

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ АУТОАГРЕСІЇ СТУДЕНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСОБІВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма _____

Шифр КДРМ

номер залікової книжки

Виконав: студент II курсу, групи ПП м-20-1 _____ Михайлов А.Р.
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент _____ Ігумнова О.Б.
Підпис Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

_____ Потапчук Є.М.
Підпис Ініціали, прізвище

_____ 20__ р.

Хмельницький, 2021

АНОТАЦІЯ

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ АУТОАГРЕСІЇ СТУДЕНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСОБІВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Михайлов Артем Русланович

Ключові слова: аутоагресія, юнацький вік, студент, психологічна корекція, когнітивно-поведінкова терапія, групова психокорекція.

Об'єкт дослідження: аутоагресія студентів.

Предмет дослідження: психологічна корекція аутоагресії студентів із застосуванням засобів когнітивно-поведінкової терапії.

За результатами дослідження виявлено рівень аутоагресії студентів, продіагностовано індивідуально-психологічні особливості студентів з високим та низьким рівнем аутоагресії, обґрунтовано та апробовано програму психологічної корекції аутоагресії студентів, розроблені психологічні рекомендації для викладачів, кураторів та психологів щодо запобігання розвитку аутоагресії у студентів.

Практичне значення дослідження виявляється в можливості застосування розробленої тренінгової програми психологічної корекції аутоагресії студентів та наданих практичних рекомендацій для викладачів, кураторів та психологів.

ВСТУП

Актуальність теми. За останні роки проблема аутоагресії стає все більш поширеною, її актуальність пов'язана зі значним зростанням проявів аутоагресії у юнацькому віці, включаючи крайню форму аутоагресії – суїцид. Відповідно до даних Центру дослідження самогубств Всесвітньої Організації Охорони здоров'я найвищий рівень аутоагресивної поведінки серед жінок відзначається в 15-24 років, а серед чоловіків – у віці 12-34 років [1]. Цей віковий період включає підлітковий та юнацький вік. Юнаки через особливості розвитку у період дорослішання є вразливими в умовах соціальних змін та змін моральних засад життя. Соціальна ситуація розвитку юнацького віку зумовлюється настанням повноліття, зміною соціального оточення у студентські роки, отриманням більшої свободи та відповідальністю за власні вчинки. Переживання критичних ситуації у юнацькому віці супроводжується браком особистісних ресурсів, розвинутих конструктивних копінг-стратегій, а зростання внутрішньої емоційної напруги активізує захисні психологічні механізми та аутоагресивну поведінку як засоби зниження внутрішньої напруги. Актуалізація страхів, поруч з прискіпливим та занадто критичним ставленням до себе, сприяє росту переживання у юнаків негативних емоцій, стресових станів та розвитку аутоагресивної поведінки. Існує необхідність комплексної профілактичної та корекційної роботи з юнаками задля запобігання небажаних наслідків та проявів аутоагресії. Проблема подолання аутоагресії набуває актуальності у юнацькому віці, як необхідна умова збереження психічного здоров'я та психологічного благополуччя особистості. Однак дослідження проблеми аутоагресії у юнацький період представлені нешироко та потребують подальшого дослідження [2, с. 18].

Мета дослідження — перевірка ефективності програми психологічної корекції аутоагресії студентів за допомогою засобів когнітивно-поведінкової терапії.

Об'єкт дослідження: аутоагресія студентів.

Предмет дослідження: психологічна корекція аутоагресії студентів із застосуванням засобів когнітивно-поведінкової терапії.

Завдання дослідження:

- 1) здійснити теоретичний аналіз проблеми аутоагресії;
- 2) емпірично дослідити індивідуальні та соціальні особливості у студентів з високим рівнем аутоагресії;
- 3) розробити та апробувати програму психологічної корекції аутоагресії студентів;
- 4) запропонувати рекомендації щодо запобігання розвитку аутоагресії у студентів.

Гіпотеза дослідження: застосування засобів когнітивно-поведінкової терапії сприятиме психокорекції аутоагресії.

1) **Методами дослідження** є: для вирішення поставлених завдань, нами були використані такі методи: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, класифікація, систематизація психологічних даних з проблем аутоагресії); та емпіричні (Тест «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна; опитувальник «Оцінка агресії» (Ч.Спілбергер); біографічний опитувальник (BIV, адаптація Чікер); методика дослідження базисних копінг-стратегій – «Індикатор стратегій подолання стресу» створений Д. Амірхана; тест «Шкала реактивної тривожності» Спілбергера - Ханіна;

Теоретичне значення дослідження полягає у тому, що результати дослідження доповнюють теоретичні уявлення про особливості прояву та причини виникнення аутоагресії у студентів та психологічні засоби корекції аутоагресії студентів.

Практичне значення дослідження виявляється в можливості застосування розробленої тренінгової програми психологічної корекції аутоагресії студентів та наданих практичних рекомендацій для викладачів, кураторів та психологів.

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалось протягом 2021-го року на базі Хмельницького національного університету. У

дослідженні взяли участь 64 студента I-IV курсу гуманітарно-педагогічного факультету спеціальностей «Психологія» та «Соціальна робота». Вік досліджуваних – 17-21 рік.

Апробація результатів дослідження: результати дослідження доповідалися на XI Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Професійний розвиток та становлення особистості сучасного фахівця в умовах освітнього простору», тема: «Засоби профілактики аутоагресії студентів».

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АУТОАГРЕСІЇ СТУДЕНТІВ

1.1 Аналіз поняття аутоагресії в психологічній літературі

Аналіз суїцидологічної літератури свідчить про те, що є ряд термінів: «аутоагресивна поведінка», «аутодеструктивна поведінка», «суїцидальна поведінка», «парасуїцид», «суїцид», «несуїцидальна аутоагресивна поведінка», «несуїцидальна аутоагресія», «непряме саморуйнування», «непряме самогубство», «аутоотравмування», «аутоагресивний акт», «саморуйнівна поведінка», «самобичування», «самоушкодження», «невипадкове несуїцидальне самоушкодження», які, нерідко, вживаються як синоніми, проте, їх смислове навантаження різне. Крім того, використовуються терміни «суїцидальні і несуїцидальні саморуйнівальні дії», вказується на необхідність поділу цих двох видів аутодеструкції. Багато авторів ототожнюють суїцидальну і аутоагресивну поведінку, вважаючи, що аутоагресивна поведінка, в контексті ризику фатального результату внаслідок неврахування реальних обставин – це, фактично, еквівалента суїцидальної поведінки. У деяких випадках, навпаки, під аутоагресивною поведінкою розуміють несвідомі (в психологічному аспекті) «механізми формування психосоматичних розладів» [3, с. 23-27].

Ряд авторів розглядають аутоагресію, як відстрочене у часі заподіяння шкоди своєму здоров'ю у вигляді зловживання алкоголем, тютюнопаління, а також швидкісну їзду на автомобілі із нехтуванням правилами дорожнього руху і провокацію оточуючих на бійки. Виділяється термін «непряме самогубство», до якого відносять керування автомобілем в нетверезому стані, перевищення швидкості, випадкове вживання великої кількості таблеток. Як прояв аутоагресії, розглядається нервова анорексія – стійке, свідоме

обмеження в їжі, що призводить до тяжких соматоендокринних розладів. Виділяють суїцидальну аутоагресивну поведінку і несуїцидальну аутоагресивну поведінку (до останнього відносять регулярні нещасні випадки) [4, с. 23-25].

Проблема аутоагресії розглядається різними вітчизняними та зарубіжними дослідниками.

А. Е. Двирский, Д. М. Менделевич, Г. Т. Красильников, Е. В. Мартянова та ін. Розглядають прояв аутоагресивної поведінки як різновид суїцидальної поведінки людини [5, с. 72].

В. А. Руженков дещо зміщує акцент і зазначає, що аутоагресія є різновидом аутодеструктивної поведінки, що не припускає усвідомлене і цілеспрямоване позбавлення себе життя [6, с. 44].

Г. Я. Пилягіна, досліджуючи феномен аутоагресії, пропонує розглядати її як патологічну форму поведінки особистості, яка характеризується психічною та соціальною дезадаптацією, здійснює функцію результуючої активності і виникає в екстремальних умовах з метою їх зміни шляхом заподіяння шкоди своєму фізичному або ж психічному здоров'ю. При цьому може виявлятися нездатність адекватно адаптуватися до навколишнього середовища, що обумовлено конфліктом між потребою у взаємодії і неможливістю її здійснити, розбіжністю між очікуваннями, установками і вимогами соціуму [7].

Автором також запропоновано низку причин, що обумовлюють прояв аутоагресивної поведінки:

- 1) наявність ситуації фрустрації, в якій виник агресивний імпульс, що не знайшовши виходу назовні, направляється усередину;
- 2) психотравмуюча ситуація, що активізує виникнення захисних патернів поведінки, зокрема, аутоагресії;
- 3) наявність внутрішньоособистісних конфліктів, обумовлених високими очікуваннями щодо якого-небудь об'єкта. Усвідомлення

невідповідності власних очікувань і реальності може спричинити за собою ряд наслідків, серед яких і аутоагресивні прояви особистості [7].

Відзначено, що однією з істотних причин аутоагресії є також недостатньо розвинена здатність до встановлення адекватних міжособистісних взаємин і неуспішність процесу соціальної адаптації [7].

Різка зміна соціальної ситуації при відсутності необхідної підтримки з боку найближчого оточення і соціальних інститутів, в які включена людина, різко скорочує ресурси протистояння негативним впливам, посилює переживання ситуації хронічного стресу, призводить до «накопичення» негативних емоцій, виникнення дезадаптації і, як варіант, прояву тенденції до аутоагресії, що є одним з механізмів захисно-приспосувальної поведінки [7].

У дослідженнях аутоагресивної поведінки особистості Р. Берона, Д. Річардсона показано, що емоційна холодність і перевага силових дисциплінарних впливів з боку батьків формують у дитини почуття провини, конформізм і тенденцію до прояву аутоагресії. Відповідно до даної позиції, причини аутоагресивної поведінки багато в чому залежать від психологічного клімату в сім'ї і стилю взаємодії дітей і батьків [8, с. 25].

Дж. Паттерсон з співавторами також пояснювали формування аутоагресії характером сімейних взаємин і проявом асоціальності. В експериментальному дослідженні, проведеному на вибірці хлопчиків (N = 200), було встановлено, що в сім'ях, де батьки проявляли очевидну байдужість до життя своїх дітей і їх діяльності, у хлопчиків проявлялась асоціальна поведінка і високі показники аутоагресії [8, с. 25].

А. Басс зазначає, що спроби батьків стримувати і контролювати агресію дитини за допомогою фізичних покарань тільки підкріплюють і збільшують її демонстративність, що в результаті може привести до самоушкодження, шрамування, спроб суїциду і т. д., що є крайнім ступенем прояву аутоагресії [9].

Серед дослідників існують різні погляди щодо визначення аутоагресії та її зв'язок із суїцидальною поведінкою. За Д. В. Лебедевим, О. О.

Назаровим, В. П. Садковим, О. В. Тімченко аутоагресія – це одна з ознак потенційного суїцидента, за О. А. Хановою суїцидальна поведінка – це один із видів аутоагресивної поведінки [10, с. 86].

Д. Клонскі стверджує, що потрібно чітко розрізняти суїцидальну та аутоагресивну поведінку за ознакою наміру: самогубство, чи самоушкодження, самопоранення, самопокарання з метою продовжувати власне існування. Більшість позицій авторів і дослідників, в тому числі і вищенаведені, не суперечать одна одній, а доповнюють і розглядають проблему з різних сторін [11, с. 227].

З точки зору психоаналізу вважається, що аутоагресія є наслідком перенаправлення агресії, спочатку спрямованої на зовнішній об'єкт. У випадках, коли від цього зовнішнього об'єкта (або існування цього зовнішнього об'єкта) залежить добробут людини, агресія може бути перенаправлена. В одних випадках на інший зовнішній об'єкт (вимищення), а в інших випадках, якщо такого об'єкта не знаходиться або, що частіше, якщо таке перенаправлення виявляється неприйнятним (засудженим, караним), агресія виявляється спрямованою самого себе. Попри те, що аутоагресія створює серйозні проблеми у тому, хто застосовує цей захист, емоційно вони виявляються йому більш прийнятними, ніж усвідомлення первісного об'єкта агресії. Інша інтрепритація аутоагресії з точки зору психоаналізу – це результат конфлікту «Я» і «Над-Я», що породжує протиріччя внутрішнього та зовнішнього, реального та психічного [10, с. 89].

На думку Р. Літмана [12, с. 62], приклади подій, що сприяють «провалу» механізмів психологічного захисту, можуть служити: втрата об'єкта кохання; символічна або пряма психологічна травма; незвичайний афект гніву, провини, тривоги або їх поєднання; надмірне розщеплення «Его» і протиставлення однієї частини іншій; саморуйнівний план, в основі якого лежить ідентифікація з особою, яка виявила саморуйнівну поведінку.

Однак існує багато специфічних умов, які сприяють аутоагресії: дисгармонійна структура «Его», яка розщеплюється в умовах навіть легкого

стресу; тенденції лібідо до фіксації на едіповій стадії; Хвороба Супер-Его, яка викликається жорстокістю, бажанням смерті батьками, смерть батьків тощо; лібідо прихильність до смерті, близьких, які померли; фантазії про його смерть; еротичні фантазії, що символізують і приховують бажання смерті; хронічна модель самознищення життя (наприклад, азартні ігри, гомосексуалізм). Також в рамках психоаналізу аутоагресія розглядається як результат конфлікту «Я» і «Над-Я», що породжує протиріччя внутрішнього та зовнішнього, реального та психічного [12, с. 62].

