

---

---

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

---

## ВЕДУЩИЕ МЕХАНИЗМЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: ПО МАТЕРИАЛАМ МОНИТОРИНГА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Г.С. БАННИКОВ\*,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, bannikov68@mail.ru

Н.Ю. ФЕДУНИНА\*\*,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, natalia\_fedunina@mail.ru

**Для цитаты:**

*Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д.*  
Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мони-  
торинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия.  
2016. Т. 24. № 3. С. 42—68. doi: 10.17759/cpp.20162403004

\* *Банников Геннадий Сергеевич*, кандидат медицинских наук, старший научный  
сотрудник отделения суицидологии, Московский НИИ психиатрии — филиал  
ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; заведующий ла-  
бораторией «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической  
помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ,  
Москва, Россия, bannikov68@mail.ru

\*\* *Федунина Наталия Юрьевна*, кандидат психологических наук, ведущий на-  
учный сотрудник Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО  
МГППУ, Москва, Россия, natalia\_fedunina@mail.ru

**Т.С. ПАВЛОВА\*\*\***,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, darzo@yandex.ru

**О.В. ВИХРИСТЮК\*\*\*\***,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vikhristukov@mgppu.ru

**А.В. ЛЕТОВА\*\*\*\*\***,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, letovaav@mgppu.ru

**М.Д. БАЖЕНОВА\*\*\*\*\***,  
Институт консультативной психологии и консалтинга, Москва, Россия,  
maribazh@gmail.com

Рассматриваются особенности самоповреждающего поведения без суицидального намерения на материале анализа группы риска, выявленной в ходе скринингового обследования 604 московских школьников 7–11-х классов. 16,9% подростков указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия (54% однократно, 46% неоднократно). На втором этапе проводилось клиническое обследование 100 подростков с историей самоповреждения. Использовалась клиническая карта, включающая в себя возможность градации основных суицидальных маркеров. Выявлена патогенетическая и клиническая неоднородность самоповреждающего поведения, что позволяет выделить три механизма его развития: стрессовый (20%), депрессивный (45%), психопатоподобный (35%). В рамках каждого механизма произведено дальнейшее деление на импульсивный и продуманный. Проанализированы их различия по клинической картине, динамике развития, мотивам, личностным особенностям подростков и отношению к своим действиям. Обсуждается специфика самоповреждения в неклинической популяции. Подчеркивается значимость анализа ведущего механизма самоповреждения для выбора стратегии кризисной помощи подростку.

\*\*\* *Павлова Татьяна Сергеевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, darzo@yandex.ru

\*\*\*\* *Вихристюк Олеся Валентиновна*, кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vikhristukov@mgppu.ru

\*\*\*\*\* *Летова Анна Владимировна*, лаборант лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, letovaav@mgppu.ru

\*\*\*\*\* *Баженова Марина Дмитриевна*, руководитель консультативного центра при Институте консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), Москва, Россия, maribazh@gmail.com

**Ключевые слова:** подростки, самоповреждающее поведение, клиническое обследование, скрининг.

Самоповреждающее поведение (СП) определяется как «умышленное или совершаемое неосознанно физическое повреждение себе самому, чреватое серьезной патологией и даже гибелью» [2]. Проблема самоповреждающего поведения является одной из наиболее актуальных в сфере психического здоровья в подростковом возрасте. В ряде стран оно является одной из ведущих причин госпитализации [12]. Однако, с другой стороны, лишь незначительная доля прибегающих к самоповреждению подростков обращаются за психологической и психиатрической помощью и помещаются в больницу, что свидетельствует о том, что это поведение во многом является скрытым от медицинских служб и общества [8]. Множество исследований касаются анализа особенностей подростков, госпитализированных после эпизода самоповреждения [6; 8; 10]. Однако масштабные исследования самоповреждения в общей популяции достаточно редки как в России, так и за рубежом [8]. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%—13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши [12].

В международном европейском эпидемиологическом исследовании (подростки из семи европейских стран) показатели оказались выше: 11,5% случаев самоповреждения в течение года и у 17,8% выборки эпизоды нанесения себе вреда в течение жизни [10, цит. по: [11].

Факторы риска самоповреждения, как в клинической, так и в условно нормальной популяции, обычно рассматриваются в рамках двух больших групп: 1) внешние (средовые или психосоциальные факторы и травматические события), 2) внутренние (личностные) [3; 7] и их взаимодействие. Однако данные группы исследований существенно различаются.

Изучение самоповреждения на клинической популяции, опирающееся на большую долю качественных методов, включая клинико-психопатологическое обследование, ограничено количественно, кроме того, в него попадают лишь те подростки, кто оказался в поле зрения медицинских работников. Скрининговые исследования на больших неклинических выборках школьников, опирающиеся на количественные методы, обычно нацелены на выявление статистических показателей (частоты встречаемости) и не ставят задачи глубинного анализа механизмов и типов СП.

Таким образом, проблема в изучении самоповреждающего поведения заключается в том, что, несмотря на обилие работ, недостаточно научно-практических проектов, которые бы, с одной стороны, сочетали количественные и качественные методы на общем популяционном уровне, и,

с другой стороны, имели прикладное значение, в частности, предлагали стратегии кризисной помощи.

На основе анализа зарубежной литературы, посвященной развитию самоповреждающего поведения среди подростков и молодежи, выделяются две группы факторов риска: потенциальные («создающие почву») и актуальные (клинические). К наиболее часто встречающимся потенциальным факторам, «создающим почву» самоповреждающего и суицидального поведения, относятся дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры личности. К актуальным факторам, влияющим на развитие суицидального поведения и входящим в его структуру, относятся депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, гнева. Обе группы факторов тесно связаны, но при разных условиях они несут различную нагрузку, приобретают разную важность. Ясное и дифференцированное понимание особенностей этих факторов, ситуационное и динамическое изменение их значимости в развитии антивитальных состояний дают возможность оказывать целенаправленную, контекст-зависимую помощь высокой эффективности. Далее мы подробно рассмотрим эти две группы факторов риска и связь между ними.

В данной статье представлено исследование наиболее распространенных механизмов самоповреждающего поведения без суицидальных намерений на неклинической выборке 604 подростков 7—11-х классов.

**Выборка.** Были обследованы 670 учащихся из 19 образовательных организаций г. Москвы в возрасте от 12 до 18 лет. 66 анкет были исключены из исследования по причине невалидности результатов. Таким образом, в исследовании приняли участие 604 человека, из них 341 — женского пола и 263 — мужского пола в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст 14 лет): учащиеся 7-х классов — 128 чел., 8-х классов — 139 чел., 9-х классов — 194 чел., 10-х классов — 90 чел. и 11-х классов — 30 чел., а также студенты первого курса колледжа — 23 чел. из различных административных округов г. Москвы.

