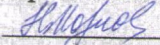


Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК

Руководитель ОПП
д-р психол. наук, профессор
 Н.В. Козлова

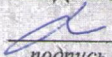
подпись
« 11 » 06 2020 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

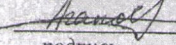
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПРОЯВЛЕНИЯ
АУТОАГРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

по основной образовательной программе подготовки магистров
направление подготовки 37.04.01 – Психология

Агапова Наталья Андреевна

Руководитель ВКР
канд. мед. наук, доцент
 Н. И. Мамышева

подпись
« 15 » 06 2020 г.

Автор работы
Студент группы № 20830
 Н. А. Агапова

подпись

Томск – 2020

Оглавление

Введение	5
Глава 1. Теоретическая часть	10
1.1 Самоповреждающее поведение	10
1.1.1 Определения и понятия аутоагрессивного поведения и спмоповреждающего поведения	10
1.1.2 Теории самоповреждающего поведения	28
1.1.3 Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков	44
1.2 Личностные особенности и самоповреждающее поведение	51
1.2.1 Личностные особенности у подростков	51
1.2.2 Связь личностных особенностей и самоповреждающего поведения у подростков	55
Глава 2. Экспериментальная часть	60
2.1 Материалы и методы исследования	60
2.2 Статистический анализ данных	66
2.3 Результаты исследования	73
Заключение	76
Список литературы	80
Приложения	92

Tomsk State University

Faculty of Psychology

Abstract

**The relationship between personality traits and non-suicidal self-harming
behavior in adolescents**

by

Natalya Agapova

Supervisor: Nadezhda L. Mamysheva, Cand. of Sci. in Medicine

Currently, there is an increasing trend in the manifestation of auto-aggressive behavior throughout the world. Non-suicidal self-harming behavior, or auto-aggressive behavior, is widespread among adolescents. Adolescents are the most vulnerable group for non-suicidal self-harming behavior. Auto-aggression can take many forms in behavior, appearing in the form of self-abasement and self-incrimination, and developing into self-mutilation and suicide.

The growing trend of self-harm and the prevalence of self-harm among adolescents is an important public health and adolescent mental health problem. According to the World Health Organization, the number of suicidal cases among adolescents aged 15-24 has increased all over the world by two times, in Russia by three times. A variety of factors influences this trend, such as psychological state, social and economic well-being, personality traits, and behavioral trends. In all these areas, constant changes are taking place that lead to an increase in internal stress due to increased requirements for the individual. Adolescents are the most vulnerable group in a situation of constant change, since they are in the sensitive period of personality formation and are more sensitive compared to adults.

The theoretical basis of the study is the functional-genetic concept of self-harming behavior and theoretical concepts on the differentiation of types, forms and functions of self-harming behavior depending on the stage of ontogenetic

development (N.A. Polskaya, A.B. Kholmogorova); The study is also based on the cultural-historical concept of the psyche development and theoretical ideas about the differentiation of psychological structures and functions in the course of mental development (L.S. Vygotsky, A.N. Leontiev, Yu.I. Aleksandrov, R. Shpits, D. Stern, H. Werner, H. Witkin). The study is also based on the principles of a holistic and integrated approach to personality and ideas about the development of personality from the standpoint of changing the system of its relations (B.G. Ananyev, M.Ya. Basov, V.M. Bekhterev, A.F. Lazursky, V.N. Myasishchev, R.Zh. Mukhamedrakhimov).

As a result of the study, the following relationships were identified. The “self-harm” factor turned out to be positively associated with such factors as “orientation”, “anxiety”, “indirect aggression”, “vital experience”, “vital thoughts and actions” and “guilt”, as well as “depression” and “hysteria” . Also, the “self-destruction” factor turned out to be negatively related to such factors as “physical aggression”, “verbal aggression”, and “hostility”. The results of this study are important for the development of a diagnostic apparatus, with which you can more accurately identify suicidal tendencies and tendencies of self-harming behavior in adolescents.

Введение

В настоящее время во всём мире отмечается рост тенденции проявления аутоагрессивного поведения. Аутоагрессия может принимать разные формы в поведении, появляясь как в форме сознательного нанесения себе вреда, так и в форме деструктивного поведения в целом [13]. Несуицидальное самоповреждающее поведение относится к аутоагрессивному поведению и является распространенным явлением среди подростков. Подростки являются наиболее уязвимой группой для несуицидального самоповреждающего поведения [3].

Рост тенденции самоповреждения, а также распространенность её среди подростков, является важной проблемой общественного здравоохранения и охраны психического здоровья подростков [12]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения количество суицидов среди подростков в возрасте от 15 до 24 лет увеличилось во все мире в 2 раза, в России в 3 раза. Влияние на это оказывают разнообразные факторы, такие как психо-эмоциональное состояние, социальное и экономическое благополучие, отношения в семье, стабильность, поведенческие тренды и социальные влияния, и многие другие. Во многих сферах жизни подростка происходят постоянные изменения, которые приводят к увеличению внутреннего напряжения за счет повышенных требований к личности. Подростки являются группой наиболее уязвимой группой в ситуации постоянных изменений, поскольку они находятся в сенситивном периоде формирования личности и являются более чувствительными, эмоциональными и нестабильными [13].

Средний процент подростков, в жизни которых был хотя бы один инцидент самоповреждения, составляет 10-13 %, и этот показатель увеличивается [12]. Проблема аутоагрессивного поведения является актуальной и представляет интерес для научных исследований.

Актуальность исследования. Несмотря на важность данной проблемы, масштабных исследований на тему аутоагрессивного поведения у подростков мало как в России, так и за рубежом. Большую часть работ по этой теме составляют зарубежные исследования, проведенные на европейской выборке. Кроме этого, большая часть исследований в этой области касается крайнего проявления данного вида поведения – суицида [92]. Другие формы самоповреждающего поведения остаются мало исследованными, несмотря на то, что они могут наносить большой ущерб личности и социуму, и являются предшественниками суицида.

Средний процент подростков, в жизни которых был хотя бы один инцидент самоповреждения, составляет 10-13 %, и этот показатель увеличивается. «Исследователями показано, что на каждого подростка с суицидом приходится около 370 подростков, попавших в больницу из-за самоповреждений, и 3900 подростков, которые сообщили о самоповреждениях» [12]. Самоповреждающее поведение очевидно наносит вред организму и жизнедеятельности подростков. Самоповреждающее поведение может носить как самостоятельный характер, так и являться симптомом некоторых психических расстройств. Поэтому крайне важно уделить внимание исследованию данного феномена. Проблема аутоагрессивного поведения является актуальной и представляет интерес для научных исследований.

Цель – изучить личностные особенности, показатели и факторы аутоагрессивного поведения у подростков.

Объект – аутоагрессивное поведение у подростков.

Предмет - личностные особенности, показатели и факторы аутоагрессивного поведения у подростков.

Гипотеза: У подростков в возрасте от 15 до 18 лет тенденция проявления аутоагрессивного поведения будет связана с личностными особенностями, а также социальными факторами, такими как ориентация, успеваемость, состав семьи и наличие значимого взрослого.

Эмпирическая гипотеза: У подростков с тенденцией к проявлению самоповреждающего поведения уровень показателей тревожности, агрессии и антивитальности, а также шкал депрессивной, истероидной и гипоманической акцентуаций будет выше, чем у подростков без самоповреждающего поведения. Также будет обнаружена связь тенденций к самоповреждающему поведению и такими переменными как ориентация, успеваемость, состав семьи и наличие значимого взрослого.

Теоретико-методологическое основание исследования:

- функционально-генетическая концепция самоповреждающего поведения и теоретические представления о дифференциации типов, форм и функций самоповреждающего поведения в зависимости от стадии онтогенетического развития (Н.А. Польшая, А.Б. Холмогорова);

- культурно-историческая концепция развития психики (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Ю.И. Александров);

- целостный и комплексный подход к личности и представления о развитии личности с позиций изменения системы ее отношений (Б.Г. Ананьев, М.Я. Басов, В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев).

Задачи:

1. Провести анализ литературных источников на тему аутоагрессивного поведения, провести анализ современных

исследований на тему личностных особенностей подростков с тенденцией к самоповреждающему поведению;

2. Выявить и описать личностные особенности людей с тенденцией к самоповреждающему поведению;

3. Определить социальные факторы самоповреждающего поведения у подростков;

4. Определить специфику связи между личностными особенностями, социальными факторами и самоповреждающим поведением у подростков.

Методики исследования:

- Шкала самоповреждающего поведения (Польская, 2009);
- Методика самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина;
- Методика диагностики показателей и форм агрессивного поведения А. Басса – А. Дарки;
- Опросник антивитальности и жизнестойкости О.А. Сагалаковой и Д. В. Труевцева;
- Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) (Опросник "Мини-мульт").
- Анкета для сбора информации, которая не может быть продиагностирована с помощью опросников.

Выборка исследования: Выборку исследования составили 167 учеников 9-11 классов школ г. Новосибирска в возрасте от 15 до 18 лет.

Научная новизна исследования состоит в том, что тут впервые будет проведен анализ связи самоповреждающего поведения с личностными

особенностями, такими как уровень тревожности, уровень агрессивности, уровень антивитальности, такими типологическими особенностями как акцентуации характера, и такими социальными факторами как сексуальная идентичность (ориентация), успеваемость, состав семьи и наличие значимого взрослого на российской выборке подростков от 15 до 18 лет.

Практическая значимость: была выявлена связь между самоповреждающим поведением и личностными особенностями, такими как тревожность, косвенная агрессия, вербальная агрессия (обратная связь) чувство вины, антивитальные переживания и антивитальные мысли и действия, типологическими особенностями, такими как депрессивная и истероидная акцентуации характера, а также с социальным фактором «ориентация». Предположение о связи физической агрессии, гипоманической акцентуации, успеваемости, состава семьи и наличия значимого взрослого не подтвердилось. Полученные данные можно использовать при составлении методических рекомендаций для психологов, психиатров и других специалистов, имеющих профессиональное отношение к особенностям поведения людей. Также на основании полученных результатов могут быть разработаны специальные методы профилактики и психокоррекции людей, попадающих в группу риска по склонности к самоповреждающему поведению.

Глава 1. Теоретическая часть

1.1 Самоповреждающее поведение

1.1.1 Определения и понятия аутоагрессивного поведения и самоповреждающего поведения

Отечественные исследователи рассматривают акты самоповреждающего поведения в рамках несуицидального аутоагрессивного поведения, понимая под аутоагрессией действия, направленные на причинение вреда своему соматическому или психическому здоровью.

Аутоагрессивное поведение объединяет сознательные и неосознанные суицидальные действия, действия аутодеструктивного характера (ведущие к саморазрушению) и умышленные самоповреждения. Акты самоповреждения относят к несуицидальным проявлениям аутоагрессивного поведения, целью которых выступает не лишение себя жизни, а достижение какого-либо иного результата.

Рассмотрим конкретные определения отечественных авторов.

Е.П. Ильин трактует аутоагрессию как намеренную активность, направленную на причинение себе вреда в физической или психической сферах. Аутоагрессия может проявляться в самообвинении и самоуничижении, в нанесении повреждений своему телу, в отказе от удовлетворения потребностей [31].

С.С. Степанов трактует аутоагрессию как разновидность агрессивного поведения, при котором враждебные действия по каким-либо причинам не могут быть направлены на раздражающий объект и обращаются человеком на самого себя. Такое поведение может проявляться как в самоуничижении, так и более активно в причинение себе физического вреда вплоть до суицида [37].

С.К. Нартова-Бочарова под аутоагрессией понимает вторичную психологическую защиту, которая состоит в перенаправлении негативного аффекта, относящегося к внешнему объекту, на себя [5].

И.Н. Хмарук причисляет к аутоагрессивному как суицидальное поведение, так и злоупотребление алкоголем, а также скоростную езду на автомобиле с пренебрежением правил дорожного движения и провокацию окружающих на драки [29].

А.Я. Перехов выделяет термин «непрямое самоубийство», к которому относит управление автомобилем в нетрезвом состоянии, превышение скорости, случайное употребление большого количества таблеток.

А.Е. Брюхин и М.Б.Сологуб трактуют клинические феномены, в частности нервную анорексию («стойкое, сознательное ограничение в еде приводившее к тяжелым сомато-эндокринным расстройствам») – как проявления аутоагрессии.

Н.М. Вольнов выделяет суицидальное аутоагрессивное поведение и несуйцидальное аутоагрессивное поведение. К последнему авторами причисляется «вовлеченность в несчастные случаи» [31].

Изучению типов и форм аутоагрессивного поведения уделяется наибольшее внимание. Попов и его коллеги предложили многоосевую классификацию саморазрушающего поведения [41].

Первая ось определяет тип саморазрушающего поведения:

- 1) Действия и поступки, которые могут причинять непосредственную угрозу для жизни индивидуума (суицидальное поведение);
- 2) Действия и поступки, которые приносят физический ущерб организму (от «нездорового» образа жизни до самоповреждений);

3) Действия и поступки, которые не отвечают общепринятым нормам поведения и морали и наносят ущерб для духовного и нравственного развития (делинквентное поведение, сексуальная распущенность и т.д.);

4) Поведение, которое наносит ущерб будущему социальному статусу, помимо причин, относящихся к первым трем типам.

На второй оси располагается уровень дисфункции личности. Сюда относятся расстройства личности непсихотического и психотического характера, акцентуации.

На третьей оси лежат типы акцентуации характера. Считается, что особенности аутоагрессивного поведения обусловлены акцентуациями. Саморазрушительное поведение может появляться не зависимо от характерологического типа, определение акцентуации необходимо для оценки риска развития разных форм саморазрушающего поведения.

Четвертая ось описывает степень социальной адаптации, которая определяется уровнем социального функционирования и его направленностью. Дезадаптация – это нарушенный уровень социального функционирования, сопровождающийся неадекватными реакциями на внешние раздражители и ведущий к страданиям индивидуума. Считается, что самоповреждающее поведение в зависимости от ситуации может носить адаптационный характер [41].

Д.И. Шустовым рассматриваются такие варианты аутоагрессивного поведения как социально приемлемые (культурное употребление алкоголя), социально неодобряемые (самоповреждения), социально непонятные (суицид не здорового человека), социально неприемлемые (самоубийство здорового человека) [41].

Г.Я. Пилягина выделяет следующие формы аутоаггессивного поведения: суицидальное поведение, парасуицидальное поведение, псевдосуицидальное поведение, суицидальное поведение.

При суицидальном типе аутоагрессии проявляются смертельные формы поведения, такие как самоубийство и попытки самоубийства. Мотивацией является желание уйти из жизни. Аутоагрессивное поведение выражается в виде тщательного планирования и подготовки аутоагрессивных действий, выбора заведомо летальных способов их осуществления.

Парасуицидальное поведение характеризуется импульсивными аутоагрессивными действиями и выбором не представляющих реальной опасности для жизни способов их реализации. Тут мотивация связана с желанием изменить ситуацию, а не с уходом из жизни.

При псевдосуицидальном типе поведения проявляются демонстративно-шантажные формы аутоагрессивного поведения. Мотивация также направлена на желание изменить ситуацию, способы реализации носят демонстративно-шантажный характер, способ реализации поведения не опасен для жизни.

Такая форма аутоагрессивного поведения как асуицидальное встречается только при психических расстройствах при наличии болезненных переживаний, таких как бред и галлюцинации. К таким расстройствам относятся шизофрения и шизотипические расстройства, органические и аффективные психозы. Мотивация тут обуславливается содержанием психотических переживаний, а направленность на уход из жизни чаще не осознается [40].

Феномен аутоагрессии сложен и многообразен, и если психиатрические аспекты аутоагрессии изучены и систематизированы, то психологический аспект данного феномена до настоящего времени не достаточно изучен. Существует довольно большой перечень доклинических феноменов, не связанных напрямую с суицидальным поведением. Сюда относятся

модификации тела (татуировки, пирсинг), самоповреждения (самопорезы, нанесение ударов, прижигания). Данные феномены остаются недостаточно изученными и их описание представлено лишь в некоторых работах [21].

Отечественные психиатры и клинические психологи рассматривают акты самоповреждения как аутоагрессивное поведение [2] [25].

Понятие самоповреждающего поведения охватывает широкий круг действий, связанных с преднамеренным повреждением собственного тела. К таким действиям относят порезы кожи, нанесение себе ударов, нанесение ожогов, покусывание губ и языка, уколы иглой и другими острыми предметами, расчесывание кожи, препятствование заживлению ран и т.д. [27].

К наиболее распространенным способам самоповреждающего поведения по версии DSM-5 относятся порезы ножом, бритвой, иглой и другого острыми предметами. Повреждение кожи – это ряд поверхностных параллельных парезов, находящихся на расстоянии нескольких сантиметров друг от друга, которые нанесены на видимую или доступную область тела [54].

Поскольку термин «самоповреждение» относится не только самоповреждающему поведению, но также и к аутоагрессивному поведению, и суицидальному поведению, стоит использовать «самоповреждающее поведение» пожизненно не суицидальные самоповреждения.

Несуицидальное самоповреждающее поведение отличается такими характеристиками как преднамеренность, повторяемость, целенаправленность, социальная неприемлемость, отсутствие суицидального намерения, чувство напряжения или тревоги перед актом поведения, чувство облегчения и беспокойство после акта самоповреждения [90].