К. Ясперс акцентує увагу на тому, що причинами аутоагресії є нездатність особистості до соціальної адаптації та неуспішність в міжособистісній взаємодії, оскільки, на його думку, аутоагресія пов'язана з сприйняттям іншими людьми та уявленнями особистості про те, як інші її оцінюють [13, с. 52].

А. О. Реан, хто є одним з представників акмеологічного підходу, в результаті досліджень проблеми агресії довів складність феномену аутоагресії та ввів поняття «аутоагресивний патерн особистості». Вчений вважає, що аутоагресія – це не просто ізольована риса особистості, її специфічна риса, а й складний особистісний комплекс, що діє на різних рівнях.

У структурі аутоагресивної моделі особистості, згідно результатів досліджень А. О. Реана досліджень можна виділити такі субблоки: характерологічний субблок, соціально-перцептивний субблок, субблок самооцінки, інтерактивний субблок [14, с. 35].

На думку дослідника, виділення характерологічного субблоку аутоагресивного патерну зумовлено тим, що аутоагресія має систему зв'язків з низкою особливостей характеру особистості. Таким чином, рівень аутоагресії позитивно корелює з інтроверсією, педантизмом, а також депресією, невротизмом і негативно асоціюється з демонстративною особистістю [14, с. 35].

Субблок самооцінки аутоагресивного патерну визначає самооцінку та ставлення до себе, що займають центральне місце в структурі особистості.

На думку А. О. Реана, рівень аутоагресії негативно корелює з рівнем загальної самооцінки.

Інтерактивний субблок аутоагресивного патерну виділяється тому, що аутоагресія пов'язана зі здатністю/нездатністю успішної соціалізації індивіда, з успіхом/провалом міжособистісної взаємодії в мікросоціумі. Рівень аутоагресії особистості негативно корелює з комунікабельністю і позитивно - з сором'язливістю [14, с. 36].

Виокремлення соціально-перцептивного субблоку аутоагресивного патерну пов'язано з особливостями сприйняття інших людей, мотивами самопокарання за реальні вчинки чи уявні проступки, загальним невдоволенням собою та своїм життям, бажанням полегшити душевний біль. Однак ці зв'язки, на думку вченого, далеко не тривіальні, а навіть парадоксальні.

Аутоагресія майже не пов'язана з негативним сприйняттям інших людей.

Навпаки, рівень аутоагресії корелює з позитивністю прийняття значущих інших (особливо батьків; однаково як для матері, так і для батька).

Також А. О. Реан зазначив, що аутоагресія не має кореляції з будь-якими іншими шкалами агресії, за винятком позитивної кореляції зі шкалою «образа», яка ще раз підкреслила особливість феномену аутоагресії в центрі загальної проблеми психології агресії, а також підкреслила зв'язок між агресією та аутоагресією [14, с. 36].

Біхевіоризм розглядає аутоагресивну поведінку як відсутність необхідних навичок для подолання труднощів повсякденного життя або як придбання помилкових патернів поведінки та неправильних навичок, що підкріплюються та зберігаються [14, с. 37].

Гуманістична психологія пояснює аутоагресивну поведінку невідповідністю між реальним «Я», яке страждає від життєвих обставин, і

ідеальним «Я», яке є глибинними почуттями людини, не здатністю до самостійної, незалежної поведінки, відсутністю позитивної самооцінки та впевненості в собі [15, с. 21].

Інший підхід до вирішення проблеми аутоагресивної поведінки людини – анатоמו-морфологічний виділив У. Шелдон, відомий американський психолог і лікар, який вважав, що конституція тіла визначає риси характеру. На основі своїх досліджень поведінки молодих людей у реабілітаційному центрі В. Шелдон зробив висновок, що найбільш схильними до девіації, у тому числі агресії проти себе, є мезоморфи [15, с. 22].

Відповідно до гуманістичного підходу А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерса та ін. проблема аутоагресивної поведінки розглядається з точки зору феноменології [16]. Дійсно, від форми прояву, спрямованості, свідомості залежить вирішення екзистенційного протиріччя і, як наслідок, психічний стан людини та ймовірність дії факторів аутоагресивної поведінки. У цьому причинно-наслідковому зв'язку саморуйнівну поведінку можна вважати явищем. У розвитку цього підходу існувала феноменологічна тенденція, представлена, зокрема, американським психологом Е. Шнайдманом [16], який нині вважається піонером сучасної теорії самогубства. Він описав деякі з найважливіших характеристик аутоагресивної поведінки: відчуття нестерпного емоційного болю, ізоляції від суспільства, безнадійність і безпорадність, ідея смерті як єдиного способу вирішення всіх проблем. Він вперше описав ознаки неминучого самогубства, назвав їх «ключами до самогубства», визначив загальні риси, спільні для всіх самогубців. Разом з К. Фарбероу втілював у практику метод психологічного розтину (до якого входить метод некрологів). К. Фарбероу є засновником концепції самодеструктивної поведінки. Його підхід дозволяє ширше поглянути на проблему, маючи на увазі не тільки самогубство, але й інші форми аутоагресивної поведінки: алкоголізм, наркоманія, невиправданий апетит до ризику тощо. Представники когнітивного підходу вважають, що в основі аутоагресивної поведінки знаходяться когнітивні спотворення: дихотомічне

мислення, схильність до глобалізації, наявність ригідних когнітивних схем [16]. Так, А. Бек вказує на чутливість аутоагресорів до фруструючого фактору невизначеності, недостатню здатність контролювати свої емоції, а також на схильність до імпульсивного, необдуманого відреагування, афекту, так, А. Бек вказує на чутливість аутоагресорів до фрустраційного чинника невизначеності, відсутність здатності контролювати свої емоції, а також на схильність до імпульсивної, непродуманої реакції, афекту [17, с. 28].

Для більш чіткого розуміння аутоагресії як феномену варто розглянути види аутоагресивної поведінки.

Є кілька категорій, за якими розділяється аутоагресивна поведінка. Наприклад, ступінь усвідомленості – усвідомлене заподіяння собі шкоди (нанесення порізів, планування суїциду) і неусвідомлене (віктимна поведінка, прагнення до небезпечних видів діяльності). Також можна виділити безпосередні дії (самостійне нанесення собі шкоди) і опосередковане (провокування ситуацій, що створюють небезпеку) [18].

Розрізняються як психологічні, так і фізичні прояви. Так аутоагресія в психології – це аутична, віктимна і фанатична поведінка, негативні вербальні висловлювання про себе. З фізичних проявів виділяють нанесення собі каліцтв, спроби суїциду, екстремальний спорт, харчова і хімічна залежності. Далі більш детально про кожен з видів аутоагресії [18].

Віктимна поведінка чи поведінка жертви. Виявляється вона як провокування людиною ситуацій, які небезпечні для її життя, психічного стану, здоров'я, або ж поведінку, яка збільшує ймовірність попадання особистості в ситуацію насильства [18].

Аутична поведінка проявляється як самостійно, так і може класифікуватися як аутизм, хвороба, що проявляється ще в дитячому віці. Проявляється у обмеженні у спілкуванні, веселому, цікавому проведенні часу, людина замикається, відсторонюється від оточуючих [18].

Фанатична поведінка властива, як спортивним уболівальникам, фанатам зірок, так і людям, які перебувають у релігійних сектах. Суворе

дотримання догм, нетерпимість до інших ідей, що розходяться з ідеями організації, в якій бере участь людина, призводять до збільшення внутрішньої напруги, яке буде шукати вихід. А так як пряма зовнішня агресія в релігійних сектах, наприклад, найчастіше забороняється, то прояв емоцій знаходить вихід в аутоагресії.

Харчова залежність має дві протилежні форми – це анорексія і булімія (зниження ваги, аж до відмови від їжі, і надмірне переїдання). Харчова залежність бере свої корені або в соромі, або в прагненні заглушити нестерпні емоції. До хімічної залежності відносять вживання наркотичних речовин, алкоголю, тютюну.

Суїцидальна поведінка може бути істинною і демонстративною. У випадку з демонстративною, основним мотивом є не спричинення собі шкоди, а маніпуляція оточуючими, прагнення звернути на себе увагу. Істинна ж суїцидальна поведінка зазвичай носить продуманий характер, людина готується до даного акту, приховуючи свої наміри від оточуючих, щоб запобігти порятунку [18].

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

В залежності від досягнутої мети самоушкодження, вона поділяється на [18]:

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

Маніпулятивна. Демонстрація самопошкоджень відбувається з метою маніпуляції найближчим оточенням з метою досягнення своєї мети, зазвичай, щоб припинити сварку батьків, запобігти розлучення батьків, викликати відчуття провини та вплинути на поведінку.

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

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

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

Інфантильно-мазохістична. Отримання задоволення від болю.

Симулятивна. Мета – ухилення від служби в Збройних силах або уникнення інших неприємностей.

Отже, згідно досліджень вчених, аутоагресія – це різновид агресивної, руйнівної поведінки при якій індивід здійснює ворожі дії звернені на самого себе. Поняття аутоагресії об'єднує в собі широкий спектр поведінкових патернів: самоушкодження, ризикова поведінка, екстремальні види спорту, самообмеження, самогубство, а також відповідних психоемоційних станів та думок. Попри численні дослідження, різні вчені по-різному класифікують та розмежовують поняття «аутоагресія», «самодеструктивна поведінка», «суїцидальна поведінка» та інші.

1.2 Аутоагресія студентів: вікові та соціальні аспекти

Студентські роки у більшості людей проходять в віці 16-21 рік, що відповідає юнацькому віку. Існують різні погляди щодо визначення юнацького віку розглянемо погляди відомих авторів:

Радянський психолог Л.С. Виготський, першим не включив юнацький вік в періоди дитинства, чим розмежував дитинство і дорослість. «Вік від 18 до 25 років становить швидше початкову ланку в ланцюзі дорослих віків, ніж заключну ланку в дитячому розвитку ...». Відповідно він першим назвав юність «початком зрілого життя» [19, с. 36].

Вперше ж про проблему студентства, як про особливу соціально-психологічну та вікову категорію, заговорив радянський психолог, заслужений науковий діяч Борис Герасимович Ананьєв. Він виділяв в

студентському (юнацькому) віці дві фази - одна на кордоні з дитинством (17-18 років), інша - на кордоні з дорослістю. Перша фаза була названа «ранньої юності» і відрізнялася невизначеністю молодої людини в суспільстві. На цій стадії юнак розумів, що він вже не дитина, але ще й не дорослий. Друга фаза, юність, як така, є початковим етапом зрілості. Юнацький вік по Ананьєву, є сенситивним періодом для розвитку основних соціогенних потенцій людини [19, с. 38].

Олексій Миколайович Леонтьєв у своїх роботах при аналізі юнацького віку робить акцент на зміні провідного типу діяльності. У психологічних періодизаціях Данила Борисовича Ельконіна і Олексія Миколайовича Леонтьєва провідною діяльністю в юності визнається навчально-професійна діяльність. Мотиви пов'язані з самовизначенням, вибором професії і підготовкою до самостійного життя є на цьому етапі головними і найсильнішими [20].

При розгляді робіт Сергія Леонідовича Рубінштейна ми побачимо, що саме в юнацькому віці стає особливо актуальним «ціннісно-сміслові самовизначення», тобто саме в цьому віці людина визначає своє подальше життя, то як вона її уявляє [20].

Лідія Іллівна Божович, при описі юнацького віку всю увагу зосереджує на розвитку мотиваційної сфери особистості, тобто на визначенні свого місця в житті, на моральну свідомість і самосвідомість.

Розглядаючи студентство, як «особливу соціальну категорію, специфічну спільність людей, організовано об'єднаних інститутом вищої освіти» І.А. Зимова виділяє такі основні характеристики студентського віку, як висока пізнавальна мотивація, гармонійне поєднання інтелектуальної і соціальної зрілості, а також найвищу соціальну активність, соціалізацію людини, розвиток вищих психічних функцій [20].

Психологічні та соціальні особливості юнацького віку [21, с. 34-36]

1. Вибір професії. Соціальна ситуація розвитку характеризується в першу чергу тим, що старший школяр стоїть на порозі вступу в самостійне

життя. Йому належить вийти на шлях трудової діяльності і визначити своє місце в житті. Провідна діяльність - навчально-професійна. Мотиви, пов'язані з майбутнім, починають спонукати навчальну діяльність.

Виявляється велика вибірковість до навчальних предметів. Основний мотив пізнавальної діяльності – прагнення здобути професію. Орієнтація на престижність професій, на елітність, на «найкраще» в тому сенсі, як це суб'єктивно розуміється ними самими.

2. Схильність до самоаналізу. Цьому віку властиві рефлексія і самоаналіз. Юнацький вік характеризується підвищеною емоційною збудливістю (неврівноваженість, різка зміна настрою, тривожність і т.п.). У той же час, чим старше юнак, тим сильніше виражено поліпшення загального емоційного стану. Розвиток емоційності в юності тісно пов'язаний з індивідуально - особистісними якостями людини, його самосвідомістю, самооцінкою.

3. Систематизація знань про себе. У цьому віці відбувається відкриття свого внутрішнього світу, його відділення від дорослих. Зовнішній світ починає сприйматися через себе, з'являються схильність до самоаналізу і потреба систематизувати, узагальнювати свої знання про себе.

Зростає вольова регуляція. Виявляється прагнення до самоствердження. Відбувається так само і самооцінка зовнішності. А одна з важливих психологічних характеристик юності – самоповага (прийняття, схвалення себе або неприйняття, незадоволеність собою). Спостерігається розбіжність між ідеальним і реальним «Я».

