

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

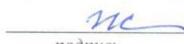
ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП
д-р псих. наук, профессор

подпись О.В. Лукьянов
« 08 » 12 2023 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА БАКАЛАВРА
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К
САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ В КОНТЕКСТЕ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ

по направлению подготовки 37.03.01 Психология
направленность (профиль) «Психолог в социальных практиках»

Дотерер Алексей Павлович

Руководитель ВКР
д-р псих. наук, профессор

подпись И.Я. Стоянова
« 08 » 12 2023 г.

Автор работы
студент группы № 201950

подпись А.П. Дотерер
« 08 » 12 2023 г.

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

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель ООП

д-р психол. наук, профессор

О.В. Лукьянов
«11» мая 2023 г.

ЗАДАНИЕ

по выполнению выпускной квалификационной работы бакалавра Дотерера Алексея Павловича, обучающегося по направлению подготовки 37.03.01 Психология.

Тема выпускной квалификационной работы бакалавра «Психологические характеристики молодых людей, склонных к самоповреждениям в контексте половых различий

Срок сдачи обучающимся выполненной выпускной квалификационной работы: а) на кафедру психологии личности (в деканат) – **08.12.2023** б) в ГЭК – **11.12.2023** в) загрузка на сайт библиотеки ТГУ (elibrary.tsu.ru) – **11.12.2023** г.

Исходные данные к работе:

1. **Цель исследования:** изучение психологических характеристик молодых людей, склонных к самоповреждениям, с учетом половых различий.
2. **Объект исследования:** психологические характеристики людей, склонных к самоповреждениям.
3. **Предмет исследования:** психологические характеристики молодых людей, склонных к самоповреждениям, с учетом половых различий.
4. **Задачи исследования:**

Задачи:

1. Рассмотреть определение понятия самоповреждающего поведения;
2. Изучить концепции, модели и методы исследования самоповреждающего поведения;

3. Сформировать программу психодиагностики самоповреждающего поведения с учетом половых различий;

4. Провести исследование психологических особенностей людей, склонных и не склонных к самоповреждениям по параметрам: самоповреждение, желание самоповреждения, курение, наркотики, семейные дисфункции, психотравматический опыт, девиантная социализация, социальные и природные психотравмирующие события, семейные психотравмирующие события, насилие, оценка действительности, социальная самооценка;

5. Предложить комплексную модель психологической помощи при СП
Методы исследования:

1. Теоретический метод (анализ научной литературы по проблеме исследования).

2. Методы организации эмпирического исследования и сбора данных:

Шкала причин самоповреждающего поведения (Польская Н.А., 2014), Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская Н.А., Кабанова А.С., 2007), Анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Польская Н.А., 2007), Шкала самооценки (Heatherton T.F., Polivy J., 1991).

3. Методы обработки данных: корреляционный анализ по критерию Ч.Спирмена..

Анализ эмпирических данных выполнен в программе IBM SPSS Statistics 28.0.1.0.

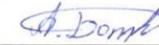
Руководитель выпускной квалификационной работы

профессор кафедры психотерапии и психологического

консультирования  / И.Я. Стоянова

Задание принял к исполнению

студент группы 201950



/ А. П. Дотереп

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ	6
1.1. Определение понятия самоповреждающего поведения.....	6
1.2. Концепции, модели и методы изучения самоповреждающего поведения.....	24
1.3. Особенности половых различий у людей склонных к самоповреждениям.....	37
Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ	39
2.1. Методология исследования личностных особенностей людей, склонных к самоповреждениям.....	39
2.2. Анализ половозрастных факторов самоповреждающего поведения	42
2.3. Анализ социальных и психологических факторов самоповреждающего поведения	44
Глава 3. МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ	53
3.1. Модели психологической интервенции при самоповреждающем поведении	53
3.2. Мишени психологической помощи при самоповреждающем поведении	61
3.3. Комплексная модель профилактики самоповреждающего поведения в зависимости от пола	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	72
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	73
ПРИЛОЖЕНИЯ 1	79
ПРИЛОЖЕНИЯ 2	82
ПРИЛОЖЕНИЯ 3	85
ПРИЛОЖЕНИЯ 4	86
ПРИЛОЖЕНИЯ 5	87

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Психоэмоциональная жизнедеятельность современного индивида оказывается под влиянием частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок. Различные факторы, такие как быстрые социальные изменения, увеличение темпа жизни, социально-экономический кризис, разрушение традиционных семейных структур и другие, оказывают влияние на внутреннее мироощущение индивида. Часто реакция на эти изменения сопровождается отрицательными эмоциями, такими как страх, тревога, беспомощность, тоска и отчаяние, становясь постоянными спутниками в жизни человека.

Опыт как в России, так и за рубежом показывает, что ни медицинские, ни правовые, ни экономические меры не всегда способны решить такие сложные и многогранные проблемы, как девиантное поведение. Современные реалии свидетельствуют о росте числа лиц, сталкивающихся с различными формами поведенческих нарушений.

Важно исследовать половые различия, поскольку молодые мужчины и женщины могут проявлять разные стратегии справления, различные формы самоповреждений и могут испытывать разные психологические факторы, влияющие на их склонность к таким действиям. Это может включать в себя такие аспекты, как социальные ожидания, стереотипы, культурные различия, биологические факторы и т.д.

Психологические характеристики, такие как уровень тревожности, депрессии, самооценка, уровень стресса, и способы справления с трудностями, также могут различаться у молодых людей в зависимости от их пола.

Проблема исследования: В нашей стране существует недостаточное количество исследований, посвященных проблеме самоповреждающего поведения. Те исследования, которые проводятся в данном направлении, чаще всего имеют клинический характер, как, например, работы Банникова Г.С., Зайченко А.А., Польской Н.А., Холмогоровой А.Б. и других. Долгое время самоповреждение рассматривалось как простые проявления, например, вскрытие вен, неверно идентифицировалось как попытка самоубийства, рассматривалось лишь как симптом пограничного расстройства личности. Это приводило к неверной интерпретации в средствах массовой информации и недопониманию в обществе.

Отсутствие четкого определения самоповреждающего поведения, связанного с причинением себе повреждений разной степени тяжести, вызывает терминологическую неопределенность и приводит к смысловому несовпадению понятий.

Разработка проблемы: самоповреждающее поведение, направленное на физическое повреждение тканей и органов собственного тела (Меннингер, 2000; Favazza, 1996), самоповреждение в контексте проблем нормативного и нарушенного психического развития (Мухамедрахимов, 1999; Berkson, Tupa, 2000; Emerson, 1992; Rutter, Bartak, 1973; Rutter и др.), в контексте проблем психического здоровья (Личко, Попов, 1990; Соколова, 2015; Холмогорова, 2011 и др.), в контексте психической адаптации (Вассерман, 2008; Исаева, 2010; Мамайчук, 2009; Овчинников, 2012 и др.). В рамках психических расстройств (Бек, Фримен, 2002; Бутома, 1992; Меннингер, 2000 и др.).

Эмоциональные и психологические факторы, такие как депрессия, тревожность, низкая самооценка, травмы или злоупотребление в прошлом, могут стать причинами самоповреждающего поведения. Различия в способах регуляции эмоций могут привести к разным формам самоповреждающего поведения у мужчины и женщины. Это может быть способом выражения боли, самонаказания или попыткой справиться с эмоциональным дискомфортом. В связи с этим были выделены 6 аспектов психологической регуляции: самопорезы, выдергивание волос из головы, удары о твердые поверхности, самоожоги, сковыривание болячек, расчесывание кожи до крови.

Цель исследования: изучение психологических характеристик молодых людей, склонных к самоповреждениям, с учетом половых различий.

Объект исследования: психологические характеристики людей, склонных к самоповреждениям.

Предмет исследования: психологические характеристики молодых людей, склонных к самоповреждениям, с учетом половых различий.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть определение понятия самоповреждающего поведения;
2. Изучить концепции, модели и методы исследования самоповреждающего поведения;
3. Сформировать программу психодиагностики самоповреждающего поведения с учетом половых различий;
4. Провести исследование психологических особенностей людей, склонных и не склонных к самоповреждениям по параметрам: самоповреждение, желание самоповреждения, курение, наркотики, семейные дисфункции, психотравматический опыт, девиантная социализация, социальные и природные психотравмирующие события, семейные психотравмирующие события, насилие, оценка действительности, социальная самооценка;

5. Предложить комплексную модель психологической помощи при Сп.

Для достижения цели и проверки гипотезы использовались следующие методы: **теоретический анализ** (обобщение, сравнение и систематизация фактического материала по теме исследования).

Были выделены следующие гипотезы:

Гипотеза: 1) Психологические характеристики по параметрам: контроль эмоций, воздействие на других, избавление от напряжения, изменение себя, самоповреждение, желание самоповреждения, курение, наркотики, семейные дисфункции, психотравматический опыт, девиантная социализация, социальные и природные психотравмирующие события, семейные психотравмирующие события, насилие, оценка действительности, социальная самооценка, оценка внешности будут различными у людей, склонных и не склонных к самоповреждениям.

2) Существуют различия в причинах и формах самоповреждающего поведения у юношей и девушек по параметрам: самопорезы, выдергивание волос из головы, удары о твердые поверхности, самоожоги, сквыривание болячек, расчесывание кожи до крови.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ

1.1. Определение понятия самоповреждающего поведения

Самоповреждающее поведение (СП) представляет собой широкий спектр намеренных физических действий, направленных на причинение вреда собственному телу. К таким действиям относятся порезы кожи, удары по телу, ожоги, прикусывание губ и языка, уколы иглой и другие формы повреждений.¹ В DSM-5 выделяются наиболее распространенные методы СП, такие как порезы ножом, бритвой, иглой. Повреждения кожи обычно представляют собой параллельные порезы на видимых участках тела, кровоточат и формируют характерные шрамы.

Использование термина "самоповреждение" не ограничивается только СП, оно шире и может включать в себя аутоагрессивное, суицидальное поведение, а также намеренное членовредительство. Под самоповреждением обычно понимают действия, характеризующиеся преднамеренностью, повторяемостью, целенаправленностью, социальной неприемлемостью, отсутствием суицидального намерения, а также сопровождающимися их чувствами напряжения перед актом и облегчения²³ после него.

Изучение самоповреждающего поведения (СП) находит свое обоснование в его потенциальной угрозе для здоровья и жизни, а также в уникальных аспектах, таких как контагиозность и эффект коммуникативной успешности.⁴ Термин "самоповреждение" охватывает широкий спектр проявлений, начиная от физического воздействия на собственное тело до скрытых форм, связанных с недостаточной заботой о себе. Низкая обращаемость за помощью со стороны тех, кто сталкивается с СП, может быть обусловлена страхом перед стигматизацией и недостаточным осознанием негативных последствий своих действий.

В контексте социокультурной специфики, гендерных различий и возрастного аспекта, исследование СП приобретает дополнительную сложность. Важно отметить, что неопределенность в оценке гендерных различий при СП может быть связана с

¹ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. – Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. – P. 803–806

² Pattison, E.M. The deliberate self-harm syndrome / E.M. Pattison, J. Kahan // American Journal of Psychiatry. – 1983. – Vol. 140 (7). – P. 867–872.

³ Favazza, A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition / A.R. Favazza. – Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996. – 373 p.

⁴ Taiminen, T.J. Contagion of Deliberate Self-Harm Among Adolescent Inpatients / T.J. Taiminen, K. Kallio-Soukainen, H. Nokso-Koivisto, A. Kaljonen, H. Helenius // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1998. – Vol. 37 (2). – P. 211–217.

социальными группами, в которых проводятся исследования, а также с разнообразием проявлений СП в различных возрастных категориях⁵.

Мотивация СП у группы девушек, осуществляющих самопорезы, часто связана с желанием наказать себя и избавиться от тяжелых эмоциональных переживаний. Тем не менее, низкая обращаемость в медицинские учреждения указывает на существующие барьеры в предоставлении качественной помощи.

Кроме того, стоит обратить внимание на влияние социальных факторов, таких как школьный буллинг, который может усиливать эмоциональное давление на подростков и способствовать развитию СП. Интересным является также взаимодействие между самоповреждением и интернет-сообществами, где обсуждения могут предоставлять поддержку, но также содействовать закреплению негативных паттернов поведения.

Таким образом, исследование СП не только раскрывает его многообразие и сложность, но и подчеркивает необходимость широкого понимания факторов, влияющих на проявление и последствия этого явления.

Альдо Фавацца и Роберт Розенталь рассматривают самоповреждающее поведение как форму ответа на "беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира". Они подчеркивают, что такое поведение может выступать в качестве особого механизма реакции на внутренние или внешние стрессоры.

Майкл Симпсон анализирует самоповреждение с позиции физического воздействия на собственное тело. Этот процесс включает в себя действия, направленные на удаление, разрушение, обезображивание или повреждение частей тела, независимо от наличия явных или скрытых намерений у индивида. Подход Симпсона подчеркивает физический аспект данного явления, выделяя его как особую форму самоповреждения.⁶

Для Мерфи и Уилсона самоповреждающее поведение представляет собой широкий спектр действий, которые иницируются самим индивидуумом и приводят к физическому вреду его собственному телу. В их формулировке включены не только явные формы самоповреждения, такие как избиение и нанесение ран, но и более серьезные воздействия, такие как кровопускание и переломы костей. Такой подход

⁵ Личко, А.Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 77–82.

⁶ Simpson, M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting / M.A. Simpson // Canadian Journal of Psychiatry. – 1975. – Vol. 20. – P. 429–434.

отражает понимание СП как результат реакции на внутренние трудности или внешние стрессы, подчеркивая физический аспект этого явления⁷.

Это может проявляться в высокорискованных действиях, направленных на поиск новых ощущений, а также в самоповреждениях и суицидальных актах. Термин "аутодеструктивное поведение" означает преднамеренное причинение вреда себе или осуществление действий, которые могут иметь негативные последствия для индивида. В его широком смысле этот термин включает суицидальное и самоповреждающее поведение, а также менее распространенные проявления, такие как алкогольная и наркотическая зависимость, расстройства пищевого поведения, вербальная аутоагрессия⁸, вербальная аутоагрессия и сексуальное поведение подверженное риску⁹.

Баумейстер и Шер характеризуют аутодеструктивное поведение как пагубное (self-defeating), и выделяют три концептуальные модели аутодеструктивности (рисунок 1)

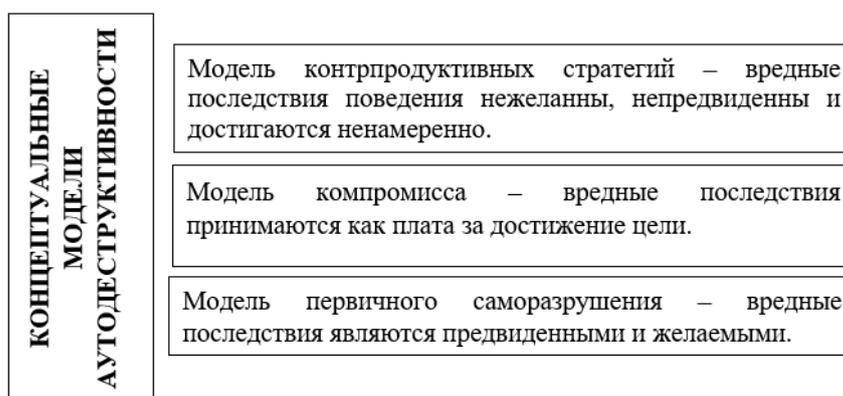


Рисунок 1. Три концептуальные модели аутодеструктивности.¹⁰

Модель компромисса, уделяющая внимание предпочтению желательных краткосрочных результатов поведения, несмотря на возможные долгосрочные нежелательные последствия, находит наибольшее подтверждение. Этот подход характеризует ситуации, когда индивидуум предпочитает мгновенное удовлетворение или чувство безопасности, даже в ущерб потенциальному ухудшению здоровья или отношений с окружающими. Авторы данной модели считают, что она объясняет такие

⁷ Murphy, G. Self-Injurious Behaviour / G. Murphy, B. Wilson. – Kidderminster: British Institute of Mental Handicap, 1985

⁸ Van der Kolk, B.A. Developmental trauma disorder / B.A. Van der Kolk // Psychiatric Annals. – 2005. – Vol. 35 (5). – С. 401–408

⁹ Scourfield, J. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour / J. Scourfield, K. Roen, L. McDermott // Health & social care in the community. – 2008. – Vol. 16 (3). – P. 329–336.

¹⁰ Baumeister, R.F. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies / R.F. Baumeister, S.J. Scher // Psychological bulletin. – 1988. – Vol. 104 (1). – P. 3–22

явления, как наркотическая и алкогольная зависимость, пренебрежение собственным здоровьем, а также явления самооправдания и застенчивости.¹¹

Изучение психологических аспектов аутодеструктивности становится особенно важным в исследованиях подростков и молодежи, которые рассматриваются как группа с повышенным риском для аутодеструктивного поведения. Затруднения в саморегуляции, свойственные данному возрасту, проявляются через импульсивность, тревожность, трудности в самооценке и управлении эмоциями. Эти аспекты могут обострять диспозиционные тенденции к саморазрушительному поведению и увеличивать воздействие ситуационных факторов на проявление самоповреждающих действий.¹²¹³¹⁴¹⁵¹⁶

В российской психиатрии и клинической психологии акты самоповреждения традиционно рассматриваются в рамках аутоагрессивного поведения. Аутоагрессия включает в себя действия, направленные на причинение вреда своему соматическому или психическому здоровью, охватывая широкий спектр от размытых антивитаальных переживаний до конкретных суицидальных намерений.¹⁷¹⁸¹⁹

Аутоагрессивное поведение объединяет различные формы действий, включая сознательные и неосознанные суицидальные акты, аутодеструктивные поступки и умышленные самоповреждения. В этом контексте используются следующие термины:

Суицидальное поведение это действия, направленные на добровольное лишение себя жизни.

С другой стороны, несуйцидальное аутоагрессивное поведение охватывает разнообразные формы умышленных самоповреждений, таких как самоотравления, но

¹¹ Baumeister, R.F. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies / R.F. Baumeister, S.J. Scher // Psychological bulletin. – 1988. – Vol. 104 (1). – P. 3–22

¹² Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20.

¹³ Кудрявцев, И.А. Средовые и внутриличностные факторы суицидального риска у военнослужащих / И.А. Кудрявцев // Психическое здоровье. – 2012. – Т. 10. – № 12 (79). – С. 108–117

¹⁴ 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

¹⁵ Кудрявцев, И.А. Средовые и внутриличностные факторы суицидального риска у военнослужащих / И.А. Кудрявцев // Психическое здоровье. – 2012. – Т. 10. – № 12 (79). – С. 108–117.

¹⁶ Холмогорова, А.Б. Суицидальное поведение в студенческой популяции / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Д.А. Горшкова, А.М. Мельник // Культурно-историческая психология. – 2009. – №3. – С. 101–110

¹⁷ Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20

¹⁸ Антонян, Ю.М. Насилие среди осужденных / Ю.М. Антонян, И.Б. Бойко, В.А. Верещагин – М.: ВНИИ МВД РФ, 1994. – 117 с

¹⁹ Бойко, И.Б. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительств и аутоагрессии / И.Б. Бойко // Судебно-медицинская экспертиза. – 1991. – № 1. – С. 24–26.

его целью не является добровольная смерть или действия, явно не представляющие прямой угрозы для жизни.²⁰

Акты самоповреждения рассматриваются как форма несуицидального аутоагрессивного поведения, где основной целью не является намеренное завершение жизни, а, наоборот, достижение других целей или регулирование эмоционального состояния. В отличие от суицидального поведения, самоповреждения ограничиваются причинением вреда определенным областям тела и не влекут за собой непосредственную угрозу жизни. Разнообразие форм и методов самоповреждения подчеркивает индивидуальные особенности и уникальные стратегии субъекта в регулировании своего внутреннего состояния.²¹

Термин "аутоагрессия" может также относиться и религиозным обрядам, где практикуют самоистязание и жертвоприношение²²²³. Несмотря на отмеченные современными исследователями различия между актами самоповреждения и суицидальными попытками, статистически достоверных данных, подтверждающих эти различия, может быть недостаточно.²⁴

В традиции отечественной и зарубежной психиатрии используется термин "парасуицид" для обозначения поведения, имитирующего суицид, но без намерения завершить собой жизнь. Этот термин подразумевает²⁵ "целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью".²⁶ К. Меннингер описывал самоповреждение как форму "частичного суицида", вид самоисцеления, предотвращающий "тотальный суицид".²⁷

Различение между суицидальным поведением и несуицидальным самоповреждением может быть трудным, Например, они могут начать с несуицидального самоповреждения в качестве способа регуляции эмоций, но со

²⁰ Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20

²¹ Тихоненко, В.А. Классификация суицидальных проявлений / В.А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. – Москва: Московский НИИ психиатрии, 1978. – С. 59–73

²² Агадзе, Н.В. К проблеме типологии аутоагрессивных явлений у психически больных / Н.В. Агадзе // Первый съезд психиатров социалистических стран. Материалы / Ред. Г.В. Морозова. – М., 1987. – С. 28–32

²³ Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20.

²⁴ Evans, K. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (МАСТ): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm / K. Evans, P. Tyrer, J. Catalan, U. Schmidt, K. Davidson, J. Dent, P. Tata, S. Thornton, J. Barber, S. Thompson // Psychological medicine. – 1999. – Vol. 29 (01). – P. 19–25.

²⁵ Kreitman, N. Parasuicide / N. Kreitman, A.E. Phillip, S. Greer, C.R. Bagley // British Journal of Psychiatry. – 1969. – Vol. 115. – P. 746–747.

²⁶ Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20.

²⁷ Menninger, K.A. Man Against Himself / K.A. Menninger. – N.Y.: Harcourt Brace and World, 1938

временем риски суицидальных намерений могут возрасти²⁸, когда "стать самоубийцей" становится неизбежным выбором в плане идентичности.

Исследование, посвященное частоте суицидальных актов после преднамеренного самоповреждения, отмечает, что частота последующих суицидальных актов почти в тридцать раз выше по сравнению с общей популяцией.²⁹ Однако, в этом исследовании не были представлены критерии разделения суицидальных и несуйцидальных самоповреждений, что подчеркивает важность точного диагноза.

Интернет-опрос среди молодежи также указывает на связь между самоповреждением и суицидальным поведением.³⁰ Пациенты с более продолжительным и частым самоповреждением, а также теми, кто не чувствует боль при самоповреждении, имеют более высокий риск суицидальных попыток. Эти результаты соотносятся с теорией Джойнера³¹, согласно которой самоповреждение может привести к уменьшению чувствительности к боли и страху, что повышает риск суицида.

Данные, приведенные Джулией Мэссер и Уильямом Фримоу³² в их критическом обзоре, подчеркивают широкий разброс в отношении связи между самоповреждением (СП) и суицидальными попытками. От 28% до 85% людей с СП имели зафиксированные суицидальные попытки в различных исследованиях³³. Интересно, что в некоторых случаях акты самоповреждения не обязательно связаны с суицидальными намерениями и не всегда приводят к самоубийству.³⁴

Исследование Нока и коллег отмечает, что 70% подростков с СП хотя бы раз совершили суицидальную попытку. Это подчеркивает сложность в определении точной связи между этими двумя видами поведения. Однако, другие исследования подчеркивают различия в контролируемости между суицидальными попытками и актами самоповреждения. Согласно некоторым авторам, суицидальные попытки

²⁸ Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. / Э. Эриксон / Общ. ред. и предисл. Толстых А.В. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.

