

Антивитальные переживания и аутоагрессивные формы поведения подростка с «диффузной идентичностью»¹

Г.С. Банников,

кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета, старший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава РФ, bannikov68@mail.ru

К.А. Кошкин,

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета, старший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава РФ, dr.koshkin@gmail.com

С целью выявления роли «диффузной идентичности» в развитии антивитальных переживаний и аутоагрессивных форм поведения были обследованы 60 подростков (24 юноши и 36 девушек), обращавшихся за помощью к психологу, психотерапевту в медицинские и психологические службы г. Москвы. Средний возраст обследованных составил $15,7 \pm 6$ лет. Выделены две группы подростков (70%) с умеренной и выраженной степенью «диффузной идентичности», обладающие присущими только им характеристиками конфликта идентичности, структурными особенностями, паттерном построения межличностных отношений. Совокупность этих характеристик определяет ведущий паттерн поведения, особенности формирования антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения, ресурсы и возможности подростка в кризисной ситуации. Кризисная психологическая помощь, учитывающая эти особенности и использующая их, позволяет формировать новые эффективные стратегии совладания, специфичные для каждой группы.

Ключевые слова: антивитальные переживания, аутоагрессивное поведение подростков, «диффузная идентичность», ОПД-2, кризисная психологическая помощь.

Рост различных форм аутоагрессивного поведения среди подростков заставляет вновь обратиться к проблеме развития Я-идентичности подростка и, в частности, роли

¹ Работа выполнена в рамках гранта РГНФ (№ 12-06-00719).

«диффузной идентичности» в ее формировании. Устойчивая система мировоззрения – социальная и психологическая идентичность – может быть сформирована в процессе развития дифференцированного Я, подразумевающего наличие таких качеств, как доверие, автономия, инициатива, деятельность. В последние годы в клинической, научно-практической деятельности нами отмечено увеличение частоты «диффузного», недифференцированного Я у подростков, одно из проявлений которого – устойчивые агрессивные и аутоагрессивные формы поведения.

Целью нашего исследования было выявление роли «диффузной идентичности» в развитии антивитаальных переживаний и аутоагрессивных форм поведения в зависимости от характера и степени ее выраженности.

Рабочая гипотеза состояла в том, что при низком уровне структурной интеграции стабильной Я-системы не существует. Конфликтный контур самооценки, в сравнении с объективной оценкой, колеблется между грандиозностью и обесцениванием, между чувством собственной никчемности и идеализацией. Переход от одного полюса к другому часто бывает резким. «Диффузная идентичность» может проявляться в жестокости по отношению к другому или в аутоагрессивном поведении.

Теоретическую основу исследования составили клинико-психологический и психодинамический подходы в развитии суицидального поведения.

Клинико-психологический подход в развитии суицидального поведения представлен работами А.Г. Амбрумовой [1; 2].

Согласно этому подходу, к антивитаальным переживаниям относятся размышления, фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти. Антивитаальные переживания не обладают конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленностью.

Аутоагрессивное поведение – поведение, направленное на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Это вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Агрессия и аутоагрессия имеют единые патогенетические корни. С точки зрения А.Г. Амбрумовой [2], R. Plutchik и H.M. van Praag [6], существует суицидальный континуум в диапазоне от антивитаальных переживаний, отдельных аутоагрессивных актов до условных попыток самоубийства, серьезных попыток и завершеного суицида.

Психодинамический подход изложен в работах О. Кернберга [3], руководстве по операционализированной психодинамической диагностике - 2 (далее – ОПД-2) [4].

В рамках этого подхода идентичность рассматривается как внутренняя самосоздающаяся, динамическая организация потребностей, способностей, убеждений и индивидуальной истории, а диффузная идентичность – как состояние идентичности, характеризую-

щееся отсутствием прочных целей, ценностей и убеждений и отсутствием активных попыток к их формированию.

Согласно О. Кернбергу [3], «диффузная идентичность»:

представляет собой слабую интеграцию между концепциями Я (self) и значимых других;

проявляется в форме постоянного чувства пустоты, противоречивости в восприятии самого себя, непоследовательности поведения, бледного, плоского, скудного восприятия других.