4. Формування свого світогляду

Юність - вирішальний етап формування світогляду. Світогляд, це не тільки система знань і досвіду, а й система переконань, переживання яких супроводжується почуттям їх істинності, правильності. Тому світогляд пов'язано з рішенням в юності смисложиттєвих проблем.

5. Криза юності.

В основі світоглядних проблем лежить проблема сенсу життя - «для чого я живу?», «як жити?». Юнак шукає глобальне і універсальне формулювання «служити людям», «приносити користь». Його цікавить не стільки питання «як бути?», скільки «яким бути?». У цей період відбувається усвідомлення своєї особистості і свого місця в цьому світі.

Студентському віку, що також являється частиною юнацького, притаманна кризова насиченість. Вікова криза характеризується різкими і істотними психологічними зрушеннями і змінами особистості, розвиток набуває бурхливо стрімкого характеру. Ознаками кризи можуть бути [22]:

1. Сильна фрустрація, виникають сильні переживання незадоволеної потреби.

2. Загострення рольових конфліктів «студент-викладач», «студент-студент».

3. Ціннісно-сміслова невизначеність, неструктурованість особистості (наприклад, дехто вперше дізнається про можливість самоврядування, саморегуляції і самовиховання).

4. Інфантильність (студент поводить себе як безвідповідальна людина, або вдається до пияцтва, сексуальної розпусти, вживання наркотиків)

Криза 17-18 років, пов'язана з потребою в самовизначенні після закінчення загальноосвітньої школи та пошуком свого місця в подальшому самостійному житті. Це конструювання наступного етапу власного життєвого шляху, створення свого «Я» на майбутнє. Юнаки переосмислюють своє життя, вносять певні корективи, виробляють нові стратегії на майбутнє і вирішують не тільки «ким бути», але і «яким бути?». Молода людина живе більше майбутнім, ніж сучасним. Звичайно, життєвий вибір супроводжується нерішучістю, сумнівами, невпевненістю в собі, переживаннями невизначеності, і разом з тим відповідальністю за кожен крок на шляху до остаточного ухвалення рішення. Одночасно самовизначення передбачає також самообмеження, так як кожен вибір звужує життєві перспективи. Тому юнаки побоюються помилок. Але в такій нерішучості і побоюванні

розвивається професійна зорієнтованість. Взагалі погляд на майбутнє у молоді оптимістичний. Юнаки обирають подальший життєвий шлях, професію і стають студентами [23].

У студентські роки розрізняють нормативну кризу, яка долається в період адаптації до навчання у вузі. Ця криза може набувати затяжного характеру: проблеми не вирішуються, а відкладаються на потім через небажання їх вирішувати. Можуть, наприклад, виникати негативні почуття від необхідності відвідувати заняття, критичне ставлення до викладачів, конфлікти з товаришами. Найбільш кризовими ситуаціями студентського віку є такі [23]:

1. Криза професійного вибору. Ця криза обумовлена тим, що вибір професії часто відбувається вже після вступу до вищої школи. Тому часто виникає дисонанс між випадково обраною професією і необхідністю отримання вищої освіти, нехай навіть іншою спеціальністю. Амбівалентність (рівнозначність) таких тенденцій (або піти з вузу за власним свідомим вибором, або продовжувати навчання для збереження соціального статусу) нерідко призводить до розвитку у студентів багатьох особистісних проблем і психосоматичних розладів. Факт вступу до університету породжує надію на повноцінне і цікаве життя, зміцнює віру молоді людини у власні сили і здібності. Проте, у деякого швидко настає розчарування: виникає питання про правильність обрання вузу, професії, спеціальності. В кінці 3-го курсу в цілому вирішується питання професійного самовизначення, проте далеко не всі випускники пов'язують своє професійне майбутнє з отриманою у вузі спеціальністю. Гостро постає проблема профорієнтації та профвідбору.

2. Криза залежності від батьківської сім'ї. З одного боку, молоді люди можуть жити окремо від батьківської сім'ї в студентському гуртожитку, мати виражену тенденцію до самостійності, проявляти особистісну зрілість, а з іншого – емоційно-особистісна і побутова (особливо матеріальна) залежність від батьків.

3. Криза інтимно-сексуальних відносин. Студентський вік – період посилення сексуального потягу. Зростає потреба в інтимно-особистісних стосунках з психологічно і духовно близькою людиною. Разом з тим, створення власної сім'ї блоковано матеріальною залежністю від батьків, житлової невлаштованістю, а позашлюбні відносини можуть супроводжуватися внутрішнім особистісним конфліктом. У деяких студентів інтимні стосунки можуть затьмарити собою всі інше.

4. Кризові ситуації в навчально-професійній діяльності. Факторами, які провокують кризові ситуації у студентів, є деякі психотравмуючі особливості організації навчального процесу у вищій школі. Часто вивчення і успішна «здача» якої-небудь навчальної дисципліни стає самоціллю, а не засобом досягнення мети оволодіти професійними знаннями і навичками, необхідними для майбутньої роботи. На жаль, ці тенденції підтримуються не тільки незрілими студентами, а й окремими викладачами. Творче і свідоме оволодіння знаннями витісняється зубрінням навчального матеріалу, конформізмом щодо екзаменатора. Несистематичне вивчення матеріалу не тільки не сприяє формуванню глибоких професійно-важливих і особистісно-значущих знань і умінь, а й провокує психоемоційні перевантаження.

Для етапу професійного навчання, характерна наявність п'яти криз [2, с. 25]:

1. «Криза очікувань» (характерна для 1-го курсу навчання) пов'язана із зіткненням очікувань абітурієнтів щодо обраної професії з навчальними буднями. Кризу провокують: хибні уявлення про майбутню професію, невизначеність професійних цілей.

2. «Негативний синдром» (доводиться на 2-й рік навчання) студенти розчаровуються в своєму професійному виборі, замислюються про зміну навчального закладу, зміни спеціальності.

3. «Криза професійного самовизначення» (досягає своєї максимальної виразності спочатку 3-го курсу навчання): основна причина - це відсутність у

студентів цілеспрямованого формування в процесі навчання якостей особистості, що складають основу професії.

4. «Криза спеціалізації» (проявляється в кінці 3-го і початку 4-го курсу навчання) пов'язана з вивченням спеціальних дисциплін та виходом студентів на самостійну виробничу практику, у час якої відбувається трансформація навчально-професійної діяльності в професійну.

5. «Криза працевлаштування» (закінчення 4-го курсу) визначає професійний розвиток особистості студентів, коли вони займаються пошуком місця роботи і плануванням власної кар'єри.

Головна проблема кризи старших курсів – побудова планів на майбутнє, тим не менш, студент все обдумує з позицій максималізму: все повинно бути найкращим, унікальним, неповторним. Нерідко кризовою є також ситуація працевлаштування після закінчення вищого навчального закладу. Так, зараз багато випускників, які опанували педагогічні спеціальності, не орієнтовані на професійно-педагогічну діяльність. Ця професія для них не є особистісно значущою життєвою цінністю, а тому своє майбутнє вони не пов'язують з нею. Ця серйозна проблема ще більше посилюється в умовах економічної кризи, відсутності стабільного ринку праці, падіння соціального престижу роботи педагога.

Внутрішнє життя студента багате переживаннями, наповнене протиріччями типу: дружба - самотність, критичність - самокритичність, сором'язливість – самовихваляння, самовідданість - егоїзм. Серед суперечностей студентського віку особливо важливу роль має «криза ідентичності», пов'язана з системою «Я». Ідентичність - це стійкий образ «Я», збереження і підтримка своєї особистісної цілісності, тотожності, нерозривності історії свого життя і власного «Я». Сутність «кризи ідентичності»: відбувається зіткнення цінностей, які інтеріоризовані в ранній юності, з тими, які формуються під час навчання у вищій школі через ідентифікацію себе з професійною моделлю. Е. Еріксон: «Юнак повний бажання злитися з ідентичністю інших, і, разом з тим, вперто, наполегливо

відстоює свою ідентичність, неповторність, самобутність. («Як всі, але Я-особистість») [22].

Таким чином ми бачимо, що юнацький вік багатий на кризи, пов'язані із навчальною, професійною діяльністю, зміною соціальних ролей, віковими змінами, переоцінкою цінностей, що в свою чергу загострює внутрішньоособистісні конфлікти.

1.3 Використання методів когнітивно-поведінкової терапії в корекції аутоагресії

В силу актуальності в даний час проблеми поширеності аутоагресивних патернів поведінки, представляється очевидним необхідність пошуку і розробки ефективних моделей корекції аутоагресії.

У контексті психологічної допомоги людям з аутоагресивною поведінкою аналіз існуючих копінг-стратегій, пошук і закріплення адаптивних копінг-механізмів (в разі якщо були виявлені деструктивні) є важливим аспектом роботи з аутоагресорами. У багатьох аутоагресорів присутні труднощі міжособистісної комунікації та побудови здорових взаємин. Доведено, що навіть люди, які не вдаються до аутоагресивних патернів поведінки протягом відносно тривалого часу, стикаються з подібними проблемами. Даний факт наводить нас на висновок, що корекційна терапевтична робота повинна бути спрямована на опрацювання та усунення комунікативних труднощів, на пошук здорових конструктивних поведінкових стратегій в спілкуванні. Також важливим аспектом психотерапії є робота з регуляцією емоційного стану. Дослідження свідчать, що аутоагресія може бути наслідком відсутності вміння саморегуляції. Високий рівень негативних емоцій і переживань може виконувати роль тригера і провокувати акти аутоагресії. Саме тому доцільно запропонувати в роботі з аутоагресивними особистостями перманентний моніторинг і модуляцію емоцій [24].

В силу того, що аутоагресія вважається патологією з точки зору лікарського знання, терапевтичний підхід спрямований скоріше на вектор «виправлення» такої поведінки. Подібна упередженість по відношенню до людей, що чинять аутоагресивні акти, може заважати процесу корекції. Тому існує інша точка зору і парадигма роботи, відмінною рисою якої буде не «виправлення» аутоагресії будь-якими способами, а розуміння факту доцільності подібного патерну поведінки для індивіда. Це веде нас до того, що напрямок корекційної інтервенції має враховувати, що саме привело до бажання вдатися до аутоагресивної моделі поведінки, розуміння витоків, що стоять за бажанням заподіяти собі біль. Таким чином, методологія терапії зазнає суттєвих змін, які полягають в переході від спроби пояснення причин виникнення аутоагресії до питання про функції, які аутоагресивні стратегії в собі укладають. Аутоагресія – один з видів реакції людини на екстремальний стан, подібна активність є навмисною, залежить від ступеню психологічної зрілості людини. Цей факт говорить про наявність елемента вибору стратегії, відповідної поведінки на екстраординарну ситуацію. Розуміння аутоагресивних патернів, як в якійсь мірі доцільних, призводить до траєкторії психокорекції, яка відкидає «заборонний» характер. Звертаючи увагу на ступінь табуованості теми аутоагресії і існуючої стигми навколо явища, можна зробити висновок, що подібна тактика буде провокувати сублімацію механізмів аутоагресивної активності. Підводячи підсумок, найбільш адекватною і ефективною стратегією виглядає спрямована в бік усвідомлення природи власної аутоагресії. Це дозволить підвести до безболісного конструктивного розв'язання проблеми. Найбільш підходящі методи корекції: індивідуальний аналіз витоків аутоагресії, пошук шляхів ефективною відмови від подібної стратегії поведінки, вибір адаптивних патернів, замість наявних деструктивних [17, с. 79].

Однак, не варто недооцінювати важливість профілактичної роботи. Підвищення обізнаності населення про такий феномен, як аутоагресія, дозволить уникнути стигматизації її в суспільстві, засудження з боку інших

осіб. В результаті проведеної профілактичної роботи особи, що замислюються про те, щоб вдатися до аутоагресивних форм поведінки, можливо, зможуть знайти рішення і підтримку в іншому: лекції про аутоагресію, різні акції спрямовані на поширення інформації про даний феномен, спостереження за людьми, що входять до груп ризику.

Існує триетапна загальна модель профілактики, згідно з якою, в контексті аутоагресивної поведінки, перший етап включає в себе інформування суспільства про феномен аутоагресії, самоушкоджень, організацію різного роду акцій, що підвищують поінформованість про дану проблему, яка пояснює, як поводитися неспеціалістам, якщо близька людина завдає собі фізичну шкоду [17, с. 81].

Метою первинної профілактики є безпосередньо запобігання актів аутоагресії та самоушкодження. Вторинна профілактика повинна бути спрямована на виявлення групи ризику і роботу з людьми, які потрапили в неї. Третій же етап профілактики фактично є лікуванням, він спрямований на зниження тяжкості пережитого самоушкодження, тобто забезпечення психологічної та медичної допомоги. У профілактиці аутоагресії використовуються різні міждисциплінарні методи, які можна умовно об'єднати в три великі групи [25, с. 45].

Дії, спрямовані на інформування людей про проблему. Наприклад, навчальні лекції про феномен, майстер-класи від провідних фахівців про те, як надати належну допомогу людині, що вдається до аутоагресивних моделей поведінки.

Дії з розвиваючою спрямованістю. Розвиток навичок міжособистісної взаємодії, саморегуляції, емоційного інтелекту, емпатії, пошук адаптивних, позитивних копінг-стратегій і т.д.

Методи, спрямовані на підтримку. Сюди входять створення терапевтичних груп, які матимуть на меті створення підтримуючої атмосфери для осіб, що завдають собі ушкодження, організація системи, що

дозволяє безперешкодно отримати потрібну психологічну та медичну допомогу [25, с. 46].

