

**Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского**

*На правах рукописи*

**ГРИГОРЬЕВА АЛЕКСАНДРИНА АНДРЕЕВНА**

**КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕ-  
ДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ  
(ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)**

**19.00.04 – медицинская психология**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**на соискание ученой степени доктора психологических наук**

**НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:**

доктор психологических наук, Булыгина Вера Геннадиевна

**МОСКВА – 2020**

## Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....</b>	<b>21</b>
1.1. Психологические особенности подросткового возраста.....	21
1.2. Аутоагрессивное поведение подростков.....	26
1.2.1. Понятие аутоагрессивного поведения.....	26
1.2.2. Виды аутоагрессивного поведения.....	30
1.2.3. Эпидемиология разных видов аутоагрессивного поведения.....	44
1.3. Теоретические подходы к пониманию аутоагрессивного поведения.....	51
1.4. Резюме по главе.....	69
<b>ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....</b>	<b>71</b>
2.1. Понятие и классификация типов профилактической помощи.....	71
2.2. Основные подходы в профилактических интервенциях в отношении аутоагрессивного поведения.....	76
2.2.1. Психодинамический подход в превенции аутоагрессивного поведения.....	76
2.2.2. Когнитивно-поведенческий подход в превенции аутоагрессивного поведения.....	80
2.2.3. Экзистенциальный подход в превенции аутоагрессивного поведения.....	85
2.3. Программы превенции.....	90
2.4. Профилактика аутоагрессивного поведения в общеобразовательных учреждениях.....	95
2.5. Резюме по главе.....	106
<b>ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, ОСНОВАННОЙ НА ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ ПОДХОДЕ.....</b>	<b>109</b>
3.1. Теоретическое обоснование роли экзистенциального кризиса в превенции аутоагрессивного поведения подростков.....	110
3.2. Содержание концепции психопрофилактики аутоагрессивного поведения подростков.....	117
3.3. Структурно-функциональная модель профилактики.....	123
3.3.1. Этапы выявления подростков с рисками аутоагрессии.....	125
3.3.2. Принципы и порядок реализации программ первичной, вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков.....	131
3.3.3. Психокоррекционные методы персонифицированной профилактики, реализуемой на уровне вторичной и третичной профилактики.....	133
3.3.4. Порядок реализации дополнительной профессиональной подготовки специалистов общеобразовательных школ для реализации технологий персонифицированной профилактики самоповреждающего поведения подростков.....	141
3.4. Резюме по главе.....	145
<b>ГЛАВА 4. ОБЪЕМ, ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>147</b>
4.1. Объем и условия проведения исследования.....	147
4.2. Методики исследования.....	162
4.3. Статистическая обработка данных.....	168
<b>ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РИСКАМИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....</b>	<b>170</b>
5.1. Социально-демографические характеристики подростков.....	170

5.2. Возрастные особенности рисков аутоагрессивного поведения в общей популяции подростков .....	175
5.3. Гендерные особенности риска аутоагрессивного поведения в общей популяции подростков	178
5.4. Эпидемиологические данные о численности групп риска подростков с разными видами аутоагрессии.....	184
5.5. Различия социально-психологических характеристик подростков групп риска с разными видами аутоагрессивного поведения .....	188
5.6. Структура потребления ПАВ в группах риска подростков с суицидальным, самоповреждающим и рискованным поведением .....	191
5.7. Сравнительный анализ и взаимосвязи психологических характеристик подростков с рисками аутоагрессивного поведения.....	192
5.8. Резюме по главе .....	197
<b>ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ .....</b>	<b>200</b>
6.1. Особенности компонентов экзистенциального сознания подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением .....	203
6.2. Особенности взаимосвязи ценностей, компонентов экзистенциальных мотиваций, показателей жизнестойкости в группах подростков с аутоагрессивным, нормативным поведением и тенденцией к аутоагрессии .....	209
6.3. Экзистенциальные механизмы аутоагрессивного поведения подростков.....	216
6.4. Клинико-психологические характеристики подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии .....	221
6.4.1. Особенности взаимосвязей компонентов экзистенциального сознания с депрессивными симптомами в группах подростков с аутоагрессивным поведением .....	223
6.4.2. Особенности взаимосвязей компонентов экзистенциального сознания с депрессивными симптомами в группах подростков с тенденцией к аутоагрессии .....	228
6.4.3. Сравнение структуры взаимосвязей ценностей, экзистенциальных переживаний и компонентов жизнестойкости с депрессивными симптомами в группах подростков с тенденцией к аутоагрессии и аутоагрессивным поведением .....	231
6.5. Резюме по главе .....	235
<b>ГЛАВА 7. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>237</b>
7.1. Оценка эффективности первичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков .	239
7.2. Оценка эффективности вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков .....	241
7.3. Резюме по главе .....	261
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>263</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>279</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>281</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>341</b>

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность проблемы

Изучение роли психосоциальных факторов в возникновении различных форм отклоняющегося поведения, вопросы его профилактики и коррекции являются ведущими направлениями и содержанием медицинской психологии, как научной специальности, и наиболее востребованными ее научно-практическими направлениями. Отклоняющееся аутоагрессивное поведение имеет широкий диапазон от низкодифференцированных форм (например, рискованное поведение, употребление психоактивных веществ), до высокодифференцированных осознанных суицидальных действий (Польская Н.А., 2017; Nock M., 2014). Все проявления подобного поведения находятся в зоне особенно пристального внимания профессионального сообщества с учетом их вклада в показатели смертности и трудоспособности населения. Группу наибольшего риска возникновения аутоагрессивного поведения составляют подростки. На сегодняшний день общепризнанной ведущей стратегией противодействия суицидальному, самоповреждающему, рискованному поведению, а также поведению, связанному с употреблением психоактивных веществ, является первичная профилактика. Разработка и реализация эффективных мер профилактики аутоагрессии в подростковом возрасте является крайне актуальной задачей.

На социальную значимость проблемы профилактики аутоагрессивного поведения подростков указывают многочисленные эпидемиологические данные.

Возраст появления первых симптомов самоповреждения – 12-14 лет (Rodham K., et al, 2009), суицидальной активности – 14-16 лет (Крыжановская Л.А., 2000, Hassan R., 1994, UNICEF, 2011), что определяет целесообразность и значимость интервенций, направленных на противодействие самоповреждающему поведению в период обучения подростков в средней школе, а профилактику суицидального поведения – в старшей школе. Зарубежные исследователи приводят данные о том, что 17,2% подростков вовлечено в самоповреждающее поведение (Swahn S.V. et al, 2014), 14,6% имеют суицидальные намерения (GSS, 2012). Самоповреждение нередко является предиктором для суицидального поведения. Повышение частоты самоповреждающих актов, силы их тяжести, количества используемых форм

самоповреждения связывают с возрастанием суицидального риска (Klonsky E.D., O'lin T.M., 2008; Whitlock J. et al., 2008, 2007). В свою очередь при самоповреждениях 60-80% подростков прибегают к суицидальным попыткам (O'Connor, 2018).

Обследование учащихся общеобразовательных школ 11-16 лет Москве и Московской области выявило, что мысли о самоубийстве присутствуют у 11,8% подростков, желание убить себя – у 2%, думают о самоубийстве, но не планируют его совершение – 8,8% (Холмогорова А.Б., 2009; Павлова Т.С., 2013). Изучение отклоняющегося поведения младших подростков 12-15 лет Томска выявило, что 62,6% имеют склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению (Дроздецкая И.А., 2011).

По данным американских исследователей, в США каждый год около 10% подростков употребляют алкоголь, 6% начали употреблять наркотики, 5 % курят сигареты и 7% имеют диагностированные наркологические заболевания (David N.J. et al., 2013). Наркологические заболевания охватывают возраст от 9 лет до 21 года (Copeland J., 2011). По экспертным оценкам Министерства здравоохранения Российской Федерации за последние 10 лет в России количество наркологических заболеваний выросло на 60% и помолодело. Из общего числа наркозависимых 20% это школьники, 60% – лица молодого возраста (16-30 лет). В отдельных регионах РФ приводятся следующие данные об употреблении школьниками ПАВ: 68,1% употребление алкоголя и табака; 13,3% - употребление наркотических веществ (Дроздецкая И.А., 2011); 43% подростков испытывают чувство алкогольного опьянения в 16 лет (Корчагина Г.А. и др., 2012).

Отечественные и зарубежные исследования показывают, что употребление психоактивных веществ среди лиц молодого возраста и подростков сопряжено с формированием паттернов высокорискового поведения, антисоциального поведения, широкого спектра аффективных расстройств.

Доля употребляющих психоактивные вещества (сигареты, каннабис, алкоголь) среди подростков, имеющих самоповреждающее поведение значительно выше, по сравнению с подростками с нормативным поведением (Aseltine Jr R.H. et al., 2009). Чем раньше подростки начинают употреблять психоактивные вещества,

тем выше риск самоповреждающего и суицидального поведения (Kaminer Y., 2016). Уровень злоупотребления психоактивными веществами сопряжен с более высоким риском смертности среди подростков, имеющих самоповреждения: 20-50% суицидентов несовершеннолетнего возраста страдали наркологическими расстройствами, 22% самоубийств было совершено в состоянии алкогольного опьянения (Ведяшкин В.Н., 2011, Положий Б.С., Панченко Е.А., 2016; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2017; Hamza C.A. et al., 2012; Moran P. et al., 2014). Алкогольная интоксикация может выступать в качестве триггера самоповреждающего поведения (Kendal R.E., 1983; Hufford R., 2001).

Употребление психоактивных веществ нередко связывают с рискованным поведением, также вносящим вклад в уровень подростковой смертности (Шаболтас А.В.). На его долю приходится около 70% подростковых смертей (по данным Всемирной Организации Здравоохранения на 2014 год). Наиболее чувствительный возрастной период к формированию поведения с использованием риска, как формы новых ощущений и переживания «награды» – 13-16 лет (ВОЗ, 2014).

Вопрос о векторе взаимосвязи между разными видами аутоагрессивного поведения остается по-прежнему дискуссионным. Одни авторы полагают, что в подростковом возрасте самоповреждение является фактором, повышающим риск суицидального поведения (Положий Б.С., 2016; Klonsky E.D., Ollino T.M., 2008; Whitlock J. et al., 2008, 2007), а также формирования разных видов зависимостей в юношеском возрасте (Польская Н.А., 2017; Hamza C.A., 2012, 2013; Fox K.R. et al., 2015; You J. Et al., 2013). Другие авторы отмечают обратную взаимосвязь: употребление ПАВ в подростковом возрасте повышает риски самоповреждающего (Rossow I., 2009; Giletta M., 2012), суицидального (Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2017; Hamza C.A. et al., 2012; Moran P. et al., 2014) поведения.

Соответственно, одним из важнейших направлений современной суицидологии и аддиктологии является изучение аутоагрессивного поведения подростков как комплексного феномена. Трудности раннего выявления данных видов поведения и социальной значимости вышеуказанных проблем актуализируют вопрос о надежной системе профилактики, в которой самоповреждающее, суицидальное,

рискованное поведение подростков и употребление психоактивных веществ рассматривались бы во взаимосвязи, как поведенческий комплекс с едиными механизмами. Дефицит эмпирических исследований с доказанной эффективностью в области аутоагрессивного поведения подростков затрудняет реализацию профилактических интервенций (Whitlock J. et al., 2009; Gill Z. et al., 2016).

Огромным потенциалом в реализации психопрофилактических программ обладает образовательная среда, благодаря своему системному регулярному воздействию на личность подростков и молодежи. За последнее десятилетие был разработан и внедрен ряд программ по профилактике суицидов и самоповреждения (Green J. M. et al., 2011; Fitzpatrick K. K. Et al. 2005; Heath N.L., et al. 2014; Michel K., Gysin-Malillart A., 2015; Wyman P.A., et al 2010), а также программы профилактики употребления ПАВ и рискованного поведения (Батищев В.В. и др., 2010; Воробьева Т. В., Ялтонская А. В., 2008; Botvin G. J., Griffin K. W., 2014; Harmon M. A., 1993). Однако многими авторами подчеркивается дефицит и необходимость исследований их эффективности (Григорьева А.А., 2018; Diego De Leo et al, 2017; Katz C. et al, 2013; Lapierre S. et al, 2011). Значимой является разработка эффективных программ профилактики аутоагрессивного поведения на базе общеобразовательных школ, которые с одной стороны опирались бы на комплексный подход (учет разных видов аутоагрессии, их взаимосвязи, степени выраженности риска и определяющих факторов; кооперация разных специалистов, включая педагогов, психологов, врачей в реализацию превентивной работы), с другой стороны, позволяли бы осуществлять адресный персонифицированный подход, основанный на понимании личностных особенностей подростков, как возрастной категории, находящейся в группе риска (Григорьева А.А., 2020).

### **Степень разработанности темы исследования**

В поисках решений проблем подростковой аутоагрессии наиболее остро стоит вопрос о превенции суицидального поведения. С данной целью в некоторых странах приняты национальные стратегии по превенции суицидов. В 2008 году в Европе создан проект SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe,

Сохранение здоровья и расширение возможностей молодых людей в Европе), направленный на сохранение и укрепление психического здоровья молодых людей. В Англии в 2002 году принята Национальная Стратегия Профилактики Суицидов, которая позволила снизить количество суицидов в стране на 20%. Данная Стратегия реализовывалась по нескольким направлениям: снижение доступности и летальности методов суицида, снижение рисков, содействие психическому благополучию населения в целом, отчет о самоубийствах в масс-медиа, содействие научным исследованиям по суицидам и его профилактике, мониторинг интервенций по противодействию суицидам. Важно отметить наличие единых общегосударственных профилактических проектов, реализуемых в США, Англии, Германии, Польше и других странах.

Реализуемые в странах Европы программы превенции суицидального и самоповреждающего поведения фокусированы на проблеме профилактики депрессии, как ключевого фактора (Diego De Leo et al., 2017). Безусловно, такие программы эффективны в рамках клинических условий (Попов Ю.В. и др., 2017; Diego De Leo et al., 2017), но возможности их применения в других сферах, в частности в образовательной среде ограничены. Следует также отметить, что при акценте на депрессию и иные виды психопатологии, роль психологических, личностных факторов при самоповреждении и суицидальном поведении остается недооцененной (Diego De Leo et al., 2017).

В нашей стране разработка стратегии превенции суицидов принадлежала А.Г. Амбрумовой. В 70-х годах ей был создан Всесоюзный суицидологический научно-методический центр, на данный момент имеющий статус Федерального. К его основным функциям относились анализ эпидемиологических данных, целевые исследования, организация работы суицидологических служб. Подобные службы работали в Москве при учебных заведениях, больницах, поликлиниках, психиатрических диспансерах и были призваны интегрировать работу разных специалистов. Однако на данный момент такая работа в полной мере не реализуется.

В Российской Федерации следует указать на недостаточную эффективность программ профилактики суицидального и самоповреждающего поведения,



которую связывают с отсутствием системного учета разных видов аутоагрессии (Зотов П.Б., 2012; Польская Н.А., 2017), отсутствием межведомственного взаимодействия на всех уровнях (Любов Е.Б., 2014; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2017), разобщенностью деятельности педагогов, психологов, врачей-психиатров и педиатров (Чуприков Е.Г., 2000). Программы имеют локальный характер и применяются в отдельных структурах и ведомствах без центральной координации. Ряд программ представляют собой адаптированные зарубежные аналоги малоприспособленные к специфике отечественной аудитории, в то время как учет социокультурных факторов отмечается как значимый при их разработке (Diego De Leo, 1999).

Программы профилактики других видов аутоагрессии, в частности, употребления ПАВ и алкоголя, реализуемые как в России, так и за рубежом, чаще основаны на когнитивно-поведенческих подходах, акцентируют внимание на информационно-просветительском компоненте, и не учитывают риск самоповреждающего и суицидального поведения у подростков.

В рамках научно-методологической разработки исследуемой проблемы следует отметить, что клиническая психология и психиатрия рассматривают суицид, самоповреждающее поведение и поведение, связанное с употреблением ПАВ, преимущественно как девиацию, аддикцию, патологию, проявление болезненных черт (Соколова Т.А. и др., 2006; Холмогорова А.Б., 2016, Польская Н.А., 2017; Nock M., 2014; Wasserman. D., 2005). При создании большинства моделей профилактики авторы опираются на анализ внешних факторов (стрессовые ситуации, неблагоприятные жизненные обстоятельства) и внутренних предикторов (недостаточность самоконтроля, повышенный уровень тревоги, трудности самооценки и самоотношения и др.), рассматривая их как мишени интервенций, основной задачей которых является формирование поведенческих стратегий совладания у подростков (Наан N., 1969, Lazarus R.S., 1966, Грановская Р.М. и др., 1998; Сирота Н.А. и др., 2004; Абитов И.Р., 2007; Крюкова Т.Л., 2008; Сергиенко Е.А., 2008, 2010; Ветрова И.И., 2009; Маклаков А.Г., 2011). В то время как значимость экзистенциальных основ в профилактике данных проблем недооценивается (Леонтьев Д.А., 2008; Телепова Н.Н. и др., 2016; Борисов И.В. и др.; 2013; Aune T. et al., 2007). В. Франкл и А.

Лэнгле в рамках «экзистенциального анализа» в качестве основных причин суицидов видят фрустрацию смысловой сферы, чувство «пустоты жизни», «экзистенциальный вакуум». И напротив, актуализация стремления к смыслу способствует формированию положительной внутренней установки по отношению к жизни и приводит к формированию протективных, антисуицидальных факторов (Garcia-Alandete, 2009; Przepiorka, 2012; Kleiman, 2013). Д.А. Леонтьев подчеркивает роль личностного потенциала, как ключевого фактора, позволяющего преодолевать себя и трудные жизненные обстоятельства. И.В. Борисов, с соавторами рассматривают в качестве главного антисуицидального фактора жизнестойкость. Авторы отмечают, что формирование жизнестойкости позволяет уменьшить риск суицида за счет формирования чувства собственной эффективности по отношению к стрессовым событиям (Александрова Л.А. 2005; Леонтьев Д.А., 2003; Garcia-Alandete, 2009; Maddi S.R., Khoshaba D.M., 1994; Przepiorka, 2012). Составляющими суицидального комплекса являются утрата ценностей и смыслов, переживание экзистенциального вакуума (Кудрявцев И.А., Дэкало Е.Э., 2012; Телапова Н.Н., Телепов М.Н., 2016, Григорьева А.А., 2020, Frankl, 2006; Garcia-Alandete, 2009; Przepiorka, 2012). В подростковом возрасте исследователями показана важная роль экзистенциальных переживаний безнадежности, одиночества (Rutter, 2004, Muehlenkamp, 2014), экзистенциальной тревоги (Berman et al., 2006; Shumaker, 2016), отсутствия смысла (Розанов В.А. и др., 2012; Брюн Е.А. и др., 2017; (Kleiman, Beaver, 2013; José H.Marco, Garcia-Aladente, 2015) при формировании любых форм аутоагрессивного поведения.

Несмотря на значимость экзистенциальной проблематики при формировании аутоагрессивных видов поведения, в особенности в подростковом возрасте, в профилактических программах мало учитываются экзистенциальные проблемы, не разработаны персонифицированные подходы, позволяющие на основе понимания экзистенциальных мотиваций самоповреждающего, суицидального поведения и употребления ПАВ сформировать систему лично-значимых, ценностно-смысловых противовесов, повышающих жизнестойкость подростка и снижающих необходимость прибегать к аутоагрессивному поведению.

Таким образом, для существующих программ профилактики суицидов, самоповреждающего, рискованного поведения, а также употребления ПАВ характерна разрозненность. Нет единой теоретической и практической основы, связывающей различные подходы в профилактике данных видов аутоагрессивного поведения подростков.

Учитывая специфику подросткового возраста при профилактике развития различных видов аутоагрессии, соответствующие меры должны реализовываться, прежде всего, в рамках образовательных учреждений, включая последующую межведомственную интеграцию с другими ведомствами и системами (в особенности здравоохранения). Несмотря на то, что образовательная среда обладает наиболее подходящими возможностями, обеспечивающими эффективную реализацию программ профилактики (Katz С. et al, 2013), школы не имеют эффективных инструментов по своевременному реагированию, выявлению и предотвращению самоповреждающего, суицидального и других видов аутоагрессивного поведения подростков. Большинство предлагаемых профилактических подходов ориентированы на развитие копинг-стратегий, повышение информированности о вреде, выявление и превенцию рисков, связанных с семьей и значимой социальной группой. В то время как значимая роль в профилактике и коррекции аутоагрессивных видов поведения, в особенности суицидального, должна быть отведена экзистенциально-гуманистическому направлению. Обращение к экзистенциальным аспектам проблемы, понимание смысловой и ценностной сфер личности, феноменологическое отношение к проблемам самоповреждения, суицидального поведения, употребления ПАВ подростками позволит осуществить принципиально иной подход к профилактике – персонально ориентированный (Борисов И.В. и др., 2013; Павлова Т.С., 2013).

Таким образом, современное состояние проблемы профилактики аутоагрессивного поведения и степень ее научно-практической разработанности требуют обоснования принципов и задач психодиагностической и психопрофилактической работы, персонально ориентированных моделей превенции аутоагрессивного поведения подростков в образовательной среде.

В связи с этим, обоснование и разработка целостной концепции психопрофилактики разных видов аутоагрессивного поведения подростков на основании экзистенциального подхода является одной из актуальных и нерешенных научно-практических проблем медицинской психологии.

**Гипотеза исследования:**

Разработка концепции психопрофилактики аутоагрессивного поведения подростков основанная на экзистенциально-аналитическом подходе позволит снизить риск аутоагрессивного поведения подростков при реализации персонифицированных программ в практике общеобразовательных школ.

**Цель исследования:**

Разработка и обоснование персонально ориентированной концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков, на основании выделенных экзистенциальных механизмов.

**Задачи исследования:**

1. На основе теоретического анализа современных отечественных и зарубежных моделей самоповреждающего и суицидального (аутоагрессивного) поведения подростков сформулировать психологическую концепцию превенции аутоагрессивных форм поведения, основанную на экзистенциальных подходах к личности, включая разработку ее структурно-функциональной модели, факторов риска, комплекса принципов и порядка осуществления психопрофилактической работы.

2. Оценить особенности и выделить специфику взаимосвязей между показателями разных форм аутоагрессивного поведения (самоповреждающего, суицидального, рискованного и употребления психоактивных веществ) и психологическими характеристиками у подростков с высоким риском аутоагрессии.

3. Определить особенности экзистенциального сознания подростков с аутоагрессией и экзистенциальные механизмы аутоагрессивного поведения.

4. Выявить взаимосвязь клинико-психологических характеристик подростков с аутоагрессивным поведением с показателями их экзистенциального сознания.

5. Разработать и апробировать комплекс программ первичной и вторичной персонифицированной профилактики аутоагрессивного поведения подростков,

основанных на экзистенциально-аналитическом подходе к личности с последующей проверкой эффективности.

6. Обосновать рекомендации по реализации персонифицированного подхода в профилактике аутоагрессивного поведения подростков для специалистов общеобразовательных учреждений.

#### **Объект исследования**

Экзистенциальное сознание подростков с аутоагрессивным поведением

#### **Предмет исследования**

Динамика аутоагрессивного поведения и экзистенциального сознания подростков в результате интервенций, разработанных на основе экзистенциально-аналитического подхода к личности, реализованных в общеобразовательной среде.

#### **Теоретико-методологические основания работы:**

Концепции самоповреждающего и суицидального поведения (Амбрумова А.Г., Положий Б.С., Польская Н.А., Сыроквашина К.В., Nock M.K., Wasserman D.), представления о механизмах поведения связанного с употреблением ПАВ и алкоголя (Альтшулер В.Б., Донских Т.А., Крупицкий Е.М., Короленко Ц.П., Менделеевич В.Д., Шустов Д.И.) представления о механизмах регуляции в норме и патологии (Булыгина В.Г., Дозорцева Е.Г., Зейгарник Б.В., Змановская Е.В., Николаева В.В., Рычкова О.В., Сафуанов Ф.С., Холмогорова А.Б., экзистенциально-аналитический подход к пониманию личности (Лэнгле А., Шумский Б.М., Франкл В., Леонтьев Д.А., Мадис С., Кривцова С.В.), теоретические основы феноменологической психологии и психиатрии (Гуссерль Э., Ясперс К., Бисвангер Л., Мамардашвили М.К.).

#### **Научная новизна исследования**

Разработаны теоретические основы и содержание психологической концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков, основанные на экзистенциально-аналитическом подходе в общеобразовательных школах. Выявлены гендерные, возрастные, социально-психологические особенности и взаимосвязи показателей разных форм аутоагрессивного поведения (самоповреждающего,

суицидального, рискованного и употребления психоактивных веществ) у подростков с высоким риском.

Впервые на основе комплексного исследования показателей аутоагрессивного поведения подростков и их экзистенциальных переживаний выделена и описана система психокоррекционных мишеней на уровне первичной, вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах, сформулированы задачи и принципы диагностической и профилактической работы специалистов психологов.

Выделены и описаны экзистенциальные механизмы личности подростков с аутоагрессивным поведением, тенденцией к аутоагрессии и нормативным поведением. Выявлены особенности экзистенциальных переживаний подростков при аутоагрессивном поведении.

Разработана и научно обоснована психологическая концепция превенции, включающая методологию экзистенциального анализа и технологии экзистенциальных подходов, базирующихся на укреплении протективных факторов развития личности и формировании фундаментальных экзистенциальных мотиваций подростков с самоповреждающим, суицидальным, рискованным поведением, связанного с употреблением ПАВ и алкоголя.

Разработаны теоретические основы, принципы и содержание программы профилактики самоповреждающим, суицидальным, рискованным поведением, связанного с употреблением ПАВ и алкоголя на основе экзистенциальных механизмов личности для общеобразовательных школ.

Сформулирован порядок реализации профессиональной подготовки для специалистов общеобразовательных школ для повышения эффективности реализации технологий персонифицированной профилактики самоповреждающего поведения подростков.

### **Теоретическая значимость исследования**

Выполнено теоретико-методологическое обобщение отечественных и зарубежных подходов к профилактике аутоагрессивного поведения подростков, позволившее раскрыть сущностные характеристики экзистенциальных подходов к

пониманию феномена аутоагрессии и ее превенции, а также обоснована роль экзистенциального кризиса подростков в формировании аутоагрессивного поведения.

Определено содержание экзистенциального кризиса подростков, описаны основные его факторы, вносящие важный вклад в развитие концептуальных и методических основ дифференцированного прогноза развития аутоагрессивного поведения подростков, а также разработку персонифицированного подхода в профилактике подростковой аутоагрессии.

Выделены индикаторы эффективности профилактики аутоагрессивного поведения подростков, включающие показатели жизнестойкости и экзистенциальных переживаний подростков, имеющие значение для дальнейшей теоретической разработки и реализации экзистенциально-аналитического подхода к редукции подростковой аутоагрессии и оценки эффективности превентивных программ.

На основе теоретического анализа имеющихся отечественных и зарубежных эпидемиологических данных о распространённости разных видов аутоагрессивного поведения подростков выделены комплексный и последовательный типы взаимосвязи между видами аутоагрессии. Полученные на основе диссертационного исследования эпидемиологические данные, позволили выделить полимодальные и мономодальные аутоагрессивные поведенческие профили у подростков, что вносит важный вклад в развитие оценки степени риска аутоагрессии и разработку вопроса специфического превентивного вмешательства.

### **Практическая значимость исследования**

Разработан и адаптирован комплекс диагностических методов, направленных на выявление склонности подростков к суицидальному, самоповреждающему, рискованному поведению и употреблению ПАВ.

Разработаны новые алгоритмы и методы профилактической работы с подростками группы риска, персонально ориентированные с учетом нарушений экзистенциальных механизмов личности, связанные с аутоагрессивным поведением. Разработана и реализована программа профилактики самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения, связанного с употреблением ПАВ подростками для реализации в общеобразовательных школах.

Разработан учебно-методический комплекс для обеспечения деятельности специалистов общеобразовательного учреждения по персонифицированному подходу в профилактике самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения и употребления подростками ПАВ на основе исследования экзистенциальных механизмов личности.

Разработана и апробирована программа дополнительной профессиональной подготовки для специалистов общеобразовательных школ, с учетом методологии персонифицированной профилактики, направленная на повышение эффективности профилактики аутоагрессивного поведения подростков.

Разработаны практические рекомендации по составлению персонифицированных программ первичной, вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах и оценке их эффективности.

Результаты исследования позволили обосновать следующие **научные положения, выносимые на защиту:**

1. Реализация психологической концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков, основанная на понимании экзистенциального подросткового кризиса и его негативного исхода, включает структурно-функциональную модель, комплекс принципов, психодиагностический инструментарий, психокоррекционную программу и персонифицированные методы превенции, которые позволяют учитывать модальность факторов экзистенциального кризиса с учетом конкретной жизненной ситуации, личностных особенностей и значимых переживаний подростка.

2. Суицидальное, самоповреждающее, рискованное поведение и употребление ПАВ отличаются гендерными, возрастными, социально-психологическими характеристиками. Различия в структуре взаимосвязей между уровнем суицидального риска у подростков с разными видами аутоагрессивного поведения в существенной мере определяются соотношением показателей дисфункциональных убеждений и импульсивности.

3. Решение нормовозрастных экзистенциальных задач у подростков с аутоагрессивным поведением отличается формированием специфической системы



индивидуальных ценностей, отражающей снижение значимости безопасности и социального статуса, и характеризуется высокой степенью связанности всех компонентов экзистенциального сознания.

4. В группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии структурные взаимосвязи между симптомами депрессии и компонентами экзистенциального сознания имеет качественные и количественные различия. Симптомы депрессии у подростков с аутоагрессивным поведением связаны с переживанием собственной незащищенности и обесцениванием безопасности. У подростков с тенденцией к аутоагрессии усиление депрессии сопряжено со снижением уровня жизнестойкости.

5. Применение персонифицированного подхода в первичной профилактике подростковой аутоагрессии приводит к повышению отдельных показателей фундаментальных экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости. При вторичной и третичной профилактике – к изменению характера экзистенциальных переживаний: повышению общего уровня жизнестойкости и достижению чувства экзистенциальной исполненности.

#### **Достоверность результатов обследования и личный вклад автора**

Достоверность научных положений и выводов, сформулированных в диссертации, обеспечена применением комплекса взаимодополняющих диагностических методик, адекватных цели и задачам исследования, репрезентативностью выборки обследованных, корректным применением современных методов статической обработки полученных данных.

Эмпирический материал диссертации базируется на большой выборке, включающей результаты обследования (анкетирование, опросы, психологическое тестирование, фокус группы, контент-анализ, экспертные оценки) 2083 человек в 2017-2019 г.г.

Экспериментальные материалы, представленные в диссертации, получены под руководством и с личным участием автора в ходе совместной работы со специалистами Отдела воспитания и дополнительного образования Управления образования Администрации городского округа Чехов (Петрова Н.Л., Коновалова С.П.),

с педагогами-психологами и специалистами по социальной работе общеобразовательных школ городского округа Чехов, научными сотрудниками Лаборатории психогигиены и психопрофилактики «НМИЦ наркологии и психиатрии им. В.П. Сербского», Лаборатории организации профилактической помощи в наркологии ННЦ Наркологии-филиала ФГБУ «НМИЦ наркологии и психиатрии им. В.П. Сербского», специалистами кабинета кризисной помощи НПЦПЗДиП им. Г.Е.Сухаревой.

Планирование эксперимента, анализ и обобщение полученных данных выполнены лично диссертантом, что позволило сделать оригинальные выводы.

### **Апробация и внедрение результатов исследования**

Материалы диссертации отражены в 70 опубликованных научных работах, среди которых 25 статей в журналах по перечню ВАК Минобрнауки РФ (из них 17 статей по специальности, 8 статей по клинической медицине).

Материалы диссертации использованы для организации психодиагностической и психокоррекционной работы в общеобразовательных школах городского округа Чехов МБОУ Лицей № 4, Чехов МБОУ СОШ №3, МБОУ СОШ Чехов-3, МКОУ Дубнинская СОШ, МКОУ СОШ Чехов-7, МКОУ Манушкинская СОШ, Чехов МБОУ СОШ №8, МКОУ СОШ Чехов-8, МКОУ Столбовская СОШ, МКОУ Васькинская СОШ, МКОУ Молодинская ООШ (Молоди), МКОУ Шараповская СОШ, МКОУ Нерастанновская СОШ, МКОУ Мещерская СОШ, МКОУ Троицкая СОШ, МБОУ Любучанская СОШ, Чехов МБОУ СОШ №9, МБОУ Крюковская СОШ, МКОУ Новобытовская СОШ, МБОУ СШ №10, Чехов МБОУ СОШ №6), а также при реализации программы повышения квалификации с сотрудниками этих учреждений.

Обоснованные в диссертации принципы и рекомендации по профилактике аутоагрессивного поведения подростков используются в авторских программах при обучении специалистов клинических психологов в Институте практической психологии и психотерапии, а также при повышении квалификации обучения психологов, педагогов-психологов, социальных педагогов в общеобразовательных

учреждениях и медицинских психологов Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского.

Материалы диссертационного исследования были использованы при разработке и отражены в 8 методических рекомендациях, 1 учебно-методическом пособии, 2 монографиях. Результаты исследования использованы при выполнении государственного задания ФГБУ «НМИЦПН» «Разработка научно-обоснованных методологических подходов, организационных и законодательных мер, по совершенствованию комплексной системы медицинской профилактики психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ на основе мониторинга и эпидемиологического изучения наркологической ситуации и состояния наркологической службы в России и ее регионах» по подтеме 13.2. «Разработка и совершенствование клиничко-психологических технологий первичной и вторичной профилактики употребления психоактивных веществ среди дифференцированных групп населения».

**Основные результаты работы апробированы** на международных, всероссийских и региональных научно-практических конференциях, в том числе на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств» (Санкт-Петербург, 17-18 мая 2018 года); VII Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии "Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья", проводившейся 23-25 мая 2018 г. в Тюмени; IV конгрессе по Логотерапии: «Borderline personality disorder patients' value and meaning orientations»; научно-практической конференции молодых ученых и специалистов с международным участием «Никифоровские чтения-2018»; Всероссийском конгрессе с Международным участием «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус (к 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова); конференции по юридической психологии «Психология и право в современной России»; 27th European Congress of Psychiatry; II Конгрессе «Психическое здоровье человека XXI века»; VIII

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход»; Международном конгрессе «Психотерапия, психология, психиатрия - на страже душевного здоровья!» в Санкт-Петербурге 22-24 марта 2019 г.; Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья; 19th Wpa World Congress of Psychiatry; Научно-практической конференции «Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике» в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; конференции «Психиатрическая наука в истории и перспективе»; 28th European Congress of Psychiatry; V Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста» 10 сентября 2019 года; Ежегодной меж-университетской научной конференции по межпрофессиональным проблемам детского психического здоровья «Ковалевские чтения – 2019»; конференции «Новая психиатрия: между экзистенциями и нейромедиаторами»; Европейском психиатрическом конгрессе (ЕРА 2020); Международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований» 18–19 ноября 2020 г.; конференции «Семья и дети в современном мире» 2020 г.; Российской научно-практической конференции с международным участием «Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода», 2020 г.

## ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

### 1.1. Психологические особенности подросткового возраста

Подростковый период характеризуется крайней неоднородностью: его начало и окончание качественно отличаются нейрофизиологическими процессами, когнитивными особенностями, психологическими и социальными проблемами. В отечественных и зарубежных возрастных периодизациях подростковый возраст выделяется как период, начиная с 11-12 лет, и рассматривается совместно с юношеским до 20 лет (Ананьев Б.Г., 1980; Кон И.С., 1988; Эриксон Э., 1996; Квинн В., 2000; Крейг Г., 2003). Вместе с тем определение границ подросткового возраста остается актуальным, что во многом обусловлено происходящими социально-экономическими изменениями в обществе (Слободчиков В.И., 1991; Смирнягина М.М., 2009; Gluckman P.D. et al, 2006; Sheehan P. et al., 2017; Sawyer S.M. et al., 2018). Выделение возрастных границ основано на трех основных показателях: биологическом (особенностях развития организма), социальном (соответствии уровня развития ребенка нормам, принятым в социуме), психологическом (уровне психического и личностного развития). Согласно теории Д.Б.Эльконина (1971) и Л.И.Божович (1951), границы подросткового возраста определяются как 12 – 17 лет, подразделяясь на две фазы: 12-15 (младший подростковый) и 15-17 (старший подростковый) лет. В основе такой периодизации лежат три критерия: новообразование возраста, ведущая деятельность, возникновение противоречий. Другие авторы (Поливанова К.Н., 2000; Фельдштейн Д.И., 2004) рассматривают начало подросткового периода с 10 лет. Именно в этом возрасте начинается психоэндокринный сдвиг, который совпадает с моментом перехода из начальной школы в среднюю, что сопровождается психологическими изменениями, характерными для подросткового возраста: меняется субъективное ощущение времени, растет число Я-высказываний, формируются рефлексивно-перспективные представления о себе. Вопрос о верхних границах подросткового возраста также неоднозначен. Одни исследователи полагают,

что завершение подросткового кризиса приходится на 17-18 лет (Дубровина И.В., 1987), тогда как другие характеризуют этот период, как начало юношеского (Бершедова Л.И., 1999). В соответствии данными зарубежных психологов, период подростничества (*adolescence*) охватывает возраст с 11 до 19 лет (Райс Ф. и др., 2010). Всемирная организация здравоохранения отмечает, что подростковый возраст соответствует периоду 10 – 20 лет, начинаясь с появления признаков полового созревания. Аналогичные возрастные рамки подростничества определены и в конвенции ООН о правах ребенка. Выбор в качестве верхней границы подросткового возраста 19-20 лет обусловлен, с одной стороны, завершающимися нейрофизиологическими процессами (синаптическим прунингом, миелинизацией и др.), начавшимися в подростковом возрасте, с другой - социальными особенностями: началом обучения в вузе, трудовой активностью, овладением новой роли взрослого и проч.

Важным аспектом при определении границ подросткового возраста является учет гендерной асинхронии: девочки растут более активно, процесс интенсивного созревания начинается в 10-11 лет, в то время как у мальчиков этот процесс проявляется в возрасте 12-13 лет.

В нашей работе мы будем рассматривать границы подросткового возраста, начиная с 10-летнего возраста, завершая 18-летием, что согласуется с современными моделями и представлениями об этой фазе жизни. Выбор нижнего значения подросткового периода – 10 лет – обусловлен биологическими процессами созревания и перехода в пубертат (пиком роста, началом развития половых признаков) и социальными процессами (переходом на новую образовательную ступень). Верхнее значение – 18 лет – не имеет четких биологических критериев, и в большей степени сопряжено с социальными особенностями: переходом из общеобразовательной школы в высшее учебное заведение, наступлением совершеннолетия, увеличением требований социума по отношению к подростку.

Подростковый возраст отличается многочисленными и многоплановыми изменениями, происходящими на всех уровнях организации индивида: телесном, психическом, психологическом, социальном, духовном.

Изменения эндокринных процессов, неравномерное развитие желез внутренней секреции (снижение функций одних желез и усиление функций других) определяет во многом психическую сензитивность подростков к различным жизненным изменениям (Кулагина И.Ю., 2001; Строев Ю.И., 2004). В связи с чем многие социальные и психологические факторы, неотъемлемо сопровождающие становление подростка (изменения отношений с родителями, необходимость профессионального самоопределения, процессы личной идентичности), воспринимаются подростками как высокострессогенные (Строев Ю.И., 2004).

Активизация гормонов роста и половых гормонов обуславливает резкие неравномерные изменения в физическом и физиологическом развитии подростков, приводя к необходимости приспосабливаться к ним. Как следствие таких интенсивных физических проявлений начинает формироваться новый образ физического Я, меняется отношение подростков к собственному телу, гипертрофированно переживаются особенности внешности, не совпадающие с внутренними представлениями подростка (Эльконин Д.Б., 1989; Кле М., 1991; Кулагина И.Ю., 2001). Интенсивность нейрофизиологических трансформаций подростков выражается в сближении патологических и непатологических форм поведения (Зверева М.В. и др., 2013; Афолина Ю.С., Булыгина В.Г. и др., 2018; Григорьева А.А., 2018).

Психические изменения проявляются в особенностях эмоционально-волевой и поведенческой сфер, когнитивных процессов. К ведущим психологическим новообразованиям подростка относят: самосознание (Леонтьев А.Н., 1983; Выготский Л.С., 1984; Божович Л.И., 1995; Эльконин Д.Б., 1995; Прихожан А.М., 1997; Рубинштейн С.Л., 1999; Фельдштейн Д.И., 2005), чувство взрослости (Драгунова Т.В., 1973; Выготский Л.С., 1984; Дубровина И.В., 1987; Шевандрин Н.И., 1995; Эльконин Д.Б., 1997; Новгородцева А.П., 2006), особенности когнитивной, эмоциональной сфер, формирование временной перспективы или «доминанты дали» (Кон И.С., 1988; Мухина В.С., 2000; Поливанова К.Н., 2011).

Переработка и структуризация собственного опыта, формирование собственной позиции, ценностей, убеждений, путей самоопределения приводит к развитию самосознания, осознанию собственного Я (Столин В.В. и др., 1989; Мерлин В.С.,

1990; Эриксон Э., 1996; Мухина В.С., 2000). Процесс самосознания неотъемлемо связан с функциями саморегулирования и самоконтроля (Ананьев Б.Г., 1980). Расхождение между самоощущением подростка, внутренним состоянием его личности, а также внешними обстоятельствами и оценками приводит к дезадаптации (Макушкин Е.В., 2017). Следствием трудностей в развитии самосознания являются диффузное, расплывчатое Я, личностная неопределенность, приводящие к суррогатным формам самореализации, таким как алкоголизация и наркотизация и др.

Формирующееся чувство взрослости подростка является основой для кризисных переживаний, связанных с несоответствием самоощущения и отношения взрослых. Стремление подростков войти в мир взрослых, отсутствие сформированной способности действовать самостоятельно и принимать решения, с одной стороны, и ограничение взрослыми прав подростков, повышенный контроль, или, напротив, попустительство - с другой стороны, приводят к формированию внутренних и внешних конфликтов, возникновению протестного, девиантного поведения. Специфика эмоциональной сферы подростка проявляется в поверхностном переживании чувств, быстром их возникновении и угасании, замыкании на своих переживаниях (Колесов Д.В. и др., 1986). Такие эмоциональные особенности становятся основой для импульсивных, необдуманных поступков, а также для чрезмерной фиксации на собственных эмоциях, углубления в аффективные состояния.

В социальном плане подростки сталкиваются с изменением отношения взрослых, повышением требований, предъявляемых к ним. Противоречивое положение подростка «уже не ребенок, но еще не взрослый» обуславливает заострения личностных черт, сильных эмоциональных переживаний, нарушений взаимоотношений со взрослыми, проявляясь в крайних поведенческих формах на грани с социально одобряемыми (Григорьева А.А., Афолина Ю.С., Кабанова Т.Н., 2018). Такие изменения в социальном плане подростка приводят к трудностям в школе, снижению успеваемости (Краковский А.П., 1970; Гордеева Т.О., 2006; Ясюкова Л.А., 2007; Милованова О.Н., 2010), а также конфликтным отношениям с родителями (Кле М., 1991; Крейг Г., 2000; Наконечная О.В., 2005; Овчаренко Л.Ю., 2015; Соколова А.П., 2015)



Изменения происходят и в духовной сфере подростка (Шпрангер Э., 1931): стремление к саморазвитию и самосовершенствованию, изменение системы ценностей и приоритетов, формирование жизненных целей. Как итог качественных изменений в подростковый период - в 17-20 лет на первый план сознания выходит чувство одиночества, связанное с «кризисом оторванности».

Особенности представлений подростка о себе, изменения отношений с социумом, формирование представлений о собственной временной перспективе, представленные в форме рефлексии и сопровождаемые негативным эмоциональным фоном составляют содержание субъективного опыта переживания подростками кризиса (Воротыло Н.В., 2009).

Таким образом, особенности психоэндокринных процессов, трудности формирования самосознания, противоречивое положение подростка между детством и взрослостью, реакции эмансипации, связанные с перестройкой социальных отношений, составляют основу для кризисного течения пубертата и, соответственно, повышенного риска для формирования психических расстройств и подростковой девиантности, включая аутоагрессивные формы поведения. К причинам аутодеструкции в подростковом возрасте относятся социальные (школьные трудности, травматические жизненные события, влияние девиантных групп); психологические - специфические личностные черты, свойственные для начала подросткового кризиса (негативная психическая напряженность, готовность к риску, ориентация на нормы референтной группы, высокий уровень агрессии, импульсивность, психическая ригидность (Кон И.С., 1988; Майсак Н.В., 2001); психопатологические – обусловленные высокой частотой возникновения психических расстройств и манифестаций, связанных с психофизиологической и эндокринной перестройкой (Олейчик И.В., 2011).

## 1.2. Аутоагрессивное поведение подростков

### 1.2.1. Понятие аутоагрессивного поведения

На сегодняшний день аутоагрессивное поведение рассматривается как одна из типичных форм подростковых девиаций (Донских Т.А. и др., 1990; Вострокнутов Н.В., 2013). Анализ отечественной и зарубежной литературы обнаруживает множество синонимичных терминов, описывающих поведение, связанное с причинением физического вреда собственному телу: «аутоагрессивное поведение», «саморазрушающее поведение», «аутодеструктивное поведение», «самоповреждающее поведение», и др. В основе всех этих терминов - феномен разрушения личностью своей физической и психической целостности.

Одним из первых терминов, наиболее близких к понятию аутоагрессивного поведения, является «парасуицид» (Kreitman N. et al., 1977). Значение термина включает в себя:

- 1) поведение, связанное с нанесением намеренных увечий с риском возникновения в последствии травм, заболеваний и смертельного исхода;
- 2) применение химических веществ с выраженным намерением покончить жизнь. Употребление веществ с целью наркотического опьянения к данной категории не относились.

А.Г. Амбрумова, Е.Г. Трайнина, Н.А. Ратинова (1990) определяют аутоагрессивное поведения как действия, наносящие вред психическому и соматическому здоровью, относя к ним осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни - суицид.

В.А. Руженков (2014) включает в понятие аутоагрессивного поведения суицидальное поведение и аутодеструктивное поведение, рассматривая его как синоним саморазрушающего поведения.

Аутоагрессивное поведение является формой девиантного поведения, при которой личность наносит ущерб самой себе посредством проявления в отношении себя агрессивных действий. Проявление агрессии может выражаться как

физически, так и психологически. Объект и субъект агрессии при такой форме поведения совпадают. Аутоагрессивные акты в физическом плане направлены на нарушение целостности тела и его покровов. В психологическом плане — это агрессия в отношении собственной личности, проявляющаяся в самоуничижении, самообвинении, ненависти к себе.

Аутоагрессивное поведение не укладывается в понимание «нормы», но также и не выделяется как форма психопатологии. Аутоагрессия входит в симптомокомплекс многих психических расстройств, являющихся самостоятельными нозологическими единицами, таких как депрессия, пограничное личностное расстройство, зависимость от психоактивных веществ и др.

Как и любая форма поведения, аутоагрессивная обладает такими характеристиками, как мотивированность (включая потребности и цели); адаптивность (соотнесение с требованиями социума); аутентичность (проявление осознанной индивидуальности); продуктивность (достижение поставленных целей и задач); активность (способность к интенсификации своих деятельностных характеристик); эмоциональность (аффективное содержание деятельности); динамичность (темпы деятельности); стабильность, устойчивость побуждений; осознанность (способность отслеживать и фиксировать в сознании свои переживания); произвольность (контроль за своим поведением); гибкость (способность проявлять пластичность в ответ на текущие внешние и внутренние изменения) (Змановская Е.В., 2003).

Все виды аутоагрессивного поведения обладают общностью мотивационных характеристик. Самоповреждение, суицидальное поведение, употребление психоактивных веществ, рискованное поведение направлены на саморегуляцию (Koretz С., 2013). К наиболее распространенным мотивационным характеристикам аутоагрессивного поведения относят снижение чрезмерного эмоционального напряжения (Haines J., 1995; Shaw-Welch S., 2003; Rasmussen S. et al., 2016), стремление к самонаказанию, привлечение внимания (Edmondson A., 2018), опосредованная передача информации о своем состоянии окружающим, урегулирование конфликтных ситуаций, непереносимость ситуации, протест (Амбрумова А.Г. и др., 1987). Следует отметить, что высказываемые субъектом причины аутоагрессивного

поведения и стоящие за ним побуждающие мотивы могут не совпадать. Мотивация аутоагрессивного поведения может не осознаваться совсем, а может предьявляться в сознании индивида в замаскированном защитном виде (Соколова Е.Т., 2015).

Аутоагрессивные акты поведения рассматриваются в контексте социальной дезадаптации: при отсутствии адаптивных поведенческих механизмов возникают трудности соотнесения с правилами, системой отношений и ценностями, принятыми в обществе. Все виды аутоагрессивного поведения в этом контексте представляют собой формы компенсаторных малоадаптивных копингов (Афанасенкова Е.Л., 2016; Воронин А.Н. и др., 2014; Соловьев А.Г. и др., 2013). Отдельные формы самоповреждающего поведения, такие как татуирование, пирсинг и др., относящиеся к модификациям тела, рассматриваются не только, как социально разрешаемые формы, но и как проявления субъектности, аутентичности (Польская Н.А., 2014).

В рамках личностного комплекса аутоагрессия представлена на разных уровнях: характерологическом, самооценочном, социального взаимодействия, социальной перцепции (Реан А.А., 2008). Аутоагрессия приводит к нарушению развития личности, ее целостности, аутентичности (Короленко Ц.П. и др., 1990). При этом аутоагрессивные формы могут представлять собой индивидуальный стиль жизни, представляющийся индивиду как форма самосовершенствования телесного или духовного. Примерами такой аутоагрессивной псевдоаутентичности являются диеты, пластические операции (без фактических медицинских показаний), изнуряющие занятия фитнесом и др. (Соколова Е.Т., 2015).

При аутоагрессивных интенциях индивид переживает трудности в постановке целей и их достижении. Во многом это связано с недостатком позитивных ожиданий от будущего (Snyder C.R., 1994). Картина будущего воспринимается как негативная, большинство целей теряет смысл и ценность (Kleiman E.M. et al., 2013).

Одной из характеристик аутоагрессивного поведения является повторяемость: это всегда череда поведенческих актов, воспроизводимых с разной интенсивностью. Аутоагрессивное поведение может проявляться эпизодически, имея низкую интенсивность актов самоповреждения (Favazza A.R. et al., 1993). При увеличении частоты подобных актов аутоагрессия приобретает аддиктивный

характер. При аддиктивном аутоагрессивном поведении индивид испытывает непреодолимое желание прибегать к физическим повреждениям, приобретая форму психологической адаптации. Усиление активности аутоагрессивного поведения: повышение частоты эпизодов (Whitlock J. et al., 2007, 2008; Klonsky E.D. et al., 2008); степень тяжести и количество используемых методов (Cooper J. et al., 2005), увеличение количества форм приводит к наивысшей степени аутоагрессии - суициду (Попов Ю.В. и др., 2017).

Специфика аффективных переживаний при аутоагрессивном поведении проявляется в сниженном фоне настроения, повышенной тревоге, депрессивных состояниях (Холмогорова А.Б. и др., 2012), повышенной импульсивности, «взрывчатости» аффекта (Андронникова О.О., 2010). При аутоагрессивном поведении человек переживает неспособность конструктивно выразить раздражение по отношению к внешним ситуациям или субъектам, и выплескивает негативные эмоции на себя самого, сопровождая такие переживания физическими актами, направленными на повреждение тела.

Аутоагрессивное поведение характеризуется устойчивостью побуждений. При выборе аутоагрессивных форм поведения другие поведенческие стратегии оказываются малодоступными в силу высокой психической ригидности (Майсак Н.В., 2001).

Индивид способен отслеживать свои аутоагрессивные интенции, которые могут проявляться в диапазоне от низкодифференцированных, до высокодифференцированных форм: непреднамеренных, неосознанных действий, приводящих к саморазрушению или самоуничтожению, а также осознанных действий, направленных на добровольное лишение себя жизни (Амбрумова А.Г. и др., 1990, Польская Н.А., 2017, Nock M., 2014). Бессознательные мотивы аутоагрессии могут проявляться в таких формах поведения, как негативизм и саморазрушение по отношению себе: злоупотребления психоактивными веществами, сексом, пищей, информационными технологиями, пластической хирургией, рискованное поведение, виктимность и др.

### 1.2.2. Виды аутоагрессивного поведения

Термин аутоагрессивное поведение имеет зарубежный аналог «self-harm» или дословно «вред себе», который включает в себя: суицидальное поведение, самоповреждающее поведение и недифференцированные аутоагрессивные формы. Самоповреждающее поведение, в свою очередь, подразделяется на «прямое» (direct) и «косвенное» (indirect) самоповреждение (Nock M.K. et al., 2006; Moller C.I. et al., 2013; Germain S.A. et al., 2016). Прямое (намеренное) самоповреждающее поведение (self-injury) – это непосредственное нанесение физического вреда, при котором нанесенный вред можно увидеть незамедлительно. Прямые формы аутоагрессии (direct) представляют собой различные формы умышленных повреждений (самопорезы, прижигания и т.д.) без интенции умереть (non-suicidal self-injury, NSSI), а также самоувечья (self-mutilation), отличающиеся более высокой степенью поражений и протекающие, как правило, на фоне тяжелых психических расстройств. Исключением являются социально приемлемые формы модификаций тела, такие как пирсинг и тату (рис. 1) (Польская Н.А., 2007; Moller C.I. et al., 2013).

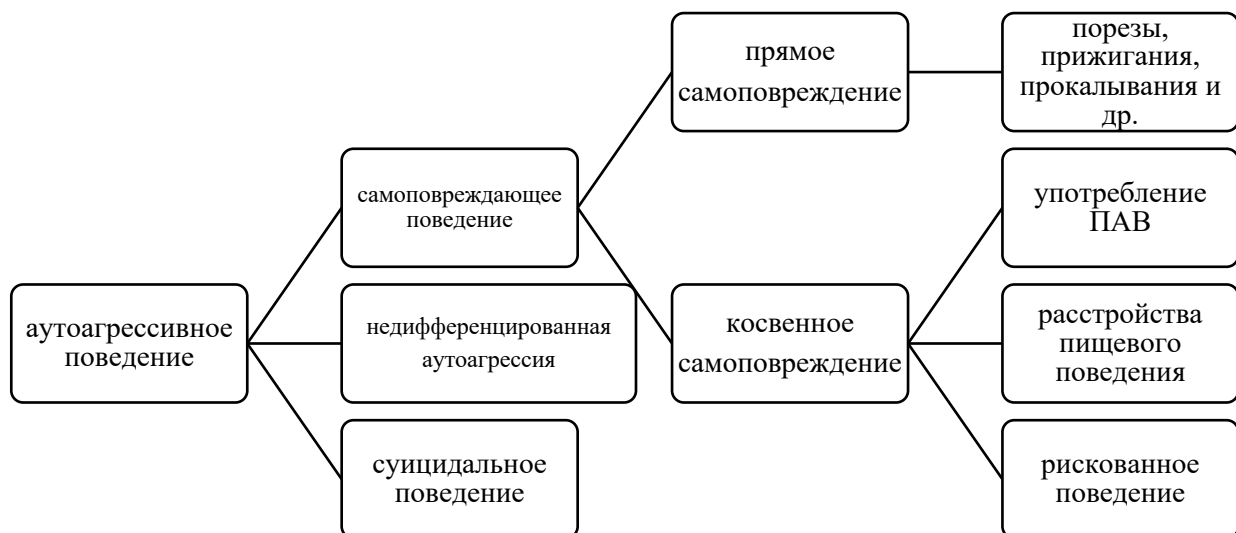


Рис. 1. Виды аутоагрессивного поведения

### *Суицидальное поведение*

Высшей степенью проявления аутоагрессивных интенций является суицид. Суицид определяется как действия с фатальным исходом, которые инициированы и осуществлены умершим с целью реализовать желаемые изменения посредством убийства себя (De Leo D. et al., 2006).

К факторам, оказывающим наиболее значимое влияние на возникновение суицидального поведения в детском и подростковом возрасте, относятся: биологические (генетические); отсутствие психолого-психиатрической диспансеризации; семьи с нарушенными функциями и структурой; патологическое воспитание; конфликты в референтной подростку среде сверстников; социально-экономическое неблагополучие; отсутствие современных и своевременных методов оказания суицидологической помощи, в том числе эффективной профилактики; влияние средств массовой информации и Интернета (Прокопович Г.А. и др., 2014; Положий Б.С. и др., 2016). По мнению некоторых исследователей, актуальность темы суицида среди детей и подростков усилилась в связи с активным распространением информации о самоубийствах в социальных сетях в том числе и благодаря появлению так называемых «групп смерти» (Ruder T. D., 2011; Luxton D. D., June J. D., Fairall J. M., 2012).

Повышенная чувствительность или предрасположенность к суицидальным факторам в сочетании с триггерной ролью стрессоров описывается в концепции «Диатеза-стресса» (Chapman A.L. et al., 2007). Б.С. Положий в рамках данной теории предложил систематизацию рангов для групп факторов по степени их влияния на возникновение суицидального поведения. К факторам первого ранга, без которых суицидальное поведение не возникнет в ответ даже на самые сильные стрессоры, относят биологические (генетические), личностно-психологические (импульсивность, эмоциональную неустойчивость, трудности с самооценкой, склонность к самообвинению, несформированные ценностные ориентации, низкую стрессоустойчивость), клинические (наличие психических заболеваний) (Банников Г.С. и др., 2015; Положий Б.С. и др., 2016; Mann J.J. et al., 1999; Zalsmann G. et al.,

2016). Среди подростков с суицидальным поведением 90% страдают от одной формы психических расстройств, около 70% имеют две и более форм. Наиболее распространенными психическими расстройствами у подростков с суицидальным поведением являются: расстройства настроения (60%); дисруптивные расстройства (50%); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (35%).

Факторы второго ранга включают злоупотребление психоактивными веществами, религиозные убеждения, факты насилия, соматические заболевания и др. Данные факторы способствуют усилению суицидального риска, но не являются предикторами его возникновения. К факторам третьего ранга относятся показатели социально-экономического и политического благополучия социума, а также этнокультуральные факторы.

При возрастании суицидального риска психологические факторы в старшем подростковом возрасте (15-19 лет) имеют более значимую роль, по сравнению с наличием психических расстройств (Gould M.S. et al., 1996). Наиболее распространенными из них являются: проблемы в школе, семейная история суицидального поведения, проблемы с дисциплиной, трудности коммуникации с родителями, недавние потери, приводы в милицию. Подростки более чувствительны и отзывчивы по отношению к социокультурным факторам, что связано с процессами формирования идентичности в данном возрасте.

Выделены также гендерно-специфичные факторы суицидального поведения в подростковой популяции. По данным метаанализа, в который вошли 67 исследований, специфическими для девочек-подростков факторами риска суицидальных попыток являются расстройство пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, биполярное расстройство, сексуальное насилие или эпизоды сексуального домогательства, депрессивные симптомы, межличностные проблемы и предыдущий аборт. Специфичными для мальчиков-подростков факторами риска суицидальной попытки являются проблемы поведения (деструктивное поведение), чувство безнадежности, разлука с родителями/развод, злоупотребление наркотиками, суицидальное поведение друга и доступ к средствам самоубийства (Miranda-Mendizabal A. et al., 2020).



Отмечают также протективные факторы, препятствующие развитию суицидального поведения у подростков. К ним относят: семейную и социальную поддержку (Franklin J.C. et al., 2016). Как особо значимый выделяют эффект длительной поддержки семьи, который распространяется на детский, подростковый возраст, переходя во взрослую жизнь (Kuramoto-Crawford S.J. et al., 2016; Susukida R. et al., 2016).

Выделяют три группы наиболее значимых психологических причин завершённых суицидов подростков в возрасте 12-17 лет (Sankey M. et al., 2005). Первую группу, наиболее многочисленную составляют подростки, имеющие трудности как дома, так и в школе (66%). Для данной группы характерны поведенческие расстройства и депрессия. Подростки второй группы (14%) пережили стрессовые события в жизни. Третья группа подростков активно экспериментировали с употреблением наркотиков и алкоголя (15%). Сочетание факторов и стрессоров определяют степень тяжести суицидального поведения. Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальных намерений включает 4 этапа суицидального поведения, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1.

## Этапы суицидального поведения

Категория	Определение
Завершённый суицид	Самоповреждение с намерением умереть, приведшее к летальному исходу
Суицидальная попытка	Самоповреждение с предполагаемым намерением покончить с собой, не приведшее к летальному исходу
Суицидальный план	Система подготовительных действий по самоповреждению, которые могли бы нанести физический вред
Суицидальные мысли	Пассивные мысли о желании умереть, не подкрепляющиеся подготовительными действиями по самоповреждению

Суицидальное поведение развивается от эпизодических мыслей, которые постепенно оформляются и становятся конкретными и устойчивыми, через созревание намерения и плана - к решительной реализации суицидальной попытки. Соотношение между мыслями, попытками и совершением суицида определяют как 100:10:1 (McAuliffe C.M., 2002), однако данная пропорция меняется в разных

возрастных группах. В исследованиях показано, что распространённость суицидальных мыслей у подростков составляет около 10-25% (Bridge J.A. et al., 2006), суицидальных планов – 6%, суицидальных попыток 0,6% (Blasco M. J. et al., 2019).

Так, в раннем подростковом возрасте многие дети еще не достигли когнитивной зрелости, чтобы сформулировать план самоубийства, в связи с чем количество завершенных суицидов в этой возрастной группе меньше по сравнению с более старшим подростковом периодом. Однако именно ранний подростковый возраст (с 10 лет) характеризуется появлением первых суицидальных мыслей (O'Sullivan M. et al., 1998). Суицидальные мысли имеют большую клиническую значимость, так как своевременное их выявление и понимание позволяет изменить иерархию переживаний до момента озвучивания индивидом продуманного плана и созревшего решения о суициде. В различных исследованиях предлагают дифференцировать: мысли о смерти, желание смерти, мысли о причинении боли, мысли о суициде (Lewinsohn P.M. et al., 1996; Mavreas V.G. et al., 1997).

Выделенные категории суицидальных мыслей не являются взаимоисключающими, каждая из них в значительной степени попадает под категорию, предшествующую ей. Хотя суицидальная мысль не обязательно включает в себя действие, она представляет собой созерцание действия, следовательно является ментальным событием или поведением, становясь таким образом частью преднамеренного суицидального акта (O'Sullivan M. et al., 1998). Интенсивность суицидального намерения поддерживается суицидальными мыслями. Недифференцированные мысли в течение короткого времени могут трансформироваться в более серьезные суицидальные импульсы (Beck A. T. et al., 1979). Данный факт является важным при оценке и превенции суицидального риска.

Несмотря на принятую дименсиональную структуру аутоагрессивного поведения, рассматриваемого от несуицидального самоповреждения к суицидальному поведению в большинстве современных научных работ эти два вида аутоагрессивного поведения принято разделять (Польская Н.А., 2017; Nock M., 2004, 2006, 2009).

*Самоповреждающее поведение*

*Прямое самоповреждающее поведение*

Самоповреждающее поведение отличается от суициального менее тяжелыми формами аутодеструктивных проявлений и определяется как действия, влекущие за собой повреждение тканей тела, не приводящие к летальному исходу, без суицидальных намерений. Самоповреждающее поведение рассматривается как способ воздействия на себя и на окружающих, связанный с особенностями созревания психики и является вариантом дезонтогенеза (Польская Н.А., 2017).

Для описания несуйцидального самоповреждающего поведения в зарубежной литературе можно встретить ряд синонимичных терминов: «парасуицид» (Hjelmeland H. et al., 2002), «self-injury», «deliberate self-harm» (Moller C.I. et al., 2013). К особенностям несуйцидального самоповреждения относятся его устойчивость и аддиктивный потенциал. Базовое понимание функций самоповреждения включает в себя: аффективную регуляцию, управление стрессом, самонаказание, интерперсональное взаимодействие, управление диссоциацией, предотвращение суицида. (Польская Н.А., 2014; Klonsky E.D., 2007; Edmondson A.J. et al., 2016). Самоповреждение является одним из сопутствующих симптомов при депрессивных и пограничных расстройствах личности (МКБ-10, DSM-5).

Среди наиболее значимых причин самоповреждения исследователи отмечают: аффективную регуляцию, самонаказание, сенсационное мышление, межличностное взаимодействие, предотвращение суицида, выражение сексуальности, исследование границ тела (Suyemoto K.L., 1998; Klonsky E.D., 2007; Nock M., 2009; Carrol R., 2011, 2013; Edmondson A.J., 2016).

В исследованиях показано, что около 60% подростков, прибегающих к самоповреждению в возрасте 12-17 лет имеют разные формы личностных расстройств (Ayodeji E. et al., 2015). Наиболее распространенные среди них формы: пограничное личностное расстройство (26,6%), тревожное (25,5%), антисоциальное (18,5%) и депрессивное (18,2).

Специфичных факторов риска несуйцидального поведения не выявлено. Все существующие факторы в равной степени относятся как к суицидальному поведению, так и к самоповреждающему (Jacobson C.M. et al., 2008). Одной из наиболее

значимых предпосылок самоповреждающего поведения в подростковом возрасте является ревиктимизация, возникающая в результате сексуального и физического насилия (Noll J.G. et al., 2003; Nock M., 2006). Среди подростков старше 18-летнего возраста значимым для самоповреждения социальным фактором оказывается отсутствие занятости (не учатся, не работают) – 24% (Mars V. et al., 2014).

К несуицидальным самоповреждениям относятся следующие виды: кожные повреждения (порезы, рассечения кожи, расковыривание ран, нанесение колотых ран, замораживания, прижигания, самостоятельное нанесение татуировок и пирсинга); заглатывание предметов; отказ получать лечение в случае тяжелой болезни.

Из всех видов несуицидального самоповреждающего поведения наиболее распространены (70-90%) кожные порезы, соскабливания, высеечения изображений; 21-44% составляют хлопки, удары, самоизбиения; самоприжигания - около 15-35% всех самоповреждений (Nijman M.C. et al., 1999). Большинство индивидов прибегают только к одному методу самоповреждения, но нередко выявляется использование нескольких методов. Отдельные исследователи приводят данные об использовании индивидами по 16 видов самоповреждений (Whitlock J. et al., 2006).