Самоповреждающее поведение необходимо изучать как феномен, поскольку действия самоповреждающего характера представляют потенциальную опасность для здоровья и жизни. Опасность обуславливается двумя такими особенностями самоповреждающего поведения как

заразительный характер поведения (контагиозность) [102] и эффект коммуникативной успешности, который заключается в быстроте способа достижения желаемого отношения от окружающих [100]. Также отмечается, что люди с эпизодами самоповреждающего поведения редко обращаются за специализированной помощью, что принять объяснять страхом перед стигматизацией или субъективной приемлемостью для индивида самоповреждающих действий [27].

Понятие самоповреждающее поведение терминологически неоднозначно. В научной литературе можно встретить ряд терминов, феноменологически близких к термину самоповреждающего поведения.. Наряду с понятием самоповреждающего поведения (selfinjurious behavior) (Herpertz, 1995; Solomon, Farrand, 1996), используют такие понятия как членовредительство (self-mutilation behavior) (Favazza, 1996; Favazza, Rosenthal, 1990), намеренный само-вред (deliberate self-harm) (Pattison, Kahan, 1983; Patton, Harris, Carlin et al., 1997), само-ранение (self-wounding) (Tantam, Whittaker, 1992), несуицидальное самоповреждающее поведение (nonsuicidal self-injury) (Cloutier, Humphreys, 2008; Nixon, Cloutier, Jansson, 2008; Hoff, Muehlenkamp, 2009) [27]

Понятие преднамеренного самовреда используют (Hagen, Watson, Hammerstein, 1995) для описания причинения преднамеренного вреда себе психически здоровыми людьми, в истории жизни которых встречаются эпизоды жестокого обращения, а также психологического, физического и сексуального насилия. Такое поведение проявляется в ситуациях межличностного конфликта в социально-значимых группах. Наиболее распространенная форма такого поведения – это самопорезы запястий рук.

Мэгги Терп под категорию поведения, связанного с нанесением себе повреждений, относит как акты деструкции тканей тела, так и скрытые способы саморазрушения, регулируемые бессознательными мотивами, проявляющиеся в недостаточной заботе о себе и своем теле.

Отдельно рассматриваются понятия самоповреждения (self-mutilation), к которым относят непосредственные повреждения тела, и самоповреждающего поведения (self-injurious behaviors), что означает не прямой и часто не осознаваемый вред здоровью [112]. Тут речь идет о саморазрушающем, аутодеструктивном поведении (self-destructive behavior), под категорию которого попадают действия, косвенно направленные на саморазрушение [83]. К скрытым формам самоповреждающего поведения относят пренебрежение к опасности, повышенный риск в поведении, стремление к возбуждающим переживаниям и т.д. Отечественные психиатры придерживаются схожей точки зрения и относят действия самоповреждающего характера к саморазрушающему поведению, под которым понимается суицидальные попытки и действия, стремление к рискованным видам спорта, стремление к участию в рискованных для жизни мероприятиях, драках, преступлениях, а также зависимое поведение и сексуальную расторможенность [28].

Рассматривая понятие самоповреждающего поведения, стоит выделить его психологический и физический компоненты. Психологический компонент самоповреждающего поведения связывают с психологическим неблагополучием и стремлением к его преодолению. Физический компонент самоповреждающего поведения связывают с травматизацией, деструкцией тканей своего тела и органов тела. А. Фавацца и Р. Розенталь рассматривают феномен самоповреждающего поведения как форму ответа «на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира» [56]. М. Симпсоном самоповреждающее поведение рассматривается как причинение физического вреда своему телу вне зависимости от очевидности намерений [112]. Аналогичной позиции придерживаются Мерфи и Уилсон (Murphy, Wilson, 1985, с. 15), они определяют самоповреждающее поведение как любое поведение индивида, результатом которого является физический вред, нанесенный организму. Под физическим вредом понимается избиение,

нанесение ран, кровоупускание, переломы костей и другие повреждения тканей» (Murphy, Wilson, 1985, с. 15).

Самоповреждение может определяться и как аутодеструкция. К аутодеструктивному относится поведение, связанное с разными формами саморазрушения: от высоко рискованных действий, нацеленных на поиск новых ощущений, до самоповреждений и суицидальных актов. Аутодеструктивное поведение определяют как намеренное причинение себе вреда и совершение действий, последствия которых становятся негативными для индивида. В большинстве случаев сюда относятся суицидальное и самоповреждающее поведение, но также сюда можно отнести зависимости и расстройства пищевого поведения [106], вербальную агрессию, рискованное сексуальное поведение [79].

Баумейстер и Шер, описывая аутодеструктивное поведение как пагубное (self-defeating), выделяют три концептуальные модели аутодеструктивности:

1. Модель первичного саморазрушения

Сюда относятся предвиденные и желаемые негативные последствия;

2. Модель контрпродуктивных стратегий

Тут негативные последствия поведения непредвиденны и нежелательны, достигаются не намеренно;

3. Модель компромисса

Негативные последствия трактуются как условия достижения цели.

Наибольшее подтверждение получает третья модель, поскольку смысл её в выборе индивидом желательных краткосрочных последствий и принятие нежелательных вредных долгосрочных последствий, таких как проблемы со здоровьем и негативные отношения с окружающими. Таким механизмом действия объясняется наркотическая и алкогольная зависимость,

наплевательское отношение к своему здоровью, застенчивость и самооправдания [43].

Юношеский и подростковый возраст рассматривается многими специалистами как фактор риска аутодеструктивного поведения, поэтому изучению психологического аспекта аутоеструктивности в этом возрасте следует уделять особое внимание [3], [25], [26].

В этом возрасте проявляются трудности в саморегуляции, импульсивность, тревожность, низкая самооценка и сложности в управлении эмоциями. Проблемы с саморегуляцией влияют на предрасположенность к саморазрушению и самоповреждающему поведению [27].

Существует проблема разграничения самоповреждения с суицидальным намерением и несуйцидальным самоповреждением, поскольку не так просто отличить повторяющиеся акты самоповреждения от неудавшихся или пробных попыток суицида.

Было проведено исследование частоты суицидальных актов после преднамеренного самоповреждения. На протяжении четырех лет авторы отслеживали состояние группы пациентов с самоповреждениями, и выявили, что у таких пациентов частота суицидальных актов в тридцать раз выше, чем в общей популяции. Наибольшая частота суицида отмечалась в течение шести месяцев после случая самоповреждения [70].

Связь самоповреждающего поведения и суицида была показана в результате интернет-опроса с выборкой 2875 человек в возрасте от 18 до 25 лет [107]. Авторами данного опроса было предложено рассматривать самоповреждающее поведение как показатель стресса и повышенного риска суицидального поведения. В соответствии с клиническими данными, попытки суицида чаще встречаются у подростков с большей продолжительностью самоповреждающего поведения, с большей частотой и разнообразием методов самоповреждения, и отсутствием чувствительности при самоповреждении

[84]. Полученные данные согласуются с теорией Джойнера, в соответствии с которой сомоповреждение ведет к потере чувствительности, привыканию к страху и боли, и повышает риск суицида [92].

По данным Мэммер и Фримоу от 28 до 85 процентов лиц с самоповреждающим поведением имеют в анамнезе попытки суицида [80]. В аналогичном исследовании получены данные от 70 процентов подростков с самоповреждающим поведением, которые имеют в анамнезе как минимум одну попытку суицида [84]. Также существуют данные о малой связи самоповреждающего поведения с повышенным риском суицида [64].

Анализ интервью четырех женщин, имеющих в анамнезе эпизоды самоповреждающего поведения, три из которых также имеют эпизоды суицида, показал, что попытки суицида описываются как неконтролируемые, а эпизоды самоповреждения описываются как намеренные и контролируемые. Самоповреждающее поведение объясняется мотивом справиться с травматичной ситуацией. В данной статье описывается важность боли при самоповреждении для выхода из диссоциации. За счет повреждения тела приглушается эмоциональная боль, либо получает обоснованную причину. Также важны физические последствия самоповреждения, такие как шрамы и кровь, поскольку они выступают в роли физического подтверждения эмоциональных страданий [97].

Фактором, выделяемым при различении подростков с суицидальными намерениями и без них, выступает фактор отвержения-принятия жизни. В исследовании было показано, что подростки с самоповреждающим поведением имеют менее выраженное негативное отношение к жизни в целом [81]. Также существуют данные, подтверждающие гипотезу совместного протекания самоповреждающего поведения и суицидального поведения. Исследование на школьниках показало, что большая часть испытуемых с самоповреждающим поведением в анамнезе имели частые суицидальные мысли [57].

В результате исследования самоповреждающего поведения в Японии было показано, что подростки с самоповреждениями (самопорезы, ожоги) были склонны к употреблению наркотических средств и появлению суицидальных мыслей (Matsumoto, Toshihik, Yamaguchi et al., 2005).

В отечественной науке самоповреждающее поведение и суицидальное поведение рассматривается в одном клиническом контексте. Это объясняется взаимосвязью суицидальных и самоповреждающих действий, но негативно сказывается на изучении механизмов психологической помощи в ситуации самоповреждения (Александрова, 2014).

Изучение попыток суицида среди индивидов, имеющих в анамнезе эпизоды самоповреждающего поведения, подтверждает необходимость учета риска суицида во всех фиксируемых случаях самоповреждения [79][98]. Также важно помнить, что пациенты, госпитализированные с попыткой суицида часто отрицают свои суицидальные намерения в целях избежания психиатрического контроля. Поэтому оценка суицидального риска должна осуществляться во всех выявленных случаях самоповреждения [27].

Факторы различения суицидального поведения и несуйцидального самоповреждающего поведения прописаны в DSM-5:

1. при суицидальном поведении отсутствуют самоповреждения, направленные на облегчение негативных чувств/мыслей или на достижение хорошего настроения;
2. при несуйцидальных самоповреждениях отмечается их высокая частота (менее 5 раз за предыдущий год) [54].

В исследовании Кейна и Холицкая были выделены 12 критериев отличия суицидального поведения и несуйцидального самоповреждающего поведения [62].

Основным критерием для разграничения не суицидального самоповреждающего поведения и суицидального поведения является

намерение уйти из жизни. Суицид связан не столько с желанием убить свое тело, сколько с желанием покончить с собственным сознанием. Функцией несуицидального самоповреждающего поведения считается, во-первых, так называемое отрицательное подкрепление и устранение нежелательных стимулов, то есть устранение неприятных эмоциональных состояний. Другая функция несуицидального самоповреждающего поведения – положительное подкрепление, воспроизведение желаемого стимула, то есть желание испытать положительные эмоции и избавиться от чувства пустоты.

Таблица 1. Критерии дифференциации саморазрушительного поведения

Критерий	Суицидальное поведение	Не суицидальное самоповреждающее поведение
Основное намерение	Намерение умереть	Сохранение жизни, разрушение организма
Общее намерение	Избавиться от душевной боли и сознания	Избавиться от душевной боли и превратить её в физическую боль
Функции	Снижение напряжения, чувство облегчения	Управление эмоциями, снижение негативных переживаний, обеспечение стимуляции, самонаказание, функции эго
Степень смертности	Высокая степень смертности	Низкая степень смертности
Количество использованных методов	Обычно один	Обычно много (число увеличивается со временем)
Хроническое состояние	Редко	Часто
Душевная боль	Постоянная и невыносимая	Эпизодическая
Когнитивное сужение	Высокий уровень, самоубийство рассматривается как единственное решение	Низкий уровень или отсутствие
Ощущение безнадежности и беспомощности	Постоянное, занимает центральное место	Эпизодически, не доминирует

Последствия с точки зрения признания дискомфорта	Дискомфорт усиливается после попытки самоубийства	Дискомфорт уменьшается
Сопутствующие расстройства	Психотические расстройства (шизофрения), аффективные расстройства, злоупотребление алкоголем, тревожные расстройства	Расстройства личности, зависимости, расстройства пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство
Главная проблема	Депрессия, невыносимая душевная боль	Негативный образ эго

Было показано, что суицид и несуицидальное самоповреждающее поведение отличаются во многих отношениях. Эти различия в первую очередь качественные. Два этих вида поведения вызваны разными факторами, они имеют разные намерения и выполняют разные функции.

Основными функциями несуицидального самоповреждающего поведения считаются интраперсональные функции (66–81%), особенно те, которые касаются регуляции эмоций, и межличностные функции (например, выражение дистресса) были менее частыми (33–56%) [103].

Четырехфакторная модель считается наиболее достоверной при описании функций несуицидального самоповреждающего поведения. Эта модель описывает как внутриличностные («автоматические»), так и межличностные («социальные») процессы, которые могут как позитивно, так и негативно влиять на самоповреждающее поведение. Например, в линии автоматического отрицательного подкрепления несуицидальное самоповреждающее поведение выполняет функцию уменьшения отрицательных чувств или мыслей (например, гнева, напряжения), в то время как автоматическое положительное подкрепление описывает опыт приятных или положительных чувств или мыслей во время или после участия нанесения себе повреждений (чувство живого). Социальное позитивное подкрепление описывает усиление социального взаимодействия (то есть получение внимания или отправки сообщения другим), в то время как социальное

негативное подкрепление описывает несуицидальное самоповреждающее поведение как средство избежать неприятных социальных взаимодействий (то есть прекращение спора, не посещение спортивного класса) [85].

При выявлении факторов самоповреждения важна оценка их потенциальной суицидальной угрозы.

Существуют классификации актов самоповреждающего поведения в зависимости от их природы, функций и включенности в различные диагнозы.

В МКБ-10 самоповреждающее поведение указывается в качестве сопутствующего симптома в следующих случаях: депрессивные и пограничные расстройства; детский аутизм; стереотипные двигательные расстройства.

Несуицидальные самоповреждения рассматриваются в рамках «внешних причин заболеваемости и смертности» и включены в разделы «Преднамеренные самоповреждения», «Повреждения с неопределёнными намерениями», «Последствия умышленных самоповреждений» (МКБ-10).

В DSM-5 выделены следующие виды несуицидальных самоповреждений:

1. Компульсивные несуицидальные самоповреждения;

Повторяющиеся незначительные повреждения, которые являются непреднамеренным следствием компульсивного поведения и связаны с освобождением от тревоги или других неприятных чувств.

2. Импульсивные несуицидальные самоповреждения;

Случаи причинения боли раскаленными или острыми предметами, результатом которых является повреждение тела.

3. Значительные несуицидальные самоповреждения;

Серьезные повреждения, такие как ампутация, удаление органов или сопоставимые с ними по тяжести.

4. Стереотипные несуицидальные самоповреждения.

Автоматически повторяющиеся поведенческие акты, когда телесное повреждение может быть непреднамеренным результатом стереотипий [80].

Для применения в исследованиях в DSM-5 рекомендуются следующие критерии выявления несуицидального самоповреждающего поведения:

1. В течение прошедшего года акты самоповреждения без суицидальных намерений совершались пять или более раз (ожидаемый физический вред оценивался как незначительный или умеренный).

2. Намерения к совершению самоповреждения: 1) Получить облегчение от негативных чувств или мыслей; 2) Разрешить межличностные трудности; 3) Индуцировать положительное чувство.

3. Намеренное самоповреждение связано минимум с одним из следующих пунктов: 1) Межличностные трудности или негативные чувства или мысли (подавленность, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс, самокритика) непосредственно до совершения акта самоповреждения; 2) До совершения самоповреждения есть период, когда мысли индивида поглощены намерением осуществить данное поведение, и это трудно контролировать; 3) У индивида часто возникают мысли о самоповреждениях, даже когда они не осуществляются.

4. Данное поведение не является санкционированным обществом (пирсинг, татуировки, часть религиозного или культурного ритуала) и не ограничиваются обкусыванием ногтей или сковыриванием болячек;

5. Поведение или его последствия вызывают значительный дистресс или мешают нормальному функционированию в межличностной, учебной или других сферах жизни индивида;

6. Данное поведение следует отличать от самоповреждений в рамках психотических эпизодов, делирия, интоксикации или синдрома отмены. Оно не является симптомом других расстройств [54].

По степени тяжести или физического вреда выделяют четыре степени тяжести самоповреждающего поведения:

1. Пирсинг ушей, небольшие татуировки – малая степень физического вреда, совершаются в спокойном состоянии, социально приемлемы;
2. Пирсинг, татуировки в бандитских группировках и у моряков, ритуальные шрамы – средняя степень физического вреда, совершаются в спокойном или возбужденном состоянии, приняты в субкультурах;
3. Порезы, препятствие заживлению ран, ожоги – средняя степень физического вреда, совершаются в состоянии психологического кризиса, приемлемы лишь в некоторых субкультурах;
4. Ампутация, самокастрация – тяжелый физический вред, совершаются при психозе, социально неприемлемы [96].

Общепринятой и наиболее распространенной является классификация самоповреждающего поведения А. Фаваззы и коллег (Favazza, Rosenthal, 1990; Favazza, Simeon, 1995; Favazza, 1996), основанная на классификации К. Меннингера. Классификация Меннингера включает в себя пять видов членовредительства:

1. Членовредительство при невротических расстройствах;
2. Членовредительство психопатических личностей (под которыми подразумевает пациентов, страдающих манией, меланхолией, шизофренией, эпилепсией, белой горячкой);
3. Членовредительство при органических нарушениях;
4. Членовредительство культурно-религиозного характера;

5. Бытовые формы членовредительства (состригание волос и ногтей).

Классификация Фаваззы представляет доработанную и более современную версию приведенной выше классификации. Акты самоповреждающего поведения различаются на основе социального значения той или иной форму самоповреждения (социально и культурно обусловленная или девиантная, социально неприемлемая).

Самоповреждения тут представлены двумя категориями:

1. Самоповреждения, обусловленные социокультурным укладом (ритуалом, обычаем, традицией);

1. Девиантные самоповреждения, включающие в себя значительные (тяжелые), стереотипные и поверхностные (символические) акты самоповреждения [56].