Але для більш ефективної профілактичної кампанії необхідно використовувати всі методи узгоджено, а не окремі їх види.

З іншого боку, існує думка про наявність так званих шкідливих профілактичних заходів, до яких відносять терапію відновлення пригнічених спогадів, часте згадування самоушкодження і суїциду в засобах масової інформації, в результаті яких кількість актів самоушкодження і суїцидальних спроб може тільки зрости [24].

Що стосується корекції симптоматики і причин аутоагресії, на даний момент найбільш ефективно застосовуються когнітивно-біхевіоральний і психодинамічний підходи. Терапевтична інтервенція проводиться як в індивідуальному, так і в груповому форматі, ґрунтуючись на цілях і динаміці корекційного втручання. Корекція аутоагресивної поведінки включає в себе комбінацію медикаментозного лікування (коли це є необхідним) і терапевтичної роботи, враховуючи специфіку кожного конкретного випадку. Далі наведемо деякі корекційні моделі, що зарекомендували себе на практиці як ефективні.

Моделі, засновані на когнітивно-поведінковому підході [17, с. 83].

Когнітивно-поведінковий підхід заснований на 4 головних аспектах:

Аналіз специфіки аутоагресії поведінки, що дозволяє скласти індивідуальний план корекції для пацієнта.

Робота на підвищення ефективності навичок, дефіцит яких привів до проявів аутоагресії у клієнта. В якості таких навичок можуть виступати комунікативні або навички саморегуляції.

Усунення позитивного підкріплення аутоагресивної поведінки і, як наслідок, зміна патерну поведінки особи з аутоагресією.

Когнітивне реструктурування, тобто аналіз і опрацювання деструктивної установки клієнта, що провокує його на нанесення собі фізичної шкоди [25, с. 83].

Даний вид терапевтичного втручання акцентує увагу на зміну деструктивних установок і вироблення нових адаптивних стратегій поведінки в стресових ситуаціях.

У парадигмі даного підходу також розроблена модель групової терапії, спрямованої на поліпшення якості емоційної регуляції. Підхід сфокусований на підвищення прийняття власних емоційних станів і усвідомленості. Його головною відмінною характеристикою є короткостроковість і робота в групі, протягом якої відбувається навчання учасників групи продуктивним копінг-стратегіям, який заміняє патерн уникнення. Діалектична поведінкова терапія переслідує ті ж цілі і завдання, що і вищеописані моделі, але є специфічною для пацієнтів з прикордонним особистісним розладом. З'ясували, даний вид інтервенції більш ефективний у випадках суїцидальної поведінки, ніж несуйцидального самоушкодження [25, с. 56].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) ґрунтується на функціональній моделі, що пояснює аутоагресивну поведінку насамперед як результат психопатологічного процесу. Мета терапевтичної інтервенції – контекст, який визначає виникнення та підтримання ризику аутоагресивної поведінки з часом. Когнітивно-поведінкова терапія широко застосовується в роботі як з дорослими, так і з підлітками із суїцидальною та самоушкоджуючою поведінкою. Перевага терапії полягає у короткостроковому форматі та можливості здійснювати антикризові інтервенції в період високого суїцидального ризику .

Відмінною особливістю когнітивно-поведінкової терапії із суїцидальними та аутоагресивними пацієнтами є положення про те, що мислення та сприйняття такого пацієнта містять негативні умовиводи, до яких у нього знижено або відсутнє дуже критичне сприйняття. У зв'язку з цим основний метод у роботі терапевта – це виявлення, дослідження та сприяння пацієнтові у переструктуруванні таких висновків.

В психологічній, психотерапевтичній та медичній літературі описано застосування когнітивно-поведінкової терапії при різних проявах

аутоагресивної та суїцидальної поведінки, що показує ефективність когнітивно-поведінкової терапії при корекції гострих станів людини.

Основне завдання КПТ у роботі як із суїцидальною, так і з аутоагресивною поведінкою визначається фокусуванням на формуванні навичок пошуку способів вирішення проблемних ситуацій альтернативних самоушкодженню та суїциду [10, с. 81].

Короткострокова когнітивно-поведінкова терапія у превенції суїцидів (Brief Cognitive Behavioral Therapy - BCBT) розрахована на коротку інтервенцію при високому суїцидальному ризику як у дорослих, так і у підлітків. Заснована на теорії гнучкої вразливості суїциду (Fluid vulnerability theory of suicide) та концепції суїцидального модусу (Concept of suicidal mode). Центральним компонентом BCBT є план антикризового реагування. Терапевт під час інтервенції забезпечує пацієнта чіткою інструкцією, в якій покроково описуються дії, які необхідно зробити під час кризи, щоб адаптивніше на нього реагувати. Основні компетенції фахівця BCBT включають знання термінології, формування терапевтичного альянсу, складання поінформованої згоди. На першому етапі короткострокової терапії необхідно визначити, які індивідуальні переконання є у пацієнта щодо суїциду. У процесі терапії важливо виявляти повагу та підтримку тенденції пацієнта до автономії. Далі терапевт надає пацієнту інформацію про причини суїциду, а також про особливості терапії, після чого розробляє з пацієнтом індивідуальний план дій на кожну проблемну ситуацію, фіксуючи його на спеціальних картках, якими пацієнт може скористатися, зіштовхуючись у повсякденному житті з цими ситуаціями [10, с. 82].

Одним із ефективних підходів когнітивно-поведінкової терапії третьої хвилі є діалектико-поведінкова терапія.

Даний напрямок розроблявся для жінок з прикордонним особистісним розладом, що мають історію тривалої та множинної нелетальної суїцидальної поведінки. Базується на біосоціальній моделі суїциду. Включає широкий спектр форм роботи: психоосвіта в групах життєвих навичок, індивідуальну

психотерапію, телефонні консультації між сесіями, клінічні супервізії. Індивідуальна психотерапія інтегрує широкий спектр когнітивно-поведінкових методів: тренування емоційної регуляції, подолання стресу, вирішення проблем, здатності до когнітивної реструктуризації, поведінковий тренінг. Акцент робиться на філософському принципі «діалектики»: у ході бесіди виявляються суперечності та невідповідності уявленнях пацієнта про життя, зокрема щодо ситуацій, пов'язаних з аутоагресивною поведінкою. Важливою в терапії вважається особлива позиція терапевта приймати аутоагресивну поведінку пацієнта і пропонувати йому альтернативні форми виходу зі ситуацій, що склалися. Терапевт виступає у ролі радника для пацієнта, виконуючи важливу роботу для самого пацієнта, а не виконуючи замовлення родичів. Завдання терапевта – знаходити сенс та цінність у кожній реакції пацієнта та транслювати це йому. Діалектико-поведінкова терапія була адаптована у роботі з підлітками як із суїцидальною, так і з самоушкоджувальною поведінкою. Протокол діалектико-поведінкової терапії для підлітків включає техніки, спрямовані на емоційне регулювання, стресостійкість, поліпшення міжособистісних відносин [10, с. 83].

Проблемно-орієнтована терапія включає навчання навичкам і установкам, необхідним для сприяння активному вирішенню проблем. Основні цілі терапії: формування позитивних установок при аналізі проблеми; навчання раціонального вирішення проблем (формулювання проблеми, генерування альтернативних рішень, прийняття та перевірка рішення); зменшення інтенції до уникнення та імпульсивного вирішення проблем. Даний вид терапії активно застосовується у роботі з підлітками як із суїцидальною, так і самоушкоджуючою поведінкою.

Навчальна когнітивно-поведінкова терапія (Manual-Assisted Cognitivebehavioral Therapy, - МАСТ) є короткостроковим видом психотерапії, що поєднує проблемно-орієнтовану терапію з когнітивними методами, спрямованими на профілактику рецидивів суїцидальних спроб і несуйцидальних аутоагресивних актів. Застосовується як із дорослими, так і з

підлітками. Є дані дослідників щодо ефективності застосування МАСТ з дорослими: зниження суїцидальних думок, ступеня та тяжкості самоушкоджуючої поведінки.

Програма МАСТ була адаптована для підлітків. Підліткова версія називається «Програма зменшення порізів» (Cutting-Down Programme, CDP). Програма була протестована на невеликій вибірці, за результатами отримані дані про зменшення самоушкоджуючої поведінки, зниження симптомів депресії та тривоги у підлітків. Є численні дані про ефективність різних напрямів КПТ при терапії депресії в дітей віком і підлітків [10, с. 83].

Окремі дослідники відзначають обмежену ефективність даного підходу щодо суїцидальної поведінки підлітків та вживання ПАР. При порівнянні результатів різних напрямів КПТ у терапії підліткової аутоагресії суттєвих відмінностей не виявлено [10, с.85].

Таким чином можна зробити висновок, що когнітивно-поведінкова терапія являється ефективним та широкоживаним засобом корекції аутоагресії підлітків та дорослих, що дозволяє навіть працювати з клінічними випадками аутоагресії. Суть когнітивно-поведінкової терапії полягає в самоспостереженні, реструктуризації мислення клієнта/пацієнта, позитивне підкріплення раціональних способів мислення та поведінки. Методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії більш детально описано в розділі 2.

Висновки до розділу

Аналіз літературних джерел проблеми аутоагресії показав, що поняття аутоагресії науковцями визначається як дії, думки, переживання, що направлені індивідом на заподіяння шкоди самому собі та проявляється в ризикованій поведінці, завданні індивідом собі фізичної та психологічної шкоди, позбавленні себе комфорту, соціальних самообмеженнях, розвитку почуття провини, самопокараннях в різних формах, суїцидальній поведінці.

Розглянуто основні погляди на поняття аутоагресії з точки зору психоаналізу, когнітивно-поведінкової терапії, анатомо-морфологічного підходу, акмеологічного та інших та виокремлено основні ідеї: аутоагресія є захисним механізмом психіки і може сприйматись свідомістю людини як необхідний і позитивний феномен в житті, аутоагресія являється результатом внутрішніх суперечностей, проблеми аутоагресії виходять із неадаптованості індивіда до життя в соціумі, існують індивідуальні особливості, що притаманні аутоагресорам, зокрема: замкнутість, репресивність, відсутність демонстративності, схильність до самозвинувачень та постійного почуття провини, педантичність.

Виокремлені зовнішні та внутрішні фактори розвитку аутоагресії студентів, серед яких можна виділити: внутрішні суперечності, негативний, травмуючий вплив на особистість, проблеми соціальної адаптації, низький рівень самооцінки, низький рівень розвитку саморегуляторних механізмів особистості, стреси та психологічна травматизація, кризи пов'язані з віком та процесом навчання у вищому навчальному закладі.

Описано основні ідеї психологічної корекції аутоагресії, визначено, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективним методом при роботі з аутоагресією в юнаків та дорослих, використовується спеціалістами навіть при клінічних випадках аутоагресії та суїцидальної поведінки.

Психологічна робота у напрямку корекції аутоагресії засобами когнітивно-поведінкової терапії полягає у подоланні ірраціональних, автоматичних, патогенних думок, у тому, щоб шляхом навчання виявляти подібні думки і піддавати їх критичному аналізу та виробляти більш адекватне, об'єктивне сприйняття реальності та більш адекватні дії.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСІЇ СТУДЕНТІВ

2.1 Діагностика соціальних та індивідуальних особливостей студентів з високим рівнем аутоагресії

Актуальність емпіричного дослідження зумовлена необхідністю вивчення психологічних та соціальних особливостей студентів з високим рівнем аутоагресії.

Для дослідження рівня аутоагресії студентів, їх психологічних та соціальних особливостей було розроблено та реалізовано відповідну програму експериментального дослідження. Дослідження проводилось на базі Хмельницького національного університету. У дослідженні взяли участь 64 студенти I-IV курсів, віком 17-21 рік, жіночої та чоловічої статі (диференціація за статевою ознакою не проводилась), спеціальностей «Психологія» та «Соціальна робота».

Для експериментального дослідження психологічних та соціальних особливостей студентів було використано наступні методики:

- 1) Тест «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна (для дослідження рівня аутоагресії студентів) [26, с.47];
- 2) Опитувальник «Оцінка агресії» (Ч.Спілбергер) (для дослідження рівня аутоагресії студентів) [27, с.47];
- 3) Біографічний опитувальник (BIV, адаптація Чікер) (для дослідження соціальних та індивідуальних особливостей студентів) [28];
- 4) Методика дослідження базисних копінг-стратегій – «Індикатор стратегій подолання стресу» створений Д. Амірхана (для дослідження домінуючих способів подолання стресових ситуацій) [29, с.23];
- 5) Тест «Шкала реактивної тривожності» Спілбергера - Ханіна (для дослідження стану тривоги студентів) [26, с.1067];

Дослідження рівня аутоагресії здійснювалось за допомогою двох методик: тест «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна та опитувальник «Оцінка агресії» Ч.Спілбергера.

Тест «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна включає в себе 20 тверджень, на які досліджуваній відповідає «так», або «ні». Бали нараховуються відповідно до ключа опитувальника та формують дві шкали: шкала «аутоагресія» та шкала «гетероагресія», що показують такі рівні агресії: 0-2 бали – низький, 3-4 – понижений, 5-6 – середній, 7-8 – підвищений, 9-10 – високий.

