рівні представлені меншими стовпцями. Отже, що середній та близькі до нього рівні ризику є домінуючими, а крайні значення трапляються рідше. Це відображає варіативність результатів суїцидальної схильності серед молоді.



**Рис.2.2. Результати дослідження за методикою «Тест виявлення суїцидального ризику»**

Результати за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» показали, що середній бал по підшкалі тривоги (A) становить 9.2, а по підшкалі депресії (D) – 8.7, що загалом вказує на субклінічний рівень проявів у вибірці. У 42% респондентів (25 осіб) показники перевищували 11 балів на одній або обох підшкалах, що відповідає клінічному рівню, тоді як норма (0–7 балів) спостерігалася у 30% (18 осіб). Субклінічні значення (8–10 балів) були зафіксовані у 28% учасників, з вищими значеннями тривоги серед тих, хто мав досвід соціальних факторів (табл.2.3).

Ці дані можуть означати те, що підвищена тривога у частини респондентів пов'язана з емоційною нестабільністю, яка потенційно посилюється

стресовими впливами, такими як війна. Підшкала депресії з субклінічними значеннями може вказувати на наявність сорому або зниженого настрою, що не досягає клінічного рівня, але створює вразливість до аутоагресивних тенденцій. Загальний бал по шкалі (середній 17.9) може говорити про помірний дистрес, що вимагає уваги, хоча не є прямим індикатором розладів.

Крім того, відмінності між підшкалами (тривога вища за депресію) можуть натякати на переважання тривожних реакцій над депресивними, що може бути пов'язано з соціальними чинниками.

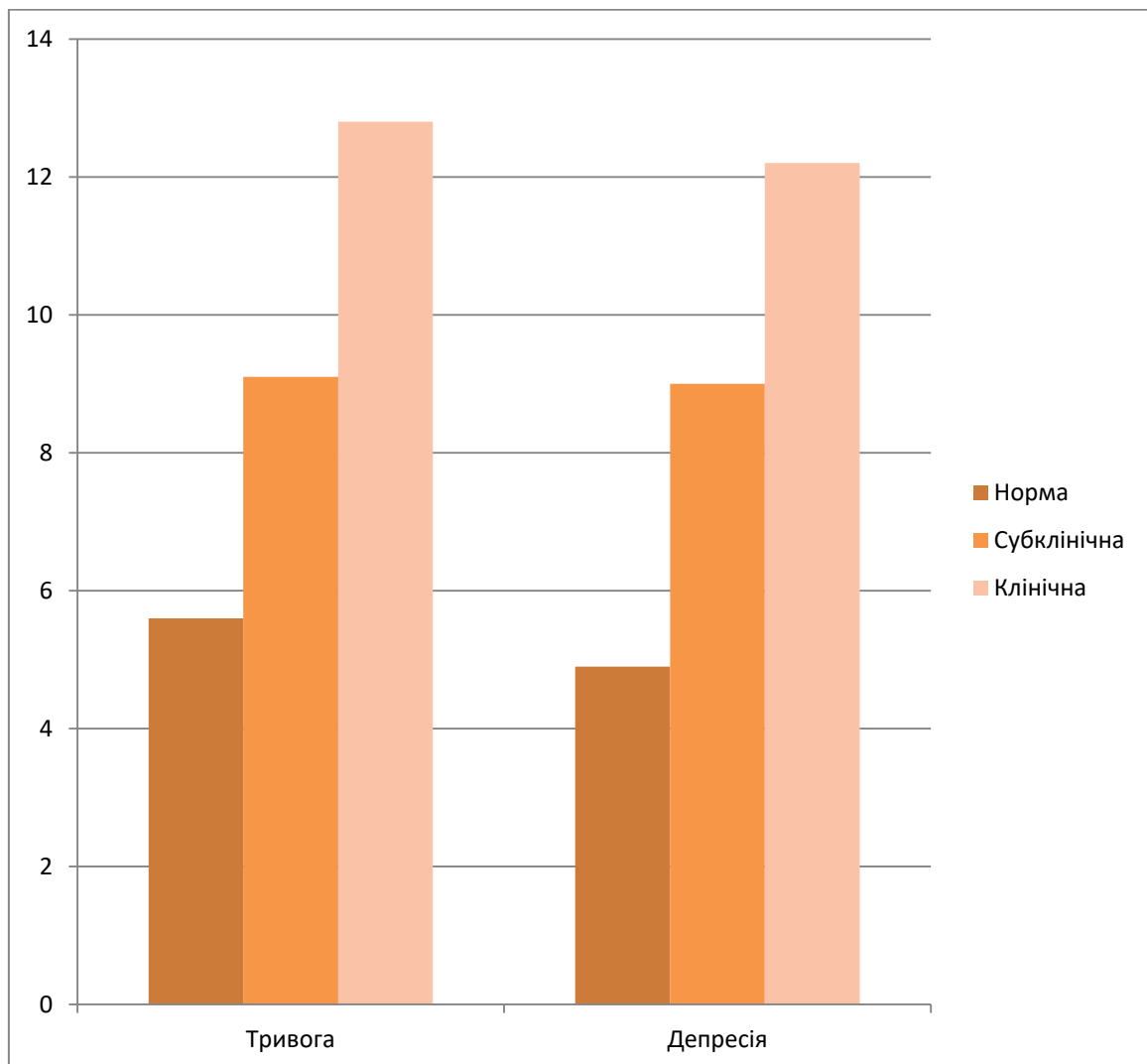
*Таблиця 2.3*

**Результати дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)»**

| Підшкала     | Рівень       | Діапазон балів | Кількість респондентів | Відсоток (%) | Середній бал у групі |
|--------------|--------------|----------------|------------------------|--------------|----------------------|
| Тривога (A)  | Норма        | 0–7            | 18                     | 30           | 5.6                  |
| Тривога (A)  | Суб-клінічна | 8–10           | 17                     | 28           | 9.1                  |
| Тривога (A)  | Клінічна     | 11+            | 25                     | 42           | 12.8                 |
| Депресія (D) | Норма        | 0–7            | 20                     | 33           | 4.9                  |
| Депресія (D) | Суб-клінічна | 8–10           | 15                     | 25           | 9.0                  |
| Депресія (D) | Клінічна     | 11+            | 25                     | 42           | 12.2                 |

На рис. 2.3 відображено стовпчасту діаграму результатів за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» з окремими стовпцями для

підшкал тривоги та депресії. Для обох підшкал найбільші стовпці відповідають клінічному рівню, що свідчить про його найвищу поширеність у вибірці. Стовпці норми та субклінічного рівня є меншими, при цьому для тривоги субклінічний рівень дещо перевищує відповідний для депресії. Така структура діаграми дає змогу порівняти розподіл проявів тривоги та депресії, виявляючи схожість у частоті клінічних показників і певну перевагу тривожних реакцій у субклінічній зоні.



**Рис.2.3. Результати дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)»**

Результати дослідження за методикою «Схильність до ризику» виявили, що середній рівень схильності по вибірці становить середній (середній бал 14.2 з можливих 25), з тенденцією до підвищеного ризику у 32% учасників (19

осіб). Низький рівень (менше 10 балів) спостерігався у 25% (15 осіб), тоді як високий (понад 18 балів) – у 20% (12 осіб), з переважанням середніх значень у решти 23% (14 осіб).