Для сравнения результатов по самоповреждающему поведению были использованы данные 54 амбулаторных пациентов отделения суицидологии московского НИИ психиатрии, предъявлявших пассивные суицидальные мысли.

## **Методы и методики**

На первом этапе исследования проводилось скрининговое обследование учащихся 7—11-х классов г. Москвы с использованием следующих методик:

— Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck) использовалась для оценки восприятия настоящего и будущего [5];

— Шкала одиночества (UCLA, версия 3, Д. Рассел) применялась для оценки выраженности субъективного переживания одиночества [4];

— Опросник склонности к агрессии Басса-Перри был направлен на выявление степени выраженности физической агрессии, гнева и враждебности [1];

— Индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ) применялся для выявления депрессивной симптоматики; русскоязычная версия опросника находится в свободном доступе на сайте ВОЗ-5 ([https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5\\_Russian.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Russian.pdf));

— Оценка личностных характеристик, отражающих эмоциональную нестабильность, импульсивность, самовлюбленность с повышенной чувствительностью и нарциссическую уязвимость производилась с помощью опросника личностных расстройств PDQ-IV [9].

Для статистического анализа данных использовалась компьютерная программа SPSS Statistics 19.0 (U-критерий Манна—Уитни).

На втором этапе мониторинга проводилось индивидуальное психологическое диагностическое консультирование подростков «группы риска» с помощью карты оценки суицидального риска. Карта оценки суицидального риска разработана в НИЛ «Научно-методическое обеспечение экстренной помощи» совместно со специалистами службы детского телефона доверия ЦЭПП МГППУ, в данный момент проходит этап апробации (полный текст карты приведен в Приложении 1).

### **Результаты скринингового обследования (первый этап мониторинга)**

По результатам анализа данных опросника личностных расстройств PDQ-IV (N=604), 102 подростка (16,9 %) указали, что имели самоповреждающие действия в истории жизни («группа риска»). В качестве группы сравнения опросники скрининга также заполнили 54 пациента с суицидальными тенденциями (предъявляющие пассивные суицидальные мысли). На основе этого было выделено три группы:

— *группа 1* — группа нормы (подростки, не отметившие у себя наличие самоповреждающего поведения);

— *группа 2* — группа риска (подростки, отметившие у себя наличие суицидального поведения);

— *группа 3* — клиническая группа (пациенты с подтвержденными суицидальными тенденциями).

*Безнадежность и риск самоповреждающего поведения.* При анализе различий выраженности показателей безнадежности между группой нормы и группой риска с помощью U-критерия Манна—Уитни были обнаружены



значимые различия по выраженности безнадежности, как по отдельным пунктам опросника, так и по общему баллу безнадежности (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительные результаты по шкале безнадежности**

Пункты опросника безнадежности Бека	Группа нормы (N=502)		Группа риска (N=102)		Уровень значимости p
	M	SD	M	SD	
1. Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом	0,23	0,42	0,44	0,50	p < ,005
7. Будущее представляется мне во тьме	0,19	0,39	0,47	0,50	p < ,001
9. У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем	0,12	0,33	0,31	0,47	p < ,005
11. Все, что я вижу впереди, – скорее неприятности, чем радости	0,18	0,38	0,45	0,50	p < ,001
14. Дела идут не так, как мне хочется	0,50	0,50	0,81	0,39	p < ,001
15. Я сильно верю в свое будущее	0,24	0,43	0,49	0,50	p < ,001
16. Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть	0,088	0,28	0,33	0,47	p < ,001
17. Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем	0,23	0,42	0,47	0,50	p < ,001
18. Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным	0,48	0,50	0,70	0,46	p < ,001
19. В будущем меня ждет больше хороших дней, чем плохих	0,15	0,36	0,36	0,48	p < ,001
20. Бесплезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого	0,09	0,29	0,31	0,47	p < ,001
Сумма баллов по Шкале безнадежности	4,63	3,51	8,27	4,25	p < ,001

В группе с риском самоповреждающего поведения обнаруживается более мрачный, пессимистичный и недифференцированный взгляд на свое будущее и меньшая удовлетворенность настоящим. Наиболее высокие показатели безнадежности обнаружены в группе пациентов с суицидальными тенденциями по вопросам: 4. «Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет» и 14. «Дела идут не так, как мне хочется»; немного менее выраженные по вопросам: 3. «Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда» и 18. «Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным».

*Выраженность субъективного переживания одиночества и самоповреждающее поведение.* Согласно данным, представленным в табл. 2, показатели субъективного переживания одиночества «группы нормы» отличаются от показателей группы риска по большинству вопросов шкалы одиночества. Показатели группы с риском самоповреждающего поведения наиболее сильно отличаются от показателей пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями по следующим вопросам: 9. «Как часто Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?», 12. «Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?» и 18. «Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?».

Таблица 2

**Сравнительные результаты по шкале одиночества**

Пункты шкалы одиночества	Группа нормы (N=502)	Группа риска (N=102)	Клиническая группа (N=54)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
2. Как часто Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	1,27 <sup>a</sup> 0,92	1,92 0,92	
3. Как часто Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	1,09 <sup>a</sup> 1,01	1,95 1,03	
4. Как часто Вы чувствуете себя одиноким?	1,17 <sup>a</sup> 0,99	2,09 0,98	
5. Как часто Вы чувствуете себя частью группы друзей?	0,60 <sup>a</sup> 0,83	1,07 0,97	
6. Как часто Вы чувствуете, что у Вас есть много общего с окружающими людьми?	0,90 <sup>a</sup> 0,81	1,34 0,99	
9. Как часто Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?		0,97 <sup>b</sup> 0,98	1,89 1,00

11. Как часто Вы чувствуете себя покинутым?	0,96 <sup>a</sup> 0,94	1,96 0,93	
12. Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?		1,92 <sup>b</sup> 0,97	2,69 0,47
13. Как часто Вы чувствуете, что Вас никто не знает по-настоящему?	1,64 <sup>a</sup> 1,08	2,24 0,94	
14. Как часто Вы чувствуете себя изолированным от других?	0,86 <sup>a</sup> 0,92	1,56 1,09	
16. Как часто Вы чувствуете, что есть люди, которые Вас действительно понимают?	0,85 <sup>a</sup> 0,85	1,32 0,91	
18. Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	1,55 <sup>a</sup> 0,98	2,18 <sup>b</sup> 0,88	2,98 0,14
19. Как часто Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?	0,63 <sup>a</sup> 0,81	1,23 0,90	
20. Как часто Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?	0,70 <sup>a</sup> 0,81	1,33 0,98	
Сумма баллов опросника	21,68 <sup>a</sup> 10,54	32,68 <sup>b</sup> 10,73	41,50 8,44

*Примечания:* 1) М — среднее; SD — стандартное отклонение; 2) а — различия между испытуемыми 1-й и 2-й групп статистически достоверны; 3) b — различия между испытуемыми 2-й и 3-й групп статистически достоверны.