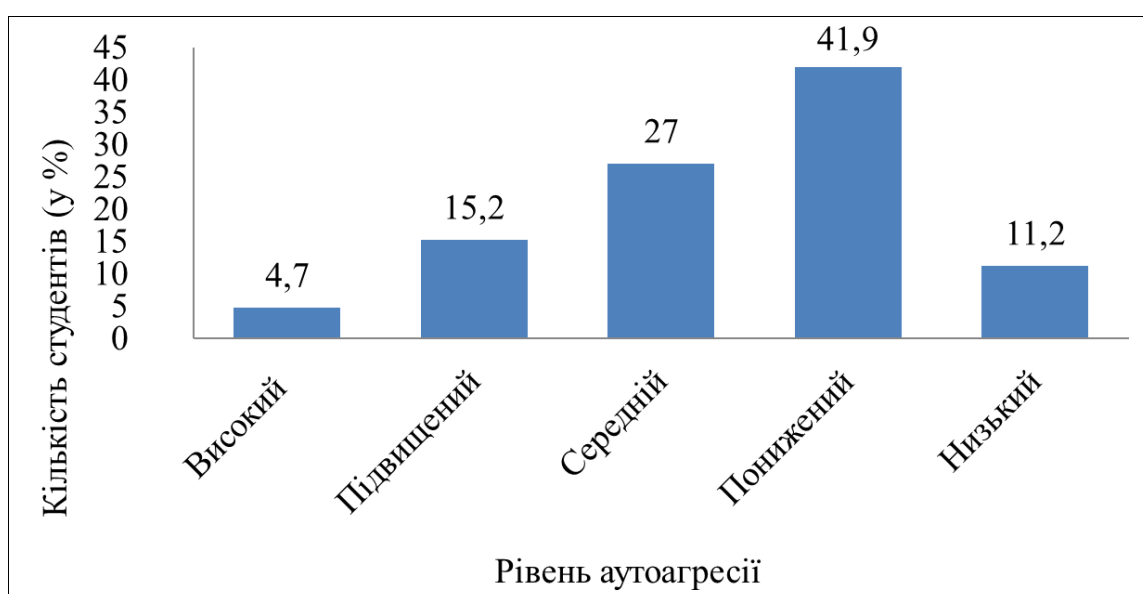


Рисунок 2.1. Розподіл студентів за рівнем розвитку аутоагресії за методикою «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна (у %)

Згідно результатів дослідження за методикою «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна (див. рисунок 2.1) близько 20% досліджуваних студентів мають схильність до аутоагресивної поведінки та думок, схильні спрямовувати агресію на себе, звинувачувати себе, ставитись до себе надто критично, неадекватно оцінювати власну поведінку та гіперболізувати її значущість. В окремих випадках високий рівень аутоагресії може бути пов'язаним із невротичними розладами, схильністю до самогубства, розладами харчування.

Опитувальник «Оцінка агресії» (Ч.Спілбергер) – це методика, що включає 44 питання та складається із 3-х частин. У першій частині

опитувальника випробуваному потрібно оцінити свій поточний, актуальний стан на момент його заповнення, у другій частині – звичний характер реагування в емоціогенних ситуаціях, у третій частині – спосіб поведінки у стані гніву чи люті. Перша частина опитувальника передбачає вибір відповідей із набору: зовсім ні, трохи, помірно, дуже, а 2-а та 3-я частини: майже ніколи, іноді, часто, майже завжди, позначених на бланку відповідей цифрами від 1 до 4 відповідно.

Ця методика спрямована на дослідження як ситуаційного, так і особистісного рівнів агресивності, характеру проявів цієї властивості, а також переважної спрямованості та ступеня контролю над агресивними проявами.

У зв'язку з цим опитувальник Спілбергера складається з 7 шкал:

- агресія як стан;
- агресія як риса особистості;
- агресія як компонент у структурі темпераменту;
- агресія як реакція у різних ситуаціях;
- агресія, спрямована всередину (аутоагресія);
- агресія, спрямована назовні (гетероагресія);
- контроль агресії

Кожна зі шкал має своє середнє значення (норма для дорослої вибірки) та можливе відхилення, що дозволяє визначити високий, середній та низький рівень аутоагресії. Наприклад середньому рівню аутоагресії відповідає значення $15,18 \pm 4,24$ бали, таким чином нижчі бали будуть відповідати низькому рівню аутоагресії, а високі високому.

Згідно дослідження проведеного в Рязанському державному медичному університеті імені академіка І.П. Павлова, рівень аутоагресії згідно методики «Оцінка агресії» Ч. Спілбергера корелює з тестом «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна, так високий та низький рівні аутоагресії відповідають одне одному в обох методиках, а середній рівень згідно методики «Оцінка агресії» Ч. Спілбергера співвідноситься з підвищеним,

середнім та пониженим рівнями за тестом «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Льїна.

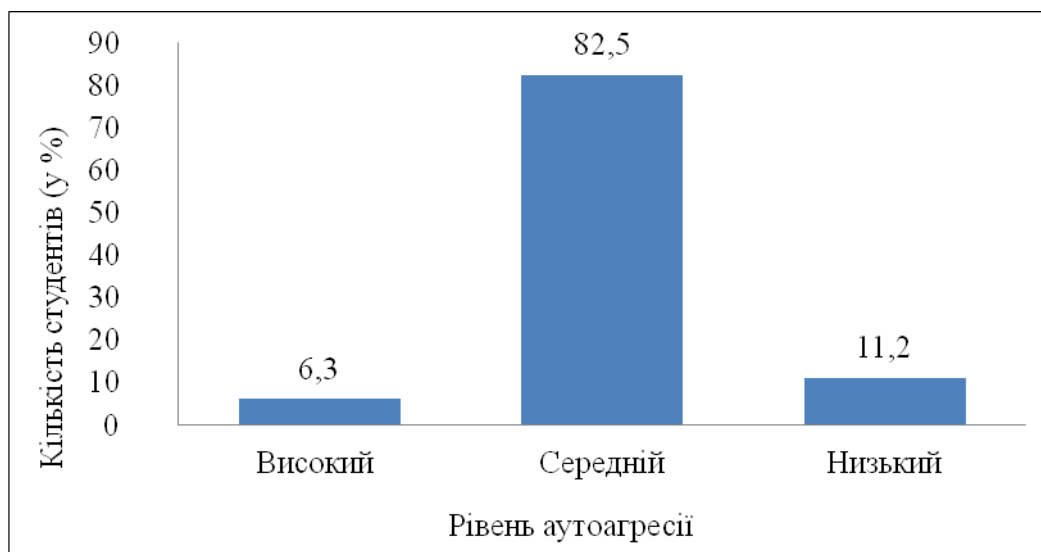


Рисунок 2.2. Розподіл студентів за рівнем розвитку аутоагресії за методикою Опитувальник «Оцінка агресії» (Ч. Спілбергер) (у %)

Згідно результатів дослідження аутоагресії за методикою «Оцінка агресії» Ч. Спілбергера (див. рисунок 2.2) близько 6,3% студентів мають високий рівень схильності до аутоагресивної поведінки, думок.

Згідно результатів, отриманих в процесі діагностики аутоагресії студентів, зроблено наступні висновки:

- близько 20% студентів мають схильність до аутоагресивних думок і дій, в переважній більшості випадків направляють агресію на себе і не мають відповідних навичок, знань, особистих якостей, аби впоратись із власною агресією;
- близько 5-6% студентів мають високий рівень розвитку аутоагресії, що говорить про їх глибокі внутрішньоособистісні конфлікти, неприйняття себе, неадекватну самооцінку, низький рівень стабільності психоемоційного стану та здатності добиватись свого;
- отримані результати говорять про актуальність проблеми аутоагресії для студентів та доречність вживання корекційних заходів з метою зниження рівня аутоагресії та відповідно зниження рівня ризику негативних наслідків та проявів аутоагресії.

Для дослідження соціальних та індивідуальних особливостей студентів з різним рівнем аутоагресії, студентів було умовно поділено на 2 групи: група студентів з високим рівнем вираженості аутоагресії та група з низьким рівнем розвитку аутоагресії. Групу з високим рівнем аутоагресії склали студенти з високим та підвищеним рівнем аутоагресії (19,9%), а групу з низьким рівнем аутоагресії склали студенти з середнім, пониженим та низьким рівнем розвитку аутоагресії (разом 80,1%) за методикою Є.П. Ільїна.

Для емпіричного дослідження таких соціальних та індивідуальних особливостей студентів як: рівень задоволеності сімейною ситуацією, напруженість в соціальних стосунках, стиль виховання батьками (або опікунами), соціальна активність, екстраверсія, нейротизм та схильність до соматичних захворювань було використано біографічний опитувальник (BIV, адаптація В. А. Чікер). Даний опитувальник складається з 97-ми запитань та тверджень, що пов'язані з оцінкою стосунків досліджуваних з іншими людьми, зокрема з найближчими родичами, друзями та колегами, а також питання оцінки психологічного стану та особливостей досліджуваних.

Методика містить наступні шкали:

- «Сімейна ситуація» (FAM) – високий рівень означає незадоволеність сімейною ситуацією, брак любові, турботи та уваги, несправедливе, неадекватне ставлення сім'ї до особистості та оточуючого світу;
- «Сила Я» (ICHST) – високий рівень говорить про невпевненість у собі, нездатність добитись поставлених цілей;
- «Соціальне положення» (SOZLAG) – шкала показує рівень негативного впливу навколишнього середовища (мається на увазі вплив інших людей) на рівень соціальної адаптації особистості;
- «Виховання (стиль)» (ERZIEN) – показує рівень неврозогенного впливу виховання на особистість, негативний характер взаємодії між батьками;

- «Нейротизм» (N) – характеризує загальну психічну нестійкість, тривожність, чутливість;
- «Соціальна активність» (SOZAKT) – високі бали показують слабку здатність до встановлення та підтримки соціальних зв'язків;
- «Психофізіологічна конституція» (PSYCON) – схильність до соматичних розладів в результаті нервового навантаження;
- «Екстраверсія» (E) – високі бали говорять про товарищівність та імпульсивність, низькі про закритість, відлюдкуватість, пасивність.

Таблиця 2.1 – Розподіл студентів за соціальними та індивідуальними особливостями студентів з високим та низьким рівнем аутоагресії згідно біографічного опитувальника (BIV) (у %)

Шкала	Рівень шкали	Рівень аутоагресії	
		Низький	Високий
Сімейна ситуація	Високий	14,5	58,3
	Середній	71	41,7
	Низький	14,5	0
Сила «Я»	Високий	11,7	50
	Середній	68,8	50
	Низький	19,5	0
Соціальне положення	Високий	28,9	58,3
	Середній	56,6	41,7
	Низький	14,5	0
Стиль виховання	Високий	19,5	41,7
	Середній	65	58,3
	Низький	15,5	0

Кінець таблиці 2.1

Нейротизм	Високий	19,5	50
	Середній	71	50
	Низький	9,5	0
Соціальна активність	Високий	19,5	33,3
	Середній	71	58,3
	Низький	9,5	8,4
Психофізіологічна конституція	Високий	17,4	41,7
	Середній	70,9	58,3
	Низький	11,7	0
Екстраверсія	Високий	19,5	16,65
	Середній	64,7	66,7
	Низький	15,8	16,65

Згідно результатів представлених на таблиці 2.1 ми можемо зробити висновок про те, що більшість студентів (58,3%) з високим рівнем аутоагресії негативно оцінюють атмосферу в своїй сім'ї, мають негативні стосунки з батьками (опікунами), вважають поведінку батьків (опікунів) неадекватною, не мають тісного зв'язку та взаємодії з батьками (опікунами). Студенти з низьким рівнем аутоагресії оцінили свої стосунки з батьками (опікунами) приблизно на 60% краще, що говорить більш гармонійні стосунки в сім'ї, вищий рівень взаєморозуміння, ніж у студентів з високим рівнем аутоагресії.

Згідно шкали «сила «Я» Студенти з високим рівнем аутоагресії мають переважно низький та середній рівень впевненості в собі та здатності добиватися свого, меншу амбітність, здатність бути лідером та конкурувати з іншими людьми, адже зазвичай люди з низькою «силою «Я» вважають себе гіршими за інших. Студенти з низьким рівнем аутоагресії мають приблизно на 60% більшу «силу «Я», що говорить про вищий рівень впевненості, здатності добиватись цілей порівняно зі студентами з високим рівнем аутоагресії.

Згідно шкали «соціальне положення» можна зробити висновок, що більшість студентів з високим рівнем аутоагресії переживали негативний

досвід спілкування з іншими людьми, нехтування, докори, вважають себе недооціненими, що їх неправильно розуміють. Також люди з високим показником «соціальне положення» схильні до сильної залежності від думки інших людей, незадоволеності своїм робочим або навчальним колективом, в них не виходить знайти спільну мову з колегами та партнером. Студенти з низьким рівнем аутоагресії приблизно на 45% відсотків краще оцінюють своє соціальне положення, в них кращі стосунки з оточуючими, вищий рівень взаєморозуміння з іншими людьми.

Згідно шкали «стиль виховання» 41,7% студентів переживали сильний неврозогенний вплив від стилю виховання батьками (опікунами), між батьками (опікунами) не було згоди, вони могли мати різні погляди на виховання, сварились одне з одним. Рівень неврозогенного впливу стилю виховання у студентів з низьким рівнем аутоагресії приблизно на 35% нижчий ніж у студентів з високим рівнем аутоагресії, що також говорить про вищий рівень взаєморозуміння в сім'ї, менший рівень психологічної травматизації з боку батьків (опікунів).

Половина досліджуваних студентів з високим рівнем аутоагресії проявили високий рівень нейротизму, що говорить про емоційну нестабільність, низький рівень стресостійкості, чутливість, високий рівень тривожності та страху, схильність до гіперболізації негативних сторін тієї чи іншої ситуації. Студенти з низьким рівнем аутоагресії проявляють нижчий рівень нейротизму приблизно на 40%, що говорить про їх вищий рівень психологічної стійкості, стабільності та нижчий рівень страху і тривожності.