Существует классификация типов самоповреждающего поведения (масштабный, стереотипный, умеренный), которые представлены в таблице 2. (Favazza A.R. et al., 1993).

Таблица 2.

Типы несуицидального самоповреждающего поведения

Масштабный	Стереотипный	Умеренный		
		компульсивный	эпизодический	повторяющийся
Самоампутация, самокастрация	Похлопывание или удары по конечностям	Трихотиломания	Самопорезы, самоприжигание, удары	
Психозы	Нейропсихиатрические заболевания	Аффективные расстройства		

Масштабный тип самоповреждающего поведения включает крайней степени тяжести акты, характерные для психозов (самоампутация, самокастрация и др.).

Стереотипный тип самоповреждения встречается достаточно часто в отличие от масштабного, как правило, не связан с использованием инструментов, приводит к поверхностному и незначительному повреждению тканей, выявляется преимущественно при нарушениях развития и нейропсихиатрических расстройствах (Синдром Жилия де ля Туретта). Примером стереотипных самоповреждений могут быть похлопывания или удары языка или конечностей. Умеренный тип самоповреждающего поведения также проявляется в поверхностных, незначительных повреждениях, может быть компульсивным, эпизодическим или повторяющимся. Компульсивное самоповреждение относят к актам не тяжелого ритуалистического характера, включая такие его виды, как трихотиломания и др. Эпизодические и повторяющиеся типы самоповреждения схожи в используемых методах (такие, как самопорезы, самоприжигание, удары), но отличаются в сроках длительности и частоте актов, начинаясь с нескольких раз в год, становясь более регулярным, например, еженедельными.

Самоповреждающее поведение неотъемлемо связано с повышением суицидального риска. К специфическим чертам самоповреждающего поведения, свидетельствующим о возрастании суицидального риска, относят: повышение частоты эпизодов самоповреждения (Whitlock J. et al., 2007, 2008; Klonsky E.D. et al., 2008); степень тяжести и количество используемых методов (Cooper J. et al., 2005), увеличение количества форм самоповреждения (смена или дополнение), в особенности появление попыток отравления лекарственными препаратами или ядами (Nock M., 2006); усиление чувствительности к негативным внутренним переживаниям или мыслям (невозможность терпеть их); утрату эффективности (самоповреждение перестает выполнять свои психологические функции); возрастание чувства безнадежности, трудности идентификации целей, видения будущего; высокий уровень ангедонии наряду с негативной самооценкой; переживание чувства ненависти или ярости к себе и своему телу; возрастание рискованного поведения (Klonsky D., 2011).

Особой социально санкционированной формой самоповреждающего поведения являются модификации тела, представляющие собой действия нарушающие целостность тела с целями демонстрации своей привлекательности, формирование

нового образа тела (Польская Н.А., 2014; Moller C.I., 2013). Такие действия могут осуществляться субъектом как самостоятельно, так и при помощи других лиц. К модификациям тела относят пирсинг, татуировки, введение под кожу имплантов и др. Подростки, имеющие тенденции к модификациям тела, обнаруживают высокую частоту самоповреждений (Ворошилин С.И., 2012; Польская Н.А., 2014).

### *Косвенное самоповреждающее поведение*

Косвенное самоповреждение - постепенное причинение вреда телу, при котором физические ущербы становятся видны через некоторое время и непосредственного повреждения тканей не производится. Впервые термин «непрямой суицид» сформулировал Н. Фарбероу (1980). Под непрямым суицидом понимались действия с неосознаваемыми последствиями, имеющие длительную протяженность во времени и приводящие к саморазрушению. К таким действиям относятся: злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, табака, делинквентное поведение, игра-мания, безудержный азарт, несоблюдение врачебных рекомендаций. При косвенном самоповреждении присутствуют повторяющиеся поведенческие паттерны, приводящие к постепенному ухудшению состояния (Turp M., 2002; Nock M., 2006; German S. et al., 2016). В настоящее время выделяют следующие виды косвенного самоповреждающего поведения: употребление ПАВ, нарушения пищевого поведения, рискованное поведение, нарушение сексуального поведения.

Одной из распространенных форм косвенного самоповреждающего поведения является употребление психоактивных веществ. Токсическое воздействие ПАВ на нейрофизиологические системы в подростковом возрасте приводит к дизонтогенезу, проявляясь в нарушениях функционирования всех уровней (биологического, психического, психологического, социального) (Буторина Н.Е., 2002).

Анализ исследований, посвященных проблеме употребления ПАВ, позволяет выделить 4 основных вектора в определении его места в понимании его места и роли среди других видов аутоагрессии (Григорьева А.А. и др. 2018):

- 1) употребление ПАВ рассматривается исследователями как форма несуицидального самоповреждающего поведения или маскированного

суицидального поведения, отличаясь от явного суицида лишь степенью осознанности и скоростью летального исхода (Шайдукова Л.К. и др., 2006; Бисалиев Р.В., 2007; Зарицкий М.Г. и др., 2012; Григорьева А.А., Корчагина Г.А., 2017);

- 2) как самостоятельная форма косвенного самоповреждающего поведения, альтернативная прямому самоповреждению (Moran P., et al., 2015; Esposito-Smythers C., et al., 2012);
- 3) как триггер самоповреждающего или суицидального поведения, за счет состояния интоксикации (Hufford M. R., 2001; Osipova N. N. et al., 2020);
- 4) как коморбидное расстройство, являющееся фактором, влияющим на возникновение самоповреждающего или суицидального поведения (Nock M. K., Prinstein M. J., Sterba S. K., 2009; Norström T., Rossow I., 2016).

Предрасположенность подростков к употреблению ПАВ, а также к аддиктивным видам поведения во многом связана с особенностями пубертатного периода и влиянием социально-демографических факторов. Формирующаяся психика подростков достаточно подвижна и особо чувствительна к различным внутренним и внешним факторам. Особенно сильными внешними факторами являются: социально-экономические; морально-этические – недостаточность развития духовного уровня молодежи; социально-педагогические – проблемы детско-родительских взаимоотношений и трудности взаимодействия в школьной среде; неорганизованность досуга молодежи. Особый интерес к психоактивным веществам, которые нередко выглядят как способ инициации, перехода во взрослость и приобретение особого статуса, проявляется в процессе поиска подростками форм самовыражения и актуализации себя. Неудовлетворенная потребность в самоутверждении приводит к попытке реализовать себя не только в творчестве, но и в негативных формах активности – насилии, преступлениях – или же приводит к ретризму. Известно, что если в период с 10 до 21 года личность удалось удержать от приема психоактивных веществ, то развитие наркологических расстройств маловероятно (Романова О.Л. и др., 1995, 1998).

При сравнении причин и факторов поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ и других форм аутоагрессии (самоповреждающего, суицидального поведения) одни исследователи склонны выделять общие механизмы и факторы (Williams F., Hasking P., 2009; Nock M., 2014), другие, напротив, делают акцент на их специфичности (Бисалиев Р.В., 2009). Среди общих механизмов выделяют влияние длительных стрессоров, эмоциональную дисрегуляцию, когнитивные искажения (Esposito-Smythers C., et al., 2012), стремление личности избежать негативные внутренние переживания (Chapman A. L., Gratz K. L., Brown M. Z., 2006), трудности эмоциональной регуляции (Swahn M. H., Bossarte R. M., Sullivent E. E., 2008).

Употребление подростками психоактивных веществ включает в себя несколько этапов: эксперимент - повышенный интерес к психоактивным веществам; начало первых проб; систематическое потребление – употребление ПАВ связано с конкретной ситуацией (компания друзей, дискотеки, клубы и проч.); регулярное потребление (злоупотребление) – появление признаков зависимости от приема вещества; наркологическое заболевание – наркомания, алкоголизм, токсикомания (Сирота Н.А. и др., 2003; Аршинова В.В., 2007; Городова Е.Е., 2007).

При формировании аддиктивной личности нарушается процесс соотнесения своих реальных возможностей с текущей ситуацией, а соответственно, возможности оценки данных возможностей в контексте будущих перспектив. Отмечается, что подростки с аддиктивным поведением направлены на прошлое, то есть имеют ретроспективную временную ориентацию (Усенкова Е.В., 2013). Могут присутствовать как гипертрофированные негативные реакции на неудачу, так и невозможность поставить адекватные, соответствующие реальному уровню развития личности цели (Рыжов В.В. и др., 2012). В то время как у подростков, не употребляющих ПАВ, всегда присутствует ориентация на будущее, которая коррелирует с переживанием настоящего.

При аддикциях реальные и идеальные цели оказываются недифференцированными, что затрудняет развитие личности, ее деятельностное движение вперед. Представление о своей высокой ценности обуславливает чрезмерно высокие



ожидания от жизни, несовпадение которых приводит к нарушениям ценностно-смыслового уровня. Личность переживает недостаток ресурсов и возможностей для достижения своих целей. В качестве решения данной проблемы выбирается аддиктивное поведение, где для получения удовольствия и удовлетворенности личности не приходится прикладывать больших усилий.

Для аддиктивных личностей характерны слабость и неконструктивность механизмов совладения с социальными стрессами, что еще более усиливает дистанцию между личностью и социумом. На низкую психологическую устойчивость по отношению к стрессам и кризисам у людей, склонных к аддикциям, указывал и В.Д.Менделевич (1998). В то время как здоровые люди находят формы адаптации к стрессовым ситуациям, лица с аддиктивным поведением избегают подобных ситуаций из-за нехватки внутреннего ресурса и психологической устойчивости. Стремление уходить от ответственности, тревожность, стереотипность поведения, страх перед социальными контактами, непереносимость кризисных ситуаций – неотъемлемые психологические характеристики лиц с аддиктивным поведением (Сегал Б.М., 1967).

Сравнивая здоровых людей и личностей с аддиктивным поведением, исследователи (Менделевич В.Д., 1998; Сегал Б.М., 1967) особенно подчеркивают тот факт, что механизмы защиты и адаптации в случае столкновения с трудностями у последних плохо выражены и слабы. При возникновении трудностей, они отказываются от реализации своих замыслов, не воплощая их в реальность. То есть происходит нарушение в процессе самореализации: осознаваемый потенциал не реализуется и оказывается не задействованным, что, в свою очередь, приводит к снижению самооценки, низкой удовлетворенности и поиску быстрых путей устранения переживания личной фрустрации (Григорьева А.А., Поваренков Ю.П., 2016).

Еще одной распространенной формой косвенного самоповреждающего поведения подростков является рискованное поведение. Термин «риск» происходит от латинского слова «risicare», значение которого – «решиться». Понимание риска включает в себя как элемент вероятность того, что некоторые события

(потребление определенного вида наркотических средств) могут произойти, так и степень серьезности такого вреда (как правило, определяемого как «опасность»).

Понятие рискованное поведение можно определить как активность лица, направленную на удовлетворение потребностей, этим самым создающую угрозу жизнедеятельности индивида или его социальному положению, то есть любое поведение, способное вызвать или приблизить наступление негативных последствий: психологических, медицинских, социальных и др. (Кудрявцев В.Н., 1982; Гишинский Я.И., 1997; Клейберг Ю.А., 2001; Андронникова О.О., 2005; Ратинов А.Р., 2016). Рискованное поведение относится к косвенной форме аутоагрессивного поведения, представляя собой суицидальный эквивалент (Андронникова О.О., 2005). От аутоагрессивного рискованного поведения следует отличать такое поведение с наличием риска, которое не оказывает разрушительного воздействия на жизнь и здоровье человека, представляя собой способ адаптации к жизни.

Степень вовлеченности в рискованное поведение определяется биологическими, социальными и психологическими факторами. К биологическим факторам относят специфику созревания префронтальной коры головного мозга у подростков и лимбической системы: вследствие недостаточной зрелости данных отделов головного мозга затрудняется сознательный контроль за собственным поведением. Данная особенность объясняет склонность подростков к совершению неосознанных, спонтанных поступков с угрозой для жизни и здоровья.

Психологическими характеристиками личностей с рискованным поведением можно считать импульсивность, низкий самоконтроль, стремление к достижению успеха, субъективные поведенческие нормы; ощущение иллюзорного контроля над вероятностью наступления события и над собственной способностью тормозить или ускорять развитие данной ситуации, субъективно воспринимаемую ценность результатов своего поведения (Ajzen I. et al., 2003).

Значимую роль в формировании рискованного поведения подростков играет референтная социальная группа. В исследованиях показано, что подростки с нормативным поведением ориентируются в первую очередь на мнение своих одноклассников, во вторую - на мнение родителей и взрослых, и лишь в последнюю очередь

- на мнение друзей вне школы. У подростков со склонностью к асоциальным формам поведения наиболее значимым ориентиром становятся неформальные подростковые группы, не относящиеся к среде одноклассников (Челышева Ю.В., 2015).

Личностными характеристиками подростков с рискованным поведением являются импульсивность, стремление к независимости и самоутверждению, агрессивная склонность к доминированию (Шарок В.В., 2010; Ворошилин С.И., 2013; Шаболтас А.В., 2014; Григорьева А.А., 2020).

Виды рискованного поведения:

- руфинг - прогулки по крышам высоток и небоскребов, заброшенным строительным объектам;
- трейнсерфинг, зацепинг - поездки на крышах или выступах железнодорожных поездов, трамваев, троллейбусов;
- частая смена сексуальных партнеров, отказ от предохранения во время секса; правонарушения.

Привлекательность рискованного поведения для подростков объясняется спецификой субъективных переживаний: проверкой своих возможностей и самоутверждением, ощущением нестандартности, пластичности собственного поведения по отношению к социальным нормам, ощущением увлеченности, креативности процесса. Экспериментируя с риском и опасностью, подростки импульсивно, неосознанно подвергают свою жизнь и здоровье разрушению.

В исследованиях показано, что косвенные виды аутоагрессивного поведения такие как, рискованное поведение, беспорядочные половые связи, злоупотребление алкоголем и наркотиками коррелируют с суицидальным поведением подростков (Григорьева А.А., Усова Л.Е., 2020; Khan M. M. A. et al., 2020)

Несмотря на тот факт, что люди, прибегающие и к прямым, и к косвенным видам самоповреждения, обладают схожими патохарактерологическими особенностями, исследователи подчеркивали значимые различия между ними (Nock M., 2006; German S. et al., 2016). Так, для лиц, склонных к прямым видам самоповреждающего поведения (СПП), в большей степени характерна критичность к своему

поведению при высоких показателях импульсивности, агрессивности, склонности к негативному аффекту, высокой коморбидности с психическими расстройствами и в конечном счете больший риск завершеного суицида. Главным отличием прямых форм самоповреждающего поведения является наличие особого когнитивного стиля с выраженной негативной установкой к самому себе. Негативные убеждения в отношении самого себя выступают предикторами для поведенческих актов, связанных с поражением тканей, так как когнитивный конструкт становится основой для способности переносить и выдерживать боль непосредственно в момент самоповреждения, вытесняя чувствительность в отношении своего тела и сочувствие к себе. Лица с косвенными видами самоповреждения менее агрессивно реагируют на возникающие проблемы, менее импульсивны, в меньшей степени готовы терпеть боль, а когнитивный стиль не отличается высоким уровнем критики к самому себе (Nock M., 2006; German S. et al., 2016).

### *Недифференцированная аутоагрессия*

Недифференцированные формы аутоагрессии можно определить как систематические события, в результате которых происходит причинение вреда здоровью по неосторожности (несчастные случаи) (Руженков В. А., Руженкова В. В., 2014) или действия с неопределенным намерением, приводящие к летальному исходу (Pritchard C., Iqbal W., Dray R., 2020). К ним относятся травмы в результате собственных неосторожных действий, а также такие виды аутоагрессии, которые трудно однозначно классифицировать, как несуйцидальное самоповреждающее поведение, суицид или как один из видов косвенной аутоагрессии, например, рискованное поведение.

### **1.2.3. Эпидемиология разных видов аутоагрессивного поведения**

Исследователями отмечается, что от 30 до 70% подростковой популяции подвержены различным психическим и личностным расстройствам (астеноневротическим, депрессивным, пограничным и т.д.), повышенной физической и психической утомляемости (Розанов В.А., 2018). Такая специфика подросткового возраста во

многим определяет уязвимость подростков неблагоприятным факторам и выбору аутоагрессивного поведения, как совладающей стратегии.

По данным Всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди подростков за последние 30 лет возросло в 30 раз на фоне ежегодного прироста суицидальных попыток. С 1950 г. суицид занимает 2 или 3 место, лидируя среди причин подростковой смертности. В 2003 г. были проанализированы причины роста числа подростковых суицидов в 1960, 1970, 1980 г.г. (Gould M.S. et al., 2003). Одна из наиболее значимых причин - вовлеченность подростков в употребление наркотиков и алкоголя.

В 2014 г. (данные доклада ВОЗ от 2014 г.) самоубийства занимали 4 место по смертности среди лиц в возрасте от 15 до 29 лет. В 2016 г. свыше 6000 подростков 10-24 лет погибли по причине суицида. По некоторым прогнозам, к 2020 г. суицид выйдет на 2 место среди всех причин смертности в возрастной группе 15-34 лет (Отчет по итогам статистического исследования самоубийств среди детей и подростков. Министерство здравоохранения и социального развития России, 2017).

Распространенность суицидальных мыслей в подростковом возрасте колеблется от 12,1 до 29,9%, суицидальных попыток - от 4,1 до 10,5% (McLoughlin A.V., Gould M.S., Malone K.M. ,2015). Метаанализ данных полученных из 59 стран (с низким и средним уровнем дохода) за 2019 год показал, что количество суицидальных идей составляет 16,9%, плана самоубийства-17,0%, а попыток самоубийства-17,0% за последние 12 месяцев (Uddin R. et al., 2019).

Результаты американского исследования в общеобразовательных школах показали, что ученики 9-12 классов в 13,8% наблюдений имели серьезные намерения в отношении суицида; у 10,9% был готовый суицидальный план; у 6,3% - суицидальная попытка в анамнезе; 1,9% получали серьезные повреждения в результате реализованной суицидальной попытки (Grunbaum J.A., 2009).

По данным отечественных исследователей, у подростков в возрасте 11-16 лет присутствуют мысли о самоубийстве (11,8%), желание убить себя (2%), думают о самоубийстве, но не планируют его совершение (8,8%) (Холмогорова А.Б., 2009; Павлова Т.С., 2013). Завершенные суициды в большей степени характерны для

мужчин, тогда как несуицидальное самоповреждающее поведение - для женщин. Частота завершенных суицидов среди лиц мужского пола выше и составляет 4:1 по отношению к лицам женского пола (Jans T. et al., 2012). В подростковом возрасте уже отчетливо проявляется: девочки подростки имеют более высокий риск суицидальной попытки (OR 1.96, 95% CI 1.54–2.50), в то время как у мальчиков подростков отмечается высокий риск летальности данной попытки (HR 2.50, 95% CI 1.8–3.6) (Miranda-Mendizabal A. et al., 2019).

В целом, от 4 до 10% мальчиков и от 10 до 20% девочек имеют в анамнезе попытку суицида (King C.A., 1997). Мальчики подростки являются более труднодоступной группой для реализации превентивных стратегий. Однако гендерная подобная специфика в суицидальных поведенческих паттернах отмечается исследователями не во всех странах (Grunbaum J.G. et al., 2002).

Возрастные кумулятивные оценки распространенности суицидального поведения указывают на увеличение суицидального поведения в подростковом возрасте: начиная с 10-летнего возраста (<1%) показатель увеличивается незначительно вплоть до 12-летнего возраста (2,2%), а затем резко увеличивается до максимальных значений, спад которых наблюдается лишь после этого до 20-летнего возраста (13,5%) (Voss C. et al., 2019).

Четверть всех подростковых суицидальных попыток реализуются в течение первого месяца обращения за медицинской помощью. Данный факт подчеркивает значимость проведения скрининга на суицидальность при медицинском осмотре подростков (Rotheram-Borus M.J. et al., 1996). При этом даже при своевременном выявлении высокого суицидального риска (как специфических суицидальных черт, так и широкого диапазона психологических особенностей и проблем) достаточно трудно предположить, будет ли превентивная работа с подростком эффективной или нет.

Показатель распространенности несуицидального самоповреждения среди подростков по разным данным составляет от 8,8-23% (Hilt L.M., 2008; Nock M.K., 2006). Пиковый возраст начала самоповреждения отмечается между 12 и 14 годами. Самоповреждения чаще наносят себе девушки. Склонность к самоповреждающему

и саморазрушающему поведению выявляют у 62,6% подростков в возрасте 12-15 лет (Холмогорова А.Б., 2009, Павлова Т.С., 2013; Demuthova S., Demuth A., 2019).

Некоторые исследователи отмечают, что несуицидальное самоповреждающее поведение может появляться в детстве, самый ранний возраст - 4 года (Yates T.M. et al., 2008). Около 5% обнаруженного в юношеском возрасте самоповреждения началось в период 10 лет (Whitlock J. et al., 2006, Lewis S.P., 2008). Ранние формы самоповреждения впервые представляют собой случайный моторный акт, который закрепляется под воздействием социальных, психологических, биологических факторов, приобретая характер особых внутриличностных отношений индивида с самим собой (Польская Н.А., 2017).

Около 2/3 подростков (в возрасте старше 18 лет), вовлеченных в несуицидальное самоповреждающее поведение, имели единичную суицидальную попытку (O'Connor R.C. et al, 2018). Частота суицидальных попыток и нанесения самоповреждений представлены следующим образом: 60% суицидентов сообщают в среднем о 2 суицидальных попытках; 80% респондентов с несуицидальным самоповреждающим поведением имели в среднем 4 акта самоповреждения (O'Connor R.S. et al., 2018).

Подростки, употребляющие ПАВ, имеют повышенный риск СПП, при этом, чем раньше начинается употребление, тем выше этот риск (Kaminer Y., 2015). В тоже время среди подростков с СПП процент употребляющих ПАВ в 4 раза превышает популяционные показатели (Moran P., 2015).

Среди подростков с самоповреждающим поведением доля употребляющих психоактивные вещества (сигареты, каннабис, алкоголь) значительно выше, чем у подростков с нормативным поведением. В работах Л.М.Хилта (2008) указано, что лица с самоповреждающим поведением в 46,7% случаев прибегают к употреблению алкоголя и наркотиков. В то время как процент употребляющих ПАВ без самоповреждения составил 4,4%. По данным другого исследования, 59,6% прибегающих к самоповреждениям, проявляют признаки наркологических расстройств (Nock M. K., 2017) Выявлена коморбидность самоповреждающего поведения при разных видах употребления ПАВ: 12,6% употребляли марихуану, 29,5% –

алкоголь. Также в исследованиях имеются данные, что мысли о самоповреждении сопровождаются мыслями об употреблении ПАВ (Nock M. K. et al., 2009).

Наиболее отчетливо прослеживается связь между увеличением употребления подростками психоактивных веществ и возрастанием уровня суицидов. По данным литературы, 20-50% суицидентов страдали наркологическими расстройствами, а 22% самоубийств совершались в состоянии алкогольного опьянения (Попов Ю.В. и др., 2017). Метаанализ данных аутопсии лиц с завершенной суицидальной попыткой показал, что 18% погибших имели наркологические расстройства.

Употребление психоактивных веществ подростками может усиливать такие суицидальные действия, как суицидальные идеи, попытки самоубийства, а также завершённые суициды. Триггерная роль алкоголя отражена в работах М.Р. Хафффорда (2001). Влияние алкогольной интоксикации на возрастание суицидального риска рассматривается в контексте повышения уровня психологического дистресса, напрямую влияющего на проявление аутоагрессии (Шустов Д.И., 2016; Cloninger C.R., 1988; Khantzian E.J., 1997; Goldston D.B., 2004). Частота и повторяемость суицидальных попыток коррелирует с регулярным употреблением психоактивных веществ (Crumley F.E., 1990).

Наиболее выражена связь между суицидальным и несуйцидальным самоповреждением и регулярным употреблением значительных доз алкоголя, среди подростков 13 лет и младше (Aseltine Jr R.H., 2004; Nock M.K., 2006).

Около 14% подростков, преимущественно мужского пола, при общей выборке в 1331 человека, госпитализированных после самоповреждений и суицидальных попыток, сообщали о регулярном употреблении наркотиков (Hawton K., 2003). Последующее употребление наркотиков после совершенной попытки становится предиктором новых суицидальных действий.

Курящие подростки более подвержены самоповреждающему поведению. Среди курящих девочек отмечается в 3 раза больше проявлений самоповреждающего поведения. Среди мальчиков такой тенденции не выявлено. Курение табака связано с увеличением риска суицидальных попыток: у курящих он оказывается в 4 выше, чем у некурящих (Mäkikyrö T.H., 2004).



Последовательная связь между самоповреждающим поведением и употреблением психоактивных веществ отражена в работах исследователей (Hawton K. et al., 2003; Patton G.C. et al., 2007). Подростки, имеющие опыт самоповреждающего поведения, подвергаются значительному риску употребления психоактивных веществ и возникновения синдрома зависимости в молодом возрасте (в промежутке между 20 и 30 годами). В нормативной выборке (20-30 лет) употребляли алкоголь свыше рекомендуемой недельной нормы 15-17% молодых людей. При этом в группе 20-30-летних респондентов с опытом самоповреждающего поведения в подростковом возрасте употребление алкоголя, превышающее недельную норму, составило 23%, злоупотребление алкоголем – 28%. Синдром множественной зависимости наблюдался у 4-5% обследуемых в возрасте 21-25 лет с нормативным поведением в подростковом возрасте и у 15-16% обследуемых, имевших опыт самоповреждения.

В ряде исследований отмечается, что именно подростковая популяция наиболее подвержена астеноневротическим, депрессивным расстройствами, характеризуется проявлениями пограничных личностных расстройств, отличается от взрослой выборки повышенной интеллектуальной и физической утомляемостью. По данным отечественных разработчиков от 30 до 70% подростков подвержены депрессии, длительному ежедневному стрессу (Розанов В.А., 2018).

Приведенные эпидемиологические данные позволяют отметить, что среди подростков распространены комплексные аутоагрессивные проявления. Чаще встречаются такие сочетания, как употребление психоактивных веществ с суицидальными и несуйцидальными формами самоповреждающего поведения.

Характер взаимосвязи между разными видами аутоагрессивного поведения можно разделить на 2 большие группы:

- 1) представляющие комплекс, то есть, разные виды аутоагрессивного поведения возникают наряду друг с другом, сохраняясь в виде альтернативных поведенческих проявлений в текущий возрастной период (рис. 2);

2) характеризующиеся последовательной взаимосвязью, то есть один доминирующий вид аутоагрессивного поведения сменяется другим на протяжении разных возрастных периодов) (рис. 3).

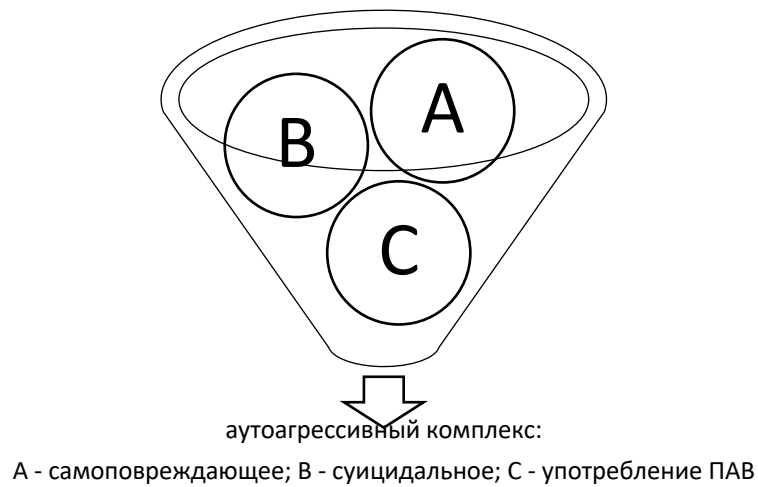


Рис. 2. Комплекс видов аутоагрессивного поведения

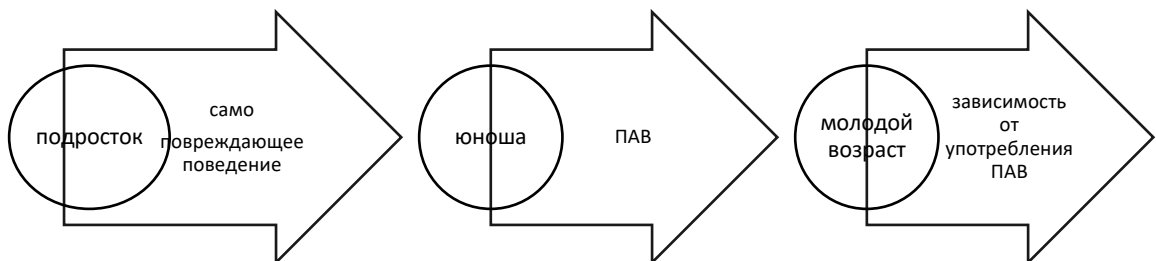


Рис. 3. Последовательная взаимосвязь между видами аутоагрессивного поведения

При комплексе разных видов аутоагрессивного поведения употребление ПАВ и самоповреждающее поведение могут сопровождать друг друга коморбидно, а могут становиться триггером или фактором, усиливающим тот или иной вид

аутоагрессивных действий. Так, например, опыт самоповреждения в подростковый период становится независимым фактором риска развития синдрома множественной зависимости во взрослом возрасте.

Таким образом, аутоагрессивное поведение, включая суицидальное и самоповреждающее поведение, широко распространено в подростковом возрасте и представляет серьезную социальную и медицинскую проблему. Возрастание рисков возникновения аутоагрессивного поведения отмечается уже у 10-летних подростков, что обуславливает необходимость раннего выявления и профилактики суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления ПАВ. Особое внимание целесообразно уделять выявлению риска комплексных полимодальных сочетаний разных видов аутоагрессии, в связи с повышением вероятности летальных исходов, а также специфичным личностным факторам и проявлениям аутоагрессивного поведения при реализации программ превенции.

### **1.3. Теоретические подходы к пониманию аутоагрессивного поведения**

Аутоагрессивное поведение подростков привлекает внимание многих исследователей. За последние годы были предложены различные этиологические модели, объясняющие феномены суицидального, самоповреждающего поведения, а также косвенных видов самоповреждения, в особенности употребления ПАВ. Однако ни одна из теорий не получила преимущества. Учитывая то, что возникновение аутоагрессивного поведения является многофакторным процессом, каждый подход делает акцент на более значимом в его контексте аспекте. Можно выделить 4 основные группы факторов аутоагрессивного поведения: биологические (генетические), социальные, психологические, клинические. В соответствии с выделенными группами теоретические подходы можно разделить на следующие типы: психологический, психиатрический социальный, биологический, а также интегративный, объединяющий группу факторов.

Психологические подходы концептуализируют аутоагрессивное поведение как исход основного психопатологического процесса. С этой позиции суицид и

самоповреждение в большей степени связаны с психологическим контекстом, который сопровождает возникновение и поддержание аутодеструктивных действий. В рамках психологического подхода выделяют несколько направлений, каждое из которых апеллирует к тем или иным психологическим предикторам (эмоциональным, личностным, поведенческим, когнитивным, межличностным и т.д.), выделяя их в качестве значимых при понимании аутоагрессии: психодинамическое, когнитивно-поведенческий, гуманистическое (феноменологическое).

Понимание аутоагрессивного поведения в рамках психодинамического подхода развивалось от представлений об обращении агрессии, относящейся к интроецированному объекту, на себя (Фрейд З., 1998) до трактовки суицида как следствия переживаний, связанных с поражением нарциссического Я (Хензелер Х., 2001; Килборн Б., 2007).

В рамках психодинамических моделей осуществляется попытка понять, как выражение или подавление жизни, смерти и сексуальных мотивов может инициировать аутоагрессивные интенции. Так, в антисуицидальной модели самоповреждающее поведение рассматривается, как «микросуицид» (microsuicides), так как позволяет одержать превосходство над смертью, направляя разрушительные импульсы на собственное тело (Firestone R.W. et al., 1990; Himber J., 1994). Антисуицидальная модель самоповреждения фокусируется на поведении личности как на активном механизме совладания, используемом для предотвращения суицида.

Сексуальная модель аутоагрессивного поведения предполагает, что акты самоповреждения являются следствием избегания и подавления сексуальных желаний и попыткой контролировать половое созревание. Один из аргументов, приводимый авторами данной модели, состоит в том, что до наступления пубертата фактически отсутствует самоповреждающее поведение, соответственно после завершения этапа половозрелости количество аутоагрессивных актов также снижается (Offer D. et al., 1960; Simpson M.A., 1975; Woods P.J. et al., 1988; Daldin H.J., 1988).

Эмпирическая проверка данных психодинамических моделей показала, что несмотря на то, что отдельные исследователи представляют психоаналитические отчеты о случаях аутоагрессивного поведения (Friedman M. et al., 1972; Woods P.J.,

1988, Grande T. et al., 2000), эмпирических доказательств этого подхода остается недостаточно. Такие уникальные для психодинамического подхода аспекты, как психосексуальная концептуализация и интерпретативный подход, не совпадают с теми психотерапевтическими методами, которые признаны эффективными при аутоагрессивном поведении (выражение и регуляция эмоций, альянс с психотерапевтом, понимание и регуляция собственного поведения) (Ettinger S., 1992; Suyemoto K.L., 1998).

Современный психоаналитический подход связывает аутоагрессию с последствиями диффузной идентичности пограничной личности, с нарциссическим радикалом и ее незрелыми компенсаторными механизмами (Кернберг О.Ф., 2000; Килборн Б., 2007; Хензелер Х., 2001). Неспособность такой личности принять собственные ограничения и несовершенства приводят к выбору смерти как победы над разочарованием. Понятие диффузной идентичности, согласно теории О.Кернберга (2000), определяется как нарушение интеграции между значимыми другими и Я-концепцией (Кернберг О.Ф., 2000). В подростковом возрасте диффузная идентичность проявляется в трудностях самоидентификации, непоследовательном поведении, поверхностной оценке других (Банников Г.С. и др., 2013). Аутоагрессивное поведение при психодинамическом подходе рассматривается как защитно-компенсаторное, направленное на восстановление целостности Я, полноты эмоциональных переживаний (Gunderson J.G., 2001).

Особую роль в понимании аутоагрессивного поведения в рамках психодинамического подхода имеет предположение об онтогенетических факторах: опыте сексуального или физического насилия в детском возрасте, ранней потере матери или преждевременной с ней сепарации. Такой детский опыт приводит к утрате ощущения целостности Я и развитию аутоагрессивных форм поведения, как компенсации нарушенного психического опыта ребенка (Mahler M.S. et al., 1975; Soloff P.H. et al., 2002; Fonagy P. et al., 2000).

В психодинамической модели самоповреждающего поведения, основанной на представлении о нарушении взаимоотношений между детьми и родителями (Suyemoto K.L. et al., 1995), предлагается различать 2 вида самоповреждений:

недиссоциативные и диссоциативные, связанные с соответствующими типами детско-родительских отношений. В случае недиссоциативного самоповреждения, связанного с выражением негативных эмоций, имели место отношения, при которых ребенок рано начинает выполнять взрослые функции, принимая на себя роль своих родителей. Диссоциативное самоповреждение носит демонстративный характер, направленно на улучшение социальной адаптации, возникает в результате дефицита эмоциональной близости ребенка с родителями.

Особое внимание в психодинамической теории аутоагрессии уделяется телесности. Используется понятие «суицидальное тело» (Orbach I., 2006), которое характеризуется диссоциацией, онемением, ангедонией, повышением порогов чувствительности, что способствует суицидальному поведению, облегчает реализацию агрессивных интенций в отношении собственного физического Я.

Еще одно важное понятие психодинамического подхода к аутоагрессии - «суицидальный разум» (Briggs S. et al., 2008). Мысли о суициде являются результатом невыносимой душевной боли, обостряющей чувствительность к любым внешним обстоятельствам и актуализирующей нарциссическую хрупкость. В основе развития психодинамических представлений о суицидальном разуме лежит концепция психической боли (Shneidman E.S., 1993). Душевная боль по силе сравнивается с переживанием самораспада. Страдающий человек испытывает внутреннюю и внешнюю агрессию. В психоанализе такие чувства сравнивают с неконтролируемым потоком безумия (Bolger E., 1999). Психическая боль включает в себя 9 основных показателей: необратимость, потерю контроля, нарциссическую хрупкость, отчужденность, «замораживание», спутанность, отсутствие переживания поддержки, пустоту (Orbach I. et al., 2003).

Психодинамический подход к пониманию аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте фиксирует свое внимание на понятии «субъективизация». Субъективизация понимается как способность подростка к переживанию своей индивидуальной идентичности при активном включении во внутриличностные и межличностные трудности, связанные с возрастными изменениями подростка. Субъективизация представляет собой 3-этапный процесс: познание подростком

себя через овладение своим телом, своей формирующейся сексуальностью, овладение собственным мышлением и контроль за собственными побуждениями. Успешное завершение процесса субъективизации дает подростку чувство защищенности от психической и физической смерти (Briggs S. et al., 2008). Модель субъективизации связывает аутоагрессию с неспособностью подростка включиться в процесс субъективизации. Трудности субъективизации на каждом из уровней приводят к нарушению идентификации, замкнутой на себе самом, и искаженной идеологии, утрате контроля над внутренними переживаниями.

Теоретические представления об особом отношении подростков-суицидентов к своему телу получили эмпирическое подтверждение: подростки негативно проявляют свои чувства по отношению к телу, в их воспоминаниях о ранней телесности содержатся события, отражающие негативные проявления к ним близких (физические наказания, игнорирование телесных потребностей и т.д.)

В контексте когнитивного подхода аутоагрессивное поведение рассматривается как следствие когнитивных искажений. Дихотомическое мышление, склонность к генерализациям, ригидные когнитивные схемы приводят к переживанию чувства «безысходности» как основной категории, характеризующий суицидальное поведение (Beck A.T., 2001).

В когнитивно-поведенческой теории такие виды аутоагрессивного поведения, как суицид, самоповреждение, употребление ПАВ рассматриваются в качестве варианта копингового поведения в ответ на стресс или переживание внутренней уязвимости (Esposito-Smythers C., 2012). Сталкиваясь со значимым стрессом, когнитивные процессы протекают искаженным образом: выбираются дезадаптивные решения и стратегии преодоления трудностей, приносящие вред самой личности. Такие когнитивные искажения приводят к эмоциональной дисрегуляции с попыткой стабилизации в равной степени за счет таких малоадаптивных стратегий, как употребление ПАВ и/или самоповреждающее поведение. Вместе с тем при длительной персистенции стрессора употребление ПАВ и/или самоповреждение служат дополнительным фактором, ухудшающим когнитивный и эмоциональный фон,

что приводит к суициду как способу облегчения или бегства от непрерывной эмоциональной боли.

Эмпирические исследования позволили выявить закономерность: чем сильнее чувство безысходности, тем меньший стрессогенный стимул необходим для активизации суицидального поведения (Weishaar M.E., 1990). На основе когнитивного подхода были разработаны концептуальные модели суицида: концепция дезадаптивных схем (Холмогорова А.Б., 2013; Wenzel A., 2009); концепция суицидального модуса (concept of suicidal mode) и теории уязвимости суицида (fluid vulnerability theory of suicide) (Rudd M.D. et al., 2006).

В концепции дезадаптивных схем суицидальные попытки разделяются на импульсивные и неимпульсивные. Импульсивные попытки сопровождаются переживанием непереносимости собственных состояний и ситуации. Неимпульсивные отличаются продуманностью, более длительным временным течением и сопровождаются переживанием хронической безнадежности.

В рамках концепции уязвимости суицида суицидальный риск характеризуется 2 свойствами: базисным риском и острым риском. Базисный риск обеспечивает общую склонность, predisposition к суициду или суицидальной попытке. Базисный риск может состоять в отсутствии протективных факторов личности, таких как социальная поддержка, оптимизм, когнитивная гибкость. Наличие базисного риска повышает чувствительность индивида к стресс-факторам и соответственно к совершению суицидальной попытки. Острый риск связан со стрессовыми внешними событиями и зависит от мыслей, эмоций, психологического опыта, возникающих в ответ на стресс.

Концепция суицидального модуса основывается на теории уязвимости суицида и взаимовлиянии 4 основных категорий (мыслей, поведения, эмоций, физических предпосылок) на уровнях базисного и острого риска.

В рамках модели расширения и построения позитивных эмоций суицид определяется как адаптивная реакция личности на сильные душевные переживания грусти и безнадежности (Fredrickson B.L., 2001). В качестве превентивной стратегии



суицидального поведения автор модели предлагает повысить стрессоустойчивость через обучение позитивным мыслям, действиям и аффектам.

Интерперсонально-психологическая модель суицидального поведения (Joiner T. E. et al., 2005) предполагает, что для совершения самоубийства необходимо желание умереть и способность совершить суицид. Желание смерти развивается при наличии 2 устойчивых состояний: обремененности и чувства социальной отчужденности. Способность совершить суицид связана с преодолением инстинкта самосохранения, который является достаточно сильным и для этого недостаточно только развитой силы воли. Страх перед болью, травмой, смертью снижается при многократном их переживании. Чувство обремененности возникает как результат негативной когнитивной установки, что мое существование обременяет семью. Уровень суицидальных мыслей повышается при переживании обреченности.

Чувство социального отчуждения переживается как отсутствие принадлежности к референтной группе. Связь между принадлежностью и суицидальностью была установлена для различных групп населения, включая подростков, юношей, пожилых людей (Bonner R.L. et al., 1987; Osgod N.J. et al., 1990; Roberts R.E. et al., 1993), пациентов психиатрических стационаров (Prinstein M. et al., 2000). Чувство обремененности и социальной изоляции может привести к желанию умереть, однако для реализации суицида одного желания оказывается недостаточно. Следующим этапом является преодоление мотивов самосохранения, которое достигается при помощи регулярного самоповреждения или незавершенных попыток суицида. Самоповреждение позволяет привыкнуть к чувству боли и снизить тревогу перед темой смерти. Было также обнаружено, что лица с историей попыток самоубийства имели более высокую толерантность к боли в целом (Orbach I., 1997). Также усиление способности к реализации суицида происходит за счет многократного воздействия болезненных переживаний, чем более болезненным и провокационным переживаниям будет подвержен человек, тем большей способностью к суициду он будет обладать.

Модель Т.Е.Джойнера (2005) получила дальнейшее развитие в рамках 3-шаговой модели (Klonsky E.D., 2015). Основные принципы 3-ступенчатой теории заключаются в том, что

- а) суицидальные идеи развиваются из-за сочетания переживаний боли и безнадежности;
- б) чувство социальной принадлежности (связанности) является ключевым защитным фактором;
- в) переход от суицидальных идей к попыткам происходит, когда личность может противостоять боли и страху, присущим суицидальной попытке.

Модель С.Р.Шнидера (1994) рассматривает суицидальное поведение, как дефицит позитивных ожиданий от будущего. Автор основывается на профилактическом аспекте в формировании чувства надежды, которому можно обучать и тренировать (Snyder C.R., 1994).

Когнитивная модель дефицита автобиографической памяти (Capture and rumination (CaR), functional avoidance (FA), and executive control dysfunction (X), - CaRFAX, Williams J.M. G., 2007) включает в себя 3 типа нарушения обработки воспоминаний: фиксацию, руминацию, функциональное избегание и административный контроль. Автор модели предполагает, что индивиды, которые имеют доступ как к общим, так и специфическим воспоминаниям и могут в иерархичном порядке их восстановить и применить в отношении конкретного ситуационного контекста, находятся в оптимальном благополучном психическом состоянии. CaRFAX модель была разработана с целью объяснить специфику воспоминаний у пациентов, находящихся в депрессии и переживших травму и имеющих суицидальные интенции.

Интегративная мотивационно-волевая модель суицидального поведения (O'Connor R.C., 2011) представляет собой 3-фазную структуру и отображает взаимосвязь между фоновыми факторами и триггерными событиями. Три фазы модели включают в себя: предварительную – содержит фоновые факторы, мотивационную - суицидальные мысли получают развитие, волевую фазу – реализация суицидальной попытки.

Модель «Крик боли» (Cry of Pain, - CoP, Williams J.M., 2001) объединяет в себе когнитивное восприятие ситуации как «ловушки», а также дефицит стратегий, ориентированных на решение проблемы. Согласно CoP модели, риск суицидального поведения повышается, когда человек переживает события, ассоциирующиеся с 4 психологическими характеристиками: поражением и проигрышем; неизбежностью ситуации, безвыходностью (ощущением ловушки); беспомощностью.

Эмпирическая проверка когнитивных моделей позволила выделить специфический когнитивный контент при суицидальных интенциях, включающий безнадежность, перфекционизм, обремененность, отсутствие чувства принадлежности, на основе которого были разработаны терапевтические и превентивные стратегии. Применение когнитивных моделей аутоагрессивного поведения получило широкое распространение в практике.

На основе исследования специфики подросткового возраста была разработана когнитивно-поведенческая модель суицидального поведения подростков. В данной модели большое значение уделяется фактам предрасположенности к психопатологии и онтогенетическому травматическому опыту, повышающим уязвимость личности при стрессовых воздействиях. Вследствие психопатологических и посттравматических предикторов у подростка формируются дезадаптивные поведенческие копинги, а также сниженная эмоциональная устойчивость и способность к аффективной регуляции, импульсивное реагирование. Как следствие таких трудностей, личность находит неадаптивные поведенческие стратегии, такие как самоповреждение и суицид (Linehan M.M., 1993; Spirito A., 2011).

Когнитивный подход к пониманию аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте получил широкое распространение в трактовке подростковой аутоагрессии в рамках интерперсональной модели: во многих эмпирических исследованиях было показано повышение у подростков уровня суицидального риска вследствие межличностных проблем (Stewart S.M., 2015; Opperman K., 2015). На основе эмпирической проверки интегративной мотивационно-волевой модели также получены эмпирические данные по аутоагрессивному поведению в отношении подростковой выборки (Hawton K. et al., 2012; O'Connor R.C., 2012). Было

выявлено, что подростки в 2 группах: думающие о самоповреждении и реализующие самоповреждение, не имеют значимых различий на этапах предварительном и мотивационном. В то время как волевая фаза существенно различается в 2 группах: для подростков, реализующих самоповреждение, оказались выраженными такие переменные, как импульсивность и имитация.

Гуманистический подход лег в основу экзистенциальной концепции суицида. Согласно данной концепции, суицид является одной из выбранных форм реализации экзистенции. Основные философские категории, лежащие в основе экзистенциального направления:

- а) человеческое существование, цель и смысл того, что человек делает;
- б) возможности человеческого существования, свобода и выбор, актуализация собственного потенциала, ответственность за собственную жизнь;
- в) ограничения в собственной жизни и возможность их принимать;
- г) индивидуальный опыт в разных ситуациях.

Именно в контексте данных категорий рассматривается аутоагрессивное поведение.

В работах В.Франкла (1985) как основополагающее рассматривается понятие смысла, определяющее переживание человеком жизни или его стремление к смерти. Смерть, конечность существования придает жизни особый смысл, наполняет ее стремлением прожить максимально наполнено. Причиной аутоагрессии во многом становятся ноогенные неврозы, переживаемые как утрата смысла, интереса, апатия, рутина, проявляющиеся у молодежи в употреблении психоактивных веществ, игровой зависимости, суицидальном поведении.

Составляющими элементами суицидального комплекса являются утрата внутренних смысловых конструктов, базовых ценностей, чувства ответственности за собственную жизнь (Кудрявцев И.А. и др., 2012; Телепова Н.Н. и др., 2016). Ценностно-смысловая сфера является экзистенциальной основой личности, обладает регуляторной функцией, создавая противовес сиюминутным импульсам и ситуативным внешним стимулам. Дефиниции смысла жизни, согласованность с жизнью, чувство наполненности и самоактуализации, целенаправленность, аутентичная

жизнь – все это дает возможность успешнее справляться с разными жизненными обстоятельствами (Frankl V.E., 2006; Garcia-Alandete J., 2009; Przepiorka A., 2012). Низкий уровень смысла жизни или полное его отсутствие приводит к ощущению безнадежности, чувству нехватки контроля за собственной жизнью, отсутствию жизненных целей (Lukas E., 2001). Повышение интереса к поиску смысла жизни является фактором, противодействующим выбору аутоагрессивных исходов (Przepiorka A., 2012; Kleiman E.M., 2013), и соответственно, искажения смысловой сферы и смысловой регуляции поведения приводят к суицидальному поведению, самоповреждению, употреблению психоактивных веществ. Нарушения смысловой сферы проявляются в избегающей мотивации, стремлении к быстрому удовлетворению потребностей, непринятии ответственности, уходе от реальности (Брюн Е.А., Михайлов М.А., Цветков А.В., 2017).

В качестве предпосылок аутоагрессивных действий гуманистический подход рассматривает прежде всего эмоциональные переживания: тревогу, бессилие, утрату веры в себя, проблемы самоактуализации (Rogers C.R., 1975; May R., 1999). В трудах Р.Мэя суицид и употребление ПАВ рассматриваются как негативные исходы двух состояний: одиночества и тревоги. Отсутствие конструктивных жизненных целей, стагнация, отчаяние, неспособность найти эффективные решения для изменения ситуации, сильная и длительная тревога становятся основой для деструкции. Согласно теории К.Роджерса (1975) механизмом деструктивной деятельности является рассогласование между *Я*-реальным и *Я*-идеальным, фрустрация потребности личности в самоуважении, утрата веры в себя. В том случае, если субъект признает, что причиной фрустрации является он сам, то исходом становится аутоагрессия: суицид, самоповреждение, наркомания, алкоголизм. Индивид свободен самостоятельно определять вектор развития в своей жизни, и в этом смысле суицид служит свободным выбором. Наряду с этим присутствует мнение о том, что суицид представляет собой крайнюю форму эскапизма, то есть бегства из ситуации, субъективно переживаемой как непереносимой (Литинская Д.Г., 2012). И.Ялом (2009) развивая идеи о страхе смерти, рассматривает суицид как попытку взять под контроль свой страх.

В экзистенциальном анализе (Лэнгле А., 2006) суицид рассматривается как результат внутренней установки личности по отношению к жизни. Негативная оценка собственной жизни приводит к решению против нее, суициду. А. Лэнгле выделяет 3 фактора, препятствующих реализации суицидального намерения: позитивная внутренняя установка в отношении жизни, страх перед смертью, недостаток сил, вследствие переживания депрессивной симптоматики. Среди выделенных факторов наибольшее значение имеет позитивная внутренняя установка, включающая в себя «рассудочное знание» (информированность личности об объективных причинах происходящего) и веру (основанное на собственном опыте и воспоминаниях позитивное переживание жизни).

Еще одно направление в рамках экзистенциального подхода - *дазайнализ* (Босс М., 2009; А. Хольцхей-Кунц А., 2016) – рассматривает суицид и зависимость от употребления ПАВ как стремление личности опровергнуть неизбежность или симуляцию изменений. Ключевым в понимании аутоагрессивных исходов является душевное страдание, возникающее в результате осознания «тягот бытия». Особая чуткость человека к тому или иному аспекту бытия становится предиспозицией для таких переживаний.

Способность личности к преодолению жизненных невзгод рассматривается в рамках концепции жизнестойкости (Maddi S.R. et al., 1994.). Высокий уровень жизнестойкости сопровождается переживанием витальности, мотивацией к здоровому образу жизни, противодействуя, таким образом, девиантным формам поведения. Низкий уровень жизнестойкости ряд авторов рассматривают, как предпосылку психопатологии и аутоагрессивного поведения (Маклаков А.Г., 2001; Леонтьев Д.А., 2003; Александрова Л.А. 2005; Борисов И.В., Гладышева А.Г., 2013; Garcia-Alandete J., 2009; Przepiorka A., 2012) и соотношения защитных факторов и факторов риска, в качестве предпосылки для аутоагрессивных исходов в подростковом возрасте (Махнач А.В. и др., 2007). Жизнестойкость подростков определяется такими защитными факторами, как индивидуальные способности, семейные отношения, социальная поддержка.

Представления о подростковой аутоагрессии отражены в рамках нескольких экзистенциальных теорий. Д.Шумакер предложил модель развития экзистенциальной тревоги в подростковом возрасте, которая представляет собой основу для аутоагрессивного поведения (Shumaker D., 2016). В подростковом возрасте понятие жизни и смерти начинает осознаваться в более широких экзистенциальных контекстах (Berman S.L. et al., 2006). Нормативной задачей этого периода является экзистенциальное исследование мира, заключающееся в переосмыслении собственного будущего, ценностей, отношений и т.д. (Berman S.L. et al., 2006). Реализация такой возрастной задачи сопряжена с возрастанием тревоги и депрессии. Экзистенциальную тревогу рассматривают как нормативный феномен подросткового возраста (Berman S.L. et al., 2006). На экзистенциальную тревогу подростка влияет множество биологических, личностных, семейных, социокультурных факторов. То, как он справляется с этим типом тревоги, определяет процессы адаптации и дезадаптации. В кризисный подростковый период устанавливается качественно иной контакт с экзистенциальной тревогой, чем тот, что был достигнут на более ранних этапах развития ребенка. Уровень экзистенциальной тревоги в младенческом возрасте связан с частотой микротравм, проявляющихся в задержках кормления, пренебрежении, жестоким отношении со стороны матери и других близких. С течением времени у взрослеющего ребенка будет формироваться вербализуемое им переживание «жить – это страшно», «я никому не могу доверять». По мере того, как ребенок продолжает взрослеть, три основных аспекта будут влиять на то, как эти экзистенциальные проблемы и тревоги переживаются и разрешаются в подростковом возрасте: переживания, связанные с травматическим опытом; изменения в процессе взросления (мировоззрение, идентичность, ценности, межличностные отношения и т.д.); привязанность ребенка к близким людям. Возрастание экзистенциальной тревоги сопряжено с возрастанием рисков аутоагрессивного поведения, таких как самоповреждающее, суицидальное, рискованное поведение, употребление психоактивных веществ (Григорьева А.А., 2020).

Аутоагрессивное поведение подростков определяется как аперсональная форма поведения (Баранников А., 2010). Сила и ресурсные характеристики

личности являются главным критерием при формировании аутоагрессивного поведения. Клиническая симптоматика в контексте данного подхода рассматривается как второстепенный фактор. Личности с нарушенной персональностью характеризуются низким уровнем контакта с самим собой (трудно дифференцируют свои эмоциональные состояния), сниженной самооценностью, низким уровнем рефлексии собственного поведения. Такие характеристики становятся предпосылками деструктивных форм поведения, в том числе и направленных на самих себя (Бараников А.С. и др., 2009).

Важное значение в формировании аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте отводится их способности к аутентичности (Бадымов В.А., 2012). Аутентичность в экзистенциальной психологии понимается как цельность образа Я, принятие себя во всех своих проявлениях, устойчивость внутренней позиции личности, исходя из которой человек взаимодействует с внешним миром (Волков Ю.Г., 2006; Труфанова Е.О., 2010; Зубова Л. В., Соловых О. В., 2013). Стремление к поиску собственной аутентичности является фундаментальной экзистенциальной мотивацией личности (Лэнгле А., Уколова Е.М., Шумский В.Б., 2014). То, как личность самоотождествляет себя, понимает и принимает свои индивидуальные особенности проецируется на социальном окружении. Утрата аутентичности во взаимодействии с окружающим личностным миром приводит к нарушению личностных границ, соотнесению с собой и с миром, выбору избегающей стратегии поведения. Такой механизм является основой разных видов аутоагрессивного поведения (Бадымов В.А., 2012).

Многие экзистенциальные теории и модели аутоагрессивного поведения, в том числе и в отношении подросткового возраста, получили эмпирическое подтверждение. В ряде экзистенциальных исследований отмечается, что переживание экзистенциального кризиса, включающее отсутствие смысла, позитивного отношения к жизни, сопряжено с суицидальными тенденциями (Costanza A., 2019). В исследовании испанских авторов (José H.Marco J.H. et al., 2015) приводятся данные о роли смысла жизни в формировании самоповреждающего поведения в возрастной группе от 16 до 60 лет. Существуют исследования, показавшие, что низкий уровень



смысла связан с проблемами психического здоровья: зависимостью от употребления психоактивных веществ, депрессией, суицидом (Kleiman E.M., Beaver J.K., 2013). Было выявлено, что структура ценностей многих респондентов молодого возраста с синдромом алкогольной зависимости характеризуется узостью ценностно-смысловой направленности, ограниченностью смыслами личной жизни (Брюн Е.А. и др., 2017). Так, в исследовании Т.Г. Бохан, Т.Б. Берлизовой, В.Н. Кузнецова, О.Н. Галажинской (2014) приводятся данные о взаимосвязи нарушения процесса самореализации пациентов с алкогольной зависимостью. Проблемы самореализации связаны с формированием образа мира и образа жизни. Механизмы аутодеструкции запускаются при максимальном разрыве между образом мира и образом жизни.

В исследованиях подростковой аутоагрессии были выявлены 4 основных экзистенциально-психологических фактора, имеющих корреляцию с суицидальностью: безнадежность, враждебность, негативная Я-концепция, социальная изоляция (Rutter P.A., 2004; Muehlenkamp T.J., 2014). В работах отечественных авторов показано, что отсутствие переживания смысла у подростков влияет на суицидальные мысли и фантазии о смерти, является предпосылкой антивитаальных планов (Розанов В.А. и др., 2012).

В исследованиях С.Л. Бермана (2006) представлены эмпирические данные относительно переживания подростками экзистенциальных проблем (Beerman S.L. et al., 2006). Половина опрошенных молодых людей ощущали предчувствие смерти в моменты опасений за свою дальнейшую судьбу (64%), переживали чувство бессилия (30%), пустоты (70%), осуждения (53%) и вины (59%), 96% выборки одобрили по крайней мере одну значительную область экзистенциальной тревоги.

Социальный и средовой подход фокусируется на роли социальных и экологических факторов аутоагрессивного поведения.

А.Бандура (1969) предложил теорию социального научения, в рамках которой агрессивное поведение – это модель, которую личность усваивает в процессе научения, ориентируясь на свое ближайшее окружение: семью, референтную группу, средства массовой информации и т.д.

Эвристическая модель самоповреждающего и суицидального поведения акцентирует свое внимание на приоритете социальных факторов в формировании разных форм аутоагрессивного поведения, включая табакокурение, алкоголизм (Heatherton T. F., Sargent J. D., 2009). В рамках модели выделяют 3 группы факторов:

- 1) семья, сверстники, соседи - способствуют возрастанию рисков эмоциональной дисрегуляции и психопатологии;
- 2) острые социальные стрессоры, вызывающие потребность в формировании эффективных копинг-механизмов;
- 3) социальные механизмы лидера, вовлеченного в аутоагрессивное поведение.

Безусловно, большая заслуга психологических и социальных концепций аутоагрессивного поведения заключается в акцентировании внимания на роли личности и социума, однако в данных теориях недооценивается биологические и медицинские предикторы аутоагрессии.

В последнее десятилетие отмечается расцвет биологических подходов к пониманию феномена аутоагрессии, что связано с развитием нейробиологических наук, совершенствованию технологий нейровизуализации. Интерес к биологической основе аутоагрессивного поведения связан с попытками найти его объективные основания. К биологическим моделям аутоагрессивного поведения относят концепцию об эндогенной опиоидной системе (Richardson T.J., 1986; Favazza A.R., 1988; Sher L., 2009); теорию нарушения серотониновой трансмиссии (Herpertz S., 1997, Sher L., 2009); эпигенетическую теорию (Weaver I.G., 2004) и моноаминергическую (Brodie M.S. et al., 1990; Wize R.A., et al., 1992; McBride W.J. et al., 1993). В рамках биологического подхода большое значение в формировании суицидального поведения отводится липидному обмену (Muldoon M.F. et al., 1990; Lindberg G. et al., 1992; Zureik M. et al., 1996); иммунной системе (Nassberg L., et al., 1993); работе гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной системы (Lester D., 1992; Gerra G. et al., 1997; Pivac N. et al., 1997), роли гамма-аминомасляной кислоты (Mann J.J., 1998).

Клинический подход рассматривает аутоагрессию как продукт психических заболеваний. Так повышение риска суицида и самоповреждение связывают с пограничным типом личностной организации (Esmacilian N. et al., 2019; Rush K. et al., 2020), депрессией (Teismann T. et al., 2018 Brunstein Klomek A. et al., 2019), с расстройствами настроения, в особенности тревожного спектра (Himmelhoh J.M., 1987; Maris R., 2002; Hawton K., 2003), с посттравматическим стрессовым расстройством (Амбрумова А.Г, 1983; Madsen T., 2014) алкоголизмом (Шустов Д.И., 2004; Разводовский Ю.Е., 2008).

Психиатрическая синдромальная модель рассматривает аутоагрессивное поведение как симптомы психических заболеваний, в соответствии с общепринятой медицинской классификацией болезней. Так, среди критериев пограничного личностного расстройства в DSM-IV приводятся: рецидивирующее суицидальное поведение, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.

Отдельно следует выделить интегративные модели аутоагрессивного поведения, объединяющие психологический, психиатрический, биологический и социальный подходы воедино. Интегративные модели рассматривают аутоагрессивное поведение как результат взаимодействия целой системы факторов.

Модель суицидального поведения А.Г. Амбрумовой (1978) основана на сочетании социальных и психологических факторов, лежащих в основе суицидального поведения. А.Г.Амбрумова рассматривает суицид как результат социально-психологической дезадаптации, выделяя в ней 2 основные фазы: predispositional и suicidal. Предиспозиционная фаза включает в себя психопатологические предпосылки, негативные психологические переживания, распределяемые на 2 основных типа: аффективно-напряженный и аффективно-редуцированный. Длительность такой фазы может составлять минуты, а может и месяцы. Переход из одной фазы в другую катализирует суицидогенный конфликт.

В рамках биопсихосоциального подхода разработана модель Стресс-диатеза (Coyne J. et al., 1991). Суицидальное поведение рассматривается как результат воздействия стрессоров на уязвимость, которая определяется совокупностью

предикторов: психологических предрасположений, нейробиологических нарушений, онтогенетической травматизацией и др.

Интегративная концептуальная модель основана на теории стресс-диатеза. Б.С.Положий (2010) предложил систематизацию рангов для групп факторов по степени их влияния на возникновение суицидального поведения. К факторам первого ранга, без которых суицидальное поведение не возникнет в ответ даже на самые сильные стрессоры, относят биологические (генетические), клинические (наличие психических заболеваний), личностно-психологические (импульсивность, эмоциональную неустойчивость, трудности с самооценкой, склонность к самообвинению, несформированные ценностные ориентации, низкая стрессоустойчивость) (Амбрумова А.Г., 1997; Положий Б.С., 2010; Г.С.Банников, 2015; Панченко Е.А., 2016; Mann J.J., 1999; Zalzman G., 2016). Факторы второго ранга включают злоупотребление психоактивными веществами, религиозные убеждения, факты насилия, соматические заболевания и др. Данные факторы способствуют усилению суицидального риска, но не являются предикторами его возникновения. К факторам третьего ранга относятся показатели социально-экономического и политического благополучия социума, а также этнокультуральные факторы.

Модель траекторий развития суицидального поведения у подростков (Bridge J.A., 2006) включает следующие факторы, определяющие риск суицидального поведения подростков: психические и физические расстройства, индивидуальность и психологические особенности, семейные, биологические факторы, инфекцию, доступ к средствам самоубийства, медицинское вмешательство.

Комплексная функциональная модель самоповреждений у подростков (Nock M., Prinstein K., 2009) включает в себя представление об автоматическом и социальном негативном и позитивном подкреплении.

Модель стресс-уязвимости (Wasserman D., 2001) рассматривает суицид как процесс, на который оказывают влияние психосоциальные и нейробиологические факторы. Стресс-уязвимость определяется нейроэндокринными механизмами.

#### 1.4. Резюме по главе

В первой главе диссертации представлены материалы теоретического анализа отечественных и зарубежных авторов об особенностях подросткового возраста и аутоагрессивного поведения.

В первом параграфе определены границы подросткового возраста, рассмотрены психологические особенности подростков. Отмечено, что подростковый возраст отличается многочисленными и многоплановыми изменениями в телесном, психическом, психологическом, социальном, духовном уровнях. Основу для повышенного риска подростковой девиантности, включающей аутоагрессивные формы поведения, составляют психоэндокринные процессы (высокая частота возникновения и манифестаций психических расстройств), социальные изменения (противоречивое положение подростка между детством и взрослостью, ориентация на нормы референтной группы), психологические (трудности формирования самосознания, негативная психическая напряженность, готовность к риску, высокий уровень агрессии, импульсивность, психическая ригидность).

Во втором параграфе раскрыто понятие, содержание, характеристики, факторы, механизмы разных форм аутоагрессивного поведения. Показано, что специфичной чертой аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте является вовлечение индивида в разные формы девиантного поведения: употребление ПАВ, рискованное поведения, самоповреждение и др. Представлена эпидемиология разных видов аутоагрессивного поведения подростков. Отмечена взаимосвязь между увеличением употребления подростками психоактивных веществ и возрастания уровня суицидов и самоповреждающего поведения. Выделены два типа взаимосвязи между разными видами аутоагрессии: 1) полимодальный комплекс - разные виды аутоагрессивного поведения возникают наряду друг с другом, сохраняясь в виде альтернативных поведенческих проявлений в текущий возрастной период; 2) последовательная взаимосвязь - один доминирующий вид аутоагрессивного поведения сменяется другим на протяжении разных возрастных периодов.

Третий параграф главы посвящен анализу теоретических подходов к пониманию аутоагрессивного поведения. Представлены основные теоретические

подходы: психологический, социальный, биологический, клинический, интегративный. В рамках психологического подхода рассмотрены направления, апеллирующие к тем или иным психологическим предикторам (эмоциональным, личностным, поведенческим, когнитивным, межличностным и т.д.), выделяя их в качестве значимых при понимании аутоагрессии: психодинамическое, когнитивно-поведенческий, гуманистическое (экзистенциальное). Анализ данного вопроса показал, что наибольшее распространение получил когнитивно-поведенческий подход, рассматривающий аутоагрессию, как следствие когнитивных искажений, формирования дезадаптивных поведенческих схем, повышения уязвимости личности к стрессовым воздействиям вследствие психопатологических и онтогенетических факторов. Вместе с тем, ключевым к пониманию феномена аутоагрессии становится внутренняя установка личности по отношению к жизни и смерти, рассматриваемая в экзистенциальных подходах. Показано, что именно в подростковом возрасте, сопровождающимся формированием системы ценностей и смыслов, для личности становятся актуальными понятия «жизнь» и «смерть». Отмечена важная роль экзистенциальных переживаний и факторов при формировании аутоагрессивного поведения подростков: экзистенциальной тревоги, чувства аутентичности, ощущения жизни как «хорошей», жизнестойкости и др.

## ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

### 2.1. Понятие и классификация типов профилактической помощи

Профилактика аутоагрессивного поведения представляет собой комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья личности, предотвращение возникновения или повторного рецидива аутоагрессии, включая раннее выявление как признаков данного поведения, так и факторов на него воздействующих, изменение сложившихся дезадаптивных форм поведения, снижение риска их возобновления.

Основная цель профилактики снизить смертность и уменьшить вред психическому и соматическому здоровью, наносимому в результате прямых и косвенных видов аутоагрессивного поведения.

Достижение цели возможно при помощи решения различных задач:

- на формирование мотивации к изменениям, к ведению здорового образа жизни;
- усиление протективных механизмов при помощи организации доступного медицинского сопровождения, социальной поддержки семьи, психологической помощи личности (Wasserman D., 2015);
- изменение аутоагрессивных стратегий на альтернативные адаптивные формы взаимодействия с собой и социумом (Галич Г.О. с соавт., 2010; Maddi S. R., Khoshaba D. M.).

Среди основных принципов профилактики аутоагрессивного поведения отмечают своевременность, комплексный подход, последовательность, дифференцированность.

Существует несколько подходов к классификации профилактических мероприятий. Всемирная организация здравоохранения разделяет профилактику на

первичную, вторичную и третичную. В контексте профилактики аутоагрессивных форм поведения можно определить каждый из видов следующим образом.

Первичная профилактика является универсальной, направленной на всю популяцию. Следует отметить, что выборка, на которую может быть направлена первичная превенция является смешанной: в нее попадают и лица с нормативным поведением, и лица с признаками аутоагрессии. В связи с чем, задачи первичной профилактики являются универсальными: ориентация на здоровый образ жизни, информирование о негативных факторах и обстоятельствах, укрепление личностных ресурсов, повышение стрессоустойчивости.

Вторичная профилактика более специализирована. Основной ее контингент – это лица, у которых выявлены суицидальные мысли и намерения, имеющие факты несуицидального самоповреждения, употребляющие ПАВ или реализующие рискованное поведение. В ее задачи входит раннее выявление групп риска и реализация коррекционных мероприятий, направленных на изменение дезадаптивных форм поведения и предотвращение их повторного рецидива.

Третичная профилактика ориентирована на лиц с устойчивыми дезадаптивными формами поведения: совершившие суицидальную попытку, имеющие аддиктивное поведение, связанное с самоповреждением или употреблением ПАВ. Задачей третичной профилактики является содействие личности в социальной и психологической адаптации после медицинских интервенций, реализация мероприятий, направленных на укрепление личности и поиск адаптивных личностных стратегий для предотвращения рецидива прежних аутоагрессивных поведенческих форм. Также важной задачей третичной профилактики является мониторинг актуального психологического состояния, реализация своевременных кризисных интервенций для предотвращения возможного повторения аутоагрессивных актов.

Помимо повышения информированности, выявления рисков аутоагрессии, лечения психиатрических заболеваний и др., важной задачей вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения является ограничение доступа к инструментальным повреждающим и смертоносным средствам, работа средств массовой информации (Mann J.J. et al., 2005).



Комплекс профилактических мероприятий на каждом из уровней неотъемлемо включает превенцию, скрининг и интервенцию. Термин «интервенция» определяется как меры, направленные на улучшение здоровья или изменения течения заболевания (Аршинова В.В., 2012), что во многом совпадает с пониманием целей и задач профилактики. Нередко оба термина употребляются совместно – «профилактические интервенции». Разделение психологической помощи на превенцию и интервенцию представляется условным в силу невозможности четко разграничить данные мероприятия на этапах вторичной и третичной профилактики (Shneidman E., 1965, Grollman E.A., 1988; Аршинова В.В., 2012; Емельянов О.А., 2016). Интервенция включает в себя психокоррекционные, психотерапевтические, реабилитационные виды психологической, психолого-педагогической, социальной и медицинской помощи.

Мероприятия, реализуемые в рамках превенции аутоагрессивного поведения можно разделить на медицинские (включающие оказание специализированной психиатрической помощи и общемедицинские мероприятия, направленные на лечение соматических последствий прямых и косвенных форм аутоагрессии, включая суицидальную попытку), информационные или образовательные (предназначенные как для специалистов с целью повышения компетенции в вопросах аутоагрессивного поведения, так и для населения в целом, информирующие о наличии специализированной медико-психологической помощи и значимости здорового образа жизни), социальные (направленные на изменение социального статуса и улучшение социальных условий), а также психологические. Задачей психологических мероприятий является активизация личностных ресурсов, направленных на повышение сопротивляемости факторам аутодеструкции, а также коррекционная работа с лицами, прибегающими к аутоагрессивному поведению (Войцех В.Ф., 2007).

Еще одна классификация уровней профилактики включает универсальную, селективную, индикативную превенцию. Б.С.Положий и Е.А.Панченко

модифицировали данную классификацию применительно к профилактике суицидального поведения, включив дополнительно уровень антикризисного реагирования.

Универсальная профилактика направлена на общую популяцию, как и при первичной профилактике. Основные задачи на данном уровне: 1) повышение осведомленности населения и специалистов (медиков, психологов, педагогов, социальных работников) о факторах риска развития суицидального поведения и протективных факторах, информирование о работе служб и специалистов, способных оказать экстренную помощь в ситуациях нанесения физического вреда; 2) проведение специализированных профилактических программ; 3) формирование мотивации на здоровый образ жизни (Байкова М.А., 2016).

Селективная профилактика направлена на лиц с детерминантами суицидального поведения. Задачами данного этапа является скрининг суицидального риска, а также медицинская, социальная и психологическая помощь лицам, попавшим в группу риска по результатам скрининга.

Антикризисный уровень – направлен на лиц с выявленными суицидальными намерениями. Помощь, реализуемая в рамках данного этапа, фокусируется на купирование данных намерений с целью предотвращения перехода к активным суицидальным действиям.

Индикативная превенция ориентирована на лиц, реализовавших суицидальную попытку, и направлена на предупреждение возможного рецидива суицида. На данном этапе осуществляется фармакологическое и психотерапевтическое лечение, наблюдение за актуальным состоянием суицидента, психокоррекционная работа с семьей. Уровни универсальной и антикризисной превенции соответствуют вторичному этапу профилактики, соответственно индикативная - соотносится с третичной.

Таким образом, психопрофилактика аутоагрессивного поведения включает в себя превенцию, интервенцию и выявление, реализуемые как в отношении всей популяции, так и дифференцированно в отношении лиц, относящихся к категории риска. Основной целью психопрофилактики является воздействие на психическую

сферу индивида для предотвращения появления или повторного рецидивирования аутоагрессивных актов. Вторичная и третичная профилактика направлена в большей степени на выявление и интервенцию, включающие скрининг, психокоррекцию и психотерапию.

## **2.2. Основные подходы в профилактических интервенциях в отношении аутоагрессивного поведения**

Для решения задач профилактики аутоагрессивного поведения используются различные психотерапевтические подходы. На уровне первичной профилактики применение психотерапевтических методов направлено на формирование протективных личностных механизмов. На вторичном и третичном уровнях - с целью коррекции поведения. В превенции аутоагрессии используются: психодинамический, когнитивно-поведенческий, интерперсональный, экзистенциальный и др. подходы (Berman H.L., et al., 2006). Многие направления превенции, несмотря на свою теоретическую разработанность и эмпирическую обоснованность, не являются специфичными для подросткового возраста. Следует отметить, недостаток эмпирических данных в отношении эффективности применения разных психотерапевтических подходов в превенции подростковых суицидов в амбулаторных условиях.

### **2.2.1. Психодинамический подход в превенции аутоагрессивного поведения**

Психодинамическая терапия основана на пяти важных положениях:

- 1) центральная роль в психическом функционировании принадлежит бессознательному;
- 2) поведение человека имеет символическое значение;
- 3) существуют интернализированные бессознательные конфликты;
- 4) каждый симптом имеет свое значение;
- 5) мысли, основанные на переносе, играют важную роль в терапии.

Основные задачи, решаемые в ходе терапевтической интервенции при суицидальном и самоповреждающем поведении, – вернуть контроль за собственным эмоциональным состоянием и принять иное решение, помимо аутодеструктивного; формирование образа *Я* в противовес диффузной идентичности, улучшение межличностных отношений. Психодинамическая терапия применяется как со

взрослыми, так и с детьми (Delgado S. V., 2008). Во время терапии суицидальности пациентам предлагается сосредоточиться на панической тревоге и моменте утраты контроля, возникающих при суицидальных интенциях. Большое внимание уделяется явлению переноса в терапевтических отношениях, а также распознаванию и интерпретации бессознательных интенций личности. Психодинамическая терапия рассчитана на длительный период. Оценка эффективности терапевтической интервенции осуществляется по истечении 1-5 лет.

Психодинамический подход включает такие виды психотерапии, направленные на работу с суицидальным и самоповреждающим поведением, как межличностная, сфокусированная на трансфере, терапия объектных отношений, а также психодинамическая терапия, основанная на ментализации. Применение психодинамического подхода в психотерапии с подростками с суицидальным и самоповреждающим поведением активно разрабатывается (Briggs S. et al., 2009), однако большинство видов психодинамической терапии пока ориентированы на взрослых и доказали свою эффективность только в отношении данной возрастной группы.

Межличностная психодинамическая терапия (interpersonal psychodynamic psychotherapy) разрабатывалась для лечения амбулаторных пациентов с депрессией с целью улучшения межличностных отношений и навыков (Klerman G. L., Weissman M. M., 1994). В последующем получила более широкое распространение в использовании с пациентами, имеющими пограничное личностное расстройство, употребляющими ПАВ. Каждый сеанс групповой терапии построен таким образом, чтобы сосредоточить внимание пациента на анализе межличностных успехов и неудач. Получены противоречивые результаты контролируемых рандомизированных испытаний эффективности данного вида терапии в отношении взрослых пациентов с косвенными видами аутоагрессии: расстройствами пищевого поведения и употребления ПАВ (Weissman M.M. et al., 1981). В отношении суицидального и самоповреждающего поведения взрослых есть единичные данные о снижении суицидальных мыслей после 4 сессий терапии (Guthrie E. et al., 2003). Имеются современные данные об эффективности интерперсональной психодинамической терапии с подростками, страдающими депрессией (Horner A. J., 2018).

Психодинамическая терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy), направлена на улучшение контроля за аффективным состоянием, включая идентификацию и выражение аффекта, усиливая чувство Я пациента. Значимыми аспектами терапии являются позиция психотерапевта и ментализация переноса. Применение психотерапии, основанной на ментализации, имеет ограничение в работе с пограничными личностными расстройствами, так как пациенты с данным расстройством не имеют достаточной способности к ментализации (Bateman A. et al., 2010). Имеются исследования эффективного применения данного вида терапии с подростками, демонстрирующими самоповреждающее поведение (Rossouw T.I. et al., 2012).

Сфокусированная на трансфере психотерапия (Transference-Focused Psychotherapy) адаптирована для работы с подростками с пограничными личностными расстройствами (Kernberg O. F. et al., 2008). Использует в качестве теоретической основы модель современной психоаналитической теории объектных отношений. В терапии используются методы репрезентации отвергаемых частей Я и других людей. Основная цель – интеграция идентичности. Предполагается, что усиление дифференциации и интеграции переживаний приводит к тому, что личность развивает способность более гибко и позитивно мыслить о значимых других и о себе. К общим задачам терапии относятся улучшение самоконтроля, снижение импульсивности, повышение способности к регуляции эмоций, повышение удовлетворенности отношениями, а также улучшение способности реализовывать жизненные цели (которые согласуются со способностями и желаниями личности). К специфическим целям относят уменьшение выраженности симптомов, характерных для пограничного личностного расстройства, в частности суицидального и самоповреждающего поведения. В исследованиях приводятся данные об эффективности данного вида интервенции в работе с пограничным личностным расстройством, имеются также данные о снижении суицидальности (Kernberg O. F. et al., 2008; Doering S. et al., 2010; Levy K. N. et al., 2019).

Психодинамическая терапия объектных отношений (Object-relations psychodynamic psychotherapy) основана на идее вовлечения психики в объектные

отношения как прототип интерперсональных отношений здесь и сейчас (Horner A. J., 1991). Данный терапевтический подход используется для пациентов с пограничным личностным расстройством, имеющими самоповреждающее поведение (Lewis K. S. et al., 2016). Существуют единичные эмпирические данные по применению данного вида интервенции с подростками с самоповреждающим и суицидальным поведением (Stavrou P. D. et al., 2018).

В современных обзорах показано, что психоаналитическая и психодинамическая психотерапия эффективна в снижении суицидального поведения и имеет краткосрочную эффективность в снижении самоповреждения (Briggs S. et al., 2019). Имеются также данные об эффективности данного подхода с детьми и подростками, имеющими различные психические расстройства (Gatta M. et al., 2019). Однако необходимы дополнительные исследования в отношении эффективности применения подхода с подростками, имеющими суицидальное и самоповреждающее поведение.

### **2.2.2. Когнитивно-поведенческий подход в превенции аутоагрессивного поведения**

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) основывается на функциональной модели, объясняющей аутоагрессивное поведение прежде всего как результат психопатологического процесса. Цель терапевтической интервенции - контекст, который определяет возникновение и поддержание риска аутоагрессивного поведения с течением времени. Когнитивно-поведенческая терапия широко применяется в работе как со взрослыми, так и с подростками с суицидальным и самоповреждающим поведением. Достоинство терапии состоит в краткосрочном формате и возможности осуществлять антикризисные интервенции в период высокого суицидального риска.

Отличительной особенностью когнитивно-поведенческой терапии с суицидальными пациентами является положение о том, что мышление и восприятие такого пациента содержат негативные умозаключения, к которым у него снижено или отсутствует совсем критическое восприятие. В связи с этим основной метод в работе терапевта — это выявление, исследование и содействие пациенту в переструктурировании таких заключений (Бэк А., 2003).

В превентивной работе при суицидальном поведении КПТ основывается на представлении о том, что гипертрофированное восприятие суицидентами своих проблем, склонность проецировать текущие неудачи на будущее, отсутствие попыток к решению трудностей усиливают желание в отношении смертельного исхода. Основная задача КПТ в работе как с суицидальным, так и с самоповреждающим поведением определяется фокусировкой на формировании навыков поиска способов решения проблемных ситуаций альтернативных самоповреждению и суициду.

Краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия в превенции суицидов (Brief Cognitive Behavioral Therapy, - BCBT) рассчитана на короткую интервенцию при высоком суицидальном риске как у взрослых, так и у подростков (Rotheram-Borus M. J. Et al., 1994). Основана на теории гибкой уязвимости суицида (Fluid vulnerability theory of suicide) и концепции суицидального модуса (Concept of suicidal



mode). Центральным компонентом в ВСВТ является план антикризисного реагирования. Терапевт во время интервенции обеспечивает пациента четкой инструкцией, в которой пошагово описываются действия, которые необходимо предпринять во время кризиса, чтобы более адаптивно на него реагировать. Основные компетенции специалиста ВСВТ включают в себя знание терминологии, формирование терапевтического альянса, составление информированного согласия (Silverman M.M., 2006). На первом этапе краткосрочной терапии необходимо определить, какие индивидуальные убеждения есть у пациента в отношении суицида. В процессе терапии важно проявлять уважение и поддержку тенденции пациента к автономии. Далее терапевт предоставляет пациенту информацию о причинах суицида, а также об особенностях терапии, после чего разрабатывает с пациентом индивидуальный план действий на каждую проблемную ситуацию, фиксируя его на специальных карточках, которыми пациент может воспользоваться, сталкиваясь в обыденной жизни с данными ситуациями (Stanley B. et al., 2012).

Одним из эффективных подходов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны является диалектико-поведенческая терапия (ДПТ, Лайнен М., 2019). Данное направление разрабатывалось для женщин с пограничным личностным расстройством, имеющих историю длительного и множественного нелетального суицидального поведения. Базируется на биосоциальной модели суицида. Включает в себя широкий спектр форм работы: психообразование в группах жизненных навыков, индивидуальную психотерапию, телефонные консультации между сессиями, клинические супервизии. Индивидуальная психотерапия интегрирует широкий спектр когнитивно-поведенческих методов: тренировка эмоциональной регуляции, совладания со стрессом, решения проблем, способности к когнитивной реструктуризации, поведенческий тренинг. Акцент делается на философском принципе «диалектики»: в ходе беседы обнаруживаются противоречия и несоответствия в представлениях пациента о жизни, в частности в отношении ситуаций, связанных с аутоагрессивным поведением. Важной в терапии считается особая позиция терапевта принимать аутоагрессивное поведение пациента и предлагать ему альтернативные формы выхода из сложившихся ситуаций. Терапевт выступает в

роли советника для пациента, делая важную работу для самого пациента, а не выполняя заказ родственников. Задача терапевта – находить смысл и ценность в каждой реакции пациента и транслировать это ему. Диалектико-поведенческая терапия была адаптирована в работе с подростками (Rathus J., et al., 2002; Backer H.S. et al., 2009) как с суицидальным (Klein D.A. et al., 2011), так и с самоповреждающим поведением (Fleischhaker C. et al., 2011). Протокол диалектико-поведенческой терапии для подростков включает техники, направленные на эмоциональную регуляцию, стрессоустойчивость, улучшение межличностных отношений.

Проблемно-ориентированная терапия (Problem-Solving Therapy) (D'Zurilla T.J. et al., 1971) включает в себя обучение навыкам и установкам, необходимым для содействия активному решению проблем. Основные мишени терапии: формирование позитивных установок при анализе проблемы; обучение рациональному решению проблем (формулирование проблемы, генерирование альтернативных решений, принятие и проверка решения); уменьшение интенции к избеганию и импульсивному решению проблем. Данный вид терапии активно применяется в работе с подростками как с суицидальным, так и самоповреждающим поведением (Eskin M., Ertekin K., Demir H., 2008; Walker K. L. et al., 2017).

Обучающая когнитивно-поведенческая терапия (Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy, - МАСТ) (Evans K. et al., 1999) представляет собой краткосрочный вид психотерапии, объединяющий проблемно-ориентированную терапию с когнитивными методами, направленными на профилактику рецидивов суицидальных попыток и несуйцидального самоповреждения. Применяется как со взрослыми, так и с подростками. Имеются данные исследователей по эффективности применения МАСТ со взрослыми: снижение суицидальных мыслей, степени и тяжести самоповреждающего поведения (Harned M.S., Jackson S.C., Comtois K.A., Linehan M.M., 2010). Программа МАСТ была адаптирована для подростков (Taylor L. M. W. et al., 2011). Подростковая версия носит название «Программа уменьшения порезов» (Cutting-Down Programme, CDP). Программа была протестирована на небольшой выборке, по результатам получены данные об уменьшении самоповреждающего поведения, снижении симптомов депрессии и тревоги у подростков.

Имеются многочисленные данные об эффективности разных направлений КПТ при терапии депрессии у детей и подростков (Brent D. et al., 1997; Clarke G. et al., 2002; Melvin G. et al., 2006). Отдельные исследователи отмечают ограниченную эффективность данного подхода в отношении суицидального поведения подростков и употребления ПАВ (Donaldson D. et al., 2005; Spirito A. et al., 2011; Esposito-Smythers C. et al., 2012). При сравнении результатов разных направлений КПТ в терапии подростковой аутоагрессии существенных различий не обнаружено.

По результатам применения краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии, количество суицидальных попыток уменьшалось на 32-50% (Craig J. Brian et al., 2018).

Исследование эффективности ДПТ показало, что в течение 12 месяцев происходит уменьшение симптомов самоповреждения на 32%. 86% пациентов остаются на терапии в течение года (Craig J. Brian et al., 2018). Количество повторов суицидальных попыток после курса терапии составляет 40%. Применение ДПТ для суицидальных подростков не выявило преимуществ по сравнению с обычными КПТ подходами в лечении.

Также не обнаружено преимуществ в отношении применения проблемно-ориентированной терапии для подростков как с суицидальным поведением, так и с несуйцидальным самоповреждением по сравнению с обычной КПТ терапией (Townsend E. et al., 2001; Donaldson D. et al., 2005).

В пилотном исследовании результатов применения обучающей когнитивно-поведенческой терапии (МАСТ) с подростками выявлено незначительное снижение частоты самоповреждения, однако по сравнению с другими методами терапии статистической разницы в эффективности не обнаружено (Evans K. et al., 1999; Taylor L.M., 2017).

Результаты применения интегративной когнитивно-поведенческой терапии (Integrated Cognitive-behavioral Therapy, - I-CBT) для подростковой популяции с суицидальным поведением и употреблением ПАВ показали лучшие значения, чем при обычной КПТ стратегии. Протокол интегрированной КПТ, в отличие от обычной КПТ, включает как индивидуальные занятия с подростком, так и

индивидуальную терапию для родителей. В эмпирических данных приводятся следующие результаты: возобновление суицидальных попыток у подростков после курса I-СВТ – 5%, СВТ – 35%; возврат депрессивного эпизода I-СВТ – 7%, СВТ – 31%; в аналогичных пропорциях измеряется возврат к употреблению подростками ПАВ после терапии (Esposito-Smythers C. et al., 2011).

Другие виды КПТ терапии, такие как групповая терапия эмоциональной регуляции (Emotional regulation group therapy), терапия принятия (Acceptance and Commitment therapy) прошли оценку эффективности только на выборке взрослых.

В целом исследование эффективности разных видов КПТ терапии сопоставимо по результативности. Количество повторных суицидальных попыток после прохождения курса терапии составляет от 5 до 40%, по данным разных исследователей.

### 2.2.3. Экзистенциальный подход в превенции аутоагрессивного поведения

Экзистенциальная терапия направлена на решение вопросов существования человека в мире, его отношений с ним. Центральными темами как экзистенциальной философии, так и экзистенциальной терапии являются темы жизни и смерти, что особенно актуально при рассмотрении суицидальных интенций личности. Основополагающими идеями в экзистенциальной терапии являются:

- 1) терапевтические отношения представляют собой движущую силу позитивных изменений личности (Beutler V. et al., 2012);
- 2) персонифицированный подход: то, что подходит одному, то не подходит другому.

Соответственно основные действия терапевта сводятся к эмпатическому включению, формированию близких отношений с пациентом, моделированию способности противостоять тем экзистенциальным данностям, которые актуальны в жизни конкретного человека (Schneider K.J., 2011). Методология экзистенциальной терапии позволяет, как выявлять, так и содействовать формированию смысложизненных установок, переживанию свободы, улучшению адаптации в окружающей личность социальной среде, способствовать повышению степени осознания самого себя, своей аутентичности. Активизация ценностно-смысловой сферы личности, опора на понимание экзистенциальных мотиваций создает благоприятные условия для процессов самоактуализации и самореализации личности, что, в свою очередь, является протективным механизмом аутоагрессивных форм поведения (Григорьева А.А., Поваренков Ю.П., 2016).

К основным направлениям экзистенциальной терапии, применяемым в работе с аутоагрессивным поведением, можно отнести: терапевтический дизайн-анализ (Хольцхей-Кунц А., 2016); логотерапию (Франкл В., 1990); экзистенциально-аналитическую терапию (Лэнгле А., 2006); экзистенциально-интегративную психотерапию (Schneider K.J., 2011). Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований разных видов экзистенциальной терапии показал преимущество

логотерапии по сравнению с другими терапевтическими подходами (Vos J. et al., 2015).

Логотерапия (Франкл В., 1990) - психотерапевтический подход, направленный на то, чтобы помочь личности приобрести цели и смыслы в жизни. Логотерапевт работает с конкретным смыслом конкретной ситуации, в которой оказалась личность. Вектор логотерапии направлен в будущее: душевное здоровье - оптимум напряжения между тем, что уже достигнуто и тем, что еще предстоит осуществить. Важной частью логотерапии является профилактика кризисов. Основные методы логотерапии - парадоксальная интенция; де-рефлексия и сократический диалог – направлены на развитие самодистанцирования и самотрансценденции, изменения самоощущения в стрессовых ситуациях, уменьшения отрицательного эффекта рефлексии. Самодистанцирование определяется как способность личности занимать позицию в отношении себя и мира. Самотрансценденция – выход личности за пределы самой себя - проявляется в умении сочувствовать и переживать близость, жить ради кого-то, чувствовать ценности, переживать глубокие отношения. Логотерапия отличается особым отношением к темам жизни и смерти. Смерть (конечность существования) придает жизни особый смысл, наполняет ее стремлением к максимальной наполненности. Одно из понятий, используемых в логотерапии – «ноогенные неврозы», переживаемые как утрата смысла, интереса, апатия, рутина, проявляющиеся у молодежи в ситуации употребления психоактивных веществ, игровой зависимости, суицидальном поведении. Метаобзор эффективности применения логотерапии и экзистенциального анализа как при психических, так и соматических нозологиях у взрослых и детей, представлен в работах А. Баттиани (Thir M. et al., 2016). Применение логотерапии в работе с подростками, имеющими аутодеструктивное поведение, обосновано во многих исследованиях (Dogra A. K. et al., 2011; Hannila P. et al., 2013). Показана эффективность превенции суицидальных мыслей у подростков (Bronk K.C. et al., 2010; Golami M. et al., 2010; Armstrong L.L. et al., 2013; Haditabar H. et al., 2013; Kang K.A. et al., 2013). Отмечается снижение суицидальных мыслей и суицидального поведения при содействии подросткам в формировании смысла в ходе терапевтической работы. В отношении косвенных видов

аутоагрессии, таких как употребление алкоголя, сопровождающихся переживанием утраты смысла, также имеются данные об эффективности логотерапии в подростковом возрасте (Schnitzer L.W. et al., 2013).

Экзистенциально аналитическая терапия (Лэнгле А., 2018) направлена на содействие личности в переживании исполненной экзистенции. Задача психотерапевтической интервенции – выявить и подчеркнуть личное на фоне психопатологических проявлений. А.Лэнгле (2006) обозначил следующие значимые аспекты в работе с суицидальностью: заключение антисуицидального контракта, выявление диссимуляций суицидальных интенций, исследование мотивов, чувств, планов в отношении суицида. Основные направления в психопрофилактике суицидальности соответствует мерам, направленным на превенцию депрессии: распознаванию стрессфакторов и заботе о себе при их обнаружении; заботе о ценностях (чувствах, отношениях, теле и др.); соотносению со временем; психотерапевтической работе с негативными жизненными установками и жизненными препятствиями, которые переживаются как нерешаемые, безвыходные. Принципы экзистенциального анализа в терапии детей и подростков нашли свое применение в трудах А.Локтионовой (2002), В.О.Кузубова (2015), Т.Н.Карпунькиной (2015). Однако данных об эффективности применения экзистенциально-аналитического подхода в превенции подростковой суицидальности нет.

Экзистенциальная интегративная психотерапия (ЭИП) – терапевтический подход, рекомендованный для работы с подростками (Schneider K. J., 2008; Shumaker D., 2017), позволяет юным пациентам вновь принять те аспекты внутри себя, которые ранее были отвергнуты. Вопросы смысла жизни, смертности, ответственности, индивидуальности и вины стоят перед многими, если не всеми, людьми. Четыре экзистенциальные данности человеческого существования И.Ялома (2009) – страх смерти, бессмысленность, свобода и изоляция – лежат в основе множества человеческих переживаний. Экзистенциальная интегративная психотерапия использует в работе с подростками методы, заимствованные из других видов экзистенциальных направлений: парадоксальную интенцию, обращение к актуальным жизненным содержаниям, работу с сопротивлением подростка, метод

конфронтации с самим собой, обсуждение значимых ценностей, позицию «присутствия» терапевта в процессе.

Схожесть ЭИП с направлениями третьей волны КПТ (маиндфулнессом, принимающей терапией и т.д.) отмечает многие исследователи, что свидетельствует о ее эффективности. Усилия по интеграции экзистенциальной терапии с другими подходами лечения становятся все более распространенными. Методы экзистенциальной терапии были интегрированы с КПТ (Hickes M. et al., 2012; Gebler F.A. et al., 2014; Sotskova A. et al., 2016), мультимодальными подходами (Rugala S.A. et al., 1998), нарративной терапией. Имеются данные по эффективности применения экзистенциальной интегративной терапии в отношении подростков, имеющих как прямые, так и косвенные формы аутоагрессивного поведения (Karavalaki M. et al., 2016). R.D. Chessick (1996) и D. Shumaker (2012) предоставили описание случаев эффективного применения экзистенциального подхода в лечении подростков с аутоагрессивным поведением.

Терапевтический дизайн-анализ направлен на формирование установки открытого видения личностью самой себя и принятия жизни в ее данности и неизменности. Подход зарекомендовал себя как эффективный в клинической практике врачей-психиатров (Jelscha S., 2018). Основные методы, применяемые в дизайн-анализе – сократический диалог и феноменологическое видение (Казакова И.Д., 2016). Феноменологическое видение определяется как восприятие, свободное от установок сознания, обращенное к субъективным переживаниям личности в отношении воспринимаемого объекта. Имеются единичные данные о применении данного подхода у подростков при косвенных формах аутоагрессии (Corrado C.A., 2012) и при суицидальности (DuBose T., 2009). Основной идеей в превенции подростковой суицидальности в рамках дизайн-анализа является забота о духовных содержаниях подростка до момента наступления его первой мысли о суициде. Терапевтическая интервенция направлена на содействие подростку в раскрытии уникальных способов бытия, предотвращая оппозиционное поведение или отказ от собственной жизни, которые возникают в случае заблокированного переживания своей уникальности.



### Интегративные подходы

Активно развиваются комплексные профилактические подходы, включающие методологию психодинамического, экзистенциально-гуманистического, когнитивно-поведенческого и других направлений, а также ориентированные на разные виды интервенций (медицинскую, социальную, психологическую). Примером такого интегративного подхода является проект «Совместная оценка и управление суицидальным риском» (Collaborative assessment and management suicidality, - CAMS, Jobs D.A., 2016). Данный подход ориентирован на краткосрочную превенцию суицидального поведения.

Развивающая групповая терапия (Developmental Group Psychotherapy) широко применяется в работе с подростками. Терапевтический подход объединяет в себе проблемно-ориентированную, диалектико-поведенческую и психодинамическую терапию. Оценка эффективности данного вида терапии не выявила преимуществ по сравнению с другими видами терапии (Green J.M. et al., 2011).

В таблице 3 представлено резюме сравнительного анализа психотерапевтических подходов, применяемых в превенции аутоагрессивного поведения подростков, описанных в данной главе.

Таблица 3.

Сравнительный анализ психотерапевтических подходов, применяемых в превенции аутоагрессивного поведения

Подход в превенции	Основные идеи	Виды терапии	Цели терапии при аутоагрессивном поведении
Психодинамический	Центральная роль бессознательного в психическом функционировании Поведение имеет символическое значение Существуют интернализованные бессознательные конфликты. Симптомы имеют значение. Мысли, основанные на переносе, играют важную роль в терапии	Межличностная психодинамическая	Сосредоточить пациента на анализе межличностных успехов и неудач
		Психодинамическая, основанная на ментализации	Улучшить контроль за аффективным состоянием, включая идентификацию и выражение аффекта, усиливая чувство Я пациента
		Сфокусированная на трансфере	Интеграция идентичности
		Психодинамическая терапия объектных отношений	Построение интерперсональных отношений здесь и сейчас
Когнит	Мышление и восприятие пациента с аутоагрессией содержат	Краткосрочная когнитивно-поведенческая	Разработка плана антикризисного реагирования

	негативные умозаключения, к которым у него снижено или отсутствует совсем критическое восприятие	Диалектико-поведенческая	Повышение эмоциональной регуляции, стрессоустойчивости, улучшения межличностных отношений
		Проблемно-ориентированная	Формирование позитивных установок при анализе проблемы
		Обучающая когнитивно-поведенческая	Обучение рациональному решению проблем
Экзистенциальный	Аутоагрессивное поведение результат вопросов существования человека в Мире и его отношений с ним. Терапевтические отношения являются движущей силой позитивных изменений личности. Персонафицированный подход: то, что подходит одному, то не подходит другому	Логотерапия	Помощь личности в нахождении целей и смыслов в жизни
		Экзистенциально-аналитическая	Содействие личности в переживании исполненной экзистенции
		Экзистенциально-интегративная	Принятие внутренних аспектов личности, которые ранее были отвергнуты
		Терапевтический да-зайн-анализ	Формирование установки открытого видения личностью себя самого и принятие бытийности в ее данности и неизменности

По результатам анализа применения различных психологических подходов (психодинамического, когнитивно-поведенческого, экзистенциального) в коррекции аутоагрессивного поведения выявлено, что наибольшее количество данных об эффективности профилактических интервенций имеет когнитивно-поведенческая терапия, а также ее разновидности (диалектико-поведенческий и проблемно-ориентированный подходы). Следует отметить дефицит исследований в отношении эффективности применения ряда экзистенциальных и психодинамических направлений. Вместе с тем, имеются данные об успешном применении логотерапии и интегративной экзистенциальной терапии при профилактических интервенциях в работе с подростковой аутоагрессией.

### 2.3. Программы превенции

Во всем мире активно разрабатываются превентивные программы, направленные на предотвращение возникновения различных видов аутоагрессивного поведения (Григорьева А.А., 2020). Существуют разные подходы к классификации и систематизации данных программ. В зависимости от заинтересованных сторон их разделяют на государственные, общественные, региональные, частные.

Территориальный охват может распространяться в рамках всего государства, может быть представлен на уровне регионов, а также локальных организаций. Адресность программ также является одним из критериев классификации: они могут быть направлены на субъектов с потенциальным риском, их родителей и родственников, а также специалистов, работающих с данным контингентом. В программах может быть реализован дифференцированный подход в зависимости от возраста, пола, типа и уровня аутоагрессивного поведения: универсальные (направлены на всю популяцию), селективные (на группу риска), индикативные (на детей с фактами аутоагрессии). Также программы могут быть рассмотрены с точки зрения реализуемого теоретического подхода к превенции: когнитивно-поведенческие, психодинамические, экзистенциальные и т.д. В зависимости от применяемой методологии и направления профессиональной деятельности специалистов, осуществляющих профилактику, выделяют образовательные, медицинские и психосоциальные. Определенный уровень превенции – еще один параметр классификации: программы первичной, вторичной, третичной профилактики, а также комплексные программы, охватывающие все уровни.

В нашем исследовании анализ программ превенции сфокусирован на следующих аспектах: вид аутоагрессии, на профилактику которого направлена программа (прямой или косвенный); уровень превенции (первичный, вторичный, третичный), теоретические основы, реализуемые в рамках программы интервенций, формат работы (индивидуальный или групповой), а также специализация программ на подростковом возрасте.

К программам первичной превенции, основанным на социальном подходе и ориентированным на профилактику девиантного поведения в целом относятся: программа «Забавные тренинги» («Coolness training») (Hagemann O., 2008) для подростков и молодых людей, имеющих высокий риск девиантного поведения. Проводимые в рамках программы групповые тренинги нацелены на повышение социальной компетентности, обучение адекватным способам реагирования в кризисных ситуациях. Программа «Тайм-аут! Вернем жизнь в нужное русло» (Time Out! Getting Life Back on Track, Appelqvist-Schmidlechner K., 2011) ориентирована на

первичную профилактику. Подросткам предлагается личное консультирование по вопросам, касающимся проблем психического здоровья, текущих жизненных ситуаций, самореализации и определения жизненных перспектив. Программа основана на психосоциальном подходе. Проводится в форме индивидуальных занятий.

Программы профилактики прямых видов аутоагрессии включают в себя превенцию суицидального и самоповреждающего поведения. Высокую результативность показала программа краткосрочной интервенции суицидальных попыток (The Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP, Michel K. et al., 2015). Программа основана на когнитивно-поведенческой теории и используется как краткосрочная терапия для пациентов после суицидальной попытки и как профилактика последующих суицидальных рецидивов. Модификацией программы является подростковый вариант (Assessment of Treatment in Suicidal Teenagers, - ASSIST).

Программа короткой проблемно-ориентированной интервенции при суицидальных мыслях (Brief problem-orientation intervention for suicidal ideation) (Fitzpatrick K. K. et al., 2005) направлена на работу с подростками группы риска с целью совершенствования навыков совладения при проблемных ситуациях. Подросткам демонстрируются видеоролики с примерами поведения и решения проблемных ситуаций. Используется индивидуальный подход применения проблемно-ориентированной терапии, предлагается в качестве терапии при стационарном и амбулаторном лечении.

В рамках обучающей когнитивно-поведенческой терапии (МАСТ) разработана специальная программа вторичной профилактики для подростков с несуйцидальным самоповреждением «Cutting Down» (Walker K. L. et al., 2017). Программа включает как групповые, так и индивидуальные формы работы, рассчитанные на 8 – 14 сессий.

Программа групповой терапии для подростков в возрасте 12-17 лет с повторяющимся самоповреждающим поведением (Green J. M. et al., 2011). Критерием включения в программу является наличие не менее 2 эпизодов самоповреждения за последние 12 месяцев. Программа основана на групповой развивающей

терапии (Developmental group psychotherapy), объединяет методы когнитивно-поведенческой, диалектико-поведенческой и проблемно-ориентированной терапии, включает 6 еженедельных групповых встреч в стационаре. Темы встреч определяются значимыми подростковыми проблемами, такими как трудности отношений со сверстниками, буллинг, семейные проблемы и т.д.

Программа ресурсного родительства (Resourceful Adolescent Parent Program, - RAP-P) (Pineda J. et al., 2013) - предназначена для родителей подростков (10-16 лет). RAP-P включает специализированный скрининг симптомов суицидального поведения и психических заболеваний, а также интервенцию, направленную на снижение выявленной симптоматики. Занятия для родителей рассчитаны на одну конкретную семью, длительностью 2 часа 1 раз в 2 недели, в ходе встреч со специалистом родителям предоставляется информация, направленная на улучшение понимания суицидального и самоповреждающего поведения и их симптомов. Также программа включает мероприятия, ориентированные выявление сильных сторон родителей, их способности управлять стрессом и решать возникающие конфликты, обучение стратегиям урегулирования конфликтов, повышения самоуважения подростков внутри семьи.

«Готландская программа» основывается на раннем выявлении признаков депрессии, оказании первичной медицинской помощи. В ее рамках проводилось обучение врачей по ранней диагностике депрессии и распознаванию суицидальных интенций. Программа зарекомендовала себя как эффективная, показав роль врача в превентивной работе. Аналогичной в Российской Федерации является образовательная программа по распознаванию и терапии депрессий РАДЕП (Корнетов Н.А.), направленная в том числе и на превенцию суицидов, реализуемая в рамках поддержки Всемирной психиатрической ассоциации. Данные программы ориентированы прежде всего на медицинские подходы в понимании аутоагрессивного поведения. Уровень превентивных мероприятий соответствует вторичной и третичной превенции. Возрастной диапазон, на который они направлены, не ограничивается подростковым возрастом, включает разные возрастные категории.

Активно разрабатываются также комплексные программы, нацеленные на разные виды аутоагрессии и коморбидные заболевания. В разных странах Европы активно используется программа SUPREME (2007) для укрепления психического здоровья (Carli V., 2016). Программа включает многоязычный, адаптированный к культурным особенностям, высокоинтерактивный веб-сайт, доступный широкой общественности и предназначенный в первую очередь подросткам. Веб-сайт предоставляет пользователям доступ к интерактивным услугам: общение в чате в режиме реального времени и дискуссионный форум под руководством специалистов в области психического здоровья. На сайте представлена информация, касающаяся различных проблем психического здоровья. Цель таких информационных контентов - повышение уровня знаний и осведомленности о психическом здоровье и самоубийствах, борьба со стигматизацией, стимулирование поведения, направленного на оказание и поиск помощи в случае наблюдаемых актов аутоагрессии. Эффективность веб-сайта была подтверждена в рандомизированном, однократном слепом контролируемом исследовании: наблюдалось статистически значимое снижение негативных исходов, связанных с психическим здоровьем, таких как депрессия, тревога, стресс, суицидальные мысли.

Сеть интернет активно используется для реализации программ, направленных на выявление и предотвращение суицидального и самоповреждающего поведения. Ряд программ позволяют анализировать контент социальных сетей и карту социальных контактов лиц с признаками суицидального поведения: приложение «Samaritan Radar» направлено на анализ личных профилей в Твиттере (Evans R., 2014); проект «Sources of Strength Australia» - ориентирован на поиск лиц, проявляющих суицидальные мысли и признаки дистресса, показал высокую эффективность в рандомизированных исследованиях (Calear A.L. et al., 2016); проект Reseach (SUPER Project) использует сетевые базы данных для выявления суицидальной динамики (De Beurs D., 2017). Социальные сети в целом обладают большим потенциалом для реализации превентивных программ.

Молодежная группа поддержки (Youth-Nominated Support Team, - YST, King C. A. et al., 2006) – программа третичной профилактики, реализуемая в социальных

сетях для поддержки подростков и молодежи, страдающих психическими заболеваниями и находящихся на лечении в стационарах по причине совершенной суицидальной попытки или самоповреждающего поведения. Программа реализуется в стационарах с использованием индивидуального подхода и основана на принципах социальной поддержки.

В последних метаанализах приводятся данные оценки эффективности подобных программ, направленных на снижение риска самоповреждающего поведения и совершения суицидальных попыток в подростковом возрасте. По их результатам обнаружено, что значимого снижения в уровне смертности, связанной с суицидами у подростков, не отмечается за последние 60 лет (Moran P., 2015). В связи с чем актуализируется вопрос поиска новых решений в превенции аутоагрессивного поведения.

#### **2.4. Профилактика аутоагрессивного поведения в общеобразовательных учреждениях**

Школы представляют возможность для лонгитюдного наблюдения за развитием личных особенностей и поведением подростка, а также своевременного выявления возникающих отклонений, в частности, аутоагрессивных проявлений подростков. Превентивная работа в отношении суицидальных действий и самоповреждающего поведения, реализуемая на базе образовательных учреждений, признана стратегией с наиболее высокой доказанной эффективностью (Mann J.J. et al., 2005; Zalsman G. et al., 2016).

Профилактика суицидального поведения подростков в общеобразовательных учреждениях в Российской Федерации проводится с 2013 г. в рамках государственной инициативы. По данным мониторинга, профилактика детского и подросткового суицида в образовательных учреждениях реализуется в 38 регионах, составляя 45,8% от общего числа субъектов РФ. Однако количественные показатели не отражают качественных данных о содержании и эффективности программ

превенции. Реализуемые в школах авторские программы не всегда имеют необходимое научное обоснование (Ефимова О., 2014). Нередко проводится только этап мониторинга, направленный на выявление детей и подростков с аутоагрессией, без дальнейших превентивных мер в их отношении.

Одним из самых крупных школьных проектов в мире является проект «Сохранение и поддержка молодых жизней» (The Saving and Empowering Young Lives in Europe, – SEYLE) (Carli V. et al., 2013). В Европе координационная работа по профилактике суицидов осуществляется Национальным центром исследования суицидов и профилактики проблем психического здоровья (National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health, - NASP). В 2009-2011 гг. в рамках данной работы был создан проект SEYLE, направленный на сохранение и укрепление психического здоровья молодых людей и подростков. Проект включал в себя 3 основные цели: скрининговую оценку учащихся групп риска; тренинг для учащихся по формированию здорового образа жизни, а также специализированный тренинг для детей, вовлеченных в группу риска.

Большинство превентивных программ основаны на психообразовании и когнитивно-поведенческом подходе. Цель программ – информирование подростков о поведенческих стратегиях при стрессе, обучение навыкам совладания и преодоления негативных эмоциональных переживаний (Григорьева А.А., 2020).

Программа «Признаки суицида» (Signs of Suicide, - SOS) (Aseltine Jr R.H., 2004) – школьная программа профилактики, показавшая значительное сокращение числа суицидальных попыток и самоубийств среди подростков по результатам ее применения. Основу программы составляет медицинский подход в понимании суицида как результата психических заболеваний. Программа включает в себя 2 компонента превенции: образование и скрининг, направленный на выявление симптомов депрессии, и других факторов риска, связанных с повышением суицидальности. Образовательный компонент программы реализуется за счет повышения понимания и распознавания подростками депрессивных симптомов как у себя, так и у своих сверстников, поощрения более адаптивного отношения к депрессии и суицидальному поведению, повышения самоконтроля за депрессивными симптомами



и суицидальными мыслями. Обзоры эффективности данной программы показали разные результаты. SOS продемонстрировала высокую эффективность при сокращении суицидальных попыток, однако низкую эффективность в отношении снижения суицидальных мыслей (Katz C. et al., 2013).

Модификацией программы «Признаки суицида» стала программа школьной профилактики «Признаки самоповреждения» (The Signs of Self-Injury, - SOSI, Muehlenkamp J.J., 2010). Она носит образовательный характер и включает 2 модуля: для преподавателей и для обучающихся. Основные цели программы: повышение знаний о самоповреждении, включая распознавание признаков и симптомов самоповреждения, формирование навыков оказания помощи как себе, так и сверстникам при самоповреждении. При реализации программы использовались такие методы, как показ видео, заполнение самооценочных шкал, проведение групповых занятий. По итогам программы удалось выявить подростков группы риска.

На обучение подростков (12-18 лет) и их ближайшего окружения распознаванию симптомов депрессии и суицида направлена также краткосрочная программа «Выживание подростков» («Surviving the Teens») (Strunk C. M. et al., 2014). Программа включает 4 занятия по 50 минут в формате психобразования (лекции, анализ видео материалов) и интерактивной активности (ролевая игра, тренинг). Основная цель программы – научить подростков распознавать признаки депрессии и суицида, улучшить взаимодействие с родителями и со сверстниками, научить регулировать свои аффективные состояния. Программа опирается на когнитивный подход, включая техники рефрейминга и релаксации.

Большую распространенность за рубежом получили программы школьных тренингов «Вопрос, убеждение, обращение» (Question, Persuade, Refer, - QPR) (Hangartner R.V. et al., 2019). Программа направлена на повышение компетентности школьных учителей в отношении аутоагрессивного поведения подростков: своевременного распознавания симптомов самоповреждения, а также оказания надлежащей помощи.

Программа профилактики «Желтая лента» (Yellow Ribbon Prevention Program, - YRSPP, Freedenthal, 2010) включает в себя информационно-

просветительскую работу с неформальными школьными лидерами, с персоналом школы, с родителями. Программа использует такую форму работы, как распространение информационной карты «Спроси о помощи» (Ask4Help), в которой содержится информация о том, куда можно обратиться за помощью и как действовать в случае возникновения проблем. Специфика программы в том, что она нацелена не на конкретную группу, а охватывает широкий круг людей, которые могут быть вовлечены в оказание помощи подростку.

Психообразовательный подход используется в программе «Молодежный курс психического здоровья» («Youth aware of mental health», - YAM, Wasserman C. et al., 2018). Программа рассчитана на подростков (14-16 лет), включает интерактивные мастерские и лекции с периодичностью 1 час в 4 недели, а также ознакомление с информационными буклетами. В рамках программы подросткам предлагается пространство для размышления, ролевых игр и обмена опытом и текущими проблемами. Задачи программы – повышение осведомленности о депрессии и суициде, укрепление протективных механизмов личности, формирование поведенческих стратегий, направленных на совладение с проблемными ситуациями и со стрессом. Целью программы является снижение суицидальных мыслей и сокращение суицидальных попыток среди подростков.

Блок программ индивидуальной поддержки подростков («Counsellors Care, Assess, Respond, Empower, - C-CARE, Coping and Support Training, - CAST), а также групповой работы с их родителями в образовательных учреждениях (Parents CARE, - P-CARE, Randell B. P. et al., 2001). Программы осуществляются консультантами, социальными педагогами, соответствуют вторичному и третичному уровням профилактики. Срок проведения программ варьирует от 4 до 10 недель. По результатам специального скрининга в образовательных учреждениях выявляются учащиеся группы риска. В ходе индивидуальных занятий с подростками применяются элементы проблемно-ориентированной терапии. По результатам отмечается снижение депрессивной симптоматики, повышение самооценки у подростков, укрепление семейных связей.

Программа интенсивной школьной интервенции для подростков (12-18 лет) с депрессией, имеющих высокий суицидальный риск (The program of Intensive Psychotherapy for Depressed Adolescents with Suicidal Risk, - IPT-A-IN, Tang T. C. et al., 2009), основана на интерперсональной теоретической модели. Программа включает скрининг с целью выявления подростков с соответствующими трудностями, а также индивидуальные занятия подростков группы риска с психологом 2 раза в неделю по 50 минут, а также 30 минут общения по телефону еженедельно. Всего программа включает 12-16 сессий. По результатам применения отмечается снижение тревожности, депрессивных симптомов и суицидальных мыслей у подростков.

На когнитивном подходе основана программа «Переструктурируй это» («Reframe IT», Hetrick S. E. et al., 2017). Она направлена на формирование адаптивных копинг-стратегий и развитие способности находить решения в проблемных ситуациях. Программа рассчитана на учащихся 14-18 лет, активно использует метод рефрейминга или переструктурирования. Реализуется 8 терапевтических встреч в индивидуальном формате 1 раз в неделю. Помимо очных встреч в рамках программы используется интернет-поддержка в виде специальных информационных сайтов.

Универсальная программа первичной профилактики «Друзья для жизни» («The Friends for life», Higgins E. et al., 2015) основана на когнитивном подходе. В рамках программы подросткам предлагается обучение когнитивным навыкам совладания с аффективными состояниями, улучшения взаимодействия с социальным окружением.

Программа «Источники силы» (Sources of Strength, Petrova M. et al., 2015; Wyman P. A. et al., 2015) использует механизмы социального лидерства. Основной ее задачей является обучение неформальных лидеров в подростковых группах с целью распространения с их помощью позитивных поведенческих стратегий внутри подростковой группы. Программа рассчитана на подростков (13-19 лет) и включает еженедельные встречи в течение 4 месяцев с супервизорами и консультантами, а также четырехчасовой интерактивный тренинг.

Существуют данные о профилактических программах, реализуемых в школах, основанных на логотерапевтическом подходе. Программа превенции депрессии и антивитаальных переживаний подростков «Моя драгоценная жизнь» (Kang K. A. et al., 2013), реализующая прикладную логотерапию, проводилась с учащимися старших классов в общеобразовательных учреждениях Кореи. По результатам отмечается статистически значимое снижение симптомов депрессии, повышение осмысленности жизни и уважения к ней. Позитивные результаты получены и при реализации психокоррекционной программы с девиантными подростками на основе логотерапии.

Программа первичной профилактики суицидального поведения подростков (14-17 лет) «Ценность жизни» (Зинова Е.Ю., 2010) основана на экзистенциальном подходе к пониманию роли ценностно-смысловой сферы для психического здоровья подростка. Целью программы является улучшение процессов социальной адаптации посредством формирования ценностно-целевой позиции личности. Программа включает скрининг для выявления подростков группы риска, групповые и индивидуальные занятия, просмотр видео материалов, досуговые мероприятия, реализуемые в рамках образовательного учреждения.

Психообразовательная программа, направленная на формирование здоровой идентичности подростков, основана на применении методов логотерапии (Şanlı E., Ersanlı K., 2020), показала высокую результативность в ходе реализации. Здоровая идентичность рассматривается разработчиками как протективная основа девиантному поведению и психическим заболеваниям (в частности, депрессии). Программа включает 11 сессий, посвященным следующим темам: смысл; исследование идентичности; жизнь и смысл, роль каждого в жизни; ответственность, свобода и вопросы смысла жизни; семья и смысл; лого-автобиография; ценности и смысл; аутентичные цели; развитие.

Для решения психопрофилактических задач на основе логотерапевтического подхода разрабатываются отдельные методы (логоарт-терапия), направленные на выявление и развитие представлений о смысле жизни, духовно-нравственных ценностей, представлений о будущем (Попова Т.А., 2014, 2017).

Существуют также программы, включающие только первый скрининговый этап без последующей интервенции. Программа «Оценка профессионалами» (Screening by professionals, - ProfScreen, Wasserman D., 2015) включает в себя проведение скринингового обследования длительностью 20 минут для подростков 14-16 лет с целью выявления проблем психического здоровья. Скрининговая программа была предложена для системы образования с целью выявления школьных прогулов «Мы остались» («We-Stay», D'Aulerio M. et al., 2012). В основе программы лежит предположение о взаимосвязи проблем психического здоровья, рискованного поведения с прогулами. Программа включает мониторинг посещаемости подростками общеобразовательных учреждений, а также оценку образа жизни учащихся, стилей совладания с проблемными ситуациями, поведения, связанного с самоповреждением, а также признаков психических заболеваний. Мониторинг проводится с помощью специального структурированного опросника. Полученные результаты используются для разработки рекомендаций по реализации эффективных психокоррекционных и медицинских мероприятий.

Большое распространение в системе образования получили программы профилактики косвенных видов аутоагрессии, направленные на предотвращение рискованного поведения и употребления психоактивных веществ.

Программа первичной профилактики для учащихся (13-17 лет) «Все, что тебя касается» (2010) основана на когнитивном подходе. Основная задача программы - профилактика рискованного поведения, формирование мотивации к здоровому образу жизни, развитие полезных жизненных навыков. Является одной из самых распространенных профилактических программ, используемых образовательными учреждениями.

Профилактика рискованного поведения и употребления ПАВ осуществляется также в рамках программы «Навигатор». Программа рассчитана на учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ, включает в себя 32 групповых занятия по 1,5 часа и интегрирует когнитивно-поведенческий и гуманистический подходы к пониманию личности. В программу включены психообразовательные лекции на темы: ВИЧ/СПИД, употребление ПАВ, тренинги, направленные на форсирование

навыков преодоления стресса и совладения с аффективными расстройствами, формирование представлений о будущем.

Программа обучения устойчивости подростков к употреблению наркотиков (The Drug Abuse Resistance Education, - D.A.R.E., Harmon M.A. et al., 1993; Ennett S.T., et al., 1994). Основные цели программы – повышение самооценки, асертивности, обучение навыкам отказа от наркотиков, уменьшение их фактического употребления. Программа состоит из 17 уроков, которые проводятся 1 раз в неделю по 45-50 минут, предусмотрен широкий спектр групповых форм работы: ролевые игры, упражнения, дискуссии. Особенность программы в том, что ее проводят сотрудники полиции, прошедшие специальное обучение.

Высокую эффективность по результатам исследований показали программы профилактики употребления ПАВ, основанные на когнитивно-поведенческом подходе. Программа формирования жизненных навыков (Воробьева Т. В. и др., 2008). включает в себя 18 занятий, разделенных на 3 блока: “личностная компетентность” (занятия с 1 по 6), “социальная компетентность” (занятия 7 - 11) и “информация о психоактивных веществах и навыках противостояния их употреблению” (занятия 12 - 18). Все встречи проходят в форме тренингов, основными методами работы являются игры и направленные дискуссии. Универсальная профилактическая программа формирования жизненных навыков («Life Skills», Botvin G. J. et al., 2014) направлена на предупреждение употребления подростками психоактивных веществ. Программа проводится в групповом формате (игры, дискуссии) и включает в себя 18 занятий на повышение личностной и социальной компетентности, информацию о психоактивных веществах и навыках отказа от их употребления. На ее основе разработана отечественная модификация «Навыки жизни» (Соловов А.В., 2000). Программа адресована младшим подросткам (9-12 лет), включает 33 занятия, сочетает в себе элементы поведенческой и гуманистической направленности.

На базе образовательных учреждений реализуется также программа «Ступени» (Батищев В.В. и др., 2010), ориентированная не только на подростков (10-17 лет), но и на детей младшего школьного возраста (7-10 лет), а также работу с родителями, учителями и другими специалистами образовательных учреждений. Цель

программы – снижение факторов риска, приводящих к употреблению психоактивных веществ. Достижение цели осуществляется при помощи групповых тренинговых занятий с подростками, направленными на формирование навыков отказа от психоактивных веществ и пропаганду здорового образа жизни, а также лекториев для родителей и специалистов.

Программа первичной профилактики подростковой наркомании «Навыки противостояния и сопротивления распространению наркотиков» (Ткачева О. Ю., Хрусталева О.С., Филатьева Л.В. 2009) сочетает в себе черты когнитивно-поведенческого и гуманистического подхода. Ориентирована на подростков в возрасте 12-16 лет, акцент сделан на развитие протективных факторов, а также профилактике факторов риска. Программа включает в себя 19 встреч. Занятия рекомендуется проводить в группе из 8 - 16 подростков.

Отдельно следует отметить программы, основанные на гуманистических и экзистенциальных подходах к превенции. На формирование навыков отказа от употребления и преодоление вредных привычек у подростков (13-15 лет) направлена программа «Путешествие во времени» (Дудина И. И. и др., 1998). Она является универсальной для всех учащихся, включает 10 занятий, продолжительностью 1-2 часа, проводится в групповом формате. Протективные задачи программа реализует посредством развития у подростков эмоционального интеллекта, а также освоения способов решения своих проблем. Программа основывается на экзистенциально-гуманистическом подходе к личности.

Комплекс программ вторичной профилактики для отказа подростков от курения (Self-Reflection Program for Smoking Cessation in Adolescents), основанных на усилении навыков саморефлексии (Sim I., Hwang E., Sin B. A., 2020): программа саморефлексии (Self-Reflection Program); программа самосовершенствования (Self-Improvement Program); программа исцеления (Healing Concert Program). Комплекс адресован учащимся средней и старшей школ, имеющим опыт курения не менее 6-ти месяцев.

Следует отметить, что большую роль в превенции аутоагрессивных форм поведения подростков в общеобразовательных школах играют учителя. С одной

стороны, учитель имеет возможность непосредственного ежедневного наблюдения со состоянием и поведением подростка, с другой - способен оказать поддержку и помощь при наличии трудностей у подростка в семье и со сверстниками. В связи с чем значимой частью профилактических программ является психообразование педагогического состава, а также включение школьных учителей в процесс скринингового обследования, направленного на выявление и верификацию фактов аутоагрессии. Для своевременного выявления аутоагрессивного поведения специалисты общеобразовательных школ должны быть осведомлены о симптомах психических заболеваний и признаках аутоагрессивного поведения с целью дальнейшей маршрутизации таких учащихся. Данный факт предполагает повышение квалификации специалистов по вопросам подростковой аутоагрессии.

По итогам анализа программ профилактики разных форм аутоагрессии у подростков выявлено, что большая часть программ на всех уровнях профилактических интервенций опирается на когнитивно-поведенческий подход или его разновидности (проблемно-ориентированный, диалектико-поведенческий), а также включает методы психообразования, направленные на распознавание симптомов, алгоритмы действий при выявлении и т.д. Профилактические программы, реализуемые в образовательных учреждениях, используют преимущественно групповые формы работы. По данным исследований эффективности, применение групповой терапии с элементами когнитивно-поведенческой, диалектико-поведенческой и проблемно-ориентированной терапии не выявило однозначных положительных результатов. Одни исследователи групповых форм превентивной работы с подростками (15-24 лет) говорят о снижении самоповреждений (Burns J. et al., 2005), по оценкам других, напротив, они имеют нейтральный эффект, при котором снижения частоты самоповреждающих актов не происходило (Green J.M. et al., 2011). Также отмечается флуктуирующий эффект в реализации подобных программ: за один год отмечают положительные результаты, за второй – положительной динамики не выявляют. Такую специфику эффективности исследователи связывают с влиянием факторов школьной среды: эмоционального климата внутри классных коллективов,



принятого стиля взаимодействия учителей и учащихся, готовности школьных педагогов к реализации профилактических программ и повышению квалификации.

Негативный эффект выявлен также по итогам исследования результатов программ профилактики суицидов, основанных на психообразовании (Spirito A. et al., 1988; Shaffer D. et al., 1990; Shaffer D. et al., 1991; Vieland V. et al., 1991). В исследовании принимали участие учащиеся, совершившие попытку суицида после прохождения программ профилактики в общеобразовательных школах. Выявлено, что повышение осведомленности подростков о суициде усугубило их состояние, сместив акцент от ситуативных проблем к конкретному аутоагрессивному решению (Kalafat J., Elias H., 1994). Во многом данная проблема связана с тем, что программы школьной профилактики используют универсальные групповые методы без дифференцированных индивидуальных подходов. Одним из возможных вариантов решения такой проблемы является регулярный скрининг состояния участников профилактических программ до, во время и после их прохождения, индивидуальный формат проведения профилактических мероприятий. По данным исследований установлено, что нет никаких побочных эффектов от прямого скрининга школьников, направленного на выявление суицидального поведения (Gould M.S. et al., 2005). Важной частью решения проблем с негативным эффектом психообразовательной тактики при проведении программ профилактики является изменение методологии с образовательной на экзистенциально-гуманистическую, позволяющую осуществить персонифицированный подход к ситуативным переживаниям подростка.

Еще одной отличительной особенностью программ превенции в образовательных учреждениях является фокусировка на универсальных программах первичной профилактики, в то время как вторичная и третичная профилактика, позволяющая осуществить селективный подход, реализуется преимущественно в клинической практике. Учитывая тот факт, что по эпидемиологическим данным большое количество подростков с самоповреждающим поведением не обращается за специализированной помощью в медицинские учреждения и при этом не перестают посещать общеобразовательные школы, то роль селективной вторичной и третичной

профилактики в рамках общеобразовательных школ приобретает особое значение в контексте выявления, маршрутизации и оказания своевременной психологической, медицинской помощи таким детям.

Таким образом, на этапе вторичной и третичной профилактики целесообразно реализовывать индивидуальные персонифицированные подходы, ориентированные на специфику гендерных, возрастных, культуральных особенностей, личностных черт и конкретной ситуации каждого подростка, а также степени выраженности риска аутоагрессивного поведения. Реализация превентивных программ в общеобразовательных школах должна включать мероприятия, направленные на всех субъектов образовательного процесса – подростков, педагогов, психологов, администрацию школы. Целесообразно расширение теоретических и методологических основ для превентивных программ, включая не только когнитивно-поведенческий подход, но и экзистенциальный, с учетом значимости вопросов жизни и смерти, ценностей, дальнейшего будущего, самоактуализации для подросткового возраста.

Программы профилактики, реализуемые в общеобразовательных школах, могут отличаться в зависимости от особенностей внутришкольной среды, возможностей и компетенций работающих в школах специалистов. Важной частью школьных программ профилактики является комплексность, то есть включение методов, направленных на превенцию не только одного конкретного вида аутоагрессии (например, суицида), а охватывающие разные ее виды, учитывая полимодальный характер самоповреждающего поведения подростка.

## **2.5. Резюме по главе**

Исследование проблемы профилактики аутоагрессивного поведения подростков включало анализ понятия и классификации типов профилактической помощи, определение основных подходов в профилактических интервенциях,

описание программ превенции и специфики проводимых программ в общеобразовательных школах.

В первом параграфе приводится определение понятия профилактики аутоагрессивного поведения, раскрываются цели и задачи превенции. Отмечаются значимые для реализации превентивных мероприятий принципы. Приводится классификация профилактических мероприятий как комплекса мер, направленных на всю популяцию в целом, группу риска, группу с устойчивыми дезадаптивными чертами, соответствующих уровням первичной, вторичной, третичной профилактики, а также универсальной, селективной, антикризисной и индикативной превенции. Выделяется понятие «профилактической интервенции», как комплекса психокоррекционных и психореабилитационных видов психологической, психолого-педагогической, социальной и медицинской помощи.

Во втором параграфе рассматривается содержание психодинамического, когнитивно-поведенческого и экзистенциального подходов в профилактике. Раскрываются основные положения представленных подходов, приводятся примеры направлений психотерапевтических моделей в работе с аутоагрессивным поведением, отмечаются возможности применения данных моделей в работе с подростками, приводятся данные по оценке эффективности данных моделей. В ходе теоретического анализа выявлено, что наибольшее количество данных о применении терапевтических и психокоррекционных интервенций представлено в рамках когнитивно-поведенческих моделей. Подчёркивается значимая роль экзистенциального подхода в превенции аутоагрессивного поведения подростков.

Третий параграф посвящен рассмотрению программ превенции. Выделены программы, направленные на превенцию разных видов аутоагрессии. Раскрываются теоретические основания, представленность программы на разных уровнях превенции, формы и сроки используемых превентивных мероприятий. Большинство рассмотренных программ профилактики аутоагрессивного поведения направлены на вторичный и третичный уровень превенции.

В четвертом параграфе раскрывается содержание программ профилактики, используемых в общеобразовательных школах, направленных на превенцию

суицидального, самоповреждающего поведения и употребления подростками ПАВ. Отмечается значимая роль школьных педагогов в профилактике аутоагрессивного поведения подростков. Приводятся данные о флуктуирующем эффекте в реализации групповых программ превенции аутоагрессивного поведения в общеобразовательных школах, основанных на когнитивно-поведенческом подходе. Подчеркивается негативный эффект программ профилактики суицидов и самоповреждения, основанных на психообразовании. Выделяется факт дефицита программ вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения в общеобразовательных школах при высокой социальной значимости и актуальности данного вида мероприятий.

### **ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, ОСНОВАННОЙ НА ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ ПОДХОДЕ**

В ходе выполнения диссертационного исследования была обоснована концепция психопрофилактики подростков с аутоагрессивным поведением, принципы психодиагностической и психокоррекционной работы, оценки эффективности психопрофилактических интервенций в общеобразовательных школах, базирующиеся на экзистенциально-аналитическом подходе.

Актуальность разработки данной концепции обусловлена состоянием проблемы превенции аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте. Большое количество реализуемых профилактических интервенций не приводит к существенному снижению количества подростковых суицидов и самоповреждающего (Ougrin D. et al., 2015). Наиболее значимыми аспектами в превенции аутоагрессии подростков являются обучение навыкам реагирования на проблемные и стрессовые ситуации, информирование о вреде и последствиях своего поведения, коррекция поведения, убеждений, а также эмоциональных состояний. Тем не менее, при активном использовании когнитивно-поведенческих и образовательных подходов к превенции аутоагрессии подростков, недостаточно используются возможности экзистенциально-гуманистических направлений, прошедшие оценку эффективности в ряде исследований (Schneider, K. J., 2008; Vos J. et al., 2015) Следует подчеркнуть, что экзистенциальный подход к профилактике аутоагрессивного поведения направлен, прежде всего, на формирование системы ценностей и смыслов, содействие личности в самоактуализации, что позволяет сформировать подростку такую мировоззренческую систему, в которой он способен видеть жизненные перспективы. Формирование ценностных «отношений» с жизнью является главным противовесом стремлению (осознанному или неосознанному) подростка к смерти, составляющему феномен аутоагрессивного поведения.