Самоповреждения, обусловленные социальным укладом, разделяют на две группы:

1) Самоповреждения, совершаемые в ходе ритуалов инициации, которые характерны для примитивных обществ и символизируют переход из детского возраста во взрослую жизнь;

2) Самоповреждения, совершаемые под влиянием модных тенденций, связанные с украшением своего тела (татуирование, пирсинг, брендинг) [55].

Девиантные самоповреждения в свою очередь подразделяются на три группы:

1) Значительные самоповреждения

Редкие (или единичные) акты радикального и глубокого повреждения тканей тела (энуклеация глаза, кастрация, ампутация частей тела). Самоповреждения данного типа отличаются внезапностью, значительными

повреждениями, нередко совершаются под влиянием психотических переживаний и требуют скорейшего медицинского вмешательства.

2) Стереотипные самоповреждения

Ритмичные акты, которые повторяются строго по определенной схеме и лишены смыслового содержания (стереотипные удары головой, надавливание на глазное яблоко и т.п.) [93][99]. Данная группа самоповреждений в наибольшей степени связана с психоневрологическими расстройствами и часто встречается при различных формах нарушений психического развития. Самоповреждения подобного рода наблюдаются при умственной отсталости, некоторых генетических синдромах, а также при остром психозе и шизофрении [55]. В рамках стереотипных двигательных расстройств (F 98.4) к самоповреждениям относятся такие акты как «повторяющиеся удары головой, шлепанье по лицу, тыканье глаз и кусание рук, губ и других частей тела» (МКБ-10).

3) Поверхностные (или символические) самоповреждения

Подразделяются на компульсивные (повторяющиеся действия, направленные на избавление от напряжения), эпизодические (совершаются реже, но также нацелены на снятие напряжения) и систематические (глубокая поглощенность и вовлеченность индивидуума в процесс самоповреждения). К данному типу относятся неглубокие повреждения тканей тела, не представляющие риска для жизни: порезы на коже, вырезание на коже, препятствие заживлению ран, преднамеренные переломы костей, втыкание игл, выдергивание волос, обкусывание ногтей, расчесывание кожи и др. [55].

В изучении самоповреждающего поведения важно отметить половозрастные особенности данного феномена. Наиболее исследованными периодами онтогенеза в вопросе проявления самоповреждающего поведения является молодой возраст. Наиболее уязвимой возрастной группой по данным исследований являются подростки, поскольку именно на подростковый

период приходится самая большая частота актов самоповреждающего поведения [111]. Пиком госпитализации пациентов с самоповреждающим поведением является возраст 20-29 лет [54].

Что касается связи самоповреждающего поведения и гендера, нет однозначных данных по этому вопросу. Некоторые исследования показывают, что девушки и женщины более склонны к проявлению самоповреждающего поведения, также существуют данные о том, что самоповреждающее поведение в одинаковой степени встречается у женщин и у мужчин [90]. Большая часть исследователей придерживается мнения, что к самоповреждениям более склонны девушки подросткового возраста и молодые женщины (Sourander et al., 2006; Brunner et al., 2007; Patton et al., 2007; Madge et al., 2008; Portzky et al., 2008). Однако есть исследования, где такие связи не подтверждаются (Lloyd-Richardson et al., 2007; Lundh et al., 2007; Young et al., 2007).

1.1.2 Теории самоповреждающего поведения

Самоповреждающее поведение как теоретический конструкт рассматривается в рамках различных наук: биологии, медицины, психологии, культурной антропологии. Модели и концепции самоповреждающего поведения, включающие объяснение его причин и функций, разработаны на основе биологических, этологических, этнографических, клинических и психологических данных.

Биологическое направление рассматривает самоповреждающее поведение в контексте поиска нейробиологических факторов самоповреждения; социокультурное направление проводит исследования в области социальных и культурных условий формирования самоповреждающего поведения; в рамках психологического направления

рассматриваются психологические факторы, условия формирования, связи и психологические модели самоповреждающего поведения. Часто в науке используется системный подход объединяющий эти подходы.

Клинический подход является основным в изучении, понимании и объяснении природы самоповреждающего поведения, его функций и закономерностей. В рамках данного подхода выводятся гипотезы в отношении связи самоповреждающего поведения с психологическими и соматическими нарушениями. Для понимания механизмов самоповреждающего поведения используются результаты исследований биологических механизмов склонности к самоповреждению. В рамках психодинамических концепций самоповреждающее поведение трактуется как импульс, направленный на разрушение себя, как результат нарушения объективных отношений и как одна из форм проявления агрессии нарциссической личности. В рамках когнитивно-поведенческих моделей самоповреждения трактуются как сформированная под влиянием социального окружения поведенческая стратегия и стратегия совладания со стрессом.

К. Саемато, обобщив подходы к проблеме несуицидального самоповреждающего поведения у подростков, выделил четыре основные модели:

Модель влияния окружения

Базируется на концепциях социального научения и моделирования поведения. Самоповреждающее поведение играет роль имитации насилия, которое подросток наблюдал в семье и идентифицировал его как особый род заботы. Функция – получение внимания.

Модель влечения

Базируется на психодинамической концепции инстинктов. Самоповреждение имеет две функции: анитисуицидальная (способ

нахождения компромисса между влечениями к жизни и смерти) и сексуальная (способ контроля и управления сексуальными чувствами).

Модель аффективной регуляции

Основывается на концепции эгопсихологии. Акт самоповреждения провоцируется интроекцией чувств собственной ничтожности и неправильности. Основная функция самоповреждения – регуляция аффекта, что означает подкрепление негативного аффекта и получение контроля над ним. Также функцией самоповреждающего поведения выступает прекращение диссациативного состояния.

Пограничная модель

Базируется на концепциях объектных отношений. Самоповреждение – физический маркёр собственных границ. Главная функция самоповреждающего поведения - сепарация и дифференциация от первичной привязанности [100].

Биологический подход к изучению самоповреждающего поведения.

Самоповреждения в рамках этого подхода связывается с нарушением психофизиологического функционирования. Нарушения эти могут возникать как по причине неблагоприятных внешних условий, так и по причине биохимического дисбаланса [27]. Функция самоповреждающего поведения – восстановление гомеостатического равновесия.

Существуют данные о том, что самоповреждения свойственны не только человеку, но и животным. Так, Тинкльпо своей работе описывает самоповреждающее поведение у самца резус-макаки при появлении в его клетке новых самок. Исследователями выделяется два основных типа самоповреждения у приматов: 1) укусы и расчесывание ран; 2) выдергивание волос, избыточное груминг-поведение.

Самоповреждающее поведение также рассматривается как способ нейробиологической регуляции. Изучая самоповреждающее поведение у макака, Новак показала, что акты самоповреждения выступают как копинг-стратегия. Её исследования показали, что самоповреждения более свойственны особям мужского пола с пониженным уровнем кортизола в стрессовых ситуациях [78].

Ряд исследований показывает связь стимулов нервной системы и нейромедиаторов и возникновения самоповреждающего поведения, при этом локация самоповреждений зависят от вводимого животным препарата. Высокие дозы кофеина, вводимые голодающим крысам, вызывают у них высокую активность и самоукусы при нахождении в одиночестве; а при наличии в клетке других крыс акты самоповреждения уступают место агрессии.

Основной идеей исследований нейробиологических детерминант самоповреждающего поведения выступает поиск биохимических маркёров самоповреждающего поведения. В перспективе полученные данные могут помочь в разработке фармакологических препаратов для влияния на частоту и силу самоповреждений [26].

Исследования поведения высших приматов показывают, что отсутствие или ограничение контактов с другими особями своего вида влияет на формирование самоповреждающего поведения. В условиях изоляции животное начинает использовать собственное тело для игры, и агрессия, при обычных условиях направляемая на окружение, перенаправляется на собственное тело [55].

Изучение самоповреждающего поведения животных, по мнению некоторых ученых, поможет понять механизм самоповреждения у пациентов с генетическими синдромами, умственной отсталостью и аутизмом [27].

Самоповреждающее поведение и теория обмена.

Социально-экономическая модель самоповреждающего поведения является противоположностью биологической модели [27].

Хаген и его коллеги употребляют понятие преднамеренного самовреда, не предусматривая рассмотрение социально-санкционированных и клинических форм самоповреждающего поведения. Самоповреждающее поведение трактуется ими в рамках социально-экономической теории обмена/торга (bargaining theory). Исходя из данной теории, вредоносные для обеих сторон переговоров действия достоверно указывают на определенную (частную, или неполную) информацию, содержание которой скрыто выгодами обладающей стороны.

В ситуациях намеренного самовреда неполная информация – это потребность в заботе, защите и помощи со стороны окружающих. Любой индивид будет преувеличивать ее значимость, а его партнер будет преуменьшать собственные возможности в удовлетворении этой потребности. Прибегнуть к самопопржеждению без больших потерь при этом может только тот индивид, который не справляется со своими проблемами.

Если партнер не оказывает индивиду помощь, или данная помощь меньше ожидаемой, это может привести к дальнейшим самоповреждениям. Как уменьшение затрат в данном случае рассматривается эволюционно обусловленный феномен аналгезии при самоповреждении. Такое поведение может формироваться на основе социального научения и положительного социального подкрепления от получения случайных травм.

Авторы считают, что с помощью этой модели можно объяснить, почему самоповреждения совершаются относительно небольшим количеством людей, и что поддерживает тенденцию к такому поведению. Данная теория противоречит данным о самоповреждающем поведении на клинических

выборках и у животных. Также тут не учитывается тот факт, что существуют люди, скрывающие свои самоповреждения.

Подтверждением данной модели выступают примеры самоповреждающего поведения в небольших «первобытных» обществах, где превалируют взаимозависимые отношения между членами сообщества. Цель самоповреждений тут демонстративная. В современном обществе источником таких взаимозависимых отношений может быть семья, и чаще всего самоповреждения совершаются современными подростками и молодыми людьми в условиях дисфункциональных семейных взаимоотношений.

Межличностными функциями самоповреждающего поведения выступают коммуникация и влияние. Традиционно эти функции трактуются как манипулятивные, однако авторами рассматриваются как стратегические. На основе самоотчетов авторы делают вывод, что подростки в большей степени объясняют свое поведение внутриличностными особенностями, а не внешними обстоятельствами. Авторы данной теории оспаривают утверждение Фаваззы о неадаптивности самоповреждающего поведения. Они считают, что самоповреждения носят характер адаптивной стратегии поиска помощи.

Аддиктивная модель самоповреждающего поведения.

Данная модель сформировалась в рамках клинического подхода и включает в себя изучение связи склонности к самоповреждающему поведению и аддиктивными паттернами личности на основе общих факторов (поведенческих, психических, психологических).

Аддикция – это паттерн стойкого ухода от реальности, достигаемый посредством изменения психического состояния» [17]. Физическая зависимость от химических веществ сопоставляется тут с психологическим привыканием к определенной деятельности, в том числе и самоповреждающему поведению.

К видам зависимого поведения относятся зависимость от веществ, игромания, интернет-зависимость, нарушение пищевого поведения, аддикции избегания и любовные аддикции. Тенденции к самоповреждению также можно отнести сюда.

Исследование, проведенное на выборке из 80 пациентов с зависимостью от химических веществ, показало, что самоповреждающее поведение на протяжении жизни было выявлено у 49% испытуемых. Самым распространённым видом самоповреждения были самоповреды (74%), на второй позиции находилось обкусывание ногтей (51%), далее отмечались зажевывание внутренней стороны щек и губ (44%) и нанесение себе ударов (36%). Основанными мотивами самоповреждающего поведения выступали стремление справиться с эмоциональной болью и выразить ненависть к себе. Была выявлена связь между совладением с эмоциональной болью и настроенностью и гневом до акта самоповреждения, а также чувством напряжения и страха после акта самоповреждения. Выражение ненависти к себе была положительно связано с проблемными отношениями и заниженной самооценкой, а также чувством стыда после акта самоповреждения. Предпосылками к развитию самоповреждающего поведения являлись сексуальное насилие и сложность в идентификации чувств [89].

В рамках модели аддикции самоповреждающее поведение является цикличным. Началом цикла выступает предел напряжения негативных эмоций, кульминацией которых является акт самоповреждения. После этого наступает краткосрочно облегчение, связанное с освобождением от слишком большого эмоционального напряжения, но вскоре появляются эмоции вины и стыда, которые вновь ведут к нарастанию эмоционального напряжения.

Существует два направления изучения связи самоповреждающего поведения и аддикции.

Некоторые исследования рассматривают этот вопрос в контексте поиска связи между самоповреждающим поведением и конкретным видом зависимости. Так, показана связь самоповреждающего поведения и расстройствами пищевого поведения: эти виды поведения имеют общие цели и факторы. К целям относятся самонаказание, самоочищение, контроль и регуляция эмоций, к факторам – нарушение эмоциональной регуляции, самокритика, психологическая травма. Оба типа поведения рассматриваются в континууме «импульсивность-компульсивность» [101].

Исследованиями подтверждается связь самоповреждающего поведения с употреблением психоактивных веществ. Так, была показана связь между алкогольной зависимостью и суицидом, между героиновой зависимостью и самоповреждающим поведением [55].

Отечественные исследования подчеркивают связь суицидального и аутоагрессивного поведения у пациентов и алкогольной и наркотической зависимостями. При этом показано, что несуйцидальные самоповреждения выступают как следствие психических расстройств, появившихся в результате зависимости (Данилова, Елисеев, Постовалова, 1978; Трайнина, 1986).

Акты самоповреждения выступают факторами, усиливающими расстройство зависимости. Самоповреждающее поведение следует рассматривать как вид аддиктивного поведения, поскольку в самоотчетах пациентов с самоповреждениями причинами самоповреждающего поведения часто указывается снятие напряжения и удовлетворение непреодолимой тяги [103].

Также существует направление исследований, в рамках которого самоповреждающее поведение причисляют к аддикциям как их отдельный вид [64]. Данные исследования основаны на выделении в самоповреждающем поведении компонентов аддикции: компульсивность, неконтролируемость, невозможность прекратить, привыкание [27]. Общие черты

самоповреждающего поведения и зависимостей отмечаются и в DSM-5 условия высокой частоты самоповреждений, предваряемых желанием немедленно осуществить данный акт [54].

Модель эмоциональной дисрегуляции при самоповреждающем поведении.

Многими исследователями в качестве основной причины самоповреждающего поведения рассматривается нарушение эмоциональной регуляции. Дисрегуляция эмоций выступает как диспозиционный фактор, ведущий к самоповреждениям, либо входящий в более сложную структуру как медиатор самоповреждающего поведения и других ситуативных факторов.

В исследованиях самоповреждающее поведение рассматривается как способ управления негативными эмоциями и как деструктивный способ эмоциональной саморегуляции. У пациентов с самоповреждающим поведением в анамнезе такие факторы как способность терпеть сильные эмоции, способность поддерживать чувство самооценности и способность поддерживать чувство связи с окружающими более низкое, чем у пациентов без самоповреждения [55].

В результате анализа по двум группам факторов, социальных (жестокое обращение в детстве) и индивидуальных (эмоциональная незрелость, реактивность, интенсивность эмоций, нарушение эмоциональной регуляции), была показана связь нарушений эмоциональной регуляции с частотой самоповреждающего поведения, а также были показаны различия по фактору физического насилия. (Gratz, Chapman, 2007).

Ш. Росс и Н. Хит в своем исследовании показали связь самоповреждающего поведения с враждебностью и тревожностью, трактуя эпизод самоповреждения как точку наивысшего напряжения в период стресса. Исследование, проведенное на выборке подростков показало, что подростки с самоповреждениями имели более высокие показатели по шкале тревожности

и шкалам враждебности. По результатам интервью с участниками исследования было показано, что причинами самоповреждающего поведения в 16% случаев выступало чувство гнева, а в 79% случаев – чувство гнева и тревоги (Ross, Heath, 2003).

В исследовании повторного самоповреждения у подростков было показано, что психологическими переменными, связанными с повторным самоповреждением, выступают высокие показатели по факторам депрессии, безнадежности, раздражительности и низкие показатели по фактору принятия решений. Депрессия показана как ключевой фактор риска развития повторного самоповреждения у подростков [64].

При рассмотрении самоповреждающего поведения как способа деструктивной эмоциональной регуляции были обнаружены связи между эмоциональной закрытостью и частотой самоповреждающего поведения. Ограниченный круг стратегий эмоциональной саморегуляции связан с жестоким обращением в детстве и тенденциями к самоповреждающему поведению во взрослом возрасте. По данным исследований, студенты с самоповреждающим поведением имеют ограниченный круг стратегий эмоциональной саморегуляции и плохо осознают свои эмоции [59]. Также показаны достоверные различия между группами студентов с самоповреждающим поведением и без самоповреждающего поведения по шкалам осознания и принятия эмоций (Gratz, Roemer, 2004).

Модель избегания переживаний.

Модель избегания переживаний разрабатывалась в рамках эмоционально-регулятивного подхода [51]. Самоповреждение рассматривалось тут как часть цикла избавления от невыносимых эмоциональных переживаний. При наличии таких состояний как высокая интенсивность эмоций, сложность сдерживания эмоций, дистресс невыносимость аффекта усиливается. В следствие постоянного повторения

данный цикл закрепляется и происходит автоматически в ответ на любой сильный эмоциональный раздражитель.

Самоповреждающее поведение рассматривается как избегающее, и направлено оно на избавление от нежелательных эмоций. Функцией самоповреждения выступает снижение интенсивности болезненных эмоций, при этом происходит негативное подкрепление такого поведения. Далее связь между самоповреждающим поведением и болезненными переживаниями укрепляется, и самоповреждения происходят автоматически.