Таким образом, можно сделать вывод, что для испытуемых с риском самоповреждающего поведения характерно более выраженное переживание собственного одиночества: они гораздо чаще чувствуют себя покинутыми другими людьми и гораздо реже ощущают принадлежность к группе людей. Это ощущение может быть не связано с реальным количеством друзей у подростка — испытуемые группы риска по самоповреждающему поведению отмечают, что отношения с другими людьми поверхностны, и что их никто не знает по-настоящему.

*Склонность к агрессии и самоповреждающее поведение.* Согласно данным, полученным в результате сравнения группы нормы, группы с риском самоповреждающего поведения и группы пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями (табл. 3), наиболее яркие различия обнаружены по шкале «Гнев»: сильнее всего гнев выражен в группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями, менее выражен в группе с риском самоповреждающего поведения и меньше всего выражен в группе нормы. Враждебность и физическая



агрессия наиболее выражены в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, сильнее, чем в группе пациентов. В группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями вербальная агрессия более выражена, чем в двух других экспериментальных группах.

Таблица 3

**Сравнительные результаты по опроснику склонности к агрессии**

Шкалы опросника склонности к агрессии Басса—Перри	Группа нормы (N=502)	Группа риска (N=102)	Клиническая группа (N=54)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Физическая агрессия	22,75 12,51	24,74 <sup>b</sup> 8,35	18,89 4,42
Гнев	19,78 <sup>a</sup> 9,75	24,97 <sup>b</sup> 10,18	28,37 5,18
Враждебность	21,70 <sup>a</sup> 13,70	27,75 14,51420	23,43 7,43
Вербальная агрессия	14,59 5,56	15,50 <sup>b</sup> 4,61	17,33 5,47

*Примечания:* 1) М — среднее; SD — стандартное отклонение; 2) а — различия между испытуемыми 1-й и 2-й групп статистически достоверны; 3) b — различия между испытуемыми 2-й и 3-й групп статистически достоверны.

*Симптомы депрессии в исследуемой выборке.* В группе нормы показатели индекса хорошего самочувствия немного выше нормативных, что говорит об отсутствии депрессивной симптоматики в данной группе (рис. 1). Между группой нормы и группой риска обнаружены различия по выраженности симптомов депрессии на высоком уровне значимости ( $p < ,001$ ) — в группе с риском самоповреждающего поведения симптомы депрессии выражены значительно сильнее. В группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями симптомы депрессии выражены в два раза сильнее, чем в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, данное различие достигает статистически высокого уровня значимости ( $p < 0,001$ ).

*Акцентуации личности и самоповреждающее поведение.* По результатам обследования группа риска демонстрирует наиболее высокие показатели по выраженности акцентуаций характера, что можно объяснить самим критерием отбора группы (табл. 4).

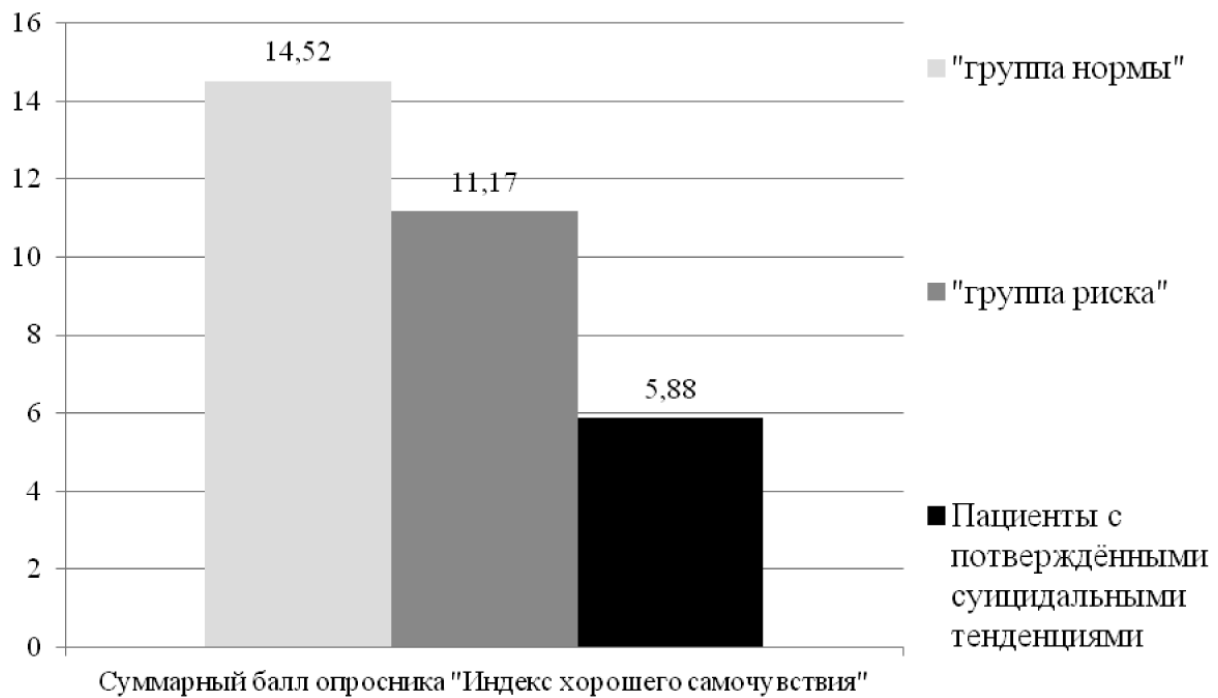


Рис. 1. Величина индекса хорошего самочувствия

Таблица 4

**Показатели выраженности акцентуаций характера в группах**

Шкалы опросника личностных расстройств PDQ-IV	Группа нормы (N=502)	Группа риска (N=102)	Клиническая группа (N=54)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Нарциссизм	62,87 14,09	64,75 <sup>b</sup> 14,84	62,17 22,69
Эмоциональная неустой- чивость	62,74 <sup>a</sup> 11,26	79,44 <sup>b</sup> 9,90	76,04 11,52
Негативизм	61,44 <sup>a</sup> 12,51	71,60 <sup>b</sup> 10,89	67,28 16,74

Примечания: 1) М — среднее; SD — стандартное отклонение; 2) а — различия между испытуемыми 1-й и 2-й групп статистически достоверны; 3) b — различия между испытуемыми 2-й и 3-й групп статистически достоверны.