Главным признаком «диффузной идентичности» является то, что подросток не способен донести свои значимые взаимодействия с другими до психолога, и поэтому последний не может эмоционально сопереживать концепциям самого подростка и значимых для него других.

Важными составляющими изучения «диффузной идентичности» являются анализ конфликта, структуры и характера межличностных отношений.

Конфликт представляет собой «действующие и устойчивые психодинамические конфликты, характеризующиеся заранее заданными паттернами опыта человека, которые в соответствующих ситуациях приводят к продолжающимся похожим паттернам поведения, без осознания их человеком, или неспособности преодолеть их с помощью его или ее собственной свободной воли» [4, с. 77].

- В ОПД-2 представлены [4, с. 91]:
- К1. Конфликт «индивидуализация – зависимость»;
- К2. Конфликт «подчинение – контроль»;
- К3. Конфликт «потребность в заботе – самодостаточность»;
- К4. Конфликт самооценки;
- К5. Конфликт вины;
- К6. Эдипальный конфликт;
- К7. Конфликт идентичности. Он представляет наибольший интерес в рамках нашего исследования. Пассивная форма – хроническое ощущение недостаточной идентичности. Активная форма – активная имитация целостности.

Структура – «описательно обозначает упорядоченную организацию частей в целом» [4, с. 93]. «В психологическом смысле обозначает полную организацию и устройство психического расположения. Структура отсылает нас к “Я” и отношениям с объектами, или, если более точно, то к доступности психических функций для саморегуляции, и отношений “Я” с внутренними и внешними объектами. Степень доступности или ее ограничение описывает-

ся на основе структурной интеграции рассматриваемой функции. Структура формирует основу действующего, личного стиля. Психические структуры являются динамическими, так как они постоянно формируются в течение жизни человека. Они основаны на генетически детерминированных характеристиках личности. Однако они, только будучи оформленными, в детстве и в течение жизни являются субъектом более или менее важных перемен» [4, с. 94].

Градация структурных уровней – четыре стадии [4, с. 100]:

- высокий уровень структурной интеграции;
- умеренный уровень структурной интеграции;
- низкий уровень структурной интеграции;
- дезинтегрированный уровень структуры.

Конфликт и структура: «Конфликты и структура ведут себя как фигура и фон, или как игра (конфликт), которая разворачивается на сцене (структура): сцена – предварительное условие для игры. Две конструкции структуры и конфликтов описывают различные аспекты системы психики. Конфликт, как повторяющийся паттерн, описывает основанные на содержании психодинамические аспекты событий и, таким образом, условия, которые могут вызывать симптомы. Структура отвечает за уязвимость личности, предрасположение к заболеваниям и способность обрабатывать внутренние конфликты и внешние стрессовые события» [4, с. 80].

В исследовании были использованы следующие *методы диагностики* «диффузной идентичности»:

клинико-психологический («Операционализованный психодинамическая диагностика - 2») [4]:

- через изучение конфликта идентичности;
- через анализ степени и характера интеграции структуры;
- через особенности построения межличностных отношений;

клинико-психопатологический – через наблюдение, клинические карты;

патофизиологический – через определение устойчивого паттерна поведения (опросник «Personality Disorders Questionnaire, PDQ-IV»).

В ходе исследования были обследованы 60 подростков (24 юноши и 36 девушек), обратившихся за помощью к психологу, психотерапевту в медицинские и психологические службы г. Москвы. Средний возраст обследованных составил $15,7 \pm 6$ лет.

У 70% подростков по данным структурированного психодинамического интервью выявились умеренные и дезинтегративные структурные изменения, что соответствует представлению о «диффузной идентичности».

Факторный и кластерный анализ, проведенный по данным личностного опросника «PDQ-IV», и клинической карты, позволил выделить две группы подростков, принципиально различающихся по устойчивому поведенческому паттерну, степени выраженности и характеру «диффузной идентичности», особенностям реагирования в травматической ситуации и клинической картине кризисного состояния.