Диатез-стрессовая модель самоповреждающего поведения.

В рамках данной модели предрасполагающие к самоповреждающему поведению факторы (биологические, экологические, психологические) приводят к снижению способности совладания со стрессом [43]. Подросток прибегает к самоповреждающему поведению как к способу управления и регуляции эмоционального состояния и социального опыта. Данная модель соответствует многофакторной модели аффективных расстройств, где ведущая роль в понимании механизмов формирования патологии принадлежит специфике взаимодействия факторов [27].

Функциональная модель самоповреждающего поведения.

В основе функционального подхода лежит представление о том, что поведение обуславливается непосредственными причинами или подчиняется определённым целям. Выделяется ряд функций самоповреждающего поведения о которых сообщают испытуемые в самоотчетах, к которым относятся функция регуляции эмоций, выход из диссоциативного состояния, самонаказание, призыв о помощи.

Функции самоповреждающего поведения подразделяются на внутриличностные (автоматические) и межличностные (социальные). О значимости роли межличностных функций пока нет однозначных данных.

Некоторыми авторами самоповреждающее поведение рассматривается как манипулятивное по своей природе, другие же придерживаются мнения, что самоповреждения чаще скрываются от окружающих и не играет манипулятивной роли [76].

Самоповреждающее поведение как социальная функция рассматривается М. Ноком. Он выделяет сигналы дистресса, то есть самоповреждения для привлечения внимания или избегания неприятной ситуации, и сигналы силы и приспособленности – самоповреждения как демонстрация отсутствия страха боли [86].

Также существует взгляд, что самоповреждающее поведение играет более важную роль в межличностном общении, чем призыв о помощи. Оно является способом построения социального Я, способом идентификации личности и определения культурных к границ [26].

Комплексная функциональная модель самоповреждающего поведения.

Самоповреждение тут рассматривается с точки зрения содержательных характеристик и функций. Выделяются четыре основные функции самоповреждающего поведения:

1. Автоматическое негативное подкрепление

Связано с переживанием безысходности, цель – избавиться от этого чувства.

2. Автоматическое позитивное подкрепление

Связанное с переживаниями пустоты и изоляции, цель – вызвать переживания.

3. Социальное негативное подкрепление

Возможность снизить уровень ожиданий и требований со стороны других и избежать того, чего не хочешь делать.

4. Социальное позитивное подкрепление

Цель – привлечение внимания, получение поддержки [87].

Социальный характер самоповреждающего поведения объясняется тем, что подростки часто используют самоповреждения в целях получения поддержки и как возможность снизить ожидания.

Модель аутоагрессии.

Аутоагрессия часто рассматривается как причина и как механизм самоповреждающего поведения. В рамках разных подходов рассматриваются идеи о аутоагрессии как основы самоповреждающего поведения.

Модель фрустрации-агрессии Долларда.

Аутоагрессивное действие тут объясняется предшествующий ему фрустрацией, то есть невозможностью получить желаемое. Фрустрация лишь создает условия для появления агрессивных реакций, но не обуславливает агрессивные действия, а лишь негативные эмоции. Чтобы дойти до физической агрессии, должны вступать другие факторы, связанные с атрибуцией фрустрации.

Исследователи в рамках данного направления понимают самоповреждения как проявление агрессии, которое направляется на себя. Предпосылкой самоповреждающего поведения выступает гнев, направленный на себя в сочетании с импульсивностью, физическим и сексуальным насилием [27].

Самоповреждение как «аутонасилие».

Такой же точки зрения придерживаются исследователи последствий насилия, которые определяют самоповреждающее поведение как «аутожестокость» и «аутонасилие», свойственное пациенткам, пережившим

комплексную травму. Самоповреждающее поведение тут выступает как аутодеструктивный способ самопомощи.

«Аутонасилие» считается пациентами с самоповреждениями более эффективным способом регуляции эмоций, чем наркотические средства и другие инструменты зависимости. Самоповреждения приводят к эмоциональному равновесию и восстановлению когнитивного контроля. За счет этого аутоагрессия и рассматривается как способ эмоциональной саморегуляции [27].

Таким образом, самоповреждающее поведение в рамках модели аутоагрессии выступает как:

1. Способ получения контроля над другими;
2. Способ сохранения и поддержания чувства собственного превосходства;
3. Способ получения удовольствия от боли или избегания душевной боли.

Четырехфакторная модель считается наиболее достоверной при описании функций несуицидального самоповреждающего поведения [85]. Эта модель описывает как внутриличностные («автоматические»), так и межличностные («социальные») процессы, которые могут как позитивно, так и негативно влиять на самоповреждающее поведение. Например, в линии автоматического отрицательного подкрепления несуицидальное самоповреждающее поведение выполняет функцию уменьшения отрицательных чувств или мыслей (например, гнева, напряжения), в то время как автоматическое положительное подкрепление описывает опыт приятных или положительных чувств или мыслей во время или после участия нанесения себе повреждений (чувство живого). Социальное позитивное подкрепление описывает усиление социального взаимодействия (то есть получение внимания или отправки сообщения другим), в то время как социальное

негативное подкрепление описывает несуицидальное самоповреждающее поведение как средство избежать неприятных социальных взаимодействий (то есть прекращение спора, не посещение спортивного класса).

Функционально-генетическая концепция самоповреждающего поведения.

Н.А. Польская разработала функционально-генетическую теорию самоповреждающего поведения, в рамках которой выделяются формы, типы и функции самоповреждающего поведения в соответствии с закономерностями психического развития. Так, прослеживается эволюция форм, функций и типов самоповреждения от элементарных форм до наиболее дифференцированных. Появление тенденции самоповреждающего поведения объясняется психическим регрессом и возвращением индивидуума на онтогенетически более ранние уровни психологического развития.

Формы самоповреждающего поведения на разных этапах онтогенеза отличаются. На ранних этапах самоповреждения импульсивные и стереотипные, с развитием сознания они переходят в волевые самоповреждения.

В рамках данной теории выделяется три типа самоповреждающего поведения:

1. Реактивный тип

Характерен для подросткового и юношеского возраста. Сюда относятся импульсивные или волевые ситуативно обусловленные самоповреждения. Для данного типа самоповреждающего поведения характерны аффективно окрашенные переживания, вызванные психотравмирующей ситуацией. Самоповреждения как правило не типичны для индивида, происходят один раз и обуславливаются внешними психотравмирующими событиями. Для самоповреждений

такого типа характерны единичный характер эпизода самоповреждения и наличие стрессогенной ситуации, в результате которой происходят сильные эмоции (гнев, вина, тревожность). Причиной проявления самоповреждающего поведения данного типа является слабый контроль поведения на когнитивном и эмоциональном уровнях.

2. Дисфункциональный тип

Данный тип самоповреждающего поведения связан с хроническим нарушением психологического функционирования, что и является причиной проявления самоповреждающего поведения. К подобного типа нарушениям относятся, например, неадаптивные копинги, низкая самооценка, проблемы с пониманием себя и дифференцированием эмоций. Благодаря таким нарушениям самоповреждающее поведение такого типа имеет устойчивый характер. Данный тип самоповреждения характеризуется регулярностью самоповреждения, устойчивостью эмоциональных нарушений, личностными дисфункциями, проблемным поведением (конфликты, девиации и т.д.).

3. Идентификационный тип

Сюда относятся те акты самоповреждающего поведения, которые связаны с кризисом идентичности. Часто такое поведение наблюдается в рамках поведения определенной группы, а не только отдельного индивида. Сюда относятся разного рода ритуальные действия, мотивация к которым связана с изменениями личности. Для такого типа самоповреждающего поведения характерно формирование идентичности, переживание психологического кризиса, культурная опосредованность самоповреждения.

Разные типы самоповреждений с разной частотой встречаются на разных этапах онтогенеза. Как правило, на более ранних этапах встречается реактивный тип, позже встречается дисфункциональный, далее идентификационный.

Функции самоповреждающего поведения также можно разделить исходя из уровня психологической дифференциации на функции сенсорной стимуляции, сигнальной функции и функции контроля [27].

1.1.3 Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков

Важная роль в изучении психологических механизмов самоповреждающего поведения отводится исследованиям, посвященным роли пола и возраста в формировании готовности к самоповреждениям. Несмотря на то, что акты самоповреждения наблюдаются на разных этапах онтогенеза, включая преклонный возраст, наиболее исследованными с точки зрения факторов риска самоповреждающего поведения являются периоды, относящиеся к молодому возрасту [64]. Наиболее уязвимым оказывается подростковый возраст, так как именно на этот возрастной период приходится наибольшая частота актов самоповреждения (Young et al., 2007). Пик госпитализации пациентов с самоповреждениями приходится на 20-29 лет [54].

Аутоагрессия у подростков в большинстве случаев обусловлена низкой самооценкой и неприятием себя, высоким показателем застенчивости и низким показателем общительности. Чем выше уровень аутоагрессии подростка, тем более негативными являются представления об оценке другими его личности [11].

Исследователи возрастных аспектов самоповреждающего поведения отмечают, что акты самоповреждения совершаются как в молодом, так и в преклонном возрасте. Большинство сходится во мнении, что пик самоповреждающих действий приходится на начало двадцати лет. Склонность

к самоповреждениям «угасает» к тридцати годам. Однако некоторые сохраняют готовность к таким поведенческим действиям в течение всей жизни. Наиболее распространены самоповреждения среди подростков. На втором месте находятся молодые незамужние женщины. Далее следуют взрослые люди, пережившие насилие или плохое с собой обращение в детстве со стороны родителей, воспитанники детских домов. Также люди, пережившими военные действия или другие сильные психотравмирующие воздействия, например, сильный эмоциональный конфликт в личной жизни или с родителями. О самоповреждениях психологу рассказывают (и показывают следы) значительное количество женщин, переживших эмоционально тяжелый развод, разрыв или измену мужа. Исследования показывают, что проявление аутоагрессии в форме самоповреждений чаще встречается у женщин, но по своим разрушительным последствиям самоповреждение сильнее выражено у мужчин. Проще говоря, женщины делают это чаще, а мужчины фатальнее.

Подростковый и юношеский периоды считаются наиболее рискованными для развития склонности к самоповреждениям. Это объясняется исследователями социальными и психологическими трудностями формирования «взрослой» идентичности. Поиски своего места в жизни, новые социальные роли, новые социальные требования, с которыми сталкивается молодой человек, провоцируют появление новых стрессовых ситуаций. И самоповреждающие действия нередко оказываются деструктивным способом психологической саморегуляции и социализации.

Сохранение паттерна самоповреждений в течение всей жизни объясняется рядом факторов. Во-первых, это наличие хронического психического заболевания. Во-вторых, самоповреждения могут использоваться в качестве определенного копинг-приема, при столкновении с ситуациями, трактуемыми самими индивидуумами как неразрешимые и опасные. В-третьих, самоповреждения могут выступать в качестве

выученного аутодеструктивного поведенческого навыка, который позволяет достигать как социальные цели (например, получение внимания, поддержки, заботы), так и эмоциональную стабилизацию.

В современных исследованиях несуицидальное самоповреждающее поведение (Non-suicidal self-injury) определяется как преднамеренное нанесенное самому себе повреждение поверхности тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлимым. Это определение исключает случайные и косвенные самоповреждения (например, беспорядочное питание или злоупотребление наркотиками), суицидальное поведение, а также социально приемлемые виды поведения, такие как татуировка, пирсинг или религиозные ритуалы.

Наиболее распространенные методы самоповреждающего поведения это самопорезы, нанесение царапин, ударов, нанесение ожогов и препятствование заживлению ран [56].

Браун и Пленер выделяют в качестве факторов самоповреждающего поведения у подростков демографические факторы, социальные факторы, влияние медиа, события детства, нейробиологические факторы.

Из-за повышенного уровня импульсивности и эмоциональности, связанного с особенностями развития мозга, подростки являются группой риска в вопросах подверженности проявлению несуицидального самоповреждающего поведения [49]. Также фактором риска, помимо возраста, считается принадлежность к женскому полу. Недавний метаанализ показал, что женщины-подростки и взрослые женщины чаще наносят самоповреждения, чем мужчины [45].

Также было выявлено, что наиболее распространенным методом самоповреждающего поведения среди женщин является нанесение порезов, а у мужчин – удары по стене [42].

Что касается когнитивных факторов, в исследовании, включавшем 4810 подростков в возрасте от 16 до 17 лет, более высокий IQ был связан с более высоким риском проявления несуицидального самоповреждающего поведения [50].

В проспективном долгосрочном исследовании, проводимом в течение 2,5 лет, Ханкин и его коллеги смогли показать, что дисфункциональные отношения являются значительными факторами риска развития несуицидального самоповреждающего поведения. В этом же исследовании неоднократно было показано, что издевательства являются фактором риска развития несуицидального самоповреждающего поведения [63]. Лерия и его коллеги обнаружили, что издевательства над сверстниками в детстве и в раннем подростковом возрасте представляют больший риск для развития самоповреждающего поведения во взрослом возрасте, чем жестокое обращение со стороны родителей [71].

Большое европейское исследование с выборкой 12 068 подростков из 11 стран показало, что издевательства тесно связаны с несуицидальным самоповреждающим поведением [26], [48].

В систематическом обзоре 16 исследований была обнаружена связь несуицидального самоповреждающего поведения с социальным заражением. Это означает, что изначально проявления самоповреждающего поведения может зависеть от того, демонстрируют ли такое поведение знакомые индивида, или видит ли он описания такого поведения в СМИ и Интернете. Однако продолжение нанесения себе повреждений связано с внутреличностными факторами подростка [66].

Исследование 2018 года показало, что социальные сети являются важным средством для социального взаимодействия, особенно среди подростков, причем Instagram является самой популярной платформой в этой возрастной группе. Фотографии и сообщения о несуицидальном

самоповреждении часто можно встретить в публикациях подростков в этой социальной сети [55]. Также в этом исследовании было показано, что фотографии данной тематики выкладываются в основном в вечерние часы, с небольшим пиком рано утром.

Что касается всемирной распространенности несуицидального самоповреждающего поведения, то использование Интернета и особенно использование социальных сетей вызывают все больший интерес исследователей к пониманию распространения контента, связанного с самоповреждениями. Было показано, что поисковые запросы, связанные с несуицидальными самоповреждениями использовались в Google 42 миллиона раз в год [73]. Сотня лучших видео YouTube о самоповреждении были просмотрены более двух миллионов раз, при этом 90% видеороликов демонстрируют фотографии самоповреждений и 28% видеороликов с демонстрируют самоповреждающие действия [72].

В анализе базы данных «Yahoo!» было показано, что большинство вопросов, связанных с самоповреждениями (30,6%), были опубликованы с намерением получить помощь, что гипотетически объясняет причины размещения такого контента [74]. Эта гипотеза подтверждается недавним исследованием, в котором говорится, что треть молодых людей (от 14 до 25 лет) с эпизодами самоповреждающего поведения сообщили об обращении за помощью в Интернете [58]. Таким образом, онлайн-активность в отношении несуицидального самоповреждающего поведения может рассматриваться как полезная (например, снижение социальной изоляции, получение поддержки для выздоровления, уменьшение побуждений к самоповреждению) или потенциально вредная (например, запуск побуждений к самоповреждению, социальное усиление) [75].

В исследовании социальных влияний идентификация подростка с определенной молодежной субкультурой оказалась связана с увеличением риска проявления несуицидального самоповреждающего поведения [110],

[44]. Другим аспектом социальных влияний является сексуальность человека в сочетании с нормами и ценностями, которые он усвоил или которые приняты в обществе. Ряд исследований показал, что не гетеросексуальная ориентация тесно связана с риском проявления несуицидального самоповреждающего поведения [108].

Также существует связь между проявлением несуицидального самоповреждающего поведения с неблагоприятными событиями в детстве. Была показана связь повышенной родительской критики или родительской апатии и несуицидального самоповреждающего поведения [68], [105]. Риск проявления самоповреждающего поведения, по-видимому, повышается из-за пережитого опыта неблагоприятных событий в детстве, таких как пренебрежение родителей, жестокое обращение или лишения в детском возрасте [109]. В исследовании Thomassin et al. несуицидальное самоповреждающее поведение было связано только с эмоциональным насилием в отношении детей [104]. Это согласуется с данными метаанализа, который показывает, что опыт переживания сексуальных надругательств незначительно связан с развитием несуицидального самоповреждающего поведения [102]. В другом исследовании только косвенное жестокое обращение в детстве (то есть свидетельство домашнего насилия) было в значительной степени связано с несуицидальным самоповреждающим поведением, а прямые формы жестокого обращения (физическое или сексуальное насилие) не были. Эмоциональное насилие в данном исследовании не рассматривалось.

Исследования нейробиологических факторов, касающихся развития и продолжения самоповреждающего поведения, в основном проводились у взрослых с пограничным расстройством личности [95]. Тем не менее, некоторые исследования были сосредоточены на нейробиологических изменениях у подростков с эпизодами самоповреждающего поведения.