Згідно шкали «Соціальна активність» переважна більшість досліджуваних з високим рівнем аутоагресії проявили помірну здатність до встановлення та підтримки соціальних зв'язків, не дивлячись на високий рівень неврозогенного впливу інших людей. Даний результат підтверджується шкалою «екстраверсія», студенти з низьким рівнем аутоагресії мають переважно середній рівень екстраверсії, що говорить про їх здатність розкриватись перед людьми, бути товариськими та дружніми. У

студентів з низьким рівнем аутоагресії показник «соціальна активність» показує на 15% більшу здатність будувати та підтримувати соціальні зв'язки, при цьому показники екстраверсії в обох груп схожі.

Згідно показників психофізіологічної конституції, студенти з високим рівнем аутоагресії на 35% більше схильні до фізіологічних розладів, недомагань, ніж студенти з низьким рівнем аутоагресії. Це говорить про те, що аутоагресія негативно впливає на здоров'я людини, фізичне самопочуття.

Підсумовуючи результати, згідно методики «біографічний опитувальник (BIV) студенти з високим рівнем аутоагресії здебільшого мають травматичний, негативний досвід спілкування з батьками (опікунами), проблеми у взаємостосунках з колегами, високий рівень нейротизму, низьку самооцінку, здатність добиватись свого, при цьому студенти з високим рівнем аутоагресії не є соціально закритими людьми, вони товариські, здатні встановлювати та підтримувати соціальні зв'язки. Порівнюючи студентів з високим і низьким рівнем аутоагресії ми робимо висновок, що студенти з низьким рівнем аутоагресії більш емоційно стійкі, вони оцінюють своє соціальне становище більш позитивно, в них більше взаєморозуміння з батьками та іншими людьми, їм легше встановлювати соціальні зв'язки, при цьому рівень екстраверсії в обох груп схожий.

Для емпіричного дослідження рівня тривоги досліджуваних застосовано тест «Шкала реактивної тривожності» Спілбергера – Ханіна. Дана методика дозволяє оцінити стан тривоги досліджуваного. Тест складається з 20-ти тверджень, на які досліджуваний відповідає: «ні, зовсім не так», «мабуть так», «вірно», «абсолютно вірно». Загальна сума набраних балів показує рівень тривоги: низький, помірний, високий.

Висока тривожність говорить про наявність невротичного конфлікту, можливі емоційні і невротичні зриви, а також підвищений ризик психосоматичних захворювань.

Середній рівень тривожності – оптимальний, адже це характеризує людину, як активну, діючу, але не надто пасивну. Середній рівень реактивної

тривоги говорить про те, що людина реалістично оцінює ризики, прагне жити обережно і обдуманно.

Низька тривожність характеризує стан як депресивний, малоенергійний, в деяких випадках дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом бажання досліджуваного виглядати краще.

Таблиця 2.2 – Розподіл студентів за рівнем реактивної тривожності з високим та низьким рівнем аутоагресії за методикою «Шкала реактивної тривожності» Д. Спілбергера (у %)

Рівень аутоагресії	Рівень тривоги		
	Низький	Середній	Високий
Високий	0	33,3	66,7
Низький	11,7	76,6	11,7

Як видно з таблиці 2.2 у студентів з високим рівнем аутоагресії значно переважає високий рівень тривоги, що говорить про низький рівень психологічної стабільності, схильність до соматичних захворювань, нервових зривів. У студентів з низьким рівнем аутоагресії переважає середній, тобто оптимальний рівень тривоги, що говорить про їх емоційну стабільність, відсутність переваги депресивних чи тривожних станів.

З метою дослідження домінуючих стратегій подолання стресу було застосовано методику створену Д. Амірханом «Індикатор стратегій подолання стресу». Дана методика містить 33 запитання, на які досліджуваний дає відповіді «Повністю згоден», «Згоден», «Не згоден». Згідно «ключа» підраховуються бали за трьома шкалами, кожна з яких відображає розвиток однієї з базових стратегій подолання стресу:

«Вирішення проблем» – це активна стратегія, що характеризується зверненням людини до власних ресурсів в процесі подолання стресу. Перевагою даної стратегії є розвиток власних навичок та механізмів подолання стресу, незалежність від допомоги інших людей, недоліком стратегії є те, що в ситуаціях, що вимагають звернення по допомогу до інших людей, особистість, що звикла опиратись тільки на власні ресурси, ризикує

зустрітися з більшою кількістю проблем та втрат, нерационально використовуючи власні ресурси.

«Пошук соціальної підтримки» – це активна стратегія, що характеризується зверненням людини по допомогу і підтримку до оточуючого її середовища: сім'ї, друзів, знайомих. Стратегія має як переваги, так і недоліки: перевагою являється активний пошук способів вирішення проблем, але недоліком стратегії при її постійному використанні є зниження оцінки власних можливостей і ресурсів, повна залежність від інших людей, зниження рівня навичок самостійного подолання стресу та адаптивності мислення і поведінки.

«Уникнення проблем» – це пасивна стратегія, що характеризується небажанням особистості бачити, приймати проблему та витісняє потребу розв'язати проблему. Перевагою даної стратегії є те, що в окремих випадках вона є дієвою, дозволяє зберегти ресурси та рівновагу особистості, не звертати увагу на неважливі подразники, недоліком являється пасивність, неадаптивність і відсутність перспектив розвитку при застосуванні даної стратегії.

Було визначено такі рівні вираженості копінг-стратегій як: «високий», «середній», «низький» для групи з високим і низьким рівнем аутоагресії. Результати дослідження представлені в таблиці 2.3

Таблиця 2.3 – Рівні розвитку копінг-стратегій у студентів з високим та низьким рівнем аутоагресії за методикою «Індикатор стратегій подолання стресу» Д. Амірхана

Стратегія	Рівень вираженості і стратегії	Рівень аутоагресії	
		Низький	Високий
«Вирішення проблем»	Високий	20,4	6,8
	Середній	77	70,4
	Низький	2,7	22,8
«Пошук соціальної підтримки»	Високий	12,7	4,5
	Середній	78,1	79,5
	Низький	9,3	16
«Уникнення проблем»	Високий	39,6	56,8
	Середній	49,5	38,7
	Низький	10,9	4,5

Як видно з таблиці 2.3, у студентів з високим рівнем аутоагресії переважає копінг-стратегія «уникнення проблем» (56,8% досліджуваних), що на 17,2% більше, ніж у досліджуваних з низьким рівнем аутоагресії. Це говорить про більшу схильність студентів з високим рівнем аутоагресії використовувати дезадаптивні способи подолання стресових ситуацій, ніж студентів з низьким рівнем аутоагресії. Рівень вираженості адаптивних копінг-стратегій («вирішення проблем», «пошук соціальної підтримки») у студентів з низьким рівнем аутоагресії вищий, ніж у студентів з високим рівнем аутоагресії.

Таким чином, можна зробити висновок, що студенти з низьким рівнем аутоагресії більше схильні використовувати адаптивні стратегії подолання стресових ситуацій, їх копінг-стратегії більш збалансовані, що дозволяє краще пристосовуватись до умов зовнішнього середовища, менше шкодити собі і краще справлятися з життєвими труднощами. Студенти з високим рівнем аутоагресії надають перевагу стратегії «уникнення проблем», що являється пасивною стратегією і зазвичай абсолютно неефективною.

Дослідники вважають, що будь яка копінг-стратегія має свої позитивні і негативні сторони, оптимальним є використання різних стратегій відповідно до ситуації, саме тому середній рівень вираженості неадаптивної стратегії «уникнення проблем» є позитивним показником, адже в певних умовах це найкращий спосіб подолання стресової ситуації.

Отже, згідно проведеного дослідження можна зробити висновок, що студенти з високим рівнем аутоагресії більш гостро реагують на деструктивні соціальні фактори зовнішнього середовища, зокрема на неврозогенний вплив інших людей, близьких, родичів, стиль виховання. Окрім факту негативного впливу соціальних факторів на аутоагресивних студентів було виявлено їх схильність до соматичних захворювань, психологічної нестабільності, тривожності та низького рівня впевненості в своїх силах. Попри негативний вплив виховання батьків та труднощі у встановленні і підтримці соціальних контактів, було виявлено, що студенти з високим рівнем аутоагресії не є закритими та відлюдкуватими, адже їх рівень екстраверсії та соціальної активності переважно середній і близький до студентів з низьким рівнем аутоагресії. Студенти з високим рівнем аутоагресії більше схильні до уникання стресу, ніж до реального вирішення проблемних ситуацій.

Отримані данні говорять про необхідність розробки дієвих методів, засобів, способів та шляхів зниження рівня аутоагресії через адаптування студентів до наявних умов існування, стабілізації їх психологічного стану та формування більш раціонального мислення.

2.2 Обґрунтування тренінгової програми корекції аутоагресії студентів

Результати емпіричного дослідження, свідчать про те, що приблизно у 20% студентів підвищений рівень аутоагресії. Аутоагресія характеризується негативними автоматичними когніціями, емоційними переживаннями,

неадаптивною та саморуйнівною поведінкою, неадекватною оцінкою себе і світу, ігноруванням власних потреб, бажань, нездатністю раціонально справлятися зі стресом. Причиною аутоагресії є дезадаптивні глибинні переконання, що зазвичай обумовлені внутрішніми протиріччями та деструктивним впливом зовнішнього середовища (прямий та опосередкований вплив інших людей, травматичні ситуації).

Аутоагресію пов'язують з такими проблемами як: самогубство, травмування, невротичні розлади, розлади харчування, соматичні захворювання, проблеми соціалізації особистості тощо.

Нами було визначено, що у студентів з високим рівнем аутоагресії виражена схильність до тривоги, страхів, емоційної нестабільності, низького рівня впевненості в собі, високий рівень схильності до психосоматичних захворювань в результаті сильного стресу, залежність та чутливість до думки оточуючих, вразливість.

На основі теоретичного аналізу джерел з даної тематики визначено, що ефективна психологічна корекція аутоагресії студентів пов'язана з корекцією різних аспектів та станів особистості, зокрема тривожності, самооцінки, емоційної стійкості, адаптивності, засобів та рівня самоконтролю, саморегуляції, самоусвідомлення, переоцінкою життєвих цінностей. Психологічна робота спрямована на подолання аутоагресії повинна включати в себе психоедукацію, що дозволить молодій людині усвідомити власну проблему; тренінгову складову, що спрямована на формування навичок та механізмів саморегуляції, покращення загального психоемоційного стану студента.

Відповідно до вищевказаних вимог, тренінгова програма психологічної корекції аутоагресії студентів включає наступні складові:

Просвітницька. Дана складова включає міні-лекції та дискусії, спрямовані на ознайомлення студентів з проблемою аутоагресії, а саме: можливі причини, наслідки, основні провокуючі та підтримуючі фактори аутоагресії, можливі шляхи подолання аутоагресії.

Зміст просвітницької роботи:

- нейрофізіологічний механізм утворення аутоагресії;
- види та прояви аутоагресії;
- взаємозв'язок аутоагресії та здоров'я людини;
- основи здорового способу життя;
- способи та механізми подолання аутоагресії.

Діагностична складова. Діагностична складова включає прийоми та питання, спрямовані на те, щоб допомогти молодій людині зрозуміти власні потреби, цінності, проблеми, бажання та емоційний стан. У запропонованій нами програмі цю роль виконують методики аналізу ABC, «Інтроскоп» та відповідні запитання від тренера та учасників тренінгу. Тренер повинен бути гранично уважним у процесі діагностики, оскільки аутоагресія часто пов'язана з неприємними і травмуючими життєвими ситуаціями, згадка про які може викликати сильні емоційні реакції.

Корекційна складова. Завдання корекційної складової – зміна деструктивних установок, переконань молоді на конструктивні. Для цього були використані прийоми «Сократівського діалогу» та «Переоцінка», які дозволяють розглянути проблему з різних сторін, зрозуміти її, знайти нове розуміння проблеми. Працюючи з аутоагресією, молоді люди повинні усвідомити, що агресія насправді не допомагає їм вийти із ситуації і що є кращі та продуктивніші способи зробити це. Не менш важливим для студентів є усвідомити цінність власного життя, здоров'я та благополуччя, тобто прийняти ідею здорового егоїзму.

Тренінгова складова має на меті оволодіння студентами методами саморегуляції, а також закріплення конструктивних шляхів мислення та поведінки, включає аутотренінгові вправи «Дихання», «Важкість», «Спека», «Серце», «Сходи». Аутотренінгові вправи виконують роль стабілізації психологічного стану студентів та налаштування на продуктивну працю та відпрацювання конструктивних шляхів подолання стресу. За допомогою технік когнітивно-поведінкової терапії «Цілеспрямоване повторення» та

«STOP» студенти мають можливість практикувати нові, конструктивні способи мислення.

Крім вправ студенти після кожного тренінгу виконують домашні завдання, що є не менш важливою частиною корекційного процесу. Домашні завдання складаються з:

- самостійного відпрацювання методів і технік когнітивно-поведінкової терапії та аутотренінгу;
- самостійного відпрацювання конструктивних способів мислення та поведінки;
- самоспостереження;
- налагодження якісного сну, здорового харчування, регулярної фізичної активності та прогулянок.

Враховуючи отримані результати, нами була розроблена програма психологічної корекції аутоагресії студентів.

При розробці тренінгової програми корекції аутоагресії студентів були використані методи та засоби когнітивних терапевтів (А. Бек, Дж. Бек, Д. Менінг), спеціалістів з аутотренінгу (Ю. В. Пахомов, Д. Шульц), ідеї та принципи здорового способу життя та здорового егоїзму [1].