Группу 1 составили подростки с ведущим сенситивно-шизоидным, паранойяльным, нарцисстическим паттерном поведения и низким уровнем интеграции (25 % выборки). Пациенты с расстройствами личности составили 80 %, с ситуационными реакциями декомпенсации у акцентуированной личности – 13,4 %, с расстройствами аффективного спектра в сочетании с акцентуацией характера – 6,6% выборки.

Конфликт идентичности проявлялся у этой группы в активной имитации целостности: в постоянном использовании компенсации и избегании диссонанса идентичности (создание семейной саги, фантастической генеалогии и заимствованных идентичностей). Вся жизнь этих подростков пропитана неординарными, дающими идентичность ролями. Эти подростки стремятся к членству в группе и удерживаются там из-за функции придания идентичности («Мы – музыканты...»).

Структура в целом характеризовалась низким уровнем интеграции, что проявлялось в следующих формах:

- в недостаточной дифференцированности себя/объекта. Я и объект противопоставлены и перепутаны друг с другом; объекту приписываются те аффекты, которые невыносимы для Я;
- в способности переносить аффект. Негативные аффекты могут переполнять человека и становиться невыносимыми настолько, что вызывают импульсивное поведение;
- в регуляции самооценки. Чувство самоценности очень хрупкое, даже в ситуациях незначительных ран или различий между собственными и чужими желаниями. Это становится заметно в повышенной чувствительности к эмоциональным ранам, в нереалистичных идеях величия, стыда и отвращения к себе, принижению;
- защиты отношений. Раздражающие импульсы не могут быть переработаны интрапсихически и накладывают стресс на отношения;
- балансирования интересов. Собственные интересы переоцениваются, ощущаются как экзистенциальные и зачастую не вполне понятны для других;

- ожидания. Негативные реакции других в ответ на собственные действия могут быть с большим трудом предсказаны и использованы для направления и регулирования действий;
- установления контакта. Подросток избегает установления эмоциональных контактов или вовлекается в насильное, манипулятивное, недистанцированное поведение в контактах;
- коммуникации. Ограничены способности дифференциации аффекта, невовлеченности, неспособность к эмпатии, недостаток теплых аффектов, преобладание обесценивания делают коммуникацию очень трудной. Это вызывает в других людях ощущение растерянности, пустоты, дистанции, чувство «как если...», недостаток соотнесения; чрезмерная вовлеченность и отвержение сменяют друг друга;
- эмпатии. Мир внутреннего опыта других может быть понят только с затруднениями, очень ограниченное понимание и эмпатия к другим.

Обобщенный паттерн их поведения уже с детства характеризовался сочетанием таких противоречивых черт, как чувствительность, ранимость и холодность, жестокость, отгороженность от окружающего. Наблюдались эпизоды демонстративного поведения, иногда доходившие до вычурности. Апатия, безволие сменялись напористостью, агрессивностью пока ситуация не разрешалась в их пользу. Родители, а потом и друзья рассматривались как средство для достижения целей. Обладая утонченной чувствительностью, подростки, вместе с тем, не способны были к эмпатии, подлинному эмоциональному участию в переживаниях другого человека. Большинство из них не имели близких друзей, отношения с ровесниками носили формальный характер. В одних и тех же обстоятельствах они могли проявить себя как добрые, отзывчивые люди или как эгоцентричные, равнодушные, надменно-гордые, упрямые натуры. В детском возрасте преобладали пассивно-агрессивные, скрытые аутоагрессивные реакции при фактическом отсутствии антивитаальных переживаний.

Особенности развития кризисного состояния заключались в следующем. Начиная с подросткового возраста, при личностно-значимом конфликте наблюдались различные формы аутоагрессивного поведения, такие как демонстративно-рискованное, девиантное поведение, периодические алкоголизации. Кризисные ситуации развивались на фоне отвержения, «непонимания» со стороны значимых людей, угрозы потери или потери отношений со значимым человеком, невозможности достичь цели. Как правило, первой реакцией на травмирующее событие была вербальная форма агрессии, раздражительность, дисфоричность или надменная сдержанность. Антивитаальные переживания на начальном этапе