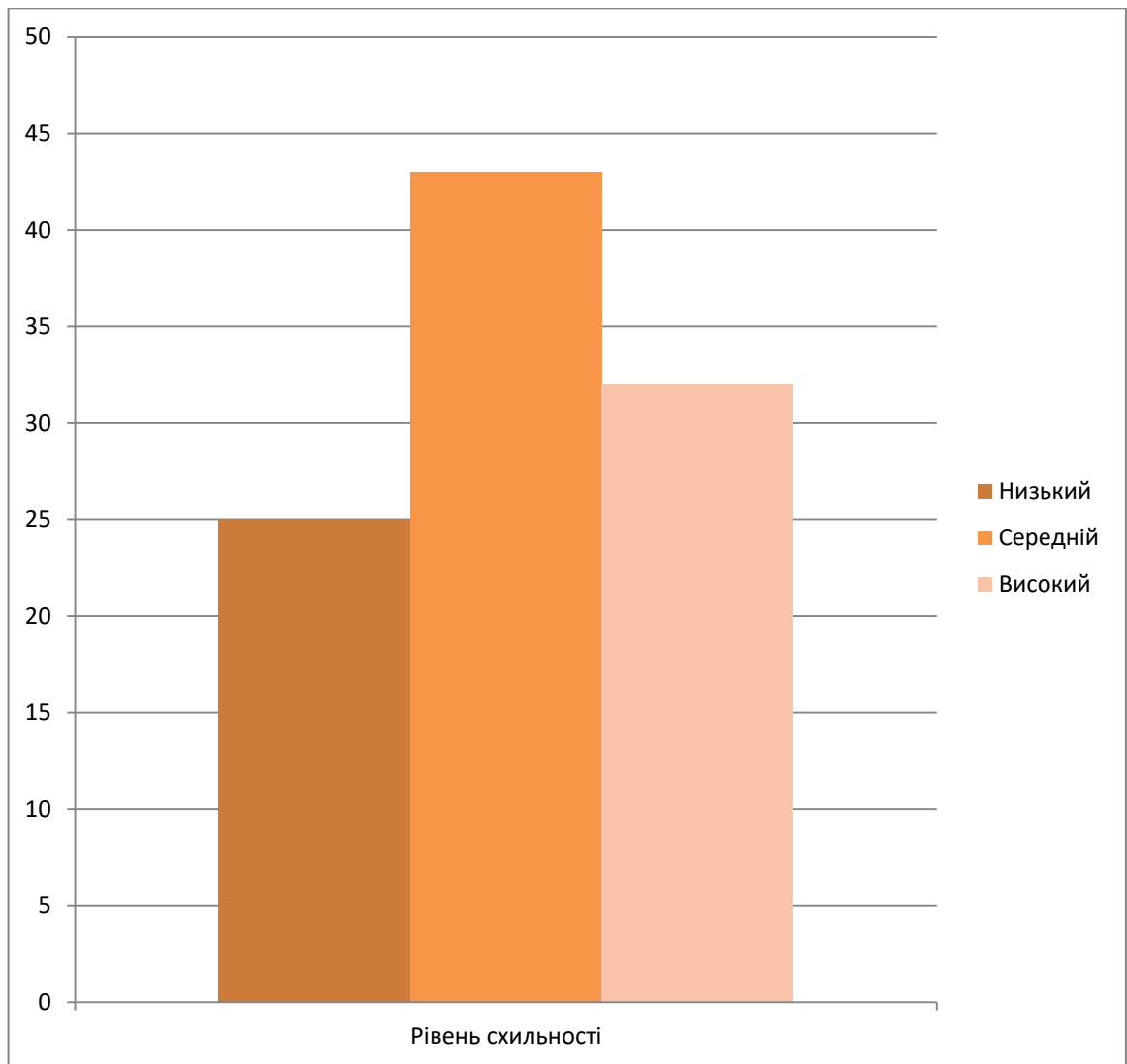
Ці показники можуть свідчити про те, що помірна схильність до ризику у більшості респондентів пов'язана з адаптивними стратегіями, але підвищені значення можуть вказувати на імпульсивність, яка посилює аутоагресивні тенденції під впливом стресу. Високі бали можуть говорити про готовність до небезпечних дій, що потенційно перетинається з саморуйнівною поведінкою.

*Таблиця 2.4*

**Результати дослідження за методикою «Схильність до ризику»**

| Рівень схильності | Діапазон балів | Кількість респондентів | Відсоток (%) | Середній бал у групі |
|-------------------|----------------|------------------------|--------------|----------------------|
| Низький           | <10            | 15                     | 25           | 7.5                  |
| Середній          | 10–18          | 26                     | 43           | 14.0                 |
| Високий           | >18            | 19                     | 32           | 20.2                 |

На рис. 2.4 показано гістограму розподілу рівнів схильності до ризику за відповідною методикою. Найвищий стовбчик належить середньому рівню, який охоплює найбільшу частку респондентів і займає центральне місце на графіку. Стовбчик високого рівня є другим за висотою, тоді як низький рівень представлений найменшим стовбчиком. Гістограма чітко ілюструє домінування середніх показників схильності до ризику в групі, водночас вказуючи на значну присутність підвищених значень і відносну рідкість низьких, що допомагає оцінити загальну картину розподілу цієї характеристики серед учасників дослідження.



**Рис.2.4. Результати дослідження за методикою «Схильність до ризику»**

Результати авторського опитування про соціальні фактори ризику показали, що середній бал по вибірці становить 5.8, що наближається до порогового значення високого впливу. У 45% респондентів (27 осіб) показники перевищували 6 балів, вказуючи на високий рівень досвіду соціальних факторів, таких як булінг чи воєнні травми. Низький вплив (0–3 бали) спостерігався у 22% (13 осіб), тоді як середній (4–6 балів) – у 33% (20 осіб), з переважанням позитивних відповідей на питання про булінг і нерівність.

Ці дані можуть свідчити про те, що значна частина молоді стикалася з соціальними утисками, які потенційно впливають на психологічний стан, посилюючи вразливість до аутоагресивних проявів. Високі бали можуть вказувати на накопичений досвід, що створює фон для емоційних труднощів, хоча це не є прямим причинним зв'язком. Питання про війнні травми мали найвищий відсоток «Так» (38%), що може говорити про актуальність цього фактора в українському контексті.

Крім того, розподіл відповідей на окремі питання (наприклад, 52% «Так» на булінг) може натякати на поширеність цих досвідів серед молоді, з потенційним впливом на самооцінку чи емоційну стабільність. Загалом, результати опитування підкреслюють роль соціальних факторів як можливого тригера психологічних проблем.