Когнітивно-поведінкова терапія була обрана через те, що це один із найбільш ефективних і перевірених підходів до психологічної корекції аутоагресії. Когнітивно-поведінковий підхід розглядає аутоагресію як результат дезадаптивних переконань особистості, або ж когнітивних помилок, які провокують відповідні автоматичні думки, поведінкові та емоційні реакції. Когнітивно-поведінковий підхід пропонує методи реструктуризації мислення шляхом самоспостереження, самоаналізу, а також повторення та закріплення конструктивних способів мислення, поведінки та емоційного реагування.

Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє проводити різноманітні вправи, дискусії, рольові ігри, пробувати різні методи подолання життєвих негараздів, але основними вправами являються:

- АВС-аналіз – метод, що дозволяє структурувати та візуалізувати проблему людини, розбивши її на такі складові як: активізуюча подія – автоматична думка (інтерпретація) – емоції, дії.

A (activating event) – подія, що відбувається в реальності та являється для суб'єкта стимулом;

B (belief) - система переконань особистості, когнітивна конструкція, яка відображає процес сприйняття особистістю подій у вигляді виникаючих думок;

C (emotional consequences) – результати, емоційні та поведінкові наслідки.

- «Сократівський діалог» та «Переоцінка» – методи, що дозволяють підійти критично до власних суджень, провести перевірку реальності неадаптивних думок та розробити нові, адаптивні способи мислення і взаємодії з оточуючим середовищем. Суть «Сократівського діалогу» відображається в історії Сократа, що задаючи питання своїм опонентам під час дискусій виявляв прогалини в їх логіці і знаннях.

«Сократівський діалог» виявляє не тільки прогалини в знаннях і логіці людини, а й допомагає знайти відповіді опираючись на ідею про те, що в людини завжди є необхідні знання, просто вона цього не усвідомлює, а питання допомагають направити розум людини на пошуки. В процесі корекції аутоагресії «Сократівський діалог» відіграє ключову роль як метод, що дозволяє завдяки критичному мисленню провести переоцінку власних думок, цінностей, переживань, власного розуміння світу та реструктурувати мислення опираючись на власні знання, розуміння і потреби. Наприклад такий підхід допоможе переосмислити необхідність сильного почуття провини, самоприниження, самопокарань, негативного ставлення до себе.

- «Потрібно/непотрібно»– це метод, який полягає в оцінці дій, речей як потрібних людині, чи непотрібних, при цьому встановлюються точні раціональні критерії. В рамках програми корекції аутоагресії головним критерієм потрібності, чи непотрібності думок, дій, переживань є користь

для фізичного здоров'я, тобто задоволення людини. Таким чином аутоагресія стає непотрібною, адже це забирає здоров'я і задоволення від життя. Інколи відповідь не така очевидна, тоді можна використовувати зважування «за» і «проти», «Сократівський діалог», пошук додаткової інформації та інші методи, що дозволяють прийняти раціональне рішення.

- Експозиція – перевірка нових способів мислення і поведінки на практиці. В процесі корекції аутоагресії експозиція дозволяє оцінити користь та вплив нових способів мислення і поведінки на студента та його навколишнє середовище, людей.

- Повторення та програвання. Головне завдання повторення та програвання – це закріплення раціональних способів мислення та поведінки. Без повторення та підкріплення людина часто забуває нові навички, способи мислення, поведінки, тому існує необхідність в даній методиці, що здійснюється через рольові та ситуативні ігри, моделювання тощо. Таким чином вже раціональна думка, оцінка, дія стає автоматичною і не потребує цілеспрямованого згадування. Студенти задля подолання аутоагресії можуть хвалити себе замість прояву аутоагресії, займатись фізичними вправами, думати про збереження власного здоров'я.

- Щоденник – вкрай важливий атрибут та складова когнітивно-поведінкової терапії, адже щоденник дозволяє слідкувати за власними думками, розглядати їх та вчитись самостійно аналізувати. Ведення щоденника є частиною домашнього завдання учасників тренінгу, забезпечує непереривність корекційного процесу, сприяє структуруванню мислення.

Також в програму психологічної корекції аутоагресії було включено техніки аутотренінгу. Техніки аутотренінгу виконують наступні функції:

- нормалізація психофізіологічного стану студентів, зниження рівня стресу і тривоги;
- оволодіння техніками саморегуляції;
- оволодіння навичками самостереження через відчуття власного тіла;

- формування раціональних способів мислення в процесі гармонізації фізіологічних процесів.

Вправи аутотренінгу направлені на свідоме регулювання фізіологічних процесів організму (дихання, серцебиття, розподіл тепла в тілі, тонус м'язів), що дає студентам з високим рівнем аутоагресії альтернативу аутоагресивній поведінці і думкам, а також сприяє більш продуктивній роботі над дезадаптивними когніціями, зосередженню, збереженню енергії та здоров'я.

Основною ідеєю тренінгу є здоровий егоїзм. Так як люди з високим рівнем аутоагресії зазвичай вважають, що це нормально собі шкодити, або їм важко відмовитись від даної ідеї, то ідею шкоди собі можна замінити ідеєю здорового егоїзму.

Здоровий егоїзм – етичне вчення, що передбачає, що:

а) підставою всіх людських вчинків є егоїстичний мотив (бажання блага собі);

б) розум дозволяє виділити із загального обсягу стимулів такі, що становлять правильно зрозумілий особистий інтерес, тобто, дозволяє виявити ядро тих егоїстичних мотивацій, які відповідають розумній природі людини та суспільному характеру її життя.

Дискусії та міні-лекції про здоровий спосіб життя. Існує безліч досліджень про те, як якість харчування, сну, фізична активність, кількість кисню та світла впливають на весь організм людини, в тому числі і на мозок, психоемоційний настрій. Тому частиною корекційної програми є поступове налагодження здорового способу життя. Тренер кожної сесії запитує учасників тренінгу про їх самопочуття та спосіб життя, даючи рекомендації та нагадуючи про важливість даної складової в процесі корекції аутоагресії та запобігання інших наслідків нездорового способу життя. Також здоровий спосіб життя – це в першу чергу турбота про себе, що допомагає засвоїти відповідні навички та спосіб мислення.

Програма психологічної корекції аутоагресії студентів була розрахована на 8 занять і включала наступні блоки:

Перший блок «Діагностика та ознайомлення» спрямований на ознайомлення учасників тренінгу з основною теорією, формування навичок самоспостереження і самоаналізу. Завдання даного блоку:

- 1) постановка проблеми, знайомство, узгодження правил тренінгу та умов організації тренінгів;
- 2) знайомство з необхідною теорією, що стосується когнітивно-поведінкової терапії, аутоагресії, аутотренінгу;
- 3) конкретизація проблем учасників тренінгу, формування реалістичних очікувань і цілей;
- 4) відпрацювання навичок самоспостереження, виявлення автоматичних думок, емоційних, фізіологічних реакцій та дій, що слідує за думками;
- 5) розвиток навичок самоспостереження за допомогою ведення щоденника та обговорення прийомів і методів подолання негативних емоцій та думок;
- б) ознайомлення та перші спроби застосування технік аутотренінгу.

Блок розрахований на 2 заняття.

Другий блок «Робота з неадаптивними когніціями» спрямований на розвиток навичок роботи з неадаптивними когніціями.

Основні завдання блоку:

- 1) виокремлення причин неадаптивних когніцій студентів;
- 2) навчання оцінювання та усвідомлення автоматичних думок, та особистих переконань;
- 3) виокремлення неадаптивних думок та пошук раціональних способів мислення;
- 4) пошук оптимальних шляхів нормалізації психофізіологічного стану;
- 5) покращення якості сну, кількості та якості фізичної та розумової активності, харчування;
- б) засвоєння ідеї здорового егоїзму.

Блок розрахований на 3 заняття.

Третій блок «Розвиток та закріплення адаптивних когніцій» спрямований на повторення та розвиток ідей, прийомів закладених у попередніх блоках.

Основні завдання блоку:

- 1) перевірка і закріплення раціональних способів мислення і поведінки;
- 2) знаходження індивідуальних способів та особливостей психофізіологічної саморегуляції;
- 3) освоєння технік аутотренінгу;
- 4) усвідомлення можливості та механізмів зміни автоматичних думок, переконань, психофізіологічного стану.

Таблиця 2.4 – Програма корекції аутоагресії студентів

№ блоку	Назва тренінгового блоку	Основні психолого-педагогічні та тренінгові засоби
1	2	3
1.	Діагностика та ознайомлення	Знайомство. Правила роботи в групі. Формування атмосфери психологічної безпеки. Складання списку проблем та очікувань. Конкретизація головної проблеми. Пояснення АВС взаємозв'язку. Міні-лекція з обговоренням «Здоровий спосіб життя». Обговорення проблеми аутоагресії та її місця в житті учасників тренінгу. Оцінка власного стану та настрою. АВС-аналіз. Техніка «STOP». Вправа «Інтроскоп».
2.	Робота з неадаптивними когніціями	Оцінка та аналіз власного стану, настрою. Історія про «Сократівський діалог». Обговорення результатів домашнього завдання. Вправа «Асоціації». Вправа «Драбинка».

		<p>Вправа «Важкість».</p> <p>Вправа «Тепло».</p> <p>Вправа «Серце».</p> <p>Вправа «Сократівський діалог».</p> <p>Техніка «Потрібно, непотрібно».</p> <p>Метод експериментів.</p>
3.	Розвиток та закріплення адаптивних когніцій	<p>Обговорення, дискусії. Загальна оцінка стану, настрою. Обговорення результатів експериментів.</p> <p>Повторення і програвання. Закріплення ідей здорового способу життя і здорового егоїзму.</p> <p>Вправа «Дихання».</p> <p>Вправа «Відсутність думок».</p>

2.3 Апробація програми психологічної корекції аутоагресії студентів

Апробація програми психологічної корекції аутоагресії студентів проводилась на експериментальній групі, яку склали 10 студентів, контрольну групу склали 12 студентів, переважаючий рівень аутоагресії обох груп високий. Вік досліджуваних студентів – 17-21 рік.

Очікувані результати: зниження рівня аутоагресії, зниження рівня дезадаптивної копінг-стратегії «уникнення проблем».

Після реалізації програми корекції аутоагресії студентів було здійснене повторне дослідження та застосовано діагностичні методики: тест «ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна та методики дослідження базисних копінг-стратегій – «Індикатор стратегій подолання стресу» створений Д. Амірхана, які детально описані у розділі 2.1.

Розглянемо детальніше отримані результати дослідження після проведення формувального експерименту.

Результати діагностики аутоагресії за методикою «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Розподіл юнаків за рівнем аутоагресії до і після формувального експерименту за методикою «Ауто- та гетероагресія» Є.П. Ільїна (у %).

Рівень аутоагресії	Експериментальна група		Контрольна група	
	до ФЕ (у%)	після ФЕ (у%)	до ФЕ (у%)	після ФЕ (у%)
Високий	60	10	58	50
Середній	30	40	27	20
Низький	10	50	15	30

Примітка: ФЕ – формувальний експерименту

Після формувального експерименту у експериментальній групі високий рівень аутоагресії виявлено у 10% юнаків, замість 60% – до експерименту, що говорить про зниження рівня аутоагресії, також після експерименту виявлено 50% юнаків з низьким рівнем аутоагресії, замість 10% до формувального експерименту. В свою чергу в контрольній групі високий рівень аутоагресії до формувального експерименту виявлено у 58% юнаків та у 50% - після експерименту.

Далі розглянуто результати діагностики копінг-стратегій студентів до та після формувального експерименту.

Таблиця 2.6. – Розподіл студентів за домінуючими копінг-стратегіями до і після формувального експерименту (у %).

Стратегія	Рівень вираженості стратегії	Експериментальна група		Контрольна група	
		до ФЕ	після ФЕ	до ФЕ	після ФЕ
«Вирішення проблем»	Високий	0	20	8	17
	Середній	70	70	80	65
	Низький	30	10	22	22
«Пошук соціальної підтримки»	Високий	10	10	17	17
	Середній	80	80	75	75
	Низький	10	10	8	8
«Уникнення проблем»	Високий	50	20	42	34
	Середній	40	60	50	58
	Низький	10	20	8	8

Примітка: ФЕ – формувальний експеримент

Як видно з таблиці 3, рівень вираженості копінг-стратегій у студентів експериментальної групи змінився: до формувального експерименту у 50% студентів був високий рівень вираженості стратегії «уникнення проблем», і це була домінуюча копінг-стратегія, інші копінг-стратегії були виражені набагато менше, після проходження корекційної програми відслідковується динаміка до зниження рівня дезадаптивної копінг-стратегії «уникнення проблем» та підвищення рівня адаптивних копінг-стратегій «вирішення проблем» та «пошук соціальної підтримки». В свою чергу в контрольній групі зміни у розвитку адаптивних чи дезадаптивних копінг-стратегій майже не відбулися.

Таким чином, аналіз результатів проведеного формувального етапу експерименту показав позитивну динаміку змін рівня аутоагресії та домінуючих копінг стратегій у студентів експериментальної групи. Тренінг допоміг студентам оволодіти основними методами та принципами когнітивно-поведінкової терапії, аутотренінгу, змінити ставлення до самих себе, знайти нові життєві цінності, дозволити собі отримувати задоволення навіть в тих умовах, де раніше це здавалось неможливим. Також тренінг посприяв зміні підходу студентів до власних проблем та переживань, дозволив відкритись перед розуміючими людьми та отримати належну допомогу. У студентів контрольної групи значних змін не відбулось.