²⁹ Cooper, J. Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study / J. Cooper, N. Kapur, R. Webb, M. Lawlor, E. Guthrie, K. Mackway-Jones, L. Appleby // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 297–303

³⁰ Whitlock, J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults / J. Whitlock, J. Muehlenkamp, J. Eckenrode // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37 (4). – P. 725–735

³¹ Joiner, T. *Why People Die by Suicide* / T. Joiner. – Cambridge, MA, US: Harvard University Press, 2005

³² Messer, J.M. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents / J.M. Messer, W.J. Fremouw // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28. – P. 162–178

³³ Messer, J.M. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents / J.M. Messer, W.J. Fremouw // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28. – P. 162–178

³⁴ Hawton, K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior / K. Hawton // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – P. 484–485.

воспринимаются как неконтролируемые, в то время как самоповреждения совершаются контролируемо с целью справиться с трудными ситуациями.

Важным аспектом является понимание того, что хроническое самоповреждение может возникнуть в ответ на неразрешимые ситуации, в то время как суицид может рассматриваться как попытка разрешения этих ситуаций. Боль в случае самоповреждений может служить средством выхода из диссоциации, а физические последствия (кровь, шрамы) могут представлять физическое подтверждение эмоциональных страданий.

Фактор отношения к жизни в целом также выделяется как важный для различения между подростками с суицидентами и теми, кто совершает самоповреждения. Подростки с самоповреждениями могут иметь менее негативное отношение к жизни в целом по сравнению с теми, кто совершает суицидальные попытки.³⁵

В целом, сложность и многообразие факторов, влияющих на связь между самоповреждением и суицидальным поведением, подчеркивают необходимость индивидуального подхода к пониманию и лечению этих проблем.³⁶

Из проведенного исследования среди японских подростков, отбывающих наказание в центрах для несовершеннолетних преступников, выявлена высокая частота самопорезов и ожогов. Кроме того, установлено, что сочетание различных видов самоповреждений коррелирует с употреблением наркотических веществ и суицидальными мыслями. Эти результаты подчеркивают важность учета не только самоповреждений, но и их сочетания с другими факторами риска, такими как употребление наркотиков и суицидальные мысли, для полного понимания клинической картины и разработки эффективных стратегий помощи.

В отечественной традиции самоповреждение и суицидальные действия рассматриваются в общем клиническом контексте суицидального поведения. Это обосновано, с одной стороны, высокой взаимосвязью суицидальных и самоповреждающих действий, но, с другой стороны, такой подход может ограничивать диапазон психологической помощи, поскольку отсутствует понимание различий между психологическими механизмами самоповреждения и суицидального поведения.

Исследование также подчеркивает важность оценки суицидального риска в случаях самоповреждения, даже если пациенты отрицают намерение покончить с собой.

³⁵ . Muehlenkamp, J.J. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury / J.J. Muehlenkamp, P.M. Gutierrez // Archives of Suicide Research. – 2007. – Vol. 11. – P. 69–82.

³⁶ . Cloutier, P. Measurement of nonsuicidal self-injury in adolescents / P. Cloutier, L. Humphreys // Self-Injury in Youth / In M.K. Nixon, N.L. Heath (eds.). – New York, NY: Routledge Press, 2008. – P. 115–142

³⁷ Запись в DSM-5 отличает несуицидальные самоповреждения от суицидального поведения, утверждая, что при суицидальном поведении отсутствуют самоповреждения, направленные на облегчение негативных чувств/мыслей или на достижение хорошего настроения. Также отмечается, что несуицидальные самоповреждения чаще происходят с высокой частотой (менее 5 раз за предыдущий год).

Резюмируя, важно учитывать не только самоповреждения как таковые, но и сопутствующие факторы риска, такие как употребление наркотиков и суицидальные мысли, для тщательной оценки и предоставления адекватной психологической помощи. Отождествление всех случаев самоповреждения как суицидальных может привести к недостаточному пониманию и неэффективным методам помощи.

Многолетняя дискуссия среди клиницистов о природе и функциях СП нашла свое отражение в различных медицинских классификациях, где феномены самоповреждения рассматривались в качестве симптомов в структуре разных диагнозов.

Классификация самоповреждений и их включение в медицинские системы диагностики, такие как МКБ-10 и DSM, отражает разнообразие проявлений этого явления и его взаимосвязь с различными психическими и поведенческими расстройствами. Вот несколько замечаний относительно упомянутых классификаций:

МКБ-10:

Включение самоповреждений в качестве сопутствующего симптома в различные диагнозы (например, депрессивные и пограничные расстройства, детский аутизм) подчеркивает, что самоповреждение может быть связано с различными психическими состояниями.

Классификация в разделах «Преднамеренные самоповреждения», «Повреждения с неопределенными намерениями» и «Последствия умышленных самоповреждений» подчеркивает разнообразие форм и механизмов самоповреждения.

DSM-IV:

Различение между компульсивными, импульсивными, значительными и стереотипными самоповреждениями позволяет более точно определить характер и мотивацию этих действий.

Выделение стереотипных несуицидальных самоповреждений подчеркивает, что определенные формы самоповреждений могут быть результатом стереотипного поведения, а не целенаправленного нанесения вреда.

³⁷ . Stanley, B. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population / B. Stanley, M.J. Cameroff, V. Michalsen, J.J. Mann // American Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 158 (3). – P. 427–432

Обе системы отражают важность учета самоповреждений в клинической практике и свидетельствуют о многообразии этого явления. Включение самоповреждений в диагностические классификации способствует лучшему пониманию и оценке этого поведения в медицинском контексте.

Критерии несуйцидального самоповреждающего поведения, представленные в DSM-5 в секции III («Состояния, требующие дальнейшего изучения»), уделяют внимание различным аспектам этого поведения. Давайте кратко рассмотрим каждый из критериев:

Частота актов самоповреждения:

Акты самоповреждения совершаются пять или более раз в течение прошедшего года. Физический вред оценивается как незначительный или умеренный.

Намерения к совершению самоповреждения:

Получение облегчения от негативных чувств или мыслей.

Разрешение межличностных трудностей.

Связь с положительными чувствами или негативными мыслями:

Самоповреждение связано хотя бы с одним из следующих аспектов:

Индукция положительного чувства.

Преодоление межличностных трудностей или негативных эмоций и мыслей.

Характеристики перед совершением самоповреждения:

Переживание межличностных трудностей или негативных эмоций/мыслей перед совершением акта.

Трудность контроля над мыслями об осуществлении данного поведения.

Частые мысли о самоповреждениях, даже когда они не осуществляются.

Исключения:

Поведение не должно быть санкционированным обществом (например, пирсинг, татуировки, часть религиозного или культурного ритуала).

Не включает обычные привычки, такие как обкусывание ногтей или сквыривание болячек.

Дистресс и влияние на функционирование:

Поведение или его последствия вызывают значительный дистресс.

Поведение мешает нормальному функционированию в межличностной, учебной или других сферах жизни индивида.

Поведение следует отличать от самоповреждений, связанных с психотическими эпизодами, делирием, интоксикацией или синдромом отмены.

Не является симптомом других расстройств (например, психоз, аутизм, умственная отсталость, синдром Леша-Найхана, стереотипное двигательное расстройство, трихотилломания, экскориация).

Эти критерии предназначены для использования в исследованиях и дополнительном изучении, что отражает сложность и многогранность несуйцидального самоповреждающего поведения.

информация о классификации самоповреждений по степени тяжести и классификации Фаваззы представляет собой интересный обзор различных аспектов этого явления. Давайте рассмотрим краткое описание каждой из этих классификаций:

Классификация по степени тяжести (Walsh, Rosen, 1988):

I. Малая степень физического вреда:

- Пирсинг ушей, небольшие татуировки.
- Совершаются в спокойном состоянии.
- Социально приемлемы.

II. Средняя степень физического вреда:

- Пирсинг, татуировки в бандитских группировках и у моряков, ритуальные шрамы.

Совершаются в спокойном или возбужденном состоянии.

Приняты в субкультурах.

III. Средняя степень физического вреда:

- Порезы, препятствие заживлению ран, ожоги.
- Совершаются в состоянии психологического кризиса.
- Приемлемы лишь в некоторых субкультурах.

IV. Тяжелый физический вред:

- Ампутация, самокастрация.
- Совершаются при психозе.
- Социально неприемлемы.
- Классификация Фаваззы:

Бытовые формы членовредительства (например, состригание волос и ногтей).³⁸

В классификации Фаваззы и его коллег (Таблица 1) тенденции, намеченные Меннингером, получают более глубокую проработку и современную интерпретацию. Базовое различение актов самоповреждения исходит из социального значения той или

³⁸ Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 480 с

иной формы самоповреждения (социально и культурно обусловленная или девиантная, социально неприемлемая).

Таблица 1 - Классификация актов самоповреждения.³⁹

Классификация актов самоповреждения	
Самоповреждения, обусловленные социокультурным укладом	Самоповреждения, совершаемые в ходе ритуалов инициации
	Самоповреждения, совершаемые под влиянием ультрамодных тенденций, связанные с украшением своего тела
Девиантные самоповреждения	Значительные редкие акты радикального и глубокого повреждения тканей тела: энуклеация глаза, кастрация, ампутация частей тела
	Стереотипные ритмичные акты, которые повторяются по жестко зафиксированной схеме и лишены смыслового содержания: стереотипные удары головой, другими частями тела, выдавливание глазного яблока, вырывание волос, расчесывание кожи
	Поверхностные самоповреждения – неглубокие повреждения тканей тела, не представляющие риска для жизни: порезы на коже, вырезание на коже слов, узоров или других символов, препятствие заживлению ран, преднамеренные переломы костей, <u>втыкание игл</u> , <u>выдергивание волос</u> , <u>обкусывание ногтей</u> , расчесывание кожи и др. Подразделяются на: <u>Компульсивные</u> самоповреждения Эпизодические самоповреждения Систематические самоповреждения

Оба подхода к классификации позволяют увидеть разнообразие самоповреждений и выделить их особенности в зависимости от степени тяжести, контекста и культурных факторов. Они могут служить основой для понимания, диагностики и разработки подходов к лечению этого сложного явления.

Все проявления самоповреждений можно разделить на две основные категории, отражающие влияние социокультурного контекста и девиантные формы поведения:

Виды самоповреждений с социокультурным укладом:

Ритуальные: Традиционные общества часто используют акты самоповреждения в контексте ритуалов инициации, которые символизируют переход из детства во взрослую жизнь. Эти ритуалы могут включать в себя различные формы физического стресса или боли, которые испытывает индивид, чтобы подчеркнуть его готовность и способность преодолевать трудности. Акты самоповреждения в таких контекстах

³⁹ Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // Clinical Behavioural Neurology. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

приобретают символическое значение, представляя собой не только физический вызов, но и психологический аспект перехода к новому статусу или обязанностям в обществе.

Модные тенденции: Одним из выразительных элементов становятся татуировки, которые перестали быть просто украшением, превратившись в настоящее искусство на коже. Пирсинг, в свою очередь, стал неотъемлемой частью многих образов, придавая им оригинальность и загадочность. Некоторые предпочитают даже более радикальные формы самовыражения, такие как брендинг, создавая на своем теле уникальные идентификационные знаки.

Стереотипные самоповреждения: Ритмичные акты, такие как удары головой или надавливание на глазное яблоко, представляют собой необычные проявления поведения, связанные с различными психоневрологическими расстройствами. Эти действия наблюдаются у людей, страдающих различными нарушениями психического развития, включая умственную отсталость и синдромы генетического происхождения.⁴⁰

Девиантные СП:

Такие акты самоповреждения могут быть признаком тяжелых психических состояний, таких как шизофрения, биполярное расстройство или другие психотические расстройства. Специализированная помощь психиатров, психотерапевтов и медицинских специалистов необходима для оценки и обработки этих случаев.⁴¹

Далее идут поверхностные, формы, которые подразделяются на компульсивные, эпизодические и систематические проявления⁴². Эти акты охватывают неглубокие повреждения тканей, не представляющие серьезной угрозы для жизни:

Эпизодические СП: проявляются реже, но также направлены на снятие напряжения. Эти акты могут иметь более эпизодический характер, возникая в ответ на особо напряженные ситуации.

Компульсивные СП: включают повторяющиеся действия, направленные на снятие напряжения. Их характеризует регулярность, и мотивация освободиться от внутреннего напряжения⁴³.

Систематические самоповреждения: характеризуют глубокую вовлеченность индивида в процесс самоповреждения. Эти акты отличаются постоянством и могут быть связаны с различными психическими расстройствами, такими как антисоциальное и

⁴⁰ Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

⁴¹ Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

⁴² Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

⁴³ Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

пограничное расстройство личности, посттравматическое стрессовое расстройство и диссоциативное расстройство⁴⁴.

В контексте детей с нарушениями развития и интеллектуальной недостаточностью, топографическая классификация самоповреждения выделяет пять типов⁴⁵:

Экстремальное самоповреждение: характеризуется тяжелыми повреждениями, такими как самоампутация и нанесение больших ран, а также сопровождается стереотипными расстройствами в виде прикусывания и жевания. Эти акты могут оставлять глубокие шрамы, не сопровождаясь чувством боли.

Повторяющееся или стереотипное самоповреждение: характеризуется короткими, повторяющимися актами, такими как трение частей тела друг о друга или о поверхности, приводящие к формированию мозолей и кожных поражений. Эти проявления могут сопровождаться другими двигательными стереотипиями, не связанными с самоповреждением.

Самоповреждающее поведение с возбуждением (*self-injurious behavior with agitation*): включает в себя акты, такие как удары головой или конечностями, нанесение ударов самому себе, сопровождающиеся симптомами возбуждения: криками, агрессией, двигательной активностью, обильным потоотделением, гипервентиляцией и тахикардией.

Самоповреждающее поведение с возбуждением при прерывании (*self-injurious behavior with agitation when interrupted*): включает в себя акты самоповреждения, осуществляющиеся с высокой частотой более 100 раз в час. Возобновление самоповреждения происходит в течение 30 секунд после завершения любой деятельности; попытки прервать самоповреждение вызывают возбуждение.

Самоповреждающее поведение с множественной топографией (*self-injurious behavior with multiple topographies*): диагностируется, когда поведение ребенка сочетает две и более топографические формы самоповреждения⁴⁶.

Важное внимание уделяется исследованиям, изучающим роль пола и возраста в формировании готовности к самоповреждениям. Несмотря на то, что акты

⁴⁴ Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

⁴⁵ Mace, F.C. Bio-behavioral diagnosis and treatment of self-injury / F.C. Mace, J.E. Mauk // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 1995. – Vol. 1 (2). – P. 104–110.

⁴⁶ Mace, F.C. Bio-behavioral diagnosis and treatment of self-injury / F.C. Mace, J.E. Mauk // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 1995. – Vol. 1 (2). – P. 104–110.

самоповреждения встречаются на разных этапах онтогенеза,⁴⁷ молодой возраст считается наиболее изученным с точки зрения факторов риска.⁴⁸ Подростковый возраст является особенно уязвимым, с наивысшей частотой актов самоповреждения. Пик госпитализации пациентов с самоповреждениями приходится на возраст 20-29 лет (DSM-5, 2013, с. 804).

Частота СП в разных странах. По данным ирландских исследователей пик самоповреждений у женщин приходится на возраст 15-19 лет, у мужчин – 20-24 года.⁴⁹

Относительно частоты актов самоповреждения приводятся следующие данные:

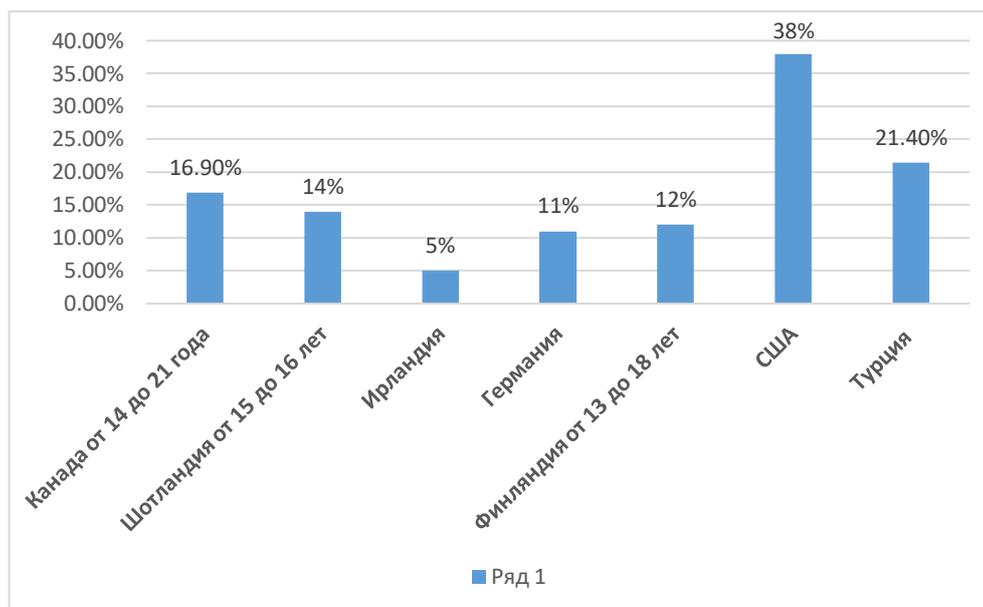


Рисунок 2. Частоты актов самоповреждения

Частота самоповреждений различается в разных странах. Ирландские исследования показывают, что пик самоповреждений у женщин приходится на возраст 15-19 лет, у мужчин – 20-24 года.

Исследование выявило, что наивысшая частота самоповреждений (65,9% - хотя бы один раз; 13,8% - постоянно) была обнаружена среди скандинавских подростков (N=123, средний возраст 15 лет). Важным аспектом являются межкультурные различия в операционализации понятия самоповреждений и методиках их изучения.

Существенные различия в оценке частоты самоповреждений могут объясняться как межкультурными особенностями, так и разными подходами к концептуализации и

⁴⁷ Hawton, K. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors / K. Hawton, S. Kingsbury, K. Steinhardt, A. James, J. Fagg // Journal of Adolescence. – 1999. – Vol. 22 (3). – P. 369–378.

⁴⁸ Hawton, K. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors / K. Hawton, S. Kingsbury, K. Steinhardt, A. James, J. Fagg // Journal of Adolescence. – 1999. – Vol. 22 (3). – P. 369–378.

⁴⁹ Corcoran, P. Hospital-treated deliberate self-harm in the Western area of Northern Ireland. / P. Corcoran, E. Griffin, A. O'Carroll, L. Cassidy, B. Bonner // Crisis. – 2015. – Vol. 36 – P. 83–90.

операционализации самоповреждений. Например, в США используется термин "несуицидальное самоповреждение" (nonsuicidal self-injury), в то время как в Европе чаще изучают "намеренный вред себе" (deliberate self-harm), включающий самоповреждение с суицидальными намерениями.

Также выявлены различия в методиках исследования самоповреждений, включая степень тяжести их оценки. Например, опросник намеренного вреда себе (The Deliberate Self-harm Inventory) измеряет частоту малых актов самоповреждения, таких как втыкание игл в кожу или препятствие заживлению ран. В отличие от него, Оттавский опросник самоповреждения (Ottawa Self-Injury Inventory) включает вопросы о более тяжелых формах самоповреждений.

Исследование Cloutier и Humphreys использовало две методики для оценки самоповреждений: 1) опросник вреда самому себе - Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ), собирающий информацию о частоте различных видов поведения, причиняющего вред, в течение всей жизни респондента, включая самоповреждение с суицидальными намерениями; 2) Оттавский опросник самоповреждения - Ottawa Self-Injury Inventory (OSI), собирающий информацию о самоповреждающем и суицидальном поведении за предыдущие один и шесть месяцев, а также о функциях, копинг-стратегиях и аддиктивных чертах.

В исследовании приняли участие 665 школьников в возрасте от 14 до 17 лет, 25,6% из которых указали, что совершали самоповреждения. Школьницы чаще совершали самоповреждения и сообщали об этом другим. Наиболее частыми методами самоповреждения были сильное расчесывание (27%), порезы (25%) и удары (12%). В сравнении с американской выборкой, наиболее частым способом самоповреждения в ней были порезы (48%), а также сильное расчесывание (27%) и удары (11%) (Muehlenkamp, Gutierrez, 2007).

Исследования в России указывают на то, что 18–19,4% старших школьников и студентов совершали самопорезы⁵⁰. Анализ данных о семейном окружении позволяет исследователям сделать вывод о том, что порядок рождения связан с формированием склонности к рискованному и аутодеструктивному поведению, включая акты самоповреждения или суицидального характера.⁵¹

⁵⁰ Польская, Н.А. Эмоционально-личностные корреляты модификаций тела / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия Философия. Психология. Педагогика. – 2014. – Т. 14. – Вып. 2. – С. 84–90.

⁵¹ Kirkcaldy, B. Birth order: Self-injurious and suicidal behaviour among adolescents / B. Kirkcaldy, R. Richardson-Vejlgaard, G. Siefen // Psychology, Health & Medicine. – 2009. – Vol. 14 (1). – P. 9–16.

Выявлено, что подростки, не являющиеся первенцами, чаще прибегают к самоповреждениям. Среди группы риска выделяются средне-рожденные дети в семьях с более чем одним ребенком. При этом среди средне-рожденных девушек чаще встречаются суицидальные попытки, а среди средне-рожденных юношей - акты самоповреждения. В целом, высокий риск суицидального и самоповреждающего поведения ассоциируется с женским полом.⁵²

Также подчеркивается влияние старших детей на младших, где поведение старших может стать моделью для младших.⁵³ Этот вывод соотносится с результатами других исследований, которые обсуждают вовлечение младших сиблингов в различные рискованные поведенческие практики, такие как курение сигарет, употребление марихуаны и ранняя сексуальная активность.⁵⁴

Данные о гендерной специфичности СП. Данные о гендерной специфичности СП, представленные в научной литературе неоднозначны.⁵⁵ Одни исследователи настаивают, что самоповреждение более свойственно девушкам и женщинам,⁵⁶ тогда как другие на основании клинических данных утверждают, что акты самоповреждения с одинаковой частотой встречаются как среди женщин, так и среди мужчин.⁵⁷

Данные о гендерной специфичности самоповреждений (СП) в научной литературе представлены неоднозначно. Существуют различные точки зрения на вопрос о том, насколько самоповреждение характерно для женщин или мужчин.

Некоторые исследователи утверждают, что самоповреждение более распространено среди девушек и женщин, в то время как другие, опираясь на клинические данные, утверждают, что акты самоповреждения встречаются с одинаковой частотой как у женщин, так и у мужчин.⁵⁸ Статистические данные вызывают сомнения из-за того, что некоторые случаи самоповреждений у мужчин могут быть диагностированы как "несчастные случаи", что может исказить реальную картину. Кроме того, в определенных социальных группах (пациенты, заключенные,

⁵² Hawton, K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior / K. Hawton // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – P. 484–485

⁵³ Kirkcaldy, B. Birth order: Self-injurious and suicidal behaviour among adolescents / B. Kirkcaldy, R. Richardson-Vejlgaard, G. Siefen // *Psychology, Health & Medicine*. – 2009. – Vol. 14 (1). – P. 9–16.

⁵⁴ Averett, S. Birth order and risky adolescent behavior / S. Averett // *Economic Inquiry*. – 2006. – Vol. 44 (2). – P. 215–233.

⁵⁵ Gratz, K.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates / K.L. Gratz, A.L. Chapman // *Psychology of Men and Masculinity*. – 2007. – Vol. 8(1). – P. 1–14.

⁵⁶ Morgan, H.G. The urban distribution of non-fatal deliberate self-harm / H.G. Morgan, H. Pockock, S. Pottle // *British Journal of Psychiatry*. – 1975. – Vol. 126. – P. 319–328.