Таким образом, в результате сравнения трех групп выделены симптомы (суицидальные маркеры), по мере нарастания выраженности которых возрастает риск развития суицидального поведения.

Испытуемые группы с риском самоповреждающего поведения демонстрируют в два раза более высокие показатели по Шкале безнадежности ( $M=8,27$ ), чем подростки группы нормы ( $M=4,63$ ).

Для группы с риском самоповреждающего поведения характерно более выраженное переживание собственного одиночества ( $M=32,68$ ), чем для группы нормы ( $M=21,68$ ): они гораздо чаще чувствуют себя покинутыми другими людьми и гораздо реже ощущают принадлежность к группе людей.

В группе нормы все показатели опросника склонности к агрессии (гнев, физическая агрессия, враждебность, вербальная агрессия) ниже, чем в группе с риском самоповреждающего поведения. Враждебность и физическая агрессия наиболее сильно выражены в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, более, чем в группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями.

В группе риска по самоповреждающему поведению симптомы депрессии выражены значительно сильнее, чем в группе нормы. В группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями симптомы депрессии выражены в два раза сильнее, чем в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, данное различие достигает статистически высокого уровня значимости ( $p < ,001$ ).

Группа испытуемых, отметивших у себя наличие самоповреждающего поведения, демонстрирует наиболее высокие показатели по выраженности акцентуаций характера — нарциссизму и эмоциональной неустойчивости (пограничности).

### **Результаты индивидуального психологического диагностического консультирования подростков группы риска (второй этап мониторинга)**

Из 604 обследованных испытуемых 102 подростка (16,9%) отметили случаи причинения себе вреда («Бывало, что я наносил себе вред или пытался убить себя»). Средний возраст — 14,5 лет. Из них 75% составили подростки женского пола, 25% — мужского. Со 100 подростками было проведено индивидуальное диагностическое интервью (на работу с двумя испытуемыми не имелось согласия родителей). На основании клинической беседы наличие самоповреждающего поведения (СП) было подтверждено в 90 случаях. 10 обследованных демонстрировали мысли о самоповреждении, не доходившие до уровня действий.

*Клиническое интервью включало в себя следующие вопросы.*

1. Способ СП (оценка brutality)?
2. При каких обстоятельствах произошло СП?
3. Психическое состояние при нанесении себе повреждений?

4. Было ли лишение себя жизни целью СП?
5. Какой был основной мотив СП?
6. Были ли раньше случаи самоповреждения?
7. Как подросток относится к своим действиям сейчас?
8. Кто еще знает о самоповреждающих действиях (родители, друзья)?
9. Как они к этому относятся?
10. Как бы подросток поступил в этой ситуации теперь?

*Основные причины самоповреждающего поведения* среди подростков (100 случаев): на фоне субъективно значимого непереносимого события — 36%, на фоне существующего депрессивного состояния — 34%, как реакция декомпенсации у акцентуированной личности как правило демонстративно-шантажного характера — в 25%, другое — 5%.

*Основные способы самоповреждающего поведения* среди подростков: самопорезы — 65%, самопобои — 15%, отравления — 10%, прижигание кожи — 5%.

При проведении статистического анализа для оценки различий между группами с использованием U-критерия Манна—Уитни были получены значимые различия по шкалам: безнадежности ( $p=0,000$ ), одиночества ( $p=0,014$ ), физической агрессии ( $p=0,016$ ), гнева ( $p=0,000$ ), враждебности ( $p=0,004$ ), вербальной агрессии ( $p=0,022$ ), пограничности ( $p=0,000$ ) и негативизма ( $p=0,007$ ). В группе подростков с СП эти показатели оказались выше, а по шкале настроения ( $p=0,005$ ) — ниже, чем у подростков без СП.

Клинически обследованы 100 подростков с СП. В беседе использовалась клиническая карта, включающая в себя возможность градации основных суицидальных маркеров. Дальнейший анализ выявленной группы риска показал, что у 100% самоповреждающее поведение не сопровождалось суицидальным намерением.

Выделены три наиболее распространенных психологических механизма самоповреждающего поведения, встречающиеся у подростков (рис. 2).



Рис. 2. Психологические механизмы самоповреждающего поведения

Проанализированы их различия по клинической картине, динамике развития, мотивам, личностным особенностям подростков и отношению к своим действиям.

**1. Стрессовый механизм СП (20%)** развивается на фоне непереносимой жизненной ситуации. События, связанные с самоповреждающим поведением у подростков: конфликты в семье — 50%, влюбленность — 14%, психические нарушения — 4%, сочетание факторов — 25%, тяжелое соматическое заболевание — 1%.

Подтипы:

**1.1. Стрессовый, импульсивный (5%)** — в остром периоде с переживаниями отчаяния, безысходности, душевной боли, явлениями деперсонализации и дереализации, что проявляется в восприятии «измененного» себя и окружающего мира: «Я как будто сама не своя, и все вокруг другое». На фоне аффективного напряжения для СП используются средства из ближайшего бытового окружения (лезвия, колющие предметы, иногда таблетки — «заснуть, отключиться»). Цель СП — снятие невыносимого напряжения, с последующим раскаянием в содеянном. Способы совершения СП различные, могут представлять опасность для жизни. Чаще происходит в ситуации острого непереносимого конфликта. В большинстве не думают о смертельном исходе СП. Основные мотивы — протест, самонаказание. Отношение к своим действиям критическое, раскаяние в содеянном, стараются никого не посвящать. В беседе ищут помощи сочувствия, совета (рис. 3).