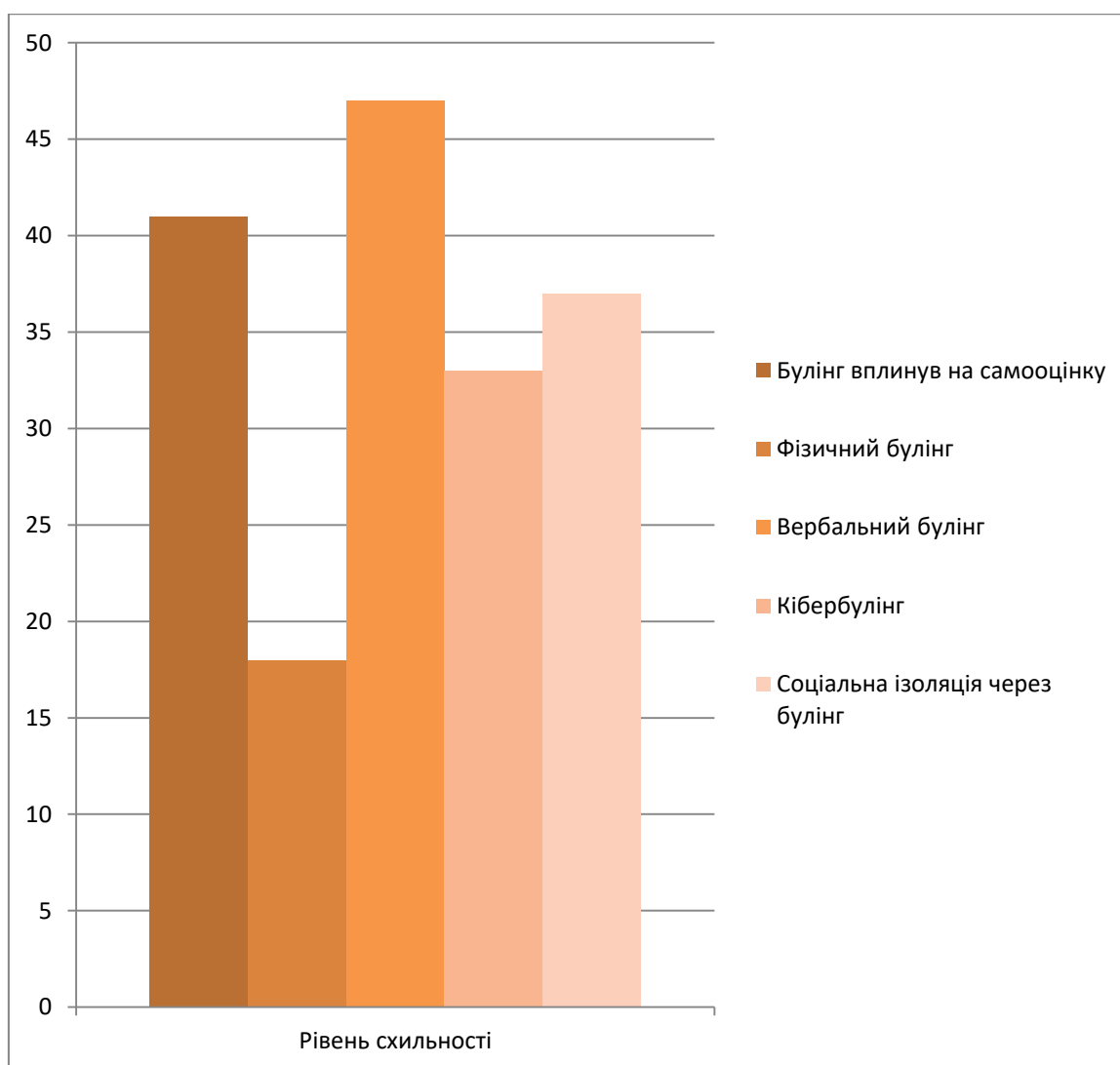
Таблиця 2.5

**Результати дослідження за авторським опитуванням**

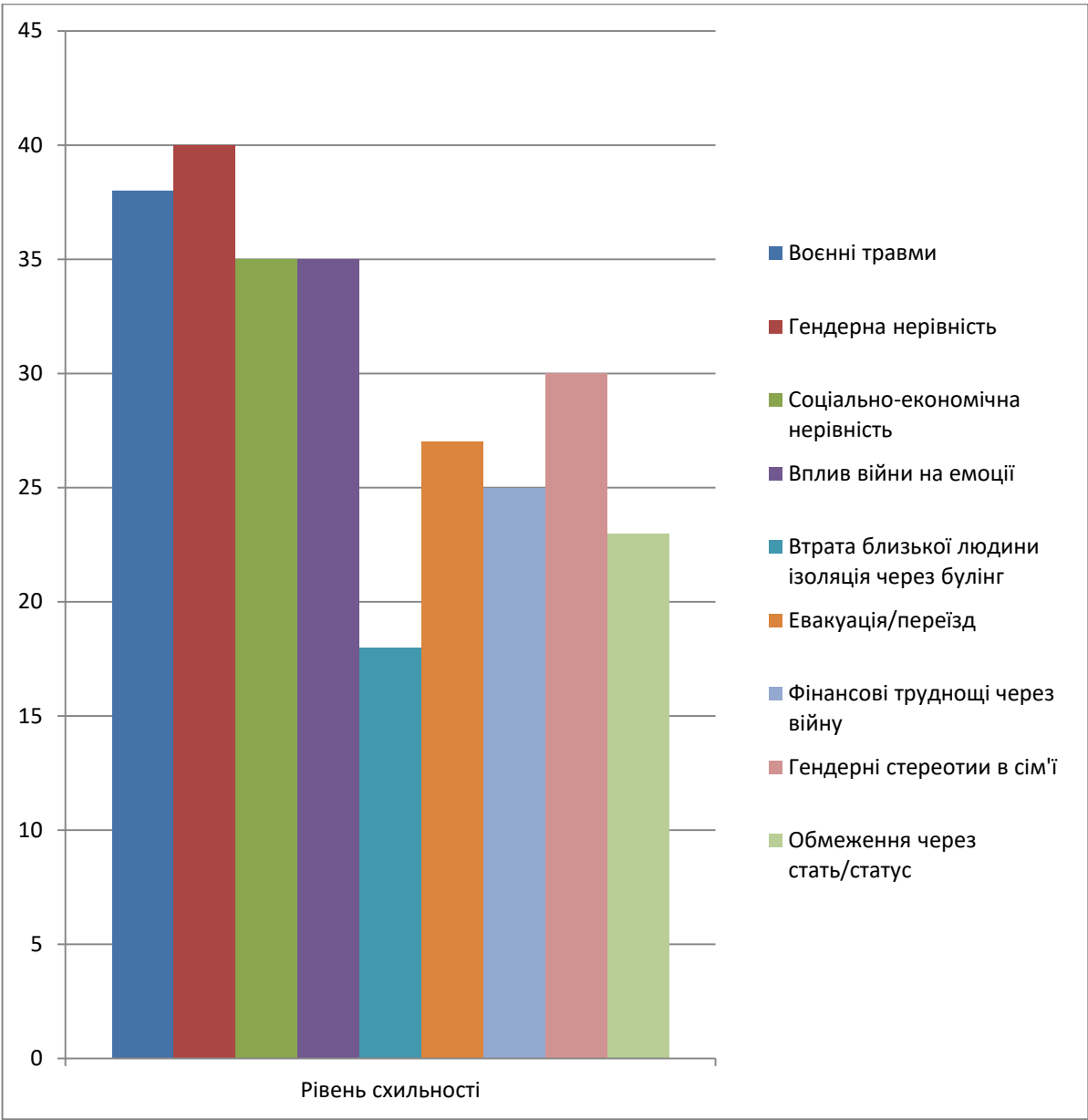
| Рівень впливу | Діапазон балів | Кількість респондентів | Відсоток (%) | Середній бал у групі |
|---------------|----------------|------------------------|--------------|----------------------|
| Низький       | 0–3            | 13                     | 22           | 2.1                  |
| Середній      | 4–6            | 20                     | 33           | 5.0                  |
| Високий       | >6             | 27                     | 45           | 8.4                  |

На рис. 2.5 зображено стовпчасту діаграму досвіду різних форм булінгу за окремими питаннями авторського опитування. Видно, що вплив булінгу на самооцінку є найпоширенішим серед учасників — відповідний стовпець найвищий і суттєво перевищує інші. Далі за висотою йде вербальний булінг, який також охоплює значну частину вибірки і відображає домінування словесних образ, прізвиськ чи погроз. Наступним є соціальна ізоляція через булінг — стовпець трохи нижчий, але все ще помітний, що вказує на часті випадки ігно-

рування чи виключення з компанії. Кібербулінг займає четверте місце, демонструючи актуальність травлі в онлайн-просторі. Найнижчий стовпець відповідає фізичному булінгу, що свідчить про його відносну рідкість серед респондентів. Графік чітко показує, що емоційно-психологічні форми булінгу переважають над фізичними, а вплив на самооцінку є ключовим наслідком цього досвіду.



**Рис.2.5. Результати дослідження за авторським опитуванням. Фактор «Булінг»**



**Рис.2.6. Результати дослідження за авторським опитуванням. Фактор «Булінг»**

На рис. 2.6 представлено стовпчасту діаграму інших соціальних факторів ризику за авторським опитуванням. Видно, що гендерна нерівність є найпоширенішою серед учасників – стовпець найвищий і домінує над рештою. Друге місце посідає війнні травми, стовпець якого близький до лідера за висотою. Третім іде соціально-економічна нерівність, що також охоплює помітну частку вибірки. Серед детальних аспектів лідирують гендерні стереотипи в

сім'ї та вплив війни на емоційне самопочуття – ці стовпці стоять поруч і відображають сильний емоційний відгук. Далі йдуть евакуація або переїзд через війну, фінансові труднощі через війну та обмеження можливостей через стать чи соціальний статус, які мають середню висоту. Найнижчий стовпець – втрата близької людини через війну, що вказує на найменшу поширеність цього досвіду. Графік наочно демонструє, що гендерні та воєнні фактори мають найбільший вплив на молодь.

Проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом кореляції Пірсона [7]. Перевірено нормальність розподілів за критерієм Шапіро-Уїлка ( $p > 0.05$  для всіх змінних), що дозволило застосувати параметричний аналіз. Рівень статистичної значущості встановлено на  $p < 0.05$ ; для  $p < 0.01$  та  $p < 0.001$  додатково вказано.

Для перевірки надійності вимірювання аутоагресивної поведінки було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона між результатами «Тесту виявлення суїцидального ризику» та «Дослідженням схильності до ризику». Аналіз показав помірну позитивну кореляцію ( $r = 0.412$ ,  $p = 0.001$ ), що є статистично значущою. У таблиці 2.6 можемо спостерігати узгодженість між показниками суїцидального ризику та загальної схильності до ризику, що підтверджує, що обидві методики вимірюють пов'язані аспекти аутоагресивної та саморуйнівної поведінки. Така кореляція свідчить про те, що респонденти з вищим рівнем суїцидального ризику частіше демонструють схильність до імпульсивних, небезпечних дій у повсякденному житті.

Також, ці результати можуть говорити про те, що аутоагресивна поведінка в молоді не обмежується лише суїцидальними думками чи намірами, а включає ширший спектр саморуйнівних стратегій, пов'язаних із ризиком. Помірна сила кореляції вказує на те, що суїцидальний ризик і загальна схильність до ризику мають спільні психологічні основи, такі як низька саморегуляція, імпульсивність чи пошук гострих відчуттів як механізму уникнення

емоційного болю. Крім того, значущість кореляції дозволяє розглядати схильність до ризику як додатковий маркер потенційної аутоагресивної поведінки, особливо в контексті профілактики серед молоді.

Таблиця 2.6

**Результати кореляційного аналізу між результатами дослідження за методиками «Тесту виявлення суїцидального ризику» та «Дослідженням схильності до ризику»**

| Змінна                         | Суїцидальний ризик | Схильність до ризику |
|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| Суїцидальний ризик             | 1.000              | 0.412                |
| Схильність до ризику (Шмельов) | 0.412              | 1.000                |

Проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона між суїцидальним ризиком («Тест виявлення суїцидального ризику») та психологічними факторами: самооцінкою (RSE), тривогою (HADS-A), депресією (HADS-D). Аналіз виявив сильну негативну кореляцію з самооцінкою ( $r=-0.528$ ,  $p<0.001$ ), помірну позитивну з тривогою ( $r=0.445$ ,  $p<0.001$ ) та помірну позитивну з депресією ( $r=0.472$ ,  $p<0.001$ ). У таблиці ми можемо спостерігати, що суїцидальний ризик тісно пов'язаний зі зниженою самооцінкою та підвищеними рівнями тривоги й депресії, що підтверджує роль психологічних чинників у формуванні аутоагресивної поведінки.

Ці дані можуть свідчити про те, що низька самооцінка є одним із важливих факторів можливо, через відчуття безнадії чи власної неповноцінності. Позитивні кореляції з тривогою та депресією вказують на те, що емоційна нестабільність і сором (як компонент депресії) створюють психологічний ґрунт для розвитку аутоагресивних реакцій. Особливо помітна кореляція з депресією може говорити про те, що апатія, втрата інтересу до життя та самозвинувачення є сильними предикторами суїцидального ризику.