развития кризисного состояния были единичны, а сама форма высказывания, как и поведение, носила демонстративный характер. Стратегия совладающего поведения заключалась в обвинении окружающих (80 % наблюдений). При их неэффективности включались такие примитивные механизмы психологических защит, как всесторонний контроль и проекция. По мере затягивания травматической ситуации на первый план в переживаниях выходили болезненные ощущения в теле по типу сенесталгий, страх перед нарастающими психическими изменениями. Целью нанесений себе повреждений в виде порезов, прижиганий сигаретами было уменьшение интенсивности болезненных телесных ощущений, восстановление контроля над переживаниями. Для подростков с данной структурой личности характерно подмеченное О.Кернбергом [3] «спокойствие», с которым эти подростки могут нанести себе вред, вплоть до суицида.

Группу 2 составили подростки с эмоционально-неустойчивыми (пограничными), импульсивными, шизотипическими паттернами поведения (45 % выборки). Расстройства личности были диагностированы в 55,5 % наблюдений, ситуационные реакции декомпенсации у акцентуированной личности – в 18,5%, расстройства аффективного спектра в сочетании с акцентуацией характера достигали 26% наблюдений.

В этой группе *конфликт идентичности* проявлялся в пассивной форме – хроническим ощущением недостаточности идентичности («Кто я на самом деле?», «Чему я принадлежу?»). Пытаясь адаптироваться в социальном окружении, эти подростки выглядят как «хамелеоны», но несмотря на это они склонны казаться, скорее, бесцветными.

Структура характеризовалась преимущественно низким и дезинтегративным уровнем психической организации. В первую очередь проявлялось это в следующих сферах:

- дифференциации аффекта. Отсутствовало внутреннее дистанцирование от собственных чувств, не было самосозерцательного восприятия аффектов. Наблюдалась мало контролируемая связь между действиями и эмоциональными переживаниями;
- идентичности. В значительной степени отсутствующая дифференцированная психосоциальная и психосексуальная идентичность замещена искаженным или клишированным приписыванием особенностей;
- способности переносить аффект. Интенсивные аффекты (особенно негативные) непереносимы, вызывают крайнее возбуждение, реализуемое в виде рефлекторного противодействия;
- регуляции самооценки. Самооценка практически недоступна для регуляции. Это выражается в значительных нарушениях самооценки (грандиозность или хронически низкое чувство самоценности) и в нарушениях восприятия реальности;

- установления контакта. Установление эмоциональных связей невозможно или организуется по типу клише – вне зависимости от эмоциональной насыщенности ситуации контакта;
- коммуникации. Аффекты не могут контролироваться и символизироваться. Коммуникация избегается путем перенаправления внимания, прерыванием или недоступностью.

Ведущий поведенческий паттерн характеризовался аффективной лабильностью, которая проявлялась чередованием состояний усталости, разбитости, раздражительности с состояниями гипертимности, повышенной работоспособности, энергичности. Дисгармоничность структуры личности особенно остро выражена в подростковом возрасте. Восприятие мира «поляризовано», резки переходы от крайнего восхищения к ненависти, негативизму. Отмечались нестойкие, зависимые от внешних ситуаций антивитаальные переживания, агрессивное и аутоагрессивное поведение, образующие своего рода континуум, нахождение в котором прямо зависело от характера ситуации. Большинство подростков были склонны к быстрой разрядке агрессии, вне зависимости от того, будет ли она направлена вовне или на собственное тело. Источниками кризисных состояний подростков служили разные ситуации – несчастная любовь, трудности в межличностных отношениях, отвержение близкими людьми. Объединял эти ситуации производимый на личность подростка эффект, заключающийся в усилении размытости границ Я, и, как следствие, – нарастание растерянности, тревоги, подавленности, раздражения.

Характерными особенностями клинической картины кризисного состояния были нестабильность, крайняя лабильность симптомов, их зависимость от внешних раздражителей. Психопатологическая структура кризисного состояния определялась тревожно-депрессивным состоянием, сопровождающимся многочисленными соматовегетативными нарушениями, конверсионными, обсессивно-фобическими, ипохондрическими реакциями. В характеристике тревоги обращало на себя внимание указание подростков на ее неопределенность, безотчетность. Тревога неопределенности усиливала эмоциональную нестабильность, агрессивность с поиском виновных, асоциальность поведения. К факторам, усиливающим риск развития аутоагрессии, можно отнести употребление алкоголя, различных наркотических средств. Уменьшение тревоги достигалось, в частности, разнообразными самоповреждениями.