2.4 Практичні рекомендації викладачам щодо запобігання розвитку аутоагресії у студентів

Розвиток аутоагресії у студентів може бути причиною та ознакою проблем психологічного, соціального та фізичного благополуччя людини. Аутоагресія обмежує студента в діях, заважає реалізації власних бажань, досягненню внутрішньої рівноваги, аутоагресія не дає можливості отримувати від життя задоволення, знаходити себе, пробувати щось нове, не боячись критики, що дуже актуально якраз у студентські роки. Студентські роки для більшості наповнені емоційними та інтелектуальними навантаженнями, стресогенними ситуаціями, екзистенційними кризами, професійним та особистісним самовизначенням, формуванням нового світогляду та бачення себе, підвищеною небезпекою, відповідальністю та критикою власних дій, різноплановими переживаннями.

З метою зниження рівня аутоагресії, ми опрацювали підходи когнітивно-поведінкової терапії та аутотренінгу. Дані підходи дозволяють оптимізувати інтелектуальні, емоційні, психологічні та енергетичні ресурси та спрямовувати сили особистості на досягнення особисто-значущих цілей та їх реалізацію, стабілізувати психофізіологічний стан.

З метою запобігання аутоагресії у студентів, було розроблено та систематизовано рекомендації для викладачів, кураторів та психологів щодо зниження рівня аутоагресії студентів. Для зниження рівня та запобігання аутоагресії у студентів необхідно створити не тільки середовище взаємодії викладачів зі студентами, але й спонукати студентів до взаємодії, що реалізується завдяки відповідним заходам: міні-лекції, семінари, круглі столи, флешмоби, тренінги, чати, тематичні зустрічі.

Працюючи зі студентами, необхідно сприяти набуттю навичок раціонального мислення, що побудоване на об'єктивному аналізі проблемних ситуацій та ідей здорового способу життя. Студенти повинні розвивати здатність до самоаналізу, осмислювати особливості власного мислення та поведінки, прагнути вести здоровий спосіб життя для себе.

Рекомендується проводити заняття, що мають на меті усвідомлення різних фізіологічних, емоційних та когнітивних реакцій.

З цією метою можна застосовувати АВС-аналіз, що являється методом когнітивно-поведінкової терапії. АВС-аналіз дозволяє систематизувати власні переживання, думки, дії, усвідомити їх взаємозв'язок. Допоміжною вправою являється вправа з аутотренінгу «Інтроскоп». Інтроскоп дозволяє студенту відчути власне тіло, зосередитись на власних відчуттях.

Універсальним і дуже корисним методом самопізнання являється «Сократівський діалог», адже дозволяє студенту задати собі необхідні запитання та знайти відповіді, прийняти найбільш раціональне рішення.

Також корисною технікою є «потрібно/непотрібно», адже вона розвиває раціональне мислення та допомагає обирати лише ті способи поведінки і мислення, що потрібні студенту, але для коректного застосування техніки «потрібно/непотрібно» необхідний раціональний критерій, яким може бути здоров'я, тобто студенти обирають те, що сприяє їх здоров'ю.

Основою для світогляду людини є знання, тому необхідно забезпечувати студентів всією потрібною інформацією щодо здорового та щасливого способу життя та доносити їм думку про те, що здоровий спосіб

життя – це те, що приносить справжнє задоволення і являється справжньою цінністю. Працюючи зі студентами варто зміщувати акцент з системи «поганий вчинок = покарання/погана оцінка» на «це твоє життя і ти вирішуєш, як його жити». Усе це реалізується переважно через приклад викладачів, історії, що розповідають викладачі та спікери на тематичних заходах.

Студенти можуть поцікавитись, як провести самодіагностику аутоагресії. Замість проходження тестів рекомендується запропонувати студентам оцінити власні дії з точки зору дискомфорту. Якщо студент не відчуває ніякого дискомфорту, студент не здійснює дій, що приносять йому шкоду, небезпеку, якщо студент ставиться до себе, до власного тіла добре, дбає про себе, то про аутоагресію думати не варто. Такий спосіб самодіагностики не тільки допоможе студентам провести самодіагностику та поділитись власними роздумами, а й сприятиме взаємній довірі між студентами та викладачем, психологом, спікером.

Не боятись слова «егоїзм». Слово «егоїст» має дуже негативне значення для багатьох людей, що також сприяє аутоагресії. Це нормально думати про власні потреби, нормально дбати про себе, нормально не звертати увагу на необґрунтовану критику, або реагувати на критику позитивно, нормально думати про себе, як про хорошу людину і не принижувати себе зайвий раз. Здоровий егоїст – це людина, що дбає про себе і про своє оточення, адже оточення людини – це частина людини. Дана ідея може бути заміною аутоагресивним переконанням студента, головне не забувати говорити про те, що є здоровий егоїзм і це конструктивно.

Варто розвивати раціональне мислення студентів, раціональні стратегії подолання стресових ситуацій. Це можна реалізувати через історії, притчі, ситуативні задачі, рольові ігри. Головне – це доносити через всі можливі засоби наступні думки: карати себе – неефективно, будь яка ситуація – це задача, яку можна вирішити, і не варто її уникати, просити по допомогу – це не соромно.

Завдання та рекомендації для самостійного опрацювання зі зниження рівня аутоагресії:

1) Дозвольте собі отримувати задоволення, дозвольте собі думати, що вам не потрібно собі шкодити, карати, ненавидіти себе, критикувати, надокучати собі, хоча б на декілька тижнів варто провести такий експеримент та подивитись що буде;

2) Розвивайте раціональне мислення, можна почати просто з позитивного: розбив кружку – на щастя, отримав двійку – не страшно, виправлю, якщо це можливо, проблеми з комп'ютером – чудова нагода навчитись новому – такі варіанти мислення дозволяють зберігати рівновагу, не піддаватись зайвому стресу та легше знаходити реальний вихід із ситуації;

3) Пробуйте щось нове. Не існує абсолютно універсальних ліків, засобів та методик, все абсолютно індивідуально, саме тому необхідно пробувати різні засоби та підлаштовувати їх під себе. Не всім подобається вести щоденник, можна спробувати його вести інакше, або вести записи щотижня, записувати різнокольоровими олівцями, записувати голосом, найняти секретаря, варіантів безліч. Релаксаційних вправ також багато, їх модно виконувати по-різному.

4) Здоровий спосіб життя. Здоровий сон, фізична активність, регулярне харчування, мінімальне вживання алкоголю та нікотину – усе це впливає на роботу мозку на побудову нових нейронних зв'язків, а отже і на ефективність психологічної корекції.

5) Знання – сила. Що краще ви розумієте себе і те, як влаштований реальний світ, то легше впоратись зі стресом, тому необхідно аналізувати себе, накопичувати знання та використовувати їх. Багато людей просто не знають, що можна думати і чинити інакше, не знають, як змінити власне життя.

6) Не бійтесь думки оточуючих. Хто б це не був, думка іншої людини – це суб'єктивна думка про вас, що може бути детермінована будь-чим, від

нестабільного гормонального фону до щирого прагнення допомогти, тому варто сприймати думку, критику інших як інформацію, а не заклик до дій.

Висновки до розділу

Описано й проаналізовано результати емпіричного дослідження рівня аутоагресії студентів, соціальних та індивідуальних особливостей студентів з високим та низьким рівнем аутоагресії. Досліджено індивідуальні та соціальні особливості студентів з високим рівнем аутоагресії, а саме: рівень тривожності, нейротизму, неврозогенний вплив соціального середовища, психоемоційна стійкість, стратегії подолання стресу, впевненість в собі, здатність встановлювати та підтримувати соціальні зв'язки, екстраверсія.

У результаті констатувального експерименту виявлено, що у студентів переважає середній рівень аутоагресії. Дослідження психологічних та соціальних особливостей студентів з високим рівнем аутоагресії виявило високий рівень неврозогенного впливу сімейного виховання, соціального середовища, високий рівень тривожності та нейротизму, низький рівень впевненості в собі, задоволеності своїм соціальним положенням. При цьому рівень соціальної активності та екстраверсії у студентів з високим рівнем аутоагресії переважно середній і близький до студентів з низьким рівнем аутоагресії, що говорить про їх цілком нормальний рівень соціальної адаптованості, здатності відкриватись людям.

Дослідження стратегій подолання стресу виявило домінування неадаптивної стратегії «уникнення проблем» у студентів з високим рівнем аутоагресії.

В ході формувального експерименту було розроблено та апробовано програму корекції аутоагресії студентів, яка була сформована із врахуванням досліджених проявів та причин аутоагресії.

Виокремлено психологічні умови розвитку зниження рівня аутоагресії: розуміння функціонування головного мозку, розвиток раціональних

механізмів саморегуляції, подолання стресових ситуацій, зміни системи оцінки власних вчинків та себе як особистості, розвиток гнучкості мислення, належний стан здоров'я, зміна аутоагресивних переконань на конструктивні.

Переважаючі низького рівня аутоагресії конструктивних стратегій подолання стресу після формувального впливу, свідчить про те, що програма психологічної корекції аутоагресії засобами когнітивно-поведінкової терапії та аутотренінгу сприяє зниженню рівня аутоагресії.

Порівняльний аналіз результатів формувального експерименту свідчить про переважання кількості студентів з низьким рівнем аутоагресії в експериментальній групі. Визначено, що у студентів після проведення тренінгу зменшився рівень аутоагресії, а «уникнення проблем» перестала бути домінуючою стратегією подолання стресу.

Розроблено та систематизовано практичні рекомендації для викладачів, кураторів та психологів щодо профілактики та зниження рівня аутоагресії студентів. Таким чином, розроблена та апробована програма психологічної корекції аутоагресії студентів за допомогою засобів когнітивно-поведінкової терапії та аутотренінгу сприяє зниженню аутоагресії студентів.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного теоретичного та емпіричного вивчення проблеми аутоагресії студентів та реалізації виконання поставлених завдань, ми дійшли до наступних висновків.

1. В сучасній психологічній літературі аутоагресія розглядається як спектр поведінкових, мисленневих та емоційних реакцій індивіда, націлених на заподіяння фізичної або психологічної шкоди, болю самому собі. Аутоагресія, як психологічний феномен, детермінована рядом соціальних та індивідуальних факторів, що формують деструктивні глибинні переконання та способи поведінки особистості: травматичний досвід, прямий та опосередкований вплив соціального середовища, індивідуальні, вікові особливості особистості, рівень розвитку соціальної та індивідуальної адаптації особистості, особливості сприйняття себе та оточуючих людей, рівень стресу, тривожності особистості.

Студентський вік має ряд факторів, що сприяють підвищенню рівня аутоагресії, зокрема кризова насиченість, пов'язана з віковими, соціальними, навчальними кризами та кризами пов'язаними з професійною діяльністю.

Наслідками аутоагресії є: нервові зриви, підвищений рівень тривожності, проблеми в соціальній адаптації, суїциди, травми.

Пропонується при психологічній роботі з корекції аутоагресії застосовувати засоби когнітивно-поведінкової терапії. Когнітивно-поведінковий підхід розглядає аутоагресію як результат дезадаптивних переконань особистості, когнітивних помилок, які провокують відповідні автоматичні думки, поведінкові та емоційні реакції. Усвідомлення даного зв'язку та шляхів роботи з ним дозволяє студентам будувати нові, раціональні способи мислення та поведінки.

Умовою зниження рівня аутоагресії є розвиток здатності до самоспостереження, навиків активної роботи над неадаптивними когніціями,

що пов'язують ситуацію з емоційною відповіддю, вміння критично проаналізувати їх достовірність та діяти більш адекватно, вміння дбати про власне здоров'я та цінувати його, а отже і себе.

2. На основі результатів емпіричного дослідження виявлено, що студенти із високим рівнем аутоагресії характеризуються високим рівнем тривожності, нейротизму, неврозогенного впливу батьків та найближчого оточення, проблем з соціальною адаптацією, самооцінкою, здатністю добиватись свого, схильністю використовувати дезадаптивні та пасивні стратегії подолання стресу, але схильності до закритості, відлюдкуватості та соціальної пасивності у студентів з високим рівнем аутоагресії не виявлено.

3. Розроблено та апробовано програму психологічної корекції аутоагресії за допомогою використання засобів когнітивно-поведінкової терапії та аутотренінгу. Психологічними умовами корекції аутоагресії виступали: 1) з'ясування та усвідомлення неадаптивних когніцій студентів; 2) розвиток раціональних способів мислення і поведінки; 3) розвиток навичок саморегуляції та свідомого впливу на власний психофізіологічний стан; 4) розвиток всебічного розуміння проблеми аутоагресії то методів роботи з нею; 5) покращення рівня здоров'я та фізичного самопочуття студентів.

Внаслідок формувального впливу виявлено позитивні зміни у студентів, зокрема: знизилась кількість студентів з високим рівнем аутоагресії та домінуючою неадаптивною копінг-стратегією «уникнення проблем», після формувального експерименту спостерігається збалансованість різних копінг стратегій.

Ці результати довели ефективність впровадженої нами програми корекції аутоагресії студентів, а також дали змогу розробити практичні рекомендації щодо зниження рівня аутоагресії студентів.

4. Розроблено практичні рекомендації для викладачів, кураторів та психологів щодо запобігання та зниження рівня аутоагресії, які необхідно

враховувати при створенні умов для уникнення проблем аутоагресії у студентів.

Емпірично доведено гіпотезу про те, що застосування засобів когнітивно-поведінкової терапії сприятиме зниженню рівня аутоагресії студентів.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у вивченні особливостей застосування різних методик з метою запобігання високого рівня аутоагресії у студентів та пов'язаних з аутоагресією проблем.