Поскольку нанесение самоповреждений часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями, а гипоталамо-гипофизарная аденокортикальная ось участвует в преодолении стрессовых ситуаций, были проведены исследования взаимосвязи между проявлениями несуицидального самоповреждающего поведения и показателями гипоталамо-гипофизарно-аденокортикальной оси [82]. В каждом из исследований было выявлено нарушения в функционировании регулирования гипоталамо-гипофизарно-аденокортикальной оси. В исследовании Kaess et al. было показано снижение уровня кортизола у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением в ответ на социальный стресс-тест Трира, что может указывать на гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-аденокортикальной оси у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением в стрессовых ситуациях [67]. В другом исследовании, посвященном социально-стрессовым ситуациям, изучались различия в нейронной обработке ситуации социальной изоляции с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (fMRI). В этом исследовании Groschwitz et al. обнаружили различия в обработке социальной изоляции у подростков с депрессией с несуицидальным самоповреждающим поведением по сравнению с подростками с простой депрессией и здоровой контрольной группой [61]. Эти различия в основном преобладали в медиальной префронтальной коре и вентролатеральной префронтальной коре, что может указывать на то, что подростки с несуицидальным самоповреждающим поведением более подвержены социальному отчуждению. Эти исследования добавляют дополнительные доказательства связи между межличностными стрессорами и несуицидальным самоповреждающим поведением, что также было рассмотрено в одном из немногих исследований по поиску генетических факторов развития самоповреждающего поведения [91].

Что касается восприятия и обработки физической боли, результаты, полученные на подростковых выборках, пока что показывают довольно

противоречивые результаты. Одно исследование у подростков с пограничным расстройством личности показало повышенный болевой порог [77]. Были выявлены различия во время ощущения боли (более сильное чувство облегчения), а также в данных нейровизуализации (в областях, связанных с вознаграждением) [88].

Основными функциями несуицидального самоповреждающего поведения считаются интраперсональные функции (66–81%), особенно те, которые касаются регуляции эмоций, и межличностные функции (например, выражение дистресса) были менее частыми (33–56%) [103].

1.2 Личностные особенности и самоповреждающее поведение

1.2.1 Личностные особенности у подростков

Понятие личности в психологии имеет обширное количество трактовок. В современном мире нет однозначного определения понятию «личность», и связано это со сложностью самого феномена личности. Можно сказать, что личность — это человек, обладающий определенным набором психологических свойств, на которых основываются его поступки, имеющие значение для общества.

Личность - врожденные особенности мышления, ощущений и поведения, определяющие уникальность индивида, его образ жизни и характер адаптации и являющиеся результатом конституционных факторов развития и социального положения. [14].

С. Немов определяет личность следующим образом: «Личность – это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются в общественных по природе связях и отношениях, являются устойчивыми, определяют нравственные поступки человека, имеющие существенное значение для него самого и окружающих» [23].

Понятие личностные особенности в психологии описывает устойчивые психические явления, оказывающие влияние на деятельность человека и характеризующие его с социально-психологической стороны. В структуру личностных особенностей входят способности, темперамент, характер, акцентуации, воля, эмоции, мотивация [39].

К личностным особенностям, по определению В.А. Аверина, относятся темперамент, характер, способности, мотивы, потребности, самосознание и самооценка [1].

Кеттелом выделяются такие личностные особенности как континуум замкнутости/общительности, интеллект, эмоциональная стабильность, доминантность, нормативность поведения, смелость, чувствительность, подозрительность, практичность, прямолинейность, тревожность, консерватизм, конформизм, самоконтроль, напряженность, самооценка, экстраверсия/интроверсия [2, 10]

Также к личностным особенностям относятся акцентуации характера - чрезмерное усиление и выраженность отдельных черт характера или их сочетания, проявляемые в избирательном отношении личности к психологическим воздействиям определенного рода при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим. Различные комбинации чрезмерно усиленных черт дают различные типы акцентуаций. Это понятие введено Карлом Леонгардом [4].

Поскольку наша работа рассматривает личностные особенности и факторы поведения у подростков, стоит уделить внимание описанию особенностей подросткового возраста.

Подростковый возраст является одним из самых сложных периодов в онтогенезе человека. «Подростковый период онтогенеза – это остропротекающий переход от детства к взрослости, где выпукло переплетаются противоречивые тенденции развития». [33] В рамках теории Э.

Эриксона для формирования личности особое значение имеет подростковый возраст, поскольку этот период является центральным в формировании психологического и социального благополучия индивида. Основная задача в подростковом возрасте – составление представлений о самих себе на основе многих исполняемых в жизни социальных ролей.

Ведущая деятельность в данном периоде – общение со сверстниками, родители и учителя тут уходят на второй план. Одной из важнейших особенностей является формирование самооценки и самосознания, образа «Я». Показательна для этого этапа дисгармоничность в структуре личности. Также подростковому возрасту присуще формирующееся чувство зрелости, или реакция эмансипации. Обычно реакция эмансипации влечет за собой такие явления как нетерпимости к критике, ухудшению возможности адаптации к текущим условиям. Тут у подростка появляется отношение к себе как ко взрослому, он добивается равноправия в отношениях со взрослыми, что влечет за собой конфликты. Подростковый возраст – это возраст активного формирования личности, усвоение социального опыта через собственную деятельность [8].

Восприятие ребенком себя как взрослого проявляется в претензии на равноправные отношения, в желании, чтобы к нему относились как ко взрослому, в стремлении к самостоятельному принятию решений. Также тут характерна конфликтность с окружающими, особенно со взрослыми людьми, нарушающими формирующиеся личностные границы подростка.

К так называемым психологическим новообразованиям в подростковом возрасте относятся критичность ко взрослым, гипертрофированная потребность в самостоятельности, потребность в дружбе и любви, появление группы общения, потребность в самоутверждении, формирование убеждений и идеала, потребность в самопознании и самовоспитании, противоречивость мотивов.

Важно отметить, что подростковому возрасту характерны повышенная конфликтность, эмоциональная возбудимость, лабильность настроения, обидчивость и раздражительность.

В подростковом возрасте агрессивность в поведении детей увеличивается, чему есть ряд биологически, социальных и психологических причин. Стоит отметить, что небιологические факторы занимают ведущую роль в формировании растущего человека как личности, однако фактор физиологического изменения опосредовано влияет на поведение. Также важно, что проявления в психике подростков, к которым относится и агрессивность, принимают устойчивый характер в процессе стихийно-группового общения. Агрессивность в подростковом возрасте формируется преимущественно как результат внутреннего протеста по отношению ко взрослым, причиной чего является неудовлетворенность своим социальным положением. Также на развитие агрессии подростка оказывают влияние особенности темперамента и характера. Так, возбудимость и сила эмоций могут способствовать формированию вспыльчивости и раздражительности. Также психологические состояния оказывают влияние на агрессию, например, состояния фрустрации провоцирует агрессивное поведение. Кроме этого агрессия у подростков может быть вызвана необходимостью защитить себя, а также в целях повысить социальный статус в глазах окружающих подростков [13].

Психологами выделяются четыре основные причины возникновения девиаций в поведении подростков:

- 1) Привлечение внимания.

При недостатке внимания ребенок находит способы привлечь его другими способами, включая конфликты, непослушания и т.д. В отдельных случаях данную роль выполняют самоповреждения.

- 2) Потребность самоутверждения.

Упрямство, протест и принципиальные действия против мнения родителей обуславливается потребностью отстоять право самому принимать решения.

3) Желание отомстить.

Подростки в силу своей импульсивности и лабильности настроения часто обижаются на родителей, выражается это в непослушании, снижении успеваемости и других деструктивных тенденциях, вплоть до суицидального поведения.

4) Потеря веры в собственный успех.

Негативный опыт, чрезмерная критика и плохие отношения могут формировать у ребенка низкую самооценку и утрату веры в то, что он может что-то делать хорошо. Подросток начинает считать, что можно больше не стараться [24].

1.2.2 Связь личностных особенностей и самоповреждающего поведения у подростков

Существует ряд исследований, в которых показана связь личностных особенностей подростков с самоповреждающим поведением.

В исследовании Н.А. Польской была показана связь уровня тревожности, депрессии и самооценки с тяжестью самоповреждающего поведения. (Польская) Также немаловажным является тот факт, что подростки с многократными эпизодами самоповреждающего поведения за последний год переживали эмоциональные травмы, такие как смерть или болезнь близкого человека, конфликты и т.д.

Подросток прибегает к самоповреждающему поведению в результате социально-психологической дезадаптации личности, что является результатом микросоциальных конфликтов. В таком состоянии подросток испытывает негативные эмоции, такие как беспомощность, отчаяние, невыносимая тоска и чувство личной катастрофы. К числу наиболее

распространенных причин, ведущих к самоповреждающему поведению, относятся:

- 1) утрата любимого человека;
- 2) состояние усталости, переутомления;
- 3) поддетое чувство собственного достоинства;
- 4) распад защитных механизмов личности в следствии использования спиртных напитков, психотропных средств и наркотиков;
- 5) сравнение себя с человеком, совершившим самоубийство;
- 6) разнообразные виды страхов, бешенства, грусти;
- 7) низкая самооценка [9].

В современных исследованиях речь идет о таких личностных особенностях подростков с самоповреждающим поведением как импульсивность, интеллектуальная ригидность, конфликтность, неустойчивая самооценка, склонность к самообвинению, подчиняемость, зависимость. Среди акцентуаций характера выделяются гипертимная, лабильная, эпилептоидная, психостеническая и истероидная [15] [20].

Уязвимость в эмоциональной сфере, лабильность настроения, неспособность контролировать эмоции и низкий уровень понимания своих переживаний также связаны с частотой прибегания к самоповреждающему поведению [38].

О значимости личностных особенностей в формировании склонности к самоповреждающему поведению свидетельствует исследование личностных особенностей у подростков с самоповреждениями. Григорьева М.И. в своем исследовании показала, что у группы подростков с самоповреждениями в анамнезе были сильно выражены такие акцентуации, как истерия, гипомания и депрессия. Данные результаты говорят о том, что дисгормоничность

личности является одним из факторов, способствующих появлению тенденций к самоповреждающему поведению [11].

По мнению О. О. Андронинковой, компонентами суицидального поведения в подростковом возрасте выступают такие личностные особенности как эмоциональные расстройства (депрессия), акцентуации характера и уровень волевой регуляции. В рамках вопроса о самоповреждающем поведении данные личностные особенности также можно рассматривать, поскольку суицидальное поведение является крайней степенью проявления самоповреждающего поведения [4].

В исследовании связи «Я-концепции» с самоповреждающим поведением у подростков было показано, что причиной неправильного функционирования Я-концепции является недовольство собственным телом и нарушение собственной суверенности, то есть невозможность свободно выбирать свое мировоззрение, социальные контакты, личные вещи и т.д.

Кроме этого было показано, что проявление открытой агрессии по отношению к окружающим повышает уровень самопринятия и уверенности, и снижает напряжение у подростков с самоповреждающим поведением. У подростков с самоповреждениями выше уровень эгоцентричности и ниже уровень эгоистичности. Основные механизмы защиты, используемые подростками с самоповреждениями – это замещение и вытеснение [10]. Также показана связь наличия неадаптивных копинг-стратегий и склонности к самоповреждающему поведению у девочек подростков [18].

Выводы

На основании анализа литературных источников можно сделать вывод, что самоповреждающее поведение – это аномальное состояние личности, нарушающее ее развитие, которое выражается в отрицании собственной тождественности, целостности и стремлении к

саморазрушению, проявляющимся на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Подростки являются группой риска в вопросах подверженности проявлению несуицидального самоповреждающего поведения за счет того, что подростковый возраст сам по себе является сложным переходным периодом, на котором происходит формирование идентичности, а также из-за повышенного уровня импульсивности и эмоциональности, связанного с особенностями развития мозга.

Однако, несмотря на то, что самоповреждающее поведение в подростковом возрасте способствует возникновению когнитивных искажений, сниженной самооценки, эмоциональных нарушений, а также наносит значительный вред здоровью и социальной адаптации, также самоповреждающее поведение выполняет функции эмоциональной регуляции и психосоматические функции.

Существуют разные определения и теории аутоагрессивного поведения и конкретно самоповреждающего поведения. Данная тема в настоящее время активно исследуется.

Наиболее распространенные методы самоповреждающего поведения это самопорезы, нанесение царапин, ударов, нанесение ожогов и препятствование заживлению ран

Существует связь тенденции к проявлению самоповреждающего поведения и личностными особенностями. Известно о связи самоповреждающего поведения с тревожностью, агрессивностью, импульсивностью, интеллектуальной ригидностью, конфликтностью, неустойчивой самооценкой, склонностью к самообвинению, подчиняемостью, зависимостью, гипертимной, лабильной, эпилептоидной, психостенической и истероидной акцентуациями, низким контролем эмоций и низкой степенью понимания себя.

Несуицидальное самоповреждающее поведение связано с демографическими факторами, социальными факторами, влиянием медиа, событиями детства, нейробиологическими факторами. Современные исследования показывают связь несуицидального самоповреждающего поведения с такими факторами как высокий коэффициент интеллекта, издевательства и дисфункциональные отношения.

В контексте самоповреждающего поведения среди подростков важна связь самоповреждающего поведения с социальными факторами, такими как социальное заражение, влияние социальных сетей, принадлежность к субкультуре и не гетеросексуальная ориентация.

На основании анализа литературы мы выбрали такие личностные особенности, которые представляют интерес в вопросах исследования их связи с самоповреждающим поведением. В нашей работе мы рассматриваем такие личностные особенности, как личностная и ситуативная тревожность, физическая агрессия, косвенная агрессия, вербальная агрессия, депрессивная акцентуация, истероидная акцентуация, гипоманическая акцентуация, чувство вины. А также такие факторы как антивитальные переживания и антивитальные мысли и действия. Кроме этого мы рассматриваем такие социальные факторы как ориентация, успеваемость, состав семьи и наличие значимого взрослого.

Глава 2. Экспериментальная часть

2.1 Материалы и методы исследования

В нашем исследовании мы выявили частоту самоповреждения в выборке подростков от 15 до 18 лет, а также выявить факторы самоповреждающего поведения. Мы проверили различия по количественным шкалам в группах подростков с самоповреждающим поведением и без самоповреждающего поведения по следующим факторам: Личностная тревожность; Ситуативная тревожность; Антивитальные переживания; Антивитальные мысли и действия; Депрессивная акцентуация; Истероидная акцентуация; Гипоманическая акцентуация; Физическая агрессия; Вербальная агрессия; Косвенная агрессия; Чувство вины.

Также мы провели анализ связи номинальных переменных, таких как «ориентация», «успеваемость», «состав семьи» и «наличие значимого взрослого».

Кроме этого мы провели корреляцию количественных переменных между собой.

Мы предполагаем, что проявление самоповреждающего поведения может быть связано с такими социальными факторами как ориентация, успеваемость, состав семьи, наличие значимого взрослого. Также мы считаем, что проявление самоповреждающего поведения может быть связано с такими личностными особенностями как личностная и ситуативная тревожность, депрессивная акцентуация, истероидная акцентуация, гипоманическая акцентуация, физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, чувство вины, антивитальные переживания, мысли и действия.

Для получения данных мы использовали анкету и ряд психологических опросников. Анкета включала в себя следующие вопросы:

1. Пол
2. Возраст
3. Ориентация
4. Были ли в Вашей жизни эпизоды самоповреждающего поведения?
5. Если да, то какие именно?
6. Что стало причиной такого поведения?
7. Бывали ли у Вас мысли о самоповреждении или суициде?
8. Есть ли у Вас вредные привычки? Если да, то какие?
9. Какая у Вас успеваемость в школе?
10. Опишите Вашу семейную ситуацию (полная семья, не полная семья, другое)
11. Есть ли в вашей жизни значимый взрослый человек?
12. Какие у Вас отношения с окружающими? Принимает ли Вас ваше окружение? (семья, школа, дополнительный круг общения)
13. Как вы оцениваете свои отношения с друзьями? По степени близости, доверия, комфортности нахождения рядом и т.д.
14. Есть ли у Вас близкий человек? Это такой человек, которому Вы доверяете, который Вас поддерживает и принимает.

Данная анкета является авторской разработкой, составленной на основе анализа зарубежных исследований. Сюда включены вопросы, направленные на выявление тех факторов, связь которых с самоповреждающим поведением описывается в зарубежных исследованиях. Анкета имеет целью сбор информации, которая не может быть продиагностирована с помощью опросников.

Шкала самоповреждающего поведения

Также была использована шкала самоповреждающего поведения (Польская, 2009). Данная шкала предназначена для оценки фактов самоповреждающего поведения. При разработке шкалы самоповреждающее поведение понималось как имеющее сознательный характер намерения

травмировать ткани собственного тела. Выделение маркеров было осуществлено по результатам аналитического обзора современных исследований в области самоповреждающего поведения и с помощью экспертных оценок [27]. (ПРИЛОЖЕНИЕ 1)

Методика самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина

Для диагностики уровня ситуативной и личностной тревожности мы использовали методику самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Данная методика относится к группе личностных опросников, разработанных Ч.Д. Спилбергером в 1966-1973 гг. для диагностики тревоги и тревожности.

Шкала Спилбергера – Ханина является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние или ситуативная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивая черта, свойство, диспозиция). Реактивная тревожность возникает как реакция человека на разные социально-психологические стрессоры и характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги (повышением реактивной тревожности). Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Есть данные, что в реактивной тревожности проявляются психодинамика и темперамент.

Шкала самооценки состоит из двух частей, отдельно оценивающих ситуативную тревожность (СТ, высказывания № 1-20) и личностную тревожность (ЛТ, высказывания № 21-40) (ПРИЛОЖЕНИЕ 2).

Методика диагностики показателей и форм агрессивного поведения А. Басса – А. Дарки

Данная методика позволяет выявить уровень агрессии и враждебности по таким видам реакций, как физическая и косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия и чувство вины.