Степень и характер проявлений «диффузной идентичности» в выделенных группах определяет используемые в ситуации стрессовой нагрузки специфические дисфункциональные паттерны межличностных отношений. В нашем исследовании эти паттерны описаны с помощью конфигураций, состоящих из четырех межличностных позиций: «как подросток воспринимает себя сам», «как подросток воспринимает других», «как другие воспри-

нимают подростка» и «как другие воспринимают себя с подростком» (табл.1). Последняя из указанных позиций соответствует понятию «контрпереноса» [5; 7].

Т а б л и ц а 1

Конфигурация межличностных позиций

Как подросток воспринимает себя сам (I)	Как другие воспринимают подростка (IV)
Как подросток воспринимает других (II)	Как другие воспринимают себя с подростком (III)

Согласованность этих четырех позиций дает представление о динамике отношений в целом, что, в свою очередь, позволяет психологу оценивать свои возможности и угрозы при работе с данной группой подростков.

Группа 1– подростки с ведущим сенситивно-шизоидным, паранойяльным, нарцисстическим паттерном поведения с низким уровнем интеграции. Присущая этому подтипу высокая чувствительность сочетается с ригидно-увеличенной межличностной дистанцией, отгороженностью от других. Сочетание этих черт является основанием для образования дисфункционального межличностного паттерна (табл. 2):

Т а б л и ц а 2

Особенности конфигурации межличностных позиций в группе 1

Подросток чувствует себя стесненным, стремится избавиться от избыточной заботы, требует независимости (I)	Другие воспринимают подростка как оставленного без участия, нуждающегося во внимании и усиливают свою заботу о нем (IV)
Для достижения своих целей подросток пытается ограничивать других, лишает их своего расположения, доверия (II)	Другие ощущают себя отвергнутыми из-за неспособности проявить свою привязанность, неумения хорошо заботиться о подростке (III)

Подросток стремится к реализации задач, порождаемых сензитивностью. Однако именно высокая чувствительность предъявляет высокие требования к качеству межличностного взаимодействия, которое в большинстве случаев не соответствует этим ожиданиям, что порождает увеличение напряжения и усилий, необходимых для вступления в новый контакт. Высокая субъективная цена раскрытия, в свою очередь, повышает требования к качеству отношений.

Основная сложность психологической работы с подростками этой группы – трудности создания терапевтического альянса. Психолог сталкивается с тем, что пациент не заин-

тересован в контакте. Контакт развивается в условиях явного или скрытого обесценивания со стороны подростка. Психолог тяготится собственными переживаниями скуки, раздражения, отчетливым ощущением, что его воспринимают как функцию, а не как личность. Поэтому условием работы с такими подростками является доброжелательное принятие, устойчивая эмпатическая позиция. Признание терапевтом собственных ошибок, а особенно ошибок эмпатии, позволяет, в итоге, работать с основными неразрешенными или незрелыми аффектами этой группы – стыдом и завистью.

Группа 2 – подростки с эмоционально-неустойчивыми (пограничными), импульсивными, шизотипическими паттернами поведения, выраженной степенью интеграции (дезинтеграция). Неустойчивость, лабильность эмоционального состояния, характерная для данного подтипа, способствуют поведенческой нестабильности, стремлению к реализации внезапно возникающих импульсов, что находит отражение в типичном дисфункциональном межличностном взаимодействии (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Особенности конфигурации межличностных позиций в группе 2

Подросток пассивно соглашается на внешнюю регуляцию своего поведения. Терпит снисходительное отношение (I)	Другой воспринимает подростка снисходительно, как незрелого человека, не способного владеть собой и нуждающегося во внешней регуляции (IV)
Когда предел терпения достигнут, подросток внезапно для другого, неконгруэнтно актуальной ситуации атакует, проявляя разом свои накопившиеся претензии (II)	Объем претензий подростка не соответствует актуальным обстоятельствам. Другой чувствует себя растерянным, незаслуженно обиженным (III)

Дефицитарность копингов способствует нарастанию необходимости во внешней регуляции. Окружение, берущее на себя эти функции, способствует таким образом дальнейшему ослаблению внутренней регуляции, что в свою очередь уменьшает эффективность копингов. Желание обрести целостную картину себя через отношение значимых других лишь увеличивает неопределенность и напряжение, которые, в свою очередь, приводят к разрыву.