Крім того, сила та значущість усіх трьох кореляцій підкреслюють, що психологічні фактори гіпотези мають прямий і стійкий зв'язок з аутоагресивною поведінкою (табл.2.7).

Таблиця 2.7

**Результати кореляційного аналізу між суїцидальним ризиком («Тест виявлення суїцидального ризику») та психологічними факторами: самооцінкою, тривогою (HADS-A), депресією (HADS-D)**

| Змінна             | Суїцидальний ризик | Самооцінка (RSE) | Тривога (HADS-A) | Депресія (HADS-D) |
|--------------------|--------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Суїцидальний ризик | 1.000              | -0.528           | 0.445            | 0.472             |
| Самооцінка (RSE)   | -0.528             | 1.000            | -0.312           | -0.298            |
| Тривога (HADS-A)   | 0.445              | -0.312           | 1.000            | 0.378             |
| Депресія (HADS-D)  | 0.472              | -0.298           | 0.378            | 1.000             |

Проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона між суїцидальним ризиком («Тест виявлення суїцидального ризику») та соціальними факторами (авторське опитування). Аналіз показав слабку позитивну кореляцію ( $r=0.289$ ,  $p=0.025$ ), що є статистичнозначущою на рівні  $p<0.05$ . У таблиці можемо спостерігати, що досвід соціальних факторів (булінг, гендерна нерівність, воєнні травми, соціально-економічна нерівність) має помірний зв'язок з рівнем суїцидального ризику, хоча сила цього зв'язку нижча, ніж із психологічними факторами (табл.2.8).

Ці результати можуть свідчити про те, що соціальні фактори ризику впливають на формування аутоагресивної поведінки, але, ймовірно, опосередковано. Слабка, але вагома кореляція вказує на те, що накопичений негативний

соціальний досвід може створювати хронічний стрес, який з часом може переходити в аутоагресивні реакції. Особливо актуальним це є в українському контексті, де воєнні травми є поширеним фактором.

Крім того, ця кореляція може свідчити про важливість соціального середовища в профілактиці аутоагресії, хоча її відносно низька сила свідчить про те, що не всі респонденти, які пережили соціальні утиски, розвивають суїцидальні тенденції – тут вирішальну роль відіграють психологічні ресурси та підтримка.

*Таблиця 2.8*

**Результати кореляційного аналізу між суїцидальним ризиком  
(«Тест виявлення суїцидального ризику») та соціальними факторами  
(авторське опитування)**

| Змінна             | Суїцидальний ризик | Соціальні фактори |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| Суїцидальний ризик | 1.000              | 0.289             |
| Соціальні фактори  | 0.289              | 1.000             |

Проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона між методикою «Загальна схильність до ризику» за Шмельовим та психологічними факторами: самооцінкою (RSE), тривогою (HADS-A), депресією (HADS-D). Аналіз виявив слабку негативну кореляцію з самооцінкою ( $r=-0.198$ ,  $p=0.129$ ), слабку позитивну з тривогою ( $r=0.175$ ,  $p=0.181$ ) та слабку позитивну з депресією ( $r=0.210$ ,  $p=0.108$ ) – жодна з кореляцій не досягла статистичної значущості. У таблиці можемо спостерігати відсутність стійких зв'язків між загальною схильністю до ризику та психологічними станами (табл.2.9).

Ці дані можуть свідчити про те, що схильність до ризику як риса особистості менш залежна від поточних емоційних станів, таких як тривога чи депресія, і більше пов'язана з базовими особливостями характеру. Слабка негативна кореляція з самооцінкою може вказувати на те, що люди з вищою самооцінкою дещо рідше схильні до ризикованої поведінки, але цей зв'язок не є

вираженим. Відсутність значущості кореляцій підкреслює, що загальна ризикованість не є прямим відображенням психологічного дистресу.

Крім того, це може говорити про те, що методика вимірює більш стабільну рису, яка не коливається під впливом тимчасових емоційних станів, на відміну від суїцидального ризику, який більш чутливий до психологічних факторів.

*Таблиця 2.9*

**Результати кореляційного аналізу між методикою «Загальна схильність до ризику» та психологічними факторами: самооцінкою (RSE), тривогою (HADS-A), депресією (HADS-D)**

| Змінна                         | Схильність до ризику | Самооцінка (RSE) | Тривога (HADS-A) | Депресія (HADS-D) |
|--------------------------------|----------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Схильність до ризику (Шмельов) | 1.000                | -0.198           | 0.175            | 0.210             |
| Самооцінка (RSE)               | -0.198               | 1.000            | -0.312           | -0.298            |
| Тривога (HADS-A)               | 0.175                | -0.312           | 1.000            | 0.378             |
| Депресія (HADS-D)              | 0.210                | -0.298           | 0.378            | 1.000             |

Проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона між загальною схильністю до ризику та соціальними факторами (авторське опитування). Аналіз показав слабку позитивну кореляцію ( $r=0.254$ ,  $p=0.051$ ), що близька до статистичної значущості, але не перевищує поріг  $p<0.05$ . У таблиці можемо спостерігати тенденцію до зв'язку: респонденти з вищим рівнем соціальних факторів ризику дещо частіше демонструють схильність до ризикованої поведінки (табл.2.10).

Ці результати можуть свідчити про те, що соціальні утиски, такі як булінг чи воєнні травми, можуть сприяти формуванню ризикованої поведінки як способу адаптації чи протесту. Слабка кореляція може вказувати на те, що не всі, хто пережив соціальні труднощі, стають схильними до ризиків, але в

деяких випадках це може бути захисним механізмом або реакцією на безконтрольність середовища.

Крім того, близькість до значущості ( $p=0.051$ ) може говорити про те, що при збільшенні вибірки або уточненні методики цей зв'язок може стати статистично значущим, що варто врахувати в подальших дослідженнях.

*Таблиця 2.10*

**Результати кореляційного аналізу між «Загальна схильністю до ризику» та соціальними факторами (авторське опитування)**

| Змінна               | Схильність до ризику | Соціальні фактори |
|----------------------|----------------------|-------------------|
| Схильність до ризику | 1.000                | 0.254             |
| Соціальні фактори    | 0.254                | 1.000             |

Отже, для більш детального аналізу аутоагресивної поведінки молоді в майбутніх дослідженнях рекомендується додатково вивчити інші її форми, такі як залежність від психоактивних речовин (наркоманія, алкоголізм), ігроманія, самопошкодження без суїцидального наміру, ризикована сексуальна поведінка, екстремальні види спорту та саморуйнівні дієти.

### **2.3. Психологічна характеристика аутоагресивної поведінки молоді**

Аутоагресивна поведінка молоді, як показало наше дослідження, не є ізольованим феноменом, а формується в складній системі внутрішніх психологічних процесів, що взаємодіють із зовнішніми стресовими впливами. Центральне місце в цій системі посідають три основні психологічні чинники: низька самооцінка, емоційна нестабільність та сором як складова депресивного стану. Ці елементи не просто співіснують, а утворюють динамічну

конфігурацію, у якій кожен компонент посилює дію іншого, створюючи замкнене коло вразливості до саморуїнливих тенденцій. Низька самооцінка являється внутрішнім ресурсом, дефіцит якого порушує базову здатність особистості до самопідтримки, що можливо робить її особливо чутливою до зовнішніх оцінок і травмуючих подій. У молоді цей дефіцит часто проявляється не як стійка риса, а як ситуаційно-залежний стан, що коливається під впливом соціальних порівнянь, булінгу чи воєнного стресу, перетворюючись на хронічний фон для аутоагресивних імпульсів [22, с.31-34].

Емоційна нестабільність, яку було виміряно через підшкалу тривоги HADS, виявляє себе як тригер аутоагресивних реакцій. Високі показники тривоги у нашому дослідженні, можуть свідчити про постійну внутрішню напругу, гіперчутливість до загроз і труднощі в регуляції емоцій. Тобто тривога не лише супроводжує аутоагресію, а й виконує функцію каталізатора: вона може трансформувати абстрактні страхи (наприклад, страх відторгнення чи невдачі) у конкретні саморуїнливі дії як спробу тимчасового зняття напруги. Така динаміка особливо виражена в молодому віці, коли нейробіологічні механізми саморегуляції ще не сформовані повністю, а соціальне середовище накладає додаткове навантаження. Тривога, таким чином, стає мостом між зовнішніми стресорами та внутрішніми деструктивними імпульсами, перетворюючи хронічний дистрес на аутоагресивний патерн.

Сором, як складова депресивного на відміну від провини, яка фокусується на конкретній дії, охоплює глобальне сприйняття себе як «дефектного», «не гідного» чи «неприйнятного» саме перед обличчям суспільства. У молоді цей стан часто виникає внаслідок соціальних травм – булінгу, гендерних стереотипів чи воєнних втрат, – коли зовнішнє приниження інтерналізується як внутрішня істина про себе. Сором блокує здатність до самоспівчуття, посилює ізоляцію та створює внутрішній тиск, який шукає виходу через самопокарання. У дослідженні це проявилось в помірній, але стійкій кореляції

між депресією та суїцидальним ризиком, де сором виступає не стільки симптомом, скільки рушійною силою: людина карає себе не за те, що зробила, а за те, ким вона себе вважає [23, с.49-51].