Методика А. Басса – А. Дарки – личностный опросник, разработан Арнольдом Бассом и Энн Дарки в 1957 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Конструируя опросник, Басс вначале провел разграничения между враждебностью и агрессией. Враждебность была определена им как реакция отношения, скрытно-вербальная реакция, которой сопутствуют негативные чувства и негативная оценка людей и событий. Агрессию он определил как ответ, содержащий стимулы, способные причинить вред другому существу. Дальнейшая дифференциация проводилась в направлении выделения подклассов внутри враждебности и агрессии. В результате Басс и Дарки выделили два вида враждебности (обида и подозрительность) и пять видов агрессии (физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия). В литературе встречается несколько русскоязычных вариантов методики. Здесь приведена самая первая адаптация, сделанная в 1989 году С. Н. Ениколоповым. Опросник состоит из 75 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет» (ПРИЛОЖЕНИЕ 3).

Опросник антивитальности и жизнестойкости

Опросник антивитальности и жизнестойкости О.А. Сагалаковой и Д. В. Труевцева позволить провести экспресс-диагностику психологических составляющих антивитального поведения. Методика определяет стадию

развития антивитального поведения (переживания, мысли, действия) и индивидуальную систему ресурсов жизнестойкости. Опросник предназначен для измерения разных аспектов антивитальных переживаний, мыслей и действий в молодом возрасте.

Антивитальное поведение обращено против биологических (витальных) потребностей (в продолжении жизни и поддержании здоровья). Любая форма антивитальных переживаний и действий увеличивает риск суицидального поведения.

Методика разработана отечественными авторами, описана и валидизирована в 2017 году на базе АлтГУ [32]. Подшкалы и шкалы опросника АВиЖС, а также вопросы представлены в приложениях (ПРИЛОЖЕНИЕ 4).

Опросник "Мини-мульти"

Опросник "Мини-мульти" представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Первая шкала измеряет сходство личности испытуемого с астено-невротическим типом. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого к социопатическому варианту развития личности. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется, после четвертой шкалы следует шестая. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям. Седьмая шкала предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость. (ПРИЛОЖЕНИЕ 5)

Выборку исследования составили 167 подростков в возрасте от 15 до 18 лет, из которых 101 человек женского пола и 66 человек мужского пола.

В ходе исследования испытуемым была представлена анкета и ряд методик с помощью ресурса удаленной работы с документами «Google Forms». После сбора данных был проведен качественный и количественный анализ данных, включающий в себя первичную обработку данных, а также обработку данных в программе SPSS Statistics 23.

2.2 Статистический анализ данных

На стадии планирования исследования в соответствии с его целями и задачами были выбраны методы статистической обработки с помощью программы IBM SPSS Statistics 23.

Для проверки распределения на нормальность были использованы описательные статистики, такие как асимметрия и эксцесс.

Наиболее подходящими для проверки гипотезы о том, что аутоагрессивное поведение взаимосвязано с личностными особенностями и с такими факторами как ориентация, успеваемость, состав семьи, наличие значимого взрослого оказались следующие методы:

1. Описательные статистики;
2. Корреляционный анализ;
3. Критерий Стьюдента для поиска различий;
4. Критерий Хи-квадрат Пирсона.

Данные методы соответствуют поставленным нами задачам: исследовать специфику связи личностных особенностей (тревожности, агрессивности, враждебности, антивитальности, депрессивной, истероидной и гипомнической акцентуаций) у подростков с аутоагрессивным поведением и сравнить с аналогичными показателями у подростков без самоповреждающего поведения.

Для выявления различий между группами был использован критерий Стьюдента для поиска различий. Для выявления связи количественных переменных был использован корреляционный анализ (Критерий Стьюдента). Для выявления связи самоповреждающего поведения с номинальными переменными был использован критерий Хи-квадрат Пирсона.

Частотная таблица по номинальным признакам:

Признак	Частота	Процент
Мужской пол	66	39,52%
Женский пол	101	60,48%
Нет самоповреждений	125	74,85%
Есть самоповреждения	42	25,15%
Гетеросексуальность	141	84,43%
Гомо/Би - сексуальность	26	15,57%
Хорошая успеваемость	123	73,65%
Плохая успеваемость	44	26,35%
Полная семья	134	80,24%
Неполная семья	33	19,76%
Есть значимый взрослый	136	81,44%
Нет значимого взрослого	31	18,56%

В выборке преобладают подростки женского пола, без самоповреждений, с гетеросексуальной ориентацией и хорошей успеваемостью, однако в выборке в целом представлены все группы.

Описательная статистика по количественным шкалам:

Шкала	Среднее	Медиана	Мода	Ст. откл.	Асимметрия	Эксцесс
Личностная тревожность	32	31	36	5,36	0,098	0,369
Ситуативная тревожность	39	34	38	5,19	-0,263	0,590
Физическая агрессия	3	2	2	0,6	0,179	0,239
Вербальная агрессия	4	3	3	0,92	0,686	0,108
Косвенная агрессия	2	1	1	0,5	-0,913	-0,208
Враждебность	4	3	3	0,92	0,132	0,585
Антивитальные переживания	6	4	3	1,2	0,085	-0,028
Антивитальные мысли и действия	5	3	2	1,15	0,023	1,030
Чувство вины	3	4	2	0,6	-0,125	0,453
Депрессия	55	52	53	4,65	0,690	0,429
Истерия	46	48	47	3,58	-0,199	0,643
Гипомания	41	44	44	2,61	0,942	-0,539

Исходя из показателей асимметрии и эксцесса, полученных благодаря описательной статистике, мы можем говорить о том, что распределение нашей выборки нормально: асимметрия $[-1;1]$ и эксцесс $[-1;1]$.

Критерий Стьюдента для поиска различий:

Шкала	Есть СП		Нет СП		p-value
	Среднее	Ст. откл.	Среднее	Ст. откл.	
Личностная тревожность	47	4,4	29	5,8	0,0147*
Ситуативная тревожность	51	6,9	34	6,8	0,0121*
Физическая агрессия	2	0,46	5	1,01	0,0905
Вербальная агрессия	2,54	0,55	7	1,4	0,0514*
Косвенная агрессия	5	1,15	3	0,6	0,0335*
Враждебность	7	1,4	2,2	0,44	0,0677
Антивитальные переживания	9	2,16	3	0,72	0,0121*
Антивитальные мысли и действия	6	1,2	2	0,46	0,0107*
Чувство вины	7	1,61	2,66	0,58	0,0462*
Депрессия (D)	65	7	51	3,2	0,0019**
Истерия (Hy)	71	8,91	39	9,97	0,0023**
Гипомания (Ma)	60	13,8	32	6,72	0,0734

СП – спмоповреждающее поведение (*= $p<0,05$; **= $p<0,01$)

По данным таблицы можно увидеть, что обнаружены значимые различия по следующим признакам:

Различия на уровне $p<0,01$ по шкалам Депрессия (D) и Истерия (Hy).

Различия на уровне $p<0,05$ по шкалам Личностная тревожность, Ситуативная тревожность, Вербальная агрессия, Косвенная агрессия, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия, Чувство вины.

Направление различий можно увидеть по значению среднего.

Корреляция количественных переменных:

Шкала	Л.Т.	С.Т.	Ф.А.	В.А.	К.А.	Вр.	А.П.	АМиД	Ч.В.	Деп.	Ист.	Гип.
Личностная тревожность		,743** 0,004	,299 0,274	,585* 0,047	,570* 0,050	,204 0,594	,737* 0,031	,669* 0,013	,503* 0,028	,539* 0,021	,554* 0,045	,350 0,227
Ситуативная тревожность	,743** 0,004		,255 0,193	,595* 0,023	,519* 0,044	,366 0,298	,531* 0,024	,526* 0,048	,510* 0,015	,799** 0,002	,532* 0,039	,275 0,462
Физическая агрессия	,299 0,274	,255 0,193		,218 0,547	,330 0,495	,295 0,054	,350 0,293	,433 0,376	,254 0,834	,310 0,318	,588* 0,027	,213 0,288
Вербальная агрессия	,585* 0,047	,595* 0,023	,218 0,547		,457 0,163	,239 0,094	,578* 0,046	,524* 0,032	,530* 0,022	- ,637** 0,009	,511* 0,049	,258 0,731
Косвенная агрессия	,570* 0,050	,519* 0,044	,330 0,495	,457 0,163		,223 0,539	,397 0,283	,361 0,174	,546* 0,016	,348 0,893	,501* 0,032	,595* 0,042
Враждебность	,204 0,594	,366 0,298	,295 0,054	,239 0,094	,223 0,539		,462 0,384	,285 0,296	,220 0,843	,417 0,149	,325 0,139	,536* 0,023
Антивита́льные переживания	,737* 0,031	,531* 0,024	,350 0,293	,578* 0,046	,397 0,283	,462 0,384		,663** 0,009	,512* 0,018	,766** 0,004	,560* 0,043	,415 0,273
Антивита́льные мысли и действия	,669* 0,013	,526* 0,048	,433 0,376	,524* 0,032	,361 0,174	,285 0,296	,663** 0,009		,512* 0,015	,886** 0,007	,579* 0,021	,394 0,326
Чувство вины	,503* 0,028	,510* 0,015	,254 0,834	,530* 0,022	,546* 0,016	,220 0,843	,512* 0,018	,512* 0,015		,607** 0,006	,305 0,253	,377 0,592
Депрессия	,539* 0,021	,799** 0,002	,310 0,318	- ,637** 0,009	,348 0,893	,417 0,149	,766** 0,004	,886** 0,007	,607** 0,006		,251 0,493	,211 0,844
Истерия	,554* 0,045	,532* 0,039	,588* 0,027	,511* 0,049	,501* 0,032	,325 0,139	,560* 0,043	,579* 0,021	,305 0,253	,251 0,493		,277 0,059
Гипомания	,350 0,227	,275 0,462	,213 0,288	,258 0,731	,595* 0,042	,536* 0,023	,415 0,273	,394 0,326	,377 0,592	,211 0,844	,277 0,059	
Шкала самоповреждающего поведения	0,523* 0,014	0,569* 0,012	- 0,3 0,900	- 0,3* 0,050	0,342* 0,033	-0,353 0,067	0,5* 0,018	0,5* 0,013	0,455* 0,046	0,45** 0,001	0,531** 0,002	0,57 0,073
N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167

Корреляция количественных переменных (*= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$)

По данным таблицы можно увидеть, что обнаружены значимые связи по следующим признакам:

Связь на уровне $p < 0,01$ по следующим шкалам:

Шкала самоповреждающего поведения со шкалами Депрессия (D) и Истерия (Hy). Шкала Депрессия (D) со шкалами Ситуативная тревожность, Вербальная агрессия, Чувство вины, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия. Также между собой связаны шкалы Ситуативная тревожность – Личностная тревожность, Антивитальные переживания – Антивитальные мысли и действия.

Связь на уровне $p < 0,05$ по следующим шкалам:

Шкала самоповреждающего поведения со шкалами Ситуативная тревожность, Личностная тревожность, Вербальная агрессия, Косвенная агрессия, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия, Чувство вины. Шкала Гипомании со шкалой Враждебности. Шкала Истерия со шкалами Личностная и Ситуативная тревожность, Физическая агрессия, Вербальная агрессия, Косвенная агрессия, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия. Шкала Депрессии и шкала Личностная тревожность. Шкала Чувство вины со шкалами Личностная и Ситуативная тревожность, Вербальная агрессия, Косвенная агрессия, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия. Шкалы Антивитальные переживания и Антивитальные мысли и действия связаны со шкалами личностной и ситуативной тревожности, вербальной агрессии.

Направление связи можно увидеть по знаку коэффициента.

Критерий Хи-квдарт Пирсона для описания связи номинальных переменных с самоповреждающим поведением.

Ориентация* Есть/Нет самоповреждения					
			СП		Total
			НЕ СП	СП	
Ориентация	Гетеро	Count	116	25	141
	Гомо	Standardized Residual	1,7	-1,3	
		Count	9	17	26
		Standardized Residual	-1,38	1,5	
Total		Count	125	42	167

Успеваемость* Есть/Нет самоповреждения					
			СП		Total
			НЕ СП	СП	
Успеваемость	Хорошая	Count	90	33	123
	Низкая	Standardized Residual	0,4	0,2	
		Count	35	9	44
		Standardized Residual	0,9	1,1	
Total		Count	125	42	167

Состав семьи* Есть/Нет самоповреждения					
			СП		Total
			НЕ СП	СП	
Состав семьи	Полная	Count	102	32	134
		Standardized Residual	0,8	1	
	Не полная	Count	23	10	33
		Standardized Residual	0,3	0,7	
Total		Count	125	42	167

Наличие значимого взрослого*Есть/Нет самоповреждения					
			СП		Total
			НЕ СП	СП	
Значимый взрослый	Есть	Count	105	31	136
		Standardized Residual	0,6	0,9	
	Нет	Count	20	11	31

		Standardized Residual	0,5	1,2	
Total		Count	125	42	167

Переменная «ориентация» оказалась связана с самоповреждающим поведением на уровне значимости $p < 0,05$.

2.3 Результаты исследования

После анализа различий в группах подростков с самоповреждающим поведением и без самоповреждающего поведения были получены следующие результаты:

Были обнаружены различия на уровне значимости $p < 0,01$ по таким показателям как депрессивная акцентуация и истероидная акцентуация. В группе подростков с самоповреждающим поведением показатели по данным акцентуациям значительно выше, чем в группе подростков без самоповреждающего поведения.

Также были обнаружены различия на уровне значимости $p < 0,05$ по таким показателям как личностная и ситуативная тревожность, вербальная и косвенная агрессия, антивитальные мысли и действия и антивитальные переживания, чувство вины. В группе у подростков с самоповреждающим поведением показатели ситуативной и личностной тревожности значительно выше, чем в группе подростков без самоповреждений. Кроме этого, показатели по шкалам косвенная агрессия и чувство вины выше в группе подростков с самоповреждениями. Показатель вербальной агрессии выше в группе подростков без самоповреждений.

В результате исследования связи между количественными переменными были получены следующие данные:

Были обнаружены прямые связи на уровне значимость $p < 0,01$ шкалы самоповреждающего поведения с другими шкалами, такими, как депрессивная и истероидная акцентуации. Это означает, чем выше показатель по шкале самоповреждающего поведения, тем выше уровень депрессивной и истерической акцентуации у подростков.

Были обнаружены прямые связи на уровне значимость $p < 0,05$ шкалы самоповреждающего поведения с другими шкалами, такими, как личностная

и ситуативная тревожность. Это означает, чем выше показатель по шкале самоповреждающего поведения, тем выше показатели по шкала ситуативной и личностной тревожности.

Были обнаружены прямые связи на уровне значимости $p < 0,05$ шкалы самоповреждающего поведения с другими шкалами, такими, как антивитаальные мысли и действия и антивитаальные переживания. Это означает, чем выше показатель по шкале самоповреждающего поведения, тем выше уровень по шкалам антивитаальные переживания и антивитаальные мысли и действия.

Были обнаружены прямые связи на уровне значимости $p < 0,05$ шкалы самоповреждающего поведения с другими шкалами, такими, как косвенная агрессия и чувство вины. Это означает, чем выше показатель по шкале самоповреждающего поведения, тем выше уровень косвенной агрессии и чувства вины.

Также была обнаружена обратная связь на уровне значимости $p < 0,05$ шкалы самоповреждающего поведения с показателем вербальной агрессии. Это означает, чем выше показатель по шкале самоповреждающего поведения, тем ниже уровень вербальной агрессии.

В результате анализа связи номинальных переменных с самоповреждающим поведением были получены следующие данные:

Была обнаружена связь на уровне значимости $p < 0,05$ показателя «ориентация». Это означает, что подростки с не гетеросексуальной ориентацией более склонны к самоповреждающему поведению. Аналогичных связей по показателям «успеваемость», «состав семьи» и «наличие значимого взрослого» обнаружено не было.

Дополнительные результаты:

Были обнаружены следующие значимые ($p < 0,05$) связи количественных переменных между собой:

Шкала Гипомании связана со шкалой Враждебности.

Шкала Истерия связана со шкалами Личностная и Ситуативная тревожность, Физическая агрессия, Вербальная агрессия, Косвенная агрессия, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия.

Шкала Депрессии связана со шкалой Личностная тревожность.

Шкала Чувство вины связана со шкалами Личностная и Ситуативная тревожность, Вербальная агрессия, Косвенная агрессия, Антивитальные переживания, Антивитальные мысли и действия.

Шкалы Антивитальные переживания и Антивитальные мысли и действия связаны со шкалами личностной и ситуативной тревожности, вербальной агрессии.

Заключение

Целью данной работы было изучить личностные особенности, показатели и факторы аутоагрессивного поведения у подростков.

В ходе исследования был проведен анализ литературных источников на тему аутоагрессивного поведения. Был проведен анализ современных исследований на тему личностных особенностей подростков с тенденцией к самоповреждающему поведению. Были выявлены и описаны личностные особенности людей с тенденцией к самоповреждающему поведению. Были определены социальные факторы самоповреждающего поведения у подростков. Была определена специфика связи между личностными особенностями, социальными факторами и самоповреждающим поведением у подростков.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1) Личностная и ситуативная тревожность имеет положительную корреляцию и сильный характер связи с самоповреждающим поведением, а также показатели уровня тревожности значительно различаются у группы с самоповреждающим поведением и группы без самоповреждающего поведения. Это означает, что личность с высокими показателями личностной и ситуативной тревожности наиболее вероятно будет иметь склонность к аутоагрессивным тенденциям. Предположительно, высокий уровень ситуативной и личностной тревожности приводит к снижению сопротивляемости стрессу, совладать с которым продуктивным способом индивид не в состоянии. Высокий уровень личностной и ситуативной тревожности может увеличивать риск возникновения побуждения к причинению себе физического вреда в силу того, что напряжение, вызванное тревогой, не находит должной разрядки, а самоповреждение имеет одной из своих функций снятие психического напряжения. На пике

переживания, чтобы снизить внутреннее напряжение или же выразить его (воплотить в видимой форме) индивид может прибегать к причинению себе физической боли – осязаемой и видимой, тем самым достигая субъективно более стабильного состояния;

2) Показатели уровня антивитаальных переживаний и антивитаальных мыслей и действий имеют положительную корреляцию с самоповреждающим поведением, а также показатели по данным шкалам значительно различаются у группы с самоповреждающим поведением и группы без самоповреждающего поведения. Подросткам, склонным к самоповреждениям, характерны переживания, мысли и действия, направленные против биологических (витаальных) потребностей, таких как потребность в здоровье, продолжении жизни и проч. Антивитаальные переживания, мысли и действия являются показателем склонности личности к самоповреждающему поведению. Антивитаальные переживания и мысли могут быть предиктором самоповреждающего поведения, а также суицидального поведения.