Таким образом, если вектор современных когнитивно-поведенческих профилактических интервенций направлен от поведенческих и эмоциональных аспектов

к экзистенциальному ядру, то экзистенциальный подход превенции направлен от ядра экзистенциальных переживаний в сторону изменения поведенческих, когнитивных и эмоциональных сфер личности подростка. Такое понимание содержания превентивных подходов позволяет рассматривать их как взаимодополняющие и повышающие эффективность в превенции аутоагрессивного поведения.

### **3.1. Теоретическое обоснование роли экзистенциального кризиса в превенции аутоагрессивного поведения подростков**

Возрастные кризисы, в частности подростковый кризис, относят к эволюционному этапу онтогенеза, в ходе которого происходит смена социальной ситуации субъекта развития. К основным новообразованиям подросткового кризиса принято относить формирование самосознания, чувство взрослости, противоречивость, негативизм и протестность в поведении, возрастание роли сверстников и общения с ними, высокую потребность в самоутверждении, самовыражении и самоопределении (Божович Л.И., Выготский Л.С., Кон И.С., Слободчиков В.И., Эльконин Д.Б., Эриксон Э., Фельдштейн Д.И.). Девиантное и аутоагрессивное поведение подростков рассматривается в контексте социальных и личностных трудностей, возникших в результате подросткового кризиса (Гордеева Т.О., Змановская Е.В., Кулагина И.Ю., Макушкин Е.В., Поливанова К. Н., Соколова Е.Т.). В качестве основных возрастных предпосылок аутоагрессивного поведения выделяют нарушения в эмоционально-волевой сфере (эмоциональную незрелость, импульсивность), характерологические акцентуации, неадекватность, конфронтационный характер поведения и эмоциональных реакций вследствие противоречий психического и физического развития. Нарушения внутрисемейных отношений, а также трудности в школе формируют социально-педагогические предпосылки девиантного поведения подростков (Абрамова Г. С., 1997).

Экзистенциальный кризис рассматривается прежде всего, как кризис середины жизни (40-45 лет), и связан с переоценкой жизни, вопросами о смысле,

конечности существования и ответственностью за собственную жизнь (Сенкевич Л.В., 2015; Серебрякова Ю.В., 2016). Однако именно при переходе от детства к взрослости личность сталкивается с возникающими вопросами о будущем, целях и смыслах жизни, возрастающим чувством тревоги, вызванным изменяющимися отношениями со взрослыми и сверстниками, высокой потребностью быть принятым и ощущать свою ценность. Многие теоретические и эмпирические исследования подтверждают идею о том, что подростковый кризис имеет характеристики экзистенциального кризиса (Кривцова С.В. и др., 2015; Kobasa S.C. et al, 1981; Berman, S.L. et al, 2006; Shumaker D., 2012).

Экзистенциальный кризис подростка представляет собой период принятия решений и необходимости взять ответственность за свою жизнь, поиска персональных ответов на возникающие экзистенциальные вопросы с целью дальнейшего развития собственной личности. Он сопровождается усилением экзистенциальной тревоги, психологическим дискомфортом, страхом за будущее, неудовлетворенностью собой и текущим положением дел в жизни, чувствами бессмысленности, страдания от одиночества и незащищенности, что актуализирует поиск новых форм поведения и стремление изменить жизненную ситуацию.

Важно отметить, что достижение подростком зрелости в когнитивном функционировании дает возможность воспринимать свое существование качественно иначе. Актуализируется экзистенциальный поиск подростка, направленный на осознание прошлого, настоящего и будущего:

- 1) осознание имеющегося и пережитого личного опыта: как мой опыт влияет на мою жизнь?
- 2) осознание настоящего: что делает меня особенным? Какие у меня отношения с Миром? Что на самом деле важно? Что хорошо, а что плохо?
- 3) общим переживанием для подростков является тревога за собственное будущее: что я буду делать? Где я буду жить? В чем я буду успешен? Как другие ко мне относятся? Буду ли я принят? Найду ли я любовь?

Экзистенциальное сознание подростка, возникающие экзистенциальные вопросы, а также экзистенциальные данности, с которыми сталкивается подросток, составляют интенциональную основу кризиса.

Стремление подростков ощутить свою жизнь как «хорошую», исполненную, определяется как фундаментальная экзистенциальная мотивация. В этом стремлении личность сталкивается с диалогической конфронтацией с экзистенциальными данностями: условиями жизни, собственными чувствами, потребностью быть уникальным и автономным, представления о будущем (Лэнгле А.А., Уколова М.В., Шумский В.Б., 2019).

Представления о будущем неотъемлемо связаны с поиском смысла. Смысл у подростков представляет собой мотивирующую цель, реализуемую в каждодневных задачах, достижение которой связано с уровнем академической успеваемости, ожиданием от будущего, здоровым образом жизни. Конститутивными элементами смысла являются ценности.

Поиск смыслов приводит к усилению экзистенциальной тревоги (чувство страха, связанное с ответственностью за собственную жизнь, переживанием ее конечности). Экзистенциальная тревога неотъемлемо сопровождает процессы формирования идентичности, персональной позиции, представлений о собственном будущем. Выбор вариантов собственного будущего, неотъемлемо включают и мысль о том, что его может не быть вообще. Такая тревога становится нормовозрастной для подростков.

Важным условием регуляции экзистенциальной тревоги, формирования экзистенциального сознания и личностного роста подростка является диалог со взрослым. Обсуждая проблемные ситуации, конфронтируя, противопоставляя свое мнение взрослому подросток научается занимать позицию проявлять свои качества, поступать в соответствии с собственными интересами, взглядами, мировоззрениями, соотносясь с условиями и данностями внешнего мира, что определяется как «персональная позиция личности» (рисунок 4). Отсутствие готовности взрослых к конструктивному диалогу при высокой потребности подростка в



причастности к общественным явлениям и самоутверждению затрудняет условия самодетерминации, нарушает процесс формирования собственной позиции.

Понятие «персональная позиция» разрабатывалось в трудах М.М. Бахтина, А.С. Баранникова, В.Г.Гульчевской, А.А. Гусейнова, А.А. Лэнгле и определяется как способность личности проявлять свои качества, поступать в соответствии с собственными интересами, взглядами, мировоззрениями, соотносясь с условиями и данностями внешнего мира.



Рисунок 4. Персональная позиция подростка

Поведение, при котором подросток не прикладывает усилий, чтобы быть самим собой, действует под влиянием шаблонов и стереотипов, усвоенных извне с целью снижения экзистенциальной тревоги, без соотнесения со своими чувствами, мнением и позицией характеризуется как «аперсональное».

Формирующееся экзистенциальное сознание, персональное поведение в период экзистенциального кризиса подростков во многом определяется воздействием 3 групп факторов:

Формирующие факторы – представляют собой изменения, свойственные возрасту, происходящие в теле, в психике, в личности, в социальных отношениях. В группу формирующих факторов входят: особенности отношений подростка со значимым взрослым, родительские поведенческие стратегии, физические и психические изменения сопутствующие пубертату, собственный детский опыт подростка.

Факторы риска – биологические, личностные, социальные предпосылки, способствующие развитию дезадаптации подростка.

Факторы жизнестойкости – личностные характеристики подростка, позволяющие справляться со стрессом и кризисными ситуациями.

Итогом преодоления экзистенциального кризиса может быть два вида исхода:

1) Позитивный исход – у подростка формируется положительная картина своего будущего, выстраивается базовый жизненный проект (Карпова О.С., 2011; Петрова В.Н., 2011, Сапогова Е.Е., 2013), формируется персональное поведение, приходит переживание ценности и наполненности жизни, жизнь ощущается как «хорошая» (Лэнгле А., 2005). Новообразованиями такого исхода являются доверие к самому себе, позитивная идентичность, «Сила-я».

2) Негативный исход – формируется противоречивая система ценностей, нарушенная аутентичность (трудности в переживании собственной ценности как для себя самого, так и для других людей), аперсональное поведение (подросток не прикладывает усилий, чтобы быть самим собой, действует под влиянием шаблонов и стереотипов, усвоенных извне, без соотнесения со своими чувствами, мнением), жизнь субъективно переживается как «не хорошая», возрастает чувство уязвимости перед будущим, формируется псевдоидентичность. Трудности в формировании положительной модели жизненной стратегии могут проявляться в постоянной смене видов деятельности с последующим обесцениванием деятельности других людей и своей собственной; отсутствием планов, социальной ипохондрии (Мадди С., 2007), а также становиться причиной развития депрессивных состояний, переживания безнадежности, враждебности, социальной изоляции, (Rutter P.A., 2004; Muehlenkamp J.J., 2014); аутоагрессивного поведения, аддикций. Дефицит переживания целостности, уверенности в себе и в будущем, целеустремленности является значимым предиктором суицидальных мыслей в подростковом возрасте (Hewitt J.L. et al, 2006).

Таким образом, экзистенциальный кризис подростка может быть представлен в виде модели, которая включает три основных блока (Рисунок 5): 1)

экзистенциальный поиск (экзистенциальное сознание, данности, вопросы), сопровождающийся переживанием экзистенциальной тревоги); 2) факторы (формирующие, жизнестойкости и факторы риска); 3) занятая позиция, определяющая исход кризиса: позитивный – вектор в сторону жизни (персональное поведение), негативный вектор в сторону смерти (аперсональное поведение).



Рисунок 5. Модель экзистенциального кризиса подростка

Поиск новых альтернативных способов существования при негативном исходе кризиса приводит к иному отношению подростков к теме смерти. Это отношение можно определить как амбивалентное: с одной стороны отмечается тревога в отношении конечности жизни, с другой, – смерть воспринимается как привлекательная. Такая амбивалентность во многом связана с развитием абстрактного мышления, склонностью подростков к философствованию.

Тревога по отношению к теме смерти компенсируется повышенным к ней интересом подростков: самоповреждающее поведение и вид крови, истории о суицидах, рисунки на тему смерти. Привлекательность образа смерти приводит к тому, что подросток рассматривает ее как вариант выбора жизненного пути, перехода в другое состояние, если другие не выбраны, не определены или не могут быть найдены. Мысли о смерти ассоциируются с найденным способом выхода из сложившейся ситуации, смерть становится прообразом новой «хорошей» жизни без проблем. Иными аутодеструктивными вариантами переживания «хорошей жизни» являются употребление психоактивных веществ и рискованное поведение, представляющие собой «суррогаты» самоактуализации и самореализации.

Таким образом, негативный исход экзистенциального кризиса становится предпосылкой для возникновения самоповреждающего поведения и желания покончить жизнь самоубийством.

В рамках концепции профилактики подростковая аутоагрессия определяется как поведение, возникающее вследствие переживания экзистенциального кризиса, связанное с устойчивым желанием преодолеть невозможность:

- 1) справиться с миром, его условиями и данностями;
- 2) переживать жизнь как ценную;
- 3) быть самим собой и чувствовать себя ценным для других, уникальным;
- 4) открыться своему будущему, реализуемого при помощи нанесения физического и/или психологического вреда самому себе при снижении протективных личностных факторов.

Аутоагрессивные интенции могут распространяться на тело, психику и личность, проявляясь как результат собственного отношения к себе и субъективного переживания того, как другие относятся ко мне (Таблица 4).

Таблица 4. Направленность аутоагрессивных интенций

мишени аутоагрессии	Переживания в отношении себя	Переживания в отношении других
Тело	Я не принимаю его, ничего нельзя изменить	Другие видят меня ужасным, некрасивым, невзрачным
Психика	Я не могу справляться с собственными чувствами и состояниями, не могу переносить их	Другие видят мои реакции и считают, что со мной что-то не так; другим безразличны мои чувства
Личность	Я не нужен себе, мне не за что ценить себя, я не чувствую себя особенным	Другие не ценят меня; если меня не будет всем станет легче или никто даже не заметит

Использование экзистенциальной методологии при решении проблем аутоагрессии подростков позволяет разработать дифференцированные профилактические модели, с учетом нарушений на одном или нескольких уровнях 4 фундаментальных мотиваций (стремление справиться с имеющимися условиями, совладать с собственными чувствами и состояниями, найти свою аутентичность и смысл жизни).

Реализация профилактических программ на основе таких моделей позволяет создать предпосылки для формирования целостной личности с персональной позицией и развитой ценностно-смысловой сферой, что предотвратит последующее обращение к таким видам аперсонального поведения как самоповреждение, суицид, рискованное поведение, употребление ПАВ и др.

### **3.2. Содержание концепции психопрофилактики аутоагрессивного поведения подростков**

Проблемы аутоагрессивного поведения подростков связаны с отсутствием сформированной ценностно-смысловой сферы, переживанием одиночества и

безнадежности, особым отношением к теме смерти, что соответствует тематике экзистенциального подхода (Al-Yagon M. et al., 2006; Berman S.L. et al., 2006; Brassai L., et al., 2012). Экзистенциальный подход оказывается наиболее конгруэнтным феномену аутоагрессии, а также содержанию кризисного течения подросткового возраста.

Комплексность и интеграция разных моделей превенции является современной тенденцией в разработке программ профилактики аутоагрессивного поведения. В ряде исследований подтверждена эффективная интеграция экзистенциальной методологии с другими видами интервенций (Waldo M., 1998; Rugula S.A. et al., 2008; Hickes M. et al., 2012; Gebler F.A. et al., 2014; Sotskova A. et al., 2016).

Помимо этого, по-прежнему сохраняется высокая потребность в совершенствовании подходов к превенции аутоагрессивного поведения подростков, в особенности с использованием ресурсов общеобразовательных школ (Галич Г.О. и др., 2010). Стратегия превенции, реализуемая на базе образовательных учреждений, признана как высокоэффективная (Zalsman et al., 2016). Школа обладает значимым ресурсом для профилактики суицидов, самоповреждения и других форм аутоагрессивного поведения подростка. Особую роль в профилактике самоповреждающего и суицидального поведения могут выполнять школьные учителя, так как они имеют возможность не только наблюдать за ежедневным поведением и аффективным состоянием подростка, но и своевременно реагировать на возникающие изменения, оказывать психолого-педагогическую поддержку и помощь, формировать доверительные отношения с учащимися, информировать о возникающих трудностях и изменениях родителей. Такое включенное лонгитюдное наблюдение специалистов общеобразовательных школ за развитием подростка позволяет разрабатывать и внедрять индивидуализированные профилактические программы, учитывающие жизненную ситуацию конкретного подростка, что особенно важно в профилактике суицидального поведения.

Основные подходы, реализуемые в рамках общеобразовательных школ, имеют групповой формат и ориентированы на первичную профилактику. Среди программ профилактики всех видов аутоагрессии наиболее широко представлены

программы первичной профилактики употребления психоактивных веществ. Реализация таких форматов превенции позволяет охватить большую выборку учащихся, однако не предполагает дифференцированный подход. Программы превенции самоповреждающего и суицидального поведения завершаются как правило на этапе выявления групп риска, без последующих психокоррекционных мероприятий.

Общеобразовательная школа сталкивается с необходимостью проведения интервенций, направленных на предотвращение активного аутоагрессивного поведения среди подростков (инструментальные повреждения, суицидальные мысли и попытки, употребление психоактивных веществ), что смещает акцент с сторону разработки вторичных и третичных программ профилактики. Такие селективные программы профилактики активно реализуются в клинической практике (амбулаторно или стационарно). Вместе с тем, ресурс общеобразовательных школ в профилактической работе с подростками с аутоагрессивным поведением, не обратившимися за медицинской помощью, оказывается не реализован.

Таким образом, актуальной является разработка программ первичной, и в особенности, вторичной и третичной профилактики в общеобразовательных школах, ориентированных на каждую конкретную личность.

Общенаучная методология концепции основывается на субъектно-деятельностном подходе к пониманию психики (Рубинштейн С.Л.), антропологическом подходе (Ананьев Б.Г.), культурно-историческом подходе (Выготский В.Г.).

Теоретическую базу психологической концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков составили положения возрастной психологии о специфике подросткового возраста (Божович Л.И., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б., Фельдштейн Д.И., Прихожан А.М., Дубровина И.В., Новгородцева А.П., Шевандрин Н.И., Драгунова Т.В., Поливанова А.К., Кон И.С., Мухина В.С.), представления об аутоагрессивном поведении подростков (Попов Ю.В., Пичиков А.А, Положий Б.С., Амбрумова А.Г., Польская Н.А., Холмогорова А.Б., Дозорцева Е.Г., Nock M., Zalzman G., Klonsky E.D., Favazza A.R.), экзистенциальный подход в понимании предпосылок аутоагрессивного поведения подростков (Лэнгле А., Франкл

В., Мэй Р., Ялом И., Баттиани А., Шумский В.Б., Уколова Е.М., Сапогова Е.Е., Карпова О.С., Shumaker D., Schneider K.).

Конкретно-научная методология концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков основывается на:

- концепции о жизнестойкости (Maddi S.R., Khoshaba D.M., Локтионова А.В.);
- представлениях о нормативности процесса экзистенциального поиска и переживания экзистенциальной тревоги в подростковом возрасте (Berman, S. L., Weems, C. F., Stickle, T. R.);
- представлениях об экзистенциальном кризисе (Сенкевич Л.В.);
- положениях о фундаментальных экзистенциальных мотивациях и экзистенциальной исполненности, как основным условиям витального выбора подростка (Лэнгле А., Кривцова С.В.)

Сформулированная психологическая концепция основывается на работах, раскрывающих представления об экзистенциальных предпосылках аутоагрессии подростков; понимании «аперсонального» поведения подростков, как механизма аутоагрессивного поведения (Баранников А.С.); систематике аутоагрессивных видов поведения, позволяющей осуществлять дифференцированный подход в профилактике.

Указанные теоретические положения общей, возрастной и клинической психологии, а также экзистенциального-гуманистического направления в психологии были положены в основу концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков.

Сущность выдвинутой концепции составляют следующие положения:

1. Превенция аутоагрессивного поведения подростков должна основываться на понимании роли и содержания экзистенциального кризиса подростков, как нормовозрастного переходного состояния, негативный исход которого, становится причиной аутоагрессивного поведения;

2. Основными экзистенциальными направлениями профилактической работы с подростками, нацеленными на снижение риска возникновения и развития аутоагрессивного поведения, являются: помощь подростку в принятии



экзистенциальных данностей (индивидуальные условия и возможности), управлении собственной жизнью (эмоциями, состояниями); поиске собственной аутентичности (цельность образа Я, устойчивость внутренней позиции личности, исходя из которой человек взаимодействует с собой и внешними обстоятельствами); формировании жизненных целей (поиск смыслов);

3. Значимым в профилактической работе является учет факторов риска, протективных и формирующих факторов. Для каждого конкретного подростка их содержание может меняться в зависимости от его индивидуальной жизненной ситуации и личностных особенностей;

4. Превенция аутоагрессивного поведения подростков должна включать в себя мониторинг поведенческой и аффективной сфер подростков, проведение скрининговых обследований, верификацию фактов аутоагрессивного поведения, маршрутизацию подростков за получением медицинской помощи, а также проведение психокоррекционных мероприятий на трех уровнях: первичном (применяются групповые формы работы), вторичном и третичном (применяются индивидуальные формы работы);

5. Основой первичной профилактики является обсуждение значимых для экзистенциального поиска подростка тем («выдерживать трудности», «находить радость в жизни», «быть самим собой», «видеть ценность в будущем») с учетом особенностей контингента учащихся, участвующих в профилактике. Задачей первичной профилактики является укрепление протективных факторов через актуализацию ресурсов личности, позволяющих решать значимые экзистенциальные задачи, соответствующие четырем фундаментальным экзистенциальным мотивациям;

6. При обнаружении признаков самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения или употребления ПАВ целесообразно применение персонифицированной методологии психокоррекционной работы, мишени которой формируются на основе выявленных нарушений фундаментальных экзистенциальных мотиваций личности. Эффективность вторичной и третичной профилактики обеспечивается за счет формирования способности подростка противостоять основным

экзистенциальным данностям, а также содействия ему в поиске переживания жизни как «хорошей»;

7. Значимую роль в превентивной работе играет персональная позиция значимого взрослого (педагога, психолога, специалиста по социальной работе), осуществляющего профилактические интервенции. Персональная диалогическая позиция взрослого является моделью новых личностных компетенций для подростка (в частности, способности занимать персональную позицию);

8. При проведении мероприятий по профилактике аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах следует учитывать риски, связанные с особенностями внутришкольной среды (частая смена педагогического состава, эмоциональное выгорание педагогов, факты физического и психологического насилия в общеобразовательных школах и т.д.);

9. Важный вклад в эффективность превенции вносит достижение партнерских отношений между специалистами общеобразовательных школ (педагогов, школьной администрации, педагогов-психологов, социальных педагогов), а также родительской общественности. Значимой составляющей реализации психопрофилактических интервенций, основанных на экзистенциальном подходе, является обучение специалистов общеобразовательных школ специфическим навыкам и компетенциям (основам персонифицированного подхода, экзистенциальной методологии в превенции, распознаванию симптомов и признаков аутоагрессии подростков).

### 3.3. Структурно-функциональная модель профилактики

Основу выдвинутой нами психологической концепции профилактики составляет структурно-функциональная модель, принципы психодиагностической и психокоррекционной деятельности.

Предлагаемая структурно-функциональная модель профилактики рассчитана на общеобразовательные школы.

Сформулированы задачи превентивной работы:

- 1) Своевременное выявление подростков с рисками аутоагрессии;
- 2) Верификация выявленных рисков;
- 3) Реализация универсальной первичной профилактики;
- 4) Персонифицированная вторичная и третичная профилактика подростков с подтвержденными фактами аутоагрессивного поведения;
- 5) Психологическое консультирование родителей подростков;
- 6) Информационная и психологическая поддержка специалистов общеобразовательных школ.

Реализация превентивных мер неотъемлемо включает раннюю диагностику и мониторинг. Ранняя диагностика аутоагрессивного поведения позволяет своевременно предотвращать его развитие, и служит основой для реализации адресных профилактических программ.

Вместе с тем, эффективность профилактической работы обусловлена пониманием степени выраженности и характера проявлений разных аутоагрессивных форм, выявляемых у подростков. Это неотъемлемо влечет за собой необходимость внедрения специальной образовательной программы для специалистов общеобразовательных школ, направленную на формирование таких компетенций.

Профилактика аутоагрессивного поведения подростков включает два основных этапа: выявление и превенцию.

На этапе выявления подростков с риском аутоагрессивного поведения осуществляется включенное наблюдение педагогов за поведением подростков,

скрининг, а также индивидуальная беседа с подростками, направленная на верификацию выявленных рисков.

На основе полученных результатов реализуется дифференцированная профилактика:

- первичная, включающая групповые формы работы и направленная на подростков с нормативным поведением и тенденцией к аутоагрессии,
- вторичная и третичная, включающая индивидуальные формы работы, основанная на персонифицированном подходе.

Групповая профилактика направлена на укрепление факторов жизнестойкости. Индивидуальная – осуществляется таргетно, в зависимости от выявленных нарушений фундаментальных экзистенциальных мотиваций подростков, и направлена на снижение экзистенциальной тревоги и преодоление экзистенциального кризиса (Рисунок 6).



Рисунок 6. Структурно-функциональная модель профилактики

### 3.3.1. Этапы выявления подростков с рисками аутоагрессии

Первый этап профилактики, направленный на выявление подростков с рисками аутоагрессии, включает три блока:

- 1) Наблюдение за аффективным состоянием и поведением подростка;
- 2) Проведение психодиагностических скрининговых методов обследования;
- 3) Верификация данных скрининга.

Наблюдение за состоянием и поведением подростков осуществляется в рамках общеобразовательного процесса как классными руководителями, так и учителями предметниками, работающими с подростками. Для объективизации данных наблюдения специалистов общеобразовательных школ необходимо использовать стандартизированные подходы в оценке аффективных и поведенческих проявлений подростка. Одним из таких методов является проверочный лист Т. Ахенбаха, предназначенный для качественного и количественного анализа эмоциональных и поведенческих расстройств. Специалисту необходимо отметить предлагаемые характеристики поведения, которые соответствуют поведению подростка за последние полгода. Выявляемые показатели: замкнутость, соматические проблемы, тревожность, нарушения социализации, проблемы мышления, проблемы с вниманием, делинквентное поведение, агрессия, наличие внутренних и внешних проблем. Опросник можно предлагать родителям подростка, для соотнесения и выявления различий, наблюдаемых в поведении подростка.

Скрининг должен включать психодиагностику разных видов рисков аутоагрессивного поведения (суицидального, самоповреждающего, употребления ПАВ и рискованного поведения).

В случае выявления после первичного скрининга высоких показателей суицидального риска, в сочетании с другими видами аутоагрессивного поведения (самоповреждения, употребления ПАВ) целесообразно проводить обязательное динамическое наблюдение за поведением и психоэмоциональным состоянием подростка в течение года (Григорьева А.А., Афолина Ю.С., 2018).

Важной частью верификации фактов аутоагрессии, выявленных в ходе скрининга является индивидуальная клиническая беседа, направленная на прояснение персонального жизненного контекста подростка, а также сбор анамнестических и катамнестических данных.

### **Принципы психодиагностики**

Для своевременного выявления подростков с рисками самоповреждающего поведения в общеобразовательных школах необходимо руководствоваться следующими принципами:

- 1) конфиденциальность на первом психодиагностическом этапе;
- 2) комплексность – в батарею тестов для скрининговой оценки рисков аутоагрессивного поведения необходимо включать методы, направленные на выявление разных форм аутоагрессии (рискованного, самоповреждающего, суицидального поведения, а также употребления психоактивных веществ);
- 3) краткосрочность – продолжительность проведения процедуры, не превышающая 20-30 минут;
- 4) динамическое наблюдение подростков в периоды повышенной учебной нагрузки. Для учащихся 9 и 11 классов целесообразно поведение скрининга 2 раза в год (октябрь, март), с учетом повышенных факторов риска, связанных с государственными экзаменами;
- 5) верификация полученных данных – проведение мероприятий, направленные на подтверждение выявленных в ходе скрининга рисков (выявление фактов аутоагрессии), включающих индивидуальную беседу, сбор анамнестических данных, диагностику признаков психопатологических состояний;
- 6) изучение особенностей экзистенциальных мотиваций подростка - осуществляются только после индивидуальной психологической беседы с подростками, а также при подтверждении фактов аутоагрессивного поведения.

### **Дифференцированные группы по результатам первичного скрининга**

По результатам скринингового обследования подростков, выборка распределяется на 4 основные группы: 1) группа нормы; 2) подростки с показателями аутоагрессивного поведения, превышающие нормативные значения, но не достигшими высоких тестовых значений (группа тенденции); 2) подростки с высокими показателями по одному из видов аутоагрессивного поведения; 3) подростки с критичным значением по одному из показателей аутоагрессии и высокими значениями по другим.

Две группы с высоким риском, включающие мономодальный тип аутоагрессивного поведения и полимодальный, сочетающий разные виды аутоагрессивных форм поведения могут составлять от 7 до 20% общей выборки, согласно приводимым отечественным и зарубежным эпидемиологическим данным по проценту проявления разных видов самоповреждающего поведения и употребления ПАВ среди подростков 13-17 лет.

### **Верификация фактов аутоагрессии у подростков**

Следующим этапом выявления подростков с аутоагрессивным поведением является верификация выявленных по результатам скрининга рисков. Методы, используемые в ходе верификации: структурированная клиническая беседа, сбор анамнестических данных, сопоставление данных скрининга с результатами наблюдения.

Реализация данного этапа осуществляется специалистами педагогами-психологами, социальными педагогами при координации с клиническими психологами.

В зависимости от верификации, осуществляется дальнейшая маршрутизация подростка и определение уровня профилактической интервенции: первичный, вторичный и третичный.

Основные клиничко-анамнестические параметры, выявляемые в беседе с подростком, имеющим признаки самоповреждающего поведения: история самоповреждения, ситуационный контекст и функции самоповреждения, суицидальное поведение, употребление ПАВ, факты рискованного поведения.

Наблюдение за аффективной и поведенческой сферой подростка позволяет своевременно выявлять признаки усугубления его состояния. Количество актов самоповреждения, превышающее 50, является строгим предиктором суицида (Whitlock J., 2007). Об увеличении суицидального риска могут также свидетельствовать специфические признаки самоповреждающего поведения (Таблица 5).

Таблица 5. Признаки самоповреждающего поведения

<b>Основные признаки</b>	<b>Специфичные признаки самоповреждающего поведения</b>
Суицидальные мысли	Возрастание тяжести самоповреждения
Употребление ПАВ	Увеличение частоты актов самоповреждения, в особенности самопорезы
Бесцельность	Снижение интереса к жизни, уменьшение причин для жизни
Тревога	Повышение чувствительности к негативным эмоциям и мыслям
Застревание	Самоповреждение теряет эффективность при выполнении своих психологических функций
Безнадежность	Трудности в постановке целей на будущее
Избегание	Высокий уровень ангедонии; возрастание негативной самооценки
Злость	Усиление ненависти и ярости к себе, к собственному телу
Безрассудство	Уменьшение страха смерти от суицида и боли, возрастание рискованного поведения, употребления ПАВ
Смена настроения	Возрастание количества форм самоповреждающего поведения, смена или появление новых форм, в особенности связанных с приемом ядов или таблеток

При подтверждении фактов аутоагрессивного поведения проводится детализированная психодиагностика, направленная на определение признаков психических расстройств: депрессии, пограничного личностного расстройства, аддиктивных расстройств. Для разработки программы персонифицированной профилактики осуществляется диагностика экзистенциальных переживаний.

Важным принципом превенции является сокращение временного интервала между выявлением суицидальных рисков/ самоповреждающего поведения и реализацией соответствующих интервенций для оказания специализированной помощи.

Перечень основных и дополнительных параметров, которые оцениваются по результатам всех этапов, направленных на выявление:

- возраст;



- пол;
- состав семьи (полная, неполная);
- количество человек в семье;
- вероисповедание (православие, мусульманство, католицизм, иудаизм, другая);
- социально-бытовые условия (отдельная комната, проживание с родственниками, проживание в своей/съемной/служебной квартире);
- финансовое благосостояние (средний доход в семье на одного человека в месяц);
- семейный анамнез (случаи суицидов в семье, злоупотребление родственниками алкоголем и наркотиками, случаи насилия в семье, частота конфликтов в неделю);
- данные по обращению за специализированной (наркологической) медицинской помощью для консультации и/или лечения (не нуждается/ нуждается);
- данные по методикам оценки самоповреждающего и суицидального поведения подростков;
- данные по методикам оценки рисков употребления ПАВ и алкоголя;
- данные по методикам оценки склонности к рискованному поведению;
- данные по оценке клинико-психологических показателей;
- данные по оценке экзистенциальных показателей личности подростков.

По результатам проведенной диагностики определяются особенности аутоагрессивного поведения подростка: преобладающая форма аутоагрессии, частота и интенсивность самоповреждающих актов, триггерные факторы аутоагрессии, особенности жизненной ситуации (экзистенциальные данности), особенности экзистенциальных переживаний и вопросов, а также особенности факторов в соответствии с моделью экзистенциального кризиса подростка (формирующие факторы, факторы риска, факторы жизнестойкости). Характеристики 3 групп факторов, а также содержание экзистенциальных переживаний позволяют конструировать персонализированные программы профилактики для подростков с аутоагрессивным поведением. Выявленные трудности, которые испытывает личность при

реализации своих фундаментальных экзистенциальных мотиваций (согласно концепции Лэнгле А.) определяют методологию персонифицированной профилактики.

Повторную психодиагностику целесообразно проводить в случае каких-либо серьезных изменений в жизненных обстоятельствах, в том числе, связанных с соматическими заболеваниями, а также по их завершении психопрофилактических мероприятий и/или индивидуального курса психотерапевтического лечения для оценки динамики состояния подростка.

Диагностику могут проводить педагог-психолог, социальный психолог, клинический (медицинский) психолог.

Таким образом, полученные диагностические данные подростков становятся основой для разработки дифференцированных персонифицированных маршрутов профилактики, а также выбора соответствующей методологии (Рисунок 7).



Рисунок 7. Этапы профилактической работы

### 3.3.2. Принципы и порядок реализации программ первичной, вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков

Выбор формы превентивных мероприятий определяется степенью выраженности риска аутоагрессивного поведения. Для подростков с нормативным поведением и тенденцией к аутоагрессии основная форма работы – групповая. Для подростков с выявленными фактами аутоагрессии – основанная форма – индивидуальная, позволяющая реализовать персонифицированный подход профилактики.

Также для подростков с выявленными фактами аутоагрессии предусматривается использование дополнительных форм превентивной работы: групповых, а также он-лайн взаимодействие со специалистами психологами (использование мессенджеров, социальных сетей). Онлайн связь применяется для получения от подростка информации о текущем эмоциональном состоянии, для контроля за выполнением заданий, полученных на индивидуальных занятиях со специалистом, помощи подростку в случаях возникновения кризисных ситуаций. Как групповые, так и индивидуальные занятия с подростками должны быть направлены на формирования близких, доверительных отношений, поиск внутренних и внешних опор для преодоления трудностей и регуляции эмоций, содействие подростку в поиске собственной аутентичности, ценностей и смыслов. (Рисунок 8).

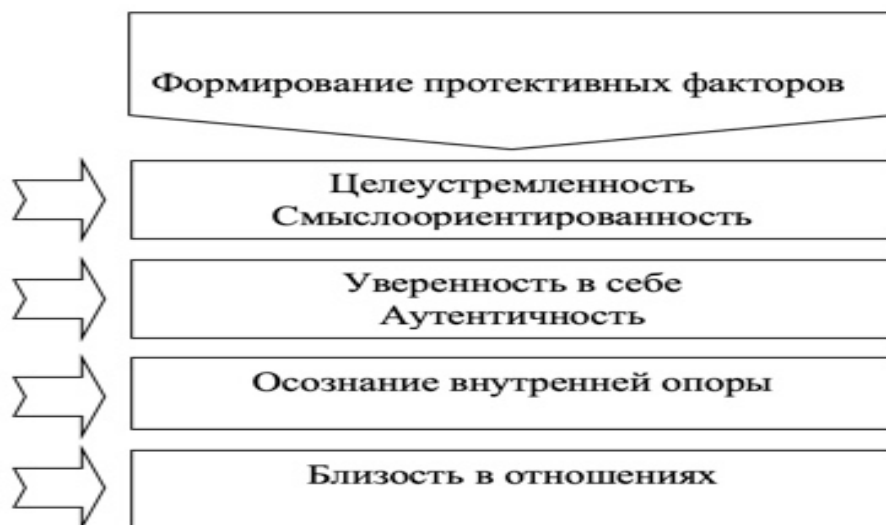


Рисунок 8. Мишени превентивной работы

## Первичная профилактика

Программа первичной профилактики, основанная на модели экзистенциального кризиса подростков, является универсальной, то есть, направлена на всю выборку подростков в целом, без дифференциации на группы. Целесообразно проводить групповые психопрофилактические занятия в тех классах, в которых выявлены подростки с рисками аутоагрессивного поведения.

Основная цель профилактики: укрепление протективных личностных факторов у подростков. При групповой работе психопрофилактические интервенции соответствуют 4 темам фундаментальных экзистенциальных мотиваций и выстраиваются преимущественно от первой к четвертой ФЭМ. Рекомендуется проводить по 2 занятия в рамках каждой темы.

Основное содержание тем первичных профилактических интервенций в соответствии с четырьмя ФЭМ представлено в таблице 6.

Таблица 6. Содержание основных тем занятий первичной профилактики в соответствии с уровнями фундаментальных экзистенциальных мотиваций

Фундаментальные экзистенциальные мотивации	Содержание ФЭМ	Темы занятий
1 фундаментальная мотивация	Справляться с миром	Способность выдерживать и принимать (защита, опора, пространство)
2 фундаментальная мотивация	Нравится жить	Регуляция эмоциональных состояний Неудовлетворенность жизнью Отношения с другими
3 фундаментальная мотивация	Аутентичность	Соотнесение с собой и другими Уважительное внимание к себе и к другим Самоценность Воля Формирование персональной позиции
4 фундаментальная мотивация	Смысл	Перспектива и будущее Самоактуализация

## Принципы интервенции

При реализации превентивных мероприятий с подростками, специалисту необходимо соблюдать следующие принципы:

Присутствие – открытость специалиста собственному опыту взаимодействия с подростком, сосредоточение на текущем вопросе или теме обсуждения. Для специалиста важно оставаться невосприимчивым к целому ряду отвлекающих внешних и внутренних факторов: поглощенность собственными жизненными ситуациями и переживаниями, чрезмерное внимание к собственному физическому состоянию или дискомфорту, самоотождествление с малозначительными аспектами опыта подростка.

Принятие – формирование пространства открытости и безоценочности суждений со стороны специалиста.

Конфиденциальность – сохранение личной информации подростка, формирование пространства информационной безопасности.

Обращение к актуальному – соотнесение реальности с представлениями подростка, которые присутствуют в его сознании.

Работа с сопротивлением – помощь подростку в том, чтобы преодолеть защитный и оппозиционный характер взаимодействия.

### **3.3.3. Психокоррекционные методы персонифицированной профилактики, реализуемой на уровне вторичной и третичной профилактики**

На уровне вторичной и третичной профилактики с подростками, имеющими опыт аутоагрессивного поведения, а также прошедшие лечение в стационарах проводятся индивидуальные занятия основанные на персонифицированный подходе. Занятия проводятся в индивидуальной форме и включают 10-15 сессий по 45 минут.

При персонифицированном подходе психопрофилактические интервенции направлены на тот уровень фундаментальной экзистенциальной мотивации, в

рамках которого выявлено нарушение по результатам теста экзистенциальных мотиваций.

Основные действия психолога в рамках персонифицированного подхода сводятся к эмпатическому включению, формированию близких отношений с подростком, моделированию способности конкретного подростка противостоять основным экзистенциальным данностям (Schneider D., 2008).

В персонифицированной модели специалист содействует подростку в понимании и осмыслении важных экзистенциальных содержаний: в отношении самого себя, других людей, базовых ценностей и перспектив.

Этот процесс осуществляется в диалогической позиции двух личностей (специалиста и подростка) по отношению к экзистенциальным проблемам и сложностям, которые переживает подросток. В этом процессе главные условия: доверие друг к другу, право быть собой для каждого участника, уважительное внимание друг к другу, справедливое отношение.

В основе персонифицированной модели взаимодействия содержатся условия для формирования самодистанцирования и самотрансценденции подростка (Рисунок 9).

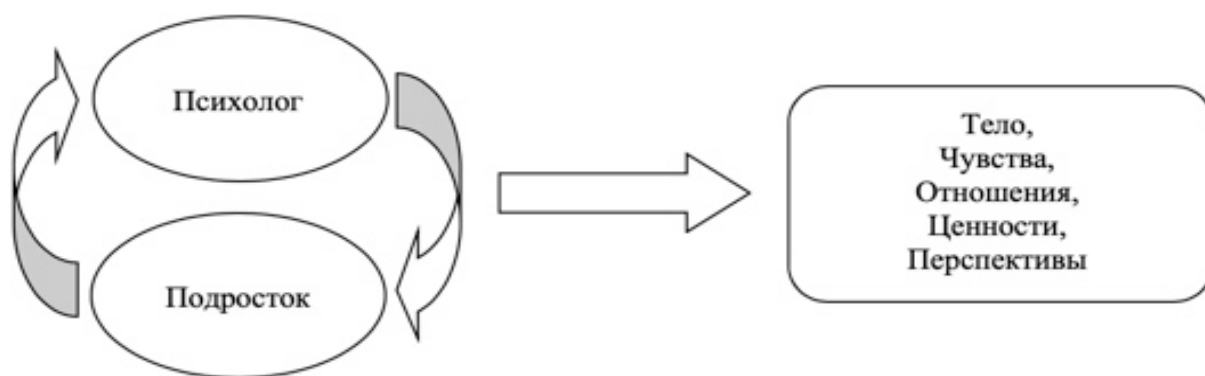


Рисунок 9. Персонифицированная модель взаимодействия между психологом и подростком

В рамках разработанной концепции профилактики, нами предложены основные направления психокоррекционной работы с учетом содержания экзистенциального подросткового кризиса (Рисунок 10):

- 1) диалог со взрослым на значимые темы (чувства, смыслы, ценности, жизнь, смерть и др.) содействует расширению смыслового поля подростка и изменению его мировосприятия;
- 2) моделирование способности противостоять основным экзистенциальным данностям (физическим, социальным, психологическим);
- 3) формирование способности занимать персональную позицию по отношению к себе и к миру;
- 4) содействие процессам экзистенциального поиска и осмысления при помощи целенаправленного обсуждения тем: внутренних опор личности, отношений между людьми, свободы, ответственности, аутентичности, изоляции, тревоги и др.
- 5) укрепление ценностно-смысловых структур личности подростка, содействие в преодолении экзистенциальной тревоги.



Рисунок 10. Основные направления психокоррекционной работы с учетом содержания экзистенциального подросткового кризиса

Реализация данных направлений работы осуществляется при помощи специализированных психокоррекционных методов.

### Методы превентивной работы

На основании анализа экзистенциальной методологии, применяемой в психокоррекционной работе, были выделены методы, применение которых адекватно в превенции аутоагрессивного поведения подростков.

Метод Персонального Экзистенциального Анализа (Лэнгле А., 2005) позволяет мобилизовать способности человека принимать решения, основанные на активном доступе к собственной эмоциональности и на диалогическом обмене. Метод включает в себя три основных шага: исследование собственных переживаний и впечатлений с помощью феноменологического анализа, нахождение аутентичной позиции по отношению к ситуации, поиски способов самовыражения в соответствии с собой и внешней ситуацией. Методу предшествует подготовительный информационный этап, на котором специалист получает данные о тех проблемах и трудностях, с которыми обычно сталкивается личность. Существуют некоторые вариации данного метода, охватывающие отдельные этапы или аспекты.

Метод формирования позитивной экзистенциальной позиции личности (ЭПЛ) позволяет подростку сформировать собственную экзистенциальную позитивную позицию или изменить ее с «негативной» на «позитивную» (Пятницкая И.Н., Яковлев А.Н., 2004).

Таблица 7. Позитивная и негативная экзистенциальные позиции личности подростка

Негативная ЭПЛ	Позитивная ЭПЛ
Хаотичная смена увлечений	Планомерная активность
Обесценивание окружающих	Принятие окружающих
Безразличие к будущему	Эмоциональная значимость будущего

Позитивная ЭПЛ является как целью, так и диагностическим критерием персонального поведения подростка. Смена ЭПЛ с негативной на позитивную –



важный признак эффективности профилактических и коррекционных мероприятий, а также показатель ремиссии в случае заболеваний.

Метод ценностно-смыслового анализа проблемной ситуации. Один из методов, позволяющих сформировать подростку собственную позицию и ценностное отношение к любой ситуации, в особенности, к проблемной (Карпова О.С., 2011). В основе метода представление о системообразующем влиянии ценностно-смысловой сферы на поведение подростка. Сталкиваясь с различного рода трудностями и проблемными ситуациями, подросток реагирует на них тремя основными способами: рефлексивный – попытка устранить возникшие проблемы во внутреннем мире; эмпатийно-эмотивный, позволяющий преодолевать трудности в сфере отношений; самореализационный - связан с направленностью подростка к самоактуализации и развитию способностей к духовному самосовершенствованию. Подростку предъявляются проблемные ситуации, содержащие противоречивость и двойственность в понимании ценностей. Их можно охарактеризовать как смоделированные экзистенциальные проблемы. При решении ситуации подростку необходимо соотнесение с позицией другого человека и собственными персональными содержаниями для их разрешения и гармонизации. Основой понимания данной проблемы является опора на ценностно-смысловые аспекты личности.

Методы развития «самосочувствия», как способа ценностного обхождения с персональным. Формирование персонального поведения во многом обусловлено способностью соотноситься с собой и отношением личности к себе. В ряде исследований приводятся данные о высоком уровне критичности к себе при проявлениях СПП. В связи с чем, предлагается «Терапия усиления сочувствия и сострадания к себе» (Compassion-focused Therapy, Sutherland O, 2014; Figley C. R., 2002), основанная на идеях экзистенциализма и феноменологического анализа. Данный вид профилактической интервенции включает две основные тактики, направленные на уменьшение внутренней критики: 1) смягчение «внутреннего критика»; 2) укрепление «критикуемой части личности» и использует следующую методологию: тренировка в формулировании «сострадательных» мыслей, образов, связанных с самосочувствием, техника «двух стульев» для критикующей и критикуемой частей

личности. Способность к проявлению сочувствия и сострадания к себе рассматривается как способ сохранения психического здоровья и защиты от стрессовых ситуаций (Neff K., 2003). Основываясь на предлагаемом подходе, можно использовать данный психопрофилактический метод обхождения с персональным, основанный на развитии сочувствия, формирования самоуважения и самооценности для реализации задач третьей фундаментальной экзистенциальной мотивации в концепции А.Лэнгле, - формирование самооценности, аутентичности.

Метод развития эмоциональной отзывчивости направлен на содействие подростку в проявлении чувств к другим людям, развитие эмоциональной отзывчивости. Феномен «эмоциональной отзывчивости» основан на эмоциональном отклике на переживания окружающих, характеризуется глубокой способностью чувствовать, переживать, выражать сочувствие другим людям. Метод представляет собой компонент эмоционально-нравственного развития личности и рассматривается как условие превенции девиантного поведения подростков (Ю.В.Лебедева). Развитие эмоциональной отзывчивости включает в себя: развитие способности быть чутким к различным сторонам действительности, умение различать эмоции других и адекватно выражать в ответ на них свои, формирование и осознание подростка персонального отношения к переживаемым событиям.

Обсуждение ценностей и смыслов – еще один важный метод, применяемый на протяжении всего психокоррекционного процесса. В начале психопрофилактического процесса обращение к вопросам о смысле, во-первых, выполняет во многом диагностическую задачу и информирует специалиста об уровне развития самосознания подростка. Во-вторых, позволяет обращаться к актуальному опыту подростка. И в-третьих, показывает подростку, что специалист намерен понять его личность в ее глубине.

На всем протяжении программы профилактических занятий с подростком специалист может мягко напоминать подростку о выборе позиции, которую он может занимать, приходя на занятия, а также при неблагоприятных обстоятельствах, когда он не имеет возможности что-то менять или выбирать.

Заключительная часть психопрофилактического и психокоррекционного процесса - помощь подростку в развитии чувства интенциональности и свободы в своем подходе к жизни, нахождении новых смыслов. Основной вопрос, который затрагивает проблему интенциональности, - «что имеет для тебя смысл?», «что для тебя по-настоящему важно?».

*Специфические методы, направленные на превенцию самоповреждающего поведения и суицидальности*

Комплекс специфических методов используется в превенции подростков с рецидивирующим самоповреждающим, суицидальным поведением и употреблением ПАВ, которые сопровождаются переживаниями: страха быть покинутым, нестабильным образом себя, нестабильностью аффекта, неадекватным сильным гневом, хроническим чувством внутренней пустоты.

Включает несколько методов работы:

- 1) Самовосприятие подростка – обучение восприятию собственных импульсов и чувств;
- 2) Ведомая конфронтация – в основе метода остановка негативных эмоциональных каскадов подростка, фиксация, констатирование реальности;
- 3) Конфронтация с самим собой – сопротивление обвиняющей позиции внутреннего критика;
- 4) Самопонимание – обращение к собственным чувствам подростка, формирование способности к принятию, объяснению собственных переживаний, обучение способности выдерживать негативные чувства (А.Лэнгле, 1997).

### **Критерии эффективности**

Оценка эффективности профилактических мероприятий включает следующие критерии:

- I. На этапе первичной профилактики:

- 1) отсутствие фактов аутоагрессивного поведения у подростков;
- 2) сохранение интегрального уровня экзистенциальной исполненности или повышение отдельных показателей фундаментальных экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости.

II. На этапе вторичной и третичной профилактики:

- 1) редукция аутоагрессивного поведения подростков снижение частоты и тяжести актов аутоагрессии, при суицидальном поведении – уменьшение количества суицидальных мыслей;
- 2) изменение характера экзистенциальных переживаний: повышение общего уровня жизнестойкости и экзистенциальной исполненности.

Эффективность проведения профилактических мероприятий во многом обусловлена уровнем профессиональной компетенции специалистов общеобразовательных школ, включенных в процесс интервенции. В связи с чем, значимым является разработка порядка дополнительной профессиональной подготовки специалистов для реализации технологий персонифицированной профилактики.

### **3.3.4. Порядок реализации дополнительной профессиональной подготовки специалистов общеобразовательных школ для реализации технологий персонифицированной профилактики самоповреждающего поведения подростков**

Реализация программы профилактики, основанной на экзистенциальном подходе в рамках предлагаемой модели экзистенциального кризиса подростков, предполагает повышение профессиональных компетенций для всех субъектов образовательного учреждения: администрации, школьных педагогов, педагогов-психологов, социальных педагогов. В связи с чем, целесообразно предварительно организовать специальную подготовку специалистов общеобразовательных учреждений с целью осознания их личного отношения к теме подростковой аутоагрессии, а также освоения приемов организации профилактической работы с учетом методологии персонифицированной профилактики.

Большая учебная нагрузка учителей-предметников, низкая мотивация специалистов общеобразовательных учреждений включаться в реализацию превентивных мероприятий, низкая компетенция в вопросах аутоагрессивного поведения подростков, личный страх взаимодействовать с подростками, проявляющими подобное поведение, – все эти аспекты препятствуют эффективной реализации превентивной программы (Григорьева А.А., Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., 2014).

Реализация психопрофилактических задач оказывается затруднена в связи с тем, что внедрение мероприятий по профилактике в разных учреждениях не учитывает их специфики, а соответственно не проводится оценка тех возможных рисков, которые в данном учреждении способствуют формированию подростковых девиаций и могут препятствовать реализации профилактических мероприятий.

Эффективность программ первичной профилактики во многом зависит от того, насколько педагоги и другие специалисты общеобразовательных школ осознают профилактическую работу как необходимый составной компонент их профессиональной деятельности, а также от уровня компетентности в вопросах профилактики аутоагрессивного поведения подростков, владения методологией реализации профилактических программ.

Необходимость подготовки специалистов общеобразовательных школ определяется:

- 1) значимостью своевременного и адекватного реагирования на поведенческие признаки суицидального и самоповреждающего поведения;
- 2) высоким уровнем личностной и профессиональной тревоги при взаимодействии с подростками, имеющими аутоагрессивные формы поведения;
- 3) необходимостью координации действий с медицинскими работниками;
- 4) высоким диагностическим и профилактическим потенциалом общеобразовательных учреждений.

Специалисты общеобразовательных школ сталкиваясь с фактами самоповреждающего и суицидального поведения подростков не имеют действенных инструментов для своевременной интервенции. Аутоагрессивное поведение имеет свою динамику и этапы развития. Каждый этап характеризуется специфическим симптомокомплексом, знание которого позволяет своевременно оценить факт наличия и степени вреда, наносимой личностью самой себе вследствие реализации аутоагрессивных форм поведения.

Отсутствие у специалистов общеобразовательных школ знаний о способах диагностики, симптомокомплексах разных видов аутоагрессивного поведения, алгоритмов оказания профессиональной помощи подросткам при выявлении суицидальных рисков или признаков самоповреждения, а также трудности межведомственной координации школ с системой здравоохранения, обуславливает необходимость разработки специализированных обучающих программ для школьных учителей, социальных педагогов и педагогов-психологов.

В профессиональную подготовку специалистов общеобразовательных школ, направленную на предотвращение выявляемых рисков аутоагрессии и снижения опасности для жизни подростка, следует включать вопросы, касающиеся распознавания симптомов суицидального и самоповреждающего поведения, оказания надлежащей психолого-педагогической помощи, информацию о дальнейшей маршрутизации подростков и их родителей в медицинские учреждения в случае необходимости. Зарубежными примером такой подготовки для педагогического

коллектива является программа «Вопрос, убеждение, обращение» (Question, Persuade, Refer, - QPR) (Abraibesh et al., 2010; Hangartner R.V. et al., 2019).

Повышение информационной компетентности педагогов, педагогов-психологов и социальных педагогов направленно на освоение методов своевременного распознавания в поведении подростков признаков аутоагрессивного поведения и соответствующего реагирования на него в случае выявления. Помимо знаний о симптомах, методах психологической диагностики и действий по маршрутизации с такими подростками, важным аспектом обучения специалистов общеобразовательных школ является преодоление собственного страха по отношению к теме суицида и самоповреждения.

Систематическая подготовка специалистов общеобразовательных школ (психологов, педагогов, администрации) неотъемлемо включает проведение обучающих семинаров, мастер-классов, организационных совещаний, дистанционное «онлайн» консультирование. Целями такой подготовки являются улучшение трех основных показателей: информационного (общая осведомленность), психодинамического (изменения в эмоциональном состоянии), а также мотивационного (готовность к реализации психопрофилактических мероприятий).

Разработаны дифференцированные компетенции, повышаемые в рамках программы повышения квалификации для разных субъектов общеобразовательных школ (Таблица 8).

Таблица 8. Компетенции администрации и специалистов общеобразовательных школ, необходимые для реализации превентивной работы

<b>Компетенции администрации школы</b>
Содержание работы межведомственных организаций (ресурсных центров) для информирования субъектов образовательного процесса о способах получения отраслевой психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Способность выступать посредником между обучающимся и различными социальными институтами
Знание законов, регламентирующих требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся и основы профилактики суицидального поведения
<b>Компетенции педагогов</b>
Знание основ возрастной физиологии и гигиены обучающихся, обеспечения их безопасности в образовательном процессе
Способностью к выявлению интересов, трудностей, проблем, конфликтных ситуаций и отклонений в поведении обучающихся
Выявление основных признаков самоповреждающего поведения у подростков
<b>Компетенции педагогов-психологов, социальных педагогов</b>

Знание теоретико-методологической базы понятий «самоповреждающее поведение» и «суицидальное поведение», «несуицидальное самоповреждение».
Особенности диагностики и профилактики самоповреждающего поведения подростков.
Практические основы персонифицированной профилактики и коррекции самоповреждающего поведения подростков
Умение разрабатывать схему диагностики и профилактики самоповреждающего и суицидального поведения
Выявление основных признаков самоповреждающего поведения у подростков
Разрабатывать программы, направленные на персонифицированную профилактику и коррекцию разных видов самоповреждающего поведения подростков

В программу повышения квалификации специалистов, реализующих мероприятия по первичной и вторичной/третичной персонифицированной профилактике, общеобразовательных включены следующие модули, представленные в таблицах 9 и 10:

Таблица 9. Содержание образовательного модуля «теоретико-методологические подходы к понятиям «самоповреждающее поведение» и «персонифицированная профилактика»

Понятие самоповреждающего поведения и его особенности
Основные профилактические подходы при самоповреждающем поведении
Программы первичной, вторичной, третичной профилактики самоповреждающего поведения, реализуемые в образовательных учреждениях
Понятие «персонифицированного подхода»

Таблица 10. Содержание образовательного модуля «технологии персонифицированной профилактики»

Этапы выявления самоповреждающего поведения
Профилактическая и психокоррекционная работа
Методы персонифицированного подхода на разных этапах профилактики

Содержание образовательных модулей для психологов, педагогов-психологов, социальных педагогов общеобразовательных учреждений отражено в апробированной программе повышения квалификации по теме «Технологии персонифицированной профилактики самоповреждающего поведения подростков», а также в учебно-методическом пособии для психологов, педагогов, специалистов по социальной работе «Персонифицированный подход в профилактике самоповреждающего поведения подростков, употребляющих ПАВ и алкоголь» (Григорьева А.А. и др., 2019).



### 3.4. Резюме по главе

В третьей главе диссертации приведено обоснование психологической концепции, структурно-функциональной модели, принципов психодиагностической и психокоррекционной в профилактике аутоагрессивного поведения подростков.

В первом параграфе представлено теоретическое обоснование модели экзистенциального кризиса в превенции аутоагрессивного поведения подростков. Обосновывается содержание экзистенциального кризиса подростков, а также роль формирующих факторов, факторов жизнестойкости и факторов риска. Впервые дается определение аутоагрессивного поведения подростков на основе представлений о негативной исходе экзистенциального кризиса, а также аперсональном поведении подростка.

Второй параграф главы посвящен содержанию концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков. В кратком изложении суть концепции в следующем: основной целью профилактики является содействие подростку в формировании персонального поведения, решении основных экзистенциальных задач. Превенция аутоагрессивного поведения включает в себя первичную и вторичную профилактику, направленную на снижение рисков и формирования основных протективных факторов. При реализации вторичной профилактики наиболее эффективно использование персонифицированного подхода, позволяющего осуществлять индивидуальную работу с подростком, основанную на содействии в формировании и укреплении фундаментальных экзистенциальных мотиваций: справляться с трудностями, быть в гармонии с жизнью, чувствовать свою аутентичность, видеть ценность в будущем. Общеобразовательная школа обладает значимым потенциалом для реализации программ превенции аутоагрессивного поведения подростков.

В третьем параграфе раскрывается структурно-функциональная модель профилактики аутоагрессивного поведения подростков. Рассматривается порядок и принципы выявления аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах, включающий наблюдение, скрининг и верификацию рисков

аутоагрессии. В рамках модели предложены принципы, порядок и методы реализации первичной, вторичной и третичной профилактики. Выбор формы превентивной работы зависит от степени выраженности риска аутоагрессивного поведения: для подростков с нормативным поведением и тенденцией к аутоагрессии основная форма работы - групповая, у подростков с выявленными фактами аутоагрессии - индивидуальная, позволяющая реализовать персонифицированный подход профилактики. Индивидуальные и групповые занятия проводятся с использованием методологии экзистенциально-аналитического подхода. Рассматривается порядок реализации дополнительной профессиональной подготовки по технологиям превенции с использованием методологии персонифицированного подхода со специалистами общеобразовательных школ.

## ГЛАВА 4. ОБЪЕМ, ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 4.1. Объем и условия проведения исследования

Решение поставленных в работе задач осуществлялось путем проведения комплексного изучения социально-демографических, психологических факторов и экзистенциальных особенностей подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии.

Экспериментальные материалы, представленные в диссертации, получены с личным участием автора в ходе обследования (опросы, анкетирование, психологическое тестирование, клинико-психологическое исследование, фокус-группы, контент-анализ, феноменологическое интервью, психокоррекционное воздействие).

Эмпирический материал диссертации базируется на большой выборке, включающей результаты обследования (анкетирование, опросы, психологическое тестирование, фокус-группы, контент-анализ, экспертные оценки) 2083 человек в 2017-2019 гг. Экспериментальные материалы, представленные в диссертации, получены под руководством и с личным участием автора в ходе совместной работы со специалистами Отдела воспитания и дополнительного образования Управления образования Администрации городского округа Чехов (Петрова Н.Л., Коновалова С.П.), с педагогами-психологами и специалистами по социальной работе общеобразовательных школ городского округа Чехов (Шарова И.В., Соловейкина Е.В., Хрипунова Е.Н., Тимакова С.В., Халдеева Н.П., Кузьминова О.Д., Албантова Л.П.), научными сотрудниками лаборатории психогигиены и психопрофилактики «НМИЦ наркологии и психиатрии им. В.П. Сербского» (Афониной Ю.С., Проничевой М.М.), лаборатории организации профилактической помощи в наркологии ННЦ Наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ наркологии и психиатрии им. В.П. Сербского» (Усовой Л.Е., Гавриченковой А.А.), специалистами кабинета кризисной помощи НПЦПЗДиП им. Г.Е.Сухаревой.

Планирование эксперимента, анализ и обобщение полученных данных выполнены лично диссертантом, что позволило сделать оригинальные выводы.

Эмпирическое исследование включало в себя несколько этапов. Организационная схема исследования приведена в таблице 11.

Таблица 11. Организационная схема исследований

Название исследования	Обследованные группы	Кол-во
Разработка методического комплекса для подростков		
Подбор психодиагностических методик	МКОУ Дубнинская СОШ; МБОУ СОШ Чехов-3	60
Проверка диагностической силы «Экспресс-теста на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ»		
Контрольный перечень вопросов для оценки социально-демографических показателей подростков и их семей		
Проведение пилотного исследования		
Выявление признаков риска аутоагрессивного поведения у подростков		
Социально-демографические характеристики общей выборки подростков	МБОУ Лицей № 4, Чехов МБОУ СОШ №3, МБОУ СОШ Чехов-3, МКОУ Дубнинская СОШ, МКОУ СОШ Чехов-7, МКОУ Манушкинская СОШ, Чехов МБОУ СОШ №8, МКОУ СОШ Чехов-8, МКОУ Столбовская СОШ, МКОУ Васькинская СОШ, МКОУ Молодинская ООШ (Молоди), МКОУ Шараповская СОШ, МКОУ Нерастаннынская СОШ, МКОУ Мещерская СОШ, МКОУ Троицкая СОШ, МБОУ Любучанская СОШ, Чехов МБОУ СОШ №9, МБОУ Крюковская СОШ, МКОУ Новобытовская СОШ, МБОУ СШ №10, Чехов МБОУ СОШ №6)	2023
Психодиагностическое обследование подростков, направленное на выявление рисков суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления ПАВ		
Исследование психологических характеристик подростков		
Исследование гендерных и возрастных характеристик подростков		
Исследование различий психологических и социально-демографических характеристик подростков групп риска с разными видами аутоагрессивного поведения	455	
Верификация фактов аутоагрессивного поведения у подростков групп риска		
Анализ документации (акты социальных педагогов и педагогов-психологов о наблюдаемых фактах аутоагрессивного поведения, данные опросника Ахенбаха, медицинские заключения); проведение клинической беседы и феноменологического интервью с подростками; исследование клинико-психологических особенностей подростков с аутоагрессией.	МКОУ Шараповская ООШ; МБОУ СОШ Чехов-3; МБОУ лицей №4; МКОУ «Столбовская СОШ»; МБОУ Крюковская СОШ; МБОУ Новобытовская СОШ	141

Исследование экзистенциальных особенностей подростков с аутоагрессивным поведением		
Исследование экзистенциальных особенностей подростков с подтвержденными фактами аутоагрессивного поведения	МКОУ Шараповская ООШ; МБОУ СОШ Чехов-3; МБОУ лицей №4; МКОУ «Столбовская СОШ»; МБОУ Крюковская СОШ; МБОУ Новобытовская СОШ	96
Исследование экзистенциальных особенностей групп подростков с тенденцией к риску аутоагрессивного поведения		186
Исследование экзистенциальных особенностей групп подростков с нормативным поведением		86
Клинико-психологические характеристики подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к риску аутоагрессии		
Исследование клинико-психологических характеристик подростков с подтвержденными фактами аутоагрессивного поведения	МКОУ Шараповская ООШ; МБОУ СОШ Чехов-3; МБОУ лицей №4; МКОУ «Столбовская СОШ»; МБОУ Крюковская СОШ; МБОУ Новобытовская СОШ; МКОУ Дубнинская СОШ	96
Исследование клинико-психологических характеристик подростков с тенденцией к аутоагрессии		186
Исследование взаимосвязи клинико-психологических характеристик и экзистенциальных особенностей в группах подростков с подтвержденными фактами аутоагрессии и тенденцией к аутоагрессивному поведению		
Разработка программ профилактики аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах		
Первичная (групповая) профилактика аутоагрессивного поведения подростков	МКОУ Шараповская ООШ; МБОУ СОШ Чехов-3; МБОУ лицей №4; МКОУ «Столбовская СОШ»; МБОУ Крюковская СОШ; МБОУ Новобытовская СОШ; МКОУ Дубнинская СОШ	50
Вторичная/третичная (персонифицированная) профилактика аутоагрессивного поведения подростков		72
Контрольная группа 1 (подростки с нормативным поведением)		81
Контрольная группа 2 (подростки с аутоагрессивным поведением, не участвующие в профилактических мероприятиях)		21
Оценка эффективности профилактических интервенций		224

Первый этап исследования был посвящен разработке методического комплекса исследования.

На основе анализа научной литературы по проблеме профилактики аутоагрессивного поведения подростков, экзистенциальных механизмов аутодеструкции личности, применения методов оценки рисков суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления подростками психоактивных веществ:

1) выделены основные показатели риска суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления психоактивных веществ;

2) осуществлен подбор психодиагностических методик направленных на исследование рисков суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления ПАВ, а также клинико-психологических характеристик подростков;

3) разработан «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ» (Приложение 7);

4) разработана анкета для исследования социально-демографических характеристик подростков и их семей (Приложение 9);

5) были выделены экзистенциальные предпосылки аутоагрессивного поведения;

6) осуществлен подбор психодиагностических методик, направленных на исследование экзистенциального сознания подростков;

7) разработано феноменологическое интервью для подростков, направленного на изучение субъективного опыта переживания аутоагрессивного поведения.

На первом этапе проведено пилотное исследование, направленное на выявление рисков аутоагрессивного поведения подростков и их клинико-психологических и социально-демографических характеристик.

В пилотную группу были включены 60 подростков, средний возраст составил 13,6 лет, 28 мальчиков, 32 девочки, 81,6% подростков из полных семей; 15% из неполных; 3,3% подростков на опеку.

Психодиагностический комплект для обследования пилотной группы подростков включал следующие методы: Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.); Опросник для определения риска суицида «Суицидальная личность-19» (Юнацкевич П.И., 2009); Опросник для исследования уровня импульсивности (Лосенков В.А.); «Методика модификации тела и самоповреждения» (Польская Н.А., 2017); «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ», «Индикатор копинг-стратегий» (Coping Strategy Indicator, CSI), анкета, для исследования социально-демографических характеристик.

По результатам проведения пилотного исследования психодиагностический комплекс был скорректирован: изменены формулировки вопросов анкеты, направленной на исследование социально-демографических особенностей подростков; добавлены вопросы в Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ; исключен тест «Индикатор копинг-стратегий» (Coping Strategy Indicator, CSI); добавлены тесты Опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003); Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD, Холмогорова А.В., 2016).

Второй этап исследования был посвящен психодиагностическому обследованию подростков общеобразовательных школ с целью выявления рисков суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления психоактивных веществ, клинико-психологических и социально-демографических особенностей подростков. В основную группу были включены 2023 подростка (популяционная выборка), среди них 1010 мальчиков, 965 девочек, 48 человек без указания пола. Все обследованные подростки - учащиеся 5-11 классов общеобразовательных школ городского округа Чехов. Психодиагностическое исследование в школах осуществлялось школьными психологами и социальными педагогами. Каждый учащийся заполнял индивидуальный комплект методик. Исследование проводилось с согласия родителей и осуществлялось добровольно и анонимно. Принцип анонимности реализовывался за счет специального кодирования бланков методик.