Взаємодія цих трьох психологічних чинників утворює таку ситуацію: низька самооцінка знижує стійкість до стресу, тривога активує фізіологічну реакцію «бий або біжи», але без можливості втечі спрямовує енергію всередину. Сором може роботи самопокарання як «заслужоване». Це поєднання утворює психологічний профіль особи з високим ризиком аутоагресії – це не просто сума симптомів, а цілісна структура, у якій кожен елемент підтримує існування інших. Наприклад, респондент із низькою самооцінкою, який пережив булінг, інтерпретує критику як підтвердження своєї «нікчемності» (сором), що викликає тривогу перед майбутніми взаємодіями, а відсутність внутрішньої підтримки штовхає до саморуйнівних дій як єдиного способу контролю над болем.

Важливо підкреслити вікову специфіку цього профілю. У 18–24 роки особистість перебуває в стадії активного формування ідентичності, коли самооцінка ще не стабілізована, емоційна регуляція розвивається, а сором може бути особливо інтенсивним через соціальні мережі, порівняння з однолітками та невизначеність майбутнього. У цьому контексті аутоагресивна поведінка виступає не як патологія, а як дисфункціональна стратегія подолання, що замінює відсутні адаптивні механізми. Вона дає ілюзію контролю («я сам себе караю»), зняття напруги (через фізичний біль чи ризик) та підтвердження внутрішнього наративу («я цього заслуговую»).

Таким чином, психологічна характеристика аутоагресивної поведінки молоді розкривається як дефіцит самопідтримки, посилений емоційною нестабільністю та соромом. Ця структура не є статичною тому, що вона може активуватись соціальними тригерами, але живиться внутрішніми психологічними ресурсами. Отже профілактика аутоагресивної та психокорекція поведінки має бути спрямована не лише на зменшення ризику, а на відновлення базових психологічних функцій: самооцінки як основи гідності,

емоційної регуляції як інструменту стійкості та самоспівчуття як протидії со-  
рому.

#### **2.4 Рекомендації по психокорекції та консультуванню молоді з про- явами аутоагресивної поведінки.**

Психокорекційна робота з молоддю, яка виявляє аутоагресивні тенденції, повинна бути комплексною, індивідуально адаптованою та орієнтованою на відновлення ключових психологічних ресурсів. Такий підхід поєднує індивідуальні, групові та самостійні формати занять, з використанням різноманітних технік, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), ненасильницьке спілкування (ННС), елементи психодрами, арт-терапія, тілесно-орієнтовані практики, релаксаційні методи, ведення щоденників та завдання на самопізнання. Важливо враховувати, що аутоагресивна поведінка часто є симптомом глибших проблем, таких як низька самооцінка, емоційна нестабільність чи накопичений стрес, тому робота має бути системною, з регулярним моніторингом прогресу. Наприклад, починати варто з діагностики рівня аутоагресії та супутніх симптомів, щоб адаптувати програму під конкретні потреби клієнта, уникаючи універсальних шаблонів, які можуть не спрацювати в складних випадках.

Важливим є те, що акцент варто робити на формуванні адаптивних копінг-стратегій, розвитку навичок саморегуляції та соціальної підтримки. Це дозволяє молоді переходити від саморуйнівних реакцій до конструктивного подолання стресу, перетворюючи аутоагресію на сигнал про незадоволені потреби. Ефективність таких заходів підтверджується моніторингом через повторне тестування, наприклад, за шкалою самооцінки Розенберга (RSE) чи шкалою тривоги та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), з урахуванням вікової специфіки молоді – нестабільності емоцій, потреби в прийнятті та по-

шуку ідентичності. Як зазначає Піддубняк В., у груповій роботі ефективно застосовуються вступне і заключне слово ведучого, бесіда, групова дискусія, рольові ігри, аналіз ситуації, проєктивне малювання, елементи психогімнастики, психодрами, тілесної терапії, терапії музикою, релаксаційні методи та завдання на самопізнання. Ці елементи сприяють всебічному розвитку особистості та зменшенню аутоагресивних проявів, дозволяючи учасникам безпечно експериментувати з новими моделями поведінки [21, с. 96-103].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з основних інструментів у психокорекційній роботі, оскільки вона фокусується на взаємозв'язку думок, емоцій та поведінки. КПТ базується на ідеї, що негативні або спотворені думки (когнітивні дисторсії) призводять до емоційного дистресу та деструктивних дій, таких як аутоагресія [16, с.39-42]. Під час сеансів клієнти вчаться ідентифікувати автоматичні думки, оцінювати їх реалістичність та замінювати на більш адаптивні альтернативи. Наприклад, якщо молода людина думає «Я завжди все псую», терапевт допомагає зібрати докази проти цієї думки та сформулювати нову: «Я маю успіхи в певних сферах, і помилки – це можливість для зростання». КПТ часто комбінується з домашніми завданнями, як ведення щоденників, що робить її практичною та ефективною для молоді, яка потребує швидких інструментів для повсякденного життя. Дослідження показують, що КПТ знижує симптоми тривоги та депресії на 50–70% у підлітків з аутоагресивними тенденціями, роблячи її невід'ємною частиною комплексної програми [22].

У напрямку підвищення самооцінки акцент варто робити на відновленні базової гідності через переживання власної цінності в безпечному терапевтичному просторі. У рамках КПТ застосовується робота з автоматичними думками: виявлення негативних переконань про себе (наприклад, «я невдаха»), їх оцінка через докази «за» і «проти» та заміна на адаптивні (наприклад, «я зробив зусилля, і це цінно»). Ми рекомендуємо ведення щоденника з трьома колонками: ситуація – автоматична думка – альтернативна думка, що допома-

гає клієнтам систематично реєструвати та переоцінювати когнітивні спотворення, сприяючи поступовому зростанню самооцінки. Додатково вводиться вправа «Дзеркало гідності», під час якої клієнт дивиться в дзеркало, називає три нейтральні факти про себе без оцінки (наприклад, «у мене каштанове волосся») та одну сильну сторону, яку може використати в житті (наприклад, «я добре слухаю інших»). ННС інтегрується для внутрішнього діалогу: спостереження без оцінки, називання почуттів, виявлення потреб та формулювання прохання до себе, що трансформує самозвинувачення в самопідтримку.

Ненасильницьке спілкування (ННС), розроблене Маршаллом Розенбергом, є потужним інструментом для психокорекції, оскільки воно вчить виражати почуття та потреби без агресії чи звинувачень. ННС складається з чотирьох кроків: спостереження (об'єктивний опис ситуації без оцінок), почуття (вираження емоцій, наприклад, «я відчуваю сум»), потреби (виявлення базових потреб, як безпека чи повага) та прохання (конкретне, позитивне формулювання дій). У роботі з молоддю з аутоагресивними тенденціями ННС застосовується для внутрішнього діалогу, допомагаючи перетворити самокритику на емпатію до себе, а також для міжособистісної комунікації, щоб будувати здорові стосунки. Наприклад, замість думки «Я ненавиджу себе за цю помилку» клієнт вчиться говорити: «Коли я бачу, що не виконав завдання (спостереження), я відчуваю розчарування (почуття), бо мені потрібна компетентність (потреба), і я прошу себе дати час на навчання (прохання)». Це зменшує внутрішній конфлікт, запобігає ескалації аутоагресії та сприяє формуванню стійких навичок емоційного інтелекту, особливо в групових сесіях, де молодь практикує ННС у ролевих іграх [33, с.69-72].

Проективне малювання слугує допоміжним інструментом для візуалізації самообразу – клієнти малюють «себе ідеального» та «себе реального», обговорюючи розбіжності для інтеграції позитивних аспектів у повсякденне сприйняття. Ці техніки, застосовані регулярно, дозволяють молоді перебудувати негативний самообраз на більш реалістичний і підтримуючий, змен-

шуючи вразливість до аутоагресії. Піддубняк В. зазначає, що моніторинг ефективності таких заходів показує позитивні зміни в самооцінці, особливо в групах з низьким і середнім рівнем аутоагресії: зросла кількість досліджуваних з адекватною самооцінкою, зменшилася занижена та нестійка чи завищена, хоча в групі з високим рівнем значущих відмінностей не виявлено. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу та комбінації методів для глибоких випадків [21 с.42-44].

Для регуляції емоційної нестабільності та трансформації тривоги рекомендується поєднання тілесно-орієнтованих практик, дихальних вправ, ННС, КПТ та групових методів. Починати варто з простих технік саморегуляції, таких як дихання «Квадрат» (вдих на 4 секунди – затримка на 4 – видих на 4 – затримка на 4) або «4-7-8» (вдих на 4 – затримка на 7 – видих на 8), які вводяться як швидка техніка саморегуляції при імпульсах: клієнт зупиняється, виконує 3–5 циклів, фіксуючи зниження фізіологічного збудження. Ці вправи легко інтегруються в повсякденність для створення позитивних копінг-стратегій, допомагаючи молоді перервати цикл емоційного перевантаження та уникнути аутоагресивних реакцій [16; 22].