3) Самоповреждающее поведение связано с сексуальной ориентацией. Исследование показало, что в группе людей с негетеросексуальной ориентацией в процентном соотношении случаев самоповреждающего поведения у испытуемых больше, чем в группе подростков с гетеросексуальной ориентацией. Стигматизация вопроса вариативности сексуальной идентичности в России порождает неблагоприятные социальные условия для подростков, чувствующих у себя склонность к не традиционной для нашего общества ориентации. Данные переживания могут быть достаточно стрессогенными, чтобы приводить к такому способу совладания со стрессом и регуляций своего эмоционального состояния, как самоповреждающее поведение. Кроме этого, самоповреждающее поведение тут может быть способом ощущать свои физические границы в пространстве в противовес границам идентичности, которые кажутся подростку в такой ситуации шаткими.

Также, можно предположить, что самоповреждающее поведение тут может являться формой социального протеста.

4) Отрицательная корреляция самоповреждающего поведения с физической и вербальной агрессией, а также враждебностью, может быть показателем того, что агрессивные тенденции личности направлены на себя. Индивид уже не нуждается во внешней разрядке, поскольку наел способ справляться с эмоциями и снимать напряжение с помощью самоповреждений. Также индивид может не проявлять физической агрессии, если это не принято в его социальном кругу, таким образом порицание проявления агрессии могло стать причиной появления аутоагрессивных тенденций.

5) Также была выявлена связь самоповреждающего поведения с чувством вины. Чувство вины является негативно окрашенным эмоциональным переживанием, и может являться как причиной, так и следствием самоповреждающего поведения. Как правило, после акта самоповреждения человек ощущает непродолжительное облегчение, но вскоре появляются чувство вины и стыда, которые порождают новые эпизоды самоповреждающего поведения.

6) По результатам исследования мы можем утверждать, что существует взаимосвязь между самоповреждающим поведением и депрессивным и истероидным типом личности. Предположительно, депрессивным личностям менее свойственно реализовывать агрессивные импульсы в непосредственной физической форме. Кроме этого, им свойственны сниженное настроение, снижение мотивации, упаднический взгляд на мир, что может приводить к самоповреждению с целью ухода из жизни. Истероидный тип личности, наоборот, осознанно или нет, может использовать самоповреждения с целью привлечения внимания.

7) Отсутствие связи аутоагрессивного поведения и таких социальных факторов как успеваемость, состав семьи и наличие значимого взрослого

говорит о том, что, вероятно, данные факторы не вносят сильного вклада в формировании тенденции к самоповреждающему поведению. Вероятно, было бы правильнее исследовать дисфункциональные отношения в семье, а не состав семьи и наличие значимого взрослого.

Таким образом, в результате исследования теоретическая и эмпирическая гипотеза частично подтвердились. Подтвердилось предположение о связи тенденции к проявлению самоповреждающего поведения с личностными особенностями, такими как тревожность, антивитальность, косвенная агрессия, а также вербальная агрессия (обратная связь). Не подтвердилась предположение о прямой связи самоповреждающего поведения с физической агрессией и враждебностью, была обнаружена обратная связь с физической агрессией. Предположение о связи самоповреждающего поведения с типологическими особенностями частично подтвердилось. Были обнаружены прямые корреляции самоповреждающего поведения с депрессивной и истероидной акцентуациями. Связь самоповреждающего поведения и гипоманической акцентуации не подтвердилась.

Как дополнительный результат была показана связь самоповреждающего поведения с чувством вины.

Также подтвердилось предположение о связи аутоагрессивных тенденций в поведении с сексуальной ориентацией. Предположения о связи других социальных факторов, таких как успеваемость, состав семьи и наличие значимого взрослого, с самоповреждающим поведением не подтвердилось.

Список литературы

1. Аверин, В.А. Психология личности: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 89 с.)
2. Амбрумова, А.Г. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций / А.Г. Амбрумова, Е.Г. Трайнина, Н.А. Ратинова // Шестой Всероссийский съезд психиатров, г. Томск, 24–26 октября 1990: Тез. докл. – Т. 1. – М., 1990. – С. 105–106.
3. Амбрумова, А.Г. Аутодеструктивное поведение подростков / А.Г. Амбрумова, Е.Г. Трайнина, Л.Я. Уманский // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сб. научн. трудов / Отв. ред. В.В. Ковалев. – М., 1989. – С. 52–62.
4. Андроникова, О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением // Вестн. Том. гос. ун-та. 2010. №332.
5. Антонян Ю.М., Бойко И.Б., Верещагин В.А. Насилие среди осужденных. М., 1994.
6. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С., Сарафрази Т. Т., Психологические аспекты агрессии и агрессивного поведения: современное состояние проблемы.
7. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб: Питер, 2001. — 352 с: ил. — (Серия «Мастера психологии»). ISBN 5-887-82294-5
8. Выготский Л.С. Проблемы развития психики. – М.: Педагогика, 1982 – 368 с.
9. Горбачева, А.В., «Индивидуально-психологические детерминанты самоповреждающего поведения подростков», ВКР «Тольяттинский государственный университет» 2017

10. Горбачева, В.В., «Особенности Я-концепции подростков с саморазрушающим поведением», Выпускная квалификационная работа 2018, Санкт-Петербургский Государственный Университет.
11. Григорьева М.И., Мозгачева Е.С. Личностные особенности лиц молодого возраста с самоповреждающим поведением ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии) Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2020. Том 10. № 1
12. Дарьин, Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. Медицинский вестник Юга России. 2019;10(4):6-14. DOI 10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14
13. Закондырина, В.А. Взаимосвязь аутоагрессивного поведения и социально-психологической адаптации подростков: дис. кан. психол. наук. – М., 2009
14. Игашев К. //Краткий толковый психолого-психиатрический словарь, 2008.
15. Ипатов А.В. Психологические детерминанты аутодеструктивного поведения подростков и механизмы его коррекции/Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. 2017. 361с.
16. Кириенко, А. А. Индивидуально-личностные подростков различных типов направленности личности: дисс. канд. псих.наук: – М.: РУДН, 2014 – 198 с.
17. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. — М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012.
18. Красильникова, А.М., Пыркова К.В. «Самоповреждающее поведение детей и подростков с психическими расстройствами»,

Неврологический вестник Казанский (Приволжский) федеральный университет, — 2019 — Т. вып. 2 — С. 85—91

19. Личко, А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования: Материалы симпозиума. Л., 1990. -С.77-82.

20. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. Аутодеструктивное поведение подростков//Современная терапия в психиатрии и неврологии. №1. 2016. С.30-33.

21. Михайлова, О.Б., Сафи С.М., Шептура А.В. Агрессивность личности: основные подходы и перспективы в изучении // Интернет-журнал «Мир науки» 2017, Том 5, номер 6.

22. Мясищев Б, Зинченко В.// Большой психологический словарь / Агрессия — Олма-пресс, 2004.

23. Немов, Р.С.// Психологический словарь. — М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. — 560 с. : ил.ISBN 978-5-691-01515-1

24. Обухова, Л.Ф. «Возрастная психология». Учебное пособие – М.: Педагогическое общество России. – 1999

25. Положий, Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б.С. Положий. – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.

26. Польская, Н.А. К проблеме эмпирического изучения самоповреждающего поведения // Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы.

27. Польская, Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дисс. канд. псих. наук: 19.00.04 / Польская Наталья Анатольевна – М.: МГППУ, 2017 – 422 с./

28. Попов, Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1994. №1.

29. Ратинов, А.Р., Ситковская О.Д. Насилие, агрессия, жестокость как объекты криминально-психологического исследования: Сб-к научных трудов. – М., 1989 – С. 15
30. Реан, А.А. Агрессия и агрессивность личности. – СПб., 1996 – С. 347 [15]
31. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В., К вопросу об уточнении содержания понятия, «аутоагрессивное поведение», Каф. психиатрии, наркологии и клинической психологии, Белгородский государственный университет.
32. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник «Антивитальность и Жизнестойкость» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 2(43). – С. 4
33. Семенюк, Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. – М., 1996 – 96 с.
34. Сербина, Любовь Федоровна Особенности агрессивного поведения подростков // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2011.
35. Соловьёва, С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: автореф. дис. канд. психол. наук. – СПб., 1996 – 600 с.
36. Степанов С.С. Дефектология. Словарь справочник. – М.: Сфера. – 2004.
37. Степанов, С. С. Популярная психологическая энциклопедия: - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 672 с. ISBN 5-699-08839-3
38. Стуклов, К.А. Структура личности и самоповреждающее поведение /К.А. Стуклов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016 – №4. – С. 236-
39. Хоменко, Н. В. Х76 Личность. Теории личности : учеб.-метод. пособие / Н. В. Хоменко. – Минск : БГМУ, 2017. – 28 с. ISBN 978-985-567-678-3.
40. Шестакова Е. Г., Дорфман Л. Я. Агрессивное поведение и агрессивность личности // Образование и наука. 2009. №7.

41. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М., 2005.
42. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*. 2012;130(1):39-45. doi:10.1542/peds.2011-2094
43. Baumeister RF, Scher SJ. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychol Bull*. 1988;104(1):3-22. doi:10.1037/0033-2909.104.1.3).
44. Bowes L, Carnegie R, Pearson R, et al. Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: a longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(9):793-800. doi:10.1016/S2215-0366(15)00164-9
45. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:55-64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009
46. Brown RC, Fischer T, Goldwich AD, Keller F, Young R, Plener PL. #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychol Med*. 2018;48(2):337-346. doi:10.1017/S0033291717001751
47. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3):20. doi:10.1007/s11920-017-0767-9
48. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016
49. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*.
50. Chang SS, Chen YY, Heron J, Kidger J, Lewis G, Gunnell D. IQ and adolescent self-harm behaviours in the ALSPAC birth cohort. *J Affect Disord*. 2014;152-154:175-182. doi:10.1016/j.jad.2013.09.005

51. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44(3):371-394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005
52. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):297-303. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297
53. Dickstein DP, Puzia ME, Cushman GK, et al. Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(10):1127-1136. doi:10.1111/jcpp.12385
54. DSM-5 development: Non-suicidal self injury. American Psychiatric Association, 2013.
55. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(8):537-542. doi:10.1097/00005053-200008000-00010
56. Favazza AR, Rosenthal RJ. Varieties of Pathological Self-mutilation. *Behav Neurol.* 1990;3(2):77-85. doi:10.3233/BEN-1990-3202
57. Fofana B, Humphreys G, Rasul G, Cloutier S, Somers D. Assessment of molecular diversity at QTLs for preharvest sprouting resistance in wheat using microsatellite markers. *Genome.* 2008;51(5):375-386. doi:10.1139/G08-022
58. Frost M, Casey L. Who Seeks Help Online for Self-Injury?. *Arch Suicide Res.* 2016;20(1):69-79. doi:10.1080/13811118.2015.1004470
59. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cogn Behav Ther.* 2008;37(1):14-25. doi:10.1080/16506070701819524
60. Gratz, K.L. Risk factors for and functions of deliberate Self-Harm: An empirical and conceptual review / K.L. Gratz // *Clinical Psychology: Science and Practice.* – 2003. – Vol. 10 (2). – P. 192–205

61. Groschwitz RC, Plener PL, Groen G, Bonenberger M, Abler B. Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: An fMRI study. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2016;255:43-49. doi:10.1016/j.pscychresns.2016.08.001
62. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*. 2018;27(2):257-261. doi:10.17219/acem/66353
63. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2011;186(1):65-70. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.056
64. Hawton K, Harriss L. How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(6):650-660. doi:10.1521/suli.2008.38.6.650
65. Izadi-Mazidi M, Yaghubi H, Mohammadkhani P, Hassanabadi H. Assessing the Functions of Non-Suicidal Self-Injury: Factor Analysis of Functional Assessment of Self-Mutilation among Adolescents. *Iran J Psychiatry*. 2019;14(3):184-191.
66. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2013;17(1):1-19. doi:10.1080/13811118.2013.748404
67. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(1):157-161. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.05.009
68. Kaess M, Parzer P, Mattern M, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res*. 2013;206(2-3):265-272. doi:10.1016/j.psychres.2012.10.012
69. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008;192(3):166-170. doi:10.1192/bjp.bp.106.030650
70. Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Inj Prev*. 2009;15(6):403-408. doi:10.1136/ip.2009.021949

71. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):524-531. doi:10.1016/S2215-0366(15)00165-0
72. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011;127(3):e552-e557. doi:10.1542/peds.2010-2317
73. Lewis SP, Mahdy JC, Michal NJ, Arbuthnott AE. Googling Self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatr*. 2014;168(5):443-449. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.187
74. Lewis SP, Rosenrot SA, Messner MA. Seeking validation in unlikely places: the nature of online questions about non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res*. 2012;16(3):263-272. doi:10.1080/13811118.2012.695274
75. Lewis SP, Seko Y. A Double-Edged Sword: A Review of Benefits and Risks of Online Nonsuicidal Self-Injury Activities. *J Clin Psychol*. 2016;72(3):249-262. doi:10.1002/jclp.22242
76. Linehan, M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder / M. Linehan. – NY: Guilford Press, 1993;
77. Ludäscher P, von Kalckreuth C, Parzer P, et al. Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(3):351-357. doi:10.1007/s00787-014-0585-0
78. Lutz C, Marinus L, Chase W, Meyer J, Novak M. Self-injurious behavior in male rhesus macaques does not reflect externally directed aggression. *Physiol Behav*. 2003;78(1):33-39. doi:10.1016/s0031-9384(02)00886-7
79. McDermott E, Roen K, Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex*. 2008;10(8):815-829. doi:10.1080/13691050802380974
80. Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):162-178. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.006
81. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of

adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):12-23.
doi:10.1521/suli.34.1.12.27769

82. Nater UM, Bohus M, Abbruzzese E, et al. Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psychosocial stress in female patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1565-1572. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.06.002

83. Nelson FL, Farberow NL. Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. *J Gerontol.* 1980;35(6):949-957. doi:10.1093/geronj/35.6.949

84. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010

85. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(5):885-890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885

86. Nock, M.K. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors / M.K. Nock // *Applied and Preventive Psychology*. – 2008. – Vol. 12 (4). – P. 159–168

87. Nock, M.K. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents / M.K. Nock, M.J. Prinstein // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2005. – Vol. 114 (1). – P. 140–146

88. Osuch E, Ford K, Wrath A, Barth A, Neufeld R. Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Res.* 2014;223(2):104-112. doi:10.1016/j.psychresns.2014.05.003

89. Oyefeso A, Brown S, Chiang Y, Clancy C. Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates. *Drug Alcohol Depend.* 2008;98(3):227-234. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.06.004

90. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry.* 1983;140(7):867-872. doi:10.1176/ajp.140.7.867

91. Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, Ludolph AG, Lulé D. Prone to excitement: adolescent females with Non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Res.* 2012;203(2-3):146-152. doi:10.1016/j.psychresns.2011.12.012
92. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med.* 2009;39(9):1549-1558. doi:10.1017/S0033291708005114
93. Powell, S.B. A rodent model of spontaneous stereotypy: initial characterization of developmental, environmental, and neurobiological factors / S.B. Powell, H.A. Newman, J.F. Pendergast, M.H. Lewis // *Physiology and Behavior.* – 1999. – Vol. 66. – P. 355–363.
94. PubMed [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=autoaggressive+biaviour>. – Дата доступа: 4.03.2020.
95. Reitz S, Kluetsch R, Niedtfeld I, et al. Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *Br J Psychiatry.* 2015;207(2):165-172. doi:10.1192/bjp.bp.114.153379
96. Rosen PM, Walsh B, Lucas P. The effects of unstable clients in adolescent treatment: contagion versus continuity. *Adolescence.* 1988;23(89):29-34.
97. Solomon Y, Farrand J. "Why don't you do it properly?" Young women who self-injure. *J Adolesc.* 1996;19(2):111-119. doi:10.1006/jado.1996.0011
98. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):427-432. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.427
99. Stein, D.J. Phenomenology of stereotypic movement disorder / D.J. Stein, D.J.H. Niehaus, S. Seedat, R.A. Emsley // *Psychiatric Annals.* – 1998. – Vol. 28. – P. 307–312.

100. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(5):531-554. doi:10.1016/s0272-7358(97)00105-0
101. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(4):409-421. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409
102. Taiminen TJ, Kallio-Soukainen K, Nokso-Koivisto H, Kaljonen A, Helenius H. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(2):211-217. doi:10.1097/00004583-199802000-00014
103. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury [published correction appears in *J Affect Disord.* 2019 Dec 1;259:440]. *J Affect Disord.* 2018;227:759-769. doi:10.1016/j.jad.2017.11.073
104. Thomassin K, Shaffer A, Madden A, Londino DL. Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Res.* 2016;244:103-108. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.050
105. Tschan T, Schmid M, In-Albon T. Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:17. Published 2015 Jul 8. doi:10.1186/s13034-015-0051-x
106. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry.* 1991;148(12)
107. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, et al. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health.* 2011;59(8):691-698. doi:10.1080/07448481.2010.529626
108. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med.* 2012;42(4):717-726. doi:10.1017/S0033291711001814
109. Yates TM, Carlson EA, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol.* 2008;20(2):651-671. doi:10.1017/S0954579408000321

110. Young R, Sproeber N, Groschwitz RC, Preiss M, Plener PL. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*. 2014;14:137. Published 2014 May 22. doi:10.1186/1471-244X-14-137

111. Young, R. Young people who self-harm / R. Young, M. van Beinum, H. Sweeting, P. West // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 191 (1). – P. 44–49.

112. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry*. 1996;37(1):12-16. doi:10.1016/s0010-440x(96)90044-9

Приложения

Приложение 1. Шкала причин самоповреждающего поведения (Польская Н.А., 2014)

Инструкция. Эта шкала направлена на изучение действий самоповреждающего характера (например, самопорезы, самоожоги и т.п.). Ниже указаны различные действия самоповреждающего характера. Отметьте, пожалуйста, какие из них свойственны Вам.

№	Действия, связанные с самоповреждением	1 никогда	2 один раз	3 иногда	4 часто
1	Порезы режущими предметами				
2	Уколы или проколы кожи острыми предметами				
3	Самоожоги				
4	Удары кулаком по своему телу				
5	Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям				
6	Выдергивание волос				
7	Расчесывание кожи				
8	Обкусывание ногтей				
9	Сковыривание болячек, чтоб дольше не заживали				
10	Обкусывание губ				
11	Прикусывание щек или языка				
12	Другое				

Приложение 2. Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера)

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4

20	Мне приятно	1	2	3	4
----	-------------	---	---	---	---

Шкала личной тревожности (ЛТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко раstraиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Приложение 3. Методика диагностики показателей и форм агрессивного поведения А. Басса – А. Дарки

1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим. да / нет
2. Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю. да / нет
3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь. да / нет
4. Если меня не попросят по-хорошему, я не выполняю. да / нет
5. Я не всегда получаю то, что мне положено. да / нет
6. Я не знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной. да / нет
7. Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать. да / нет
8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести. да / нет
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека. да / нет
10. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами. да / нет
11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам. да / нет
12. Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его. да / нет
13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами. да / нет
14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружелюбно, чем я ожидал. да / нет
15. Я часто бываю несогласен с людьми. да / нет
16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь. да / нет
17. Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему. да / нет
18. Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверями. да / нет
19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется. да / нет
20. Если кто-то воображает себя начальником, я всегда поступаю ему наперекор. да / нет
21. Меня немного огорчает моя судьба. да / нет
22. Я думаю, что многие люди не любят меня. да / нет
23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной. да / нет
24. Люди, увиливающие от работы, должны испытывать чувство вины. да / нет
25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку. да / нет
26. Я не способен на грубые шутки. да / нет
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются. да / нет
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались. да / нет
29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится. да / нет
30. Довольно многие люди завидуют мне. да / нет
31. Я требую, чтобы люди уважали меня. да / нет
32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей. да / нет
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их "щелкнули по носу". да / нет
34. Я никогда не бываю мрачен от злости. да / нет
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь. да / нет
36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания. да / нет
37. Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть. да / нет
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются. да / нет
39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к "сильным" выражениям. да / нет
40. Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены. да / нет
41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня. да / нет

42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь. да / нет
43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием. да / нет
44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел. да / нет
45. Мой принцип: "Никогда не доверять "чужакам". да / нет
46. Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать, что я о нем думаю. да / нет
47. Я делаю много такого, о чем впоследствии жалею. да / нет
48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь. да / нет
49. С детства я никогда не проявлял вспышек гнева. да / нет
50. Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться. да / нет
51. Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко работать. да / нет
52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня. да / нет
53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ. да / нет
54. Неудачи огорчают меня. да / нет
55. Я дерусь не реже и не чаще чем другие. да / нет
56. Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее. да / нет
57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку. да / нет
58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо. да / нет
59. Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю. да / нет
60. Я ругаюсь только со злости. да / нет
61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть. да / нет
62. Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее. да / нет
63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу. да / нет
64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся. да / нет
65. У меня нет врагов, которые бы хотели мне навредить. да / нет
66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает. да / нет
67. Я часто думаю, что жил неправильно. да / нет
68. Я знаю людей, которые способны довести меня до драки. да / нет
69. Я не огорчаюсь из-за мелочей. да / нет
70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня. да / нет
71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение. да / нет
72. В последнее время я стал занудой. да / нет
73. В споре я часто повышаю голос. да / нет
74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям. да / нет
75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить. да / нет

Приложение 4. Опросник антивитальности и жизнестойкости.

Наименования шкал и субшкал Опросника АВиЖС

Параметры-шкалы жизнестойкости	Параметры-шкалы антивитальности
Шкала 1. Психологическая поддержка. Шкала 2. Функциональная семья. Шкала 3. Удовлетворенность жизнью. Шкала 4. Стремление к успеху. Шкала 5. Саморегуляция. Шкала 6. Позитивный образ будущего.	Шкала 1. Антивитальные мысли и действия 1) <i>антивитальные мысли;</i> 2) <i>антивитальные действия как совладание с напряжением;</i> 3) <i>импульсивность поведения;</i> 4) <i>демонстративность.</i> Шкала 2. Антивитальные переживания 1) <i>негативный образ настоящего и будущего;</i> 2) <i>заброшенность;</i> 3) <i>беспомощность;</i> 4) <i>неопосредованность эмоций.</i> Шкала 3. Страх негативной оценки 1) <i>гелотофобия;</i> 2) <i>дисморфофобия.</i> Шкала 4. Микросоциальный конфликт 1) <i>конфликт в семье;</i> 2) <i>конфликт в группе сверстников;</i> 3) <i>конфликт с педагогами.</i> Шкала 5. Одиночество, недоверчивость. Шкала 6. Вредные привычки. Шкала 7. Тревожные руминации. Шкала 8. Склонность к асоциальному поведению.

Инструкция к Опроснику: Оцените, насколько Вы согласны с данными утверждениями? Долго не задумывайтесь над ответом.

Варианты ответа: 0 — нет, 1 — скорее нет, 2 — скорее да, 3 — да.

Пункты Опросника

1. Можно с уверенностью сказать, у меня есть надежные друзья.
2. Я стараюсь не доверять людям, так как они могут предать.
3. Даже среди других людей я чувствую себя одиноко.
4. У меня есть цель в жизни.
5. В моей жизни есть опыт, когда со мной жестоко обращались близкие люди.
6. После какой-нибудь неудачи я долго думаю о том, что произошло.
7. Моя жизнь не имеет большого значения для меня.
8. Мне кажется, что настоящая жизнь проходит мимо меня.
9. У меня случаются такие конфликты со сверстниками, после которых я долго не могу прийти в себя.
10. К моим друзьям я могу обратиться с любым затруднением – они помогут.
11. Я считаю, что могу справиться с возникающими в жизни трудностями.
12. Временами я чувствую такую обиду и душевную боль, что хочется кричать.
13. Я обсуждаю с членами своей семьи то, что меня беспокоит.
14. В классе надо мной смеются и издеваются другие ученики.
15. Мои родители любят меня, несмотря ни на что.
16. В моей семье есть те, кто меня оскорбляет и унижает.
17. Мне проще общаться в социальных сетях, чем в реальной жизни.
18. Когда я сравниваю свои достижения с достижениями других, то понимаю, что окружающие гораздо более успешны.
19. В моей школе/учебном заведении есть учителя/преподаватели, к которым я могу обратиться за помощью, что бы ни случилось.
38. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела.
39. В трудной ситуации я сначала обдумываю разные варианты, прежде чем решить, как поступлю.
40. Из-за конфликтов с родными мне хотелось уйти из дома.
41. Как правило, я учусь с удовольствием.
42. Я прихожу в отчаяние, когда что-то не ладится.
43. Моя мама (или бабушка) готова выслушать меня и поддержать во всем.
44. У меня был опыт публичного унижения в группе (перед большим количеством людей).
45. Никто по-настоящему не понимает меня.
46. Мне очень трудно смириться, если мне говорят «нет», когда я хочу чего-то от других людей.
47. Перед контрольными или экзаменами я думаю, что мне не хватило 1-2 дней для подготовки.
48. Считаю, чтобы расслабиться и снять напряжение в общении, можно выпить алкогольный напиток.
49. Когда я слышу критику в свой адрес и насмешки, мне хочется что-то разбить или даже ударить «обидчика».
50. Сейчас в моей жизни есть трудности, которые мне мешают сосредоточиться на учебе.
51. Я стремлюсь во всем достичь совершенства, быть «первым».
52. Бывает, я думаю о том, чтобы исчезнуть из жизни.
53. Когда я встречаюсь с трудной ситуацией, я обдумываю несколько способов разрешения.
54. Чтобы привлечь внимание к своим проблемам, я могу нанести себе ущерб/рискнуть своим здоровьем.

20. Когда посторонние люди в моем присутствии начинают смеяться, мне часто кажется, что они смеются надо мной.
21. Чтобы снять напряжение, я могу причинить себе физическую боль.
22. В школе/учебном заведении я могу высказать свою точку зрения, и меня выслушают.
23. Иногда тревожные мысли о том, что случилось в школе/учебном заведении, мешают мне заснуть.
24. Если кто-то надо мной подшутил, я никогда больше не смогу непринужденно общаться с этим человеком.
25. Я хочу добиться успеха и признания в обществе.
26. Иногда мне доставляет удовольствие нарушать правила и делать то, что мне запрещают.
27. Если я приложу достаточно усилий, то смогу справиться с большинством проблем.
28. Я стараюсь решать все свои проблемы в одиночку.
29. Иногда я думаю о том, чтобы причинить себе вред.
30. Мои родители поддерживают мои интересы (увлечения).
31. Я не умею справляться с эмоциями, поэтому могу навредить себе.
32. Я удовлетворен своим статусом (положением) в классе.
33. Мне случалось наносить себе повреждения.
34. Мне неприятно смотреть на свою фигуру в зеркало.
35. Чтобы испытать новые ощущения, я могу рискнуть здоровьем.
36. В целом, я доволен тем, как складывается моя жизнь.
37. У меня бывают конфликты с учителями/преподавателями в школе/учебном заведении.
55. Меня вызывали к директору за плохое поведение.
56. Иногда я чувствую себя лишним и никому не нужным человеком.
57. Я получаю достаточно уважения в школе/учебном заведении.
58. Даже когда мы ссоримся, я знаю, что моя семья любит меня.
59. Иногда я думаю о том, как бы жили другие, если бы меня не было.
60. Я могу поднять себе настроение тем, нахожу в повседневных делах что-то приятное.
61. Иногда приходят мысли о том, что мне не справиться с навалившимися трудностями.
62. Прежде чем что-то сделать, я думаю о последствиях своих действий.
63. Я стыжусь своих родителей.
64. При общении с людьми мне кажется, что другие обращают внимание на недостатки моей фигуры.
65. Я горжусь своими родителями.
66. Курение сигарет «за компанию» помогает преодолеть чувство стеснения и неловкости в ситуациях общения.
67. Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным.
68. Мое поведение становится рискованным, когда меня одолевают сильные эмоции.
69. Я думаю, что у меня будет больше хорошего в жизни, чем у среднего человека.
70. В моей семье уважают и учитывают мое мнение.
71. В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне нравится больше всего.
72. В трудной ситуации я смогу обратиться за помощью к психологу.

Приложение 5. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности

Инструкция: Ниже следуют утверждения, касающиеся состояния Вашего здоровья и Вашего характера. Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к Вам. Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

№	Утверждение	Верно	Неверно
1.	У вас хороший аппетит.		
2.	По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.		
3.	В вашей повседневной жизни много интересного.		
4.	Вы работаете с большим напряжением.		
5.	Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.		
6.	У вас очень редко бывает запор.		
7.	Иногда вам очень хотелось уйти из дома.		
8.	Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.		
9.	Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.		
10.	У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.		
11.	Иногда вам хочется выругаться.		

12.	Каждую неделю вам снятся кошмары.		
№	Утверждение	Верно	Неверно
13.	Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.		
14.	С вами происходили (или происходят) странные вещи.		
15.	Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.		
16.	В детстве одно время вы совершали кражи.		
17.	Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было себя заставить включиться в работу.		
18.	У вас прерывистый и беспокойный сон.		
19.	Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.		
20.	Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.		
21.	Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вашего.		
22.	Большинство людей довольны своей жизнью более, чем вы.		
23.	Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.		
24.	Иногда вы сердитесь.		

25.	Вам определенно не хватает уверенности в себе.		
№	Утверждение	Верно	Неверно
26.	У вас часто бывает чувство, будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.		
27.	У вас часто бывают подергивания в мышцах.		
28.	Обычно вы удовлетворены своей судьбой.		
29.	Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.		
30.	Вы считаете, что против вас что-то замышляют.		
31.	Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.		
32.	Вас часто беспокоит желудок.		
33.	Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.		
34.	Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказать.		
35.	Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых		
36.	Временами вы уверены в собственной бесполезности.		
37.	В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.		

38.	У вас были периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.		
№	Утверждение	Верно	Неверно
39.	Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали.		
40.	Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.		
41.	Вам безразлично, что думают о вас другие.		
42.	С памятью у вас все благополучно.		
43.	Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.		
44.	Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.		
45.	У вас редко болит голова.		
46.	Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.		
47.	Не все ваши знакомые вам нравятся.		
48.	Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.		
49.	Вы считаете, что совершили поступки, которые нельзя простить.		
50.	Вы считаете, что вы слишком застенчивы.		
51.	Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.		
52.	Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.		

53.	Иногда вы немного сплетничаете.		
№	Утверждение	Верно	Неверно
54.	Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.		
55.	У вас бывает сильное сердцебиение, вы часто задыхаетесь.		
56.	Вы вспыльчивы, но отходчивы.		
57.	У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.		
58.	Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.		
59.	Ваша судьба никого особенно не интересует.		
60.	Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.		
61.	Иногда вы полны энергии.		
62.	За последнее время у вас ухудшилось зрение.		
63.	Часто у вас звенит или шумит в ушах.		
64.	В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.		
65.	У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины		
66.	Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.		

№	Утверждение	Верно	Неверно
67.	Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.		
68.	Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.		
69.	Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.		
70.	Вы часто разочаровываетесь в людях.		
71.	Вы злоупотребляли спиртными напитками.		

Отчет о проверке на заимствования №1



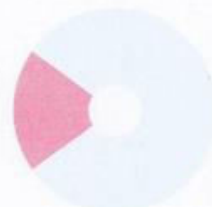
Автор: Ярцева Наталья nata.yartseva@yandex.ru / ID: 1963234
 Проверяющий: Ярцева Наталья (nata.yartseva@yandex.ru / ID: 1963234)
 Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат»- <http://users.antiplagiat.ru>

ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 19
 Начало загрузки: 14.06.2020 12:05:34
 Длительность загрузки: 00:00:03
 Имя исходного файла: ВКР Агапова .pdf
 Название документа: ВКР Агапова
 Размер текста: 1 кБ
 Символов в тексте: 127835
 Слов в тексте: 14447
 Число предложений: 1137

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Последний готовый отчет (ред.)
 Начало проверки: 14.06.2020 12:05:37
 Длительность проверки: 00:00:03
 Комментарии: не указано
 Модули поиска: Модуль поиска Интернет



ЗАИМСТВОВАНИЯ
19,73%

САМОЦИТИРОВАНИЯ
0%

ЦИТИРОВАНИЯ
0%

ОРИГИНАЛЬНОСТЬ
80,27%

Заимствования — доля всех найденных текстовых пересечений, за исключением тех, которые система отнесла к цитированиям, по отношению к общему объему документа.
 Самоцитирования — доля фрагментов текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника, автором или соавтором которого является автор проверяемого документа, по отношению к общему объему документа.

Цитирования — доля текстовых пересечений, которые не являются авторскими, но система посчитала их использование корректным, по отношению к общему объему документа. Сюда относятся оформленные по ГОСТу цитаты; общеупотребительные выражения; фрагменты текста, найденные в источниках из коллекций нормативно-правовой документации.

Текстовое пересечение — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.

Источник — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.

Оригинальность — доля фрагментов текста проверяемого документа, не обнаруженных ни в одном источнике, по которому шла проверка, по отношению к общему объему документа.

Заимствования, самоцитирования, цитирования и оригинальность являются отдельными показателями и в сумме дают 100%, что соответствует всему тексту проверяемого документа.

Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые пересечения проверяемого документа с проиндексированными в системе текстовыми источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности заимствований или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

№	Доля в отчете	Доля в тексте	Источник	Ссылка	Актуален на	Модуль поиска	Блоков в отчете	Блоков в тексте
[01]	11,01%	13,65%	XH6GqpW0T3.pdf	https://disser.spbu.ru	29 Июл 2017	Модуль поиска Интернет	81	112
[02]	0%	9,99%	https://esu.citis.ru/dissertatio...	https://esu.citis.ru	20 Мар 2018	Модуль поиска Интернет	0	70
[03]	0,27%	6,37%	ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ФУНК...	http://doc.knigi-x.ru	15 Апр 2020	Модуль поиска Интернет	1	48

Еще источников: 17
 Еще заимствований: 8,44%