Критериями включения в исследование были: 1) учащиеся средней и старшей школы; 2) добровольное согласие родителей на обследование подростков.

Критериями исключения являлись: 1) Возраст менее 10 лет; 2) отсутствие добровольного согласия родителей на обследование учащегося; 3) отсутствие добровольного согласия подростка на обследование.

Возрастной и гендерный состав основной выборки представлен в таблицах 12-14.

Таблица 12. Распределение общей выборки подростков по полу

	Мальчики	Девочки	Всего
Средний возраст, лет (на момент обсл-я)	14,3	14,5	14±4

Таблица 13. Частотное распределение подростков по полу

Пол	Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Пол не указали	48	2,4	2,4	2,4
Мальчики	1010	49,9	49,9	52,3
Девочки	965	47,7	47,7	100,0
Итого	2023	100,0	100,0	

Таблица 14. Частотное распределение подростков по возрастам

Возраст	Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Возраст не указали	58	2,9	2,9	2,9
10,00	3	0,1	0,1	3,0
11,00	29	1,4	1,4	4,4
12,00	97	4,8	4,8	9,2
13,00	477	23,6	23,6	32,8
14,00	472	23,3	23,3	56,2
15,00	433	21,4	21,4	77,6
16,00	275	13,6	13,6	91,2
17,00	149	7,4	7,4	98,5
18,00	30	1,5	1,5	100,0
Итого	2023	100,0	100,0	



Для психодиагностического исследования подростков на втором этапе использовались методы, представленные в таблице 15 (Григорьева А.А., 2019).

Таблица 15. Психодиагностические методы второго этапа исследования

Социально-демографические характеристики	Анкета, включающая три блока показателей: религиозные убеждения подростков, социально-бытовые характеристики, анамнез семьи
Исследование риска суицидального поведения	Опросник для определения риска суицида «Суицидальная личность-19» (Юнацкевич П.И.)
Исследование риска самоповреждающего поведения	Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А.)
Исследование риска употребления психоактивных веществ	«Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя»
Исследование признаков рискованного поведения	Опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А.) - шкала «поведение в ситуации риска»
Исследование психологических характеристик	1) Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.); 2) Опросник для исследования уровня импульсивности (Лосенков В.А.) 3) Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD, Холмогорова А.В.)

На основе полученного экспериментального материала были выявлены четыре группы подростков с рисками аутоагрессивного поведения: суицидального, самоповреждающего, рискованного и употребления психоактивных веществ. Группы формировались по преобладающему виду аутоагрессивного поведения (критерии выделения групп приведены в таблице 16).

Таблица 16. Критерии формирования групп подростков с рисками  
аутоагрессивного поведения

Вид аутоагрессивного поведения	Метод	Критерии групп
Самоповреждающее поведение	Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А.)	Наличие более двух видов модификации тела, наносимых самостоятельно, и/или наличие других видов самоповреждения
Суицидальное поведение	1) «Суицидальная личность-19» (Юнацкевич П.И., 2009); 2) Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А.)	Процент или свыше 75% итогового балла по тесту «СЛ-19» Положительный ответ на вопрос №19
Употребление психоактивных веществ	1) «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя»; 2) Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А.)	Процент или свыше 75% по шкалам «Активный интерес к ПАВ», «Положительное отношение к ПАВ» Положительные ответы на вопросы № 20, 21, 22
Рискованное поведение	1) Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.) 2) Опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А.)	Показатели меньше 11 баллов по тесту (включительно) Процент или свыше 75% по шкале «Поведение в ситуации риска»

Также были выделены 4 группы подростков с тенденцией к аутоагрессии (критерии групп приведены в таблице 17).

Таблица 17. Критерии формирования групп подростков с тенденцией к риску аутоагрессивного поведения

Вид аутоагрессивного поведения	Метод	Критерии групп
Самоповреждающее поведение	Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А.)	Положительные ответы на вопросы № 7, 8, 11, 12
Суицидальное поведение	Суицидальная личность-19 (Юнацкевич П.И.)	Процент свыше 75% итогового балла по тесту «СЛ-19»
Употребление психоактивных веществ	«Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя»	Процент или свыше 75% по шкалам «Активный интерес к ПАВ», «Положительное отношение к ПАВ»

Рискованное поведение	Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.)	Показатели меньше 11 баллов по тесту (включительно)
-----------------------	---	---

Всего в группы риска аутоагрессивного поведения были включены 455 подростков. Нозологический и гендерный состав групп риска, а также тенденции к аутоагрессивному поведению представлены в таблице 18. Следует отметить, что у ряда подростков выявлены высокие риски сразу по нескольким видам аутоагрессивного поведения. Каждая группа, представленная в таблице 18, не исключает взаимопересечений, то есть один человек мог попасть одновременно в несколько групп.

Таблица 18. Группы подростков с риском и тенденцией к риску суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления психоактивных веществ

Вид аутоагрессивного поведения	Тенденция к риску			Группа риска		
	Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мальчики	Девочки
Самоповреждающее поведение	256 (12,6%)	105 (2,5%)	151 (7,4%)	142 (7%)	52 (2,4%)	90 (4,4%)
Суицидальное поведение	420 (20,7%)	115 (5,6%)	305 (15%)	131 (6%)	37 (1,8%)	94 (4,6%)
Употребление психоактивных веществ	325 (16%)	138 (6,8%)	187 (9,2%)	159 (8%)	52 (2,6%)	107 (5,3%)
Рискованное поведение	339 (16,7%)	146 (7,2%)	193 (9,5%)	172 (9%)	72 (3,5%)	100 (4,9%)

Контрольная группа, без признаков аутоагрессивного поведения, составила 553 человека (27,3%), их них 63% (351) – мальчики, 35% (194) – девочки.

Таблица 19. Количество подростков с полимодальными и мономодальными профилями аутоагрессивного поведения

	% от общей группа риска (n= 455)	Мономодальные профили %	Полимодальные профили %
Суицидальное поведение	131 (30%)	49,2 %	50,7 %
Самоповреждающее поведение	142 (32%)	51,4%	48,6 %
Употребление психоактивных веществ	159 (35,7%)	56 %	44 %
Рискованное поведение	172 (38,6%)	63,4 %	36,6%

Качественный анализ подростков групп риска показал, что среди испытуемых можно выделить тех, у кого представлены множественные сочетания рисков аутоагрессивного поведения (полимодальный профиль) и единичные риски (мономодальный профиль) (таблица 19).

Сравнительный анализ групп подростков с рисками аутоагрессивного поведения позволил выделить социально-демографические и психологические особенности групп с рисками суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления ПАВ.

Из общего количества подростков с выявленными в ходе скрининга рисками аутоагрессивного поведения (n=455) дальнейшее участие в исследовании приняли 141 подросток. Сокращение участников исследования было обусловлено рядом причин: переходом в другие учебные заведения (ВУЗы, ССУЗы), уходом их школ, отказом родителей или самих подростков от дальнейшего участия в психопрофилактических мероприятиях, организационными трудностями проведения профилактических мероприятий.

На третьем этапе проводилась верификация групп риска с имеющимися фактами аутоагрессивного поведения подростков (n=141). Формирование выборки производилось на основе индивидуальной оценки исследователя, а не на случайном отборе элементов выборки.

В качестве источника сведений о подростках группы риска использовались акты социальных педагогов и педагогов психологов о фактах аутодеструктивного

поведения, медицинские заключения врачей психиатров о проведенном осмотре, результаты опросника Ахенбаха, составленные родителями и педагогами подростков по результатам наблюдения за особенностями аффективной сферы и поведением подростков результаты клинической беседы и феноменологического интервью с подростками, данные клинико-психологического исследования.

В результате исследования имеющихся данных подростков групп риска были выявлены особенности аутоагрессивного поведения испытуемых, а также сформирована выборка респондентов с подтвержденными фактами аутоагрессии (n=96).

Критерии включения подростков в группу с подтвержденными фактами аутоагрессии:

- 1) наличие у подростков за последний год фактов повреждения тканей тела (порезов, проколов, ожогов и т.д.);
- 2) наличие у подростков за последний год повторяющихся суицидальных мыслей, запланированных или состоявшихся суицидальных попыток в анамнезе;
- 3) наличие за последний год действий подростка, представляющих угрозу его жизнедеятельности и физическому здоровью;
- 4) факты употребления подростками алкоголя за последний год не реже чем один раз в месяц; описание ситуаций алкогольной или наркотической интоксикации;
- 5) добровольное согласие родителей и подростков на осмотр медицинским психологом и дальнейшую маршрутизацию к профильным специалистам (врачу-психиатру, наркологу).

Основным критерием исключения подростков из группы было отсутствие выявленных фактов самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения и употребления ПАВ.

По результатам анализа полученных данных были определены виды аутоагрессивного поведения в процентном соотношении (Рисунок 11).

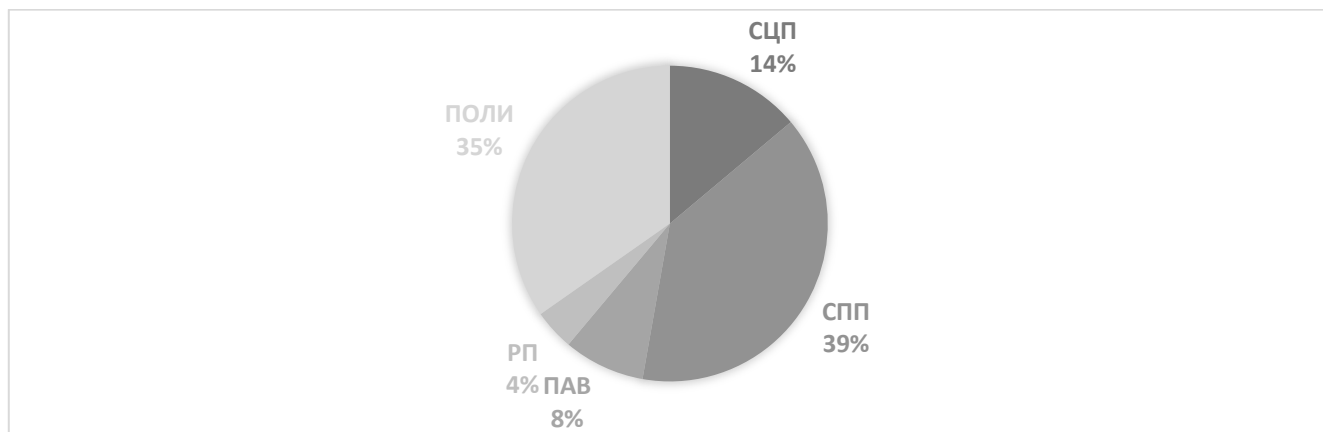


Рисунок 11. Верифицированные виды аутоагрессивного поведения у подростков

Изучение распределения видов аутоагрессии показало, что в представленной группе (n=96):

- 34 (35%) испытуемых – подростки с аутоагрессивными полимодальными комплексами, включающими комбинации видов аутоагрессии,

- 62 (65 %) – подростки, которые используют только один вид аутоагрессивного поведения, из них самый большой процент подростков демонстрирует несуйцидальное самоповреждающее поведение (39%).

Среди подростков, имеющих полимодальные аутоагрессивные профили (n=34) наиболее распространены лица, сочетающие самоповреждающее, суицидальное поведение с употреблением психоактивных веществ - 17(50%) человек.

Распределение подростков с тенденцией к аутоагрессии по полу представлено в таблице 21.

Таблица 21. Распределение подростков с выявленными фактами аутоагрессии по полу (n=96)

	Мальчики	Девочки	Средний возраст
Количество	35	61	15

Подростки с рисками аутоагрессивного поведения, выявленными на втором этапе исследования, с неподтвержденными фактами аутоагрессивного поведения на этапе верификации (n=45), были отнесены в группу с тенденцией к аутоагрессии.

Группа подростков с тенденцией к риску аутоагрессивного поведения (n=186) была сформирована по следующим критериям:

- 1) соответствие результатов психодиагностического (скринингового) обследования второго этапа критериям тенденции к риску аутоагрессивного поведения (см табл.17);
- 2) подростки с высоким риском по результатам скрининга, но не подтвержденными фактами аутоагрессии по результатам верификации;
- 3) подростки, чьи родители дали добровольное согласие на дальнейшее психодиагностическое обследование и профилактическую работу.

Критерии исключения из группы:

- 1) отказ родителей от дальнейшего психодиагностического обследования и участия подростка в профилактической программе;
- 2) подростки, завершившие обучение в 9-м и 11-классах;
- 3) отказ подростков от дальнейшего психодиагностического обследования и участия в профилактической программе.

Распределение подростков с тенденцией к аутоагрессии по полу представлено в таблице 22.

Таблица 22. Распределение подростков с тенденцией к аутоагрессии по полу (n=186)

	Мальчики	Девочки	Средний возраст
Количество	90	96	14

После этапа верификации далее осуществлялось исследование экзистенциального сознания подростков, которое позволило выделить особенности и специфичные экзистенциальные механизмы для группы с подтвержденными фактами аутоагрессии (n=96), для группы подростков с тенденцией к аутоагрессии (n=186), а также для группы с нормативным поведением (n=86).

Сравнительный анализ клинико-психологических характеристик подростков с подтвержденными фактами аутоагрессии и с тенденцией к аутоагрессивному

поведению позволил выделить специфику проявления депрессивных симптомов у подростков, а также выявить их взаимосвязь с экзистенциальными особенностями.

Используемые методы приведены в таблице 20.

Таблица 20. Психодиагностические методы третьего этапа исследования

Экзистенциальные характеристики	«Тест экзистенциальных мотиваций» (Лэнгле А., Экхард П., 2010); Тест Жизнестойкости (Мади С., 1984); «Опросник индивидуальных ценностей» (Шварц, 2013).
Клинико-психологические характеристики	Шкала депрессии для детей от 7 до 17 (Ковач М., 1992)

Четвертый этап исследования был посвящен разработке и внедрению программ первичной и вторичной профилактики и оценке эффективности психокоррекционных мероприятий.

Психопрофилактический комплекс включал как мероприятия для подростков, так и работу с коллективом общеобразовательных школ (Таблица 23).

Таблица 23. Психопрофилактический комплекс в общеобразовательных школах

Психопрофилактический комплекс, основанный на концепции экзистенциального анализа	Работа с подростками	Персонифицированная профилактика с подростками с выявленными фактами аутоагрессивного поведения
		Групповая профилактика с подростками с нормативным поведением и тенденцией к аутоагрессии
	Работа с коллективом общеобразовательного учреждения	Мероприятие в рамках реализации программ профилактики с педагогами-психологами, социальными педагогами, администрацией общеобразовательных учреждений

Для подростков были разработаны и внедрены 2 типа программ профилактики, основанные на концепции экзистенциального кризиса подростков:

- 1) программа первичной профилактики, включающая групповые мероприятия, количество участников составило 50 человек;
- 2) программа вторичной/третичной профилактики для подростков с выявленными фактами суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления ПАВ. Программа включала индивидуальные



занятия и онлайн-консультации, основанные на персонифицированном подходе. Количество участников составило 72 подростка с верифицированными фактами аутоагрессии.

Оценка эффективности психопрофилактического комплекса осуществлялась через 3 месяца после проведенных мероприятий. Проводился анализ динамики количественных и качественных показателей «до» и «после» реализации первичной профилактики (n=50), а также проведения персонифицированной программы профилактики с подростками, имеющими выявленные факты аутоагрессии (n=72).

Для сравнительного анализа динамики результатов подростков проводилось исследование изменений экзистенциальных переживаний, жизнестойкости и показателей аутоагрессии у подростков в 2 контрольных группах:

- 1) с нормативным поведением (n=81),
- 2) группа подростков с верифицированными фактами аутоагрессии, которые не приняли участие в программе профилактики (n=21).

## 4.2. Методики исследования

Разработанный методический комплекс включает следующие блоки методик:

I. Выявление признаков риска аутоагрессивного поведения у подростков:

1) Опросник для определения риска суицида «Суицидальная личность-19» (Юнацкевич П.И., 1996). Методика предназначена для выявления уровня суицидального риска и признаков суицидального поведения. Методика была апробирована на базе Окружного военного госпиталя имени З.П.Соловьева в 1995-1997 годах. Эмпирическую базу составили 100 курсантов вооруженных сил. Состоит из 19 вопросов, в которых предложены утверждения, касающиеся здоровья и характера и являющиеся индикаторами суицидальных проявлений. Обследуемому предлагается ответить «да», если он относится положительно к высказыванию, и «нет» - если отрицательно. Методика констатирует высокий, средний и низкий уровни суицидального риска (приложение 8);

2) Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская Н.А., Кабанова А.С., 2007) оценивает проблемы, связанные с самоповреждениями, их связи с модификациями тела, социальными девиациями и личностными особенностями. Анкета включает 22 вопроса с выбором ответов, касающиеся опыта самоповреждения, фактов употребления ПАВ, рискованного и суицидального поведения. Предназначена для качественного анализа проблем, связанных с самоповреждающим поведением и модификациями тела. Методика прошла процедуру апробации и валидации в диссертационном исследовании Н.А. Польской;

3) «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя» (Григорьева А.А., 2020). С целью исследования отношения подростков к употреблению ПАВ, наличию интереса и осведомленности, был разработан экспресс-тест, состоящий из 10 вопросов, где к каждому прилагается несколько ответов, из которых обследуемому предлагается выбрать один вариант. Предназначен для определения таких параметров осведомленности подростков как интерес к теме ПАВ (пассивный и активный), отношение (тревожное, отрицательное, положительное) и осведомленность. По результатам

теста обследуемого можно отнести к одной из трех групп: 1) высокий риск (высокая осведомленность, высокий интерес, положительное отношение к употреблению ПАВ), 2) промежуточная группа (умеренный интерес, в котором пассивное любопытство сочетается со средними и низкими показателями готовности личного участия, тревожное отношение к ПАВ, осведомленность умеренная или высокая), 3) группа низкого риска (отрицательное отношение к теме ПАВ, тревожное отношение с привлечением взрослого, сниженный интерес, низкая осведомленность);

4) Опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003). Методика разработана в 1995-1996 годах, предназначена для оценки степени риска зависимого поведения у подростков в общеобразовательных учреждениях. Опросник представляет собой ряд биполярных утверждений, которые разнесены по трем диагностическим шкалам: шкала «Поведение в ситуации риска» (6 утверждений) обнаруживает ту или иную стратегию поведения в ситуации риска (нормальное, адекватное поведение; неадекватное поведение – избегающая или преодолевающая стратегия). Шкала «Интерес к наркотикам» (6 утверждений) позволяет обнаружить разный характер интереса к области, связанной с наркотиками: отрицание какого бы то ни было интереса к наркотикам; любопытство к этой области; повышенный, обостренный интерес и поисковая активность ко всему, что несет информацию о наркотиках; структурирование времени «под этот интерес». Данные по шкале квалифицируются как обнаружение осуществленной пробы. Шкала «Социальные установки» (10 утверждений) обнаруживает наличие характеристик активного стремления к социально полезным действиям, увлеченности групповой работой, соревновательности, значимости для подростка социального одобрения или, наоборот, равнодушия и отрицания просоциальных событий при тенденции совершать или одобрять асоциальные поступки.

II. Исследование психологических и социально-демографических характеристик подростков групп риска самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения и употребления ПАВ:

1) Для сбора социально-демографических данных о подростках была разработана анкета, которая включает в себя следующую информацию: возраст, пол

пациента, социально-бытовые условия проживания, состав, статус и финансовое благосостояние семьи, ее особенности, анамнестические данные семьи, связанные с аутоагрессивным поведением;

2) Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.) определяет уровень овладения собственным поведением в различных ситуациях, способность управлять своими действиями, состояниями и побуждениями. Уровень волевой саморегуляции может быть охарактеризован такими свойствами характера как настойчивость и самообладание, которым соответствуют одноименные шкалы. Тест-опросник состоит из 30 утверждений. Субшкала «Настойчивость» характеризует силу намерений человека – его стремление к завершению начатого дела. Субшкала «Самообладание» отражает уровень произвольного контроля эмоциональных реакции и состояний.

3) Тест-опросник для исследования уровня импульсивности (Лосенков В.А.) предназначен для диагностики потенциала коммуникативной импульсивности, то есть черты, противоположной волевым качествам: целеустремленности и настойчивости. Уровень импульсивности может быть охарактеризован как высокий, средний и низкий. Тест-опросник состоит из 20 вопросов и четырех вариантов ответов, из которых предлагается выбрать один подходящий.

4) Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD, Холмогорова А.В., 2016). Опросник разработан Э. Батлером с соавторами, русскоязычная версия была апробирована и подтверждена Максимовым А.М., Холмогоровой А.Б., Кониной М.А. и др. Опросник диагностирует пограничные расстройства личности и склонность к аутоагрессивному, в том числе суицидальному, поведению. 14 пунктов опросника образуют три субшкалы: недоверия (отражает убеждения, связанные с ожиданием эксплуатации и предательства), зависимости (проявляется в убеждениях, связанных с ощущением беспомощности без постоянной поддержки) и защиты (выявляет установки о необходимости предупредительных шагов по предотвращению возможной эксплуатации или отвержения).

III. Верификация групп риска с имеющимися фактами аутоагрессивного поведения подростков.

Для исследования персональных особенностей аутоагрессивного поведения подростков использовался феноменологический подход. О значимости феноменологического подхода для описания личности говорят многие авторы. Феноменологический метод А. Лэнгле описывает как ценностное восприятие понимание того, что сейчас важно для человека в его переживаниях, что им движет, что волнует. Феноменологический метод дает возможность заглянуть за агрессию, понять те личностные содержания, которые кроются за проявлением агрессии к себе.

Основные принципы феноменологического метода, использованные при беседе с подростками:

1) Открытость исследователя в отношении своих чувств. Основные вопросы к себе: как на меня действует то, о чем подросток сейчас рассказывает? Как я это воспринимаю? Что во мне это вызывает?

2) Обращение к конкретному. Вопросы исследователя о конкретных событиях в жизни ребенка, примерах проявления аутодеструктивного поведения. Необходимо сосредотачивать внимание на мелочах: как к внешнему виду ребенка, так и к его истории, манере поведения, особенностям речи.

3) Фокус на переживаниях подростка при аутоагрессивных проявлениях: что ты чувствовал, когда это происходило? Как ты понимал эти чувства? Какие чувства вызывает этот опыт? Как ты относишься к этому сейчас?

4) Соотнесение чувств с реальностью. Какие чувства, переживаемые при аутоагрессивном поведении, относятся непосредственно к ситуации, которая их вызвала, а какие являются перенесенными, спроецированными?

5) Содействие подростку в способности быть открытым самому себе и понимать себя: что для тебя было важно? Что могло остановить тебя? Понимаешь ли ты, где можно было остановиться? Как это повлияло на твою сегодняшнюю жизнь?

Феноменологическое исследование как метод изучения субъективного опыта включает в себя феноменологическое интервью или анализ описания опыта. При исследовании аутоагрессивного поведения подросткам предлагалось при помощи

специальных вопросов, опирающихся на принципы феноменологической методологии, описать пережитый опыт самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения, употребления ПАВ. В ходе беседы с подростками фиксировались данные содержания переживаний и смысла, которые имеют разные аутоагрессивные формы поведения для подростков.

Феноменологическое интервью проводилось по следующей структуре:

- 1) Описание фактов или ситуаций аутоагрессивного поведения;
- 2) Общее восприятие, отношение к такому своему поведению и жизненным ситуациям, с ними связанными;
- 3) Описание эмоциональных состояний, связанных с проявлением аутоагрессии, динамика эмоций;
- 4) Описание особенностей телесных ощущений, переживание боли;
- 5) Описание мыслей, связанных с аутоагрессивным поведением;
- 6) Способность остановиться в момент аутоагрессии;
- 7) Что позволяет удерживаться от проявлений аутоагрессии;
- 8) Как относится сейчас к тому, что произошло;

Изучались материалы школьной и медицинской документации, результаты клинико-психологического обследования (беседа, наблюдение, данные клинико-психологических методик, опросников, проективных методов и пр.).

Для исследования особенностей поведения, отклоняющегося от понятия социальной нормы, использовался опросник Ахенбаха. Это метод экспертных оценок, который позволяет выявить особенности отклоняющегося поведения детей и подростков по 2 группам шкал: первичные шкалы (замкнутость, соматические проблемы, тревожность, нарушения социализации, проблемы мышления, проблемы с вниманием, делинквентное поведение, агрессия); производные шкалы (показатель внутренних проблем, показатель внешних проблем) (Клейберг Ю. А., 2007).

IV. Исследование экзистенциальных особенностей подростков с аутоагрессивным поведением проводилось с использованием следующих методов:

- 1) Тест экзистенциальных мотиваций (Лэнгле А., с соавт., 2010). Измеряет субъективные представления человека о качестве собственной жизни, ее

эмоциональную оценку и оценку ее отдельных значимых аспектов. В концепции экзистенциального анализа интегральным показателем качества жизни является понятие экзистенциальной исполненности, что означает чувство глубокого удовлетворения и согласия в ситуации, запрашивающей духовное измерение человека. Проживание человеком своего духовного измерения зависит от четырех фундаментальных мотиваций (им соответствуют четыре шкалы теста: фундаментальное доверие, фундаментальная ценность, самооценочность, смысл жизни). В исследовании использовалась русскоязычная модификация теста, включающая 36 вопросов, валидизированная группой исследователей: В.Б.Шумским, Е.М.Уколовой, Е.Н.Осиным, Я.Д.Лупандиной в 2016 году.

2) Тест Жизнестойкости (Мадди С., 1984). Характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохранять внутреннюю сбалансированность и не снижать успешность деятельности. Тест содержит 45 вопросов и состоит из 3-х подшкал: «Вовлеченность» (чувство жизни, ощущение вкуса жизни); «Контроль» (внутренняя вера человека в то, что он сам контролирует свою жизнь и может влиять на происходящее вокруг него); «Принятие риска» (способность человека осознанно подходить к риску).

3) «Опросник индивидуальных ценностей» (Шварц, 2013). Применяется для исследования динамики изменения ценностей как в группах (культурах) в связи с изменениями в обществе, так и для личности в связи с ее жизненными проблемами. В основе опросника Шварца лежит теория, согласно которой все ценности делятся на социальные и индивидуальные. Первая часть опросника предназначена для изучения ценностей, идеалов и убеждений, оказывающих влияние на личность. Список ценностей состоит из двух частей: существительных и прилагательных, включающих 57 ценностей. Испытуемый оценивает каждую из предложенных ценностей по шкале от 7 до -1 баллов. Вторая часть опросника Шварца представляет собой профиль личности. Состоит из 40 описаний человека, характеризующих 10 типов ценностей (власть, достижение, гедонизм, стимуляция, самостоятельность, универсализм, доброта, традиции, конформность, безопасность). Для оценки описаний используется шкала от 4 до -1 баллов. Методика дает количественное

выражение значимости каждого из десяти мотивационных типов ценностей на двух уровнях: на уровне нормативных идеалов и на уровне индивидуальных приоритетов.

V. Исследование клинико-психологических характеристик подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к риску аутоагрессии:

1) Шкала депрессии для детей от 7 до 17 (Ковак М., 1992). Опросник на детскую депрессию М. Ковак (Child Depression Inventory (CDI)) адаптирован Н.Г. Гаранян (1999 г.) и валидизирован С.В. Воликовой, О.Г. Калиной, А.Б. Холмогоровой (2011г.). По итогам валидации авторами отмечено, что наиболее надежным показателем данного теста для психологической диагностики является общий балл выраженности депрессивной симптоматики. Шкала позволяет определить количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения. Охватывает основные характеристики депрессии и учитывает психологические особенности данной возрастной группы. Опросник представляет собой самооценочную шкалу для детей и подростков от 7 до 17 лет и содержит пять субшкал (негативное настроение, межличностные проблемы, неэффективность в школе, ангедония, негативная самооценка). Состоит из 27 триад высказываний. Испытуемому предлагается выбрать одно высказывание в каждой группе, в зависимости от того, как он себя чувствует себя в последнее время. Значения, соответствующие 61-65 баллам интерпретируются, как значимое превышение среднего уровня депрессии; значение свыше 66 баллов – соответствуют группе риска.

### **4.3. Статистическая обработка данных**

В соответствии с целями и задачами исследования, а также с учетом специфики анализируемых переменных выполнялись следующие статистические операции:

- расчет частотных таблиц;



- проверка статистических гипотез на основе t-критерия Стьюдента;
- статистическое сравнение групп с использованием критерий U-Mann-Whitney для независимых выборок;
- критерий T-Wilcoxon для зависимых выборок;
- анализ таблиц сопряженности с использованием критерия  $\chi^2$ , позволяющего совместить частоты появления наблюдений на разных уровнях рассматриваемых факторов;
- K-минз кластерный анализ для выделения гомогенных групп, классифицированных по заданному признаку;
- расчет корреляционных матриц на основе линейной корреляции и непараметрических методов. Для непараметрических данных был применен коэффициент корреляции Спирмена, для метрических – Пирсона;
- дисперсионный однофакторный анализ с применением по парных межгрупповых сравнений по методу Шеффе;
- регрессионный и дискриминантный анализ для разработки моделей прогнозирования;
- коэффициент альфа Кронбаха, показывающий внутреннюю согласованность характеристик, описывающих один объект;
- метод анализа энтропии;
- интегративный тест Смирнова;
- Марковский прогноз;

Критерием статистической достоверности получаемых выводов мы считали общепринятую в психологии величину  $P \leq 0,05$ .

На этапе планирования и проведения исследования, а затем и обсуждения результатов не выявлено возможных систематических ошибок в формировании выборки, в адекватности и соответствии дизайна и методов исследования, а также применяемых статистических методик целям и задачам работы.

## ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РИСКАМИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

На первом этапе проводилась оценка влияния социально-демографических, психологических и гендерно-возрастных характеристик на разные виды аутоагрессивного поведения подростков (Григорьева А.А., 2019). Были обследованы учащиеся общеобразовательных школ ( $n=2023$ ) в возрасте 10-17 лет (Средний возраст  $13,5\pm 3,5$ ), из них 1010 человек - мальчики; 965 - девочки (Таблица 24).

Таблица 24. Распределение выборки подростков по полу и возрасту

	Количество	Средний возраст
Мальчики	1010 (49,8%)	14,3
Девочки	965 (47,5%)	14,5
Пол не указали	48 (2,3%)	-
Общая выборка	2023	$14,4\pm 3,5$

### 5.1. Социально-демографические характеристики подростков

Распространенность аутоагрессивного поведения подростков обусловлена целым рядом факторов. Большинство авторов, изучающих проблемы поведения подростков, выделяют как непосредственные предикторы в формировании аутоагрессивных интенций (биологические, психологические, психопатологические), так и факторы социальные, семейные, оказывающие формирующее влияние на подростка и активизирующие вышеуказанные факторы первого ранга (Банников Г.С. и др., 2015; Положий Б.С., 2016; Булыгина В.Г., 2017; Лукашук А.В., и др., 2017; Сыроквашина К. и др., 2018, Григорьева А.А., 2020).

К факторам, способствующим возникновению и усилению аутоагрессивного поведения, мы относим 4 блока показателей: 1) отсутствие религиозных убеждений у подростков, 2) неблагоприятные социально-бытовые условия семьи, 3)

аутоагрессивное и агрессивное поведение родителей в семьях подростков; 4) употребление подростками ПАВ. Употребление ПАВ, как описывалось ранее (h.1.2.2), можно рассматривать с одной стороны, как самостоятельный (косвенный) вид аутоагрессии, с другой, - как фактор или триггер суицидального и самоповреждающего поведения.

### *Религиозные убеждения подростков*

Исследование религиозных убеждений включало вопросы, касающиеся веры в бога и вероисповедания. К социально-бытовым характеристикам относились финансово-экономические показатели семьи (уровень дохода семьи, наличие у подростка отдельной комнаты), структурно-функциональные показатели семьи (количество членов, полная или неполная семья). Социальный анамнез семьи - часть семейного анамнеза, дающая представление об отношениях между членами семьи, наличии агрессивного и аутоагрессивного поведения, вредных привычек. Оценка употребления подростками психоактивных веществ включала информацию об употреблении табака, алкоголя и наркотиков.

Религиозные и духовные могут выступать в качестве защитных факторов для подростков от целого ряда негативных последствий (ранний сексуальный опыт, суицидальное поведение и т.д.). Религиозность подростков рассматривалась нами как формальное выражение веры в Бога и причастности к определенной религии (Cotton S. et al., 2006; Goldston D.B. et al., 2008; Grosseohme D. H. et al, 1999). В ходе анкетирования было выявлено: 69,6% подростков отметили, что верят в бога, среди всех респондентов 60,7% выбирают православное вероисповедание (Таблица 25).

Таблица 25. Религиозные убеждения подростков

Показатели	N=2023
Верят в Бога	69,6%
Не верят в Бога	25%
Вероисповедание: Православие	60,7%
Ислам	2,6%
Католицизм	0,1%
Иудаизм	0,2%
Иная вера	4,2%

Не указали	19,6%
------------	-------

*Социально-бытовые условия семьи*

Особенности социально-бытовых условий и семейного анамнеза являются важными предикторами в формировании аутоагрессивного поведения подростков (Barber В.К., 1992; Kaminski J.W. et al., 2010). В ходе исследования социально-бытовых характеристик было выявлено, что 76% подростков имеют собственное пространство в квартире, 71% проживают в полных семьях с низким (29%) или средним (43%) доходом (Таблица 26).

Таблица 26. Социально-бытовые условия проживания подростков

Показатели	N=2023
У подростков имеется отдельная комната	76%
У подростков отсутствует отдельная комната	22%
Полная семья	71%
Неполная семья	26%
Данные о семье не указали	3%
Уровень дохода в семье на 1 человека в месяц менее 10 тысяч рублей	29%
Уровень дохода на 1 человека в месяц 10-20 тысяч рублей	43%
Уровень дохода на 1 человека в месяц более 20 тысяч рублей	17%
Среднее количество членов семьи, в которых проживают подростки	4±2

*Агрессивное и аутоагрессивное поведение родителей подростков*

Аутоагрессивное и агрессивное поведение среди членов семьи выявлено в 24% случаев. Наиболее распространенным видом аутоагрессивного поведения в семьях подростков является употребление родителями алкоголя (Таблица 27). Около 2,3% подростков указали на наличие в семьях завершенных случаев суицидов среди близких родственников. Менее половины подростков отмечают неблагоприятную психоэмоциональную атмосферу в семье, характеризующуюся частыми конфликтами (преимущественно 1-2 раза в неделю).

Таблица 27. Социальный анамнез семей подростков

Показатели	N=2023
Случаи суицида в семье	2,27 %
Употребление алкоголя в семье	17%
Употребление наркотиков в семье	1,3%
Насилие в семье	3%
Конфликты отсутствуют	58,9%
Конфликты в семье 1-2 раза в неделю	32%
Конфликты в семье 3-5 раз в неделю	5%
Информацию о конфликтах в семье не указали	3,1%

### *Употребление подростками психоактивных веществ*

Оценка употребления подростками психоактивных веществ включала прямые анонимные вопросы об употреблении алкоголя, наркотиков и табака. Были выделены три группы потребителей психоактивных веществ (рис.12): подростки, использующие табакокурение (5,8%); употребляющие алкоголь (20,7%), пробующие наркотики (2,4%).

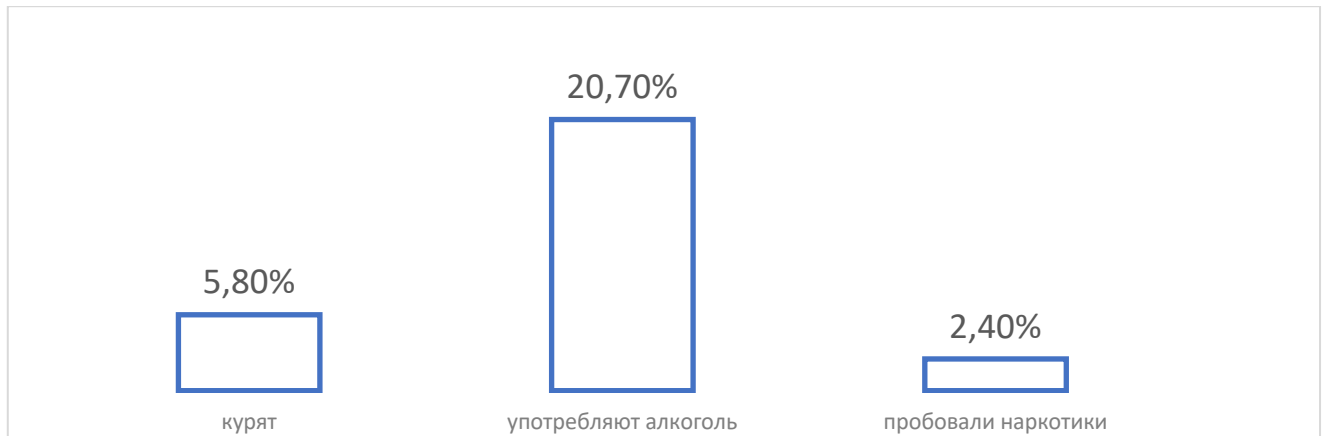


Рисунок 12. Процентное соотношение подростков по употреблению табака, наркотиков и алкоголя

Таким образом, в исследуемой нами выборке выявлены группы подростков, находящиеся под воздействием неблагоприятных факторов, способствующих возникновению аутоагрессивного поведения, по каждому из 4 блоков показателей: 1) 25% - подростки, у которых отсутствуют религиозные убеждения, 2) неблагоприятные социально-бытовые условия семьи: 22% подростков не имеют собственное пространство в квартире, 26% проживают в неполных семьях с низким (29%)

доходом, 3) в 2,3% семей подростков отмечались завершённые суицидальные попытки; в 3% - выявлены случаи насилия в семье; 4) 20,7 % подростков употребляет алкоголь, 5,8% - курят, 2,4 – пробуют наркотики.

## 5.2. Возрастные особенности рисков аутоагрессивного поведения в общей популяции подростков

С целью исследования возрастных особенностей рисков аутоагрессивного поведения были выделены три возрастные группы: 10-11 лет (n=32), 12-15 лет (n=1479) и 16-18 лет (n=454) (табл.4-5). В анализируемых группах был проведен сравнительный анализ показателей риска аутоагрессивного поведения и психологических характеристик (критерий  $\chi^2$ ) (Таблица 28).

Таблица 28. Показатели аутоагрессивного поведения в различных возрастных группах

Показатели	10-11 л.	12-15 л.	16-18 л.	Хи-квадрат	Уровень Р
Уровень суицидального риска	1,78	2,86	2,42	17,32	0,00
Позитивное отношение к самоповреждению	34,4	35	26,1	16,59	0,00
Отрицательное отношение к самоповреждению	9,4	5,4	7,5	7,83	0,02
Наличие самоповреждений	3,1	21	17,2	7,10	0,03
Рискованное поведение	9,44	9,72	13,33	38,35	0,00
Пассивный интерес к ПАВ	2,78	2,61	2,92	8,22	0,02
Тревожное отношение к ПАВ	3,19	2,24	1,90	16,15	0,00
Отрицательное отношение к ПАВ	5,66	4,67	4,53	7,83	0,02
Положительное отношение к ПАВ	1,53	2,46	2,86	14,39	0,00
Осведомленность в теме ПАВ	2,63	3,11	3,93	17,2	0,00
Интерес к ПАВ	6,03	7,96	10,22	32,91	0,00
Употребление алкоголя	3,1	17,1	35	22,43	0,00
Употребление табака	3,1	4,5	10,4	73,17	0,00

В ходе исследования было выделено три вида отношения подростков к модификациям тела и самоповреждению: позитивное - подростки одобрительно относятся к изменению собственного тела и самоповреждению, проявляя интерес к этой теме; нейтральное - равнодушие по отношению к данной теме; негативное - тема вызывает раздражение, отрицание, порицание данного поведения у других.

Отношение к разным видам аутоагрессивного поведения имеет возрастную динамику. Отмечаются различия в отношении подростков к модификациям тела и самоповреждению: в возрасте 10-11 лет подростки наиболее негативно относятся к самоповреждающему поведению (0,020), что сопровождается самым наименьшим числом самоповреждений и модификаций тела. В возрасте 12-15 лет отношение к данному виду аутоагрессии меняется на положительное, достигая максимальных показателей наличие модификаций и самоповреждений (0,029). В возрасте 16 - 18 лет подростки дают значительно меньше положительных оценок самоповреждению и модификациям (0,000), количество самоповреждений и модификаций в этом возрасте начинает также уменьшаться.

Отношение к употреблению психоактивных веществ у подростков изменяется в течение возраста. Если в 10-11 лет тема ПАВ вызывает страх и отрицание (0,000), сопровождаясь низкой осведомленностью в видах психоактивных веществ и способах употребления, то с возрастом повышается интерес к данной теме, осведомленность (0,000), формируется положительное отношение к употреблению (0,000). Наряду с этим увеличивается количество подростков, употребляющих алкоголь и табак (0,000).

Показатель уровня суицидального риска достигают наибольших значений в возрастном диапазоне 12-15 лет ( $p=0,002$ ). Следует отметить, что именно в этом возрасте показатели самоповреждающего поведения также повышаются (0,029).

Следующим этапом исследования было сравнение психологических характеристик аутоагрессивного поведения: уровня импульсивности, волевой саморегуляции, дисфункциональных убеждений в зависимости от возраста испытуемых (таблица 29).



Таблица 29. Психологические характеристики подростков в разные возрастные периоды

Показатели	10-11 л.	12-15 л.	16-18 л.	Хи-квадрат	Уровень р
Уровень волевой саморегуляции	15,16	13,90	14,77	15,95	0,00
Настойчивость	10,31	9,12	9,75	17,42	0,00
Самообладание	7,34	7,38	7,92	15,5	0,00
Социальные установки	12,53	13,90	17,87	30,15	0,00
Дисфункциональные убеждения	17,63	14,54	12,91	10,00	0,00

Высокий уровень волевой регуляции, настойчивость характеризуют группу подростков 10-11 лет. В возрасте 12-15 лет отмечается снижение показателей данных психологических характеристик. При этом показатель «самообладание» увеличивается постепенно, по мере взросления подростка, достигая максимальных значений по выборке в 16-18 лет. В возрастной выборке 10-11 лет наиболее выражены показатели дисфункциональных убеждений.

В возрасте 16-18 лет обнаруживается возрастание показателя «социальные установки», отражающего снижение тенденций совершать асоциальные поступки и стремление подростков к социально полезной деятельности.

В целях выделения возрастных предикторов аутоагрессивного поведения проведен регрессионный анализ данных (Таблица 30). Были выделены следующие возрастные предикторы аутоагрессивного поведения: уровень самообладания, активный интерес к употреблению психоактивных веществ, осведомленность в теме психоактивных веществ, отрицательное отношение к употреблению, установки референтной подростковой группы.

Таблица 30. Возрастные предикторы аутоагрессивного поведения подростков

Показатели	Нестандарт. коэффициенты		Стандарт. коэф-фициенты	t	Знч
	B	Стд. Ошибка	Стд. Ошибка		
(Константа)					
Самообладание	0,2	0,02	0,18	8,49	0,00
Активный интерес к употреблению ПАВ	0,07	0,02	0,09	3,78	0,00
Социальные установки	0,02	0,00	0,12	5,55	0,00
Осведомленность в теме ПАВ	0,09	0,02	0,1	4,07	0,00
Отрицательное отношение к употреблению ПАВ	0,07	0,03	0,06	2,82	0,00

### 5.3. Гендерные особенности риска аутоагрессивного поведения в общей популяции подростков

Анализ гендерных особенностей риска позволил выявить различия между мальчиками и девочками по показателям аутоагрессивного поведения и психологических характеристик (анализ осуществлялся методом однофакторного анализа статистических данных). Было выявлено, что девочки-подростки значимо отличаются активным интересом к употреблению ПАВ по сравнению с мальчиками ( $p=0,000$ ). Сходную динамику можно наблюдать и в случае с самоповреждающим поведением, где девочки обнаруживают наибольшую заинтересованность и позитивное отношение к модификациям тела. Положительное отношение и интерес к самоповреждению преобладает в 16-18 лет в обеих гендерных группах ( $p=0,002$ ) и наиболее выражен у девочек, по сравнению с мальчиками ( $p=0,001$ ). Суицидальный риск у девочек также наиболее выражен по сравнению с мальчиками, максимальные значения параметра отмечаются в возрасте 12-15 лет (3,29;  $p = 0,001$ ) (Таблица 31).

Таблица 31. Гендерные особенности показателей аутоагрессивного поведения подростков

	Гендер	Юноши			Девушки		
		10-11	12-15	16-18	10-11	12-15	16-18
Уровень суицидального риска	0,01	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03
Положительное отношение к модификациям тела и самоповреждению	0,00	0,81	0,86	0,94	1,18	1,16	1,48
Наличие самоповреждений	0,01	2,43	3,18	2,97	2,87	3,95	4,34
Активный интерес к употреблению ПАВ	0,00	2	3,03	4,30	3,81	4,55	5,55

Увеличение суицидальных рисков наиболее выражено в 12-15 лет, как в группе девочек, так и в группе мальчиков ( $p=0,001$ ). Самые низкие показатели суицидального риска в группах подростков женского и мужского пола отмечаются в 10-11 лет.

Наличие модификаций тела и самоповреждений имеет значимые различия при сочетании как возрастных особенностей, так и гендерных ( $p=0,01$ ). У девочек-подростков отмечаются более высокие средние значения по рассматриваемому показателю.

При этом значение показателя увеличиваются с возрастом, приобретая максимальные значения в 16-18 лет. У мальчиков показатель наличия модификаций и самоповреждения ниже, чем у девочек. Последовательного возрастного увеличения показателя не отмечается (Рисунок 12).

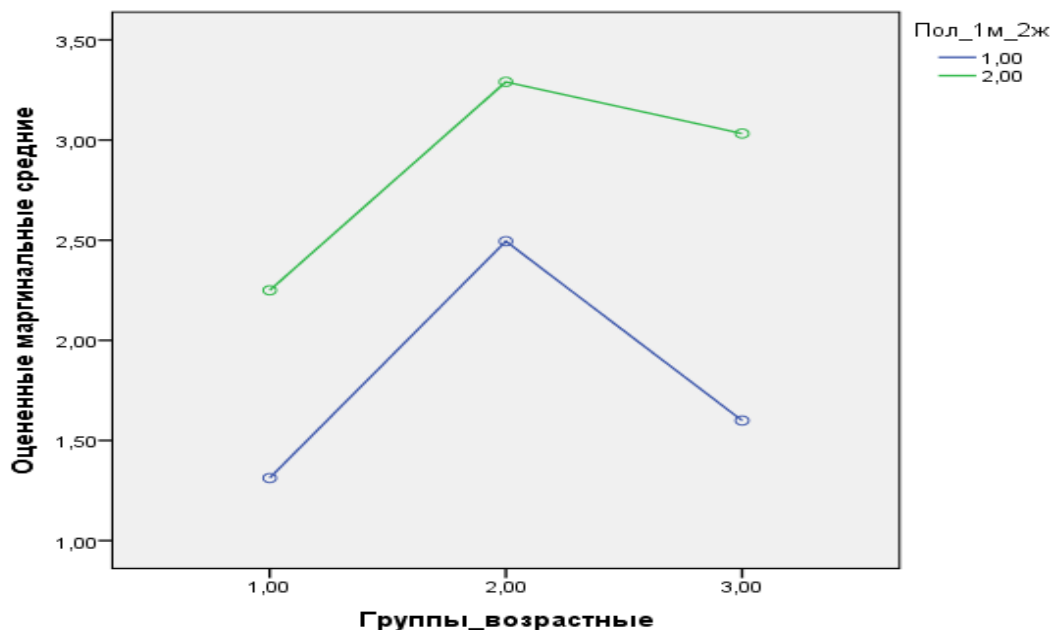


Рисунок 12. Показатели суицидального риска у девочек и мальчиков в разные возрастные природы \* 1 (10-11 лет); 2 (12-15 лет); 3 (18-18 лет)

Исследование особенностей отношения подростков разного пола и разных возрастных групп к модификациям и самоповреждению позволило выявить значимые различия только по гендерному признаку (Рисунок 13, 14).

Так, значения показателя «положительное отношение к модификациям тела и самоповреждению» у девочек-подростков существенно выше по сравнению с мальчиками (0,001). Значимой возрастной динамики данного показателя не отмечается ни в группе мальчиков, ни у девочек-подростков.

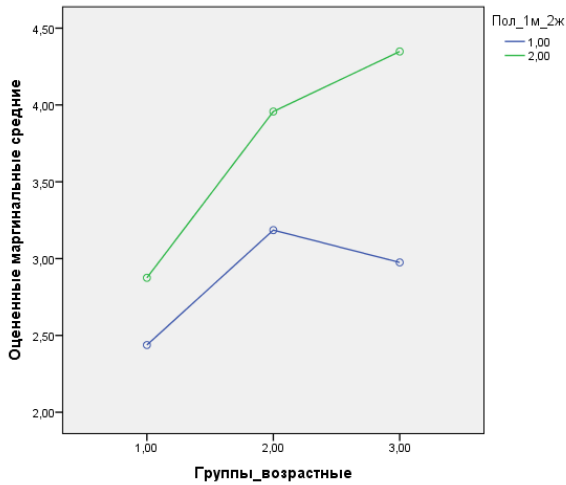


Рисунок 13. Наличие модификаций тела и самоповреждений у мальчиков и девочек в различных возрастных группах

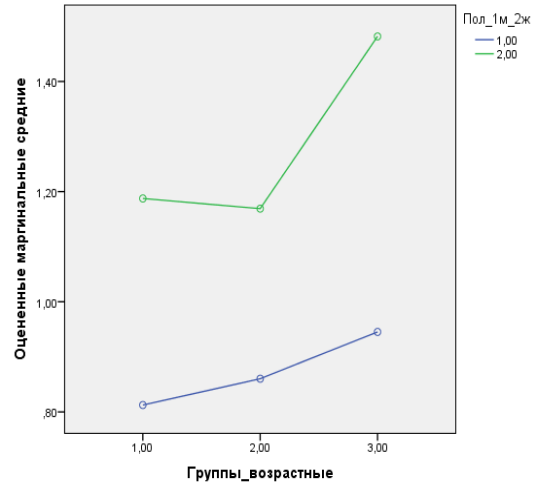


Рисунок 14. Положительное отношение к модификациям тела и самоповреждениям у мальчиков и девочек в различных возрастных группах

Готовность девочек включиться в ситуации, связанные с употреблением ПАВ, активный интерес к этой теме на всех трех возрастных этапах существенно превышает аналогичные показатели у мальчиков. Отношение подростков к употреблению психоактивных веществ также имеет значимые отличия. У девочек отмечается преобладающее негативное отношение к употреблению ПАВ в возрасте 10-11 лет, которое с возрастом меняется на более лояльное отношение к данной теме. В 16-18 лет девочки-подростки уже негативное отношения к употреблению психоактивных веществ сменяется на положительное. В то время, как у мальчиков резких изменений в отношении к употреблению ПАВ с возрастом не происходит. Отмечается, что процент негативного отношения к употреблению пав достигает максимального значения у мальчиков в возрасте 16-18 лет, также, как и в 10-11 лет (рисунок 15, 16).

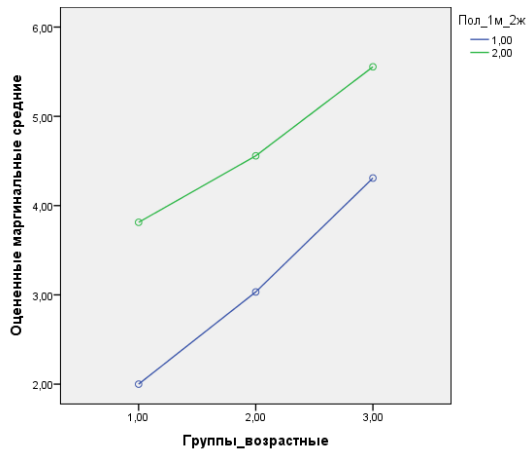


Рисунок 15. Активный интерес к употреблению психоактивных веществ у мальчиков и девочек в различных возрастных группах

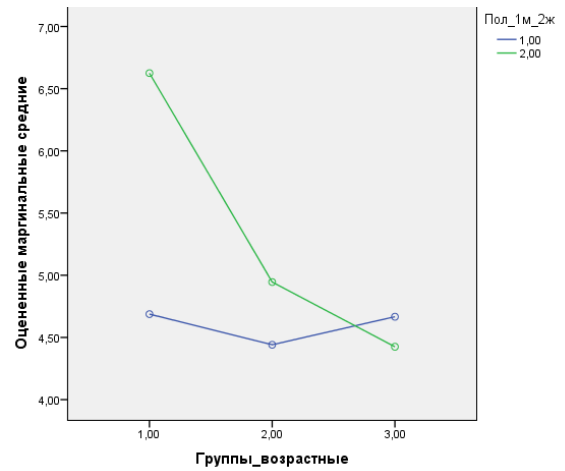


Рисунок 16. Отрицательное отношение к употреблению психоактивных веществ у мальчиков и девочек в различных возрастных группах

Осведомленность в теме психоактивных веществ увеличивается в группах мальчиков и девочек с возрастом, также возрастает и интерес к употреблению ПАВ (рисунок 17).

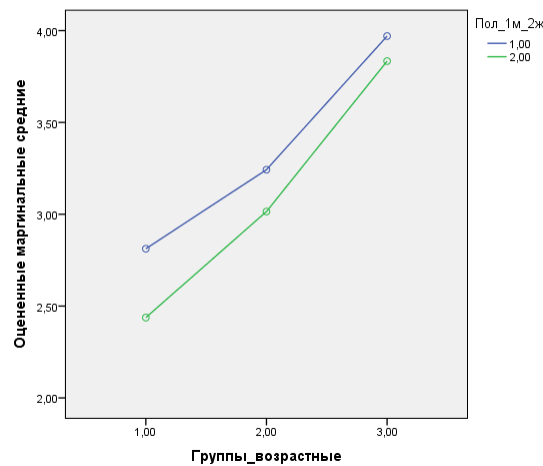


Рисунок 17. Осведомленность в теме психоактивных веществ у мальчиков и девочек в различных возрастных группах

Поведение в ситуации риска у девочек и у мальчиков значимых различий не имеет, однако отмечается возрастная динамика данного показателя, проявляющаяся в последовательном увеличении и достигающая максимального значения у подростков обеих гендерных групп в возрасте 16-18 лет (рисунок 18).

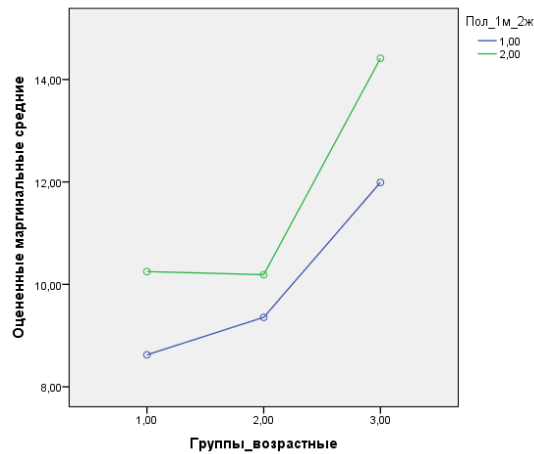


Рисунок 18. Поведение в ситуации риска у мальчиков и девочек в различных возрастных группах

По результатам многофакторного анализа выявлено: девочки-подростки значительно отличаются более низкими показателями волевой саморегуляции и настойчивости на протяжении всех возрастных периодов (0,002). Показатель импульсивности у девочек превышает аналогичный показатель у мальчиков (0,005). Дисфункциональные установки у девочек существенно выше, чем в группе мальчиков (0,008). У мальчиков в возрасте 16-18 лет повышается волевая саморегуляция, настойчивость, снижается импульсивность и показатели дисфункциональных убеждений (таблица 32).

Таблица 32. Психологические характеристики подростков мужского и женского пола в разные возрастные периоды

	Р гендер	Юноши			Девушки			Р гендер и возраст
		10-11	12-15	16-18	10-11	12-15	16-18	
Волевая саморегуляция	0,00	16,43	14,34	16,23	13,87	13,41	13,63	0,00
Настойчивость	0,00	11,25	9,53	10,91	9,37	8,67	8,83	0,00
Самообладание	0,01	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03	-
Импульсивность	0,05	1,87	1,87	0,94	1,87	1,94	1,95	0,01

Дисфункциональные установки	0,01	15,6 2	13,31	10,93	19,62	15,98	14,37	-
-----------------------------	------	-----------	-------	-------	-------	-------	-------	---

Таким образом, показатели аутоагрессивного поведения подростков характеризуются следующими особенностями: активный интерес и осведомленность в теме употребления психоактивных веществ возрастает с 10 до 18 лет. Немаловажную роль в формировании рисков суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления подростками психоактивных веществ играет такой фактор, как аутоагрессивное поведение родителей подростков.

Риск проявления разных видов аутоагрессивного поведения в возрастные периоды 10-11; 12-15 и 16-18 лет у девочек и мальчиков отличаются. У мальчиков возраст 16-18 лет является наиболее стабильным, сопровождаясь увеличением волевых показателей, способностью регулировать свое поведение, более низкими показателями аутоагрессии. У девочек, напротив, склонность к самоповреждению тела, а также к употреблению психоактивных веществ оказывается более выражены. 12-15 лет - возрастной период, сопровождающийся увеличением риска аутоагрессии. Девочки с наибольшей вероятностью попадают в группу риска развития разных видов аутоагрессивного поведения, так как отличаются высокой импульсивностью, трудностями волевой саморегуляции, положительным отношением к самоповреждению, активным интересом к употреблению психоактивных веществ.

#### **5.4. Эпидемиологические данные о численности групп риска подростков с разными видами аутоагрессии**

На основе полученных психодиагностических данных по методам: Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А., 2017); «Суицидальная личность-19» (Юнацкевича П.И., 2009); «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя»;



Опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003, Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.) группы подростков были разделены по виду аутоагрессивного поведения, а также по степени выраженности риска.

По виду аутоагрессивного поведения подростки были разделены на 4 группы: 1) суицидальное поведение, 2) самоповреждающее поведение, 3) употребление психоактивных веществ, 4) рискованное поведение.

По степени выраженности риска разделение производилось на две группы: 1) тенденция к аутоагрессии, 2) высокий риск аутоагрессивного поведения.

Всего в группы риска вошло 455 подростков. Группы формировались по преобладающему виду аутоагрессивного поведения, при этом не исключали наличие других видов аутоагрессии.

В группу испытуемых с суицидальным поведением (СЦП) были включены подростки с тенденцией к суицидальным явлениям, проявляющиеся в виде суицидальных мыслей и реакций (20,7%). Группу высокого суицидального риска составили подростки с высокой вероятностью реализации мыслей и намерений, наличием конкретных замыслов (6,6%).

Группу с тенденцией к самоповреждающему поведению составили подростки с модификациями тела (12,6%). Высокий риск самоповреждающего поведения отмечался у 7% подростков с двумя и более видами модификаций тела, а также с фактами самостоятельного нанесения повреждений (порезы, укусы, удары, шрамы, проколы и др.).

Тенденция к употреблению психоактивных веществ отмечалась у 16% подростков. В эту группу вошли испытуемые, проявившие активный интерес к теме психоактивных веществ, а также имеющие положительное отношение к употреблению ПАВ. Группу с высоким риском употребления ПАВ составили респонденты, давшие положительные ответы на вопросы, касающиеся употребления алкоголя, наркотиков и табака (8%).

В группу детей с тенденцией к рискованному поведению включались подростки с низким уровнем волевой саморегуляции (16,7%), группу с рискованным

поведением составили подростки, у которых в ходе психодиагностического обследования выявлена неадекватная стратегия поведения в ситуации риска (9%) (Таблица 33, рисунок 19).

Контрольная группа, без признаков аутоагрессивного поведения, составила 553 человека (27,3%).

Таблица 33. Распределение подростков по видам и степени выраженности рисков аутоагрессивного поведения (%)

	Тенденция к риску		Группа риска	
	Количество ответов, попавших в категорию	% от общей выборки (n=2023)	Количество ответов, попавших в категорию	% от общей выборки (n=2023)
Самоповреждающее поведение	256	12,6 %	142	7 %
Суицидальное поведение	420	20,7 %	131	6 %
Употребление психоактивных веществ	325	16 %	158	8 %
Рискованное поведение	339	16,7 %	172	9 %

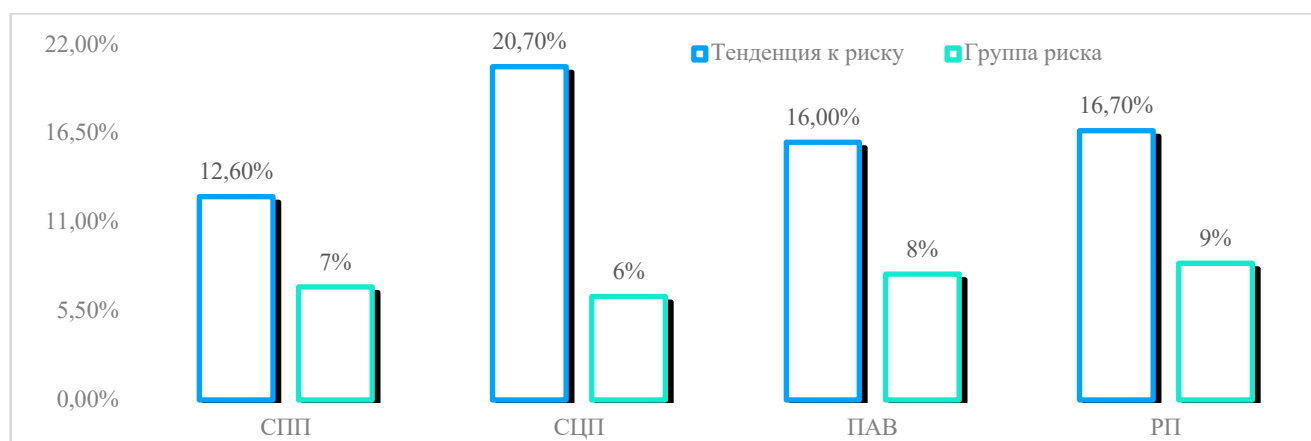


Рисунок 19. Виды и степень выраженности рисков аутоагрессивного поведения подростков (%)

Анализ первичных данных показал, что наличие тенденций к аутоагрессивному поведению выражено у 12 - 20,7% подростков в возрасте 10 до 18 лет. Процент подростков с высоким риском аутоагрессивного поведения составляет от 6 до 9 процентов от общей выборки.

Наибольшую представленность имеет группа подростков, демонстрирующих тенденцию к суицидальному поведению по сравнению с другими видами аутоагрессивного поведения. Среди групп с высокой степенью риска преобладает группа подростков с рискованным поведением (9%).

Качественный анализ выделенных групп риска позволил выделить подростков с множественными (полимодалные профиль) и с единичными (мономодальные профиль) рисками аутоагрессивного поведения (Таблица 34, 35; Рисунок 20).

Таблица 34. Количество подростков с полимодалными и мономодальными профилями аутоагрессивного поведения

	% от общей группа риска (n= 455)	Мономодальные про- фили %	Полимодалные про- фили %
Суицидальное по- ведение	30%	49,2 %	50,7 %
Самоповреждаю- щее поведение	32%	51,4%	48,6 %
Употребление пси- хоактивных ве- ществ	35,7%	56 %	44 %
Рискованное пове- дение	38,6%	63,4 %	36,6%

Таблица 35. Сочетание видов рисков аутоагрессивного поведения подростков в группах с поли-  
модалными профилями

% от общей группа риска (n= 455)	Употребление психоак- тивных веществ	Самоповреждающее по- ведение	Суицидальные по- ведение
Самоповреждающее поведение	4,4%	-	-
Суицидальные по- ведение	2,6%	3,7 %	-
Рискованное пове- дение	4,2 %	2,6 %	2,9 %

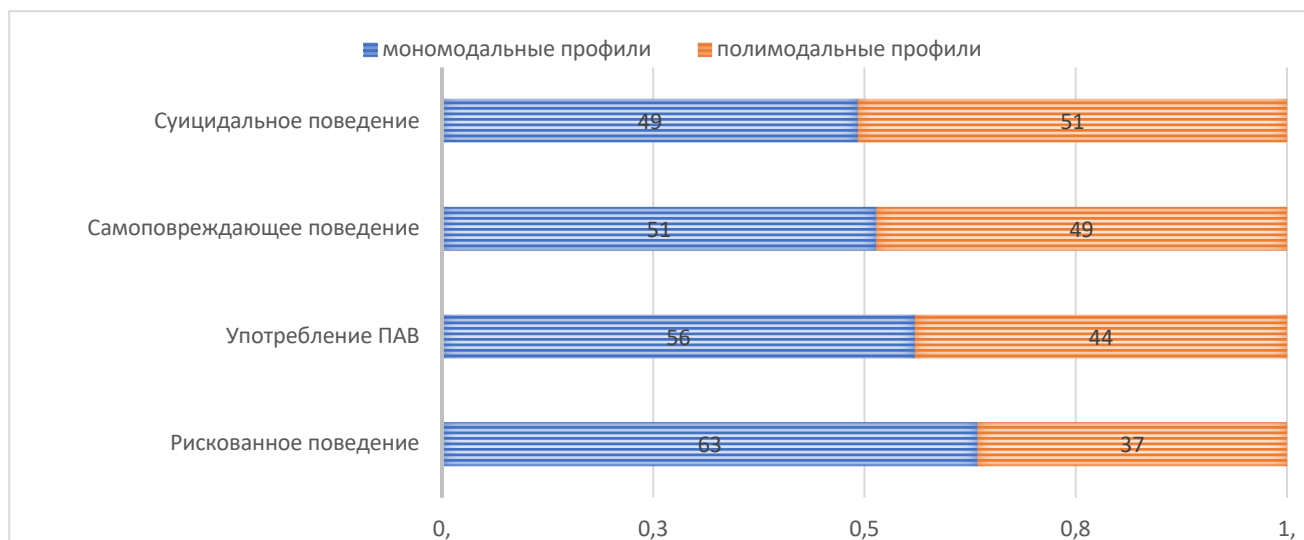


Рисунок 20. Полимодальные и мономодальные профили аутоагрессивного поведения подростков

Таким образом, количество мономодальных аутоагрессивных профилей, включающих только один вид аутоагрессивного поведения подростков, составляет от 49-63% в зависимости от вида. Полимодальные профили отличаются множественными сочетаниями суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления психоактивных веществ, с преобладанием одного из них (36-50%). Можно предположить, что степень выраженности аутодеструкции у подростков с полимодальными профилями будет выше, чем у подростков с одним видом аутоагрессивного поведения (Григорьева А.А., Гавриченко А.А., 2020). Наличие комбинаций аутоагрессивного поведения требует комплексных персонализированных профилактических подходов с учетом специфики полимодального профиля подростка.