Арт-терапія заслуговує на окрему увагу як метод, що дозволяє працювати з емоціями через творчість, без необхідності вербальної артикуляції, що особливо корисно для молоді з труднощами в самовираженні. Вона включає малювання, ліплення чи створення колажів, де клієнти візуалізують внутрішні конфлікти, наприклад, через малювання мандал для заспокоєння чи вільне вираження емоцій кольорами для вивільнення тривоги. Арт-терапія допомагає перетворювати деструктивні імпульси на творчий процес, розвиваючи креативність, знижуючи напругу та дозволяючи працювати з неусвідомленими конфліктами. Наприклад, вправа «Колаж моїх емоцій» дає змогу скласти зображення з журналів, що відображають поточний стан, а подальше обговорення допомагає інтегрувати позитивні елементи. Дослідження підтверджують, що арт-терапія знижує рівень тривоги на 30–50% у підлітків, роблячи

її ідеальним доповненням до КПТ чи ННС, особливо в групових форматах, де спільна творчість посилює почуття приналежності [21; 33].

Групова дискусія є ефективним способом організації спілкування, що дає змогу учасникам побачити проблему з різних боків, уточнити позиції та зменшити емоційну упередженість, особливо враховуючи негативізм і егоцентризм, характерні для молоді. Аналіз ситуацій двох видів – «тут і тепер» (події в групі) та «там і тоді» (життєві випадки) – стимулює звернення до досвіду інших, розвиває вміння слухати та взаємодіяти, показуючи багатозначність рішень; ситуації можуть бути описані вдома та принесені для обговорення, що допомагає чіткіше сформулювати утруднення та визначити своє місце. Близький контакт у групі створює атмосферу довіри, де молодь набуває нові стратегії подолання труднощів через моделювання успішних прикладів, та почуття спільності, що особливо важливо для подолання тривоги як соціально опосередкованої емоції. Група стає безпечним простором для практики ННС у взаємодії, де учасники вчаться виражати потреби без агресії до себе чи інших. Такі методи, як групова дискусія та аналіз ситуацій, навчають аналізу реальних подій, виробляють вміння слухати та взаємодіяти, усувають емоційну упередженість [33,64-67].

Для роботи з соромом як компонентом депресивного стану, варто слідувати принципам самоспівчуття у поєднанні з КПТ, ННС та арт-терапією. Рекомендується вправа «Лист самоспівчуття», де клієнт описує ситуацію сорому без самозвинувачення, визнає спільність людського досвіду, виражає доброту до себе та формулює альтернативну адаптивну думку з КПТ або ННС-прохання. У групі проводиться «коло самоспівчуття», де учасники діляться переживаннями. Також можна використовувати малювання «сорому як монстра» з подальшим перетворенням на «друга», допомагаючи візуалізувати та трансформувати емоцію. Ці методи трансформують сором з глобального самоприпущення в тимчасовий досвід, що потребує емпатії, та розвивають саморегуляцію через творчість.

Групова психокорекція є центральним елементом, оскільки близький контакт і взаємодія дозволяють молоді справлятися з труднощами через спільний досвід, набувати нові стратегії та зменшувати відчуття ізоляції. Варто використовувати техніки психодрами, де учасники моделюють значущі життєві ситуації для усвідомлення переживань, зменшення суперечностей та відреагування негативних емоцій; застосовуються прийоми «монолог», «обмін ролями», «дзеркало», «відображення», «розмова за спиною» та «проекція майбутнього», що розширюють репертуар поведінки та дозволяють подивитися на ситуацію очима іншого. Метод «репетиції поведінки» включає визначення проблемної моделі, моделювання бажаної, відпрацювання в групі та отримання зворотного зв'язку поза сесіями, з накопиченням банку життєвих ситуацій. Рольовий обмін сприяє асиміляції досвіду інших, модифікації власної поведінки та розширенню досвіду. Елементи психогімнастики, тілесної терапії, терапії музикою та релаксаційних методів інтегруються для тілесного відреагування емоцій, а завдання на самопізнання стимулюють рефлексію. Піддубняк В. зазначає, що психодрама має мету усвідомлення відчуттів, зменшення суперечностей та відреагування емоцій; рольовий обмін дозволяє не тільки «програти» ситуацію, а й асимілювати моделі поведінки інших; проективне малювання сприяє поглибленню розуміння внутрішнього світу та роботи з неусвідомленими думками [21,с.13-15].

Профілактичні стратегії, за О.В. Погорілко, А.М. Скрипніковим, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаковим, поділяються на універсальну (формування здорового способу життя для загальної популяції, масова та соціальна), селективну та індикативну [1,с.25-27]. Ця класифікація замінила первинну/вторинну/третинну профілактику, краще враховуючи вразливість і ризики. Після психодіагностики проводиться диференціація: терапевтична група (психотерапія + фармакотерапія при необхідності, з переходом до профілактики). Зусилля спрямовуються на ліквідацію аутоагресії, редукцію тривоги й депресії, зниження зовнішньої агресивності, профілактику аддиктивної поведінки, нівелювання патологічних рис, підвищення стресостійкості, формування копінгу,

навичок комунікації (включно з гендерною), саморегуляції та активацію ресурсів. Автори описують структуру сеансів: з'ясування після попереднього, огляд завдань, тема, призначення нових, резюме; вводять модель «порочних кіл» тривоги/депресії, епістемологію для розуміння спотворень. РЕТ та елементи логотерапії за Франклом доповнюють, фокусуючись на переконаннях і сенсі. Тренінгові інтервенції включають модулі організаційний, емоційний та поведінковий, з міні-лекціями та тренінгами «Як впоратися з агресією?» чи «Адаптивна поведінка» [1].

Отже, було розроблено комплексні рекомендації щодо психокорекції та консультування молоді з аутоагресивними проявами. Ці рекомендації інтегрують різні підходи, спрямовані на глибоку трансформацію внутрішніх процесів і поведінки. Зокрема, вони включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка допомагає реструктуризувати автоматичні думки та глибинні переконання, сприяючи усвідомленню і зміні деструктивних патернів мислення. Доповнює це ненасильницьке спілкування (ННС), що розвиває емпатійний внутрішній діалог та навички конструктивної взаємодії з іншими, зменшуючи конфлікти та самозвинувачення.

Рекомендації передбачають використання групових методів, таких як психодрама, дискусія, рольові ігри та аналіз ситуацій. Ці техніки забезпечують соціальну підтримку, дозволяють молоді набувати адаптивних стратегій подолання труднощів через спільний досвід і моделювання реальних сценаріїв. Для повсякденного подолання стресу пропонуються техніки саморегуляції, включаючи дихальні вправи «Квадрат» і «4-7-8», арт-терапію, проєктивне малювання та ведення щоденників, які допомагають перетворювати емоційний дистрес на творчий процес і сприяють рефлексії.

Рекомендації також охоплюють багаторівневу профілактику. Основними напрямками роботи є підвищення самооцінки шляхом відновлення базової гідності та відчуття власної цінності, регуляція емоційної нестабільності з трансформацією тривоги в конструктивні реакції, а також робота з соромом

через практики самоспівчуття. У сукупності ці елементи перетворюють аутоагресію з деструктивної звички на корисний сигнал про незадоволені потреби, виховуючи внутрішнього союзника та сприяючи довгостроковому психологічному благополуччю молоді в умовах сучасних викликів.

### **Висновки до другого розділу**

Отже, у другому розділі було проведено емпіричне дослідження соціально-психологічних передумов та особливостей аутоагресивної поведінки молоді на базі студентів аграрного університету м. Миколаєва (вік 17–22 роки,  $n=60$ ). Було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик («Шкала самооцінки Розенберга», «Тест виявлення суїцидального ризику Шмельова», «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)», «Схильність до ризику») та авторське опитування соціальних факторів ризику.

Аналіз результатів показав, що низький рівень самооцінки зафіксовано у 35 % респондентів, середній – у 55 %, високий – лише у 10 % (середній бал 22,4). Середній коефіцієнт суїцидального ризику ( $Sr$ ) склав 0,52; високий та вищий за середній рівень ризику виявлено у 29 % учасників ( $Sr > 0,60$ ), середній рівень – у 28 %, низький – у 18 %. За HADS клінічно значущі показники тривоги та/або депресії (11+ балів) спостерігалися у 42 % молоді (середній бал тривоги – 9,2; депресії – 8,7). Схильність до ризику виявилася високою у 32 %, середньою – у 43 %, низькою – у 25 % (середній бал 14,2). За авторським опитуванням високий вплив соціальних факторів ризику (булінг, гендерна нерівність, військові травми, соціально-економічна нерівність) зафіксовано у 45 % респондентів.