⁵⁷ . Pattison, E.M. The deliberate self-harm syndrome / E.M. Pattison, J. Kahan // *American Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140 (7). – P. 867–872.

⁵⁸ Frost, M. Self-harm and the Social Work Relationship / M. Frost. – Norwich: Social Work Monographs, 1995.

воспитанники детских домов, бездомные) могут наблюдаться свои⁵⁹, социально обусловленные особенности связи между гендером и самоповреждениями.⁶⁰⁶¹

Большинство исследователей сходится в мнении, что умеренные (поверхностные) формы самоповреждений более характерны для девушек-подростков и молодых женщин. Однако, юноши чаще могут совершать акты самоповреждения, которые приводят к госпитализации, поскольку они чаще выбирают более опасные способы нанесения вреда себе.

Различия в результатах исследований могут быть обусловлены не только гендерными различиями, но и социальными контекстами и особенностями выборки. Одни исследования выявляют значимые связи между распространенностью самоповреждений и женским полом, особенно в подростковом возрасте, тогда как другие не подтверждают подобных связей

Согласно другим данным, в клинической популяции СП чаще наблюдаются у девушек и женщин, что объясняется высокой частотой самоповреждений при пограничном расстройстве личности, которое считается преимущественно «женским», тогда как в местах лишения свободы самоповреждения чаще совершают лица мужского пола.

Дополнительные данные о самоповреждениях (СП) указывают на то, что в клинической популяции они чаще встречаются у девушек и женщин. Это может быть связано с высокой частотой самоповреждений при пограничном расстройстве личности, которое традиционно считается преимущественно "женским". Однако в местах лишения свободы самоповреждения чаще совершают лица мужского пола.

В контексте интернет-сообществ, некоторые исследователи отмечают, что самоповреждения становятся частью западной культуры и распространяются в молодежных субкультурах и онлайн-сообществах. Люди, совершающие самоповреждения, склонны чаще использовать интернет, в том числе чаты. Анализ гендерной идентификации интернет-данных, таких как дневники и форумы подростков с самоповреждениями, показывает, что большинство из них — девушки в возрасте от 12 до 20 лет.

⁵⁹ . Klonsky, E.D. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples / E.D. Klonsky, A.M. May, C.R. Glenn // *Journal of abnormal psychology*. – 2013. – Vol. 122 (1). – P. 231–237

⁶⁰ Canetto, S.S. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence / S.S. Canetto // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1997. – Vol. 27. – P. 339–351.

⁶¹ Cantor, C.H. Suicide in the western world / C.H. Cantor // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. / In K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). – Britain: John Wiley and Sons, Ltd., 2000. – P. 9–28.

Согласно некоторым исследованиям, гендерные различия в выражении гнева могут привести к тому, что девушки чаще проявляют аутоагрессивные паттерны поведения. Девушки менее склонны трансформировать переживаемый гнев в агрессию, направленную на других, но более подвержены агрессии, направленной на себя.

Хотя интернет-общение может предоставлять поддержку подросткам, чувствующим себя изолированными в ситуациях, связанных с самоповреждением, обсуждения в онлайн-сообществах могут также способствовать закреплению паттернов самоповреждающего поведения и даже расширению репертуара самоповреждающих практик, включая потенциально опасные.⁶²

Интересные результаты анализа гендерных аспектов мотивации самоповреждений подчеркивают различия между юношами и девушками, совершающими самоповреждения. Девушки, совершающие самоповреждения, чаще объясняют эпизоды такого поведения стремлением к самонаказанию и попыткой справиться с "ужасными мыслями". Это может указывать на различия в мотивации и психологических механизмах, приводящих к самоповреждениям у представителей разных гендеров.

Однако важно отметить, что данные о гендерных различиях в мотивации могут быть неоднозначными и зависят от социокультурного контекста группы, в которой проводится исследование. Например, различия в клинической и неклинической популяциях, а также в субкультурных группах, могут влиять на результаты исследования.

Кроме того, уровень обращаемости в медицинские учреждения по поводу самоповреждений может зависеть от серьезности актов самоповреждения. Например, намеренные отравления могут чаще приводить к госпитализации, чем намеренные порезы собственного тела. Это подчеркивает важность учета характеристик самоповреждений при анализе данных и формулировке выводов.

Отмечается, что буллинг (запугивание, травля) также играет роль в контексте самоповреждений. Школьный буллинг может представлять собой особую форму агрессивного поведения, нарушающего права других людей.⁶³ Исследования в данной области обращают внимание на различные типы буллинга, такие как физический,

⁶² Whitlock, J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults / J. Whitlock, J. Muehlenkamp, J. Eckenrode // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2008. – Vol. 37 (4). – P. 725–735.

⁶³ Olweus, D. Understanding and researching bullying: Some critical issues / D. Olweus // *Handbook of bullying in schools: An international perspective* / In S.R. Jimerson, S.M. Swearer, D.L. Espelage (Eds.). – New York, 2010.

вербальный, социальное исключение, а также кибербуллинг, связанный с использованием мобильных и интернет-технологий.

Обобщенный анализ этих аспектов может способствовать пониманию сложной природы самоповреждений и их взаимосвязей с различными факторами.

1.2 Концепции, модели и методы изучения самоповреждающего поведения

Научные исследования в области самоповреждающего поведения охватывают различные научные дисциплины, включая биологию, медицину, психологию и часть антропологии. Биологический подход направлен на выявление нейробиологических маркеров самоповреждения, социокультурные исследования обращают внимание на социальные и культурные условия, формирующие данное поведение, а психологическое направление фокусируется на факторах и моделях, объясняющих самоповреждение. Клинический аспект связывает самоповреждение с различными психическими и соматическими расстройствами, а результаты биологических исследований используются для пояснения склонности к самоповреждению.

Чтобы обобщить различные подходы к самоповреждающему поведению, исследователь К. Саемото выделила четыре модели и шесть функций самоповреждения у подростков.

Модель влияния окружения: Основываясь на концепциях социального научения и моделирования поведения, данная модель рассматривает самоповреждение как имитацию насилия, наблюдаемого в семье. Для подростка это становится особым видом заботы, а функция самоповреждения заключается в получении внимания со стороны окружающих.⁶⁴

Модель влечения: Основываясь на психодинамических концепциях инстинктов, данная модель утверждает, что акты самоповреждения управляются антисуицидальной и сексуальной функциями, представляя собой компромисс между влечением к жизни и смерти, а также способ контроля и управления сексуальными чувствами.⁶⁵

Модель аффективной регуляции: Основываясь на концепциях эгопсихологии, эта модель связывает самоповреждение с интроекцией чувства неполноценности. Главная функция - регулирование аффекта и контроль негативного эмоционального состояния. Дополнительная функция - прекращение диссоциативного состояния.

⁶⁴ Suyemoto, K.L. The Functions of Self-Mutilation / K.L. Suyemoto // *Clinical Psychology Review*. – 1998. – Vol. 18 (5). – P. 531–554.

⁶⁵ Suyemoto, K.L. The Functions of Self-Mutilation / K.L. Suyemoto // *Clinical Psychology Review*. – 1998. – Vol. 18 (5). – P. 531–554.

Пограничная модель: Основанная на концепциях объектных отношений, эта модель рассматривает самоповреждение как физический маркер границ личности. Главной функцией самоповреждения здесь является сепарация и дифференциация от первичной привязанности.⁶⁶

Такие модели исследования помогают глубже понять многогранный характер самоповреждающего поведения, выявить его мотивации и связи с различными сферами жизни подростков.

Биологический подход к изучению самоповреждающего поведения сосредотачивается на связи между этим поведением и нарушениями психофизиологического функционирования, вызванными внешними условиями или биохимическим дисбалансом. Согласно этому подходу, самоповреждение рассматривается как стратегия восстановления гомеостаза.

Наблюдения за невольными животными указывают на то, что многие виды могут проявлять самоповреждающее поведение. У приматов выделяют два основных типа: укусы, расчесывание ран, выдергивание волос и избыточное груминг-поведение. Лабораторные эксперименты, включая манипуляции окружением и медицинские вмешательства, также применяются для демонстрации биологической природы самоповреждения. Эксперименты с нейромедиаторами и стимуляторами нервной системы играют важную роль в этом контексте.

Примером биологической регуляции через самоповреждение может служить исследование актов самоповреждения у резус-макак, где обнаружено, что это поведение способствует снижению частоты сердцебиения, выступая как стратегия саморегуляции в стрессовых ситуациях. Акты самоповреждения у самцов с пониженным уровнем кортизола являются более частыми.

Исследования также свидетельствуют о влиянии стимуляторов нервной системы и нейромедиаторов на самоповреждение. Например, кофеин у голодающих крыс вызывает активность и самоукусы при одиночестве, в то время как наличие других крыс в клетке снижает акты самоповреждения в пользу агрессивности. Это подчеркивает сложные взаимосвязи между факторами окружения и проявлениями самоповреждающего поведения.

Такие биологические исследования помогают расширить наше понимание физиологических основ самоповреждающего поведения и взаимосвязи между психофизиологическими процессами и этим видом поведения.

⁶⁶ Suyemoto, K.L. The Functions of Self-Mutilation / K.L. Suyemoto // *Clinical Psychology Review*. – 1998. – Vol. 18 (5). – P. 531–554.

Интересные исследования связывают самоповреждение с воздействием фармакологических средств, в частности, пемолина, на центральные дофаминергические механизмы у крыс. Наблюдаемые явления, такие как двигательные стереотипии, самоповреждение, и отсутствие интереса к обычным потребностям, выделяются в контексте введения пемолина. Эти явления подчеркивают важность исследований биохимических маркеров, направленных на воздействие на акты самоповреждения через использование фармакологических средств.

Важную роль в исследованиях играет роль депривации социальных контактов, особенно у высших приматов. Депривация от социальных связей влияет на формирование самоповреждений, подобно другим нарушениям поведения, таким как раскачивание, боязливость и агрессия. Изоляция от других особей может привести к использованию собственного тела для игры и перенаправлению агрессии на себя.⁶⁷⁶⁸⁶⁹⁷⁰

Существует связь между условиями изоляции и формой самоповреждения, связанной со стереотипными движениями. Например, макаки-резусы, проявляющие самоповреждение, часто проявляют стереотипии, такие как хождение и сосание пальцев. Условия содержания и манипуляции также определяют риски отклонений в поведении.

Самоповреждающее поведение у макак-резусов может иметь функцию снижения тревоги, связанной с негативными жизненными событиями. Это поведение инициально служит сигналом неудовлетворенности или дискомфорта животного, но со временем может стереотипизироваться и приобретать другое функциональное значение.⁷¹⁷²⁷³

Исследования также подчеркивают влияние нарушений на нейробиологическом уровне, изоляции, ограничения социальной активности и ранней сепарации, что может привести к угнетению физиологических систем и поддерживать акты самоповреждения.

⁶⁷ Lutz, C. Stereotypic and self-injurious behavior in rhesus macaques: a survey and retrospective analysis of environment and early experience / C. Lutz, A. Well, M. Novak // *American Journal of Primatology*. – 2003. – Vol. 60 (1). – P. 1–15.

⁶⁸ Tiefenbacher, S. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model / S. Tiefenbacher, M.A. Novak, C.K. Lutz, J.S. Meyer // *Frontiers in Bioscience*. – 2005. – Vol. 10 (1). – P. 1–11

⁶⁹ Favazza, A.R. Varieties of pathological self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – P. 77–85.

⁷⁰ Хайнд, Р. Поведение животных: синтез этологии и сравнительной психологии / Хайнд Р. – М: Мир, 1975. – 856 с

⁷¹ Muehlmann, A.M. Individual differences in vulnerability for self-injurious behavior: Studies using an animal model / A.M. Muehlmann, J.A. Wilkinson, D.P. Devine // *Behavioural Brain Research*. – 2011. – Vol. 217 (1–2). – P. 148–154

⁷² Mueller, K. Repeated pemoline produces self-injurious behavior in adult and weanling rats / K. Mueller, E. Hollingsworth, H. Pettit // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 1986. – Vol. 25 (5). – P. 933–938

⁷³ Kies, S.D. Self-injurious behaviour: a comparison of caffeine and pemoline models in rats / S.D. Kies, D.P. Devine // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 2004. – Vol. 79 (4). – P. 587–598.

Интересное сопоставление между самоповреждениями у животных и пациентов с нарушениями развития позволяет более глубоко понять механизмы данного поведения. Наблюдения за животными подсказывают, что изменение условий среды играет ключевую роль в изменении самоповреждающих актов, которые могут быть обусловлены неблагоприятными средовыми воздействиями. Это позволяет более эффективно подходить к проблеме у пациентов с нарушениями развития.

Гипотезы об анальгетической и аддиктивной природе самоповреждений также добавляют интересные аспекты в понимание этого поведения. Идея о влиянии бета-эндорфинов на самоповреждение подчеркивает роль эндогенных седативных веществ в этом процессе. Такие гипотезы могут помочь лучше понять мотивацию за актами самоповреждения и разработать соответствующие стратегии помощи.

Социально-экономическая модель самоповреждения представляет увлекательный взгляд, привлекая аналогии с экономическими примерами. Это напоминает о значении информации и взаимоотношений в контексте саморегуляции. Подчеркивается, что отсутствие поддержки и заботы со стороны социальных партнеров может стать движущей силой самоповреждения, что представляет интерес с точки зрения понимания социальных аспектов данного явления.

Сравнение склонности к самоповреждению с аддиктивными паттернами через клинический подход расширяет понимание, выявляя общие факторы поведения, психического состояния и психологических аспектов. Это может обеспечить более глубокое понимание механизмов самоповреждения и, следовательно, эффективные подходы к лечению.

Аддикция, как скрытый вихрь в психической реальности, представляет собой стойкий паттерн, который выражается в стремлении уйти от повседневных трудностей, изменяя свое внутреннее состояние. Этот паттерн проявляется в различных формах и степенях тяжести, охватывая зависимость от веществ или активностей, таких как игры, секс, работа и спорт. Современная классификация аддикций охватывает даже новые формы зависимого поведения, такие как интернет-аддикция и нарушения пищевого поведения.

Характерные особенности аддиктивной личности создают портрет индивида с пониженной переносимостью повседневных трудностей, скрытым комплексом неполноценности, внешней социабельностью, которая сочетается со страхом перед эмоциональными контактами и другими чертами. Такие личности обладают эпилептоидными, лабильными, неустойчивыми и истероидными типами акцентаций

характера, а также высокой склонностью к делинквентности, алкоголизации и другим девиациям, с отчетливыми признаками социальной дезадаптации.

Период подросткового и юношеского возраста выступает как уязвимое время для формирования аддиктивных поведенческих расстройств. Это обусловлено физиологическими изменениями, формированием ценностей и личной идентичности. Психологическая предрасположенность к аддиктивному поведению может быть связана с воспитательными стратегиями, психическими травмами и ранее перенесенными расстройствами. Подростки с аддиктивным поведением проявляют стереотипные реакции на различные факторы, характеризуются низкой самооценкой, дезадаптивными межличностными отношениями, недостатком независимости, ригидностью в ролевых позициях и нарушениями социальной перцепции. В этом вихре эмоциональной динамики формируется аддиктивная парадигма, оставляя следы в жизни молодого человека.⁷⁴⁷⁵⁷⁶⁷⁷

Личностные особенности при наркотической зависимости предстают как хаотичная картина, меняющая свои контуры под воздействием длительного взаимодействия с наркотиками. Эти изменения затрагивают разносторонние аспекты социальной адаптации, ценностно-смысловой сферы и системы межличностных отношений. Под покровом наркотической зависимости личность теряет гибкость адаптации, ощущает отчуждение, погружается в депрессивные состояния и проявляет конфликтность и агрессивность.⁷⁸⁷⁹

Пациенты, оказавшиеся в плену наркотической зависимости, часто манипулируют своими чувствами, стремясь к ощущениям и обладая размытыми представлениями о будущем. Эти стремления переплетаются с поведением, нацеленным на аутодеструкцию, включая акты самоповреждения. Самоповреждения, в свою

⁷⁴ Сирота, Н.А. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска. Пособие для врачей / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Н.А. Должанская, Т.С.Бузина, Т.В. Волкова. – М.: ННЦ Наркологии, 2004. – 40 с

⁷⁵ Личко, А.Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 77–82.

⁷⁶ Сэбшин, Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор / Э. Сэбшин // Психология и лечение зависимого поведения; под ред. С. Даулинга; пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – С. 13– 27

⁷⁷ Шюпп, Д. О психоаналитическом понимании юношеской диссоциальности, ее терапии и профилактике / Д. Шюпп // Энциклопедия глубинной психологии. Т. II. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе: пер. с нем./ Общ. ред. А.М. Боковой. – М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. – С. 61–87.

⁷⁸ Oyefeso, A. Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates / A. Oyefeso, S. Brown, Y. Chiang, C. Clancy // Drug and Alcohol Dependence. – 2008. – Vol. 98 (3). – P. 227–234.

⁷⁹ Maloney, E. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioiddependent individuals: a case-control study / E. Maloney, L. Degenhardt, S. Darke, R.P. Mattick, E. Nelson // Addiction. – 2007. – Vol. 102. – P. 1933–1941.

очередь, становятся проявлением эмоциональных мук, ненависти к самому себе, проблем в отношениях и, возможно, даже следствием сексуального насилия и затруднений в осознании чувств.

Заметно, что самоповреждения становятся своеобразным каналом для выражения внутренних борений и травматических переживаний у пациентов с наркотической зависимостью. Интересно отметить, что некоторые из них могут проявлять самоповреждения в различных формах, но исследования не выявляют существенных различий между этими группами пациентов. Таким образом, мозаика личностных особенностей при наркотической зависимости формируется под влиянием множества факторов, и ее расшифровка требует глубокого погружения в понимание механизмов и влияний, лежащих в основе этого сложного явления.

Исследования, направленные на взаимосвязь самоповреждающего и аддиктивного поведения, раскрывают интересные аспекты, демонстрируя, как эти два явления могут взаимодействовать и воздействовать на психическое состояние. Модель аддикции представляет цикличность самоповреждения, в которой негативные эмоции достигают предельного напряжения, и акт самоповреждения становится временным спасением, освобождая от эмоционального давления. Тем не менее, стыд и вина после таких действий могут вызвать новый виток эмоционального напряжения, и цикл повторяется.

Исследования выявляют связи между самоповреждением и различными формами аддиктивного поведения, такими как расстройства пищевого поведения и злоупотребление веществами. У пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью наблюдается высокая частота самоповреждений, связанных с психическими нарушениями, обусловленными аддиктивными расстройствами. Интересно отметить, что наркозависимые реализуют свои саморазрушительные интенции через несчастные случаи и увечья.

Однако отмечаются и отличия между самоповреждающим и аддиктивным поведением, которые вносят определенные нюансы в понимание этих явлений. Важным аспектом самоповреждения является негативное подкрепление, связанное с избеганием негативных переживаний, в то время как в аддикции подкрепление может иметь как положительный, так и негативный характер. Также отмечается, что тяга к самоповреждению значительно ниже, чем тяга к наркотикам и алкоголю, что указывает на различия в мотивации. Модели эмоциональной дисрегуляции лучше объясняют самоповреждение, связывая его с проблемами регуляции эмоций, а не с гедонистическими мотивами. Нарушения эмоциональной регуляции рассматриваются

как ключевая причина самоповреждения, а не просто как элемент модели аддикции. Этот аспект может выдвигать дисрегуляцию эмоций как важный диспозиционный фактор, опосредующий самоповреждение, и в то же время входящий в сложную структуру в качестве медиатора взаимосвязей между самоповреждением и различными ситуативными факторами.

Факторы эмоциональной регуляции представляют собой важный аспект психологии, оказывающий влияние на поведение и психическое благополучие. Эмоциональная регуляция включает в себя различные аспекты, такие как контроль, выражение, управление интенсивностью эмоций, осознание и понимание эмоций. Факторы, влияющие на эмоциональную регуляцию, варьируются от осознания и принятия эмоций до гибкости в регулировании и эффективности стратегий управления эмоциями.

Самоповреждение может рассматриваться как сложный механизм эмоциональной регуляции. Для некоторых людей это является способом управления негативными эмоциями, выражением своего внутреннего состояния. Однако, в контексте других факторов, самоповреждение также может рассматриваться как деструктивный способ эмоциональной саморегуляции. Исследования показывают, что пациенты с историей самоповреждения могут испытывать трудности с переносимостью сильных эмоций, поддержанием чувства самооценности и формированием связей с окружающими.

Нарушения эмоциональной регуляции, также, могут быть связаны с частотой и формами самоповреждений. Отмечается, что повышение интенсивности и реактивности эмоций может привести к уменьшению частоты самоповреждений. На этом фоне важно отметить, что эмоциональные аспекты, связанные с самоповреждением, подчеркивают не только его негативные аспекты, но и функциональные, такие как управление стрессом и выражение внутренних переживаний.

Студенты с опытом самоповреждения часто испытывают высокий уровень негативных эмоций. Понимание, как эти эмоции связаны с самоповреждением, позволяет более эффективно подходить к вопросам психологической поддержки и разработки стратегий адаптации. Помимо этого, обращение внимания на индивидуальные особенности и факторы, влияющие на эмоциональную регуляцию, может быть ключевым элементом в понимании и разработке программ по профилактике и поддержке людей, сталкивающихся с самоповреждениями.

Акты самоповреждения могут выполнять различные функции, связанные с эмоциональной регуляцией. Уменьшение интенсивности и изменение валентности

переживаемых эмоций, а также временное облегчение от гнева и тревоги - все эти аспекты выделяются в контексте самоповреждения. Мотивы самонаказания при этом становятся менее значимыми, что может указывать на преобладание функций эмоциональной саморегуляции в данном контексте.

Самоповреждение у женщин, находящихся в заключении, связано с усилением гнева и тревоги, а также может служить средством получения временного облегчения. Нарушения эмоциональной регуляции, особенно у лиц с психопатологией, травматическими расстройствами и патологическими вариантами личностного развития, могут существенным образом влиять на частоту и форму самоповреждений.

В рамках травматических расстройств, таких как травматическое стрессовое расстройство (PTSD), самоповреждение может выступать в роли симптома. Травмы, связанные с негативным межличностным взаимодействием, особенно физическим или сексуальным насилием, могут вызывать нарушения эмоциональной регуляции и ассоциироваться с различными формами аутодеструктивного поведения, включая злоупотребление психоактивными веществами и нарушения пищевого поведения.

Пограничное личностное расстройство (ПЛР) также связано с серьезными нарушениями эмоциональной регуляции. У людей с ПЛР часто наблюдается стратегия самоповреждения как способ справиться с эмоциональными состояниями. Проблемы восприятия своей личности, чувство отчуждения и трудности в межличностных отношениях являются ключевыми аспектами ПЛР, а акты самоповреждения могут служить средством преодоления эмоциональных трудностей.

Исследования подчеркивают важность разработки стратегий эмоциональной регуляции, особенно в контексте психопатологии, травматических расстройств и личностных расстройств, чтобы помочь людям эффективнее справляться с жизненными трудностями и снижать риск аутодеструктивного поведения.

Модель избегания переживаний предполагает, что самоповреждающее поведение является частью цикла, направленного на избавление от непереносимых эмоциональных переживаний. Факторы, такие как интенсивность эмоций, сложность их контроля, низкая терпимость к дистрессу и недостаточно развитые навыки эмоциональной саморегуляции, играют важную роль в этой модели. Самоповреждающее поведение рассматривается как форма избегания нежелательных эмоций, что может временно снизить интенсивность болезненных эмоций, но в то же время укрепляет связь между самоповреждением и эмоциональной болью.