### 5.5. Различия социально-психологических характеристик подростков групп риска с разными видами аутоагрессивного поведения

В ходе исследования выявлено, что семьи в группах подростков с рисками самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения и употребления ПАВ значительно различаются по социально-демографическим и психосоциальным характеристикам (сравнительный анализ проводился по критерию U Манна-Уитни). Группа подростков с риском самоповреждения отличается повышенной конфликтностью в семьях по сравнению с другими группами (35,2%). В группах подростков с суицидальным риском отмечается наиболее высокий процент родителей, употребляющих ПАВ (в особенности алкоголь (39%), а также случаев насилия в семье (14,6%). Количество семей со случаями суицида в данной группе подростков составило 9,2%. Психосоциальные показатели в группе подростков с рисками употребления ПАВ отличаются меньшим количеством конфликтов в семье, случаев семейного насилия и употребления родителями ПАВ, отмечен только один факт суицида среди родителей.

Социально-бытовые условия в группах также имеют различия: всего у 45% подростков с суицидальными рисками имеется собственная комната, 38% респондентов данной группы проживает в неполных семьях. В группе подростков с рисками самоповреждающего поведения и употреблением ПАВ условия более благополучные: 63% подростков проживают в полных семьях, 69 - 73% имеют собственную комнату. Уровень материального дохода в семьях в группах с аутоагрессивным поведением и группы нормы существенно не различаются.

Религиозные убеждения подростков групп риска также различаются: наименьшее количество подростков отметило, что верит в Бога в группе с рисками суицидального поведения (44,6%), в то время как в группе с нормативным поведением 79% подростков отмечают, что имеют веру (таблица 36).

Таблица 36. Средние значения социально-демографических и психосоциальных показателей в группах подростков с рисками самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения и употребление психоактивных веществ

Социально-демографические характеристики	Суицидальные поведение (n=131)	Самоповреждающее поведение (n=142)	Употребление ПАВ (n=159)	Рискованное поведение (n=172)	Норма (n=553)
--	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------------

Средний возраст	14,3	14,7	15,3	14,5	14±3
Мальчики	28%(37)	35% (51)	32% (51)	38,9% (67)	63% (351)
Девочки	72% (94)	63% (90)	67% (107)	61% (105)	35% (194)
Социально-бытовые характеристики					
Отдельная комната есть	45% (59)	69% (98)	73% (117)	70% (120)	80% (444)
Отдельной комнаты нет	25% (33)	28% (41)	26% (42)	30,2% (52)	18% (102)
Полная семья	60% (79)	63% (90)	63% (99)	74% (128)	77% (428)
Неполная семья	38% (50)	33% (48)	34% (55)	26% (44)	21% (117)
Уровень дохода на 1 человека в месяц: менее 10 тыс.руб.	30% (40)	29% (42)	27% (44)	29% (50)	29% (162)
10-20 тыс.	46% (60)	45% (64)	49% (79)	48% (82)	45% (250)
более 20 тыс.	15% (20)	19% (27)	15% (24)	6% (28)	15% (85)
Психосоциальные характеристики семей подростков					
Случаи суицида в семье	9,20% (12)	9,10% (13)	1% (3)	2,9% (5)	0,50% (3)
Употребление алкоголя в семье	39% (51)	26% (37)	17,60% (55)	23% (39)	8,40% (47)
Употребление наркотиков в семье	6,90% (9)	5,60% (8)	1,80% (10)	1,7% (3)	0,50% (3)
Насилие в семье	14,60% (19)	6,30% (9)	2,50% (11)	7% (12)	0,70% (4)
Конфликты 3-5 раз в неделю	27% (35)	35,20% (50)	6,90% (5)	6,9% (12)	2,50% (14)
Религиозные убеждения подростков					
Верят в бога	44,60% (58)	52% (74)	57,20% (91)	64,5% (111)	79% (441)

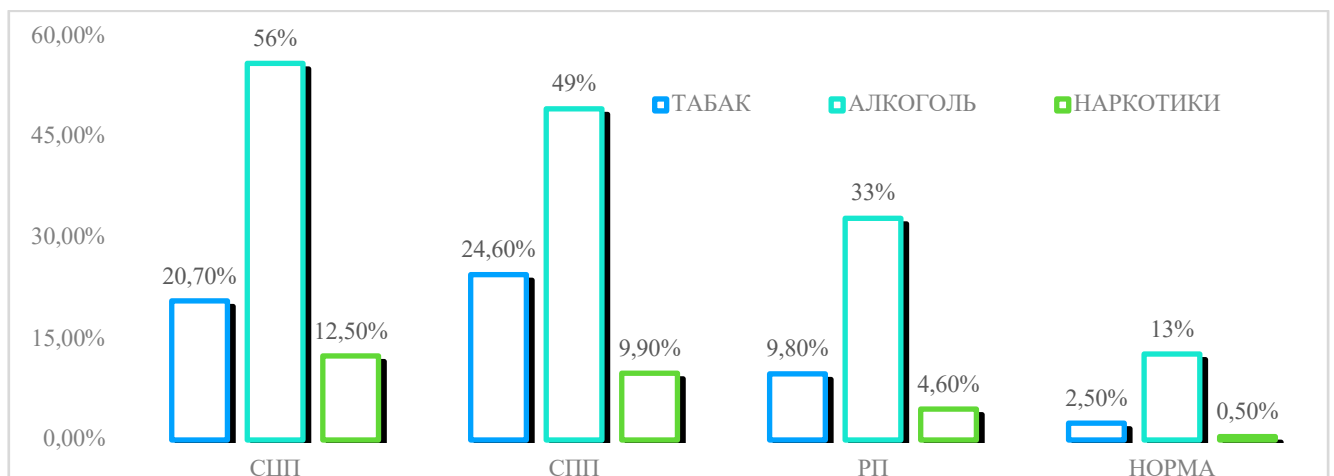
Таким образом, все группы подростков с рисками аутоагрессивного поведения отличаются от группы нормы рядом характеристик: в группах риска преобладают девочки (61-72%), в то время как в группе нормы 63% - мальчики. Для социального анамнеза подростков с рисками аутоагрессивного поведения характерны дисфункциональность родительских семей, подверженность употреблению психоактивных веществ, физическое насилие, неблагоприятный психоэмоциональный фон, факты суицида. Во всех группах подростков с разными видами

аутоагрессивного поведения отмечается высокий процент семей, в которых родители употребляют алкоголь (17,6 до 39%). Подростки групп риска имеют более сложные социально-бытовые условия: отсутствует отдельная комната (25-30%), неполные семьи (26-38%). Религиозные убеждения подростков групп риска отличаются атеизмом, в особенности в группе с высоким риском суицидального поведения. Показатель финансового благосостояния семей в группах риска и нормы не имел существенных различий.

### 5.6. Структура потребления ПАВ в группах риска подростков с суицидальным, самоповреждающим и рискованным поведением

Структура потребления ПАВ выделена в группах подростков с рисками самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения и употреблением ПАВ, а также в группе подростков с нормативным поведением.

В группе подростков с риском суицидального поведения 56% отметили, что употребляют алкоголь, 20,7% - табак и 12,5% пробовали наркотики. Подростки с рисками самоповреждающего поведения употребляют табак (24,6%), алкоголь (49%) и наркотики (9,9%). В группе подростков с рискованным поведением употребление ПАВ существенно ниже, чем в двух других группах (Рисунок 21).



\*СЦП – суицидальное поведение; СПП – самоповреждающее поведение; РП – рискованное поведение

Рисунок 21. Структура потребления психоактивных веществ у подростков с разными видами аутоагрессивного поведения

Таким образом, по сравнению с группой нормы, у подростков с рисками самоповреждающего, суицидального и рискованного поведения отмечается значительное увеличение интереса ко всем видам психоактивных веществ: табак, алкоголь, наркотики. Алкоголь является наиболее предпочитаемым видом ПАВ среди подростков с аутоагрессивным поведением.

### **5.7. Сравнительный анализ и взаимосвязи психологических характеристик подростков с рисками аутоагрессивного поведения**

Для исследования психологических характеристик подростков с разными видами рисков аутоагрессивного поведения был проведен сравнительный анализ уровня импульсивности, волевой саморегуляции и дисфункциональных убеждений испытуемых (U Манна-Уитни).

В группе подростков с риском самоповреждающего поведения и риском употребления психоактивных веществ выявлены самые высокие показатели волевой саморегуляции по сравнению с группами подростков с рисками суицидального и рискованного поведения (0,002). Средние значения показателей волевой саморегуляции в группах подростков с разными видами аутоагрессивного поведения приведены на рисунке 22 (Приложение 1, 2).





Рисунок 22. Средние значения показателей волевой саморегуляции в группах подростков с самоповреждающим, суицидальным, рискованным поведением и употреблением психоактивных веществ

Значимое увеличение показателя «дисфункциональные убеждения» (0,004) выявлены в группах подростков с рисками суицидального и рискованного поведения отличаются высоким показателем. Статистически значимых различий по показателю «импульсивность» в группах с разными видами рисков аутоагрессивного поведения не выявлено.

Следующим этапом исследования было выявление структуры взаимосвязи показателей аутоагрессивного поведения и психологических характеристик подростков в группах риска с суицидальным, самоповреждающим, рискованным поведением и употреблением психоактивных веществ. В качестве ключевого показателя аутоагрессии рассматривался «уровень суицидального риска». Использовался метод корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена). В группе подростков с рисками суицидального поведения выявлено, что дисфункциональные убеждения подростков связаны с частотой конфликтов в семье ( $r=0,380$ ,  $p=0,000$ ); уровень суицидального риска имеет значимую корреляционную связь с дисфункциональными убеждениями ( $r=0,340$ ,  $p=0,000$ ) (Рисунок 21).

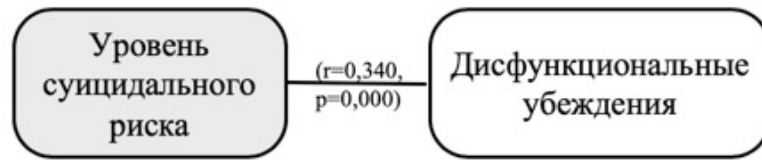


Рисунок 23. Подростки с рисками суицидального поведения

У подростков с рисками самоповреждающего поведения показатель уровня суицидального риска связан с общим показателем волевой саморегуляции ( $r=-0,407$ ,  $p=0,000$ ); и настойчивостью ( $r=-0,407$ ,  $p=0,000$ ). Чем выше показатели волевой саморегуляции, тем ниже риск суицида у подростков с самоповреждающим поведением. Уровень суицидального риска имеет значимую корреляционную связь с общим показателем самоповреждающего поведения и модификации тела ( $r=0,463$ ,  $p=0,000$ ). Отрицательное отношение к модификациям тела и самоповреждению связано с верой в Бога ( $r=0,340$ ,  $p=0,000$ ). Общий уровень риска самоповреждающего поведения и модификации тела связан с дисфункциональными убеждениями подростков ( $r=0,397$ ,  $p=0,000$ ) (Рисунок 24).



Рисунок 24. Подростки с рисками самоповреждающего поведения

Подростки с рисками употребления психоактивных веществ характеризуются следующими взаимосвязями: уровень суицидального риска связан с самообладанием ( $r=0,756$ ,  $p=0,000$ ); импульсивностью ( $r=-0,472$ ,  $p=0,000$ ); позитивным отношением к самоповреждению и модификациям тела ( $r=-0,365$ ,  $p=0,000$ ); дисфункциональными убеждениями ( $r=-0,365$ ,  $p=0,000$ ). Показатель импульсивности повышается при увеличении дисфункциональных установок ( $r=0,487$ ,  $p=0,000$ ), при

снижении самообладания ( $r=-0,382$ ,  $p=0,000$ ) и настойчивости ( $r=-0,398$ ,  $p=0,000$ ). Позитивное отношение к модификациям тела связано с уменьшением показателей настойчивости ( $r=-0,398$ ,  $p=0,000$ ); самообладания ( $r=-0,382$ ,  $p=0,000$ ). Отрицательное отношение к модификациям тела и самоповреждений связано с их наличием ( $r=0,358$ ,  $p=0,000$ ). В свою очередь, наличие модификаций тела и самоповреждений имеет значимую корреляционную связь с трудными жизненными ситуациями, в которых подросткам хотелось «свести счеты с жизнью» ( $r=-0,407$ ,  $p=0,000$ ) (Рисунок 25).

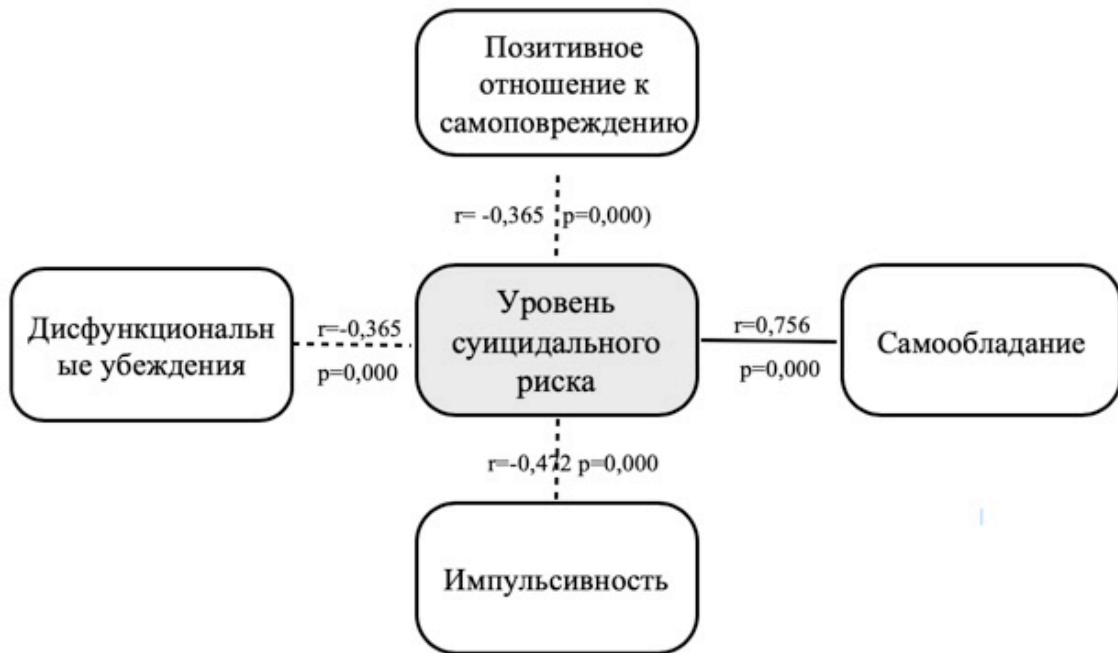


Рисунок 25. Подростки с рисками употребления ПАВ

Можно предположить, что наличие фактов самоповреждения тела у подростков с рисками употребления ПАВ, приводит к усилению интенций решить имеющиеся жизненные проблемы при помощи ухода из жизни. Следует отметить, что показатель суицидального риска имеет наибольшее количество структурных взаимосвязей с психологическими характеристиками и показателями самоповреждающего поведения в группе подростков с рисками употребления психоактивных веществ, по сравнению с другими группами. Суицидальность подростков, употребляющих ПАВ повышается при уменьшении импульсивности, повышении самообладания, уменьшении дисфункциональных установок, ухудшению отношения к самоповреждению.

В группе подростков с рискованным поведением увеличение уровня суицидальности связано с уменьшением показателя волевой саморегуляции ( $r=-0,442$ ,  $p=0,000$ ), настойчивости ( $r=-0,326$ ,  $p=0,000$ ), самообладания ( $r=-0,344$ ,  $p=0,000$ ), увеличением количества дисфункциональных убеждений ( $r=-0,407$ ,  $p=0,000$ ). Наличие самоповреждений связано с положительным отношением к аутодеструкции ( $r=0,405$ ,  $p=0,000$ ) (Рисунок 26).

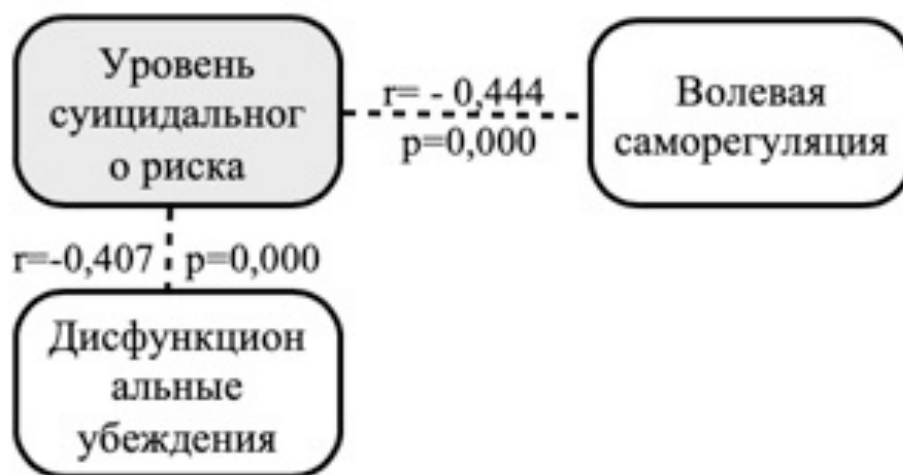


Рисунок 26. Подростки с рискованным поведением

Таким образом, подростки с суицидальным и рискованным поведением отличаются от других групп низкими показателями волевой саморегуляции и большим количеством дисфункциональных убеждений. Структура взаимосвязей показателей аутоагрессии и психологических характеристик в каждой группе подростков имеет свою специфику. В группе подростков с риском суицидального поведения уровень суицидального риска связан с количеством дисфункциональных убеждений, которые в свою очередь имеют значимую корреляцию с количеством конфликтов в семье. У подростков с самоповреждающим поведением увеличение суицидального риска связано со снижением показателей волевой саморегуляции. Повышение показателя самоповреждений и модификаций тела сопряжено с увеличением суицидального риска и количества дисфункциональных убеждений. Отрицательная оценка имеющихся самоповреждений связана у подростков с верой в Бога. Подростки с риском употребления психоактивных веществ обнаруживают специфический характер взаимосвязи показателя суицидального риска с психологическими характеристиками: суицидальный риск повышается при увеличении

показателей волевой саморегуляции, снижении импульсивности, уменьшении дисфункциональных установок. Желание свести счеты с жизнью в этой группе подростков сопровождается увеличением риска самоповреждения тела и модификаций. Подростки с рискованным поведением отличаются увеличением суицидального риска при уменьшении показателей волевой саморегуляции и увеличении количества дисфункциональных установок.

### 5.8. Резюме по главе

В пятой главе «Социально-демографические и психологические особенности подростков с рисками аутоагрессивного поведения» проведена оценка влияния социально-демографических, психологических и гендерно-возрастных характеристик на разные виды аутоагрессивного поведения подростков. Были обследованы учащиеся общеобразовательных школ ( $n=2023$ ) в возрасте 10-18 лет (Средний возраст  $13,5\pm 3,5$ ), из них 1010 человек – мальчики; 965 – девочек.

В ходе исследования выявлено, что общая выборка исследуемых подростков имеют полный состав семьи, с низким или средним уровнем дохода. У большинства подростков имеется свое личное пространство. Психоэмоциональный фон в семьях неустойчивый, отмечается в среднем наличие одной-двух конфликтных ситуаций в семье в неделю. Большая часть подростков верят в бога и отмечают православное вероисповедание. Одна четвертая часть общей выборки подростков употребляет психоактивные вещества (преимущественно алкоголь).

Выявлены возрастные особенности рисков аутоагрессивного поведения в общей популяции подростков: в 10-11 лет подростки негативно относятся к употреблению психоактивных веществ и самоповреждающему поведению; в 12-15 лет появляется интерес к теме употребления ПАВ, положительное отношение к модификациям тела и самоповреждению; после 16 лет показатели интереса и положительного отношения снижаются. Вместе с тем, в возрасте 12-15 лет подростки отмечают наибольшее количество фактов самоповреждения, также в данный период возрастает показатель суицидального риска, достигая максимальных и, снижаясь после

16 лет. Показатели употребления ПАВ достигают максимальных значений в 16-18 лет (Корчагина Г.А. и др., 2010).

Наряду с возрастными изменениями показателей риска аутоагрессии, меняются психологические характеристики подростков: период 10-11 лет характеризуется высокими показателями волевой саморегуляции и наибольшим количеством дисфункциональных убеждений. В возрасте 12-15 лет отмечается снижение уровня волевой саморегуляции, что может быть связано с увеличением рисков самоповреждающего поведения. После 15 лет снижается тенденция к асоциальным поступкам, увеличивается волевая саморегуляция, уменьшается количество дисфункциональных убеждений, что обусловлено процессами созревания и развития психики и личности подростков.

Возрастными предикторами аутоагрессивного поведения являются: самообладание, активный интерес к теме употребления психоактивных веществ, осведомленность в теме ПАВ и отношение к ней, социальные установки подростка.

В ходе исследования выявлены гендерные особенности рисков аутоагрессивного поведения в общей популяции подростков: девочки-подростки проявляют наибольший интерес как к модификациям тела и самоповреждению, употреблению ПАВ, отличаются более высокими показателями суицидального риска и самоповреждений. Поведение подростков в ситуации риска гендерной специфики не имеет.

Количество подростков с высокими рисками аутоагрессивного поведения составило  $\frac{1}{4}$  от общей популяции (455 человек), что согласуется с данными отечественных и зарубежных исследователей. От 30 до 50% из них имеют полимодальные поведенческие комплексы, включающие несколько видов риска: суицидальное, самоповреждающее, рискованное поведения и/или употребление ПАВ.

Исследование групп подростков с разными видами рисков аутоагрессивного поведения позволило выявить их социально-демографические, психологические особенности и специфику показателей аутоагрессии и их взаимосвязи. В группах подростков с рисками суицидального и самоповреждающего поведения отмечается преобладание дисфункциональных семей, подверженных употреблению

психоактивных веществ и насилию, характеризующихся повышенной конфликтностью. Подростки с рискованным поведением и употреблением ПАВ имеют более благоприятную семейную обстановку, однако значимо отличающую их от группы нормы в негативную сторону. Подростки с суицидальными и самоповреждающим поведением более подвержены употреблению ПАВ по сравнению с группой подростков с рискованным поведением. Повышение суицидального риска в группах подростков с самоповреждающим и рискованным поведением связано со снижением показателей волевой саморегуляции, в группе с суицидальным риском - с количеством дисфункциональных установок. В группе подростков с риском употребления ПАВ увеличение суицидального риска, напротив, связано с повышением показателей волевой саморегуляции и уменьшением количества дисфункциональных установок.

## ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

По результатам проведения психологического тестирования, направленного на выявление подростков с рисками аутоагрессивного поведения, были выделены группы с тенденцией к аутоагрессии и с выраженными рисками аутоагрессивного поведения. Для проведения этапа исследования, направленного на изучение особенностей экзистенциальных переживаний подростков, с подростками группы риска осуществлялась верификация фактов аутоагрессивного поведения у подростков групп риска. Для подтверждения фактов аутоагрессивного поведения подростков осуществлялся анализ школьной документации (акты социальных педагогов и психологов о наблюдаемых фактах аутоагрессивного поведения), медицинских заключений (врачей психиатров и наркологов), исследовались результаты опросника Ахенбаха, составленные родителями и педагогами подростков по результатам наблюдения за особенностями аффективной сферы и поведения подростков, проводилась клиническая беседа и феноменологическое интервью с подростками. Всего на данном этапе приняли участие 141 подросток. Группа подростков с подтвержденными фактами аутоагрессивного поведения составила 96 человек, из них дальнейшее участие в программе согласились принять 75 человек (трое из них в последствие выбыли). Возраст испытуемых 11-17 лет, из них 69% женского пола, 31% мужского. Подростки группы риска, у которых факты аутоагрессии не были подтверждены (n=45) отнесены к группе с тенденцией к аутоагрессии.

Распределение видов аутоагрессии показало, что в представленной группе с подтвержденными фактами аутоагрессии (n=96) - 35% испытуемых – подростки с аутоагрессивными полимодальными комплексами, включающие разные комбинации видов аутоагрессивного поведения, 65 % - подростков отличаются наличием только одного вида аутоагрессивного поведения. Самый большой процент подростков демонстрирует несуицидальное самоповреждающее поведение (39%). Среди полимодальных аутоагрессивных профилей наибольшую представленность



получили подростки с сочетанием самоповреждающего, суицидального поведения с употреблением психоактивных веществ (50%) (Рисунок 27).

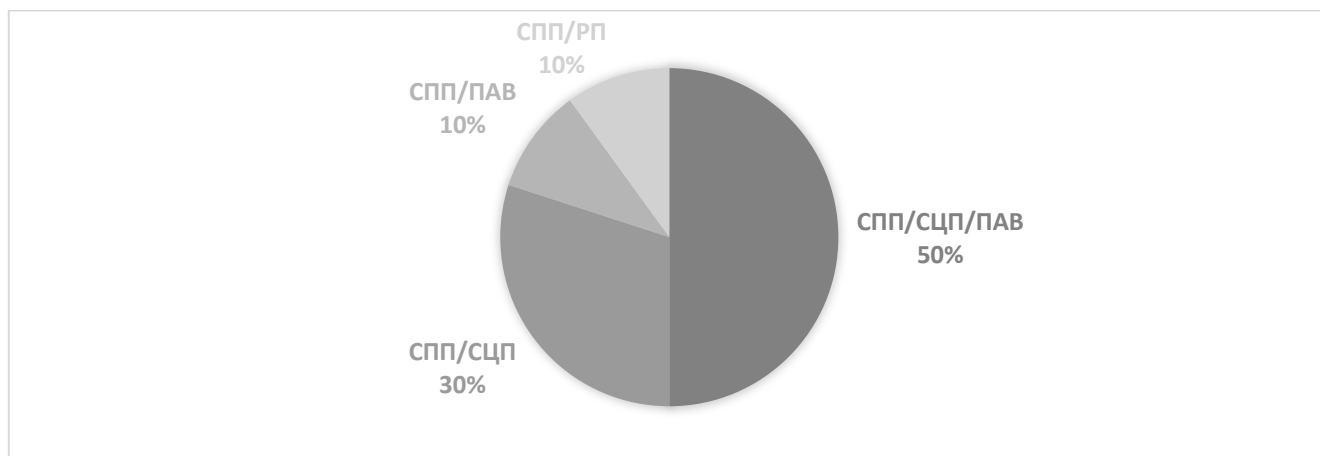


Рисунок 27. Полиמודальные аутоагрессивные профили подростков

*Согласованность оценок аффективных и поведенческих особенностей подростков групп риска*

Для объективизации процесса наблюдения и оценки личностных, поведенческих и аффективных особенностей подростков на этапе выявления подростков с аутоагрессивным поведением учителям, психологам и родителям подростков предлагалось использовать опросник Ахенбаха. Опросник позволяет классифицировать наблюдаемые признаки поведенческих проявлений подростка по основным группам: замкнутость, соматические проблемы, тревожность, нарушения социализации, проблемы мышления, проблемы внимания, делинквентное поведение, агрессия, а также объективизировать и стандартизировать процесс наблюдения и сбора данных. По результатам применения опросника Ахенбаха в ходе наблюдения за учащимися удалось получить подробную информацию о подростках, попавших по результатам скрининга в группу риска. Полученные данные соотносились с результатами родителей и школьных психологов, заполнявших аналогичный опросник по итогам наблюдения за поведением подростка (Коэффициент согласованности Кронбаха).

Согласованность оценок учителя с оценками родителей, специалистов психологов, а также данными, полученными в ходе скрининга, повышают прогностическую ценность полученных результатов, а также позволяют учитывать

индивидуальные особенности подростка при разработке персонифицированной программы профилактики.

Анализировались данные 141 учащегося, вошедших по результатам первичного скрининга в группу риска. При оценке подростков с риском аутоагрессивного поведения педагоги общеобразовательных школ дали высокие оценки таким чертам, как замкнутость (коэффициент средней оценки – 0,44) и тревожность (0,67).

Родители подростков среди всех черт выделяют «замкнутость» (0,6). Меньше всего расхождений в оценках родителей и классных руководителей учащихся выявлено по шкалам: «проблемы внимания», «проблемы мышления», «делинквентное поведение», «агрессия». Наибольшее расхождение выявлено по шкале «тревожность». Разница коэффициентов среднего значения составила 0,51.

Самые низкие оценки в отношении всех показателей поведения подростков отмечаются у специалистов психологов. Высокие оценки психологи дали таким показателям, как замкнутость (0,21) и тревожность (0,25) (Рисунок 28).

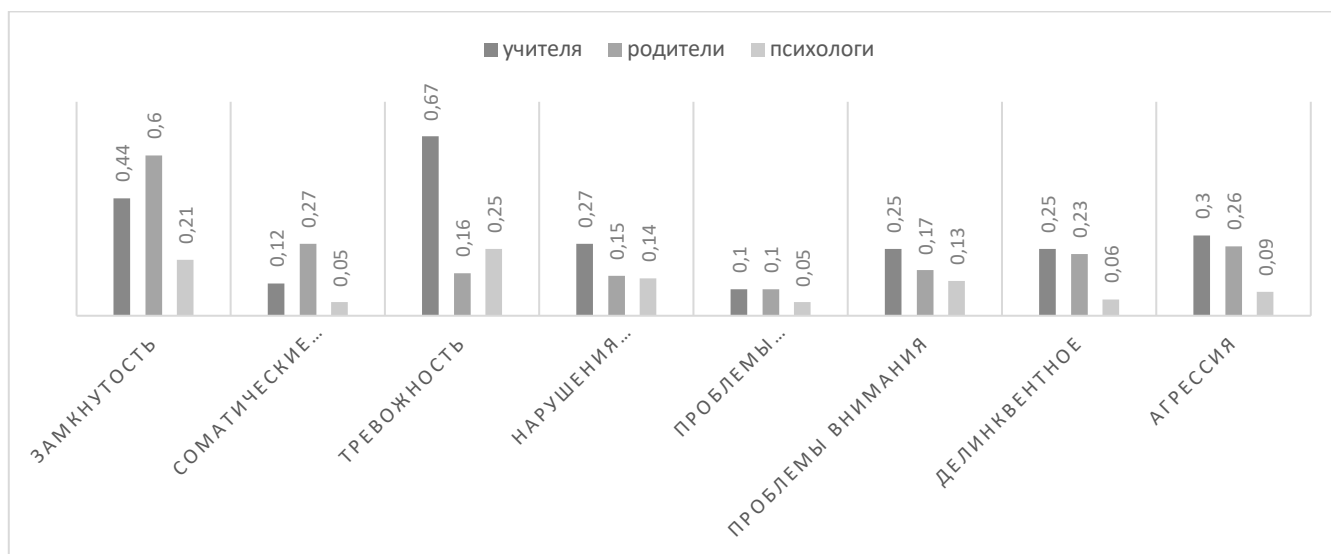


Рисунок 28. Согласованность оценок родителей, учителей и психологов

Коэффициент согласованности Кронбаха у педагогов, психологов и родителей по шкалам Ахенбаха соответствует допустимому значению (Таблица 37).

Таблица 37. Статистика надежности оценок педагогов и родителей

	Альфа Кронбаха
Педагоги	0,727
Родители	0,646
Психологи	0,785

Было выявлено, что родители в большей степени оценивают подростков с рисками аутоагрессивного поведения, как замкнутых и склонных к соматическим заболеваниям (Булыгина В.Г. и др., 2019). В то время как педагоги общеобразовательных школ наблюдают увеличение у таких подростков тревоги и нарушения социализации. Специалисты психологи акцентируют внимание на таких особенностях, как тревога и замкнутость. Следует отметить, что оценка школьных учителей в наибольшей степени соответствовала реальным поведенческим характеристикам подростков.

### **6.1. Особенности компонентов экзистенциального сознания подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением**

Исследование экзистенциального сознания подростков включало изучение ценностей, фундаментальных экзистенциальных мотиваций и компонентов жизнестойкости (Григорьева А.А., 2020). Проводился сравнительный анализ в трех группах подростков: с тенденцией аутоагрессивного поведения ( $n=186$ ), с подтвержденными фактами аутоагрессии ( $n=96$ ), с нормативным поведением ( $n=86$ ) (описательные статистики, U-Манна Уитни).

#### **Сравнительный анализ ценностей подростков**

Сравнительный анализ ценностей подростков включал в себя 1) исследование идеалов и убеждений, которыми подростки руководствуются в жизни, а также 2) изучение ценностей, используемых подростками для описания своей личности.

Сравнение показателей идеальных ценностей не выявил значимых различий в группах подростков с аутоагрессией, нормативным поведением и тенденцией к риску (U-Манна Уитни).

Сравнение средних показателей ценностей, выбранных подростками в качестве характеристик личности, выявило, что подростки группы нормы более высоко

оценивают такие свои характеристики как способность управлять другими людьми и ресурсами (показатель «власть» (0,03), а также чувство безопасности по сравнению с подростками с аутоагрессивным поведением (показатель «безопасность» (0,031) (Таблица 38, 39).

Таблица 38. Сравнение средних показателей ценностей среди подростков с аутоагрессией, нормативным поведением и тенденцией к риску

Профиль личности	Норма		Тенденция		Аутоагрессия	
	Мх	СКО	Мх	СКО	Мх	СКО
конформность	7,45	3,48	7,05	3,56	6,83	3,67
традиции	6,24	3,83	6,05	3,67	5,19	3,56
доброта	9,5	3,24	9,27	3,48	9,79	3,36
универсальность	13,69	5,07	12,88	5,01	14,21	5,00
самостоятельность	9,48	3,07	9,44	3,86	10,19	2,45
стимуляция	6,83	3,18	6,69	2,85	7,43	2,61
гедонизм	8,19	2,77	7,59	3,13	7,43	3,01
достижения	9,40	4,16	7,85	3,94	8,67	3,57
власть	4,69	3,06	3,68	3,69	2,83	3,2
безопасность	11,24	4,38	9,89	4,42	8,93	4,40

Таблица 39. Значимые различия показателей индивидуальных ценностей в группах подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением (U-Манна Уитни)

	Власть	Безопасность
Z	-2,164	-2,159
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,03	0,031

Значимых различий для групп с тенденцией к риску и аутоагрессивным поведением не установлено, также, как и для групп с тенденцией к риску и нормативным поведением.

Таким образом, оценка подростками нормативных ценностей не имеет значимых различий в группах с разным уровнем аутоагрессии. Данный факт может объясняться общностью социальных ценностей, характерных для подростковой среды в целом, вне зависимости от особенностей их поведения. Вместе с тем, ценностная самоидентификация подростков с аутоагрессивным поведением значимо отличается от группы с нормативным поведением. Подростки с аутоагрессией идентифицируют себя как личность, для которой не значима безопасность,

социальный статус. То есть, различия между группами подростков выявлены на уровне индивидуальных ценностей, в то время как социальные ценности подростков не различаются.

### **Сравнительный анализ фундаментальных экзистенциальных мотиваций и их компонентов**

Фундаментальная экзистенциальная мотивация (ФЭМ) понимается как актуализация личностных ресурсов в ответ на внешние ситуации (Лэнгле А., Уколова Е.М., Шумский В.Б., 2014). Существует 4 фундаментальные экзистенциальные мотивации, каждая из которых включает 3 компонента:

- 1) стремление справиться с условиями мира (1ФЭМ) – для ее реализации необходимы чувство защищенности, физического и психологического пространства, опоры в себе самом и в других;
- 2) стремление переживать жизнь как ценную (2 ФЭМ) – его условиями являются отношения (соотнесение с другими людьми и их ценностями), способность уделять отношениям время и устанавливать в них близость;
- 3) стремление к аутентичности (3ФЭМ) - основано на потребности в справедливом отношении со стороны других, интересе к собственной индивидуальности, признании ее ценности;
- 4) стремление к смыслу (4ФЭМ) – подразумевает включенность личности в разные сферы жизни и взаимосвязи (семья, школа, работа и т.д.), возможности для реализации собственной деятельности, способность видеть ценность в будущем.

Конечной целью экзистенциальных мотиваций или стремлений личности реализовать свой потенциал и возможности является достижение экзистенциальной исполненности или чувства наполненности жизни, жизни «как хорошей».

Проанализированы средние значения компонентов фундаментальных экзистенциальных мотиваций для подростков с нормативным, аутоагрессивным поведением и тенденцией к риску. Анализируемые фундаментальные экзистенциальные мотивации включали девять компонентов: опора, защищенность,

пространство, соотнесенность, время, близость, заинтересованность, справедливость, признание, возможности, включенность, будущее.

Выявлены более высокие средние значения в группе подростков с нормативным поведением по показателям: опора, защищенность, пространство, время, близость, справедливость, признание, возможности, включенность и будущее (Таблица 40).

Таблица 40. Сравнение средних значений компонентов экзистенциальной мотиваций подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением, тенденцией к аутоагрессии

Норма		Тенденция к аутоагрессии		Аутоагрессивное поведение		Компоненты ФЭМ	Наименование ФЭМ
Мх	СКО	Мх	СКО	Мх	СКО		
10,27	1,87	9,40	2,73	9,67	2,32	Опора	1 – стремление справиться с условиями мира
9,33	1,49	8,12	2,29	8,12	2,01	Защищенность	
9,66	2,11	8,44	2,71	8,42	2,50	Пространство	
8,61	1,91	8,54	2,68	9,07	2,41	Соотнесенность	2 - стремление переживать жизнь как ценную
9,05	1,47	8,04	2,48	7,87	1,89	Время	
10,11	1,64	9,07	2,73	9,62	2,30	Близость	
9,02	2,29	8,57	2,47	9,15	2,10	Заинтересованность	3 - стремление к аутентичности
9,40	1,81	8,44	2,59	8,67	2,09	Справедливость	
10,16	2,28	9,42	6,42	8,60	2,39	Признание	
9,72	2,08	8,55	2,71	9,00	2,17	Возможности	4 стремление к смыслу
8,44	2,12	7,20	2,37	7,17	2,27	Включенность	
9,88	2,02	9,01	3,02	9,20	2,73	Будущее	

Значимые различия были выявлены для компонентов фундаментальных экзистенциальных мотиваций с использованием критерия U-Mann-Whitney. При сравнении групп с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии, а также тенденции к аутоагрессии и нормы значимых различий в показателях ФЭМ не выявлено.

Подростки с аутоагрессивным поведением отличаются от нормативной выборки низким уровнем защищенности (0,022); способностью уделять время отношениям (0,027); чувством признания обществом собственной ценности (0,021); включенностью в социальные взаимосвязи (0, 026) (приложение 5).

Проанализированы средние значения показателей фундаментальных экзистенциальных мотиваций подростков в трех группах (норма, тенденция к риску и аутоагрессивное поведение) (приложение 2). Значимые различия выявлены для групп подростков с нормативным и аутоагрессивным поведением по показателям первой и четвертой экзистенциальных мотиваций, соответствующие стремлению справиться с жизненными условиями и стремлению к смыслу. Подростки с аутоагрессивным поведением демонстрируют низкую способность справляться с жизнью (0,046), а также низкие показатели стремления к смыслу (0,055), по сравнению с группой нормы (Таблица 41).

Таблица 41. Значимые различия фундаментальных экзистенциальных мотиваций в группах подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением (U-Манна Уитни)

	1ФЭМ	4 ФЭМ
Z	-1,993	-1,899
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,046	0,055

Таким образом, подростки с аутоагрессивным поведением отличаются от группы нормы таким экзистенциальными переживаниями, как «я плохо защищен от внешних обстоятельств, в моей жизни мало времени уделяется отношениям, я не чувствую себя достаточно ценным для другим и включенным в жизнь» и как результат — это сомнение в смысле жизни.

### **Сравнительный анализ показателей жизнестойкости**

Проведено сравнение средних значений показателей жизнестойкости: «вовлеченность», «контроль», «принятие риска» в трех группах подростков с

нормативным, аутоагрессивным поведением и тенденцией к риску. Подростки с нормативным поведением обладают более высокой способностью принимать риск, контролировать ситуацию и вовлеченностью в деятельность (Таблица 42).

Таблица 42. Средние значения компонентов жизнестойкости

	Норма		Тенденция к аутоагрессии		Аутоагрессивное поведение	
	Мх	СКО	Мх	СКО	Мх	СКО
вовлеченность	20,88	5,68	18,94	6,34	17,12	7,08
контроль	16,34	4,91	15,24	4,67	12,81	5,78
принятие риска	11,81	3,85	10,63	3,68	9,31	3,41
жизнестойкость	49	13,51	44,80	13,73	39,2381	15,26

Анализ значимых различий показателей жизнестойкости выявил, что подростков с аутоагрессивным поведением отличает от группы нормы чувство себя «вне жизни» (0,013); ощущение собственной беспомощности (0,004); низкая способность принятия жизненных изменений (0,000). Значимых различий показателей жизнестойкости в группе с тенденцией к риску, по сравнению с подростками с аутоагрессивным и нормативным поведением, не выявлено (Таблица 43).

Таблица 43. Значимые различия показателей жизнестойкости у подростков с аутоагрессивным поведением и нормативным поведением (U Манна-Уитни)

	вовлеченность	контроль	принятие риска	жизнестойкость
Z	-2,87	-3,12	-3,40	-3,30
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,004	0,002	0,001	0,001

Таким образом, для подростков с аутоагрессивным поведением характерен самый низкий уровень жизнестойкости (0,001) по сравнению с двумя другими группами. Подростки с аутоагрессивным поведением переживают низкую



включенность в жизнь, собственную беспомощность перед обстоятельствами, низкую способность к принятию изменений.

## **6.2. Особенности взаимосвязи ценностей, компонентов экзистенциальных мотиваций, показателей жизнестойкости в группах подростков с аутоагрессивным, нормативным поведением и тенденцией к аутоагрессии**

Исследование особенностей взаимосвязи структуры ценностей, компонентов экзистенциальных мотиваций, показателей жизнестойкости проводилось на основе корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона).

### **Исследование взаимосвязи ценностей и 4 фундаментальных экзистенциальных мотиваций**

У подростков с аутоагрессивным поведением взаимосвязь фундаментальных экзистенциальных мотиваций с ценностями характеризуется следующими особенностями (Приложение 6).

Первая фундаментальная экзистенциальная мотивация имеет значимые взаимосвязи с конформностью ( $r=0,480$ ; при  $p=0,002$ ); добротой ( $r=0,445$ ; при  $p=0,004$ ); гедонизмом ( $r=0,344$ ; при  $p=0,03$ ); достижениями ( $r=0,471$ ; при  $p=0,002$ ); безопасностью ( $r=0,524$ , при  $p=0,001$ ).

Вторая фундаментальная экзистенциальная мотивация (ФЭМ) связана с традициями ( $r=0,361$ , при  $p=0,022$ ); добротой ( $r=0,461$ , при  $p=0,001$ ); достижениями ( $r=0,426$ , при  $p=0,006$ ); безопасностью ( $r=0,344$ , при  $p=0,045$ ).

Третья ФЭМ связана с конформностью ( $r=0,398$ , при  $p=0,012$ ); традициями ( $r=0,370$ , при  $p=0,000$ ); добротой ( $r=0,498$ ,  $p=0,000$ ); самостоятельностью ( $r=0,355$ , при  $p=0,025$ ); достижениями ( $r=0,389$ , при  $p=0,013$ ); безопасностью ( $r=0,378$ , при  $p=0,016$ ).

Четвертая ФЭМ имеет значимые связи с конформностью ( $r=0,505$ , при  $p=0,001$ ); традициями ( $r=0,534$ , при  $p=0,000$ ); добротой ( $r=0,577$ , при  $p=0,000$ );

самостоятельностью ( $r=0,393$ , при  $p=0,012$ ); достижениями ( $r=0,562$ , при  $p=0,000$ ); безопасностью ( $r=0,499$ , при  $p=0,001$ ). Наибольшим количеством связей с фундаментальными экзистенциальными мотивациями обладают такие ценности как «доброта», «достижения» и «безопасность».

Интегральный показатель экзистенциальной исполненности связан с такими показателями ценностей как: конформность ( $r=0,461$ , при  $p=0,003$ ), доброта ( $r=0,489$ , при  $p=0,001$ ); универсализм ( $r=0,367$ , при  $p=0,02$ ); достижения ( $r=0,440$ , при  $p=0,004$ ); безопасность ( $r=0,469$ , при  $p=0,000$ ).

В группе подростков с тенденцией к аутоагрессивному выявлена только одна значимая связь: четвертая фундаментальная мотивация - связана с показателем ценностей «достижения» ( $r=0,340$ , при  $p=0,000$ ). Интегральный показатель экзистенциальной исполненности значимых корреляционных связей с ценностями не имеет.

В группе подростков с нормативным поведением взаимосвязей фундаментальных экзистенциальных мотиваций и интегрального показателя экзистенциальной исполненности с показателями ценностей личности не выявлено.

Таким образом, можно предположить, что подростки с аутоагрессивным поведением, находясь в экзистенциальном кризисе, включены в активный внутренний поиск. Решение возникших экзистенциальных задач приводит их к необходимости выстраивать систему внутренних ценностей. Среди универсальных ценностей, имеющих взаимосвязь со всеми ФЭМ следует отметить: конформность, традиции, доброта, достижения, безопасность. Специфичные ценности выявлены для 1 и 3 ФЭМ: стремление справляться с условиями жизни (1 ФЭМ) - гедонизм; стремление к аутентичности (3ФЭМ) –самостоятельность.

В то время как, в группах подростков с тенденцией к аутоагрессии и нормативным поведением, актуализация диалогического потенциала личности опирается на другие внутренние механизмы.

### **Исследование взаимосвязи фундаментальных экзистенциальных мотиваций и показателей жизнестойкости**

Следующим этапом анализа было выявление особенностей психологической структуры взаимосвязей фундаментальных экзистенциальных мотиваций с показателями жизнестойкости.

Группа подростков с аутоагрессивным поведением отличается высокой значимостью взаимосвязей между всеми показателями жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска) и четырьмя фундаментальными экзистенциальными мотивациями, а также общим показателем экзистенциальной исполненности (Таблица 44).

Таблица 44. Корреляции фундаментальных экзистенциальных мотиваций и показателей жизнестойкости в группе подростков с тенденцией к аутоагрессии

	1фэм	2фэм	3фэм	4фэм	общий показатель ЭИ
Вовлеченность	,670**	,687**	,671**	,734**	,736**
р	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Контроль	,571**	,614**	,620**	,653**	,656**
р	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Принятие риска	,618**	,632**	,604**	,686**	,678**
р	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

В группе подростков с тенденцией к аутоагрессии показатели экзистенциальных мотиваций (1ФЭМ, 2ФЭМ, 3ФЭМ, 4ФЭМ) также имеют значимые корреляции со всеми показателями жизнестойкости: вовлеченность ( $r=0,670$ ;  $0,687$ ;  $0,671$ ;  $0,734$ ,  $p=0,000$ ), контроль ( $r=0,571$ ;  $0,614$ ;  $0,620$ ;  $0,653$ ,  $p=0,000$ ), принятие риска ( $r=0,618$ ;  $0,632$ ;  $0,604$ ;  $0,686$ , при  $p=0,000$ ).

В группе нормы выявлена взаимосвязь показателя жизнестойкости «вовлеченность» со второй фундаментальной экзистенциальной мотивацией («нравится быть в этом мире» ( $0,033$ ), четвертой ФЭМ (переживание смысла в жизни ( $0,017$ ), а также общим показателем экзистенциальной исполненности ( $0,042$ ). Общий показатель жизнестойкости в группе нормы связан переживанием смысла ( $0,048$ ) (Таблица 45).

Таблица 45. Корреляции фундаментальных экзистенциальных мотиваций

и показателей жизнестойкости в группе нормы

	1фэм	2фэм	3фэм	4фэм	общий показатель ЭИ
Вовлеченность	0,366	,505*	0,304	,553*	,483*
р	0,136	0,033	0,220	0,017	0,042
Контроль	0,236	0,404	0,191	0,451	0,358
р	0,345	0,096	0,449	0,060	0,145
Принятие риска	0,095	0,290	0,041	0,313	0,205
р	0,706	0,244	0,870	0,205	0,413
Жизнестойкость	0,266	0,437	0,215	,472*	0,388
р	0,285	0,070	0,392	0,048	0,112

Анализ матрицы интеркорреляционной структуры фундаментальных экзистенциальных мотиваций, ценностей и показателей жизнестойкости в группе подростков с нормативным поведением позволил выявить, что компоненты становятся менее взаимосвязанными и взаимоопределяющими по сравнению с группой подростков, имеющих аутоагрессивное поведение. При отсутствии аутоагрессии значимые взаимосвязи сохраняются между стремлением реализовывать смысл (4ФЭМ), переживать жизнь как ценную (2 ФЭМ) и активной жизненной позицией («вовлеченность»).

При аутоагрессивном поведении стремление осуществить экзистенцию приводит к усилению взаимосвязей между фундаментальными экзистенциальными мотивациями с системой ценностей, а также со способностью справляться со стрессом (жизнестойкость).

### **Сравнение энтропии параметров экзистенциальной исполненности в группах подростков с нормативным и аутоагрессивным поведением**

Энтропия применительно к системе психологических показателей может рассматриваться как мера стабильности/разрозненности характеристик определенной группы субъектов в конкретных условиях.

При помощи энтропийного анализа производилось сравнение энтропии параметров фундаментальных экзистенциальных мотиваций в группах подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением. Полученные результаты по параметрам 1, 2, 3 и 4-й фундаментальных экзистенциальных мотиваций были распределены на три уровня: высокий, средний и низкий, в соответствии с тестовыми показателями «Шкалы экзистенции».

Анализ распределение уровней ФЭМ в двух группах подростков осуществлялся при помощи интегративного теста Смирнова. Так было выявлено, что в группе с нормативным поведением преобладающее количество подростков получило средний (2) и высокий (3) уровень стремления справляться с условиями мира, переживать жизнь как ценную и находить смысл жизни. Наличие большего процента подростков с низким уровнем по показателю стремление к аутентичность (3ФМ), может интерпретироваться как возрастная характеристика подростков, связанная с формированием образа «Я». В группе подростков с аутоагрессивным поведением гораздо большее количество подростков получило низкие оценки по всем экзистенциальным шкалам (Рисунок 29).

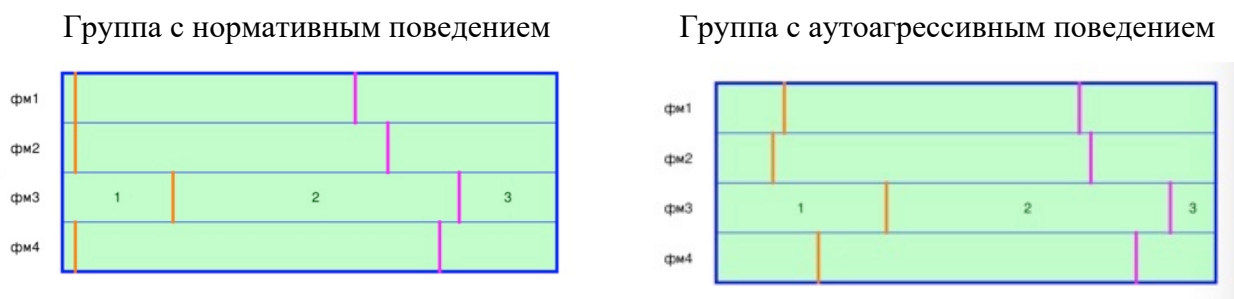
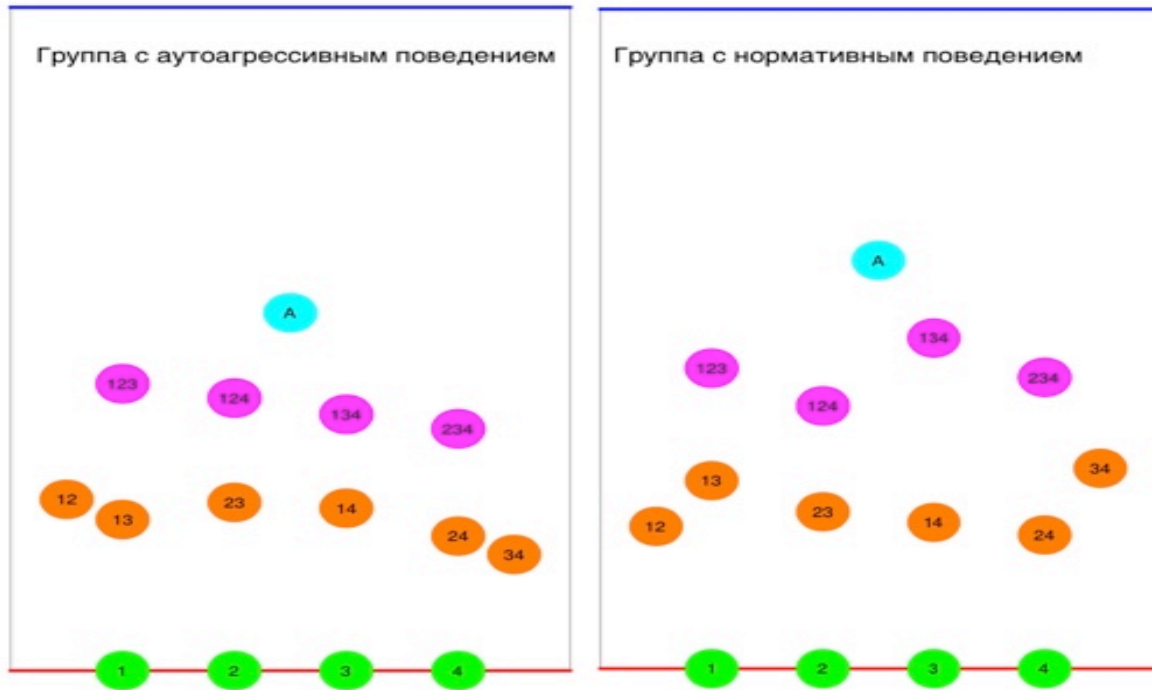


Рисунок 29. Распределение уровней ФЭМ в двух группах подростков

1 - низкий уровень; 2 – средний уровень; 3 – высокий уровень

Было выявлено, что у подростков с аутоагрессивным поведением отмечается наименьшая энтропия параметров экзистенциальной исполненности по сравнению с группой нормы. Разброс показателей ФЭМ в группе с нормативным поведением свидетельствует о большей независимости элементов системы, чем в группе с аутоагрессией (Рисунок 29).



\*1 – первая ФЭМ; 2 – вторая ФЭМ; 3 третья ФЭМ; 4 – четвертая ФЭМ;

Рисунок 30. Энтропия параметров экзистенциальной исполненности в группах подростков с нормативным и аутоагрессивным поведением

Наибольшая взаимосвязь в группе подростков с аутоагрессивным поведением выявлена для показателей третьей и четвертой ФЭМ, соответствующим стремлениям к переживаниям аутентичности и смысла жизни. Таким образом, при аутоагрессивном поведении происходит уменьшение энтропии между переживаниями подростков фундаментальной ценности жизни, собственной аутентичности и смысла. Устойчивость аутоагрессивного поведения подростков характеризуется основополагающей взаимосвязью между стремлением найти ответы на фундаментальные экзистенциальные вопросы: «имею ли я право быть собой?», «нравится ли мне жить, чувствую ли я ее ценность?», приводящих к основному вопросу «для чего я пришел в этот мир, каков смысл того, что я живу?». То есть, трудности аутентичности и переживания жизни как ценной приводят подростка с аутоагрессивным поведением к вопросу о смысле жизни.

В группе с нормативным поведением более высокая энтропия между уровнями фундаментальных экзистенциальных мотиваций может объясняться тем, что отсутствует болезненная фиксация подростков на своих экзистенциальных

переживаниях. И наличие отдельных трудностей в реализации ключевых экзистенциальных мотиваций в меньшей степени влияет на возможность достижения качества жизни. То есть, увеличение энтропии между показателями ФЭМ, свидетельствует о нормативном становлении личности подростка и его более высокой способности к реализации «исполненной» жизни. Вместе с тем, в группе нормы обнаруживается взаимосвязь для показателей 1 и 2 ФЭМ – характеризующихся как фундаментальное доверие и фундаментальная ценность, образующие на следующем этапе анализа комбинацию с переживанием смысла (4ФЭМ). То есть уровень переживания фундаментального доверия к миру и ценности жизни у подростков с нормативным поведением связан со способностью находить ответ на вопрос в отношении перспектив своих поступков, смыслов, и целей собственной жизни.

Применение метода энтропийного анализа позволило выделить вклад наиболее значимых ФЭМ (ценность жизни и аутентичность) на стремление подростков с аутоагрессивным поведением к смыслу жизни.

### 6.3. Экзистенциальные механизмы аутоагрессивного поведения подростков

Для выявления экзистенциальных механизмов аутоагрессивного поведения подростков проводился факторный анализ экзистенциальных переменных отдельно в группах обследуемых лиц с нормативным поведением ( $n=86$ ); с тенденцией к аутоагрессивному поведению ( $n=186$ ); с подтвержденными фактами аутоагрессии ( $n=75$ ). Способ вращения - Варимакс. Выраженность экзистенциальных показателей в факторах оценивалась путем сопоставления с показателями этих шкал в других группах (Таблица 38, 40, 42).

По результатам факторного анализа в группе подростков с нормативным поведением была выявлена 6-ти факторная структура, объясняющая 86,684% дисперсии. В последующем производилась процедура сокращения количества переменных для достижения максимальной объяснений дисперсии факторов. Выделено 2 фактора, объясняющих 42,63% дисперсии. Рассматривались переменные с весами не ниже 0,4. Нагрузки, дисперсии, названия факторов и переменные, вошедшие в факторы, представлены в таблице. В группе лиц с нормативным поведением фактор 1 представлен сочетанием ценностей и убеждений, оказывающих влияние на личность подростка: самостоятельность в мышлении и деятельности, безопасность и стабильность общества и самого себя, понимание и терпимость в отношении мира, благополучие близких и окружающего мира, уважение к культурным и религиозным традициям. Согласно экзистенциально-аналитической теории личности, перечисленные ценности и убеждения, вошедшие в первый фактор, соответствуют способности соотноситься с собой и миром и занимать персональную позицию. То есть, формирование персональной позиции личности в подростковом возрасте является важным условием нормативного поведения. Фактор 2 в группе подростков с нормативным поведением включает сочетание фундаментальных экзистенциальных мотиваций, а также переживание экзистенциальной исполненности. Сочетание переменных свидетельствует о том, что диалогический обмен личности подростка на каждом конститутивном экзистенциальном уровне с миром, жизнью,



самим собой, будущем, предотвращает развитие различных видов аутоагрессивного поведения (Таблица 46).

Таблица 46. Результаты факторного анализа в группе подростков с нормативным поведением

	Фактор	
	1	2
Наименование фактора	соотнесенность с собой и миром	переживание экзистенциальной исполненности
Факторные нагрузки	5	5
Объясняемый % дисперсии	29,71%	23,97%
Кумулятивный %	24,48%	42,63%
Самостоятельность	0,92	
Безопасность	0,84	
Универсализм	0,80	
Доброта	0,80	
Традиции	0,76	
Экзистенциальная исполненность		0,97
1 фундаментальная экзистенциальная мотивация		0,90
3 фундаментальная экзистенциальная мотивация		0,89
2 фундаментальная экзистенциальная мотивация		0,86
4 фундаментальная экзистенциальная мотивация		0,82

В группе обследуемых подростков с тенденцией к аутоагрессивному поведению полная факторная структура состояла из 5 факторов, объясняющих 72,92% дисперсии. После процедуры сокращения количества переменных для достижения максимальной объяснений дисперсии количество факторов сокращено до 2, объясняющих 42,23% дисперсии. Фактор 1 представлен сочетанием переменных: экзистенциальная исполненность, жизнестойкость, четыре фундаментальные экзистенциальные мотивации, вовлеченность в активную деятельность. Сочетание компонентов экзистенциальной исполненности с одной стороны, и жизнестойкости, с

другой, в рамках одного фактора может свидетельствовать о том, что в стрессогенных условиях личность активизирует свои ресурсы на уровне каждой фундаментальной экзистенциальной мотивации. Фактор 2, объясняющий структуру нормативных идеалов подростков с тенденцией к аутоагрессии, определяется сочетанием переменных: доброта, безопасность, универсализм, конформизм. Психологическую безопасность личность обретает при условии ощущения себя принятым в отношениях с другими. Переживание безопасности взаимосвязано со значимостью таких качеств личности, как стремление соответствовать другим, ответственность за сохранение принятых правил и норм в значимой для подростка группе. Снижение значимости ценностей безопасности, стабильности самого себя и мира вокруг, регуляции собственных побуждений, собственного благополучия - являются спецификой индивидуальной структуры ценностей подростков с тенденцией к аутоагрессии (Таблица 47).

Таблица 47. Результаты факторного анализа в группе подростков с тенденцией к аутоагрессивному поведению

Наименование фактора	Фактор	
	1	2
Наименование фактора	Актуализация жизнестойкости	Стабильность мира
Факторные нагрузки	7	4
Объясняемый % дисперсии	29,91%	19,43%
Кумулятивный %	25,87 %	42,23 %
Экзистенциальная исполненность	0,945	
Жизнестойкость	0,901	
4 фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,896	
2 фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,887	
3 фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,886	
Вовлеченность	0,885	
1 фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,874	
Доброта		0,799
Безопасность		0,760
Универсализм		0,726
Конформизм		0,710

По результатам факторного анализа в группе обследуемых с аутоагрессивным поведением полная факторная структура состояла из 6-ти факторов, объясняющих 80,92% общей дисперсии. После снижения размерности факторов было выделено два фактора, объясняющих 49,78% дисперсии. Нагрузки, дисперсии, названия факторов и вошедшие в них переменные представлены в таблице 48.

Фактор 1, объясняющий экзистенциальные механизмы подростков с аутоагрессивным поведением представлен компонентами жизнестойкости: вовлеченность, контроль, интегральный показатель жизнестойкости, а также показателями 1, 3 и 4 фундаментальных экзистенциальных мотиваций, включая показатель

экзистенциальной исполненности. Экзистенциальный механизм аутоагрессивного поведения сопряжен с низкой способностью справляться с жизнью, проявляющейся в экзистенциальных переживаниях: «я не могу быть в мире», «не имею права бить собой», «не вижу перспектив (смыслов) в будущем».

Фактор 2 включает сочетание переменных ценностной структуры личности: конформность, безопасность, традиции, достижения. Обесценивание роли социальной успешности и стабильности в условиях доминирования правил и норм, принятых в значимой для них группы, является значимым фактором для подростков с аутоагрессивным поведением.

Таблица 48. Результаты факторного анализа в группе подростков с аутоагрессивным поведением

Наименование фактора	Фактор	
	1	2
Наименование фактора	Способность справляться с жизнью	Социальная успешность
Факторные нагрузки	7	4
Объясняемый % дисперсии	35,43%	14,34%
Кумулятивный %	26,19 %	49,78 %
Жизнестойкость	0,961	
Вовлеченность	0,917	
Экзистенциальная исполненность	0,906	
1фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,889	
Контроль	0,852	
3фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,732	
4фундаментальная экзистенциальная мотивация	0,726	
Конформность		0,861
Безопасность		0,841
Традиции		0,802
Достижения		0,733

По результатам проведенного исследования выявлены экзистенциальные механизмы подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии, отличающие обследуемых от лиц с нормативным поведением. Аутоагрессивное поведение подростков формируется под влиянием увеличивающегося переживания «я не справляюсь с жизнью и с собой», а также обесценивания роли социальной успешности и стабильности в условиях доминирования правил и норм, принятых в значимой для них группы. У подростков с тенденцией к аутоагрессии основной экзистенциальный механизм поведения представлен с одной стороны, необходимостью активизации личности экзистенциальных мотиваций в условиях являющихся стрессогенными для подростка, с другой стороны, снижением значимости ценностей безопасности, стабильности самого себя и мира вокруг.

#### **6.4. Клинико-психологические характеристики подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии**

Согласно эмпирическим данным, увеличение суицидального риска сопровождается усилением симптомов депрессии (Brown G. W., Harris T.O., 1993). В исследованиях особенностей осознания подростками экзистенциальных тем (жизни, смерти, ответственности, ценностей) отмечается, что данный процесс сопровождается генерализованным тревожным расстройством и депрессией (Berman S.L. et al, 2006, Silverman W.K., 2008). В связи с тем, что депрессия выделяется исследователями как значимая характеристика, как для суицидального риска, так и для экзистенциальных переживаний подростка, нами были выделены особенности депрессивной симптоматики у подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии, а также исследовались взаимосвязи с экзистенциальными характеристиками (Григорьева А.А., 2020). Выборка подростков с аутоагрессивным поведением:  $n=96$ ; выборка подростков с тенденцией к аутоагрессии:  $n=186$ .

Для определения значимых различий клинико-психологических характеристик между группами подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии использовался критерий U-Mann-Whitney (Таблица 49, Приложение 4).

Таблица 49. Сравнение средних значений симптомов депрессии по U-Mann-Whitney в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии

	Негативное настроение	Межличностные проблемы	Неэффективность	Ангедония	Негативная самооценка	Суммарный показатель
Z	-2,03	-1,59	-3,40	-1,44	-1,25	-2,17
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,04	0,11	0,00	0,15	0,21	0,03

На первом этапе анализа исследовались показатели спектра депрессивных симптомов: сниженного настроения, гедонизма, вегетативных показателей, чувства собственной эффективности, самооценки, межличностного поведения, а также суммарный показатель глубины депрессивной симптоматики (Рисунок 31).