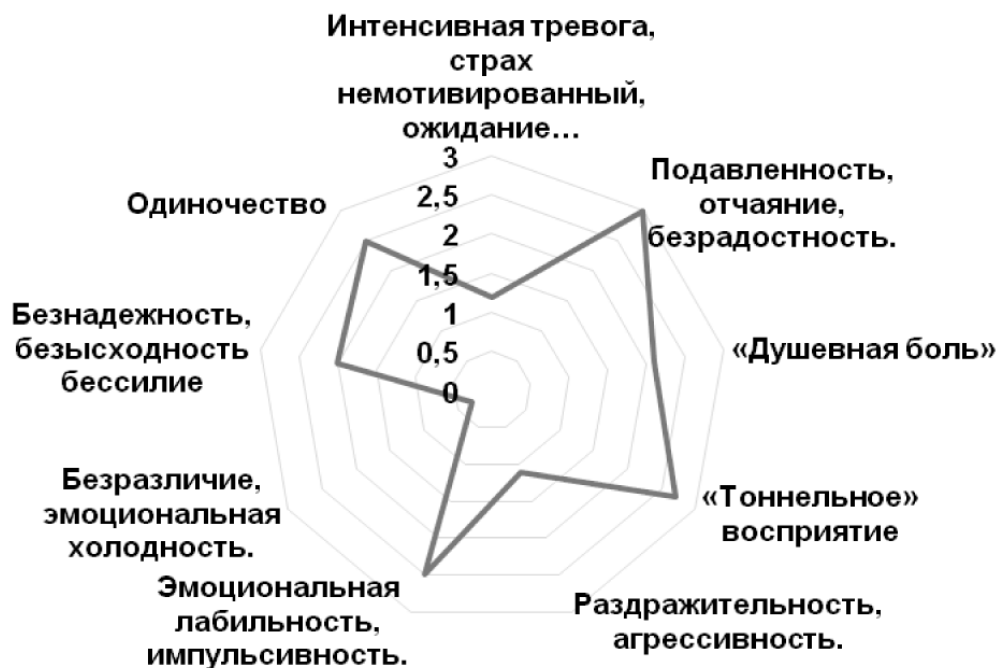


Рис. 3. Структура кризисного состояния при стрессе в момент совершения СП (импульсивный подтип)



### **Пример. Импульсивный подтип СП**

Респондент: девочка, 14 лет, однократное самоповреждение.

*Как ты наносила себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*

«Я серьезно поссорилась со своим парнем, расстроилась, прихожу домой, а на меня еще отчим наезжать стал, обзывать, что я... ну все такое, я и не выдержала, убежала в свою комнату, закрылась и ударила себя скальпелем в плечо».

*Ты помнишь свое состояние тогда?*

«Не помню, состояние было какое-то замутненное, как будто пелена накрыла, плохо понимала, что делала. После того, как потекла кровь, как будто бы очнулась. Испугалась сильно, что родители узнают, еле кровь сама остановилась».

*Что для тебя значило это действие?*

«Наверное, снять боль, обиду, какое-то сильное напряжение во всем теле».

*Реагировала ли ты так раньше на разочарования?*

«Нет, что Вы, это первый раз».

*Как ты сейчас относишься к тем своим действиям?*

«Со страхом, виню себя, что могла навредить себе, да и потом родители очень бы расстроились».

*Как ты думаешь, что можно было сделать в этой ситуации еще?*

«Да, что угодно, пойти погулять».

**1.2. Стрессовый, продуманный (15%)** — с переживаниями подавленности, гнева, планируемый заранее, с мотивом протеста или мести. Способы различны, есть риск смертельного исхода из-за недооценки тяжести от последствий выбранного способа. Чаще происходит на фоне хронических конфликтных ситуаций. Чувства и мысли смешанные, переживания подавленности, гнева, обвинения других. В большинстве не думают о смертельном исходе СП. Планируют заранее. Основные мотивы: протест и месть. Учителя могут одними из первых узнать об СП. Для родителей самоповреждение подростка чаще является неожиданностью. Отношение подростков к своим действиям недостаточно критичное, имеет место недооценка угрозы СП. В беседе чаще оправдывают себя, обвиняя окружающих (рис. 4).

### **Пример. Стрессовый продуманный подтип СП**

Респондент: мальчик, 16 лет, неоднократные самоповреждения, попытка отравления обезболивающими препаратами.

*При каких обстоятельствах ты решил выпить таблетки?*

Если честно, родители и школа достали. Все твердят: «учись», а не понимаю, зачем, а за день до таблеток отец отобрал планшет, я и взбесился.

*Какие чувства и мысли у тебя тогда были?*

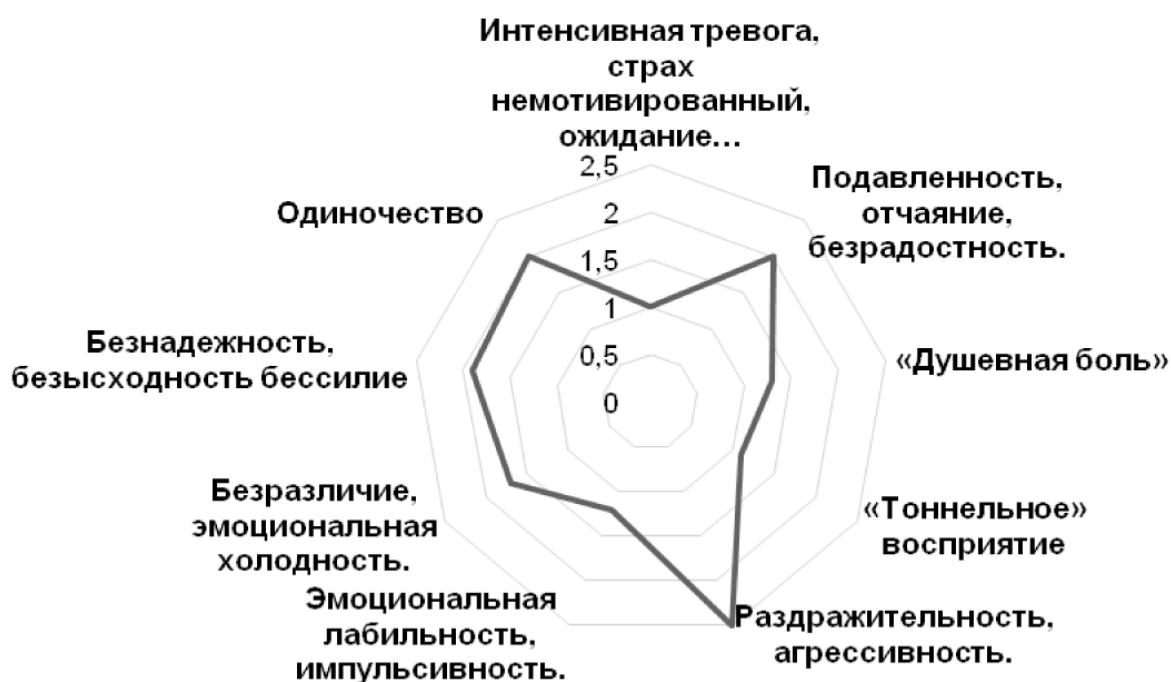


Рис. 4. Структура кризисного состояния при стрессе в момент совершения СП (продуманный подтип)

Вначале была злость, хотел сразу порезать руки, но испугался. Когда немного успокоился, решил выпить «безопасных» таблеток, чтобы от меня отстали.