Кореляційний аналіз за методом Пірсона підтвердив основну гіпотезу дослідження: суїцидальний ризик має сильну негативну кореляцію з самооцінкою ( $r = -0,528$ ;  $p < 0,001$ ), помірну позитивну – з тривогою ( $r = 0,445$ ;  $p < 0,001$ ) та депресією ( $r = 0,472$ ;  $p < 0,001$ ), помірну позитивну зі схильністю до

ризик (r = 0,412; p = 0,001) та слабку, але значущу позитивну кореляцію із соціальними факторами (r = 0,289; p = 0,025). Це свідчить про те, що психологічні чинники є безпосередніми предикторами аутоагресії, тоді як соціальні фактори впливають опосередковано через зниження самооцінки та посилення емоційної нестабільності.

Надано психологічну характеристику аутоагресивної поведінки молоді як динамічної системи, в якій низька самооцінка руйнує базову самопідтримку, тривога підтримує хронічну внутрішню напругу, депресія та сором посилюють глобальне самоприпинення, а відсутність адаптивних копінг-стратегій перетворює аутоагресію на дисфункціональний спосіб регуляції нестерпних станів.

На основі отриманих емпіричних даних розроблено та обґрунтовано рекомендації щодо психокорекції та профілактики, які включають індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію, групові тренінги з розвитку самооцінки й емоційної регуляції, впровадження ненасильницького спілкування, арт-терапію та практики усвідомленості. Отже, другий розділ не лише кількісно підтвердив теоретичні положення першого розділу, а й надав конкретні емпіричні докази (з цифровими показниками) для розробки адресних програм підтримки молоді груп ризику.

## ВИСНОВКИ

Проведено комплексне теоретико-емпіричне дослідження соціально-психологічних передумов аутоагресивної поведінки молоді. Гіпотеза дослідження повністю підтвердилася: аутоагресивна поведінка молоді формується під впливом взаємодії соціальних факторів (булінг, гендерна нерівність, воєнні травми, соціально-економічна нерівність) та психологічних чинників (низька самооцінка, сором, емоційна нестабільність).

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці 60 студентів Національного аграрного університету м. Миколаєва (вік 17–22 роки), показало, що кореляційний аналіз за методом Пірсона виявив сильну негативну кореляцію між суїцидальним ризиком та самооцінкою ( $r = -0,528$ ;  $p < 0,001$ ), помірну позитивну кореляцію суїцидального ризику з тривогою ( $r = 0,445$ ;  $p < 0,001$ ) та депресією ( $r = 0,472$ ;  $p < 0,001$ ), помірну позитивну кореляцію зі схильністю до ризику ( $r = 0,412$ ;  $p = 0,001$ ) та слабку, але статистично значущу позитивну кореляцію із соціальними факторами ( $r = 0,289$ ;  $p = 0,025$ ). Таким чином, психологічні чинники є безпосередніми та найсильнішими предикторами аутоагресивної поведінки, тоді як соціальні фактори впливають опосередковано, посилюючи психологічну вразливість через хронічний стрес і зниження ресурсів самопідтримки.

Встановлено, що аутоагресивна поведінка молоді є динамічною системою, у якій дефіцит самопідтримки, тривожна напруга та самоприпинення утворюють замкнене коло, перетворюючи аутоагресію на основну дисфункціональну стратегію подолання в умовах незрілих адаптивних механізмів і високої чутливості до зовнішніх тригерів.

На основі результатів дослідження та наукової літератури розроблено рекомендації щодо психокорекції та консультування. Вони інтегрують когнітивно-поведінкові техніки, ненасильницьке спілкування, групові методи,

арт-терапію та саморегуляцію. Рекомендації включають індивідуальний, груповий і самостійний формати. Підходи було адаптовано до вікової специфіки молоді.

Результати мають практичну значущість для психологів, педагогів і соціальних працівників. Вони допоможуть створювати програми підтримки. Це знизить аутоагресивні прояви серед молоді. Результати стануть основою для профілактики в навчальних закладах, громадах та онлайн-середовищах. Це може сприяти здоровому психологічному клімату та зменшенню ризиків саморуйнування в довгостроковій перспективі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аутоагресивна поведінка підлітків / О. В. Погорілко, А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко [та ін.]. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2017. 128 с.
2. Бобанич А. А., Зошій І. В. Дослідження агресивності особистості: психолого-педагогічний аналіз / І. В. Зошій, А. А. Бобанич / Теорія і практика управління в умовах суспільних викликів і трансформацій : матеріали доповідей Всеукр. наук.-практ. конф., 06 червня 2019 р., Львів / Львівський ін-т ПрАТ «ВНЗ «МАУП». Львів : Львівський ін-т ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 2019. С. 18.
3. Боснюк В. Ф. Математичні методи в психології: курс лекцій : мультимед. навч. вид. / В. Ф. Боснюк. Харків : НУЦЗУ, 2020. 141 с.
4. Безверхий О. С. Емпіричне дослідження зв'язку самоактуалізації з агресивністю у майбутніх психологів / О. С. Безверхий // Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 3-1. С. 18-23
5. Бек Дж. С. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика : пер. з англ. / Джудіт С. Бек. – Львів : Свічадо, 2023. – 460 с. – ISBN 978-617-550-108-5.

6. Варгата О. В. Особливості прояву аутоагресивної поведінки підлітків як психологічний феномен / О. В. Варгата, А. Р. Михайлов / Теорія і практика сучасної психології. 2019. С. 18–22.

7. Вдовенко В. В. Математичні методи в психології : навч.-метод. посіб. / В. В. Вдовенко. Кіровоград : ПП «Центр оперативної поліграфії «Авангард», 2017. 112 с.

8. Гаркавенко Н. В. Сором'язливість як складна психологічна проблема: вивчення внутрішніх конфліктів, стратегій подолання та впливу на соціальну адаптацію / Н. В. Гаркавенко, Г. О. Гуд, С. Б. Пономаревський / Загальна психологія. Історія психології. 2024. Т. 35 (74), № 2. С. 1–4.

9. Депутатов В. О. Детермінанти аутоагресивності підлітка з позиції транзактного аналізу: теоретичний аспект. 2016. С. 4.

10. Заїка В. М. Проблема аутоагресивної поведінки сучасної молоді / В. М. Заїка, Л. Є. Пробий-Голова / Молодь: освіта, наука, духовність : зб. наук. пр. Київ, 2018. С. 211.

11. Камінська О. В. Детермінанти виникнення низької самооцінки в молодшому шкільному віці / О. В. Камінська / Теорія і практика сучасної психології. 2020. № 1. С. 34–38.

12. Каневський В. І. Вплив аутоагресивної поведінки на розвиток розладів харчової поведінки / В. І. Каневський, Д. О. Шендрик / Габітус. 2021. С. 94–96.

13. Климчук В. О. Математичні методи у психології : навч. посіб. для студ. психол. спец. / В. О. Климчук. Київ: Освіта України, 2019. 288 с.

14. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні : за результатами дослідження 2019 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» / О. М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Д. М. Павлова, Н.-М. К. Нгуєн [та ін.] ; О. В. Флярковська. Київ: ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2019. 214 с.

15. Ларіна Т. О. Соціально-психологічні передумови аутоагресивної поведінки молоді : рукопис. 2024. С. 13.
16. Марценюк М. О. Психологічні прийоми і техніки емоційної саморегуляції особистості / М. О. Марценюк / Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. пр. Улан-Уде, 2020. С. 175–177.
17. Мацькович Р. В. Феномен аутоагресії у психологічній літературі / Р. В. Мацькович, Р. І. Сірко / Збірник тез V наукового регіонального семінару. Львів, 2018. С. 83.
18. Наукова школа академіка НАПН України Тамари Яценко: колективна монографія / за заг. ред. Т. С. Яценко. Дніпро : Інновація, 2019. 350 с.
19. Османова А. М. Теоретико-методологічний аналіз проблеми аутоагресивної поведінки у психологічній літературі / А. М. Османова / Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. ст. Київського міжнародного університету й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Київ : КиМУ, 2018. Вип. 1 (11). С. 164.
20. Петренко Н. О. Психологічні особливості активації аутоагресії студентської молоді : кваліфікац. робота бакалавра спец. 053 «Психологія» / Н. О. Петренко ; наук. кер. Н. О. Мосол. Запоріжжя: ЗНУ, 2025. 59 с.
21. Піддубняк С. В. Соціально-психологічні засоби корекції аутоагресивної поведінки молоді / С. В. Піддубняк / Серія Психологічні науки. 2018. С. 213–214.
22. Скнар О. М. Тілесні практики емоційної саморегуляції як інструмент психологічної самопомоги при стресі / О. М. Скнар / Простір арт-терапії. 2020. № 1 (27). С. 58–68.
23. Amone-P'Olak K. Editorial: Risks of suicidality and self-harm in adolescents during wartime: A global research priority / K. Amone-P'Olak / Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2024. Vol. 63, № 12. P. 1199–1200. DOI: 10.1016/j.jaac.2024.08.006.
24. Bailey D. Self-harm in young people: a challenge for general practice / D. Bailey, N. Wright, L. Kemp / Br J Gen Pract. 2017. P. 542–543.