В этой модели также подчеркивается связь с психоаналитическим понятием отреагирования и использования действия в качестве защитного механизма от

психической боли. Регрессия личности и когнитивные трудности могут быть связаны с переживанием высокоинтенсивных эмоций при стрессовых событиях.

Модель избегания переживаний также связывает самоповреждающее поведение с другими состояниями, такими как наркотическая и алкогольная зависимость, депрессия, биполярное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство. Отрицательные последствия избегающего поведения включают возвращение болезненных переживаний с более сильной интенсивностью и неконтролируемостью.⁸⁰

Диатез-стрессовая модель, с другой стороны, связывает биологические, экологические и психологические факторы с уменьшением способности справляться со стрессорами. В сочетании с факторами риска это может привести к самоповреждению в качестве способа регуляции эмоционального состояния и социального опыта.

В функциональном подходе к самоповреждению выделяют несколько функций, включая регуляцию эмоций, выход из диссоциативного состояния, самонаказание и попытку попросить окружающих о помощи. Эти функции представляют собой мотивацию для самоповреждающего поведения, и их понимание может быть важным шагом в разработке эффективных стратегий лечения и поддержки.

Функции самоповреждения могут быть разделены на внутриличностные (автоматические) и межличностные (социальные). В отношении социальных функций самоповреждения существует разногласие: некоторые исследователи видят в нем манипулятивное поведение, направленное на вызов реакции окружающих, в то время как другие отмечают, что самоповреждение часто скрывается и не играет роли в межличностном взаимодействии. Социальные функции могут включать сигналы дистресса (использование самоповреждения для привлечения внимания или избегания неприятных ситуаций) и сигналы силы и приспособленности (демонстрация безбоязненности перед болью в закрытых группах). Кроме того, самоповреждение может служить способом конструирования социального я, идентификации личности и определения культурных и социальных границ.

В модели функционального подхода к самоповреждению у подростков, предложенной Ноком и Принстайном, выделяются четыре основные функции: автоматическое негативное подкрепление (прекращение плохих чувств), автоматическое позитивное подкрепление (ощущение хоть каких-то эмоций), социальное негативное подкрепление (избегание неприятных ситуаций или заданий) и социальное позитивное подкрепление (привлечение внимания). Социальные функции

⁸⁰ Холмогорова, А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. – 480 с.

самоповреждения включают использование этого поведения для получения поддержки от других или снижения ожиданий и требований со стороны окружающих.

Социальные функции самоповреждения могут проявляться в различных контекстах, и различные факторы, такие как возраст, этническая принадлежность, перфекционизм, симптомы депрессии и посттравматического стрессового расстройства, могут быть связаны с этими функциями. Внутриличностные функции, с другой стороны, связаны с симптомами депрессии и посттравматического стрессового расстройства. Модель Нока и Принстайна пересекается с диатез-стрессовой моделью, где самоповреждение влияет стрессовая ситуация, а предрасположенность к этому поведению формируется под воздействием дистальных причин, таких как генетическая предрасположенность или насилие в семье.

Самоповреждение, рассматриваемое в контексте психоаналитической модели аутоагрессии, получает разнообразные трактовки от известных теоретиков, таких как З. Фрейд, Анна Фрейд, Франц Александер, Меннингер и Оливия Кернберг.

З. Фрейд представляет самоповреждение как проявление запретных агрессивных импульсов, перенаправляемых на собственное тело. Для Фрейда, самоповреждение представляет собой комплекс саморазрушения, который стремится осуществиться при подходящих обстоятельствах или создает их. Он выделяет, что это поведение может служить маскировкой опасности для жизни, прикидываясь случайным несчастьем, и является компромиссом между тенденцией к самоуничтожению и противостоящими силами. Для Фрейда, самоповреждение становится симптоматическим действием, выражающим неосознаваемые и несообщаемые аспекты.

Исследования Анны Фрейд, ориентированные на детей в приютах, свидетельствуют о связи между аутоагрессией и аутоэротизмом. Она выделяет, что самоповреждение маленьких детей представляет собой раннюю проявление склонности к агрессии и разрушению, направленным против себя.⁸¹

Франц Александер описывает, что с самого рождения активизируется механизм болезненного отрицания негативных реальностей, и ребенок узнает, что удовольствие часто ассоциируется со страданием. Таким образом, форма самоограничения становится активной, а он также указывает на связь садо-мазохистических черт личности с кожными симптомами.⁸²

⁸¹ Фрейд, А. Детский психоанализ / А. Фрейд. – СПб.: Питер, 2003. – 477 с.

⁸² Фрейд, А. Детский психоанализ / А. Фрейд. – СПб.: Питер, 2003. – 477 с.

Концепция Меннингера базируется на психодинамическом конфликте влечений. Он интерпретирует самоповреждение как символическое наказание за мысли или действия, связанные с чувством вины, с целью продолжения жизни.⁸³

Оливия Кернберг рассматривает аутодеструкцию как результат сочетания садистических и мазохистических реакций. Она подчеркивает, что у пациентов с пограничными состояниями различные формы аутодеструкции могут служить средством контроля за поведением терапевта или проявлением унижения и грандиозности.⁸⁴

Тенденция к расширению исследований самоповреждения включает в себя разнообразные методологии, охватывая клинические и неклинические случаи, моделирование у животных, анализ культурных и социальных аспектов. Для более глубокого понимания этого явления разрабатываются новые методики, включая использование электронных дневников для моментального измерения и самоотчета, что позволяет более широко изучать феномены самоповреждения.

Метод наблюдения широко применяется в клинических исследованиях самоповреждения. Он охватывает непосредственное наблюдение актов самоповреждения, описание и фото/видеофиксацию следов на коже и теле. Видеозаписи используются для измерения эмоционального состояния и частоты самоповреждений как в корреляционных исследованиях, так и в экспериментах на животных. На основе метода наблюдения разрабатываются опросники и шкалы, которые клиницисты используют для изучения самоповреждающего поведения, его частоты и степени тяжести.

Качественные методы, такие как анализ интервью и текстов, также активно применяются в исследованиях самоповреждения. Структурированные интервью направлены на сбор анамнестических данных, включая общие и клинические вопросы, а также запросы, связанные с историей самоповреждения. Оцениваются частота, способы и привычность самоповреждения, его связь с событиями в жизни человека и факторами, поддерживающими самоповреждение.

Интервью сопровождаются использованием специально разработанных шкал. Этот метод также может быть применен при анализе текстов из интернет-сообществ и написанных самими испытуемыми. Исследования, использующие качественные методы, часто направлены на описание феноменологии самоповреждения в различных

⁸³ Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 480 с.

⁸⁴ Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии: пер. с англ. / О.Ф. Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 464 с.

культурных группах или выявление специфики субкультурных течений, часто имея гуманистическую направленность.

Эксперимент и квазиэксперимент представляют два подхода к исследованию самоповреждения (СП). Этические ограничения требуют проведения воздействий, вызывающих СП, только на животных. Исследования механизмов формирования СП у пациентов с умственной отсталостью проводились в прошлом, но редко включали контрольные группы. Исследования с индивидуальными случаями или сравнением разных выборок по личностным характеристикам также проводились для обнаружения причин СП. Некоторые исследования пытались сравнить клинические и контрольные группы с использованием функциональной МРТ. Лонгитюдинальные исследования, хотя названы так, больше напоминают квазиэксперименты из-за ограниченного периода и количества измерений.

Корреляционные исследования направлены на выявление коррелятов СП или коморбидных расстройств в клиническом контексте. Некоторые из них используют методы анализа данных, которые позволяют исследователям говорить о возможных предикторах СП. Однако важно отметить, что корреляционные исследования могут подтверждать связь между переменными, но не могут однозначно говорить об их причинном воздействии, поскольку отсутствуют условия экспериментального контроля.

Операционализация СП в клинических исследованиях включает использование различных тестов, таких как анонимные опросы и методы исследования имплицитных представлений. Некоторые исследования указывают на то, что саморазрушительные мысли и эмоции могут быть скрыты и не выявляться в прямом общении с пациентами. Методика эмоционального прайминга может помочь выявить скрытые представления, связанные с самоповреждением. Тест имплицитного ассоциативного теста может быть использован для диагностики скрытых намерений суицидального характера.

Методики самоотчета изображены на рисунке 2.

МЕТОДИКИ САМООТЧЕТА

Шкала хронической самодеструктивности (Chronic Self-Destructiveness Scale) включает в себя пункты, характеризующие поведение, связанное с высоким риском и импульсивностью (например, «Быстрая езда на автомобиле захватывает меня», «Я делал опасные вещи только ради острых ощущений»). Также в опроснике представлены утверждения, связанные с заботой о собственном здоровье. Например, «Я прохожу общее медицинское обследование раз в году», «Я всегда выполняю рекомендации моего лечащего врача или дантиста» (Kelley, Byrne, Przybyla et al., 1985).

Опросник самовреда (Self-Harm Behavior Survey) направлен на сбор демографических данных, изучение семейной истории психических болезней, а также сбор информации об отношении к религии, взаимоотношениях в семье, самоповреждающем поведении (например, порезах запястий и тела, вырезании слов или символов на коже, прижигании кожи, выдергивании волос), личных чувствах относительно актов самоповреждения, функциях самоповреждающего поведения, симптомах расстройств пищевого поведения, истории приема психотропных препаратов, истории госпитализаций (Favazza, 1986).

В опроснике самоповреждения (Self-Injury Questionnaire) приводятся разные способы самоповреждения: вскрытие ран, расчесывание корочек на ранах, самопорезы и причинение себе боли, выдергивание волос, намеренное нанесение себе ушибов и самоожоги (Vanderlinden, Vandereycken, 1997). В другом опроснике с аналогичным названием (Self-Injury Questionnaire) затрагивается связь истории детских травм с СП (Alexander, 1999). В опросниках, разработанных для подростков, проблематика самоповреждения нередко фигурирует как частный случай рискованного поведения. Например, в опроснике подросткового риска (Adolescent Risk Inventory) затронуты вопросы рискованного сексуального поведения, СП и суицидальных попыток (Lescano, Hadley, Beausoleil et al., 2007).

Функциональная шкала самоповреждающего поведения (Functional Assessment of Self-Mutilation) измеряет наличие актов самоповреждения в течение последнего года. Пункты, посвященные СП, группируются в два фактора. В первый входят порезы, ожоги, нанесение себе татуировок, расчесывание и соскабливание кожи, во второй – удары, выдергивание волос, укусы, введение объектов под ногти и кожу, расчесывание кожи до крови (Lloyd et al., 1997).

Оттавский опросник самоповреждения (The Ottawa Self-Injury Inventory) направлен на оценку различных аспектов СП (история и топология самоповреждения, время последнего акта, наличие суицидальных намерений и попыток, мотивация, аддиктивность, история госпитализаций и терапии). На основе этого опросника выделено четыре функциональных фактора – внутренняя эмоциональная регуляция, социальное влияние, внешняя эмоциональная регуляция и поиск ощущений – и отдельно стоящий фактор аддиктивности (Nixon M. K. et al., 2015).

Опросник намеренного самоповреждения (Deliberate Self-Harm Inventory) изучает прямое повреждение тканей тела. Определится частота, степень тяжести и продолжительность подобных событий. Включены пункты, связанные с суицидальными попытками. Шкала имеет высокую внутреннюю согласованность, ретестовую надежность и конструктивную валидность в неклинической (студенческой) и клинической выборках. Результирующий показатель по шкале изменяется в зависимости от преследуемых целей: для определения частоты СП используется числовая переменная, а для выявления пациентов с пограничным расстройством личности, у которых СП выступает как диагностический критерий, – дихотомическая переменная (Gratz, 2001).

Опросник утверждений о самоповреждении (Inventory of Statements about Self-Injury) состоит из двух частей. В первой измеряется частота самоповреждений и сопутствующие факторы: возраст, с которого началось СП, переживание боли, совершение самоповреждения в одиночестве или при других, время между намерением совершить самоповреждение и его осуществлением, потребность в прекращении поведения. Вторая часть содержит вопросы о функциях СП, значимость которых отмечается по трехбалльной шкале. На основе второй части определяются два фактора: социальное подкрепление (межличностное влияние, поиск ощущений) и автоматическое подкрепление (регуляция аффекта, самонаказание) (Klonsky, Olino, 2008).

Критика методик самоотчета. Возможными ограничениями исследований СП с помощью методик самоотчета являются, с одной стороны, ошибки в припоминании, которым подвержены респонденты при оценке частоты определенных поступков или мыслей, а с другой стороны, нельзя исключить намеренного искажения действительных данных, касающихся СП как самими респондентами, так и членами их семей и/или опекунами. Необъективность результатов, полученных при использовании шкал самоотчета в исследовании СП, может быть объяснена и избеганием участия в нем лиц, находящихся в группе риска по самоповреждающему и суицидальному поведению. Например, некоторые ученики могут прогуливать уроки или не участвовать в исследовании, так как не получили на это согласие родителей, хотя именно они могут оказаться в группе риска, а значит, получаемые на школьной выборке частоты СП могут быть занижены (Jacobson & Gould, 2007). Несомненным плюсом шкал самоотчета является возможность их широкого применения, отсутствие специальных требований к проведению исследования (в отличие от эксперимента), высокая вариативность содержательного наполнения конкретных шкал, что позволяет разрабатывать шкалы к разным исследовательским целям.

Рисунок 3. Методики самоотчета

1.3. Особенности половых различий у людей склонных к самоповреждениям

Изучение онтогенетических факторов самоповреждительного поведения имеет важное значение для диагностики и теоретического понимания причин и условий его формирования. Несмотря на разнообразие причин и условий формирования самоповреждения у пациентов с психозами, нормально и аномально развивающимися детьми, подростками и взрослыми, их тело подвергается повреждению от их собственных действий. Это общая форма, через которую реализуются различные модели самоповреждающего поведения. Исследования самоповреждения основываются на идеях о разнообразии и интеграции психического развития, роли культуры в формировании высших психических функций и особенностях аномального психического развития.

В период формирования поведения, при отсутствии разделения субъекта и объекта, самоповреждение может быть случайным и импульсивным. При нарушениях психического развития и ограничениях среды могут закрепляться и стереотипизироваться.

С развитием когнитивной дифференциации и усвоения социальных форм поведения, самоповреждение может приобрести символическое значение и стать способом саморегуляции эмоций и поведения. Однако активизация самоповреждения может быть связана с регрессией, возвращением к более ранним формам организации.

Самоповреждение связано с фрустрацией, эмоциональным напряжением и состоянием неуверенности. При самоповреждении активируются когнитивные процессы, основанные на первичных аффективных связях, в отличие от метакогнитивных процессов, характерных для зрелой личности.

Пол играет значительную роль в формировании индивидуальной идентичности, оказывая влияние на различные аспекты психологического функционирования человека. В контексте самоповреждений, анализ половых различий становится важным аспектом. В данном разделе мы рассмотрим уникальные черты половых различий у лиц, проявляющих склонность к самоповреждениям, и проведем анализ, выявляющий, как эти различия могут сказываться на проявлении данного поведения.

2.1 Природа и Гормональные Воздействия

Биологические особенности мужчин и женщин могут оказывать воздействие на их тенденцию к самоповреждениям. Гормональные флуктуации, присущие разным полам, могут воздействовать на эмоциональное состояние и уровень стресса, влияя на выбор методов справления, включая самоповреждение.

2.2 Стратегии Саморегуляции и Половые Отличия

Исследования подтверждают, что мужчины и женщины могут прибегать к различным стратегиям справления при душевных страданиях. Половые стереотипы формируют предпочтения в выборе методов, таких как общение, саморегуляция или физическое самоповреждение, оказывая влияние на частоту и интенсивность самоповреждений.

2.3 Социокультурные Ожидания и Нормы

Социокультурные ожидания и нормы также могут определять отношение к самоповреждениям в зависимости от пола. Представления о том, как "должны вести себя" мужчины и женщины, могут создавать давление на индивида, формируя способы проявления эмоциональной боли.

2.4 Взаимодействие с Социальной Средой

Социальная среда, включая семейные отношения, дружеские связи и профессиональное окружение, оказывает различное воздействие на мужчин и женщин, сталкивающихся с самоповреждениями. В этом разделе мы рассмотрим, как пол может влиять на восприятие социальной поддержки и степень изоляции, что, в свою очередь, связано с риском самоповреждений.

Дифференционный характер развития эмоций отражен в схеме Кэтрин Бриджис⁸⁵, на которую ссылается Вернер (Рисунок 4). Из недифференцированной чувствительности появляются три базовых состояния: дистресс (неудовольствие), возбуждение и удовольствие. По мере развития состояния удовольствия и неудовольствия проходят по пути дальнейшей дифференциации и специализации эмоций. К школьному возрасту дифференциация не завершается; у младшего школьника еще не дифференцированы этические, эстетические и утилитарные эмоции.

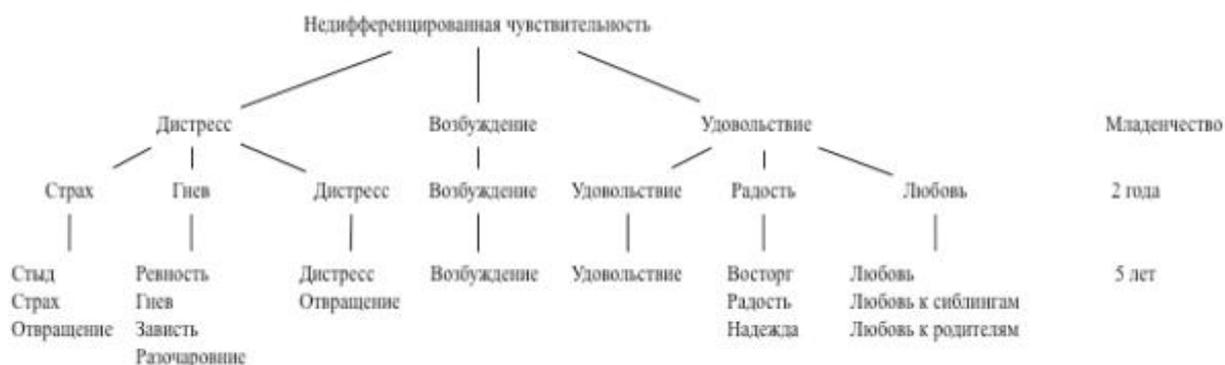


Рисунок 4. Дифференциация эмоций по К. Бриджис

⁸⁵ Bridges, K.M.B. The social and emotional development of the pre-school child / K.M.B. Bridges. – London, K. Paul, Trench, Trübner, 1931.

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. Методология исследования личностных особенностей людей, склонных к самоповреждениям

Для достижения поставленной цели и проверки гипотезы предлагается использовать следующие диагностические методы, среди которых ключевое значение имеет **"Шкала причин самоповреждающего поведения"** (Польской Н.А., 2014) - см. Приложение 1.

Данный инструмент ориентирован на более тщательное исследование самоповреждающего характера, включая такие проявления, как самопорезы и самоожоги. Шкала включает в себя три блока, обеспечивая систематизацию данных и глубокий анализ этого комплексного явления.

Реестр самоповреждающих действий (Секция 1): В этом разделе респондентам предоставляется возможность оценить частоту своих проявлений самоповреждения, используя градацию от "никогда" до "часто". Кодирование ответов производится следующим образом: 1 – редко, 2 – однажды, 3 – время от времени, 4 – достаточно часто.

Время последнего самоповреждения (Блок 2): Второй блок позволяет уточнить, когда произошло последнее самоповреждение. Ответы унифицируются и кодируются в баллах, что облегчит последующий анализ.

Причины самоповреждающего характера (Блок 3): В третьем блоке предлагается респондентам оценить степень своего согласия с различными возможными причинами, побуждающими к действиям самоповреждающего характера. Ответы кодируются от "совершенно не согласен" до "совершенно согласен".

Анализ данных осуществляется по двум основным критериям:

Способ осуществления самоповреждения: Дифференцирование между инструментальным и соматическим подходами.

Стратегии самоповреждающего поведения: Идентификация различных стратегий, которые могут быть использованы респондентами.

Эти критерии обеспечивают более глубокий анализ данных, позволяя выделить ключевые аспекты самоповреждающего поведения и выявить возможные тенденции и взаимосвязи.

Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Приложение 2): Эта анкета разработана с целью качественной оценки проблем, связанных с самоповреждениями, и

изучения их взаимосвязи с модификациями тела, социальными девиациями и индивидуальными особенностями личности. Процесс анкетирования направлен на выявление факторов, оказывающих влияние на данное явление.

Анкета «Риск девиантной социализации подростка» (Приложение 3): Анкета включает оценку трех основных критериев:

Семейные дисфункции (всего 12 пунктов): Анализируются вопросы, связанные с семейной средой, оценивается наличие дисфункций. Каждый положительный ответ приносит 1 балл, а отрицательный – 0 баллов.

Психотравмирующий опыт (4 пункта): Оцениваются пункты, связанные с психотравмирующим опытом. За каждый положительный ответ начисляется 1 балл, отрицательный – 0 баллов.

Девиантная социализация (всего 15 пунктов): В данном блоке анкеты оценивается социализационное окружение подростка. Положительные ответы приносят 1 балл, отрицательные – 0 баллов.

Анализ результатов анкеты является качественным. Каждый критерий имеет свой общий показатель, который рассчитывается как сумма баллов по всем ответам, разделенная на количество пунктов в рамках данного критерия. Это обеспечивает глубокий исследовательский взгляд на факторы, влияющие на девиантное поведение подростков.

Анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Приложение 4): Данная анкета предназначена для выявления проблемных жизненных ситуаций и обстоятельств, которые испытуемые испытывали лично. Оцениваются три критерия:

События, вызывающие социальные и природные психотравмирующие последствия (Раздел 4): В данном разделе проводится анализ вопросов, касающихся стихийных бедствий, аварий, террористических актов и разбойных нападений. Каждый утвердительный ответ приносит 1 балл, в то время как отрицательный ответ оценивается в 0 баллов.

Семейные психотравмирующие события: это вопросы касаются болезни и смерти близких родственников, воспитания родителей и другими семейными травмирующими событиями. Каждый положительный ответ приносит 1 балл, отрицательный – 0 баллов.

Психотравмирующие события, связанные с насилием (4 пункта): В данном блоке анкеты оцениваются пережитые сексуальное и физическое насилие. Положительные ответы приносят 1 балл, отрицательные – 0 баллов.

Анализ полученных результатов представляет собой качественную оценку, где каждый утвердительный ответ приносит 1 балл, в то время как отрицательный – 0 баллов. Общий показатель психотравматизации вычисляется как сумма положительных ответов, деленная на общее количество пунктов в анкете. Дополнительно рассчитываются средние показатели по каждому из трех критериев, предоставляя более детальное представление о различных аспектах психотравматизации.

Шкала самооценки (Приложение 5): Этот опросник используется для оценки текущего эмоционального состояния испытуемого. Респондент должен поставить в соответствие каждому утверждению цифру от 1 до 5, где 1 – "никогда", 5 – "всегда". Утверждения с обратным ключом отмечены звездочкой.

Для анализа данных используется непараметрический статистический критерий U Манна-Уитни для сравнения двух независимых выборок. Также для выявления взаимосвязей между переменными применяется корреляционный анализ Ч. Спирмена.

Достоверность результатов исследования обеспечивается теоретической обоснованностью проблемы, применением взаимодополняющих методов исследования, адекватностью выбранных методов, качественной интерпретацией результатов и репрезентативностью выборки.