*То есть ты не хотел именно умереть?*

Нет, это точно, просто все достало.

*Как ты сейчас относишься к своим действиям?*

Я был не прав. Если бы я только знал о последствиях, а сейчас врачи говорят, что у меня печень и почки посажены и мне нельзя спортом заниматься.

*Как ты думаешь, как можно было поступить в этой ситуации еще?*

Честно, не знаю, боюсь, что если опять будут наезды могу сорваться, но уже посерьезней.

**2. Депрессивный механизм СП (45%)** развивается на фоне сниженного настроения, чувства собственной «плохости», малоценности, пессимистического видения будущего, одиночества, «брошенности». По мере нарастания депрессивной симптоматики развивались обсессивно-фобические реакции, ангедония, идеи малоценности.

**2.1. Депрессивно-импульсивный СП** — как реакция на внезапное беспричинное изменение в психическом состоянии (10%). Смешанный аффект, с телесными сенсациями, снижением успеваемости из-за сложностей концентрации внимания, утомляемости, «лени», страхом сумасшествия и боязнью рассказать кому-то о своем состоянии приводят подростка к СП с целью облегчения своего витального состояния. Способы различные, чаще самопорезы, обыч-

но однократные. В большинстве не думают о смертельном исходе СП. Родители, часто узнают одними из последних, после того как учителя обращают их внимание на состояние подростка. Отношение подростков к своим действиям недостаточно критичное, в силу непонимания, что с ними происходит. Возможен риск смертельного исхода из-за недооценки тяжести депрессивного состояния, повторных более brutальных аутоагрессивных действий. Как правило, ищут помощи, сочувствия (рис. 5).



Рис. 5. Структура кризисного состояния при депрессии в момент совершения СП (импульсивный подтип)

### Пример. Импульсивный подтип СП

Респондент: мальчик, 15 лет, неглубокие порезы на внешней стороне предплечья.  
*Что случилось, что ты решил порезать себе руки?*

Я в последнее время плохо соображаю, настроение ужасное, да как будто волной страха накрывает. Вот я таким образом в себя прихожу.

*Насколько тебе такой способ помогает справиться с состоянием?*

Немного, на время, а так настроение все равно остается плохим, боюсь этих приступов, боюсь, что из-за них могу себе сильно навредить.

*Кому еще ты рассказывал о своем состоянии, порезах на руках?*

Да никому, пытался что-то сказать родителям, но они меня не слушают, говорят, что все пройдет, что у меня возрастной кризис, друзья в последнее время стали меньше со мной общаться, наверное потому, что я поглупел (*с грустной ухмылкой*).

*Что ты думаешь делать в этой ситуации?*

Наверное, пора к врачу обращаться.

2.2. *Депрессивно-продуманный СП* (30%) — развивается на фоне длительного сниженного настроения, ангедонии, заниженной самооценки, телесном дискомфорте, которые часто не осознаются подростком. СП часто носит многократный, часто навязчивый характер. Способы СП: самопорезы, прижигание, травмы рук, колотые ранения. Ситуации разнообразны и не специфичны. Цель самоповреждения — справиться с внутренней напряженностью, неудовлетворенностью собой, доказать себе и окружающим свою состоятельность. Родители чаще узнают случайно, обращая внимание на самоповреждения, а не на эмоциональное состояние подростка. Отношение к СП двойственное, в зависимости от мнения окружающих, разочарование сменяется чувством гордости за себя. Серьезность, сочетающаяся с повышенной чувствительностью, впечатлительность, склонность к сопереживанию, зависимость, тревожная мнительность или ананкастическая робость — таковы характеристики данного склада личности. Подростки испытывали существенные трудности или вовсе были неспособны к выражению агрессии, как в вербальной, так и физической форме. Особенности сложности представляла вербализация агрессии в ситуациях, которые в норме вызывают раздражение, злость (рис. 6).



Рис. 6. Структура кризисного состояния при депрессии в момент совершения СП (продуманный подтип)

### **Пример. Продуманный подтип СП**

Респондент: девочка, 15 лет, неглубокие порезы рук и ног.

*Как ты наносила себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*

Я брала нож и резала свое тело. Я делала это, когда я чувствовала, что не нужна родителям, никому, хотя и понимаю, что это не так, ведь они у меня хорошие.

*Ты помнишь свое состояние тогда?*

Мне было плохо, в теле как будто много демонов, которые разрывают его, я хотела бы чтобы моему телу было плохо и больно.

*Ты хотела именно умереть?*

Нет, наверное, я хотела показать, как мне больно, от того, что меня никто не понимает.

*Как ты сейчас относишься к своим действиям?*

Я хочу это прекратить, не думать о плохом, но руки сами тянутся к ножу.

*Кто еще знает о твоих самоповреждающих действиях (родители, друзья)?*

Только Вы, я боюсь кому-либо еще рассказать, меня все равно никто не поймет.

*Как ты думаешь, что можно было сделать в этой ситуации еще?*

Пусть хоть кто-нибудь меня сможет понять, и, хотелось бы, чтобы родители.

**3. Психопатоподобный механизм СП (35%)** — связан с акцентуациями пограничного и нарциссического типов. В качестве базовых психологических и психопатологических феноменов можно выделить утрату базового доверия к миру, поляризованное восприятие мира с резкими переходами между крайним восхищением и ненавистью, подозрительность, сниженный фон настроения. Низкий уровень интеграции эмоций, негативные аффекты могут переполнять подростка и становиться невыносимыми настолько, что вызывают импульсивное поведение. Чувство самооценности очень хрупкое, даже в ситуациях незначительных ран или различий между собственными и чужими желаниями. Собственные интересы переоцениваются и зачастую не вполне понятны для других.

**3.1. Психопатоподобный импульсивный СП (5%)** — развивается в ситуациях нарциссического кризиса, связанного с реальным или мнимым обесцениванием грандиозного «Я» в состоянии аффективно суженного сознания, переживаниями ненависти к себе и окружающим (рис. 7). Мотив — «возвращение в реальность», месть. Способы самоповреждения различаются и могут быть опасны для жизни. Суицидальные мысли пассивны («надоело жить»), нет намерений убить себя. Неоднократные импульсивные самоповреждения в истории жизни. Основная цель самоповреждений — снятие напряжения. Развиваются, с точки зрения взрослых, при объективно несущественных событиях, но имеющих высокий уровень субъективной значимости. Родителей, как правило, не посвящают в свои переживания. Отношение к СП, при выходе из кризисного состояния, критичное, преобладает тревога, растерянность. К факторам, усиливающим риск развития СП, можно отнести употребление психоактивных веществ (рис. 7).