25. Breet E. Substance use and self-harm: a cross-sectional study of the prevalence, correlates and patterns of medical service utilisation among patients admitted to a South African hospital / E. Breet, J. Bantjes, I. Lewis // BMC Health Services Research. 2018. Vol. 18, art. № 157. P. 1–3.

26. Conner K. R. Links Between Alcohol Use Disorder and Acute Use of Alcohol / K. R. Conner, C. L. Bagge, D. B. Goldston [et al.] / Am J Prev Med. Alcohol Res. 2019. P.2-5.

27. Karima, K., Puspita, N. M., Anugrah, M. F., Amir, N. A. B. ., & Mahardika, A. Self Harm and Suicide in Adolescents. Jurnal Biologi Tropis, 23(1).2023.P. 200–207.

28. Journal of Affective Disorders. 2024. Vol. 345 (15 January). P. 131–140.

29. Lodebo B. T. Socioeconomic position and self-harm among adolescents: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden / B. T. Lodebo, J. Möller, J.-O. Larsson [et al.] / Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2017. Vol. 11. Art. 46. DOI: 10.1186/s13034-017-0184-1.

30. Mattisson C. Mortality of subjects with mood disorders in the Lundby community cohort: A follow-up over 50 years / C. Mattisson, M. Bogren, L. Bradvik [et al.] / Journal of affective disorders. 2017. Vol. 178. P. 98–106.

31. McDermott E. Norms and normalisation: understanding lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth, suicidality and help-seeking / E. McDermott / Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine. 2019. Vol. 19, № 6. P. 156–172.

32. McHugh C. M. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis / C. M. McHugh, R. S. C. Lee, D. F. Hermens, A. Corderoy, M. Large, I. B. Hickie / Journal of Psychiatric Research. 2019. Vol. 116. P. 51–60.

33. Rosenberg M. B. Nonviolent Communication: A Language of Life / Marshall B. Rosenberg. 3rd ed. Indore : Banyan Tree, 2019. 233 p

34. Sheehy K. An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis / K. Sheehy, A. Noureen, A.

Khaliq [et al.] / Clinical Psychology Review. 2019. Vol. 73. P. 2–3. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101779.

35. Young J. Flanagan C. An introduction to Schema Therapy: Origins, overview, research status and future directions / C. Flanagan, T. Atkinson, J. Young / Creative Methods in Schema Therapy / ed. by G. Heath, H. Startup. 1st ed. London ; New York : Routledge, 2020. P. 3–18.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Таблиця 1.2

**Класифікація аутоагресивної поведінки за мотиваційними цілями**  
**[3, с.2]**

| Мета аутоагресивної поведінки | Опис                                                                                                           | Приклади                                                                     |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Зближення зі значущою особою  | Імітація аутоагресивних дій значущої особи або слідування її приписам для встановлення емоційного зв'язку.     | Суїцидальні спроби дитини, що наслідують поведінку матері.                   |
| Покарання значущої особи      | Отримання емоційного задоволення через заподіяння шкоди реальній особі або її інтроектованому образу (Батько). | Виривання волосся, заняття екстремальними видами спорту, харчові залежності. |
| Самопокарання                 | Аутоагресія, зумовлена почуттям провини за дії, що сприймаються як неприйнятні для Батьківського его-стану.    | Самокатування, саморуйнування через почуття провини.                         |
| Бунтівна поведінка Дитини     | Ризиковані дії, що відображають бунтівний стан Дитини, спрямовані на протест або самоствердження.              | Поведінка "на спір", надмірне вживання алкоголю.                             |
| Патологічні мотиви            | Аутоагресія, спричинена психологічними травмами, психічними розладами чи іншими патологічними станами.         | Поведінка, зумовлена травмами або захворюваннями.                            |

Таблиця 1.3

**Соціальні та психологічні причини аутоагресивної поведінки серед молоді**

| Категорія            | Причина                         | Опис                                                                                                                         |
|----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Соціальні причини    | Гендерна нерівність             | Гендерні стереотипи посилюють тиск на дівчат і трансгендерних осіб, провокуючи самопошкодження через відчуття меншовартості. |
|                      | Гомофобія                       | Дискримінація ЛГБТК+ молоді спричиняє соціальну ізоляцію та депресію, підвищуючи ризик самопошкодження.                      |
|                      | Соціально-економічна нерівність | Низький СЕС батьків підвищує ризик самопошкодження через стрес і брак ресурсів, особливо серед дівчат.                       |
|                      | Воєнні кризи                    | Конфлікти викликають ПТСР і втрату сенсу життя, сприяючи аутоагресивній поведінці.                                           |
|                      | Соціальний тиск                 | Очікування відповідності стандартам краси чи успіху провокують саморуйнівну поведінку.                                       |
| Психологічні причини | Низька самооцінка               | Занижена самооцінка сприяє самозвинуваченню та самопошкодженню.                                                              |
|                      | Дитячі травми                   | Емоційне чи фізичне насильство формує дезадаптивні схеми, що провокують аутоагресію.                                         |
|                      | Психіатричні розлади            | Депресія, тривожність чи залежність підвищують ризик самопошкодження.                                                        |
|                      | Внутрішні конфлікти             | Едіпальна залежність чи суперечності між близькістю та автономією сприяють мазохізму.                                        |

Таблиця 1.4

**Види аутоагресивної поведінки, популярні серед молоді [12]**

| Вид аутоагресивної поведінки | Опис                                                                                                         | Мотивація                                                                                            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Фізичне самопошкодження      | Навмисне завдання фізичної шкоди власному тілу без суїцидального наміру.                                     | Зняття емоційної напруги, подолання відчуття порожнечі, самопокарання або привернення уваги.         |
| Розлади харчової поведінки   | Порушення нормальної поведінки, пов'язаної з прийомом їжі, що завдає шкоди фізичному та психічному здоров'ю. | Відповідність суспільним стандартам краси, контроль над тілом, компенсація емоційних проблем.        |
| Психологічне самоприпинення  | Негативне самосприйняття, самозвинувачення або використання принизливих висловлювань про себе.               | Внутрішні конфлікти, низька самооцінка, прагнення відповідати очікуванням оточення.                  |
| Хімічні залежності           | Зловживання психоактивними речовинами, що завдає шкоди здоров'ю.                                             | Втеча від емоційного болю, зняття стресу, імітація поведінки оточення.                               |
| Суїцидальна поведінка        | Дії, спрямовані на добровільне припинення власного життя, або підготовка до таких дій.                       | Відчуття безвиході, прагнення уникнути нестерпного емоційного чи психологічного болю, самопокарання. |

## Додаток Б

**Авторське коротке опитування про соціальні фактори ризику**

Інструкція для респондента: Будь ласка, відповідайте щиро на питання про ваш досвід. Відповіді повністю анонімні. Оберіть «Так», якщо ви пережили це коли-небудь (навіть один раз), «Ні» – якщо ні.

| №  | Питання                                                                                                          | Так | Ні |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1  | Чи піддавалися ви коли-небудь булінгу (знущанням, образам) у школі, університеті чи на роботі?                   |     |    |
| 2  | Чи відчували ви гендерну нерівність (дискримінацію за статтю, нав'язування стереотипів)?                         |     |    |
| 3  | Чи пережили ви воєнні травми (втрати близьких, обстріли, евакуацію, перебування в зоні бойових дій)?             |     |    |
| 4  | Чи стикалися ви з соціально-економічною нерівністю (бідність, обмежений доступ до їжі, освіти, медичних послуг)? |     |    |
| 5  | Чи вплинув булінг на вашу самооцінку або відчуття власної цінності?                                              |     |    |
| 6  | Чи був булінг фізичним (штовхання, побиття, пошкодження речей)?                                                  |     |    |
| 7  | Чи був булінг вербальним (образи, прізвиська, погрози)?                                                          |     |    |
| 8  | Чи був булінг кібербулінгом (травля в соцмережах, месенджерах, коментарі)?                                       |     |    |
| 9  | Чи відчували ви соціальну ізоляцію через булінг (ігнорування, виключення з компанії)?                            |     |    |
| 10 | Чи вплинули воєнні події на ваше емоційне самопочуття (страх, тривога, безсоння)?                                |     |    |
| 11 | Чи втратили ви через війну близьку людину, друга чи родича?                                                      |     |    |

|    |                                                                                               |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 12 | Чи доводилося вам змінювати місце проживання через війну (евакуація, переїзд)?                |  |  |
| 13 | Чи відчували ви фінансові труднощі через війну (втрата роботи батьків, зниження доходів)?     |  |  |
| 14 | Чи стикалися ви з гендерними стереотипами у сім'ї (очікування «чоловічої/жіночої» поведінки)? |  |  |
| 15 | Чи обмежували вас у можливостях (освіта, хобі, кар'єра) через стать чи соціальний статус?     |  |  |

Обробка результатів:

Кожна відповідь «Так» = 1 бал, «Ні» = 0 балів.

Загальний бал = сума балів (0–15).

Інтерпретація:

0–3 бали – низький вплив соціальних факторів;

4–6 балів – середній вплив;

7–15 балів – високий вплив (група ризику).