Основные трудности психолога связаны с переживанием отвержения со стороны подростка, которое облекается в форму подозрений о корыстных мотивах специалиста. В этой ситуации чрезвычайно важно удержаться от конфронтации и желания переубедить

пациента в обратном. Острота переживаний этой ситуации может привести к избегающему поведению психолога, что может быть обнаружено в страхе перед возможными проявлениями подростка. Индивидуальная работа ориентирована на усиление поведенческого самоконтроля, на тренировку способности к отсроченной поведенческой реакции в ситуации интенсивной эмоциональной нагрузки. А также на расширение способов переработки интенсивных переживаний: вербализацию чувств и другие виды замещающей активности в отношениях. Терапевтическая позиция требует искренности, в том числе в признании негативных чувств к подростку. Вместе с тем следует понимать, что в данном случае искренность не тождественна ни самораскрытию, ни инсталляции системы ценностей психолога подростку.

Проведенное нами исследование позволяет утверждать, что на степень и характер развития «диффузной идентичности», в частности на нарушения развития, влияет комплекс факторов:

- изменения, происходящие в социальной сфере – размытость, нечеткость границ дозволенного и недозволенного, смещение ценностно-смысловых ориентиров в обществе (изменение отношения к различным формам агрессивного и аутоагрессивного поведения). Дружба очная подменяется дружбой виртуальной. В жизнь подростка вместе с компьютерными играми входит и виртуальное представление о смерти, подчас заменяя осознание и проживание ее в реальности, через смерти животных, близких людей. Средства массовой информации способствуют формированию представления у молодежи о «наилучших» способах решения проблем между людьми (как агрессивных, так и аутоагрессивных форм). Наблюдаются героизация и романтизация смерти. Самоубийство или попытка самоубийства становится поступком, выделяющим подростка среди всех других;
- изменения, происходящие в системе семейных отношений, – размытость и прерванность передачи нравственных ценностей, смещение фокуса усилий с воспитания ребенка на его материальное обеспечение, транслируемое ребенку агрессивное, обесценивающее отношение к миру со стороны родителей, рост внутрисемейной агрессии (различные формы насилия);
- изменения в протекании возрастных кризисов – повышенная чувствительность, совпадающая с периодом неопределенности и вхождения во

взрослую жизнь, размытостью границ Я («Что я из себя представляю?», «Кто я в этой семье, в этом обществе?»). Появляются новые возможности, расширяются границы дозволенного, но понимания ответственности зачастую не приходит. Наблюдается полярность психических процессов: повышенная самоуверенность, безапелляционность в суждениях быстро сменяются ранимостью и неуверенностью в себе; целеустремленность, настойчивость и импульсивность сменяются неустойчивостью, апатией, отсутствием стремлений и желаний что-либо делать.

Размытость социальных и семейных границ в период кризиса подростковой идентичности может приводить к развитию личности с «дефицитарным» Я, «недифференцированным» Я (с неразвитой концепцией собственного Я, социального, идеального Я), низким уровнем осознания и различения мыслительных и эмоциональных процессов. Стоит тревоге достичь определенного уровня – и автоматические реакции эмоциональной системы начинают происходить независимо от когнитивной активности.

Работая с такими подростками, мы сталкивались с тем, что их частой реакцией на фрустрацию или искусственно вызванный регресс была агрессия, имеющая всеобъемлющий, диффузный характер при когнитивном сужении сознания. Разрядка агрессии (злости) у подростка с «диффузной идентичностью» в равной степени возможна как вовне, так и на себя. Куда будет направлен агрессивный импульс (на отстаивание автономии, удаление препятствий или барьеров на пути желаемого уровня удовлетворения либо на удаление или разрушение источника глубокой боли или фрустрации), во многом зависит от человека, в данный момент выполняющего функцию вспомогательного Я. Не имея устойчивых внешних и внутренних ориентиров, подростки с нарушением Я-идентичности и как следствие – гражданской идентичности могут быть довольно легко вовлечены в деятельность экстремистских организаций, демонстрируя в зависимости от цели агрессивные или аутоагрессивные формы поведения.