Рис. 7. Структура кризисного состояния при депрессии в момент совершения СП (импульсивный подтип)

### Пример. Импульсивный подтип СП

Респондент: мальчик, ученик 10 класса, неоднократные повреждения кожи пальцевых суставов.

*Что с тобой случилось? Ты сегодня выглядишь расстроенным.*

Вчера было плохое настроение, опять вспышки агрессии, какой-то гад меня чуть не задавил на пешеходном переходе, потом дома родители наехали, что я не учусь, и они у меня заберут интернет. Ну я и взорвался.

*И что ты делал?*

А что мне было делать? Орать нельзя, как в помутнении каком-то, тупо стучал кулаком в стену, до крови пока не пришел в себя.

*Ты рассказал о своих переживаниях родителям или друзьям?*

Нет, не хочу, родители орать начнут, друзьям я говорил, они не понимают.

*Ты хочешь с кем-нибудь посоветоваться?*

Да, но я не верю никому.

*Ты можешь анонимно позвонить на телефон доверия?*

Я попробую.

3.2. *Аффективно продуманный (демонстративно-шантажный) СП (30%)* — совершается с целью показать свою исключительность, манипулирования окружающими, создания вокруг себя ореола «почитания» (рис. 8). Способы СП не представляют угрозу для жизни. СП может осуществляться как в присутствии людей, так и в одиночестве. Совершается в состоянии холодного рассудка и при эпатажном поведении. Друзья всегда в курсе, совершается с целью показать свою исключитель-

ность, манипулирования окружающими. Родители или не знают, так как внешне самоповреждающее поведение может не оставлять следов, либо относятся как к возрастному кризису. Подростки к СП относятся спокойно, считают, что это их дело. Эта группа подростков с раннего возраста характеризовалась сочетанием таких противоречивых черт, как чувствительность, ранимость и холодность, жестокость, отгороженность от окружающих. Родители, а потом и друзья, рассматривались как средство для достижения своих целей.



Рис. 8. Структура кризисного состояния при психопатоподобном механизме в момент совершения СП (продуманный подтип)

### Пример. Продуманный подтип СП

Респондент: девочка, 8 класс, неоднократные самопорезы на уроках и дома.

*Как ты наносила себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*

Лезвием аккуратно делала порезы, (говорит демонстративно) когда я чувствовала себя зависимой от мира, несвободной от своих чувств, тела.

*Какие чувства и мысли у тебя тогда были?*

Я ненавидела себя, других за примитивизм жизни, ненавидела и ненавижу этот мир.

*Ты хотела именно умереть?*

Может быть, да, а может быть, и нет, я не знаю.

*Кто еще знает о твоих самоповреждающих действиях (родители, друзья)?*

Знают друзья, у меня среди них есть понимающие, которые старше, мы с ними общаемся по сети. Родителям до меня нет дела, они только деньги умеют зарабатывать... Считают, что это возрастное.

*Как ты сейчас относишься к своим действиям?*

А как к этому можно относиться, если мир отвратителен... нормально.

*Как ты думаешь, что можно было сделать в этих ситуациях еще?*

Не поняла, а что я такого делаю? Я выражаю свое отношение к этому... миру.

Таким образом, по результатам клинического обследования группы подростков с самоповреждающим поведением были выделены три основных механизма его развития: стрессовый (20%), депрессивный (45%) и психопатоподобный (35%), отличающиеся клиникой, преморбидной личностью и прогнозом. Данная классификация позволяет сформулировать дифференцированные мишени психологической помощи для подростков каждой из трех групп.

### **Заключение**

В результате полученных по скринингу данных, 16,9% подростков указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия (54% однократно, 46% по несколько раз), что ненамного превышает показатели по зарубежным источникам. Однако здесь важно учитывать, что большой процент СП у подростков связан с «данью моде», подчеркиванием своей исключительности. В целом, в группе подростков с СП преобладали переживания безнадежности, одиночества, неспособность справляться с агрессивными импульсами, депрессивные симптомы и акцентуации характера. Можно предположить, что СП является структурно образующим феноменом, объединяющим вокруг себя различные проявления социально-психологической дезадаптации. Клиническое обследование подростков с СП показало его патогенетическую и клиническую неоднородность, что позволило выделить три механизма развития СП. При обследовании детей в школах не было обнаружено бредовых механизмов СП, которые часто наблюдаются в психиатрических стационарах. Использование клинической карты позволило отобразить графически своеобразие кризисных состояний в различных группах, наметить симптомы мишени для психотерапевтического воздействия.

Понимание механизмов развития самоповреждающего поведения по клинической картине, мотивам, динамике развития, личностным особенностям подростков, отношению к своим действиям, взаимодействию со значимыми другими дает необходимую информацию для разработки более специализированных программ первичной и вторичной профилактики самоповреждающего и суицидального поведения в образовательных организациях.

Приложение 1

**Карта оценки суицидального риска**

ФИО консультанта \_\_\_\_\_

Возраст клиента \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_

Запрос \_\_\_\_\_

Симптомы	Проявления/сочетания	0	1	2	3
Интенсивная тревога, страх немотивированный, ожидание непоправимой беды	Сочетается с подавленностью, страхом потери контроля над собственными чувствами, переживаниями				
Подавленность, отчаяние, безрадостность	Использование слов и выражений «я устал жить», «я больше так не могу» часто связано с переживаниями безнадежности, одиночества, безысходности, чувством вины				
«Душевная боль»	Чувство тяжести за грудиной — «Душа болит» — приносит невыносимые страдания, чаще наблюдается при подавленности, отчаяние				
«Тоннельное» восприятие	Фиксация на своих переживаниях, мыслях, связанных с ситуацией. Не о чем другом говорить не может. Трудно поддается переубеждению				
Аутоагрессивные тенденции	Желание причинить себе физическую боль, злоупотребление алкоголем, наркотиками, экстремальные виды поведения связанные с осознанным риском для жизни, уничтожение себя в речи				
Раздражительность, агрессивность	Сопутствует обиде, часто с обвинениями других				
Эмоциональная лабильность, импульсивность	Зависимость эмоционального фона от содержания разговора, перескакивание с темы на тему, часто необдуманные плохо контролируемые поступки				

Безразличие, эмоциональная холодность	Использование слов и выражений: «скучно», «не интересно жить», «все надоело»				
Безнадежность, безысходность, бессилие	Чувство ненужности, непонимания, тупика, безнадежности, пустоты рядом, как правило, тесно связано с тоской, подавленностью				
Одиночество	Переживание своей брошенности, восприятие себя как бремени для близких				

0 — нет симптома;

1 — слабо выражен (психологически связан ситуацией, в процессе может легко уходить);

2 — умеренно (симптом стабилен, носит отчетливо болезненный для человека характер);

3 — сильно выражен (человек погружен в переживания, не может и часто не хочет выйти из него переключиться на что-то другое).