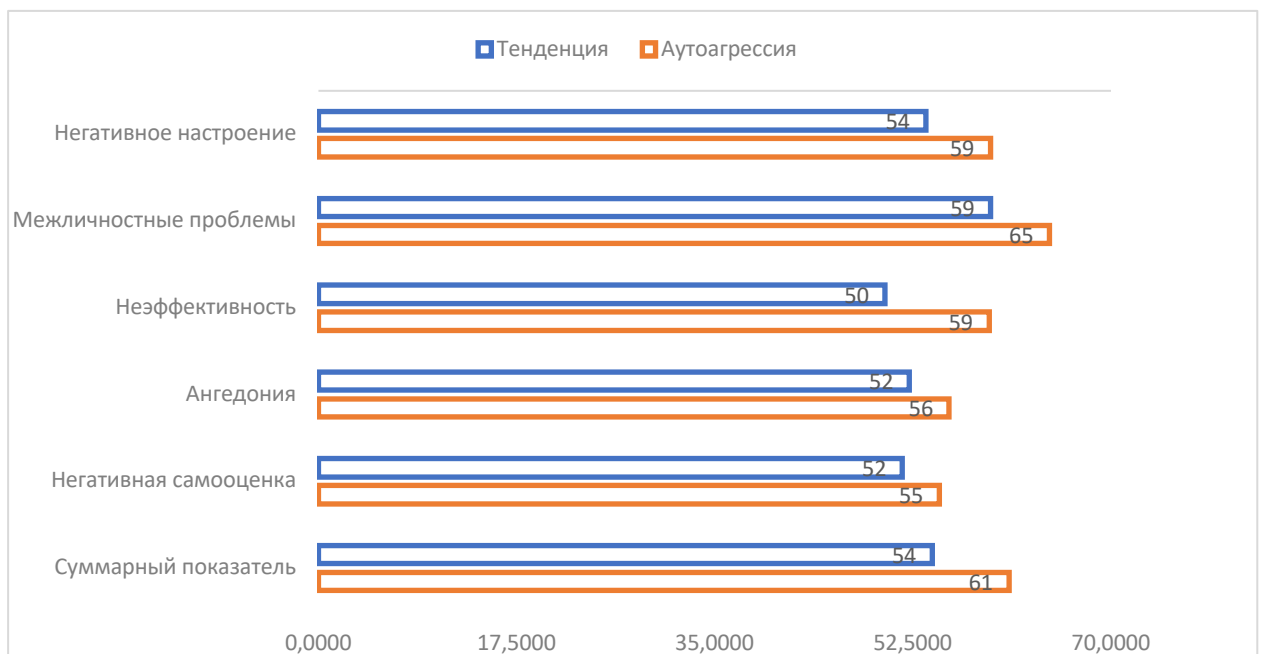


Рисунок 31. Средние значения показателей симптомов депрессии в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии

Было выявлено, что подростки с аутоагрессивным поведением отличаются сниженным настроением, ожиданием неприятностей (0,042); переживанием своей низкой эффективности в учебной деятельности (0,001). Средний суммарный показатель глубины симптомов депрессии у подростков с аутоагрессивным поведением свидетельствует о превышении критического уровня по выраженности депрессивной симптоматики. В группе подростков с тенденцией к аутоагрессии средние значения показателей депрессивных симптомов находятся на уровне критических значений. Средний суммарный показатель симптомов значимо ниже по сравнению с группой подростков с аутоагрессивным поведением (0,030).

Таким образом, повышение степени риска проявления аутоагрессивного поведения сопровождается усилением депрессивной симптоматики, в частности, ухудшением настроения, а также чувством низкой эффективности и продуктивности в учебной деятельности.

#### **6.4.1. Особенности взаимосвязей компонентов экзистенциального сознания с депрессивными симптомами в группах подростков с аутоагрессивным поведением**

В группе подростков с аутоагрессивным поведением были выявлены корреляционные связи между депрессивными симптомами и ценностными установками (коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Увеличение показателя «негативная самооценка» связано со снижением значимости таких ценностей, как «конформность» ( $r=-0,393$ , при  $p<0,05$ ), «стремление следовать идеям принятым в окружающем подростка социуме» ( $r=-0,430$ , при  $p<0,05$ ), «достижения» ( $r=-0,367$ , при  $p<0,05$ ), «безопасность» ( $r=-0,419$ , при  $p<0,05$ ). Чем менее для подростка значимы ценности социума, собственной безопасности и достижений, тем негативнее он оценивает себя и свои действия. Снижение ценности безопасности связано с увеличением переживания низкой эффективности в школе ( $r=-0,350$ , при  $p<0,05$ ), а также суммарного показателя депрессивных симптомов ( $r=-0,423$ , при  $p<0,05$ ).

Были проанализированы интеркорреляционные связи между ценностями, получившими значимые корреляционные связи с симптомами депрессии: конформность, традиции, достижения, безопасность. В ходе анализа выявлены значимые корреляционные связи на уровне  $p < 0,001$ : установка на конформность связана с желанием следовать принятым правилам и традициям ( $r=0,755$ ); стремлением к достижениями ( $r=0,486$ ) и безопасности ( $r=0,803$ ); показатель «ценность к традициям и обычаям» и значимо связан с такими ценностями, как «достижения» ( $r=0,558$ ) и «безопасность» ( $r=0,689$ ).

Следующим этапом исследования было выявление взаимосвязей между симптомами депрессии и экзистенциальными мотивациями подростков с аутоагрессивным поведением. Наибольшее количество значимых корреляционных связей между депрессивными симптомами и компонентами экзистенциальных мотиваций было выявлено на уровне первой, третьей и четвертой экзистенциальных фундаментальных мотиваций.

Структура взаимосвязей компонентов первой фундаментальной мотивации: «защищенность» имеет значимые отрицательные корреляционные взаимосвязи со всеми показателями симптомов депрессии: негативное настроение ( $r=-0,489$ , при  $p < 0,01$ ), межличностные проблемы ( $r=-0,536$ , при  $p < 0,01$ ), неэффективность ( $r=-0,568$ , при  $p < 0,001$ ), ангедония ( $r=-0,629$ , при  $p < 0,001$ ), негативная самооценка ( $r=-0,660$ , при  $p < 0,001$ ), общий бал выраженности симптомов депрессии ( $r=-0,659$ , при  $p < 0,001$ ). Уровень переживаний внешней и внутренней опоры значимо связан с ангедонией ( $r=-0,395$ , при  $p < 0,05$ ).

Чем меньше подросток доверяет миру и способен опираться на себя (свое здоровье, тело, физическую прочность, способности, чувства, убеждения и т.д.), тем более истощенным, болезненным, бессильным и одиноким он переживает себя. Отсутствие физического и психологического пространства, слияние с собственными проблемами значимо связаны с негативным настроением ( $r=-0,355$ , при  $p < 0,05$ ), межличностными проблемами ( $r=-0,372$ , при  $p < 0,05$ ), ангедонией ( $r=-0,562$ , при  $p < 0,001$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,571$ , при  $p < 0,001$ ) и суммарным показателем симптомов депрессии ( $r=-0,472$ , при  $p < 0,01$ ).



Компоненты второй фундаментальной мотивации: «соотнесенность с другим» имеет значимые отрицательные корреляционные связи с негативным настроением ( $r=-0,391$ , при  $p<0,05$ ), ангедонией ( $r=-0,461$ , при  $p<0,01$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,353$ , при  $p<0,05$ ) и суммарным баллом симптомов депрессии ( $r=-0,359$ , при  $p<0,05$ ). Низкая способность уделять время своей жизни связана с негативной оценкой себя и собственной деятельности ( $r=-0,440$ , при  $p<0,05$ ); трудности установления близости в значимых отношениях связано как с негативной оценкой себя ( $r=-0,442$ , при  $p<0,01$ ), так и с суммарным баллом депрессии ( $r=-0,353$ , при  $p<0,05$ ).

Взаимосвязи на уровне третьей фундаментальной экзистенциальной мотивации установлены между компонентами: переживание, что другие несправедливо ко мне относятся связано с негативным настроением ( $r=-0,385$ , при  $p<0,05$ ), межличностными проблемами ( $r=-0,384$ , при  $p<0,05$ ); ангедонией ( $r=-0,625$ , при  $p<0,01$ ); негативной самооценкой ( $r=-0,623$ , при  $p<0,001$ ); суммарным баллом депрессии ( $r=-0,529$ , при  $p<0,01$ ); неспособность признать собственную ценность значимо связана со всеми симптомами депрессии - негативное настроение ( $r=-0,370$ , при  $p<0,05$ ); межличностные проблемы ( $r=-0,416$ , при  $p<0,05$ ), неэффективность ( $r=-0,481$ , при  $p<0,01$ ), ангедония ( $r=-0,512$ , при  $p<0,01$ ), негативная самооценка ( $r=-0,604$ , при  $p<0,001$ ), суммарный балл депрессии ( $r=-0,536$ , при  $p<0,01$ ).

Анализ корреляционных взаимосвязей компонентов четвертой фундаментальной экзистенциальной мотивации позволил выявить: высокую значимость отрицательных корреляционных связей между переживанием ограниченности собственных возможностей для деятельности и негативным настроением ( $r=-0,470$ ,  $p<0,01$ ); ангедонией ( $r=-0,543$ ,  $p<0,001$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,547$ ,  $p<0,001$ ), суммарным баллом депрессии ( $r=-0,480$ ); взаимосвязи между низкой включенностью в структурные взаимосвязи (семья, школа и т.д.) и ангедонией ( $r=-0,404$ ,  $p<0,05$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,604$ ,  $p>0,01$ ), и суммарным баллом депрессии ( $r=-0,409$ ,  $p<0,01$ ). Неспособность подростков увидеть ценность, которую предстоит воплотить в будущем взаимосвязано с негативным настроением ( $r=-0,383$ ,  $p<0,01$ ), межличностными проблемами ( $r=-0,420$ ,  $p<0,05$ ), ангедонией ( $r=-$

0,514,  $p < 0,01$ ), негативной самооценкой ( $r = -0,577$ ,  $p < 0,001$ ), суммарным показателем депрессии ( $r = -0,509$ ,  $p < 0,01$ ).

Уровень экзистенциальной исполненности имеет значимые корреляционные связи с негативным настроением, межличностными проблемами, ангедонией, негативной самооценкой и суммарным уровнем депрессии (Таблица 50).

Таблица 50. Структура взаимосвязей экзистенциальной исполненности с симптомами депрессии в группе подростков с аутоагрессивным поведением

	Негативное настроение	Межличностные проблемы	Неэффективность	Ангедония	Негативная самооценка	общий балл
r-Спирмена	-,448*	-,383*	-0,318	-,614**	-,654**	-,562**
P	0,010	0,031	0,076	0,000	0,000	0,001

Следующим этапом исследования был анализ матрицы интеркорреляций структуры показателей жизнестойкости и симптомами депрессии у подростков с аутоагрессивным поведением. Было выявлено, что наименьшее количество значимых корреляций получил компонент жизнестойкости «принятие риска». Данный компонент имеет одну значимую корреляционную связь с ангедонией ( $r = 0,363$ ,  $p < 0,05$ ). Показатель низкой эффективности собственной деятельности не получил значимых корреляционных взаимосвязей с компонентами жизнестойкости.

Другие показатели жизнестойкости: вовлеченность в жизнь, контроль за деятельностью значимо связаны с такими симптомами депрессии, как негативное настроение, межличностные проблемы, ангедония, негативная самооценка, суммарный уровень депрессии (Таблица 51).

Таблица 51. Коэффициенты корреляций r-Спирмена между показателями жизнестойкости и симптомами депрессии у подростков с аутоагрессивным поведением

	Негативное настроение	Межличностные проблемы	Ангедония	Негативная самооценка	общий балл	
Вовлеченность	-,449**	-,508**	-,706**	-,611**	-,593**	г-Спирмена
	0,010	0,003	0,000	0,000	0,000	Р
Контроль	-,359*	-,415*	-,565**	-,579**	-,519**	г-Спирмена
	0,044	0,018	0,001	0,001	0,002	Р

Таким образом, у подростков с аутоагрессивным поведением усиление симптомов депрессии связано:

- с обесцениванием традиций, принятых в социуме, собственной безопасности и достижений, а также ориентацией на социально-приемлемые формы поведения;

- с экзистенциальными переживаниями: я не могу доверять Миру (не чувствую опор и защищенности); мне не нравится жить (не чувствую близости и соотнесенности в отношениях с другими; не переживанию своей аутентичности (чувствую, что окружающие относятся ко мне несправедливо, не признают мою ценность); не вижу собственных перспектив (чувствую, что мои возможности ограничены, не нахожу ценностей в будущем);

- с уменьшением способности личности сохранять устойчивость, проявляющуюся в утрате контроля над ситуацией и снижением вовлеченности в значимые виды деятельности.

#### **6.4.2. Особенности взаимосвязей компонентов экзистенциального сознания с депрессивными симптомами в группах подростков с тенденцией к аутоагрессии**

В группе обследуемых с тенденцией к аутоагрессивному поведению значимые корреляционные взаимосвязи с симптомами депрессии имеют следующие ценности подростков: «традиции» связаны с показателем «негативная самооценка» ( $r=-0,320$ ,  $p<0,05$ ); с ангедонией связаны «добродота» ( $r=-0,361$ ,  $p<0,05$ ) и ценность достижений ( $r=-0,340$ ,  $p<0,05$ ). Количество связей показателей депрессии с ценностями в группе подростков с тенденцией к риску существенно меньше.

Интеркорреляционные связи между показателями ценностей имеют следующую структуру: «традиции» связаны с «добротой» ( $r=0,586$ ,  $p<0,001$ ) и достижениями ( $r=0,396$ ,  $p<0,001$ ); «гедонизм» связан с «добротой» ( $r=0,307$ ,  $p<0,05$ ) и «достижениями» ( $r=0,339$ ,  $p<0,05$ ).

Следующим этапом анализа было выявление значимых корреляционных связей компонентов экзистенциальных мотиваций с симптомами депрессии у подростков с тенденцией к аутоагрессии.

Структура взаимосвязей компонентов первой экзистенциальной фундаментальной мотивации: переживание физической и психологической опоры связано с негативным настроением ( $r=-0,443$ ,  $p<0,01$ ); ангедонией ( $r=-0,335$ ,  $p<0,05$ ); негативной самооценкой ( $r=-0,410$ ,  $p<0,01$ ); суммарным показателем депрессии ( $r=-0,356$ ,  $p<0,01$ ). Психологическая защищенность связана с негативным настроением ( $r=-0,538$ ,  $p<0,001$ ); ангедонией ( $r=-0,377$ ,  $p<0,01$ ); негативной самооценкой ( $r=-0,319$ ,  $p<0,05$ ); суммарным показателем депрессии ( $r=-0,398$ ,  $p<0,01$ ). Ощущение физического и психологического пространства связано с негативным настроением ( $r=-0,538$ ,  $p<0,001$ ); негативной самооценкой ( $r=-0,319$ ,  $p<0,05$ ); суммарным показателем депрессии ( $r=-0,398$ ,  $p<0,01$ ).

Компоненты второй фундаментальной экзистенциальной мотивации - соотнесенность с другими людьми ( $r=-0,365$ ,  $p<0,01$ ) и близость ( $r=-0,380$ ,  $p<0,01$ ) - имеют всего одну значимую корреляционную связь с депрессивным симптомом

«негативное настроение», с другими симптомами значимых взаимосвязей не выявлено. Ощущение времени связано с негативным настроением ( $r=-0,584$ ,  $p<0,001$ ); неэффективностью ( $r=-0,342$ ,  $p<0,05$ ) ангедонией ( $r=-0,329$ ,  $p<0,05$ ); негативной самооценкой ( $r=-0,475$ ,  $p<0,001$ ); суммарным показателем депрессии ( $r=-0,450$ ,  $p<0,001$ ).

Структура взаимосвязей компонентов третьей фундаментальной экзистенциальной мотивации: показатель «заинтересованное внимание к собственной индивидуальности» - имеет значимую корреляционную связь с показателем «негативное настроение» ( $r=-0,471$ ,  $p<0,001$ ). Чувство отсутствия справедливого отношения окружающих связано с негативным настроением ( $r=-0,484$ ,  $p<0,001$ ) и самооценкой ( $r=-0,417$ ,  $p<0,01$ ), а также суммарным баллом депрессии ( $r=-0,358$ ,  $p<0,01$ ). Трудности признания собственной аутентичности связано у подростков с негативным настроением ( $r=-0,493$ ,  $p<0,001$ ), ангедонией ( $r=-0,353$ ,  $p<0,01$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,462$ ,  $p<0,001$ ), суммарным баллом депрессии ( $r=-0,447$ ,  $p<0,001$ ).

Взаимосвязь компонентов четвертой фундаментальной экзистенциальной мотивации: показатель «переживание отсутствия возможностей для деятельности» имеет значимые корреляционные связи с негативным настроением ( $r=-0,566$ ,  $p<0,001$ ), ангедонией ( $r=-0,407$ ,  $p<0,01$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,462$ ,  $p<0,001$ ), а также суммарным баллом депрессии ( $r=-0,477$ ,  $p<0,001$ ). Низкая способность увидеть ценность, которую предстоит воплотить в будущем, связана со всеми показателями депрессии: негативным настроением ( $r=-0,586$ ,  $p<0,001$ ), межличностными проблемами ( $r=-0,340$ ,  $p<0,05$ ), ангедонией ( $r=-0,369$ ,  $p<0,01$ ), негативной самооценкой ( $r=-0,507$ ,  $p<0,001$ ), суммарным баллом депрессии ( $r=-0,493$ ,  $p<0,001$ ). Компонент четвертой фундаментальной мотивации «включенность в структурные взаимосвязи» не получил ни одной значимой корреляции с показателями депрессии.

Следующим этапом анализа было исследование корреляционных взаимосвязей показателей жизнестойкости и симптомов депрессии в группе подростков с тенденцией к аутоагрессии. В ходе анализа были выявлены значимые

корреляционные связи между всеми показателями жизнестойкости и симптомами депрессии у подростков (Таблица 52).

Таблица 52. Коэффициенты корреляций r-Спирмена между показателями жизнестойкости и симптомами депрессии у подростков с тенденцией к аутоагрессии

	Негативное настроение	Межличностные проблемы	Неэффективность	Ангедония	Негативная самооценка	общий балл	
Вовлеченность	-,481**	-,354*	-,351*	-,408**	-,468**	-,472**	r-Спирмена
	0,001	0,015	0,016	0,004	0,001	0,001	P
Контроль	-,474**	-,316*	-,350*	-,368*	-,496**	-,444**	r-Спирмена
	0,001	0,030	0,016	0,011	0,000	0,002	P
Принятие	-,464**	-,351*	-,338*	-,383**	-,469**	-,440**	r-Спирмена
	0,001	0,016	0,025	0,008	0,001	0,002	P
Жизнестойкость	-,504**	-,350*	-,367*	-,414**	-,496**	-,479**	r-Спирмена
	0,000	0,016	0,011	0,004	0,000	0,001	P

Таким образом, депрессивная симптоматика у подростков с тенденцией к аутоагрессии обусловлена:

- обесцениванием таких ценностей как «доброта», «традиции», «гедонизм», «достижения»;
- трудностями реализации своих жизненных устремлений на каждом из уровней ФЭМ;
- снижением интегрального показателя жизнестойкости и всех ее компонентов.

### 6.4.3. Сравнение структуры взаимосвязей ценностей, экзистенциальных переживаний и компонентов жизнестойкости с депрессивными симптомами в группах подростков с тенденцией к аутоагрессии и аутоагрессивным поведением

Анализ психологической структуры ценностей при депрессивных симптомах в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии включал в себя анализ гомогенности/гетерогенности структур, структурно-функциональный анализ, исследование соотношения интер- и интрафункциональных связей; анализ по обобщенным показателям - индекс когерентности, дивергентности, организованности психологических структур. Корреляционным связям на уровне значимости  $p < 0,05$  присваивался коэффициент - 1; на уровне значимости  $p < 0,01$  - коэффициент 2; на уровне значимости  $p < 0,001$  - коэффициент 3 (Таблица 53).

Таблица 53. Основные показатели психологической структуры ценностей при депрессивных симптомах в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии

	Аутоагрессивное поведение	Тенденция к аутоагрессии
Количество компонентов	6	6
Общее количество корреляций в структуре	8	8
Количество корреляций при $p < 0,001$	5	2
Показатель когерентности	18	8
Показатель дивергентности	5	4
Показатель интегрированности структуры	13	4
Базовые компоненты	Безопасность	Традиции

Психологическая структура ценностей при депрессивных симптомах в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии имеют качественные отличия. Изменяются базовые компоненты ценностной структуры: у подростков с аутоагрессивным поведением базовый компонент - «безопасность», в

то время как у подростков с тенденцией к аутоагрессии - базовый компонент представлен традициями. В группе подростков с аутоагрессивным поведением уровень депрессии связан с ценностями собственной безопасности и безопасности ближайшего социального окружения. В то время как, для подростков с аутоагрессивными тенденциями выраженность симптомов депрессии связана со способностью ценить традиции, обычаи, правила, принятые в социуме.

Данный факт позволяет предположить, что у подростков с аутоагрессивным поведением депрессивное состояние сопровождается чувством отсутствия безопасности и стабильности в ближайшем окружении, что приводит к актуализации данной ценности в их картине мира. В свою очередь, у подростков с тенденцией к аутоагрессивным состояниям, депрессивная симптоматика приводит к попытке адаптироваться к изменяющимся условиям, актуализируя социальные ценности и правила.

Соотношение дезинтеграционных тенденций в структурах ценностей при депрессивных симптомах и показатели устойчивости ценностной структуры в группах подростков с аутоагрессивным поведением и с тенденцией к аутоагрессии различаются. Более устойчивой структурой взаимосвязей ценностей с депрессивными симптомами обладают подростки с аутоагрессивным поведением. В то время как для подростков с тенденцией к аутоагрессии структура оказывается менее устойчивой с признаками дезинтеграции.

Следующим этапом анализа интеркорреляционных матриц был сравнительный анализ удельного веса интракорреляционных связей между компонентами фундаментальных экзистенциальных мотиваций и симптомами депрессии у подростков в группах с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии. Корреляционным связям на уровне значимости  $p < 0,05$  присваивался коэффициент - 1; на уровне значимости  $p < 0,01$  - коэффициент 2; на уровне значимости  $p < 0,001$  - коэффициент 3. Полученные результаты представлены в таблице 54. Анализ суммарных показателей коэффициентов интракорреляционных связей позволил выявить качественное своеобразие в двух группах подростков.



Таблица 54. Сравнение удельного веса компонентов фундаментальных экзистенциальных мотиваций в структуре депрессивных симптомов в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденции к аутоагрессии.

Уровень значимости	Аутоагрессивное поведение			Удельный вес показателя	Тенденция к аутоагрессии			Удельный вес показателя
	1	2	3		1	2	3	
Опора	1	0	0	1	1	2	0	3
Защищенность	0	2	3	13	1	1	1	6
Пространство	2	0	2	8	1	1	0	2
Соотнесенность	2	1	0	4	1	0	0	1
Время	0	1	0	2	2	0	2	8
Близость	0	1	0	2	0	1	0	2
Уважительное внимание	0	0	0	0	0	0	1	3
Справедливое отношение	2	0	2	8	1	1	1	6
Признание ценности	1	2	1	8	1	1	1	6
Возможности	0	1	2	8	1	1	2	9
Включенность	1	0	1	4	0	0	0	0
Ценность в будущем	2	1	1	7	0	2	2	10
	Средний уровень значимости компонентов ФЭМ			5,4				4,6
	Примечание: Уровень значимости: 1 - $p < 0,05$ ; 2 - $p < 0,01$ ; 3 - $p < 0,001$ ;							

В группе подростков с аутоагрессивным поведением наибольший удельный вес в структуре симптомов депрессии имеет показатель первой фундаментальной мотивации «защищенность» (13). Средний удельный вес компонентов

фундаментальных мотиваций составил 5,4. В группе подростков с тенденцией к аутоагрессии суммарный удельный вес компонентов ниже, чем в предыдущей группе и составляет 4,6. Компонент, имеющий наибольший удельный вес в этой группе - «ценность, воплощаемая в будущем» (10) - относится к уровню четвертой фундаментальной мотивации.

Структура взаимосвязей показателей жизнестойкости и симптомов депрессии в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии имеет качественное своеобразие. Наибольшее количество значимых корреляционных связей с симптомами депрессии получили показатели жизнестойкости в группе подростков с тенденцией к аутоагрессии. Средние показатели жизнестойкости в группе с тенденцией к аутоагрессии выше по сравнению с группой подростков с аутоагрессивным поведением.

Таким образом, у подростков с аутоагрессивным поведением значимую роль играет взаимосвязь симптомов депрессии с ценностями и экзистенциальными переживаниями. В то время как для подростков с тенденцией к аутоагрессии, значимые взаимосвязи преобладают между жизнестойкостью и депрессией. Выявленные особенности взаимосвязей позволяют дифференцировать профилактические интервенции для подростков с тенденцией к аутоагрессии и аутоагрессивным поведением. Персонафицированная профилактика подростков с аутоагрессивным поведением должна быть направлена на развитие таких ценностей как: социальные правила и нормы, собственная безопасность и достижения, соотнесение с социальными правилами. Значимым аспектом персонафицированной профилактики является содействие в преодолении экзистенциальных переживаний, связанных с невозможностью самоосуществления и достижения чувства экзистенциальной исполненности жизни. В то время как профилактические интервенции для подростков с тенденцией к аутоагрессивному поведению должны быть направлены на развитие таких ценностей как «доброта» и «традиции», а также укрепление протективных способностей «вовлеченность в деятельность», «контроль», «принятие риска».

## 6.5. Резюме по главе

Исследование особенностей аутоагрессивного поведения подростков в группе с подтвержденными фактами аутоагрессии позволило выявить, что половина подростков вовлечено во множественные виды аутоагрессивного поведения: самоповреждения, суицидальное поведение, рискованное поведение, употребление психоактивных веществ, образующих аутоагрессивные комплексы.

Проанализированы оценки педагогов, психологов общеобразовательных школ и родителей, полученных по результатам применения опросника Ахенбаха в ходе наблюдения за учащимися в течение полугода. Родители подростков среди всех черт выделяют «замкнутость». Меньше всего расхождений в оценках родителей и классных руководителей учащихся выявлено по шкалам: «проблемы внимания», «проблемы мышления», «делинквентное поведение», «агрессия». Наибольшее расхождение выявлено по шкале «тревожность». Самые низкие оценки в отношении всех показателей поведения подростков отмечают у психологов. Высокие оценки психологи дали таким показателям, как замкнутость и тревожность.

Группа подростков с аутоагрессивным поведением значительно отличается от группы нормы более низкими значениями показателей четырех экзистенциальных мотиваций: безопасность, защищенность, время, признание ценности личности, включенность во взаимосвязи. Подростков с аутоагрессией отличает чувство «вне жизни», переживание собственной беспомощности, неспособность принимать изменения.

Отличие группы подростков с аутоагрессивным поведением от группы с тенденцией к аутоагрессии проваливается в устойчивой структуре взаимосвязей между показателями ценностей и фундаментальных экзистенциальных мотиваций. Общим для группы с аутоагрессией и тенденцией к аутоагрессии является наличие значимых взаимосвязей между показателями фундаментальных экзистенциальных мотиваций и показателей жизнестойкости. В то время, как в группе с нормативным поведением взаимосвязь показателей жизнестойкости отмечается только с показателями первой и четвертой фундаментальной мотивацией.

Выделены значимые экзистенциальные механизмы для трех групп подростков: с нормативным поведением, с тенденцией к аутоагрессии и аутоагрессивным поведением. Для группы нормы значимыми факторами являются: 1) ценностная установка на соотнесение подростка с самим собой и социумом; 2) переживание экзистенциальной исполненности. Для группы с тенденцией к аутоагрессии: 1) актуализация жизнестойкости; 2) стабильность мира. В группе подростков с аутоагрессивным поведением выделяются такие механизмы, как способность справляться с жизнью и социальная успешность.

Уровень депрессии и структурные взаимосвязи между симптомами депрессии и экзистенциальными характеристиками в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии имеет качественные и количественные различия.

У подростков с аутоагрессивным поведением уровень депрессии соответствует превышению критических тестовых значений. Взаимосвязь с ценностями получили следующие показатели депрессии: негативная самооценка и ощущение низкой эффективности в школе. Базовый компонент в структуре симптомов депрессии и показателей ценностей получил компонент «ценность безопасности и стабильности социума». Наибольшее количество связей показателей симптомов депрессии получили с компонентами первой и третьей фундаментальных мотиваций. Связь депрессивной симптоматики с показателями жизнестойкости обнаружилась только для компонентов «вовлеченность в деятельность» и «контроль в ситуации риска».

В группе подростков с тенденцией к аутоагрессии взаимосвязь с ценностями имеет такие показатели депрессии, как «негативная самооценка» и «ангедония». Базовый компонент структуры ценностей при депрессии - «традиции», то есть стремление соответствовать правилам и нормам социума. Структура взаимосвязей отличается признаками дезинтеграции и меньшей устойчивостью по сравнению со структурой ценностей и симптомов депрессии у подростков с аутоагрессивным поведением. Обнаруживается значимая взаимосвязь между всеми показателями жизнестойкости и симптомами депрессии.

## ГЛАВА 7. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

В целях повышения эффективности разработанной программы профилактики на основе экзистенциального подхода требуются доказательства положительных результатов превентивных интервенций. Для объективной оценки следует определить, что может быть результатом профилактической программы. Программы профилактики создают эффекты первого, второго и третьего порядка, каждый из которых может рассматриваться как результат (Беркалиев Т.Н., 2002; Валушицкая И.В., 2005; Корчагина Г. А. и др., 2015; Михайлова Т.А. и др., 2017; Krupitsky E.M. et al, 1992).

К эффектам первого порядка относят оценку количественных и качественных показателей мероприятий, выполняемых непосредственно исполнителями программы: динамику количества участников (уменьшение, сохранение, увеличение), количество проведенных мероприятий в соответствии с исходным планом профилактических работ, позитивное восприятие или повышение степени включенности участников программы в проводимые мероприятия. Существенная роль принадлежит мотивационному показателю: готовность подростков к взаимодействию в рамках профилактических мероприятий, посещаемость занятий, отказ от участия в программе после прохождения первых занятий.

Оценка эффектов второго порядка включает качественные показатели: влияние программы на личностные, эмоциональные, поведенческие и др. особенности тех, кто принимал в ней участие. К эффектам третьего порядка относят: изменение подходов к решению проблемы в сообществе, продвижение к решению проблемы и т.д. Оценка эффектов третьего порядка является наименее разработанной и требует лонгитюдного наблюдения за распространением и применением профилактической программы в образовательных учреждениях (Дышечев Р. Д. и др., 2004). Вместе с тем, к эффектам третьего порядка можно отнести разработку

методических пособий, рекомендаций по содержанию и технологии применения программы.

Следует дифференцировать оценку эффективности в зависимости от уровня превенции и целей профилактики. О результатах программ первичной профилактики аутоагрессивного поведения, рассчитанных на подростков с нормативным поведением и с тенденцией к аутоагрессивному поведению, можно судить по отсутствию фактов аутоагрессивного поведения, а также по сохранению интегрального уровня экзистенциальной исполненности или повышению отдельных показателей фундаментальных экзистенциальных мотиваций.

Эффективность вторичной и третичной профилактики будет определяться снижением частоты и тяжести актов аутоагрессии, при суицидальном поведении – уменьшением количества суицидальных мыслей, а также качественными изменениями экзистенциальных переживаний (увеличение жизнестойкости, экзистенциальной исполненности) (Таблица 55).

Таблица 55. Модель оценки эффективности программы профилактики аутоагрессивного поведения подростков, основанной на экзистенциальном подходе

Эффекты первого порядка	Количественные показатели	Результат для всех уровней профилактических интервенций	
	-количество участников -количество занятий	-сохранение контингента участников; -реализация запланированных мероприятий в соответствии с исходным планом	
	Качественные показатели	подростки	психологи
	Субъективное отношение участников к программе	Положительное отношение	Повышение осведомленности и компетентности
Эффекты второго порядка	Качественные показатели	Первичная профилактика	Вторичная/третичная профилактика
	Экзистенциальные переживания	Сохранение уровня и/или повышение отдельных показателей	Повышение общего уровня экзистенциальной исполненности
	Жизнестойкость		Повышение общего уровня жизнестойкости
	Количественные показатели	Первичная профилактика	Вторичная/третичная профилактика
	Факты аутоагрессивного поведения	Отсутствие	Уменьшение частоты аутоагрессивных актов
Эффекты третичного порядка	Качественные		Изменение подходов к решению проблемы профилактики аутоагрессии подростков; разработка методического оснащения программы
	Количественные		Распространение разработанной программы

		профилактики в образовательных учреждениях
--	--	--

В качестве основного метода выявления эффективности профилактических программ выступает двухэтапная диагностическая оценка выраженности признаков аутоагрессивного поведения, а также дополнительных показателей экзистенциального сознания личности с использованием психометрических опросников, а также количественных показателей программы до и после проведения мероприятий. Особое внимание уделяется субъективной оценке процесса профилактики.

Таким образом, оценку эффективности следует производить по результатам фиксации количественных показателей, самоотчетов, полученных в ходе клинической беседы с подростками по завершению реализации программы, а также по результатам повторного тестирования, направленного на определение характера экзистенциальных переживаний подростков и показателей жизнестойкости.

### **7.1. Оценка эффективности первичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков**

В мероприятиях по первичной профилактике приняли участие 50 подростков. Программа включала 6 групповых занятий: по 2 занятия в месяц, длительность каждого составила 1 час. Содержание и основная методология профилактических интервенции соответствовали темам четырех фундаментальных мотиваций (Таблица 56).

Таблица 56. Содержание и основная методология первичных профилактических интервенций

ФЭМ	Тема ФМ	Темы для занятий	Методы
1 ФМ	Мочь быть	Выдержать и принять (защита, опора, пространство)	Методы развития эмоциональной устойчивости
2ФМ	Нравится жить	Собственные желания Неудовлетворенность жизнью Отношения с другими	Методы развития сочувствия и самосочувствия, как способа ценностного обхождения с персональным
3ФМ	Аутентичность	Соотнесение с собой Соотнесение с ценностями Самоценность Воля Занятие позиции	Метод уважительного внимания Метод укрепления воли Метод формирования позитивной

			экзистенциальной позиции личности (ЭПЛ)
4ФМ	Смысл	Мои перспективы Будущее Направленность на самоактуализацию	Метод ценностно-смыслового анализа проблемной ситуации

В целях изучения качественных изменений по результатам проведения программы первичной профилактики проводился сравнительный анализ динамики показателей компонентов фундаментальных экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости.

В ходе анализа были выявлены значимые различия по показателям ФЭМ: «близость» (0,028), «признание ценности» (0,30). Различие также обнаружено для показателя первой фундаментальной экзистенциальной мотивации (фундаментальное доверие к миру или «мочь быть») по результатам тестирования подростков до и после участия в персонифицированной программе (Таблица 57).

Таблица 57. Результаты сравнительного анализа динамики показателей компонентов фундаментальных экзистенциальных мотиваций ((U-Манна Уитни)

	Близость	Признание ценности	1ФЭМ
Z	-2,22	-2,25	-2,13
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,03	0,03	0,03

Значимых изменений в показателях жизнестойкости «до» и после участия подростков в первичной профилактической программе не выявлено.

Таким образом, положительная динамика по результатам первичной универсальной профилактики выявлена в увеличении способности переживать эмоциональную близость во взаимодействии с другими людьми, а также повышении показателя чувства собственной ценности для других людей. Результатом проведенной программы стало укрепление фундаментального доверия подростков к миру, выражающееся в переживании «мочь быть», способности выдерживать трудности



и экзистенциальные данности, соответствующие уровню первой фундаментальной мотивации.

## 7.2. Оценка эффективности вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков

В целях изучения количественных и качественных показателей эффективности персонифицированной профилактики с подростками, имеющими факты аутоагрессивного поведения, учитывалось: количество участников вначале и после завершения программы, общее количество пропусков и отказов подростков от прохождения программы, а также субъективное отношение подростков к реализуемой программе.

Участие в программе персонифицированной профилактики приняли 75 подростков с выявленными фактами аутоагрессии. Процентное соотношение участников по возрастам представлено на рисунке 32.

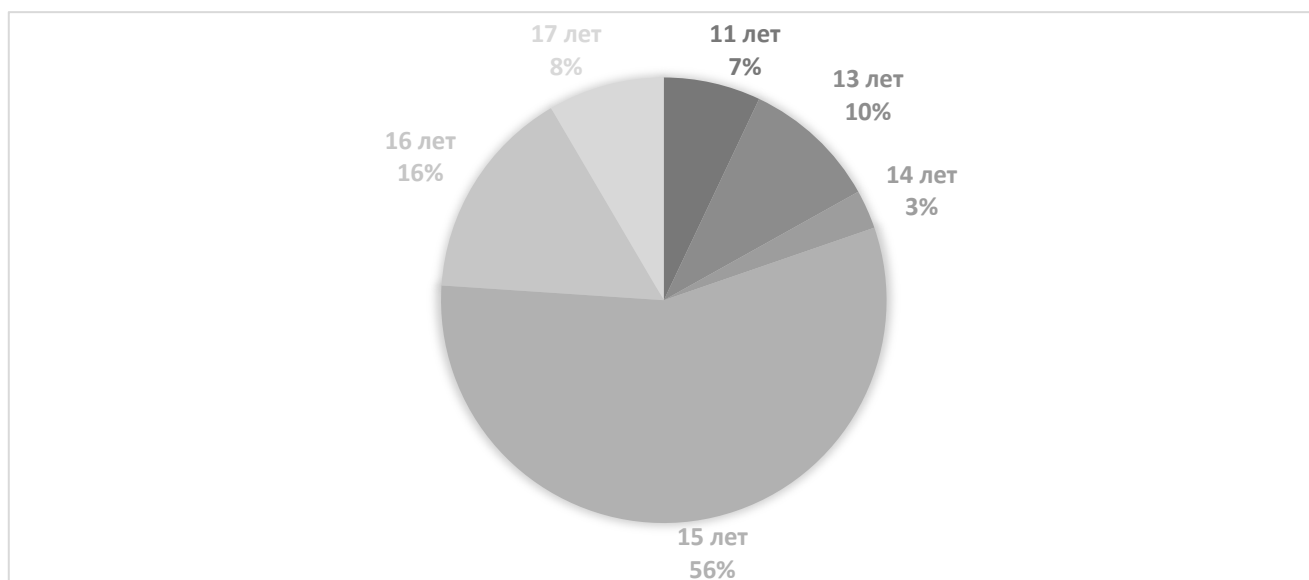


Рисунок 32. Возрастное распределение участников программы

Количество девочек составило 69 %, количество мальчиков 31% (рисунок 33).

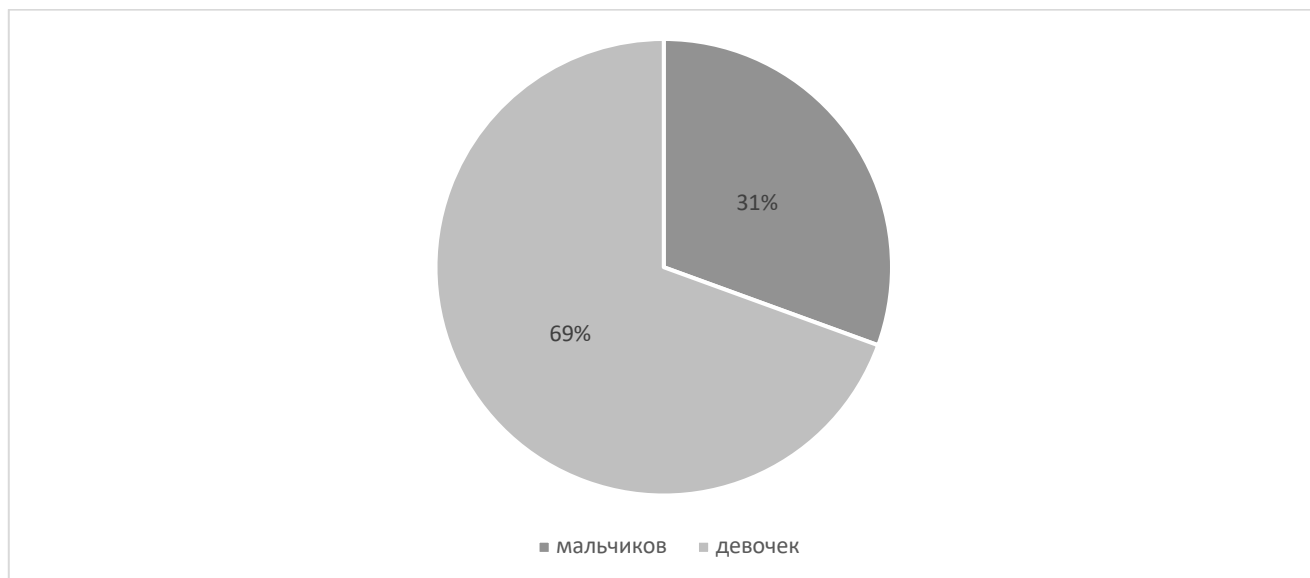


Рисунок 33. Гендерное распределение участников программы

В процессе прохождения двое подростков выбыли в связи со сменой места жительства, один подросток в связи с госпитализацией (обострение основного соматического заболевания) (Таблица 58).

Таблица 58. Количество подростков с фактами аутоагрессии «до» и «после» завершения программы профилактики

	Начало программы	Завершение программы
Количество участников	75	72
Общее количество занятий (планируемое и проведенное)	750	657

Общее планируемое количество индивидуальных занятий по программе составляло 750 сессий. В связи с уменьшением количества участников, пропусков по причине болезней, отмены занятий по организационным причинам было проведено 657 сессий по 45 минут каждая. Проанализированы причины отмены занятий: 6,6% пропусков связаны с болезнью учащихся; 1,4% обусловлена необходимостью участия учащихся 9-х и 11-х классов в мероприятиях по подготовке к ОГЭ; 2,1% отмены вызвано организационными трудностями (болезнью специалиста, нехваткой кабинетов, отказы педагогов отпускать детей с предметов на занятия с психологом) (Таблица 59).

Таблица 59. Количество отмененных занятий

Причины отмены занятий	Количество
Болезнь учащихся	48
Мероприятия по подготовке к ОГЭ или ЭГЭ	10
Организационные трудности	15

Анализ динамики количественных показателей эффективности реализации программы персонифицированной профилактики аутоагрессивного поведения подростков, относящихся к эффектам первого порядка, выявил следующее. Количество участников программы было на 96% сохранено в процессе проведения программы, количество пропусков по причине болезни участников составило 6,6%, пропуски по другим организационным причинам составили 3,5%, что свидетельствует, с одной стороны, о высокой мотивации и заинтересованности участников в прохождении программы, с другой стороны о хорошем качестве организации профилактических мероприятий специалистами общеобразовательных школ.

Анализ динамики субъективного отношения подростков по отношению к участию в программе, а также к специалисту, реализующего превентивные мероприятия проводился при помощи анонимного анкетирования после первого и последнего занятия. В анкетировании участвовало 72 человека. Подросткам предлагалось ответить на два основных вопроса: как я отношусь к участию в программе? Как я отношусь к специалисту, который ее проводит? Высказывания подростков были классифицированы по трем основным критериям: негативное отношение, тревожное, нейтральное и позитивное отношение. Позитивное отношение подростков в начале программы высказывало всего 38,8% подростков. Значительный процент подростков относились к участию в превентивных мероприятиях с тревогой (34,7%), нейтрально (13,8%) или негативно (8,3%). Примеры тревожных высказываний содержали такие оценки: боюсь, что родителям станет известно то, о чем я рассказываю, не хочу, чтобы знали другие ребята (будут считать меня «психом»); не хочу рассказывать о том, что является мои личным; страх, что отправят в «психушку». К нейтральным высказываниям относились такие как: мне без разницы, скорее возможность прогулять уроки; не знаю, как мне это может помочь. Негативное отношение выражали следующие формулировки: я не хочу участвовать, это все

трата времени; мне все равно ничем не поможет; не надо мне ни в чем помогать, нечем мне ваша психология не поможет.

По завершению программы увеличилось количество участников с позитивным отношением (72%), уменьшилось число подростков с тревожным (13,8%), нейтральным (13,8%) и негативным (0%) отношением. Следует отметить, что изменился характер высказываемых тревожных формулировок: тревога ожидания и неизвестности сменилась на тревогу, связанную с отсутствием возможности продолжать участие и получения специализированной поддержки. Тревожные высказывания подростков по завершению программы содержали следующие формулировки: я боюсь вдруг «все» возобновиться; мне важно обсуждать с кем-то происходящее, если случится снова «нервная ситуация» и я не справлюсь (Рисунок 34).

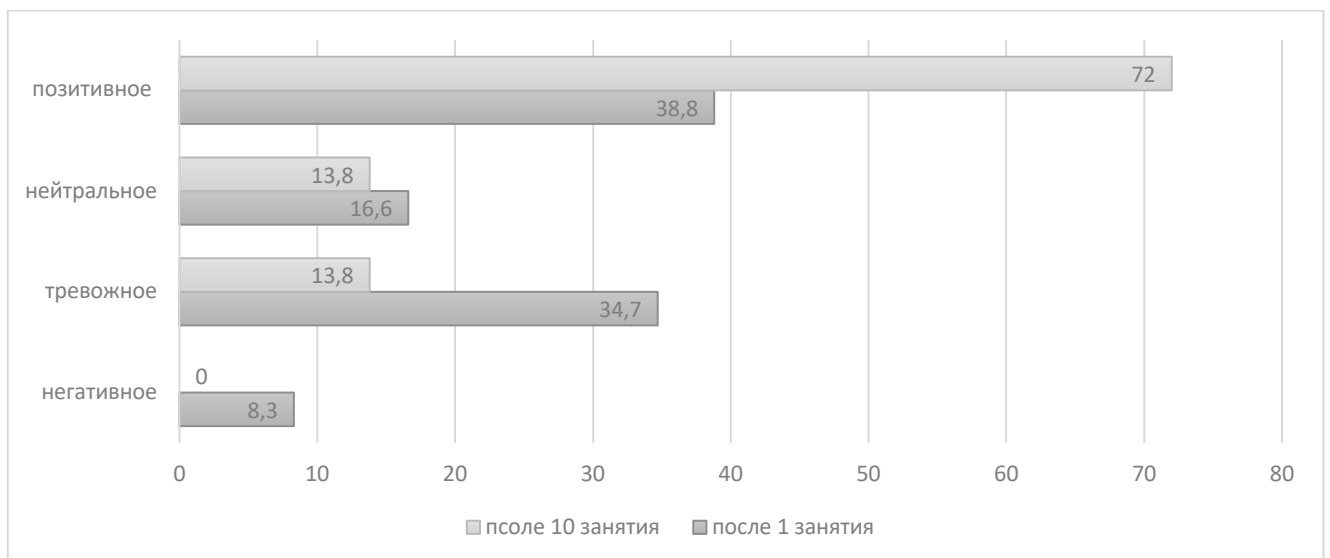


Рисунок 34. Отношение подростков к профилактической программе (кол-во чел., %)

Отношение подростков к специалисту, проводившему занятия по программе персонифицированной профилактики, также претерпело изменения. В начале программы негативное отношение было выявлено всего у двух человек (2,7%) и проявлялось в высказываниях: он мне не нравится; мне не нравится, что меня все время что-то спрашивают, а я должен отвечать. Тревожное отношение (13,8%) к специалисту было связано с вопросами доверия и конфиденциальности: я не хочу перед ним раскрываться; он слишком любопытный; не уверен, что он не «сдаст меня в психушку»; говорят, что психологи сами ненормальные; не могу понять, что он на

самом деле думает обо мне. Среди позитивных формулировок (48,6%) отмечались такие как: он хорошо меня понимает; он симпатичный; мне кажется, я могу ему доверять и т.д.

По завершению программы негативных и тревожных высказываний по отношению к специалисту, проводившему программу, не было выявлено. Количество подростков с нейтральным отношением уменьшилось до 25%. В целом следует отметить улучшение отношения подростков к специалистам: 75% подростков дали положительные оценки (Рисунок 35).

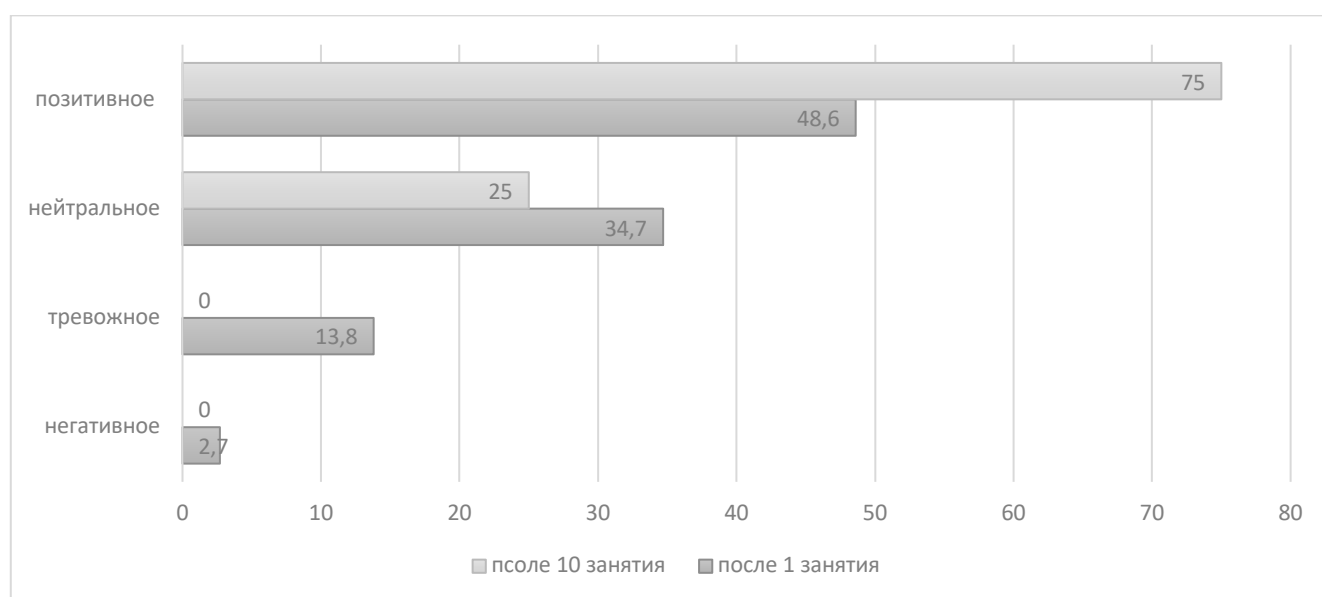


Рисунок 35. Отношение подростков к специалисту (количество чел., %)

Изменение субъективных оценок подростков по отношению к участию в программе профилактики сопровождается увеличением позитивного отношения к проводимым мероприятиям, а также сменой характера тревоги подростков. Негативная тревога, связанная с переживаниями потенциальной стигматизации, отсутствием доверия, страхом негативных последствий, сменяется позитивной тревогой, включающей переживания в связи с отсутствием дальнейшей поддержки и помощи. Отношение к специалисту по итогам прохождения программы сменилось в сторону большего доверия и положительного отношения. Такой факт свидетельствует о достигнутом комплаенсе между психологом и подростком.

## **Изменение субъективных оценок специалистов психологов, проводивших программу**

По результатам прохождения образовательной программы профессиональной подготовки, а также реализации программы персонифицированной программы профилактики с подростками, имеющими аутоагрессивное поведение, проводилось исследование субъективных оценок специалистов психологов относительно своей профессиональной деятельности и переживаний. В обследовании участвовали 18 человек. В рамках опроса психологам предлагалось оценить по десятибалльной шкале показатели «до» и «после» участия в программе профилактики. Опрос включал оценку следующих показателей: тревога в отношении необходимости работы с данной категорией подростков; осведомленность в теме аутоагрессивного поведения подростков; владение практическими методами работы с аутоагрессивным поведением; оценка эффективности собственной работы.

Анализ средних значений полученных оценок позволил выявить положительные изменения по всем предложенным показателям оценки. Специалисты отмечают, что испытывали высокий уровень тревоги перед началом превентивных мероприятий, который снизился к концу участия в программе. Увеличилась теоретическая осведомленность в отношении теоретических аспектов аутоагрессивного поведения работы и методов работы. Специалисты отмечают, что в ходе программы удалось пополнить свой профессиональный опыт, а также собственную эффективность при реализации превентивных мероприятий (Рисунок 36).

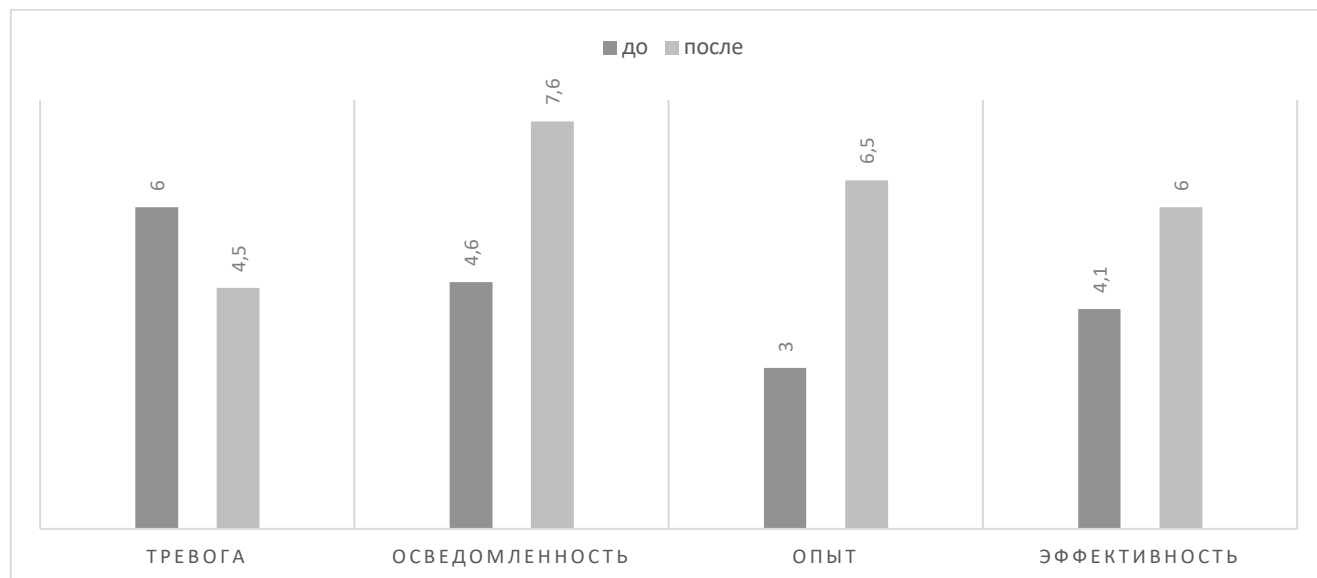


Рисунок 36. Оценка психологами собственной профессиональной деятельности (средние оценки по 10-ти бальной шкале)

### **Оценка динамики эффектов второго порядка профилактической программы**

Оценка динамики качественных и количественных результатов программы персонифицированной профилактики включает анализ частоты актов аутоагрессивного поведения, а также исследование особенностей экзистенциальных переживаний и показателей жизнестойкости до и после прохождения программы.

### **Оценка динамики показателей частоты аутоагрессивного поведения подростков и изменения характера экзистенциальных переживаний**

Основной целью персонифицированного подхода в рамках реализации программы вторичной и третичной профилактики в общеобразовательных школах было снижение показателей аутоагрессивного поведения подростков, а также увеличение их показателей экзистенциальной исполненности и жизнестойкости.

Для определения эффективности программы были проанализированы данные о частоте и видах самоповреждения за последние полгода до включения в программу, полученные со слов подростка при первичном осмотре, а также через три месяца по итогам превентивных мероприятий. Для выявления динамики показателей экзистенциальной исполненности и жизнестойкости проведено повторное

тестирование подростков. С целью объективизации данных тестирования полученные показатели подростков в группе, участвовавшей в программе персонифицированной профилактики с выявленными фактами аутоагрессивного поведения сравнивались с показателями контрольных групп.

В ходе исследования были сформированы 2 группы контроля:

- 1) первую группу составили подростки без признаков суицидального и самоповреждающего (как прямого, так и косвенного) поведения, не участвовавшие в программе профилактики (n=81);
- 2) вторую группу составили подростки с верифицированными фактами аутоагрессии, не участвовавшие в программе профилактики (n=21).

Сравнение осуществлялось по методам Шкала экзистенции (Кривцова С.В., Лэнгле А., Оглер К., 2009), тест жизнестойкости (Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И., 2006).

Данные о характере аутоагрессивного поведения, его частоте и видах были получены после индивидуальной беседы с подростками до и после участия в программе. По результатам клинической беседы с подростками фиксировался вид аутоагрессивного поведения, длительность, частота, факты госпитализации в связи с суицидальным, самоповреждающим поведением или употреблением ПАВ. Полученные данные сопоставлялись с результатами наблюдений предоставленными школьными педагогами, педагогами-психологами, родителями подростков, а также имеющимися медицинскими заключениями.

Для определения показателя «частоты» были выделены содержания основных действий подростков, расцениваемые как аутоагрессивные акты для каждого вида аутоагрессивного поведения.

Для суицидального поведения оценивалась частота появления суицидальных мыслей, рассматриваемых как эквиваленты созерцаемых суицидальных действий (O'Sullivan M., Fitzgerald M., 1998).

Для самоповреждающего поведения учитывались факты инструментальных повреждений (порезы, проколы, прижигания), а также других видов нанесения себе вреда (укусы, удары, щипания и т.д.).



При оценке употребления подростками ПАВ учитывались эпизоды приема наркотических средств, алкоголя, факты сниффинга, а также факты интоксикации, вызванной приемом ПАВ.

**Оценка частоты актов рискованного поведения учитывала события, содержащие потенциальную или реализованную угрозу здоровью вследствие собственных действий**

Среди подростков, принимавших участие в программе персонифицированной профилактики 47 человек - использовали только один из видов аутоагрессивного поведения (47 человек), 25 человек обладали полимодальными аутоагрессивными профилями (ПОЛИ), включающими сочетание суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения, употребления ПАВ (35%). Специализированную медицинскую помощь у врача психиатра или нарколога хотя бы единожды получали 17 человек (24%) (Рисунок 37).

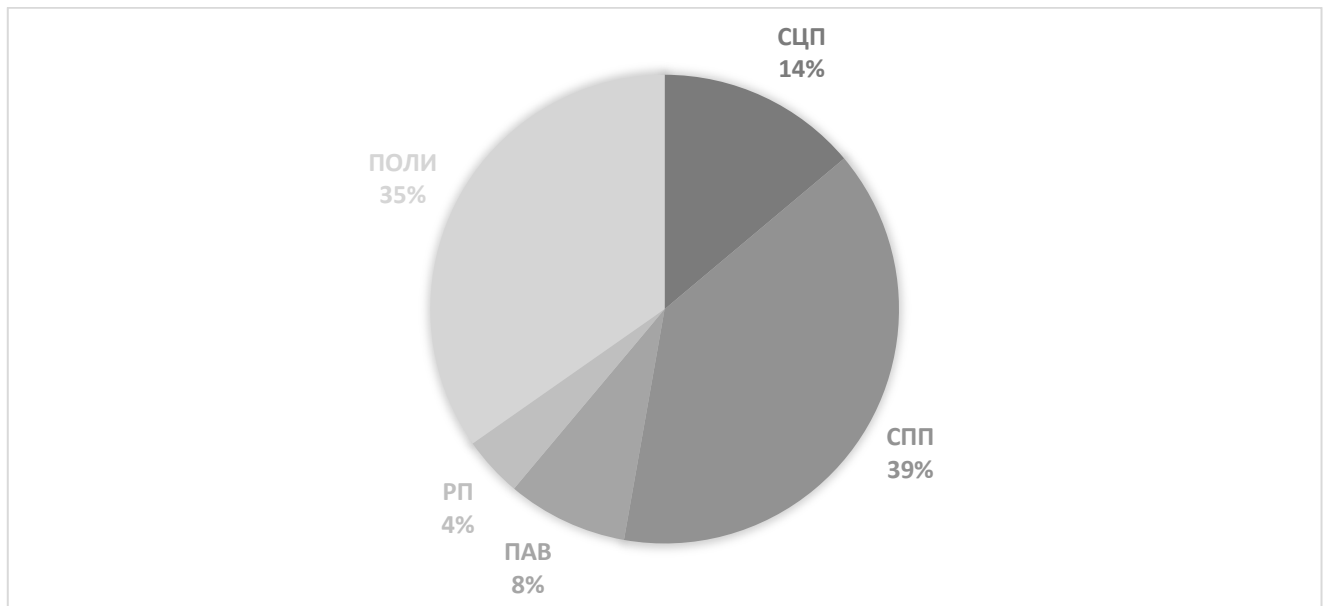


Рисунок 37. Виды аутоагрессивного поведения у подростков, участвующих в программе

Со слов подростков была зафиксирована частота аутоагрессивных актов (Рисунок 38). Все ответы были распределены на следующие группы:

- 1 – регулярно (более 3-х раз в неделю);
- 2 – несколько раз в неделю (2-3 раза);
- 3 – несколько раз в месяц (1-3 раза);
- 4 – несколько раз в полгода (1-3 раза).

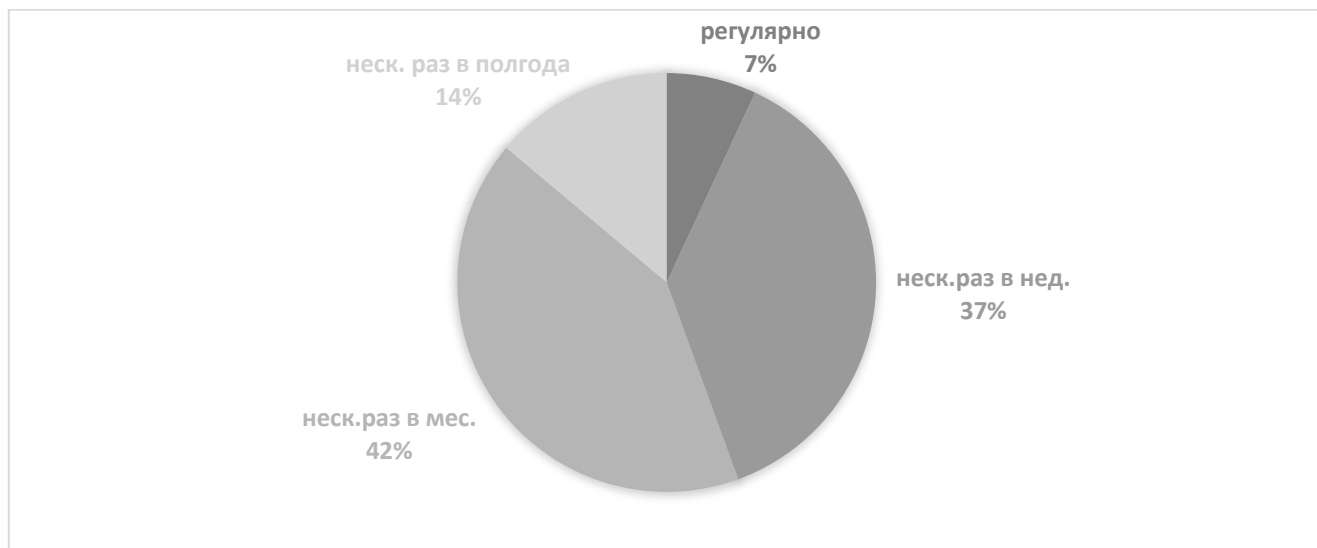


Рисунок 38. Частота актов аутоагрессии

После прохождения программы был выделен дополнительный вариант ответов: «не наблюдается от 1 месяца до полугода».

По результатам проведения программы через 3 месяца проводилась повторная клиническая беседа с подростками с целью подведения итогов и выявления динамики изменений частоты аутоагрессивных актов. Информация, полученная от подростков, соотносилась с данными наблюдений педагогов, психологов и родителей.

Было обнаружено изменение частоты актов самоповреждения после завершения участия подростков в профилактической программе (Рисунок 39).

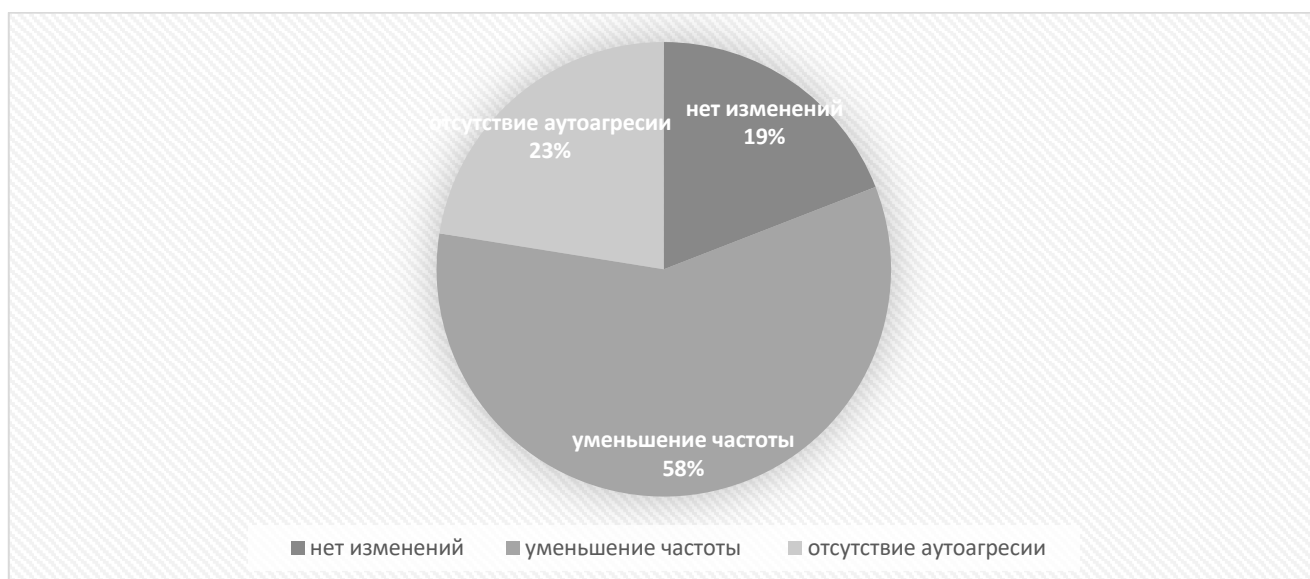


Рисунок 39. Изменения в частоте актов самоповреждения после программы

У 23% подростков симптомы аутоагрессии не наблюдались в течение трех месяцев, после завершения программы, 58% участников программы уменьшили частоту самоповреждений, у 19 % подростков изменений в поведении не выявлено. Положительная динамика наблюдается у 81% участников (Рисунок 40).