База и выборка исследования:

Выборка исследования необходимо провести на подростках, так как самым уязвимым возрастом для девиантного поведения в различных своих проявлениях является подростковый, ввиду своей сензитивности, нестабильности и противоречий

В соответствии с поставленными задачами необходимо провести исследование на клинической группе в количестве 23 человек (люди, наносящие себе увечья, в качестве порезов на руках, прокалывание и расцарапывание кожи).

Для сравнения с клинической группой следует сформировать контрольную выборку в количестве 23 человек. Данная группа не совершает самоповреждающее поведение.

Средний возраст испытуемых обеих групп варьируется от 16 лет $\pm 1,5$ года.

Участие в исследовании было добровольным, и каждый студент имел право отказаться от участия без каких-либо негативных последствий. Отклик на исследование был довольно высоким, что позволяет считать результаты отражающими общую картину в данной возрастной группе.

В отношении семейной обстановки, большинство опрошенных студентов отметили, что их взаимоотношения в семье являются нормальными. Они чувствуют поддержку и понимание со стороны родителей или других членов семьи. Это может

положительно сказываться на психологическом благополучии и общей адаптации студентов в колледже. Такие результаты свидетельствуют о том, что семейная обстановка у опрошенных влияет на их учебные и социальные аспекты жизни, способствуя созданию стабильной и поддерживающей среды.

Для проведения исследования в колледже 16-17 лет была собрана выборка студентов, включающая как юношей, так и девушек. Общее количество студентов в выборке составляет 46 человек, из которых 20 – юноши и 26 – девушки.

2.2. Анализ половозрастных факторов самоповреждающего поведения

В исследовании участвовали студенты, сохранявшие анонимность, проходившие тестирование как индивидуально, так и в небольших группах. После предварительных инструкций респондентам предоставлялась возможность самостоятельно оценить своё поведение, указывая частоту совершения конкретных действий с самоповреждающим характером на шкале от "никогда" до "часто".

Таблица 2 - Частотное распределение по полу в возрастных группах

Частотное распределение по полу		Возраст
		от 16 лет $\pm 1,5$ года.
Женский (Ж)	Частота	63
	% в возрастной группе	46,4
	% в совокупной выборке	12,4
Мужской (М)	Частота	44
	% в возрастной группе	53,6
	% в совокупной выборке	14,6
Итого:	Частота	107
	% в совокупной выборке	27,0

Проведен анализ данных, учитывая частоту отдельных действий самоповреждающего характера и общий балл по всем актам самоповреждения с разделением на инструментальные и соматические самоповреждения. Инструментальные самоповреждения включали в себя порезы острыми и режущими предметами, удары по твердым поверхностям и самоожоги. Соматические

самоповреждения варьировались от выдергивания волос и ударов по собственному телу до расчесывания кожи и сквыривания болячек.

Анализ данных по распределению актов самоповреждения в зависимости от пола (см. Таблица 3) выявил интересные тенденции. Практически для всех видов самоповреждений (за исключением «расчесывания кожи до крови») у мужских респондентов выше значения в категории «часто». С другой стороны, у женских респондентов чаще встречаются отметки «лишь однажды» и «иногда», особенно в контексте самопорезов и выдергивания волос из головы. Эти различия в предпочтениях по частоте самоповреждений создают дополнительные аспекты для более глубокого исследования.

Это наблюдение может подчеркивать различия в частоте и характере самоповреждений между гендерами. Важно отметить, что данные по «расчесыванию кожи до крови» показывают определенное исключение, где респонденты мужского пола не проявляют такой высокой частоты в сравнении с женским полом. Это может указывать на специфические особенности поведения самоповреждения и вариабельность этих практик в зависимости от половой принадлежности.

Таблица 3 - Частота актов самоповреждения в совокупной выборке по полу, %

Пол	Никогда	Лишь однажды	Иногда	Часто
Самопорезы				
Женский пол	72,4	19,2	6,8	1,6
Мужской пол	75,3	20,8	2,7	1,2
Выдергивание волос из головы				
Женский пол	59,8	26,7	12,4	1,1
Мужской пол	76,2	9,4	11,6	2,8
Удары о твердые поверхности				
Женский пол	68,6	11,5	16,5	3,4
Мужской пол	43,8	25,8	23,1	7,3
Самоожоги				
Женский пол	89,5	9,4	1,1	0,0
Мужской пол	81,8	14,7	3,5	0,0
Сквыривание болячек				
Женский пол	64,4	20,8	10,6	4,2
Мужской пол	67,0	12,3	15,4	5,3
Удары кулаком по голове или телу				
Женский пол	74,1	14,7	9,4	1,8
Мужской пол	57,7	25,4	11,6	5,3
Расчесывание кожи до крови				
Женский пол	63,4	12,1	17,3	7,2
Мужской пол	80,6	10,1	5,6	3,7

Статистические данные подтверждают, что мужские респонденты выделяются тем, что чаще прибегают к методам "самоожогов" и "сковыривания болячек", в то время как участницы женского пола более часто отмечаются в категориях "интенсивного расчесывания кожи до появления крови" и "активного выдергивания волос из области головы". Заметим, что при всей этой разнообразности предпочтений фактор пола не оказывает существенного воздействия на общую динамику самоповреждений. Это может указывать на то, что индивидуальные тенденции перевешивают влияние пола в общей картине самоповреждений.

Выводы: на основе предоставленных данных можно сделать вывод о том, что мужчины и женщины проявляют различное поведение в контексте саморегуляции и способов справления с эмоциональными или стрессовыми ситуациями. В целом, оба пола избегают самопорезов, но у женщин этот способ саморегуляции чуть более распространен. Женщины чаще прибегают к выдергиванию волос из головы и сковыриванию болячек, что может быть связано с каким-то видом физического облегчения в ответ на стресс. У мужчин более распространены формы агрессивной саморегуляции, такие как удары о твердые поверхности и удары кулаком. Самоожоги более характерны для женщин, тогда как мужчины более склонны к расчесыванию кожи до крови. Эти различия отражают разнообразные стратегии саморегуляции, которые используют мужчины и женщины, в зависимости от социокультурных факторов, индивидуальных особенностей и контекста жизни.

2.3. Анализ социально-психологических факторов самоповреждающего поведения

На рисунке 1 представлена диаграмма на которой сравниваются средние значения по стратегиям методики «Шкала причин самоповреждающего поведения». Между подростками склонными к самоповреждению и контрольной группой. По всем шкалам средние значения выше в экспериментальной группе по сравнению с контрольной, что подтверждает то, что в экспериментальную группу были отобраны подростки со склонностями к самоповреждающему поведению.

Самые большие различия по шкалам воздействия на других и избаление от напряжения.

Таблица 4 - Эмпирические значения критерия Колмогорова-Смирнова

Названия шкал	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
контроль эмоций	0.973	0.44

Названия шкал	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
воздействие на других	0.970	0.358
избавление от напряжения	0.926	0.012*
изменение себя	0.896	0.001***
самоповреждение	0.559	0***
желание самоповреждения	0.559	0***
курение	0.491	0***
наркотики	0.491	0***
семейные дисфункции	0.849	0***
психотравматический опыт	0.875	0***
девиантная социализация	0.947	0.059
социальные и природные психотравмирующие события	0.855	0***
семейные психотравмирующие события	0.902	0.002**
насилие	0.811	0***
оценка действительности	0.928	0.014*
социальная самооценка	0.933	0.02*
оценка внешности	0.960	0.172

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Подростки из экспериментальной группы выбирают следующие стратегии самоповреждающего поведения: восстановление контроля над эмоциями - среднее значение 10,3 балла из 15 максимально возможных, воздействие на других – среднее значение 30,9 балла из 40 максимальных, избавление от напряжения – 27,8 баллов из 35 возможных и изменение себя – 21,2 балла из 35 максимально возможных. Таким образом, наиболее выраженная стратегия – избавление от напряжения.

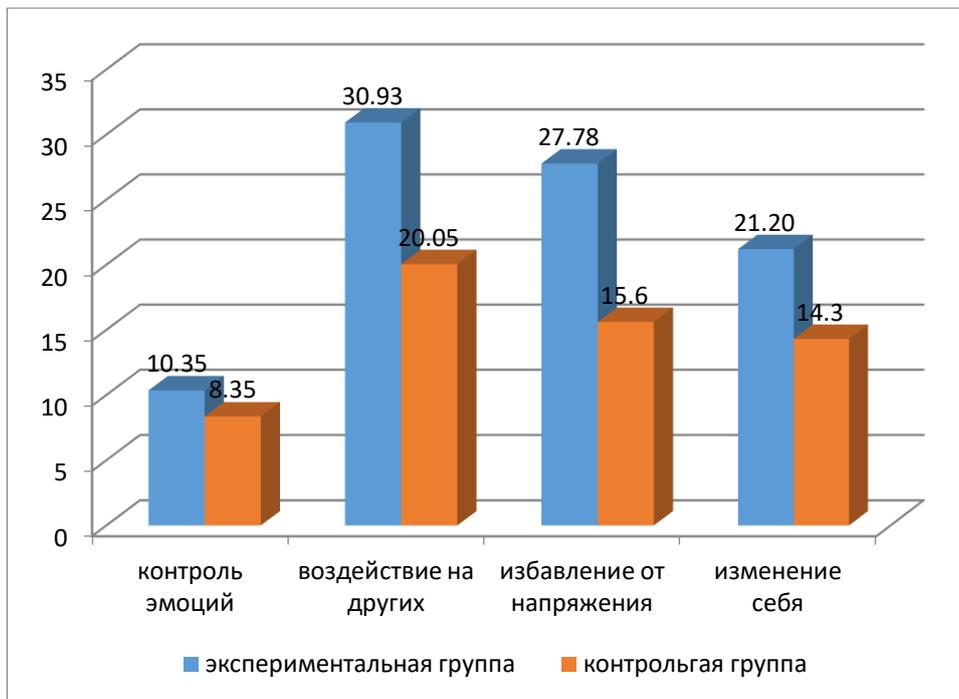


Рисунок 5 - Сравнение средних значений по шкалам методики «Шкала причин самоповреждающего поведения»

На рисунке 6 представлено сравнение полученных результатов по методике «Риск девиантной социализации подростка», все значения в контрольной группе ниже, чем в экспериментальной, самые большие различия были выявлены по девиантной социализации.

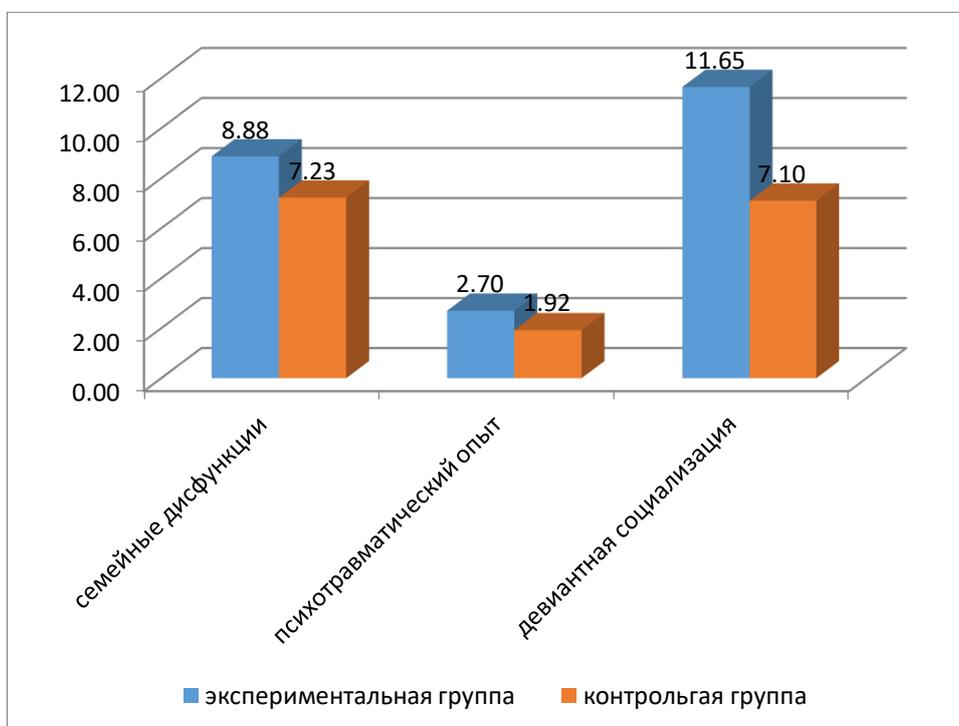


Рисунок 6 - Сравнение средних значений по шкалам методики «Риск девиантной социализации подростка»

У подростков экспериментальной группы наиболее выражено влияние на поведение психотравматический опыт – 2,7 балла из 4 максимально возможных и девиантная социализация - 11,7 балла из 15 максимальных. Данные факторы являются определяющими в поведении подростков экспериментальной группы.

На рисунке 7 представлены результаты сравнения экспериментальной и контрольной групп по шкалам методики «Неблагоприятные жизненные события», по всем шкалам у экспериментальной выборки значения выше, чем у контрольной, наибольшая разница по показателю семейные психотравмирующие события (в экспериментальной группе – 8 баллов, а в контрольной - 4,4 балла).

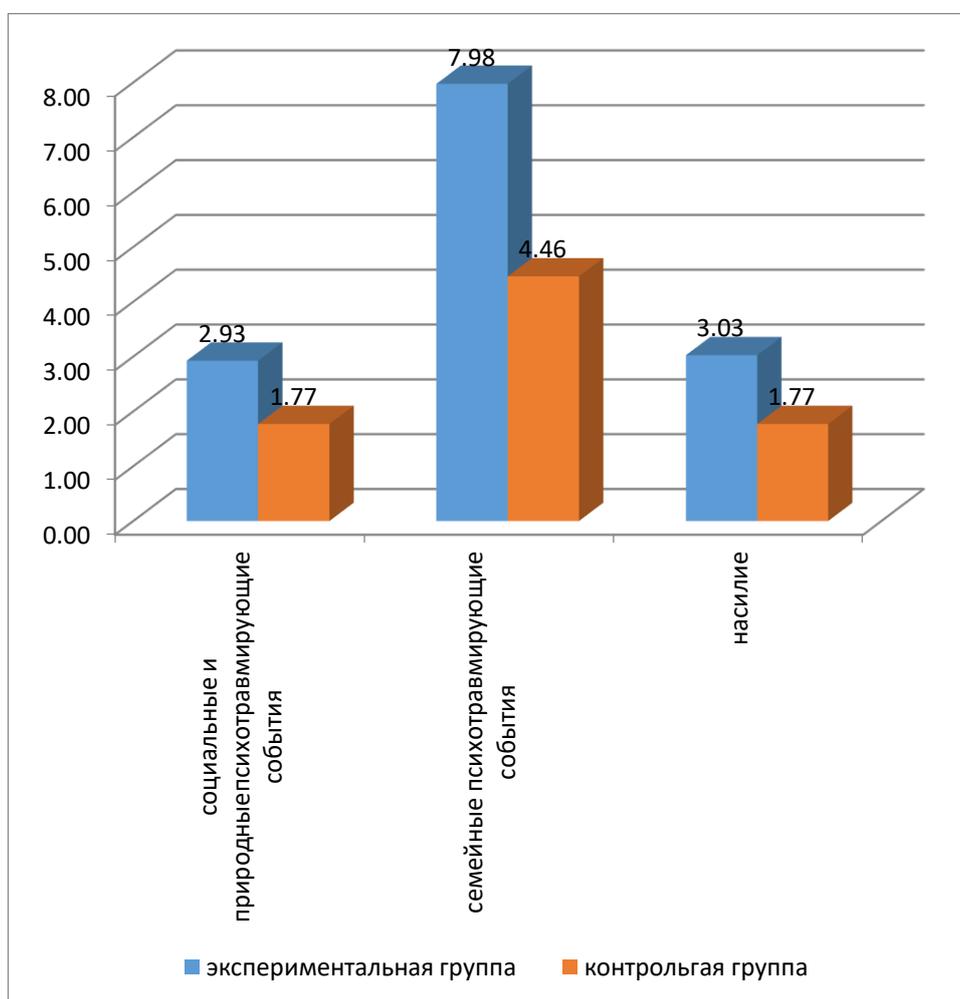


Рисунок 7 - Сравнение средних значений по шкалам методики «Неблагоприятные жизненные события»

На рисунке 8 представлены результаты сравнения средних значений по шкалам самооценки между экспериментальной и контрольной группами, по всем шкалам самооценки были выявлены различия, значения у экспериментальной группы выше, чем

у контрольной, и разница значимая по всем трем шкалам – по шкале оценка действий у контрольной группы 14,1 балла, у экспериментальной 25,7 из 35 максимально возможных, по социальной самооценке у контрольной группы – 13,5 балла, у экспериментальной- 27.9 из 35 возможных и по оценке внешности у контрольной группы 13,2 балла, а у экспериментальной 22,9 балла из 30 максимальных.

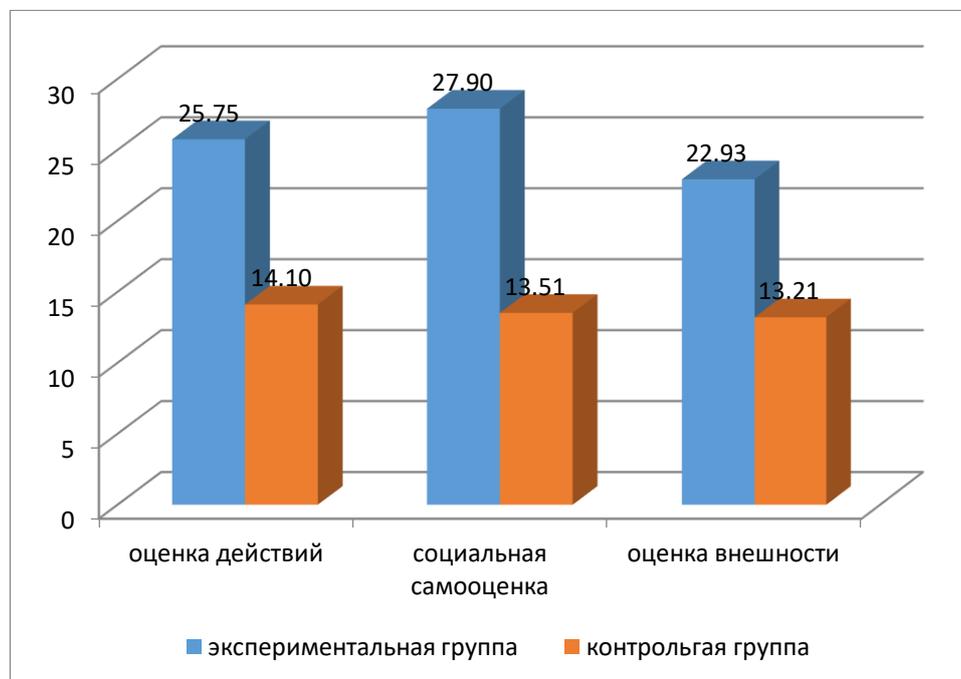


Рисунок 8 - Сравнение средних значений по шкалам методики «Самооценка»

Исследование симптоматики психопатологической на доклиническом уровне и суицидального риска осуществлялось с помощью анализа взаимосвязи между шкалами самоповреждающего поведения и модификациями тела.

Анкета "Модификации тела и самоповреждающее поведение"

По случаям самоповреждения в экспериментальной выборке всего 27,5% подростков не отметило в анкете, что у них уже были случаи самоповреждения, остальные респонденты отметили, что уже имели место случаи самоповреждения, при этом в контрольной группе всего 27,5% респондентов отметили случаи самоповреждения.

Также и относительно непреодолимого желания самоповреждения всего 27,5% респондентов экспериментальной группы не проявляют непреодолимого желания к самоповреждению, остальные отмечают такое желание, и при анализе ответов респондентов из контрольной группы, всего 32,5% подростков отмечают такое желание.

Что касается курения и эпизодов употребления наркотиков, в контрольной группе всего 25% респондентов отметили, что они курят и 15%, что когда-либо употребляли наркотические вещества. Что касается подростков из экспериментальной

группы, то 80% из них отметили что курят и 80%, что когда-либо употребляли наркотические вещества (рис.9).



Рисунок 9 – Результаты сравнения ответов по анкете «Модификации тела и самоповреждения»

Корреляционный анализ

Далее проведем корреляционный анализ между результатами социальных факторов шкал самоповреждающего поведения, описанных выше, и модификациями тела, с целью выявления взаимосвязи между отдельными методиками (шкалы причин самоповреждающего поведения, самооценки, неблагоприятных событий, дивиантной социализации) и модификациями тела.

Для анализа взаимосвязи между шкалами самоповреждающего поведения и модификациями тела был использован корреляционный анализ. Использовался коэффициент корреляции Спирмена. Данные представлены в таблице 5 .

При использовании корреляционного анализа были выявлены следующие корреляции: между стратегией воздействия на других и опытом употребления наркотических веществ, при $p < 0,05$ и $r = 0,326$, то есть чем выше показатели по стратегии воздействие на других. Тем чаще отмечается факт употребления наркотических веществ.

Таблица 5 - Эмпирические значения корреляционного анализа между стратегиями самоповреждающего поведения и модификациями тела

	воздействие на других	избавление от напряжения	изменение себя	самоповреждение	желание самоповреждения	курение	наркотики
контроль эмоций	0.033	0.033	0.224	0.191	0.155	0.004	-0.045
воздействие на других		0.073	-0.041	-0.087	-0.005	0.269	0.314*
избавление от напряжения			-0.206	-0.17	-0.042	0.189	-0.061
изменение себя				0.085	-0.034	-0.247	-0.22
самоповреждение					0.248	0.112	0.112
желание самоповреждения						-0.028	0.112
курение							0.219

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Таблица 6 - Эмпирические значения корреляционного анализа между рисками девиантной социализации личности, неблагоприятными жизненными событиями и шкалой самооценки

	психотравматический опыт	девиантная социализация	социальные и природные травмирующие события	семейные психотравмирующие события	насилие	оценка действительности	социальная самооценка	оценка внешности
семейные дисфункции	0.033	0.039	-0.151	0.194	-0.235	-0.067	0.221	-0.071
психотравматический опыт		-0.128	-0.058	-0.265	0.163	0.092	-0.109	0.061
девиантная социализация			-0.038	-0.032	0.076	-0.316*	0.402*	-0.164
социальные и природные травмирующие события				-0.055	-0.199	0.244	-0.177	-0.071
семейные психотравмирующие события					-0.127	0.125	0.115	0.149
насилие						0.075	-0.275	-0.115
оценка действительности							-0.181	0.088
социальная самооценка								0.052

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Для анализа взаимосвязи между рисками девиантной социализации личности, неблагоприятными жизненными событиями и шкалой самооценки был использован

корреляционный анализ. Использовался коэффициент корреляции Спирмена. Данные представлены в таблице 6.

Была выявлена значимая отрицательная корреляция между девиантной социализацией и оценкой действительности при $p < 0,05$ и $r = -0,316$, что означает что чем выше уровень девиантной социализации, тем ниже уровень оценки действительности.

И была выявлена значимая положительная связь между девиантной социализацией и социальной самооценкой, при $p < 0,05$ и $r = 0,402$, что означает, что при повышении уровня девиантной социализации, повышается социальная самооценка.

Для сравнения экспериментальной группы контрольной группы между собой был использован критерий U-Манна-Уитни. Данные представлены в таблице 7.