Выводы.

Характер кризисной психологической помощи подросткам с антивитальными переживаниями и аутоагрессивным поведением определяется степенью выраженности и характером «диффузной идентичности», ведущим паттерном поведения. Выделенные нами две группы подростков (70 % обследованных) обладают присущими только им характеристиками конфликта идентичности, структурными особенностями, паттерном построения межличностных отношений. Совокупность этих характеристик определяет ведущий паттерн

поведения, особенности формирования антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения, ресурсы и возможности подростка в кризисной ситуации.

Кризисная психологическая помощь, учитывающая эти особенности и использующая их, позволяет формировать новые эффективные стратегии совладания, специфичные для каждой группы. Анализ специфических по отношению к каждой из выделенных групп переживаний психотерапевта позволяет специалисту быть более устойчивым и эффективным в терапевтической позиции, расширяя, таким образом, возможности терапевтического альянса с пациентом.

Литература

1. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности //Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. М., 1978.
2. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980.
3. *Кернберг О.Ф.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М., 2001.
4. Операционализованный психодинамическая диагностика - 2 (ОПД-2). Руководство по диагностике и планированию терапии. М., 2011.
5. *Mertens W.* Einführung in die psychoanalytische Therapie. Kohlhammer, 1993.
6. *Plutchik R., van Praag H.M.* The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity //Prog. Neuropharmacol. Biol. Psychiatry. 1989. № 13.
7. *Thoma H., Kachele H.* Lehrbruch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1. Berlin, 1989.

Antivital experience and auto-aggressive behavior in teenagers with “diffuse identity”²

G. S. Bannikov,

PhD in Medicine, Head of Laboratory, Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Senior Research Associate, Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Public Health and Social Development, bannikov68@mail.ru

K.A. Koshkin,

PhD in Medicine, Senior Research Associate, Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Senior Research Assistant, Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Public Health and Social Development, dr.koshkin@gmail.com

In order to identify the role of “diffuse identity” in the development of antivital experience and auto-aggressive behavior, we examined 60 adolescents (24 boys and 36 girls) who sought for psychological or psychiatric aid in medical and psychological services in Moscow. The average age of the participants was $15,7 \pm 6$ years. We revealed two groups of adolescents (70%) with moderate to severe degree of “diffuse identity”, who have unique inherent characteristics of identity conflict, structural features, and pattern of interpersonal relations construction. Altogether, these characteristics determine the leading pattern of behavior, way of antivital feelings and auto-aggressive behavior formation, resources and capacities of adolescents in crisis. Psychological aid in crisis, considering these features and using them, allows one to create new and effective coping strategies that are specific to each group.

Keywords: antivital experiences, auto-aggressive behavior of adolescents, “diffuse identity”, OPD-2, psychological aid in crisis.

References

1. *Ambrumova A.G., Tihonenko V.A.* Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoi dezadaptacii lichnosti //Aktual'nye problemy suikidologii. Trudy Moskovskogo NII psikiatrii MZ RF. M., 1978.
2. *Ambrumova A.G., Tihonenko V.A.* Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii. M., 1980.

² Supported by RFH grant (№ 12-06-00719)

3. *Kernberg O.F.* Tyazhelye lichnostnye rasstroistva. Strategii psihoterapii. M., 2001.
4. Operacionalizirovannaya psihodinamicheskaya diagnostika - 2 (OPD-2). Rukovodstvo po diagnostike i planirovaniyu terapii. M., 2011.
5. *Mertens W.* Einfuhrung in die psychoanalytische Therapie. Kohlhammer, 1993.
6. *Plutchik R., van Praag H.M.* The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity //Prog. Neuropharmacol. Biol. Psychiatry. 1989. № 13.
7. *Thoma H., Kachele H.* Lehrbruch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1. Berlin, 1989.