**Состояние оценивается как кризисное, если:**

1) один симптом выражен на 3 балла;

2) три симптома выражены на 2 балла;

3) сумма баллов 12 и выше.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. 2007. № 1. С. 115 —124.
2. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии. М.: Джангар, 2010. 864 с.
3. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара. Бахрах-М. 2000. С. 77—78.
5. Beck A.T, Weissman A., Lester D., Trexler L. Measurement of pessimism: The hopelessness scale // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974. Vol. 42 (6). P. 861—865.
6. Cloutier P., Martin J., Kennedy A., Nixon M.K., Muehlenkamp J.J. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services // Journal of Youth and Adolescence. 2010. Vol. 39. P. 259—269. doi: 10.1007/s10964-009-9465-1
7. De Wilde E.J. Adolescent suicidal behaviour: A general population perspective // The international handbook of suicide and attempted suicide / K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). Chichester: Wiley, 2002. P. 249—259.
8. Hawton K., Saunders K., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents // Lancet. 2012. Vol. 379 (9834). P. 2373—2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
9. Hyler S.E. PDQ-4+ personality questionnaire. New York: Author, 1994.
10. Madge N., Hewitt A., Hawton K., et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008. Vol. 49 (6). P. 667—677.
11. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2012. Vol. 6(1). doi: 10.1186/1753-2000-6-10
12. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 159. P. 46—52. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.015

## MECHANISMS OF SELF-HARM BEHAVIOR IN NON-CLINICAL ADOLESCENT POPULATION: THE RESULTS OF MONITORING IN MOSCOW SCHOOLS

G.S. BANNIKOV\*,  
Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal  
Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State  
University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
bannikovgs@mgppu.ru

N.Y. FEDUNINA\*\*,  
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
natalia\_fedunina@mail.ru

T.S. PAVLOVA\*\*\*,  
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
dazo@yandex.ru

O.V. VIKHRISTYUK\*\*\*\*,  
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
vikhristikov@mgppu.ru

### For citation:

Bannikov G.S., Fedunina N.Y., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Mechanisms of Self-Harm Behavior in Non-Clinical Adolescent Population: The Results of Monitoring in Moscow Schools. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 42—68. doi: 10.17759/cpp.20162403004. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Bannikov Gennady Sergeevich*, PhD in Medicine, Senior Research Assistant, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Head of Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: bannikovgs@mgppu.ru

\*\* *Fedunina Natalia Yur'evna*, PhD (Psychology), Leading Research Associate, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: natalia\_fedunina@mail.ru

\*\*\* *Pavlova Tatiana Sergeevna*, PhD (Psychology), Senior research fellow, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: darzo@yandex.ru

\*\*\*\* *Vikhristyuk Olesya Valentinovna*, PhD (Psychology), Head of Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: vikhristikov@mgppu.ru

A.V. LETOVA\*\*\*\*\*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
letovaav@mgppu.ru

M.D. BAZHENOVA\*\*\*\*\*,

FPC Institute, Moscow, Russia, maribazh@gmail.com

The behavior of self-harm is prevalent among adolescents. Most research on the topic has focused either on qualitative investigation of hospitalized teens or on quantitative research of non-clinical population. Their combination of these approaches is considered very promising, yet it is extremely rare. The present article investigates the behavior of self-harm without suicidal intention in non-clinical population. The participants were 604 students of Moscow schools (7–11 grades). 22% participants reported at least 1 act of deliberate self-harm in the lifetime period (54% — single episode, 46% multiple episodes of self-harm). 100 adolescents with a history of non-suicidal self-harm were further assessed with Clinical Inventory, which reflected the gradation of the key suicide markers. Clinical assessment revealed three major mechanisms of self-harm development: stressful (20%), depressive (45%), and psychopathological (35%). Further distinction among impulsive and reflective led to description of 6 groups, each having specific clinical picture, dynamics, motives, personal patterns and attitude towards self-harm. Understanding of leading mechanism of antivital behavior is essential for effecting crisis intervention and psychological counseling of adolescents in the aftermath of self-harm or suicidal attempts. Comparative analysis of these results with data on clinical population reveals several differences.

**Keywords:** adolescents, self-harm behavior, clinical assessment, monitoring.

## REFERENCES

1. Enikolopov S.N., Tsibul'skii N.P. Psikhometricheskii analiz russkoyazychnoi versii Oprosnika diagnostiki agressii A. Bassa i M. Perri [Psychometric analysis of the Russian version of the Bass-Perry aggression questionnaire]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2007, no. 1, pp. 115–124. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Zhmurov V.A. Bol'shoi tolkovyi slovar' terminov psikhiiatrii [Big dictionary of psychiatric terms]. Moscow: Dzhangar, 2010. 864 p.
3. Polskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Self-destructive behavior in adolescence and youth]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psycho-

\*\*\*\*\* *Letova Anna Vladimirovna*, Laboratory Assistant, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: letovaav@mgppu.ru

\*\*\*\*\* *Bazhenova Marina Dmitrievna*, Supervisor of educational project on human-centered approach, FPC Institute, e-mail: maribazh@gmail.com

- therapy], 2015. Vol. 23, no. 4, pp. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy: uchebnoe posobie [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]. D.Ya. Raigorodskii (eds.). Samara. Bakhra-kh, 2000, pp. 77—78.
  5. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. Measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974. Vol. 42, no. 6, pp. 861—865.
  6. Cloutier P., Martin J., Kennedy A., Nixon M. K., & Muehlenkamp J. J. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, Vol. 39, pp. 259—269. doi: 10.1007/s10964-009-9465-1
  7. De Wilde E.J. Adolescent suicidal behaviour: A general population perspective. In K. Hawton & K. van Heeringen (eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Chichester: Wiley, 2002, pp. 249—259.
  8. Hawton K., Saunders K., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 2012. Vol. 379, no. 9834, pp. 2373—2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
  9. Hyler S.E. PDQ-4+ personality questionnaire. New York: Author, 1994.
  10. Madge N., Hewitt A., Hawton K., Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., Heeringen K.B., Leo D.D., & Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008. Vol. 49, no. 6, pp. 667—677.
  11. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2012. Vol. 6, no. 1. doi: 10.1186/1753-2000-6-10.
  12. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 2014. Vol. 159, pp. 46—52. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.015.