Таблица 7 - Эмпирические значения критерия U-Манна-Уитни

Названия шкал	Среднее значение в экспериментальной группе	Среднее значение в контрольной группе	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
контроль эмоций	8.454	10.456	431.0	0****
воздействие	20.023	30.563	257.0	0****
избавление напряжения	15.137	27.721	155.3	0****
изменение себя	14.300	21.200	483.5	0.002**
самоповреждение	0.275	0.725	440.0	0****
желание самоповреждения	0.325	0.725	480.0	0****
курение	0.250	0.800	360.0	0****
наркотики	0.150	0.800	280.0	0****
семейные дисфункции	7.300	8.875	392.0	0****
психотравматический опыт	1.900	2.700	453.0	0.001****
девиантная социализация	7.050	11.650	112.5	0****
социальные и природные психотравмирующие события	1.750	2.925	247.5	0****
семейные психотравмирующие события	4.475	7.975	47.5	0****
насилие	1.775	3.025	231.0	0****
оценка	14.050	25.750	208.5	0****

Названия шкал	Среднее значение в экспериментальной группе	Среднее значение в контрольной группе	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
действительности				
социальная самооценка	13.400	27.900	121.0	0***
оценка внешности	13.150	22.925	118.0	0***

Выводы: Таким образом, анализируя значения, полученные по критерию Манна-Уитни можно сделать выводы, что по всем шкалам всех методик были выявлены различия между результатами экспериментальной и контрольной выборок, что подтверждает поставленную гипотезу. По всем шкалам, у людей, совершающих самоповреждения, значения отдельных шкал выше, чем у людей, которые самоповреждения не наносят.

Глава 3. МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

3.1. Модели психологической интервенции при самоповреждающем поведении

В нынешних методологиях работы с самоповреждающим поведением выделяются три фундаментальных подхода: психодинамический, когнитивно-бихевиоральный и системный семейный. Каждый из этих подходов представляет собой уникальную перспективу на проблему и предлагает индивидуализированные стратегии воздействия. Эти терапевтические направления предоставляют широкий арсенал методов и стратегий для эффективной работы с проблемами самоповреждения.

Психодинамический подход: В этом подходе уделяется внимание бессознательным аспектам личности и динамике внутренних конфликтов. Терапевт работает с пациентом, помогая осознать и понять скрытые причины самоповреждения, а также разрешить эмоциональные травмы. Методы могут включать анализ сновидений, свободных ассоциаций и другие психодинамические техники.

Когнитивно-бихевиоральный подход: Основанный на идее, что мышление влияет на поведение, этот подход сосредотачивается на изменении негативных мыслей и установок, а также на развитии заменяющих стратегий. Терапевт помогает пациенту выявить и переосмыслить деструктивные убеждения, а также разрабатывает совместно с ним навыки регуляции эмоций.

Системный семейный подход: Этот подход рассматривает самоповреждающее поведение в контексте семейных отношений и системы поддержки. Терапевт работает с семьей, чтобы выявить динамику и факторы, способствующие самоповреждению, и разрабатывает стратегии изменения взаимодействия внутри семьи.

Терапевтическое вмешательство может включать индивидуальные и групповые сессии, а также комбинированные подходы в зависимости от потребностей конкретного пациента. Комплексный подход, учитывающий как самоповреждение, так и другие психологические проблемы, позволяет эффективно таргетировать множество аспектов пациентского опыта и обеспечивать более полное восстановление.

Модели когнитивно-бихевиорального подхода. КБТ считается одним из наиболее успешных и широко используемых методов для коррекции самоповреждающего поведения. Множество исследований подтверждают, что эта терапевтическая модель эффективна не только в уменьшении частоты актов самоповреждения, но и в снижении сопутствующих психопатологических симптомов.

Ключевые аспекты когнитивно-бихевиорального подхода:

Оценка убеждений и эмоций:

КБТ начинается с тщательной оценки убеждений и эмоций, лежащих в основе самоповреждающего поведения. Пациент и терапевт работают вместе над выявлением деструктивных мыслей и установок.

Развитие эффективных стратегий:

На основе результатов оценки, пациенты учатся разрабатывать и применять эффективные стратегии регуляции эмоций и преодоления проблем. Это может включать в себя техники релаксации, когнитивные переоценки и изменение поведенческих реакций.

Изменение негативных убеждений:

Пациенты работают над изменением негативных убеждений о себе, других и мире. Терапевт помогает пересматривать и переоценивать их взгляды, что способствует изменению деструктивных паттернов мышления.

Саморегуляция и предотвращение рецидивов:

КБТ сосредотачивается на развитии навыков саморегуляции, что помогает пациентам справляться с трудными ситуациями без прибегания к самоповреждению. Также акцент делается на предотвращении рецидивов через формирование устойчивых позитивных практик.

КБТ успешно применяется не только в индивидуальных сессиях, но и в групповом формате. Этот подход основывается на эмпирических данных и доказательствах, что делает его одним из предпочтительных методов в работе со взрослыми, страдающими от самоповреждающего поведения.

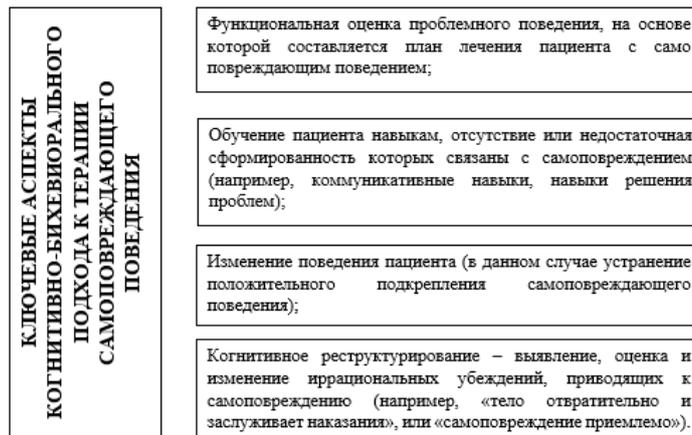


Рисунок 9. Аспекты когнитивно-бихевиорального подхода

В мире интенсивных терапевтических методов, выделяется обучающая когнитивно-бихевиоральная психотерапия (МАСТ), представляющая собой уникальный альянс классических когнитивно-бихевиоральных приемов. В этой краткосрочной терапии, охватывающей шесть встреч, уделяется особое внимание информированию клиента о продуктивных методах справления с трудными событиями.

В рамках когнитивно-поведенческого подхода выделяется инновационная модель групповой терапии, ориентированной на повышение качества эмоциональной регуляции у женщин с пограничным личностным расстройством и самоповреждающим поведением. Основной акцент в данном подходе сделан на усилении осознанности и принятии эмоций, опираясь на глубокие исследования, которые подтверждают, что избегание негативных эмоций лишь увеличивает их интенсивность.

Диалектическая бихевиоральная терапия: была разработана специально для людей, страдающих пограничным расстройством личности, привлекает внимание своей неповторимой спецификой в усилении осознанности эмоциональной сферы, улучшении межличностных взаимодействий и обучении адаптивным стратегиям эмоциональной регуляции. Она не выделяется блестящими результатами в лечении самоповреждающего поведения по сравнению с другими подходами когнитивно-бихевиоральной терапии, но несмотря на это заслуживает внимания своей улучшенной эффективностью в преодолении тенденций к суицидальным поступкам.

Эти инновационные подходы создают захватывающий пейзаж в мире психотерапии, предоставляя пациентам уникальные, краткосрочные и вместе с тем чрезвычайно эффективные решения для преодоления самоповреждающего поведения и пограничных расстройств.

Данная модель выделяет пять направлений оказания психологической помощи

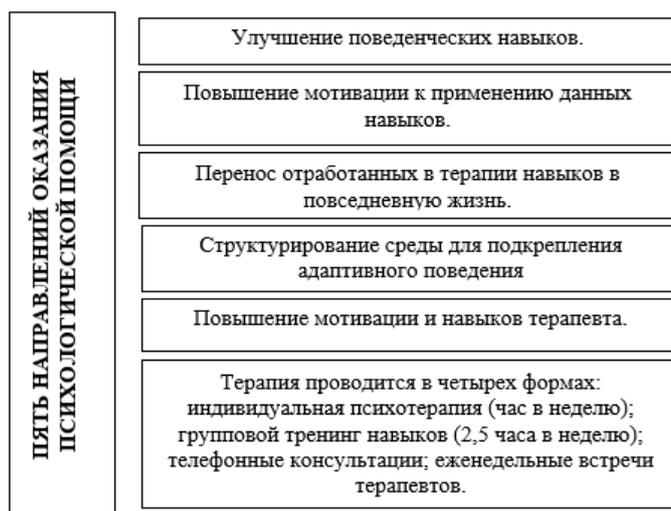


Рисунок 10. Пять направлений оказания психологической помощи (Linehan et al., 2006).

Для эффективного решения проблемы самоповреждающего поведения у пациентов с нарушениями психического развития в настоящее время используются передовые методы коррекционного воздействия, основанные на фундаменте теории бихевиоризма. Эти инновационные подходы включают в себя систематическое применение принципов наблюдения, изучения и модификации поведенческих реакций.

Вместо традиционных методов, новые стратегии подразумевают учет индивидуальных особенностей каждого пациента, что позволяет создать более точные и персонализированные программы коррекции. Это включает в себя не только анализ внешних проявлений поведения, но и углубленное понимание мотиваций, лежащих в основе самоповреждающих действий

Важным компонентом инновационных подходов является использование технологий для мониторинга и анализа данных, что позволяет получить более полное представление о динамике поведения пациентов. Это помогает создать адаптивные стратегии интервенции и более эффективно реагировать на изменения в поведении.

Таким образом, современные методы коррекции самоповреждающего поведения, основанные на принципах бихевиоризма, представляют собой не только шаг вперед в понимании этих проблем, но и возможность предоставить более эффективную и персонализированную помощь пациентам с нарушениями психического развития.

Процедура Функционального Анализа:

В процедуре функционального анализа, предложенной Эрц-Нафтульевой и Жестковой (2014), ключевым моментом является создание экспериментальных условий, которые эмулируют различные сценарии взаимодействия с окружающей средой. Эти

условия, такие как внимание, избегание требований, одиночество и игра, специально спроектированы для выделения факторов, влияющих на самоповреждающее поведение.

Тренинг Функционального Общения:

Дополнительным подходом, основанным на принципах бихевиоризма, является тренинг функционального общения. Метод дает возможность детям с нарушениями психического развития и сложным поведением (включая самоповреждающее), обучение вербальным стратегиям для эффективного привлечения внимания и запроса помощи у взрослых. Суть данного подхода заключается в уменьшении вероятности проявления нежелательного поведения через предоставление альтернативных и более социально приемлемых способов общения.

Такие инновационные подходы отражают современные тенденции в области психологии и коррекционной работы с детьми, предоставляя персонализированные инструменты для более эффективного управления самоповреждающим поведением и обеспечивая более полноценное включение детей с нарушениями психического развития в общество.

Психодинамические подходы: в рамках психодинамических моделей, таких как психоанализ, подчеркивается роль бессознательных процессов и внутренних конфликтов в формировании самоповреждающего поведения.

В психоанализе уделяется внимание механизмам переноса, когда пациент проецирует свои эмоции и отношения из прошлого на терапевта. Это позволяет выявить и проанализировать те внутренние конфликты, которые могут быть связаны с самоповреждающим поведением. Также акцентируется роль психологических защит, которые могут служить механизмами справления с эмоциональным дискомфортом.

Работа с символическим значением самоповреждающего поведения в психоанализе помогает понять скрытые мотивы и смыслы, которые могут быть связаны с прошлыми травмами или неразрешенными конфликтами. Этот анализ помогает пациенту осознать и преобразовать эти символические выражения в более адаптивные способы самовыражения.

- обучение вербальному выражению своих эмоций.
- Изучают новые способы выражения негативных эмоций.
- поддержка от других пациентов в групповой терапии и от медицинского персонала.

Современная психодинамическая терапия включает в себя разнообразные методы:

- Внимание на межличностном отношении.

- Осознание и выражение собственных чувств.
- Работа с образом Я клиента.

Результаты исследований психодинамической терапии подчеркивают эффективность этого метода в снижении частоты самоповреждающего поведения, суицидальных попыток и обращений за помощью в психиатрические клиники в течение продолжительного времени после завершения лечения. Разнообразные подходы в рамках психодинамической терапии, такие как терапия, основанная на ментализации, сфокусированная на переносе, психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия, проявляют эффективность по сравнению со стандартным психиатрическим лечением у пациентов с пограничным личностным расстройством в клинических условиях.

Эти результаты подчеркивают значимость психодинамического подхода в эффективном лечении самоповреждающего поведения и пограничных личностных расстройств, а также поддерживают дальнейшее исследование и применение различных ветвей этого метода в клинической практике.

Терапия включает несколько этапов:

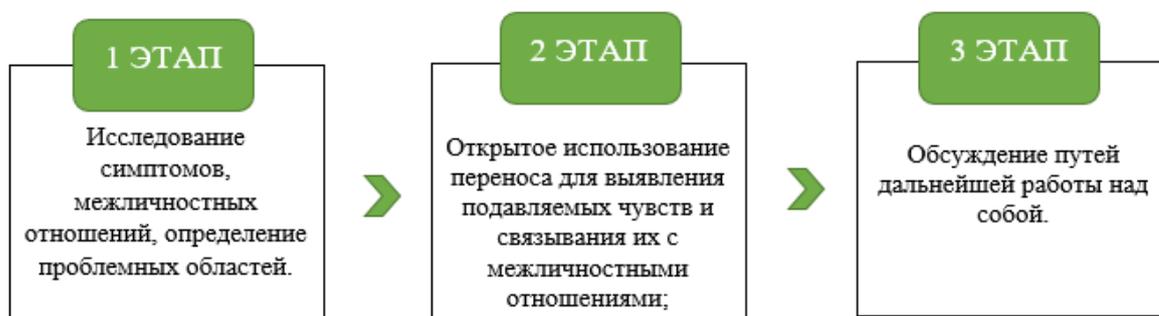


Рисунок 11. Процесс терапии

Терапия Ментализации: В этом подходе при пограничном личностном расстройстве уделяется внимание нарушениям привязанности и ментализации. Терапевтические цели включают в себя процесс развития способности к идентификации и выражению эмоций, формирование внутренних представлений о себе, олицетворяют собой ключевые аспекты психотерапевтической работы. Эти цели часто достигаются через комбинацию индивидуальных и групповых терапевтических подходов, включая техники переноса для более глубокого понимания динамики отношений.

Терапия Переноса: представляет собой подход, фокусирующийся на нарушениях личностной организации как основе для разнообразных поведенческих нарушений, включая самоповреждения. Основные цели этой терапии включают в себя контроль над

поведением, регуляцию эмоциональных проявлений, установление близких и поддерживающих отношений, а также развитие способности преследовать жизненные цели. В контексте лечения нарушений личности, таких как пограничное личностное расстройство, терапия переноса стремится к интеграции репрезентаций себя и других, трансформации защитных механизмов и преодолению диффузной идентичности.

Когнитивно-Аналитическая: В рамках этого подхода терапевтический процесс включает в себя разнообразные техники, такие как разыгрывание эмоциональных ролей, пересказ своей истории. Техника разыгрывания эмоциональных ролей позволяет пациенту воспроизводить и исследовать различные эмоциональные сценарии в безопасной среде терапевтической комнаты. Это помогает пациенту расширить свой эмоциональный репертуар, освоить новые способы реагирования на ситуации и развивать более адаптивные стратегии взаимодействия. Пересказ своей истории может включать в себя переосмысление прошлых событий и опытов, что помогает пациенту лучше понять свою личную историю, выявить травмы или конфликты, связанные с самоповреждающим поведением, и работать над их разрешением.

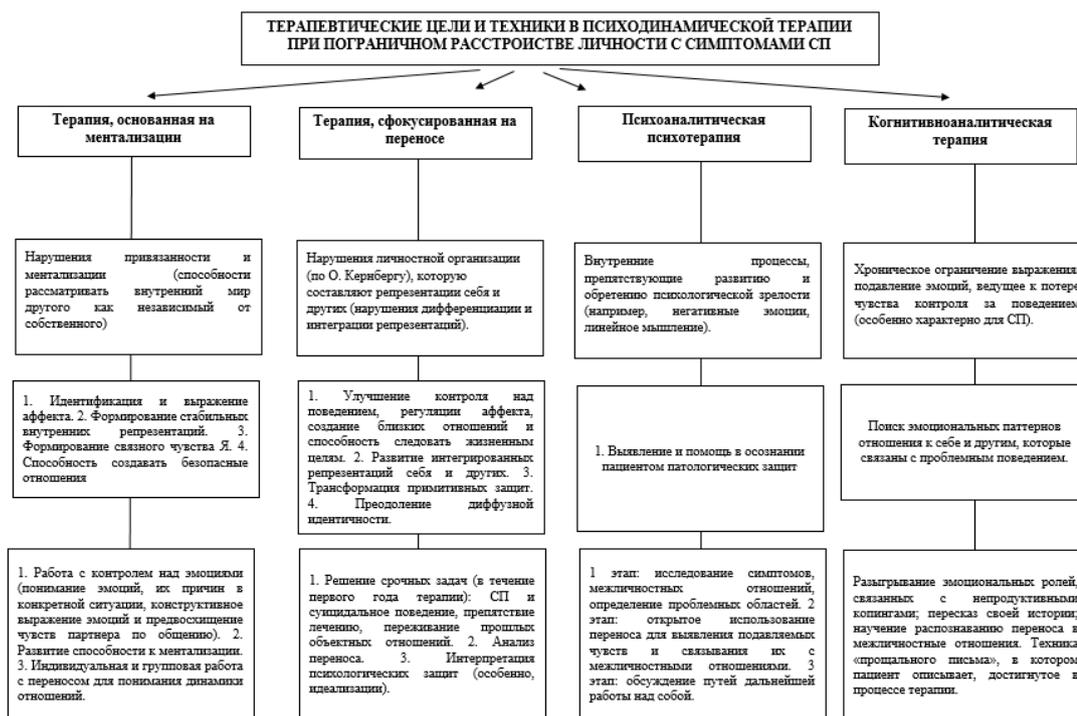


Рисунок 12. Цели и техники в психодинамической терапии

Семейная Терапия:

На данный момент обширный ландшафт семейной терапии населен множеством теоретических моделей, включающих в себя структурную терапию, стратегическую, миланскую системную и нарративную. Эти подходы представляют собой как бы различные "языки" для расшифровки семейных динамик, создавая разнообразные

путеводители в таинственный мир семейных отношений. Ранние модели акцентировали взаимодействие, роли и отношения внутри семьи, но последующие разработки учитывают сложные взаимосвязи между наблюдателем и семейной системой. Семья рассматривается не только как источник проблемы, но и как активный участник в терапевтическом процессе.

Одна из моделей системной семейной терапии Боуэна концентрируется на эмоциональном осознании и увеличении дифференциации. Центральным постулатом является развитие способности к автономному принятию решений, изменение самого себя вместо попыток изменить других. Эмоциональное слияние и дифференциация играют ключевую роль в этой модели.

Семейная терапия, ориентированная на привязанность, стремится к восстановлению здоровых связей между членами семьи, созданию безопасного пространства для выражения эмоций и потребностей. Терапевтические интервенции могут включать в себя работу с семейными образцами взаимодействия, обучение эмоциональной регуляции и создание поддерживающего семейного окружения.

Целью является не только лечение текущих проблем, но и изменение динамики семейных отношений, чтобы предоставить подростку более адаптивные способы справления с эмоциональными трудностями и укрепить связи в семье.

Таким образом, разнообразные модели семейной терапии предоставляют инструменты для понимания и решения сложных вопросов, связанных с взаимодействием внутри семейной системы и развитием адаптивных стратегий совладания.

Модель терапии:

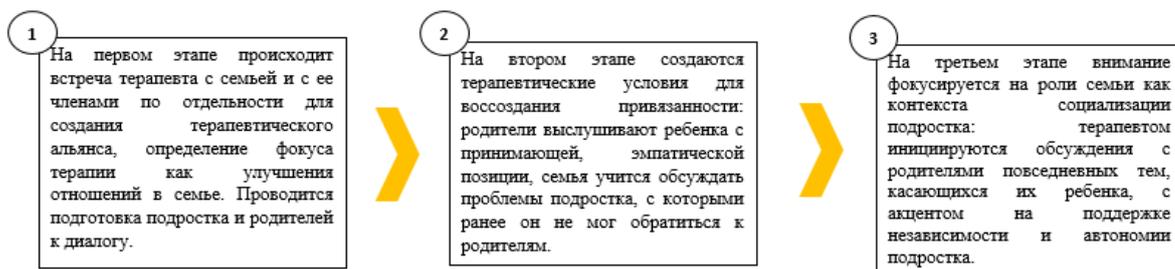


Рисунок 13. Этапы терапии

углубимся в предложенную модель К. Ипа (K. Yip) и рассмотрим ее компоненты более подробно. В предложенной многомерной модели вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков выделяются следующие блоки, представляющие собой целостную стратегию по предотвращению и поддержанию психического благополучия:

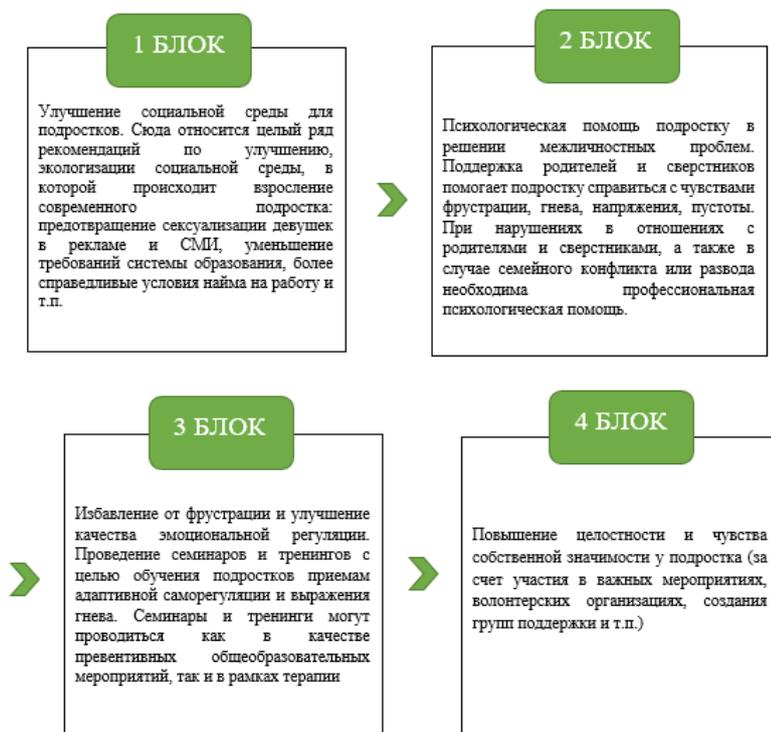


Рисунок 14. Модель К. Йип вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков.

3.2. Мишени психологической помощи при самоповреждающем поведении

Психологическая помощь в случаях самоповреждения (СП) учитывает разнообразие факторов, включая половозрастные, социальные, когнитивно-эмоциональные и личностные аспекты. Когда рассматриваются половозрастные факторы, выделяются следующие аспекты:

Возрастные Кризисы:

Особое внимание уделяется периодам кризисов, особенно подростковому возрасту, когда уровень уязвимости к аутодеструктивному поведению возрастает. Поддержка и терапевтическое вмешательство в этот период могут сыграть важную роль в предотвращении и управлении самоповреждением.

Фактор Пола:

Половозрастные различия также имеют значение. Представительницы женского пола, по некоторым исследованиям, более подвержены реактивному типу самоповреждений, тогда как представители мужского пола могут быть склонны к дисфункциональному типу, связанному с стойкими нарушениями психологического функционирования.

Таким образом, психологическая помощь в контексте самоповреждений должна быть индивидуализированной и ориентированной на учет конкретных половозрастных особенностей. Это включает в себя разработку стратегий для эффективного справления с возрастными кризисами и учета различий в типах самоповреждений в зависимости от пола. Работа с клиентами в рамках этих факторов может помочь снизить риск и повысить эффективность терапевтического вмешательства.

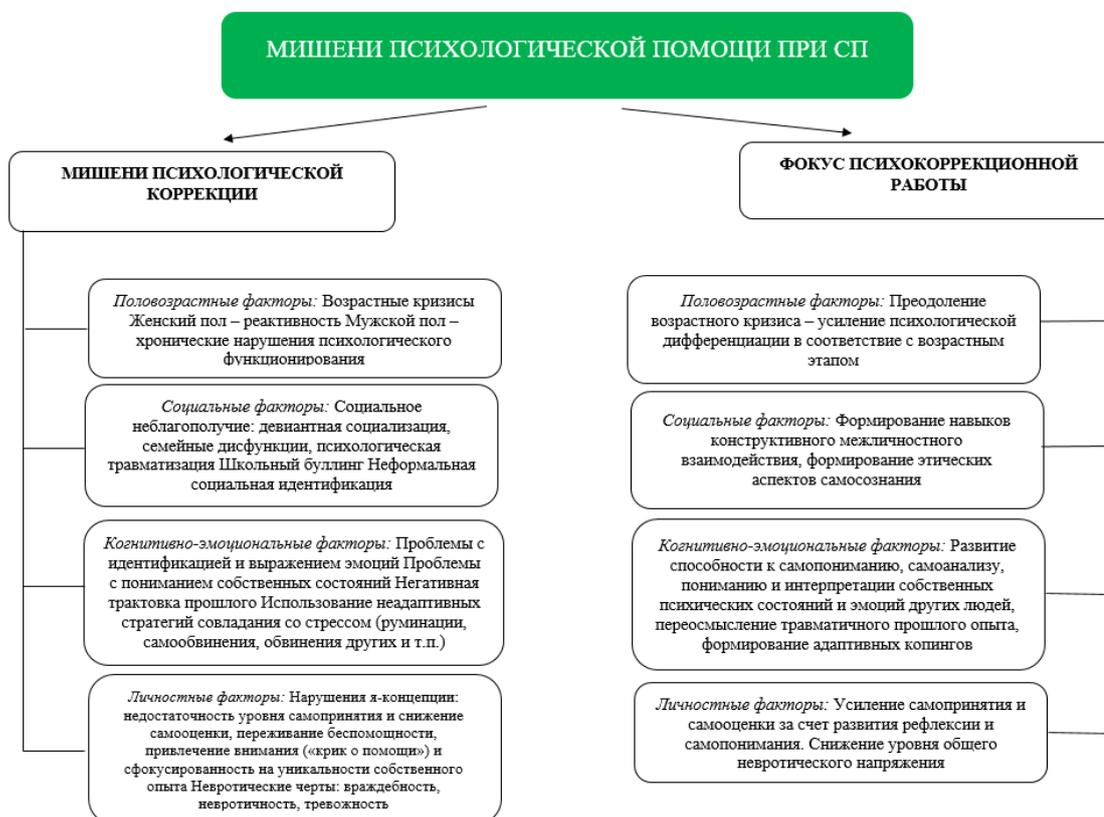


Рисунок 15. Мишени помощи при самоповреждениях

Психологическая помощь подросткам, сталкивающимся с самоповреждениями, ориентирована на укрепление психологической дифференциации, предоставляя индивидуализированный и целенаправленный подход. Важными аспектами такой помощи являются:

Повышение Эмоционального Интеллекта и Саморегуляции:

Развитие эмоционального интеллекта помогает подросткам более эффективно понимать и управлять своими эмоциями. Это включает в себя выработку адаптивных стратегий справления и улучшение качества саморегуляции.

Трансформации Я-Концепции:

Психологическая помощь направлена на качественные изменения в Я-концепции подростка. Процессы сепарации и индивидуализации способствуют формированию более зрелой и стабильной личности.

Развитие Когнитивно-Личностных Способностей:

Помощь в поиске и понимании собственных ресурсов и возможностей способствует развитию когнитивных и личностных навыков, подразумевая точную оценку собственных возможностей, соотношенных с желаемыми качествами.

Эффективные модели психологической помощи включают в себя:

Терапия, Основанная на Ментализации (Психодинамический Подход):

Фокусируется на развитии способности к ментализации, что способствует более глубокому пониманию и выражению эмоций.

Когнитивно-Бихевиоральный Подход:

Функциональный Анализ Поведения - анализ функции проблемного поведения, направленных на поиск поддержки и внимания.

Коммуникативные Тренинги для Групповой Работы:

Улучшают качество межличностного взаимодействия через групповые сессии, способствуя поддержке и взаимопониманию.

Такой комплексный подход способствует не только лечению, но и развитию подростка, повышая его качество жизни и адаптацию к миру в целом.

3.3. Комплексная модель профилактики самоповреждающего поведения в зависимости от пола

Профилактика самоповреждающего поведения требует всестороннего и персонализированного подхода, учитывающего индивидуальные различия. Важно осознавать уникальность каждого человека и разнообразие факторов, влияющих на проявление самоповреждающего поведения. Несмотря на индивидуальность каждого случая, различия между мужчинами и женщинами могут определять определенные аспекты профилактической работы:

Профилактика самоповреждающего поведения у женщин:

Специфика социокультурного воздействия:

Учет общественных и культурных стереотипов, воздействующих на восприятие женской личности и ее роли.

Поддержка и формирование положительного образа женщины в обществе.

Поддержка в период кризисов:

Развитие программ поддержки в области душевного здоровья, ориентированных на женщин в период кризисов (потери, разрыв отношений и т.д.).

Гендерно-ориентированные группы поддержки:

Создание групп поддержки с учетом гендерных особенностей, где женщины могут обмениваться опытом и находить поддержку.

Профилактика самоповреждающего поведения у мужчин:

Снятие стигмы о слабости и уязвимости:

Поддержка мужчин в осознании и выражении своих эмоций, снижение стигмы вокруг проявления уязвимости.

Развитие эмоциональной грамотности:

Поддержка в развитии навыков управления эмоциями и обучение конструктивным способам выражения чувств.

Акцент на коммуникации:

Развитие программ, способствующих улучшению коммуникаций и межличностных отношений, так как социальная изоляция может быть фактором риска.

Общие подходы:

Образование и просвещение:

Проведение обучающих программ для молодежи, направленных на повышение осведомленности о психическом здоровье и методах предотвращения самоповреждающего поведения.

Вовлечение семьи:

Работа с семьей для создания поддерживающей среды и обеспечения эмоциональной поддержки.

Доступ к психотерапии и консультированию:

Обеспечение доступности психологической помощи и консультаций, чтобы люди могли получить поддержку при необходимости.

Медицинская поддержка:

Вовлечение врачей и медицинского персонала для раннего выявления и лечения физических и психических проблем, связанных с самоповреждающим поведением.

Важно помнить, что успешные программы профилактики учитывают контекст и уникальные потребности каждого индивида.

Общие модели профилактики:

Модель Левелла и Кларка:

Первичная Профилактика:

Обучение знаниям и навыкам по вопросам охраны здоровья.

Вторичная Профилактика:

Выявление заболеваний, связанных с суицидальным и самоповреждающим поведением.

Третичная Профилактика:

Лечение и профилактика, направленных на снижение тяжести последствий заболевания.

Модель Профилактики Р. Гордона:

Разделяется на Универсальную Профилактику, указывающую, выборочную, эффективную и неэффективную профилактики

Универсальная Профилактика:

Направлена на повышение осведомленности через мероприятия, (например День предотвращения суицида).

Выборочная Профилактика:

Для групп высокого риска, подверженных суицидальному поведению.

Указывающая Профилактика:

Для тех, у кого уже проявилось суицидальное поведение.

Распространенные Меры Профилактики:

Ограничение Доступа: Меры по ограничению доступа к средствам осуществления суицида.

Контроль: Обучение людей, способных распознавать признаки суицидального поведения и оказывать помощь.

Меры Профилактики считающиеся неэффективными:

- Меры, направленные на осведомленность о суициде среди школьников.
- Разглашения в СМИ о суицидах.
- "Контракты" о невыполнении суицида.
- Терапия восстановления подавленных воспоминаний

Профилактика суицидального поведения подростков и молодежи представляет особые трудности, и эффективность различных программ вызывает сомнения. Существенно важно продолжать исследования и совершенствовать подходы к профилактике суицидального и самоповреждающего поведения среди различных возрастных групп.

Профилактика с Помощью Терапевтов-Стажеров:

терапевты-стажеры связываются с пациентами по телефону, в целях оказания поддержки и помощи в кризисных ситуациях.

Когнитивно-Ориентированная Программа для Школ:

Образовательная инициатива, спроектированная для школьного контекста, не только дает учащимся углубленное понимание копинг-стратегий, но также акцентирует

обучение искусству адаптивной саморегуляции, предоставляя стимулирующие задачи на преодоление негативных, и порой иррациональных, убеждений.

"Знаки Самоповреждения" в Школах:

Инициатива ориентирована на обучение педагогов узнаванию признаков самоповреждающего поведения у учеников. Они также ведут лекции для студентов, нацеленные на освещение темы оказания поддержки сверстникам, сталкивающимся с проблемами самоповреждения.

Внедрение профилактичных мер должно быть тщательно адаптировано к конкретному контексту и целевой группе. При разработке образовательных программ для школы необходимо учитывать следующие аспекты:

Профилактичные меры следует адаптировать к конкретному контексту и целевой группе. При разработке программ для школ важно учитывать следующие аспекты:

Целевая Группа:

школьники в стрессовых ситуациях

Уровень Вмешательства:

Индивидуальная работа, работа с педагогическим составом, семьями.

Профилактика должна быть комплексной и многопрофильной, учитывая различные факторы риска, включая возрастные и ситуационные. Эффективные программы должны быть основаны на последних исследованиях и адаптированы к конкретным потребностям школьного сообщества.



Рисунок 16. Требования к программе профилактики СП

Распространение Информации:

Информация о самоповреждающем поведении, распространяющаяся массово, на собраниях школьников или в буклетах может быть неэффективной. Она не всегда учитывает индивидуальные потребности и контекст школьного сообщества (Heath, Toste, MacPhee, 2014).

Использование Графических Материалов Тревожащего Содержания:

Графические материалы с шокирующим содержанием также могут оказаться неэффективными и даже вредными. Они могут вызывать стресс и тревожность у зрителей, не способствуя решению проблемы (Heath, Toste, MacPhee, 2014).

Направления Превенции Самоповреждающего Поведения:

Укрепление Привязанности в Младенческом Возрасте:

Создание благоприятных условий для развития здоровой привязанности в раннем детстве может оказаться эффективным фактором в профилактике самоповреждающего поведения.

Укрепление Семейных Отношений в Подростковом Возрасте:

Чтобы снизить риск СП нужно направить работу на улучшение семейных отношений у подростков.

Работа над самооценкой межличностных отношений, направленная на формирование позитивных моделей себя и окружающих, может помочь в предотвращении самоповреждающего поведения.

Создание Неформальных Межличностных Связей с Подростками:

Поддержка создания неформальных межличностных связей среди подростков может способствовать формированию поддерживающей социальной среды.

Этапы Профилактической Работы:

Выделение Факторов Риска Самоповреждающего Поведения:

Идентификация основных факторов риска, таких как стресс, нарушения в семье, психические расстройства и др.

Выделение Групп Риска:

Определение групп с пересечением факторов риска и диагностика неявных групп с высоким риском.

Работа в Социальном Окружении Подростка:

Работа над обеспечения комплексной поддержки стратегий работы с родителями, учителями, социальными и мед. работниками.

Разработка индивидуализированных стратегий работы, учитывая разные уровни риска и потребности различных групп подростков.

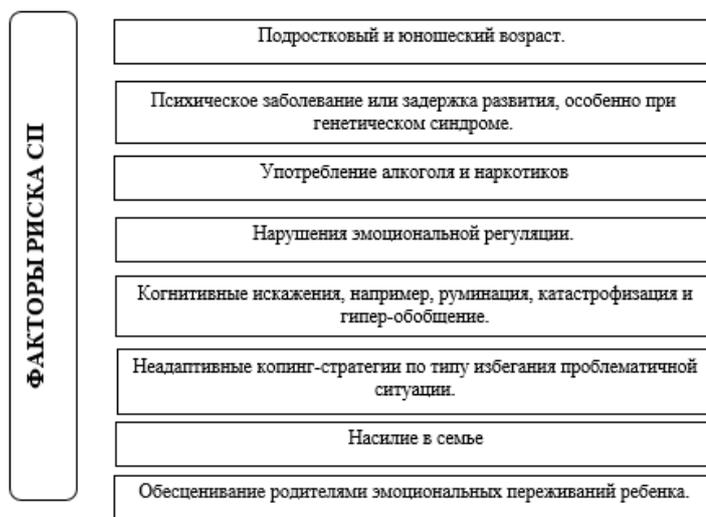


Рисунок 17. Факторы риска СП

Подростки из групп с высоким риском, таких как неблагополучные семьи или детские дома, не только отличаются от сверстников с низким риском самоповреждающего поведения (СП) по психологическим особенностям, влияющим на развитие СП, но и по социальному окружению. Поэтому эффективная профилактика СП должна включать разнообразные меры, охватывая не только работу с самими подростками, но также взаимодействие с их родителями, учителями и медицинскими/социальными работниками. В соответствии с этим мы предлагаем следующую модель профилактики СП, охватывающую подростков и их окружение.

Эта многоплановая модель стремится создать сбалансированный подход, учитывая разнообразие факторов, влияющих на подростков с высоким риском, и обеспечивая комплексную поддержку не только им, но и их окружению в школе и обществе.

Отдельно стоит подчеркнуть важность требований к проведению диагностики самоповреждений (СП). Диагностический подход должен быть комплексным, охватывая не только методики для выявления инцидентов самоповреждения и связанных с ними параметров.

В заключение, профилактика самоповреждающего поведения требует индивидуализированного и дифференцированного подхода, учитывающего различия между мужчинами и женщинами. Ключевыми аспектами являются понимание

социокультурных воздействий, создание поддерживающих образов и групп поддержки, а также снятие стигмы вокруг выражения эмоций.

Для женщин важно учесть социокультурные стереотипы и предложить поддержку в периоды кризисов, а также создать специализированные группы поддержки. У мужчин фокус должен быть направлен на снижение стигмы вокруг уязвимости, развитие эмоциональной грамотности и улучшение коммуникаций.

Общие подходы включают в себя образовательные программы для повышения осведомленности, вовлечение семьи для создания поддерживающей среды, а также обеспечение доступа к психотерапии и медицинской поддержке.

Исключительно важно подчеркнуть, что успешные программы профилактики должны учитывать контекст и уникальные особенности каждого индивида, обеспечивая сбалансированный и поддерживающий подход к поддержанию душевного здоровья.

Системный подход к профилактике СП обеспечит более эффективное воздействие на подростков, учитывая их индивидуальные потребности и особенности. Отслеживание и анализ различных аспектов и эффективности программы будут ключевыми элементами для постоянной коррекции и совершенствования предпринимаемых мер, с учетом изменяющихся обстоятельств и вызовов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В завершение анализа психологических особенностей молодежи, склонной к самоповреждениям, с учетом гендерных различий, можно отметить сложность и многогранность данного исследования. Представленные выводы выделяют не только общие закономерности, но и уникальные психологические аспекты, присущие каждому полу.

Экспозиция факторов, оказывающих воздействие на вероятность самоповреждения, подчеркивает различия в влиянии эмоциональных и социокультурных переменных в зависимости от половой принадлежности. В контексте женского пола выявляется весомое воздействие образа тела, социокультурных стереотипов и интимных отношений, в то время как у мужчин более выражены факторы, связанные с агрессивным поведением и стремлением скрывать эмоциональные трудности.

Понимание этих уникальных отличий несет важное значение для формирования эффективных методов профилактики и вмешательства. Профессиональные стандарты и образовательные программы должны стремиться к персонализированным и дифференцированным подходам, учитывая специфику психологических характеристик и потребностей молодежи разного пола.

Таким образом, дальнейшие исследования в этой области должны фокусироваться на более глубоком анализе взаимодействия психологических переменных и гендера в контексте самоповреждающего поведения, что непременно способствует формированию более точных и адаптированных стратегий поддержки молодежи в их психологическом благополучии.

В заключение следует отметить, что статистические выводы, основанные на анализе предпочтений в методах самоповреждения среди молодежи, подчеркивают заметные различия между мужчинами и женщинами. Несмотря на четкую тенденцию мужчин к методам "самоожогов" и "сковыривания болячек", а женщин к "интенсивному расчесыванию кожи" и "активному выдергиванию волос", уникальные предпочтения влияют на формирование индивидуальных тенденций, и фактор пола не является ключевым воздействующим фактором в общей картине самоповреждений.

Общий анализ выборки выявил, что мужчины и женщины проявляют разнообразие в поведении при саморегуляции и справлении с эмоциональными или стрессовыми ситуациями. Оба пола, в общем, предпочитают избегать самопорезов, однако у женщин этот метод саморегуляции немного более распространен. Женщины чаще прибегают к выдергиванию волос или сковыриванию болячек, что, возможно,

связано с физическим облегчением в ответ на стресс. В свою очередь, у мужчин чаще встречаются формы агрессивной саморегуляции, такие как удары по твердым поверхностям или кулаком. Самоожоги чаще характерны для женщин, в то время как мужчины склонны к расчесыванию кожи до появления крови. Эти различия могут отражать разнообразные стратегии саморегуляции, предпочитаемые мужчинами и женщинами, под влиянием социокультурных факторов, индивидуальных особенностей и контекста жизни.

Заключительным исследовательским выводом является то, что самоповреждающее поведение, проявляющееся в течение онтогенеза, обладает уникальной способностью не только сохраняться, но и интегрироваться в регулятивные системы личности. Эти действия становятся неотъемлемой частью механизмов контроля над поведением в эмоционально насыщенных ситуациях, обогащая и взаимодействуя с индивидуальными аспектами личностного развития. Также отмечается, что дисфункциональный характер самоповреждения определяется комбинацией различных способов, включая и инструментальные, и соматические проявления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверин, В.А. Детерминанты психического развития и структурная организация человека / В.А. Аверин // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2012. – Т. 17. – № 1. – С. 69–73.
2. Аверин, В.А. Психология детей и подростков: учебное пособие / В.А. Аверин – 2-е изд., перераб. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1998. – 379 с.
3. Агадзе, Н.В. Аутоагрессивные проявления у больных с аффективными синдромами / Н.В. Агадзе // Вопросы диагностики в судебнопсихиатрической практике. – М., 1990. – С. 80–87.
4. Агадзе, Н.В. К проблеме типологии аутоагрессивных явлений у психически больных / Н.В. Агадзе // Первый съезд психиатров социалистических стран. Материалы / Ред. Г.В. Морозова. – М., 1987. – С. 28–32
5. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение : пер. с англ. / Ф. Александер – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
6. Александров, Ю.И. Дифференциация и развитие / Ю.И. Александров // Теория развития: Дифференционно-интеграционная парадигма / сост. Н.И. Чуприкова. – М.: Языки славянских культур, 2009. – С. 17–28
7. Александров, Ю.И. Регрессия. / Ю.И. Александров // Седьмая международная конференция по когнитивной науке: Тезисы докладов. Светлогорск, 20–24 июня 2016 г. / Отв. ред. Ю.И. Александров, К.В. Анохин. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – С. 100–101.
8. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 14–20.
9. Антонян, Ю.М. Насилие среди осужденных / Ю.М. Антонян, И.Б. Бойко, В.А. Верещагин – М.: ВНИИ МВД РФ, 1994. – 117 с
10. Бойко, И.Б. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительств и аутоагрессии / И.Б. Бойко // Судебно-медицинская экспертиза. – 1991. – № 1. – С. 24–26.
11. Вассерман, Л.И. Психологические механизмы совладания со стрессом профессиональной деятельности (на модели лиц «Опасных профессий») / Л.И. Вассерман, Е.Л. Исаева, М.Ю. Новожилова, О.Ю. Щелкова // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. – 2008. – Вып. 4. – С. 364–373.
12. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом / Л.И. Вассерман, В. А. Абабков, Е.А. Трифонова. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

13. Воеводин, И.В. Копинг-поведение при аддиктивных состояниях: относительность критериев адаптивности / И.В. Воеводин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 1. – № 4. – С. 7–9.
14. Воликова, С.В. Школьное насилие и суицидальное поведение детей и подростков / С.В. Воликова, А.В. Нифонтова, А.Б. Холмогорова // Вопросы психологии. – 2013. – №. 2. – С. 24–30.
15. Вольнов, Н.М. Клинико-суицидологический анализ несчастных случаев у военнослужащих / Н.М. Вольнов, Д.И. Шустов // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. – Москва 2–3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. – С. 32.
16. Выготский, Л.С. Психология развития как феномен культуры / Лев Семенович Выготский / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 512 с.
17. Исаев, Д.Н. Психопатология детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб: СпецЛит, 2001. – 462 с.
18. Исаева, Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: дис. ...д-ра психол. наук: 19.00.04 / Исаева Елена Рудольфовна. – СПб., 2010. – 367 с
19. Кернберг, О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: пер. с англ. / О.Ф. Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 367 с.
20. Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии: пер. с англ. / О.Ф. Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 464 с.
21. Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии: пер. с англ. / О.Ф. Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 464 с
22. Кудрявцев, И.А. Средовые и внутриличностные факторы суицидального риска у военнослужащих / И.А. Кудрявцев // Психическое здоровье. – 2012. – Т. 10. – № 12 (79). – С. 108–117
23. Ласовская, Т.Ю. Самоповреждающее поведение у лиц с пограничным личностным расстройством (обзор литературы) / Т.Ю. Ласовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6. – С. 58–61.
24. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие / В.В. Лебединский. – М.: Издательство Московского университета, 1985
25. Личко, А.Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 77–82.

26. Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 480 с
27. 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
28. Польская, Н.А. Эмоционально-личностные корреляты модификаций тела / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия Философия. Психология. Педагогика. – 2014. – Т. 14. – Вып. 2. – С. 84–90.
29. Сирота, Н.А. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекция других проблемных форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска. Пособие для врачей / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Н.А. Должанская, Т.С.Бузина, Т.В. Волкова. – М.: ННЦ Наркологии, 2004. – 40 с
30. Сэбшин, Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор / Э. Сэбшин // Психология и лечение зависимого поведения; под ред. С. Даулинга: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – С. 13–27
31. Тихоненко, В.А. Классификация суицидальных проявлений / В.А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. – Москва: Московский НИИ психиатрии, 1978. – С. 59–73
32. Фрейд, А. Детский психоанализ / А. Фрейд. – СПб.: Питер, 2003. – 477 с.
33. Хайнд, Р. Поведение животных: синтез этологии и сравнительной психологии / Хайнд Р. – М: Мир, 1975. – 856 с
34. Холмогорова, А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. – 480 с.
35. Холмогорова, А.Б. Суицидальное поведение в студенческой популяции / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Д.А. Горшкова, А.М. Мельник // Культурно-историческая психология. – 2009. – №3. – С. 101–110
36. Шюпп, Д. О психоаналитическом понимании юношеской диссоциальности, ее терапии и профилактике / Д. Шюпп // Энциклопедия глубинной психологии. Т. II. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе: пер. с нем./ Общ. ред. А.М. Боковикова. – М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. – С. 61–87.
37. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. / Э. Эриксон / Общ. ред. и предисл. Толстых А.В. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.

38. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. – Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. – P. 803–806
39. Averett, S. Birth order and risky adolescent behavior / S. Averett // *Economic Inquiry*. –2006. – Vol. 44 (2). – P. 215–233.
40. Baumeister, R.F. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies / R.F. Baumeister, S.J. Scher // *Psychological bulletin*. – 1988. – Vol. 104 (1). – P. 3–22
41. Bridges, K.M.B. The social and emotional development of the pre-school child / K.M.B. Bridges. – London, K. Paul, Trench, Trübner, 1931.
42. Canetto, S.S. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence / S.S. Canetto // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1997. – Vol. 27. – P. 339– 351.
43. Cantor, C.H. Suicide in the western world / C.H. Cantor // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. / In K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). – Britain: John Wiley and Sons, Ltd., 2000. – P. 9–28.
44. Cloutier, P. Measurement of nonsuicidal self-injury in adolescents / P. Cloutier, L. Humphreys // *Self-Injury in Youth* / In M.K. Nixon, N.L. Heath (eds.). – New York, NY: Routledge Press, 2008. – P. 115–142
45. Cooper, J. Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study / J. Cooper, N. Kapur, R. Webb, M. Lawlor, E. Guthrie, K. Mackway-Jones, L. Appleby // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 297–303
46. Corcoran, P. Hospital-treated deliberate self-harm in the Western area of Northern Ireland. / P. Corcoran, E. Griffin, A. O'Carroll, L. Cassidy, B. Bonner // *Crisis*. – 2015. – Vol. 36 – P. 83–90.
47. Evans, K. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm / K. Evans, P. Tyrer, J. Catalan, U. Schmidt, K. Davidson, J. Dent, P. Tata, S. Thornton, J. Barber, S. Thompson // *Psychological medicine*. – 1999. – Vol. 29 (01). – P. 19–25.
48. Favazza, A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition / A.R. Favazza. – Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996. – 373 p.
49. Favazza, A.R. The coming of age of self-mutilation / A.R. Favazza // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1998. – Vol. 186 (5). – P. 259–268
50. Frost, M. Self-harm and the Social Work Relationship / M. Frost. – Norwich: Social Work Monographs, 1995.

51. Gratz, K.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates / K.L. Gratz, A.L. Chapman // *Psychology of Men and Masculinity*. – 2007. – Vol. 8(1). – P. 1–14.
52. Hawton, K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior / K. Hawton // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – P. 484–485.
53. Joiner, T. *Why People Die by Suicide* / T. Joiner. – Cambridge, MA, US: Harvard University Press, 2005
54. Kies, S.D. Self-injurious behaviour: a comparison of caffeine and pemoline models in rats / S.D. Kies, D.P. Devine // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 2004. – Vol. 79 (4). – P. 587–598.
55. Kirkcaldy, B. Birth order: Self-injurious and suicidal behaviour among adolescents / B. Kirkcaldy, R. Richardson-Vejlgaard, G. Siefen // *Psychology, Health & Medicine*. – 2009. – Vol. 14 (1). – P. 9–16.
56. Klonsky, E.D. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples / E.D. Klonsky, A.M. May, C.R. Glenn // *Journal of abnormal psychology*. – 2013. – Vol. 122 (1). – P. 231–237
57. Kreitman, N. Parasuicide / N. Kreitman, A.E. Phillip, S. Greer, C.R. Bagley // *British Journal of Psychiatry*. – 1969. – Vol. 115. – P. 746–747.
58. Lutz, C. Stereotypic and self-injurious behavior in rhesus macaques: a survey and retrospective analysis of environment and early experience / C. Lutz, A. Well, M. Novak // *American Journal of Primatology*. – 2003. – Vol. 60 (1). – P. 1–15.
59. Mace, F.C. Bio-behavioral diagnosis and treatment of self-injury / F.C. Mace, J.E. Mauk // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 1995. – Vol. 1 (2). – P. 104–110.
60. Maloney, E. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioiddependent individuals: a case-control study / E. Maloney, L. Degenhardt, S. Darke, R.P. Mattick, E. Nelson // *Addiction*. – 2007. – Vol. 102. – P. 1933–1941.
61. Menninger, K.A. *Man Against Himself* / K.A. Menninger. – N.Y.: Harcourt Brace and World, 1938
62. Messer, J.M. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents / J.M. Messer, W.J. Fremouw // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28. – P. 162–178
63. Morgan, H.G. The urban distribution of non-fatal deliberate self-harm / H.G. Morgan, H. Pockock, S. Pottle // *British Journal of Psychiatry*. – 1975. – Vol. 126. – P. 319–328.

64. Muehlenkamp, J.J. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury / J.J. Muehlenkamp, P.M. Gutierrez // *Archives of Suicide Research*. – 2007. – Vol. 11. – P. 69–82.
65. Muehlmann, A.M. Individual differences in vulnerability for self-injurious behavior: Studies using an animal model / A.M. Muehlmann, J.A. Wilkinson, D.P. Devine // *Behavioural Brain Research*. – 2011. – Vol. 217 (1–2). – P. 148–154
66. Mueller, K. Repeated pemoline produces self-injurious behavior in adult and weanling rats / K. Mueller, E. Hollingsworth, H. Pettit // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 1986. – Vol. 25 (5). – P. 933–938
67. Murphy, G. *Self-Injurious Behaviour* / G. Murphy, B. Wilson. – Kidderminster: British Institute of Mental Handicap, 1985
68. Olweus, D. Understanding and researching bullying: Some critical issues / D. Olweus // *Handbook of bullying in schools: An international perspective* / In S.R. Jimerson, S.M. Swearer, D.L. Espelage (Eds.). – New York, 2010.
69. Oyefeso, A. Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates / A. Oyefeso, S. Brown, Y. Chiang, C. Clancy // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2008. – Vol. 98 (3). – P. 227–234.
70. Pattison, E.M. The deliberate self-harm syndrome / E.M. Pattison, J. Kahan // *American Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140 (7). – P. 867–872.
71. Rodham, K. Deliberate Self-Harm in Adolescents: the Importance of Gender / K. Rodham, K. Hawton, E. Evans // *Psychiatric Times*. – 2005. – Vol. 22 (1). – P. 36–41.
72. Scourfield, J. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour / J. Scourfield, K. Roen, L. McDermott // *Health & social care in the community*. – 2008. – Vol. 16 (3). – P. 329–336.
73. Simpson, M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting / M.A. Simpson // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1975. – Vol. 20. – P. 429–434.
74. Solomon, Y. “Why don’t you do it properly?” Young women who self-injure / Y. Solomon, J. Farrand // *Journal of Adolescence*. – 1996. – Vol. 19. – P. 111–119.
75. Stanley, B. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population / B. Stanley, M.J. Cameroff, V. Michalsen, J.J. Mann // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158 (3). – P. 427–432
76. Suyemoto, K.L. The Functions of Self-Mutilation / K.L. Suyemoto // *Clinical Psychology Review*. – 1998. – Vol. 18 (5). – P. 531–554.

77. Taiminen, T.J. Contagion of Deliberate Self-Harm Among Adolescent Inpatients / T.J. Taiminen, K. Kallio-Soukainen, H. Nokso-Koivisto, A. Kaljonen, H. Helenius // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1998. – Vol. 37 (2). – P. 211–217.
78. Tiefenbacher, S. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model / S. Tiefenbacher, M.A. Novak, C.K. Lutz, J.S. Meyer // Frontiers in Bioscience. – 2005. – Vol. 10 (1). – P. 1–11
79. Van der Kolk, B.A. Developmental trauma disorder / B.A. Van der Kolk // Psychiatric Annals. – 2005. – Vol. 35 (5). – C. 401–408
80. Whitlock, J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults / J. Whitlock, J. Muehlenkamp, J. Eckenrode // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37 (4). – P. 725–735

ПРИЛОЖЕНИЯ 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				

2. Если хотя бы в одном пункте Вы выбрали «2», «3» или «4», пожалуйста, укажите время, когда это было последний раз: несколько дней назад, неделю назад, месяц, назад, полгода, год назад, более года назад.

3. Если хотя бы в одном пункте Вы выбрали «2», «3» или «4», пожалуйста, отметьте в указанном ниже списке, степень Вашего согласия или несогласия с причинами, которые могут объяснять, почему Вы совершали самоповреждения. Для ответов используйте шкалу от 1 до 5.

Совершенно не согласен – 1

Не согласен – 2

Затрудняюсь ответить – 3

Согласен – 4

Совершенно согласен – 5

№	Причины самоповреждения	ответ	№	Причины самоповреждения	ответ
1	чтобы взять себя в руки		14	чтобы другие поняли, что мне плохо	
2	чтобы избавиться от плохих мыслей		15	чтобы стать лучше	
3	чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку		16	чтобы произвести на других впечатление	
4	хотел запомнить, как может быть плохо		17	чтобы попробовать что-то необычное	
5	чтобы успокоиться		18	чтобы навсегда запомнить важное событие	
6	чтобы освободиться от всего плохого внутри		19	чтобы получить удовольствие	
7	чувствовал потребность в адреналине		20	чтобы не чувствовать душевной боли	
8	чтобы все от меня отстали		21	чтобы показать другим, что я способен на все	
9	чтобы справиться со своими эмоциями		22	чувствовал себя полностью уничтоженным	
10	злился на других		23	чтобы меня уважали другие	
11	чтобы почувствовать облегчение		24	хотел понять самого себя	
12	чтобы почувствовать хоть что-нибудь		25	чтобы избавиться от тревоги, страха	
13	просто за компанию		26	считал, что это красиво	

Описание шкалы

Данная шкала является исследовательской шкалой самоотчета и может быть использована в научных целях, как при проведении клинического интервью, так и в скрининговых исследованиях.

Шкала состоит из трех блоков.

В первом блоке (1) представлен перечень актов самоповреждения, включающий в себя 12 пунктов. В каждом пункте необходимо выбрать один, наиболее подходящий ответ от «никогда» до «часто»; на этапе обработки данных ответы кодируются следующим образом: 1 – никогда, 2 – лишь однажды, 3 – иногда, 4 – часто

Во втором блоке (2) предлагается указать время последнего самоповреждения: от нескольких дней до более года назад. Эти ответы также унифицируются: более года назад – 1 балл, год назад – 2 балла, примерно полгода назад – 3 балла, в течение последнего месяца назад – 4 балла, в течение последней недели – 5 баллов.

В третьем блоке (3) представлен перечень возможных причин, побуждающих к действиям самоповреждающего характера (26 пунктов). Напротив каждой причины следует указать степень своего согласия от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен», которые кодируются следующим образом: 1 – совершенно не согласен, 2 – не согласен, 3 – затрудняюсь ответить, 4 – согласен, 5 – совершенно согласен

Анализ результатов

Анализ данных производится на основе двух критериев: 1) способ осуществления самоповреждения: инструментальный, соматический; 2) стратегии самоповреждающего поведения

СПОСОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

Инструментальные самоповреждения:

1. Порезы режущими предметами уколы или проколы кожи острыми предметами
 2. Уколы или проколы кожи острыми предметами
 3. Самоожоги
 4. Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям
- Сложить баллы по всем пунктам и полученную сумму разделить на число пунктов.

Соматические самоповреждения:

1. Удары по собственному телу
2. Выдергивание волос
3. Расчесывание кожи
4. Обкусывание ногтей
5. Сковыривание болячек, чтоб дольше не заживали
6. Обкусывание губ
7. Прикусывание щек или языка

Сложить баллы по всем пунктам и полученную сумму разделить на число пунктов

СТРАТЕГИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Фактор 1. Стратегия «Восстановление контроля над эмоциями»: пункты: 1; 2; 25 (всего 3 пункта).

Фактор 2. Стратегия «Воздействие на других»: пункты: 7; 8; 3; 4; 14; 16; 21; 22; 23 (всего 9 пунктов).

Фактор 3. Стратегия «Избавление от напряжения»: пункты: 5; 6; 9; 10; 11; 12; 20 (всего 7 пунктов).

Фактор 4. Стратегия «Изменение себя, поиск нового опыта»: 13; 15; 17; 18; 19; 24; 26 (всего 7 пунктов).

По каждому фактору баллы суммируются и делятся на число пунктов в каждом факторе.

Стратегии «Восстановление контроля над эмоциями» и «Избавление от напряжения» могут быть суммированы в стратегию «Самоконтроль»: акты самоповреждения осуществляются с целью восстановления самоконтроля. Стратегии «Воздействие на других» и «Изменение себя, поиск нового опыта» могут суммироваться в

стратегию «Межличностный контроль»: самоповреждения осуществляются с целью осуществления межличностного контроля, т.е. оказания влияния на других.

ПРИЛОЖЕНИЯ 2

Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская Н.А., Кабанова А.С., 2007)

Анкета предназначена для качественной оценки проблем, связанных с самоповреждениями, их связи с модификациями тела, социальными девиациями и личностными особенностями

1. Что по Вашему мнению лежит в основе искусственного изменения тела (пирсинг, татуаж, шрамирование и прочее)?

- а) индивидуальные представления о красоте;
- б) мода;
- в) «вызов» обществу;
- г) психологические проблемы (недовольство собственной внешностью, стресс, кризис)

2. Как Вы относитесь к экстремальному пирсингу и другим модификациям тела (шрамирование, вживление металлических имплантатов под кожу, подвешивание на крюках)?

- а) крайне отрицательно;
- б) равнодушно;
- в) с интересом, не более;
- г) одобрительно

3. Считаете ли Вы, что модификации тела помогают «снять стресс»?

- а) да;
- б) нет;
- в) не знаю

4. Вызывают ли у вас интерес телевизионные передачи, фильмы, газетные и журнальные публикации, посвященные проблемам модификации тела?

- а) да;
- б) нет;
- в) не знаю

5. Большинство Ваших знакомых имеют пирсинг, тату и прочие искусственные изменения тела?

- а) да;
- б) нет;

в) не замечала

6. Люди, резко выделяющиеся из толпы своим экстравагантным видом, вызывают у

Вас:

а) симпатию;

б) любопытство;

в) раздражение

7. У Вас есть:

а) пирсинг – видимые зоны тела;

б) пирсинг – интимные зоны тела;

в) постоянная татуировка – видимые зоны тела;

г) постоянная татуировка – интимные зоны тела;

д) декоративные шрамы;

е) другие модификации тела (указать какие) _____

8. Вы пробовали самостоятельно модифицировать свое тело (сделать себе прокол, нанести тату, шрам и др.)?

а) да, один раз;

б) да, больше одного раза;

в) никогда

9. Повседневные трудности и заботы вызывают у Вас раздражение?

а) да;

б) нет.

10. Случалось ли, что Ваши поступки причиняли боль и страдания близким людям?

а) да;

б) нет.

11. Бывает ли у Вас непреодолимое желание нанести себе повреждения?

а) когда очень нервничаю;

б) когда злюсь;

в) нет

12. Под влиянием сильных эмоций Вы можете себя ударить, укусить, сделать порезы, причинить иной вред?

а) да;

б) нет

13. Бывает ли так, что при волнении Вы кусаете губы, заламываете руки, грызете ногти и др.?

а) да;

б) нет

14. Говорили ли Вам, что Вы слишком нервничаете из-за мелочей?

а) да;

б) нет

15. В Вашей жизни были случаи самоповреждения своего тела (нанесение порезов, прижигание, сковыривание болячек и др.)?

а) да;

б) нет

16. Вы увлекаетесь экстремальными видами спорта?

а) да;

б) нет

17. Можно ли некоторые Ваши поступки объяснить желанием острых ощущений?

а) да;

б) нет

18. Можете ли Вы себя назвать человеком, склонным к рискованным поступкам?

а) да;

б) нет

19. Были ли в Вашей жизни ситуации, когда Вы собирались «свести счеты с жизнью»?

а) да;

б) нет

20. Вы курите?

а) да;

б) нет

21. Иногда Вы употребляете алкогольные напитки?

а) да;

б) нет

22. Пробовали ли Вы наркотические вещества?

а) да;

б) нет

ПРИЛОЖЕНИЯ 3

Анкета «Риск девиантной социализации подростка» (Польская Н.А., 2007)

Инструкция. Выберите, пожалуйста, наиболее подходящий Вам ответ «да» или «нет» в каждом из пунктов

	да	нет
1. Я не живу со своими родителями.		
2. Я живу с одним из родителей.		
3. Мои родители часто ссорятся.		
4. У моего отца есть проблемы с алкоголем.		
5. У моей матери есть проблемы с алкоголем.		
6. У одного из моих родителей или у обоих есть проблемы с наркотиками.		
7. Мои родители часто «достают» меня по пустякам.		
8. Я мало бываю дома.		
9. Я много времени провожу с друзьями.		
10. Я курю.		
11. Я пробовал(а) пиво, спиртные напитки.		
12. Я употребляю пиво, алкогольные напитки каждую неделю.		
13. Я употребляю пиво, алкогольные напитки 1-2 раза в месяц.		
14. Большинство моих друзей курят.		
15. Большинство моих друзей употребляют пиво, спиртное.		
16. Мои родители разведены.		
17. Мне приходилось убежать из дома.		
18. Я пережил(а) сексуальное насилие.		
19. Были ситуации, когда меня избивали родители.		
20. Были ситуации, когда меня избивала группа людей (подростков, взрослых).		
21. Я пробовал(а) наркотики.		
22. Когда я слишком напряжен(а) и/или хочу расслабиться, я пью таблетки.		
23. Мне пришлось пережить очень тяжелые ситуации, о которых лучше не вспоминать.		
24. Мне приходилось попадать в милицию.		
25. Один из моих родителей сидел в тюрьме.		
26. Мне приходилось принимать участие в групповых нападениях.		
27. У меня есть постоянные татуировки, пирсинг.		
28. У меня есть шрамы, которые я сделал(а) себе специально.		

Критерии оценки:

1) семейные дисфункции: пункты 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17, 25 (всего 12 пунктов);

2) психотравмирующий опыт: 18, 19, 20, 23;

3) девиантная социализация: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 24, 26, 27, 28 (всего 15 пунктов)

Анализ результатов – качественный. Для статистических процедур каждый положительный ответ оценивается как «1 балл», отрицательный – «0 баллов». По каждому

критерию может быть вычислен общий показатель: сумма по всем ответам (в рамках одного критерия), разделенная на число пунктов.

ПРИЛОЖЕНИЯ 4

Анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Польская Н.А., 2007)

Инструкция. Отметьте, пожалуйста, те сложные жизненные ситуации и обстоятельства, которые касались Вас лично.

1. Стихийные бедствия (пожар, наводнение, землетрясение).
2. Террористический акт.
3. Дорожно-транспортное происшествие.
4. Железнодорожная или авиа- катастрофа.
5. Сексуальное насилие.
6. Разбойное нападение.
7. Уход (побеги) из дома.
8. Похищение.
9. Злоупотребление алкоголем близким человеком.
10. Развод родителей.
11. Употребление наркотических веществ близким человеком.
12. Частые конфликты между родителями.
13. Разлука с близким человеком.
14. Тяжелая болезнь.
15. Физическое насилие.
16. Тяжелая болезнь близкого человека.
17. Тюремное заключение близкого человека.
18. Смерть близкого человека.

Другое

Выделены три критерия для оценки:

- Социальные и природные психотравмирующие события (стихийные бедствия, аварии, террористические акты, разбойные нападения): пункты 1,2,3,4 (всего 4 пункта)
- семейные психотравмирующие события (болезнь или смерть близкого родственника, злоупотребления родителей, побеги из дома, тяжелая болезнь и т.п.): пункты 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18 (всего 10 пунктов)
- психотравмирующие события, связанные с насилием (пережитое сексуальное и физическое насилие): пункты 5,6,8,15 (всего 4 пункта).

Анализ результатов – качественный. Для статистических процедур каждый положительный ответ оценивается как «1 балл», отрицательный – «0 баллов». Может быть вычислен общий показатель психотравматизации (сумма положительных ответов, разделенная на число пунктов анкеты) и средний показатель отдельно по каждому критерию: сумма по всем ответам (в рамках одного критерия), разделенная на число пунктов.

ПРИЛОЖЕНИЯ 5

Шкала самооценки (Heatherton T.F., Polivy J., 1991)

Инструкция. Этот опросник разработан для того, чтобы оценить, что вы думаете сейчас. Правильных или неправильных ответов здесь нет. Лучший ответ – то, как вы чувствуете в данный момент. Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Отвечайте на вопросы так, как вам кажется правильным в эту минуту. Используя шкалу, приведенную ниже, поставьте в соответствие каждому утверждению цифру, означающую, насколько данное утверждение соответствует вашему состоянию на данный момент.

1 = никогда

2 = редко

3 = иногда

4 = часто

5 = всегда

1. Я уверен в своих способностях. (Д)
- 2.* Я волнуюсь о том, как меня воспринимают: как успешного человека или как неудачника. (С)
3. Я удовлетворен тем, как выглядит мое тело в данный момент. (В)
4. * Я разочарован собственным поведением. (Д)
- 5.* Я чувствую, что с трудом понимаю то, что читаю. (Д)
6. Я чувствую, что другие уважают меня и восхищаются мной. (В)
- 7.* Я недоволен своим весом (В)
8. * Я застенчив. (С)
9. Я чувствую себя таким же умным, как и остальные. (Д)
- 10.* Я недоволен собой. (С)
11. Я нравлюсь себе. (В)
12. Я доволен своим внешним видом на данный момент. (В)
- 13.* Я обеспокоен тем, что обо мне думают другие люди. (С)
14. Я уверен, что все понимаю. (Д)

15.* Я чувствую себя хуже остальных на данный момент. (С)

16.* Я чувствую себя непривлекательным. (В)

17.* Я озабочен тем, какое произвожу впечатление. (С)

18.* Я чувствую себя менее способным к обучению, чем остальные, на данный момент. (Д)

19.* Я чувствую, что не преуспеваю. (Д)

20.* Я беспокоюсь, что глупо выгляжу. (С)

Утверждения со звездочкой – пункты с обратным ключом.

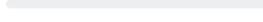
СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

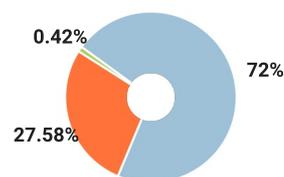
ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ АНТИПЛАГИАТ.ВУЗ

Автор работы: Лукьянов О В
Самоцитирование
рассчитано для: Лукьянов О В
Название работы: диплом Дотерер А.П. (точно финальная версия)
Тип работы: Не указано
Подразделение:

РЕЗУЛЬТАТЫ

СОВПАДЕНИЯ		27.58%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ		72%
ЦИТИРОВАНИЯ		0.42%
САМОЦИТИРОВАНИЯ		0%

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 11.12.2023



Структура документа:

Проверенные разделы: основная часть с.3-5, 6-66, 67-68

Модули поиска:

ИПС Адилет; Библиография; Сводная коллекция ЭБС; Интернет Плюс*; Сводная коллекция РГБ; Цитирование; Переводные заимствования (RuEn); Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (EnRu); Переводные заимствования по коллекции Гарант: аналитика; Переводные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте; Переводные заимствования по Интернету (EnRu); Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте; Переводные заимствования издательства Wiley; eLIBRARY.RU; СПС ГАРАНТ: аналитика; СПС ГАРАНТ: нормативно-правовая документация; Медицина; Диссертации НББ; Коллекция НБУ; Перефразирования по eLIBRARY.RU; Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика; Перефразирования по Интернету; Перефразирования по Интернету (EN); Перефразированные

Работу проверил: Тютюнников Пётр Романович

ФИО проверяющего

Дата подписи:

Подпись проверяющего



Чтобы убедиться
в подлинности справки, используйте QR-код,
который содержит ссылку на отчет.

Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.