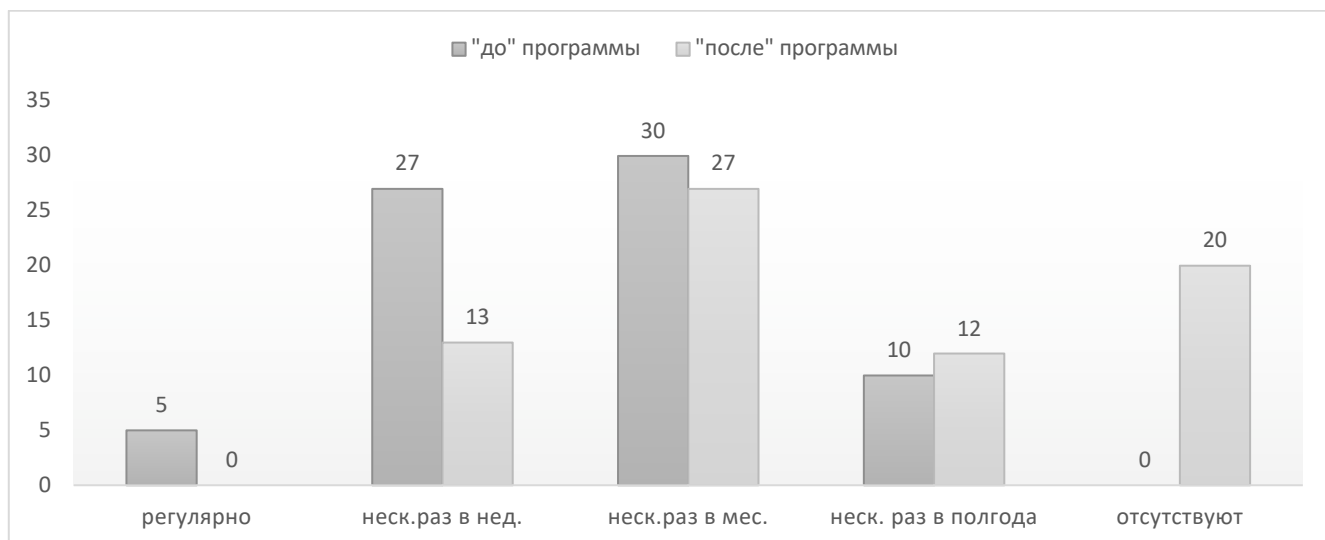


Рисунок 40. Динамика частоты актов аутоагрессивного поведения (кол-во чел.)

Для оценки качества проводимых мероприятий была построена прогностическая модель изменения частоты самоповреждения у подростков после прохождения персонализированной программы с использованием метода Марковского анализа (Рисунок 41). Главный интегральный показатель экспоненциального убывания частоты самоповреждающего поведения составил 0.363636.

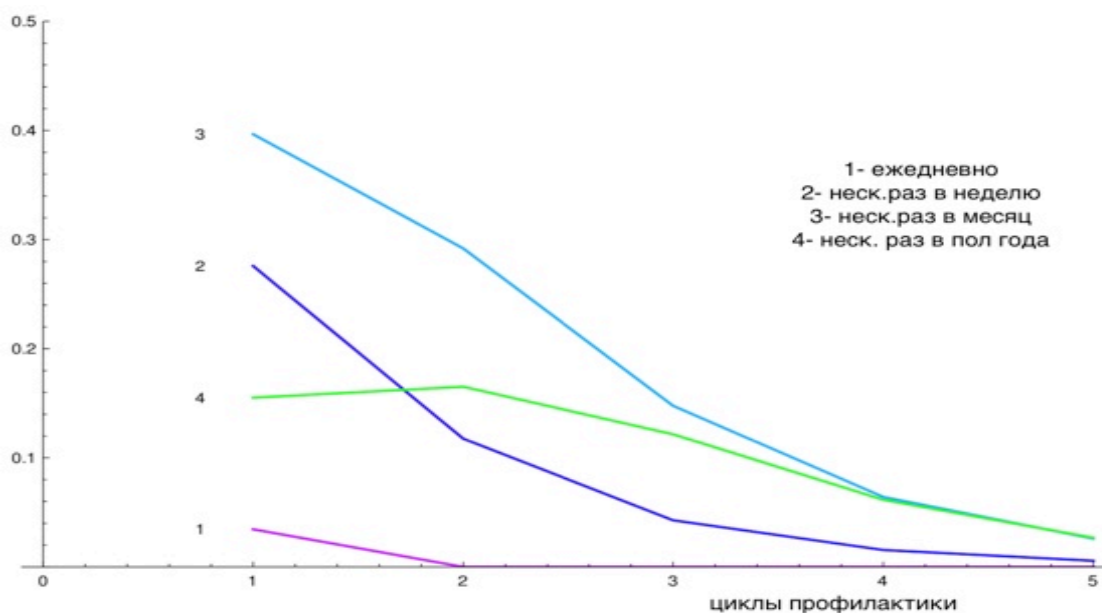


Рисунок 41. Прогностическая модель изменения частоты самоповреждения у подростков с аутоагрессивным поведением после прохождения программы

Полученная модель достоверно показывает значимое уменьшение частоты актов самоповреждающего поведения у подростков при повторе профилактической программы.

Следующим этапом анализа было исследование динамики изменения показателей компонентов экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости до и после проведения профилактических мероприятий.

В ходе анализа показателей компонентов экзистенциальной исполненности было выявлено значимое повышение показателей «соотнесенность» (0,05); «заинтересованное внимание» (0,00); «ценность в будущем» (0,04) после участия подростков в профилактической программе (Таблица 60).

Таблица 60. Различия показателей компонентов экзистенциальной исполненности у подростков с аутоагрессивным поведением «до» и «после» прохождения программы (U Манна-Уитни)

	Соотнесенность	Заинтересованное внимание	Ценность в будущем
Z	-1,88	-3,05	-2,08
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,05	0,00	0,04

Сравнение показателей значений фундаментальных экзистенциальных мотиваций позволило выявить значимое увеличение общего показателя третьей фундаментальной экзистенциальной мотивации («аутентичность»), а также общего показателя экзистенциальной исполненности (Таблица 61).

Таблица 61. Различия показателей значений фундаментальных экзистенциальных мотиваций и экзистенциальной исполненности «до» и «после» у подростков с аутоагрессивным поведением прохождения программы (U Манна-Уитни)

	З ФЭМ	Общий показатель ЭИ
Z	-2,58	-2,69
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,02	0,01

После прохождения персонифицированной программы профилактики у подростков изменилось в положительную сторону ощущение соотнесенности себя с другими людьми и ценностями; усилилось переживание собственной аутентичности и интереса к собственной личности. Главным показателем произошедших позитивных изменений в личности подростка стало повышение уровня экзистенциальной исполненности, то есть появилось переживание своей жизни, как более наполненной качественной, ценной. Что в свою очередь является решающим фактом для позитивного разрешения экзистенциального кризиса подростка и выбора им позиции в отношении жизни.

В качестве примера изменений экзистенциальных переживаний подростка с аутоагрессивным поведением по результатам прохождения программы можно привести стенограмму высказываний через три месяца после окончания персонифицированной профилактики одного из участников программы.

Анна, 15 лет.

В течение года до участия в программе наблюдается систематическое инструментальное самоповреждение (порезы предплечий и бедер канцелярским ножом), суицидальное поведение (запланированная суицидальная попытка), эпизодическое употребление ПАВ (алкоголь). Частота инструментальных самоповреждений – еженедельное, частота употребления ПАВ 1 раз в месяц.

Отношение к участию в программе в начале занятий – отрицательно-нейтральное: «не считаю что то, что я делаю это плохо и это нужно менять; не очень понимаю зачем мне нужно ходить; в целом можно попробовать поговорить».

### **Пример описания индивидуальных переживаний подростка после завершения программы**

«У меня выстроилась концепция островка будущего. Моя жизнь сейчас – это мостик к этому будущему. И я работаю, чтобы достичь его. Теперь, если у меня что-то не получается, я не расстраиваюсь, так как знаю ради чего все это. Возможно у меня есть какие-то негативные качества, но я говорю себе «я особенная» и мне это помогает. Обнаружила, что стала испытывать страх в метро, когда стою на краю платформы, сразу стараюсь отойти. Это странно, но теперь я боюсь умереть. Также заметила, что вернулся страх высоты. Еще хочется поделиться удивительным для меня фактом. Я ощущаю сильный контраст восприятия буквально всего: я вернулась в школу после лета, и я не помню, чтобы школа была такой яркой и разноцветной внутри, чтобы потолки были высокими и все в таком духе...»

В приведенном примере можно выделить несколько значимых изменений в экзистенциальных переживаниях, которые подросток сам отмечает и осознает. Изменилось отношение к теме будущего: появилась жизненная перспектива, а вместе с ней и ощущение смысла жизни. Поменялось отношение к экзистенциальным данностям: увеличилась способность выдерживать негативные ситуации и переживания, принимать негативный опыт. Появилось переживание аутентичности, ценности своей личности. Стремление к смерти сменилось на переживание страха за собственную жизнь.

Качественный анализ содержания антивитальных переживаний у подростков с аутоагрессивным поведением позволил выделить три основных вида экзистенциальной проблематики, мироощущения и поведения подростков:

1) Характер переживаний подростков: «я не хочу быть, существовать», «я не хочу ТАК жить», «я хочу изменить жизнь». Тема смерти становится привлекательной, однако отчетливых дифференцированных мыслей о том, что «я хочу себя

убить» - у подростков нет. Характерны негативные эмоциональные состояния связанные либо с депрессивными фазами («все плохо», «я чувствую себя одиноким»), либо с пограничными чертами личности, проявляющимися на фоне жизненных обстоятельств и отрицательными эмоциями на пике которых приходит переживание «лучше бы я умер». Подобные переживания могут сопровождаться разными формами самоповреждающего поведения или их «примериванием». Поведение в социальных сетях отличается попыткой привлечь внимание к собственной проблеме: посты о смерти, картинки на темы суицида, философские «мемы» на тему ухода из жизни.

Пример: (Дарья, 14 лет. Самоповреждающее поведение) Мне регулярно плохо, ничего не хочется делать, хочется лежать и плакать. Настроение улучшается только когда со мной кто-то рядом (друзья). Я себе не нужна. Я бы предпочла жить дугой жизнью или вообще не жить. Хочу исчезнуть, убежать из дома. Я не такая, какая должна быть, лучше бы я не рождалась. В моем возрасте сбежать из ситуации нельзя, но можно не жить. Мне нравится психология самураев: самурай всегда должен помнить о смерти.

2) Второй вид экзистенциальных переживаний: «Мне не нравится моя жизнь», «Я не нахожу выхода из своих переживаний, мне слишком плохо, так не может продолжаться». Формируются мысли о том, что суицид может быть решением сложившихся трудностей. Подростки примеривают разные способы ухода из жизни, подбирая наиболее подходящий; активно ищут в интернете информацию о том, как лучше это сделать, проявляют активность на форумах, в которых разные люди обсуждают или описывают суицидальные попытки. Это стадия сбора информации и принятия решения. В беседе подросток упоминает о том, как он хотел бы покончить с собой. Мысли о смерти формулируются конкретно: «я не хочу жить, я хочу повеситься... или сброситься с крыши». Возникает наиболее привлекательный образ, как бы он это сделал: ночью, оставил бы записку... и т.д. На этом этапе еще присутствуют протективные факторы, которые его удерживают: переживания за собственных родителей, актуальные отношения и т.д. Фактически итоговая мысль звучит так: «я хочу покончить с собой, больше всего мне подходит

сбросится с крыши, но есть то, что меня останавливает...». Поведение в социальных сетях скорее поисковое, собирается информация о наиболее подходящем способе суицида. Выбираемые картинки с образами смерти, способа ухода из жизни будут соответствовать содержанию мыслей: если подросток решил сброситься с крыши, чаще всего это картинки высоты, неба, падения и т.д. При созревании плана и принятии решения – усиливается замкнутость и агрессивность, тема становится более скрываемой.

Пример: (Анна, 15 лет. Самоповреждающее поведение, употребление ПАВ) когда мне плохо, я думаю о суициде. Представляю собственную смерть в деталях. Вначале я думала сброситься с окна, но я не хочу остаться инвалидом, если выживу. Потом, думала вскрыть вены, но это болезненно, не уверена, что я смогу. Самое подходящее для меня – это наглотаться таблеток, чтобы просто заснуть.

3) Третий вид экзистенциальных переживаний соответствует занятой позиции в отношении смерти. Отчетливая мысль о том, что жизнь потеряла ценность, смерть является выходом, освобождением, иным вариантом осуществления своей жизни. Принятое решение может формулироваться как четкий план, а может иметь характер ожидания спонтанного завершения жизни, вследствие наносимых самоповреждений, рискованных действий, употребления ПАВ. В случае сформированного плана подросток, старается его не озвучивать, чтобы не смогли помешать или не отговорили. Мысли об этом тщательно оберегаются. В социальных сетях может проинформировать о созревшем решении либо в переписке с «НЕ» близкими друзьями, либо разместить символическую картинку, как вариант оповещающей записки. Усиливается социальная изоляция. При ожидании спонтанного разрешения жизни, подростки отрицают суицидальные намерения, не смотря на осознание высокого риска для жизни осуществляемых действий.

Пример: (Лена, 15 лет. Самоповреждающее поведение) Есть чувство, что со мной что-то должно произойти. И это должно случиться, это правильно. Что бы мы не делали в жизни, мы ведь все равно умрем. Со мной это случится этим летом: на углу 10-го дома, в закат, с 16 этажа.



Пример: (Софья, 18 лет. Самоповреждающее поведение, суицидальная попытка) Меня не должно быть, так ни у кого не будет проблем. Когда я порезала руку я долго ждала, что кровь вытечет и я потеряю сознание, но не дождалась. Я чувствую вину перед собой и перед другими, что не довела начатое до конца.

Следующим этапом анализа было сравнение показателей жизнестойкости, что позволило выявить значимые позитивные изменения у подростков с аутоагрессивным поведением после прохождения профилактической программы (Таблица 62).

Таблица 62. Различия показателей жизнестойкости «до» и «после» прохождения подростками программы (U Манна-Уитни)

	Контроль	Жизнестойкость
Z	-2,69	-2,88
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,01	0,04

Значимое увеличение средних значений выявлено для показателей «контроль» (0,01) и «общий уровень жизнестойкости» (0,04). Полученные данные свидетельствуют об изменении субъективных переживаний подростков, появлении чувства контроля за собственной жизнью, а также способности выдерживать негативные стрессовые ситуации.

#### *Сравнение с группами контроля*

Следующим этапом исследования был анализ изменений экзистенциальных переживаний и показателей жизнестойкости в контрольных группах. Тестирование подростков контрольной группы осуществлялось в те же временные сроки, что и у подростков с аутоагрессивным поведением

В группе нормы (n=81) выявлены значимые различия в динамике показателей экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости: (Таблица 63).

Таблица 63. Различия показателей экзистенциальных мотиваций и показателей жизнестойкости в контрольной группе с нормативным поведением (U Манна-Уитни)

	Ценность в будущем	2 ФЭМ
Z	-2,16	-2,19

Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,04	0,05
--	------	------

Были выявлены значимые различия в изменении показателей «ценность в будущем» (0,035), а также вторая фундаментальная экзистенциальная мотивация» (0,052). То есть, улучшение способности подростков соотноситься с ценностями в будущем, а также улучшение отношений с жизнью (переживание «нравится жить») можно объяснить, как нормативную возрастную динамику, обусловленную процессами развития и становления личности.

В контрольной группе (n=21) с аутоагрессивным поведением, не участвующих в программе, статистически значимые различия в динамике показателей экзистенциальных мотиваций выявлены только для показателя «опора» 1 ФЭМ – стремление найти опору в себе и окружающих, чтобы справляться с внешними условиями (рисунок 42, таблица 64). Статистически значимых различий по показателям жизнестойкости не выявлено. Полученные результаты позволяют предположить тот факт, что для подростков с аутоагрессивным поведением, не имеющих специализированной поддержки, жизненно важным становится стремление находить опоры как в самом себе, так и в окружающих. Поиск таких опор – первичная экзистенциальная задача, решаемая подростками с аутоагрессивным поведением, находящимися в экзистенциальном кризисе.

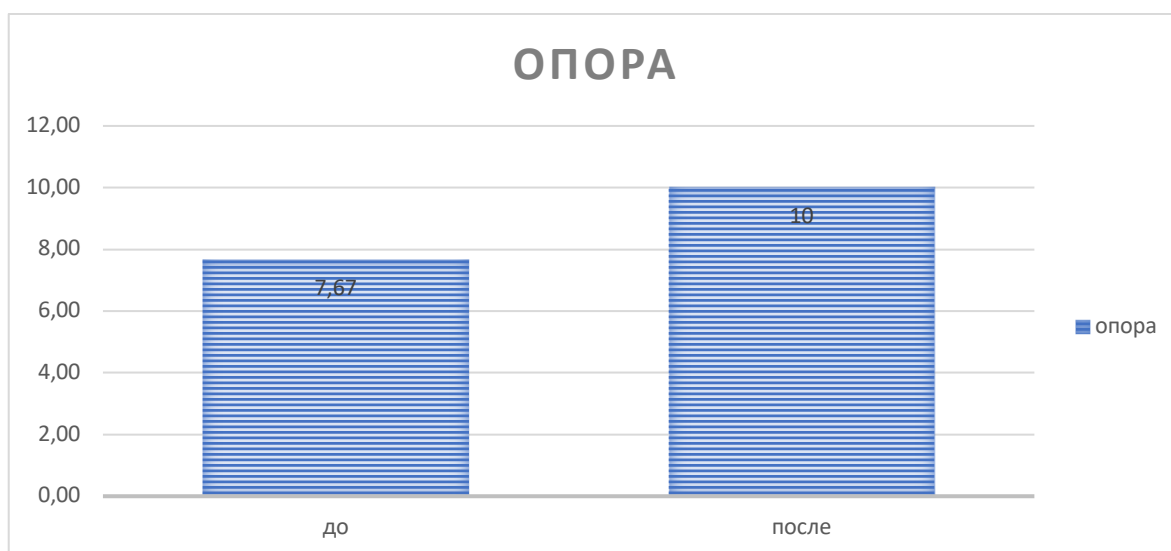


Рисунок 41. Сравнение средних значений компонента 1 ФЭМ - «опора» у подростков контрольной группы с аутоагрессивным поведением (n=21)

Таблица 64. Различия показателей экзистенциальных мотиваций в контрольной группе с аутоагрессивным поведением (U Манна-Уитни)

	Опора (1 ФЭМ)
Z	-2,243
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,02

По имеющимся данным, в данной группе детей в 2020 году девочка, 16 лет покончила жизнь самоубийством, мальчик 14 лет совершил суицидальную попытку (без летального исхода). Динамика аутоагрессивных проявлений остальных подростков в данной группе остается неизвестной из-за отказа родителей или самих подростков принимать участие в проекте.

Сравнительный анализ результатов первичной, вторичной/третичной профилактики и изменений в группе нормы и контрольной группе с аутоагрессивным поведением позволил выявить значимые изменения в показателях ФЭМ и жизнестойкости (Таблица 65). Наибольшее количество значимых изменений выявлено при реализации персонифицированного подхода в рамках вторичной/ третичной профилактики с подростками, с выявленными фактами аутоагрессивного поведения. Выявленный факт свидетельствует об особой эффективности применения экзистенциального подхода на уровне вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах.

Таблица 65. Изменения показателей экзистенциальных переживаний и жизнестойкости после проведения программы профилактики в сравнении с группой контроля

Первичная профилактика		Вторичная/третичная профилактика		Контрольная группа 1 Нормативное поведение		Контрольная группа 2 Аутоагрессивное поведение	
Компоненты	ФЭМ	Компоненты	ФЭМ	Компоненты	ФЭМ	Компоненты	
Опора	1	Опора	1	Опора	1	Опора	1
Защищенность		Защищенность		Защищенность		Защищенность	
Пространство		Пространство		Пространство		Пространство	
Соотнесенность	2	Соотнесенность	2	Соотнесенность	2	Соотнесенность	2
Время		Время		Время		Время	
Близость		Близость		Близость		Близость	

Заинтересованность	3	Заинтересованность	3	Заинтересованность	3	Заинтересованность	3
Справедливость		Справедливость		Справедливость		Справедливость	
Признание ценности		Признание ценности		Признание ценности		Признание ценности	
Возможности	4	Возможности	4	Возможности	4	Возможности	4
Включенность		Включенность		Включенность		Включенность	
Будущее		Будущее		Будущее		Будущее	
Экзистенциальная исполненность		Экзистенциальная исполненность		Экзистенциальная исполненность		Экзистенциальная исполненность	
Компоненты	Жизнестойкость	Компоненты	Жизнестойкость	Компоненты	Жизнестойкость	Компоненты	Жизнестойкость
Вовлеченность	Общий уровень	Вовлеченность	Общий уровень	Вовлеченность	Общий уровень	Вовлеченность	Общий уровень
Контроль		Контроль		Контроль		Контроль	
Принятие риска		Принятие риска		Принятие риска		Принятие риска	

- значимое увеличение показателя

Таким образом, показатели экзистенциальной исполненности и жизнестойкости значимо различаются «до» и «после» проведения мероприятий первичной и вторичной/третичной профилактики. Реализация персонифицированного подхода при вторичной/третичной профилактике сопровождалась снижением частоты актов самоповреждающего поведения. Полученные результаты первичной и вторичной профилактики соответствуют ожидаемым показателям эффективности программы.

Моделирование значимых количественных показателей для прогнозирования успешной реализации задач вторичной/третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах после проведения групповых занятий, основанных на персонифицированном подходе, позволило выявить значимость проведения превентивных мероприятий и улучшения экзистенциальных показателей в результате этого.

### 7.3. Резюме по главе

В седьмой главе диссертации приводятся данные по оценке эффективности превентивных интервенций на этапах первичной и вторичной/третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков

В первом параграфе приводятся данные оценки эффективности первичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков. В мероприятиях по первичной профилактике приняли участие 50 подростков. Содержание и основная методология профилактических интервенции соответствовали темам четырех фундаментальных мотиваций (справляться с жизненными условиями, переживать жизнь как ценную, быть аутентичным, стремиться к смыслу). Положительная динамика по результатам первичной универсальной профилактики выявлена в увеличении способности переживать эмоциональную близость во взаимодействии с другими людьми, а также повышении показателя чувства собственной ценности для других людей. Результатом проведенной программы стало укрепление фундаментального доверия подростков к миру, выражающееся в способности выдерживать трудности (экзистенциальные данности), соответствующие уровню первой фундаментальной мотивации.

Во втором параграфе приводится оценка эффективности вторичной и третичной профилактики аутоагрессивного поведения подростков. В мероприятиях по персонифицированной профилактике приняли участие 75 подростков с выявленными фактами аутоагрессии. В процессе проведения программы количество участников программы было на 96% сохранено. По результатам проведения программы через 3 месяца проводилась клиническая беседа с подростками с целью подведения итогов и выявления динамики изменения частоты аутоагрессивных актов. Информация, полученная от подростков, соотносилась с данными наблюдений педагогов, психологов и родителей. Было обнаружено изменение частоты актов самоповреждения после завершения участия подростков в профилактической программе. У 23% подростков симптомы аутоагрессии не наблюдались в течение трех месяцев, после завершения программы, 58% участников программы уменьшили частоту

самоповреждений, у 19% подростков изменений в поведении не выявлено. Положительная динамика наблюдается у 81% участника. В ходе анализа показателей компонентов экзистенциальной исполненности было выявлено значимое повышение показателей «соотнесенность»; «заинтересованное внимание»; «ценность в будущем» после участия подростков в профилактической программе. Сравнение показателей значений фундаментальных экзистенциальных мотиваций позволило выявить значимое увеличение общего показателя третьей фундаментальной экзистенциальной мотивации «аутентичность», а также общего показателя экзистенциальной исполненности. Таким образом, ключевыми переживаниями подростков с аутоагрессивным поведением после прохождения программы стали следующие: «я чувствую собственную ценность и переживаю свою жизнь как хорошую».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные в диссертации материалы посвящены разработке психологической концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков. Был проведен теоретический анализ современных и зарубежных подходов к пониманию подростковой аутоагрессии, а также моделей профилактики, обоснована психологическая концепция профилактики аутоагрессивного поведения подростков, основанная на экзистенциально-аналитическом подходе, включая разработку ее структурно-функциональной модели, теоретическое обоснование роли экзистенциального кризиса подростков в превенции аутоагрессии.

Проведенный в первой главе теоретический анализ данных отечественных и зарубежных авторов об особенностях подросткового возраста и разных видах аутоагрессивного поведения показал, что периодом потенциального риска развития девиации является возраст от 10-18 лет, что связано с адаптацией подростка к новым образовательным ступеням, с одной стороны, а также активным физическим, психическим, психологическим и социальным изменениям, связанным с переходом от детства к взрослости, с другой.

Исследование разных видов аутоагрессивного поведения показало, что они имеют как общий диапазон характеристик, свойственный для любой формы поведения: мотивированность, адаптивность; аутентичность; продуктивность; активность; эмоциональность; динамичность; стабильность; устойчивость побуждений; осознанность; произвольность; гибкость, так и специфичные черты. Для суицидального поведения характерны действия с фатальным исходом; прямое самоповреждающее поведение влечет за собой повреждение тканей тела без суицидальных намерений; при косвенном самоповреждении физический ущерб становится виден через некоторое время и непосредственного повреждения тканей не производится.

Спецификой подростковой аутоагрессии является полимодальность, то есть использование нескольких видов аутоагрессивного поведения. На основе анализа эмпирических исследований о распространенности и характере проявлений аутоагрессии у подростков и лиц молодого возраста были выделены два типа

взаимосвязи между разными видами аутоагрессивного поведения: комплексные сочетания нескольких видов (двух, трех) аутоагрессии, а также последовательная взаимосвязь, при котором один вид аутоагрессии со временем сменяет другой.

На основе анализа теоретических представлений понимания аутоагрессивного поведения раскрыты содержания психологического, клинического, социального, биологического, интегративного подходов. Психологический подход объединяет в себе несколько теоретических направлений: психодинамическое, когнитивно-поведенческий, гуманистическое (феноменологическое). Обзор моделей и концепций аутоагрессивного поведения позволил сделать вывод о том, что наибольшую разработанность получило когнитивно-поведенческое направление, рассматривающее аутоагрессию, как следствие когнитивных искажений и формирования дезадаптивных поведенческих схем. Вместе с тем, выявлено, что ключевой к пониманию феномена аутоагрессии становится конфлюэнция между жизнью и смертью, рассматриваемая в экзистенциальных подходах. Изучение экзистенциальных концепций и моделей аутоагрессивного поведения позволило выявить высокую значимость экзистенциальных содержаний как для подросткового кризиса в целом, так и для формирования аутоагрессивных поведенческих копингов.

Анализ современных научно-методических проблем профилактики аутоагрессивного поведения показал, что эффективность психологических интервенций доказана в рамках когнитивно-поведенческого подхода, который хорошо зарекомендовал себя в отношении лечения депрессии у подростков с аутоагрессивными проявлениями, а также при реализации отдельных направлений экзистенциального подхода: логотерапии и экзистенциально-интегративной психотерапии. Был сделан вывод о том, что при разработке программ профилактики преимущественно используется методология когнитивно-поведенческого подхода, в то время как экзистенциальный подход, конгруэнтный темам «жизни» и «смерти», составляющих феномен аутоагрессивного поведения, остается недостаточно разработанным. Отмечено, что при высоком потенциале общеобразовательных школ в профилактике девиантного поведения, в частности, аутоагрессивного поведения



подростков, программы вторичной и третичной профилактики являются малоразработанными и являются прерогативой медицинских учреждений.

Изучение современного состояния проблемы профилактики аутоагрессивного поведения подростков и степени ее научно-практической разработанности показал, что обоснование психологической концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков на основе экзистенциального подхода является одной из актуальных и нерешенных научных проблем медицинской психологии.

В третьей главе диссертации приведено обоснование психологической концепции профилактики аутоагрессивного поведения подростков, структурно-функциональной модели, принципов психодиагностической и психокоррекционной работы.

Представлено теоретическое обоснование модели экзистенциального кризиса в превенции аутоагрессивного поведения подростков. Обосновывается содержание экзистенциального кризиса подростков. Экзистенциальный кризис подростка определяется как нормовозрастной период принятия решений и необходимости взять ответственность за свою жизнь, нахождения персональных ответов на возникающие экзистенциальные вопросы с целью дальнейшего развития собственной личности. Важным условием регуляции экзистенциальной тревоги, сопровождающей кризис и формирования экзистенциального сознания подростка, является диалог со взрослым. Раскрываются понятия «персонального» и «аперсонального» поведения подростков сопровождающего позитивный и негативный исход кризиса. Рассмотрены факторы экзистенциального кризиса: формирующие факторы – изменения, свойственные возрасту, происходящие в теле, в психике, в личности, в социальных отношениях; факторы риска – биологические, личностные, социальные предпосылки, способствующие развитию дезадаптации подростка; факторы жизнестойкости – личностные характеристики подростка, позволяющие справляться со стрессом и кризисными ситуациями.

Впервые определяется понятие аутоагрессивного поведения подростков на основе представлений о негативной исходе экзистенциального кризиса, а также аперсональном поведении подростка. Аутоагрессия определена, как поведение,

возникающее вследствие переживания экзистенциального кризиса, связанное с устойчивым желанием преодолеть невозможность: справиться с миром, его условиями и данностями; переживать жизнь как ценную; быть самим собой и чувствовать себя ценным для других, уникальным; открыться своему будущему, реализуемого при помощи нанесения физического и/или психологического вреда самому себе при снижении протективных личностных факторов.

Обосновывается применение экзистенциальной методологии для разработки дифференцированных моделей, основанных на концепции психопрофилактики аутоагрессивного поведения подростков.

В кратком изложении сущность выдвинутой концепции состоит в том, что:

1. Превенция аутоагрессивного поведения подростков должна основываться на понимании роли и содержания экзистенциального кризиса подростков, как нормовозрастного переходного состояния, негативный исход которого, становится причиной аутоагрессивного поведения.

2. Основными экзистенциальными направлениями профилактической работы с подростками, нацеленными на снижение риска возникновения и развития аутоагрессивного поведения, являются: помощь подростку в принятии экзистенциальных данностей (индивидуальные условия и возможности); формировании отношения к жизни как к ценности; поиске себя (умение отграничить себя в отношениях с миром и другими людьми, объективное отношение к самому себе); формировании жизненных целей (находить смыслы).

3. Значимым в профилактической работе является учет факторов риска, протективных и формирующих факторов. Для каждого конкретного подростка их содержание может меняться в зависимости от его индивидуальной жизненной ситуации и личностных особенностей.

4. Превенция аутоагрессивного поведения подростков должна включает в себя мониторинг поведенческой и аффективной сфер подростков, проведение скрининговых обследований, верификацию фактов аутоагрессивного поведения, маршрутизацию подростков за получением медицинской помощи, а также проведение психокоррекционных мероприятий на трех уровнях: первичном (применяются

групповые формы работы), вторичном и третичном (применяются индивидуальные формы работы).

5. Основой первичной профилактики является обсуждение значимых для экзистенциального поиска подростка тем («мочь выдержать», «нравится жить», «быть самим собой», «видеть ценность в будущем»), учитывающих особенности контингента учащихся, участвующих в профилактике. Задачей первичной профилактики является укрепление протективных факторов через актуализацию ресурсов личности, позволяющих решать значимые экзистенциальные задачи, соответствующие четырем фундаментальным экзистенциальным мотивациям.

6. При обнаружении признаков самоповреждающего, суицидального, рискованного поведения или употребления ПАВ целесообразно применение персонифицированной методологии психокоррекционной работы, мишени которой формируются на основе выявленных нарушений фундаментальных экзистенциальных мотиваций личности. Эффективность вторичной и третичной профилактики обеспечивается за счет формирования способности подростка противостоять основным экзистенциальным данностям, содействия подростку в поиске переживания жизни как «хорошей».

7. Значимую роль в превентивной работе играет персональная позиция значимого взрослого (педагога, психолога, специалиста по социальной работе), осуществляющего профилактические интервенции. Персональная диалогическая позиция взрослого является моделью новых личностных компетенций для подростка (в частности, способности занимать персональную позицию).

8. При проведении мероприятий по профилактике аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах следует учитывать риски, связанные с особенностями внутришкольной среды (частая смена педагогического состава, эмоциональное выгорание педагогов, факты физического и психологического насилия в общеобразовательных школах и т.д.).

9. Важный вклад в эффективность превенции вносит достижение партнерских отношений между специалистами общеобразовательных школ (педагогов, школьной администрации, педагогов-психологов, социальных педагогов), а также

родительской общественности. Значимой составляющей реализации психопрофилактических интервенций, основанных на экзистенциальном подходе, является обучение специалистов общеобразовательных школ специфическим навыкам и компетенциям (основам персонифицированного подхода, экзистенциальной методологии в превенции, распознаванию симптомов и признаков аутоагрессии подростков).

Результаты диссертационного исследования позволили сформулировать основные задачи превентивной работы: 1) своевременное выявление подростков с рисками аутоагрессии; 2) верификация выявленных рисков; 3) реализация универсальной первичной профилактики; 4) персонифицированная профилактика подростков с подтвержденными фактами аутоагрессивного поведения; 5) психологическое консультирование родителей подростков; 6) информационная и психологическая поддержка специалистов общеобразовательных школ.

В ходе исследования были сформулированы принципы психодиагностической работы: 1) конфиденциальность на первом психодиагностическом этапе; 2) комплексность – в батарею тестов для скрининговой оценки рисков аутоагрессивного поведения необходимо включать методы, направленные на выявление разных форм аутоагрессии (рискованного, самоповреждающего, суицидального поведения, а также употребления психоактивных веществ); 3) краткосрочность – продолжительность проведения процедуры, не превышающая 20-30 минут; 4) динамическое наблюдение подростков в периоды повышенной учебной нагрузки – для учащихся 9 и 11 классов целесообразно поведение скрининга 2 раза в года (октябрь, март), с учетом повышенных факторов риска, связанных с государственными экзаменами; 5) верификация полученных данных – подтверждения фактов аутоагрессивного поведения.

Кроме того, результаты диссертационного исследования позволили сформулировать принципы профилактической интервенции: 1) присутствие – открытость специалиста собственному опыту взаимодействия с подростком, сосредоточение на текущем вопросе или теме обсуждения; 2) принятие – формирование пространства открытости и безоценочности суждений со стороны специалиста; 3)

конфиденциальность – сохранение личной информации подростка, формирование пространства информационной безопасности; 4) обращение к актуальному – соотнесение реальности с представлениями подростка, которые присутствуют в его сознании; 5) работа с сопротивлением – помощь подростку в том, чтобы преодолеть защитный и оппозиционный характер взаимодействия.

Сформулированы направления психокоррекционной работы с учетом содержания экзистенциального подросткового кризиса: 1) моделирование способности противостоять основным экзистенциальным данностям; 2) формирование способности занимать персональную позицию по отношению к себе и к миру; 3) содействие процессам экзистенциального поиска и осмысления при помощи целенаправленного обсуждения тем: внутренних опор личности, отношений между людьми, свободы, ответственности, аутентичности, изоляции, тревоги; 4) формирование ценностно-смысловых структур личности подростка.

Рассмотрены методы психокоррекционные методы персонифицированной профилактики, реализуемой на уровне вторичной и третичной профилактики: метод персонального экзистенциального анализа (А.Лэнгле, 2005); метод формирования позитивной экзистенциальной позиции личности (И.Н.Пятницкая, А.Н.Яковлев, 2004), метод ценностно-смыслового анализа проблемной ситуации (О.С.Карпова, 2011), Методы развития «самосочувствия», как способа ценностного обхождения с персональным (Sutherland O, 2014; Figley C. R., 2002), метод развития эмоциональной отзывчивости (Ю.В.Лебедева), специфические методы, направленные на превенцию самоповреждающего поведения и суицидальности (А.Лэнгле, 1997).

Первый этап эмпирической части диссертационного исследования был посвящен разработке методического комплекса исследования, созданию новых диагностических инструментов («Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ», перечень вопросов для оценки социально-демографических показателей семей подростков), проведению пилотного исследования (приняли участие 60 подростков) с последующей корректировкой набора выбранных методов и содержания разработанного опросника и анкеты.

Второй этап эмпирического исследования был посвящен выявлению социально-демографических и психологических характеристик риска аутоагрессивного поведения у подростков. В основную группу были включены 2023 подростка (популяционная выборка), среди них 1010 мальчиков, 965 девочек, 48 человек без указания пола. Все обследованные подростки - учащиеся 5-11 классов общеобразовательных школ городского округа Чехов.

Определены возрастные особенности аутоагрессивного поведения: в 10-11 лет подростки негативно относятся к употреблению психоактивных веществ и самоповреждающему поведению. Выявлены возрастные изменения, связанные с формированием положительного отношения и интереса к разным аутоагрессивным формам: появляется интерес к теме употребления ПАВ, положительное отношение к модификациям тела и самоповреждению. Максимальное значение показатели суицидального риска достигают в возрасте 12-15 лет, снижаясь в последующем. Выявлены гендерные особенности подростков: девочки-подростки проявляют наибольший интерес как к модификациям тела и самоповреждению, так и к употреблению ПАВ. Девочки отличаются более высокими показателями суицидального риска и самоповреждений. Поведение подростков в ситуации риска гендерной специфики не имеет.

Выделены на основе результатов психодиагностического обследования четыре группы подростков с рисками аутоагрессивного поведения: суицидального (6%), самоповреждающего (7%), рискованного (9%) и употребления психоактивных веществ (8%). Всего в группы риска к аутоагрессивному поведению были включены 455 подростков. Контрольную группу, без признаков аутоагрессивного поведения, составили 553 человека, их них 351 мальчик, 194 девочки. Качественный анализ подростков групп риска показал, что среди испытуемых можно выделить тех, у кого представлены множественные сочетания рисков аутоагрессивного поведения (полиmodalный профиль, 36-50%) и единичные риски (мономодальный профиль, 49-63%). В группах подростков с рисками суицидального и самоповреждающего поведения отмечается преобладание дисфункциональных семей, подверженных употреблению психоактивных веществ и насилию, характеризующихся

повышенной конфликтностью. Подростки с суицидальным и самоповреждающим поведением более подвержены употреблению психоактивных веществ по сравнению с группой подростков с рискованным поведением, а также отличаются самыми высокими показателями волевой саморегуляции по сравнению с группами подростков с рисками суицидального и рискованного поведения.

Следующим этапом эмпирического исследования было выявление структуры взаимосвязи между показателями аутоагрессивного поведения и психологическими характеристиками подростков в группах риска с суицидальным, самоповреждающим, рискованным поведением и употреблением психоактивных веществ. В группе подростков с риском суицидального поведения уровень суицидального риска связан с количеством дисфункциональных убеждений, которые в свою очередь имеют значимую корреляцию с количеством конфликтов в семье. У подростков с самоповреждающим поведением увеличение суицидального риска связано со снижением показателей волевой саморегуляции. Повышение показателя самоповреждений и модификаций тела сопряжено с увеличением суицидального риска и количества дисфункциональных убеждений. Отрицательная оценка имеющихся самоповреждений связана у подростков с верой в Бога. Подростки с риском употребления психоактивных веществ обнаруживают специфический характер взаимосвязи показателя суицидального риска с психологическими характеристиками: суицидальный риск повышается при увеличении показателей волевой саморегуляции, снижении импульсивности, уменьшении дисфункциональных установок. Желание свести счеты с жизнью в этой группе подростков сопровождается увеличением риска самоповреждения тела и модификаций. Подростки с рискованным поведением отличаются увеличением суицидального риска при уменьшении показателей волевой саморегуляции и увеличении количества дисфункциональных установок.

На третьем этапе проводилась верификация выделенных с помощью психодиагностического обследования групп риска. В осмотре приняли участие 141 подросток, из них у 96 человек были выявлены факты аутоагрессивного поведения, 75 человек были включены в группу для участия в персонифицированной программе

профилактики (из них 72 человека прошли рекомендованный курс, 3 человека были). Формирование выборки производилось на основе индивидуальной оценки исследователя, а не на случайном отборе элементов выборки.

Для подтверждения фактов аутоагрессивного поведения подростков осуществлялся анализ школьной документации (акты социальных педагогов и психологов о наблюдаемых фактах аутоагрессивного поведения), медицинских заключений (врачей психиатров и наркологов), исследовались результаты опросника Ахенбаха, составленные родителями и педагогами подростков по результатам наблюдения за особенностями аффективной сферы и поведения подростков. Были выявлены особенности оценок педагогов общеобразовательных школ, психологов и родителей аффективных и поведенческих особенностей подростков группы риска по результатам опросника Ахенбаха. Родители подростков среди всех черт выделяют «замкнутость». Меньше всего расхождений в оценках родителей и классных руководителей учащихся выявлено по шкалам: «проблемы внимания», «проблемы мышления», «делинквентное поведение», «агрессия». Специалисты психологи акцентируют внимание на таких особенностях, как «тревога» и «замкнутость». Отмечено, что оценка школьных учителей в наибольшей степени соответствовала реальным поведенческим характеристикам подростков.

Далее проводился сравнительный анализ идеалов и убеждений, которыми подростки руководствуются в жизни, а также ценностей, используемых подростками для описания своей личности в трех группах подростков: с тенденцией аутоагрессивного поведения ( $n=186$ ), с подтвержденными фактами аутоагрессии ( $n=96$ ), с нормативным поведением ( $n=86$ ).

Выявлены различия на уровне индивидуальных ценностей подростков с аутоагрессией и нормативным поведением, в то время как социальные ценности подростков не различаются. Подростки с аутоагрессией характеризуют себя как людей, для которых не значимы социальный престиж, авторитет, сохранение доминантной позиции в социуме, безопасность, здоровье, социальный порядок, а также отличаются от группы нормы таким экзистенциальными переживаниями, как «я не чувствую достаточно опор в мире, я ни от чего не защищен».



Исследованы показатели фундаментальных экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости у подростков с нормативным, аутоагрессивным поведением и тенденцией к риску, в ходе которого выявлено, что подростки с аутоагрессивным поведением отличаются от группы нормы такими экзистенциальными переживаниями, как «я не чувствую достаточно опор в мире, я ни от чего не защищен», а также низким уровнем жизнестойкости.

Исследование взаимосвязей между компонентами экзистенциального сознания позволило выявить, что у подростков с аутоагрессивным поведением усиливаются взаимосвязи между фундаментальными экзистенциальными мотивациями, системой ценностей, а также со способностью справляться со стрессом (жизнестойкость). У подростков с нормативным поведением данные компоненты менее взаимосвязаны.

Описаны экзистенциальные механизмы, значимо отличающие лиц с аутоагрессивным поведением: способность справляться с жизнью, и социальная успешность. Выявлено, что усиление недоверия к миру, неудовлетворенности жизнью, переживанием низкой значимости собственной личности для других, отсутствия перспектив, а также обесценивание традиций, собственной безопасности и достижений приводит к аутоагрессивному поведению.

Выделены особенности депрессивной симптоматики у подростков с аутоагрессивным поведением, и тенденцией к аутоагрессии. Уровень депрессии у подростков с аутоагрессивным поведением превысил критические значения. Выявлено, что усиление симптомов депрессии связано с обесцениванием традиций, принятых в социуме, собственной безопасности и достижений, а также ориентацией на социально-приемлемые формы поведения; с экзистенциальными переживаниями: отсутствием доверия к миру, снижением ценности жизни и собственной личности, отсутствия жизненных перспектив; с уменьшением способности личности сохранять устойчивость и вовлеченности в значимые виды деятельности.

Исследованы взаимосвязи показателей депрессии с показателями экзистенциального сознания подростков с тенденцией к аутоагрессии депрессивная симптоматика обусловлена обесцениванием таких ценностей как «доброта»,

«традиции», «гедонизм», «достижения»); трудностями реализации своих жизненных устремлений на каждом из уровней фундаментальных экзистенциальных мотиваций; снижением интегрального показателя жизнестойкости и всех ее компонентов. Структура взаимосвязей отличалась признаками дезинтеграции и меньшей устойчивостью по сравнению с подростками с аутоагрессивным поведением.

Реализована программа профилактики аутоагрессивного поведения подростков в общеобразовательных школах. В мероприятиях по первичной профилактике приняли участие 50 подростков. Содержание и основная методология первичной профилактики соответствовали темам четырех фундаментальных мотиваций: справиться с условиями мира, пережить жизнь как ценность, найти аутентичность, открыться будущему. Положительная динамика по результатам первичной профилактики выявлена в увеличении способности подростков переживать эмоциональную близость во взаимодействии с другими людьми, а также повышении показателя чувства собственной ценности для других людей. Результатом проведенной программы стало укрепление фундаментального доверия подростков к миру, выражающееся в переживании способности выдерживать трудности и экзистенциальные данности, соответствующие уровню первой фундаментальной мотивации.

В мероприятиях по вторичной и третичной профилактике приняли участие 72 подростка. Выявлены изменения субъективного отношения подростков по отношению к участию в программе, а также к специалисту, реализующему превентивные мероприятия. Улучшилось отношение подростков к проводимым мероприятиям. Негативная тревога, связанная с переживаниями потенциальной стигматизации, отсутствием доверия, страхом негативных последствий, выявленная в начале участия подростков в превенции, сменилась на позитивную тревогу, включающую переживания, связанные с отсутствием дальнейшей поддержки и помощи. Отношение к специалисту по итогам прохождения программы сменилось в сторону большего доверия и положительного отношения. Исследование субъективных оценок специалистов психологов относительно своей профессиональной деятельности и переживаний «до» и «после» реализации программы профилактики позволило выявить, что специалисты отмечали высокий уровень тревоги перед началом

превентивных мероприятий, который снизился к концу участия в программе. Увеличилась теоретическая осведомленность в отношении теоретических аспектов аутоагрессивного поведения работы и методов работы.

Были проанализированы данные о частоте и видах самоповреждения за последние полгода до включения в программу, полученные со слов подростка при первичном осмотре, а также через три месяца по итогам превентивных мероприятий. Выявлено, что симптомы аутоагрессии не наблюдались в течение трех месяцев после прохождения программы у 28% подростков, уменьшили частоту самоповреждений 58% участников, у 24% подростков изменений в поведении не выявлено. Прогностическая модель изменения частоты самоповреждения у подростков после прохождения персонифицированной программы с использованием метода Марковского анализа показала значимое уменьшение частоты актов самоповреждающего поведения у подростков при повторе профилактической программы.

После прохождения персонифицированной программы профилактики у подростков с аутоагрессивным поведением изменилось в положительную сторону ощущение соотнесенности себя с другими людьми и ценностями; усилилось переживание собственной аутентичности и интереса других людей к собственной личности. Выявлено, что у подростков появилось переживание своей жизни, как более наполненной качественной и ценной, что является решающим фактом для позитивного разрешения экзистенциального кризиса подростка и выбора ими позиции в отношении жизни.

Результаты исследования подтвердили выдвинутые гипотезы и позволили сформулировать следующие выводы.

## ВЫВОДЫ

1. Профилактика аутоагрессивного поведения подростков должна основываться на понимании роли и содержания экзистенциального кризиса подростков, как переходного состояния, негативный исход которого, становится причиной аутоагрессивного поведения. Персонифицированные модели превенции позволяют учитывать модальность факторов экзистенциального кризиса с учетом конкретной жизненной ситуации, личностных особенностей и значимых переживаний подростка.

2. Основными направлениями психопрофилактических интервенций в общеобразовательной школе, реализуемых при помощи персонифицированной методологии психокоррекционной работы, в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики являются: содействие подростку в принятии экзистенциальных данностей (индивидуальные условия и возможности); формировании отношения к жизни как к ценности; поиске себя (умение отграничить себя в отношениях с миром и другими людьми, объективное отношение к самому себе); развитие способности видеть жизненные перспективы (быть во взаимосвязи со смыслом).

3. Аутоагрессивное поведение подростков имеет возрастные особенности. Наибольший риск самоповреждающего поведения отмечается в период 12-15 лет, сопровождаясь положительным отношением к такому поведению. С каждым годом у подростков увеличивается интерес и осведомленность в теме ПАВ; период повышенного суицидального риска отмечается в возрасте 12-15 лет.

4. Разные виды аутоагрессивного поведения имеет гендерную специфику. Риск самоповреждающего поведения у девочек по мере взросления возрастает, у мальчиков – снижается после 15 лет. Частота рискованного поведения у мальчиков повышается с 10-ти лет, у девочек – увеличивается только после 15 лет. У девочек преобладают показатели риска всех видов аутоагрессии (суицидального, самоповреждающего и рискованного поведения, а также употребления ПАВ).

5. При употреблении ПАВ уровень суицидального риска возрастает при уменьшении показателя позитивного отношения к употреблению психоактивных веществ, уменьшении дисфункциональных убеждений, снижении импульсивности и

повышении самообладания. В этой группе подростков показатель суицидального риска имеет наибольшее количество структурных взаимосвязей с психологическими характеристиками и показателями самоповреждающего поведения.

6. Особенности экзистенциального сознания подростков с аутоагрессивным поведением являются: недоверие к миру, дефицит смысла жизни, ощущение себя «вне жизни», неспособность принимать жизненные изменения. Отличие их системы ценностей от группы с нормативным поведением заключается в идентификации себя как личности, для которой не значимы безопасность и социальный статус. Социальные ценности подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением не различаются.

7. Подростков с аутоагрессивным поведением значимо отличает взаимосвязанность между собой всех компонентов экзистенциального сознания: фундаментальными экзистенциальными мотивациями, системой ценностей, а также со способностью справляться со стрессом (жизнестойкостью). В то время как у подростков с нормативным поведением данные компоненты более автономны.

8. Выявлены два основных экзистенциальных механизма аутоагрессивного поведения подростков. Первый отражает усиление переживаний недоверия к миру, неудовлетворенности жизнью, низкой значимости собственной личности для других, отсутствия перспектив. Второй – обесценивание традиций, собственной безопасности и достижений.

9. В группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии уровень депрессии и структурные взаимосвязи между симптомами депрессии и компонентами экзистенциального сознания имеет качественные и количественные различия. У подростков с аутоагрессией уровень депрессии превышает критические тестовые значения, наиболее значимую взаимосвязь имеют симптомы депрессии с ценностями и экзистенциальными переживаниями. Для подростков с тенденцией к аутоагрессии, симптомы депрессии имеют значимые взаимосвязи с показателями жизнестойкости.

10. Комплекс программ первичной профилактики аутоагрессивного поведения включает групповые формы работы, укрепление протективных личностных

факторов у подростков с нормативным поведением. Психопрофилактические интервенции выстраиваются последовательно по тематическим блокам соответствующие содержанию фундаментальных экзистенциальных мотиваций (мочь быть, нравиться жить, аутентичность, смысл).

11. Значимыми индикаторами эффективности первичной профилактики являются отсутствие фактов аутоагрессивного поведения у подростков, сохранение достигнутого интегрального уровня экзистенциальной исполненности или повышение отдельных показателей фундаментальных экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости. При вторичной и третичной профилактике индикаторами эффективности являются редукция аутоагрессивного поведения подростков, и изменение характера экзистенциальных переживаний: повышение общего уровня жизнестойкости и экзистенциальной исполненности.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для обеспечения качества психопрофилактических мероприятий в общеобразовательной школе, направленных на предотвращение и редукцию аутоагрессивного поведения подростков целесообразно осуществлять регулярный мониторинг за состоянием и поведением подростков, проводить скрининговые обследования не реже, чем 1 раз в полгода. Повторную оценку необходимо проводить в случае каких-либо серьезных изменений в жизненных обстоятельствах, в том числе, связанных с соматическими заболеваниями, а также в качестве повторной диагностики во время проведения психопрофилактических мероприятий и по их завершении.

В случае выявления после первичного скрининга высоких показателей суицидального риска, в сочетании с другими видами аутоагрессивного поведения (самоповреждения, употребления ПАВ) обязательным является динамическое наблюдение за поведением и психоэмоциональным состоянием подростка в течение года. Кроме того – проведение повторного психодиагностического обследования спустя полгода после прохождения подростком профилактической программы и/или индивидуального курса психотерапевтического лечения.

При организации психопрофилактических мероприятий на уровне первичной профилактики подростков целесообразно фокусироваться прежде всего на содействии подросткам в укреплении жизнестойкости и внутренних опор личности.

Превентивную работу с подростками, с выявленными фактами аутоагрессивного поведения, целесообразно проводить только в индивидуальном формате, с применением персонифицированной методологии, направленной на выявленные в ходе диагностики нарушения фундаментальных экзистенциальных мотиваций личности. Помощь подростку в реализации его стремлений к исполненной жизни только в рамках одной из экзистенциальных мотиваций приводит к изменению всей системы экзистенциальных показателей.

Рекомендуется проводить специальное обучение для педагогов, педагогов-психологов и социальных педагогов с целью повышения профессиональной компетенции по вопросам выявления в поведении подростков признаков

аутоагрессивного поведения, способов реагирования на него в случае выявления, методологию персонифицированной профилактики. Помимо знаний о симптомах, методах психологической диагностики и действий по маршрутизации таких подростками, важным является содействие специалистам общеобразовательных школ в преодолении ими собственного страха и негативно-отрицающего отношения к данной теме.



**Список литературы**

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология: учеб.пособие /Г.С. Абрамова.– 4-е изд., стереотип. – Москва: Изд. центр «Академия», 1997. – 672 с.
2. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова //Сибирская психология сегодня : сб. научн. тр.; под ред. М.М.Горбатовой, А.В.Серого, М.С.Ясницкого. –Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. – Вып. 9. –С. 82–90.
3. Амбрумова, А.Г. Мотивы самоубийств / А.Г. Амбрумова, Л.И.Постовалова// Социологические исследования.– 1987. –№ 6. –С. 52–62.
4. Амбрумова, А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике / А.Г. Амбрумова //Научные и организационные проблемы суицидологии : сб. научн. тр.–Москва, 1983. –Т. 7.–С. 40–53.
5. Амбрумова, А.Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко //Актуальные проблемы суицидологии.– 1978. – Т. 82. –С. 6–28.
6. Амбрумова, А.Г., Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций / А.Г.Амбрумова, Е.Г.Трайнина, Н.А. Ратинова// Шестой Всероссийский съезд психиатров, г. Томск, 24—26 октября 1990 г. : Тез.докл. –Москва, 1990.– Т. 1.– С. 105–106.
7. Амбрумова, А.Г.Психология самоубийства / А.Г.Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. –1997. –№ 4. –С. 14–20.
8. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. В 2-х т. Т. 1 М.: Педагогика, 1980. – С. 89–95.
9. Ананьев, Б.Г. Личность, субъект деятельности, индивидуальность / Б.Г.Ананьев.–Москва: Директ-Медиа, 2008. – 384 с.
- 10.Андроникова, О.О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением / О.О.Андроникова //Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 332.– С. 149–154.

11. Андронникова, О.О. Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Андронникова Ольга Олеговна. – Новосибирск, 2005. – 20 с.
12. Аршинова, В.В. Психологическая устойчивость как фактор формирования антинаркотической установки у подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Аршинова Виктория Викторовна. – М., 2007. – 25 с.
13. Аршинова, В.В. Системная профилактика зависимого поведения / В.В. Аршинова // Российский научный журнал. – 2012. – №. 6. – С. 165–173.
14. Афанасенкова, Е.Л. Жестокое обращение в семье как причина социальной дезадаптации детей и подростков / Е.Л. Афанасенкова // Психология семьи в современном мире : сб. мат. науч.-практ. конф. – Екатеринбург, 2017. – С. 24–33.
15. Афонина, Ю.С. Клинико-психологические и социальные факторы виктимизации несовершеннолетних / Ю.С. Афонина, А.А. Григорьева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018. – №4. – С. 99–109.
16. Байкова, М.А. Алкогольная зависимость как вариант личной аутоагрессии (обзор литературных данных) / М.А. Байкова, О.Ю. Сомкина, А.В. Лукашук, Т.А. Меденцева // Научный форум. Сибирь. – 2016. – Т. 2. – №. 1. – С. 46–49.
17. Банников, Г.С. Антивитальные переживания и аутоагрессивные формы поведения подростка с «диффузной идентичностью» / Г.С. Банников, К.А. Кошкин // Психолого-педагогические исследования. – 2013. – № 1. – С. 31–40.
18. Банников, Г.С. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова // Суицидология. – 2015. – № 4. – С. 21–32.
19. Баранников, А.С. Духовная (персональная) депривация: феноменологическое содержание, последствия, особенности диагностики и помощи / А.С. Баранников // Развитие личности. – 2010. – №. 4. – С. 52–81.

20. Баранников, А.С. Завуалированное аперсональное поведение / А.С. Баранников // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – 2010. – №17. – С. 24–35.
21. Баранников, А.С. Современный экзистенциальный анализ как дополнение к теории и практике воспитания / А.С. Баранников, Д.А. Баранникова // Психотерапия. – 2009. – №1. – С. 27–31.
22. Бардадымов, В.А. Аутентичность личности подростков на разных стадиях аддиктивного поведения : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / Бардадымов Василий Анатольевич. – М., 2012. – 27 с.
23. Батищев В.В. и др. Ступени, - Москва, 2010 г.
24. Бахтин, М.М. К философии поступка / М.М. Бахтин // Философия и социология науки и техники: ежегодник, 1984-1985. – М.: Наука, 1986. – С. 80–160.
25. Бек, А. Методы работы с суицидальным пациентом / А. Бек // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – №1. – 34 с.
26. Беркалиев, Т.Н. Сущность проблемы мониторинга при распространении результатов проектов в образовании / Т.Н. Беркалиев // Обоснование принципов распространения опыта реализации итогов проектов в образовательных системах разного уровня с учетом социогеографических особенностей региона: депониров. Отчет о научно-исследовательской работе за 2002 пер. № 07 003 2684 СПбГУ. Итоговый отчет по государственному контракту № 439 от 18.06. – М., 2002.
27. Бершедова, Л.И. Психологическая готовность к переходу на новый этап возрастного развития как личностное новообразование критических периодов : дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.13 / Бершедова Людмила Ивановна. – М., 1999. – 314 с.
28. Бисалиев, Р.В. Семейные факторы риска аддиктивного и аутоагрессивного поведения / Р.В. Бисалиев // Наркология. – 2009. – Т. 8. – № 3. – С. 82–88.
29. Бисалиев, Р.В. Суицидальное поведение при аддиктивных расстройствах / Р.В. Бисалиев // Наркология. – 2007. – Т. 6. – № 9. – С. 58–67.
30. Богурина, А.В. Ценностно-смысловой аспект концепции жизни современных

- подростков. [Электронный ресурс] / А.В. Богурина. – Пинск: Полесский государственный университет, 2019. – Режим доступа:<https://rep.polessu.by/handle/123456789/19395>
31. Божович, Л.И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – Т. 209. – 255с.
32. Божович, Л.И. Личность и учение подростка / Л.И. Божович // Психологическая наука и образование. – 1997. – Т. 2. – № 1. – С. 1–5.
33. Божович, Л.И. О культурно-исторической концепции Л.С. Выготского и ее значении для современных исследований психологии личности / Л.И. Божович // Проблемы формирования личности. – 1995. – С. 108–116.
34. Борисов, И.В., Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости / И.В. Борисов, А.Г. Гладышева, Е.Б. Любов // Суицидология. – 2013. – Т. 4. – № 2. – С. 33–43.
35. Босс, М. Недавние размышления о даэзин-анализе / М. Босс // Консультативная психология и психотерапия. – 2009. – Т. 17. – № 2. – С. 147–167.
36. Бохан, Т.Г. Ценностно-смысловая обусловленность трудностей самореализации при формировании алкогольной зависимости в молодом возрасте / Т.Г. Бохан, Т.Б. Берлизова, В.Н. Кузнецов, О.Н. Галажинская // Вестник Томского государственного университета. – 2014. – № 388. – С. 205–210.
37. Брюн, Е.А. Норма и патология смыслообразования / Е.А. Брюн, М.А. Михайлов, А.В. Цветков. – М.: Издательство «Спорт и культура – 2000», 2017. – 144 с.
38. Брюн, Е.А. Проблемы детской и подростковой наркологии / Е.А. Брюн // Социальная дезадаптация нарушение поведения у детей и подростков – 1996. – С. 10–15.
39. Булыгина, В.Г. Информированность родителей о расстройствах поведения их детей в подростковом возрасте / В.Г. Булыгина, М.М. Проничева, О.В. Серебровская, А.А. Григорьева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. – № 1 (19). – С. 12–19.

40. Булыгина, В.Г. Психологические основы профилактики опасных действий психически больных: монография / В.Г.Булыгина, И.А.Кудрявцев. – М.: «Спринтер», 2016. – 421 с.
41. Булыгина, В.Г. Экзистенциально-аналитические аспекты выявления факторов риска и первичной профилактики самоповреждающего поведения у подростков / В.Г.Булыгина, А.А.Григорьева, М.М.Проничева // Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – М.: ИД «Городец», 2018. – С.248–252.
42. Булыгина, В.Г. Несовершеннолетние беременные как группа риска криминализации и виктимизации / В.Г.Булыгина, Ю.С.Афоница, Б.А.Казаковцев, А.А.Григорьева // Психическое здоровье. – 2018. - №3. – С.46-52.
43. Буторина, Н.Е. Многоосевая система классификации болезней и диагностика наркологических заболеваний у детей и подростков / Н.Е. Буторина, С.А.Макаров, Г.Г. Буторин // Вопросы наркологии. – 2002. – № 2. – С. 38–42.
44. Валюшицкая, И.В. Путеводитель по оценке программ [Электронный ресурс] / И.В. Валюшинская. – Красноярск: Красноярская региональная молодежная общественная организация Центр «Сотрудничество на местном уровне», 2005. – Режим доступа: [http://www.kccp.ru/lib/putevoditel\\_po\\_otsenke.zip](http://www.kccp.ru/lib/putevoditel_po_otsenke.zip).
45. Ведяшкин, В.Н. Аддитивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом тендерных особенностей / В.Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2011. – №15. – С. 210–212.
46. Войцех, В.Ф. Клиническая суицидология. / В.Ф. Войцех. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
47. Волков, Ю.Г. Идентичность и гуманистическая идеология: взгляд в будущее / Ю.Г. Волков. – М.: Социально-гуманитарные знания, 2006. – 228 с.
48. Воробьева, Т.В., Ялтонская А.В. Профилактика зависимости от психоактивных веществ / Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская. – М.: УНП ООН, 2008. – 24 с.

- 49.Воронин, А.Н. Влияние социальной микросреды на проявления агрессивности / А.Н. Воронин, Е.В Лучинина // Прикладная юридическая психология. – 2014. – № 2.– С. 97–113.
- 50.Воротыло, Н.В. Особенности субъективного опыта переживания личностного кризиса старшими подростками:автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / ВоротылоНаталья Викторовна. – М., 2009. – 32 с.
- 51.Ворошилин, С.И. Проблема классификации патологического рискового поведения антисоциального характера и факторов его распространения на примере «трейнсерфинга» («зацепинга») / С.И.Ворошилин //Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15. – № 1.– С. 38–40.
- 52.Ворошилин, С.И. Самоповреждения и влечения к модификации тела как парциальные нарушения инстинкта самосохранения / С.И.Ворошилин //Суицидология. – 2012. – Т. 3. – №. 4 (9).С. 40–52.
- 53.Вострокнутов, Н.В. Медико-психолого-социальное сопровождение детей с пограничными психическими расстройствами в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида / Н.В.Вострокнутов // Психологическая наука и образование. – 2007. – №2. – С.73–82.
- 54.Выготский, Л.С. Проблема возраста/ Л.С. Выготский // Собрание сочинений в 6-ти томах. – М.: Педагогика,1984. – Т. 4. – 443 с.
- 55.Галич, Г.О. Профилактика девиантного поведения детей и подростков / Г.О.Галич, Е.А.Карпушкина, Л.Н.Корчагина, Н.Л.Морозова, Н.В.Тупарева // Известия ПГПУ им. В. Г. Белинского. – 2010. – № 16 (20). – С. 84–91.
- 56.Гишинский, Я.И. Социология девиантного поведения и социального контроля / Я.И. Гишинский //Мир России. Социология. Этнология. – 1997. – Т. 6. – № 1.– С. 163–184.
- 57.Гордеева, Т.О. Гендерные различия в академической и социальной самоэффективности и копинг-стратегиях у современных российских подростков / Т.О. Гордеева, Е.А. Шепелева//Вестник Московского университета. Психология. – 2006. – № 3. – С. 78–85.

- 58.Городова, Е.Е. Наркотическая зависимость в молодежной среде / Е.Е. Городова //Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. – 2007. – Т. 2. – № 9 (40).– С. 263–267.
- 59.Григорьева, А.А. Анализ отечественных и зарубежных моделей профилактики употребления психоактивных веществ / А.А.Григорьева // Вопросы наркологии. – 2018. - №1(161). – С.122-137.
- 60.Григорьева А.А. Персонифицированный подход в превенции аутоагрессивного поведения подростков [Электронный ресурс] / А.А. Григорьева// Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2020. – Т. 8.– №2 (29). – С. 149–159.– Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=426>.
- 61.Григорьева, А.А. Взаимосвязь самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ подростками (обзор литературы) / А.А. Григорьева, В.Г.Булыгина, Ю.С.Афониная // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018 –№4(101).– С.98–105.
- 62.Григорьева, А.А. Выявление риска суицидального поведения у подростков в общеобразовательных школах / А.А.Григорьева //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.– 2019. – Т. 7. – № 3(26). – С. 513 – 523.
- 63.Григорьева, А.А. Депрессивный синдром у подростков с рисками употребления психоактивных веществ / А.А.Григорьева // Живая психология. - 2020. - Том 7. - № 3 (27). - С. 52-65.
- 64.Григорьева, А.А. Особенности экзистенциальных переживаний у подростков с аутоагрессивным поведением / А.А.Григорьева // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т. 9– № 1–1. – С.38–44.
- 65.Григорьева, А.А. Оценка специфических рисков, обуславливающих готовность педагогов к осуществлению мероприятий первичной профилактики употребления психоактивных веществ в образовательном процессе / А.А. Григорьева, Г.А.Корчагина, Е.В.Фадеева // Наркология. – 2014. – №7(151). – С. 75–80.

66. Григорьева, А.А. Обзор отечественных и зарубежных программ превенции суицидального и самоповреждающего поведения, применяемых в практике общеобразовательных школ / А.А.Григорьева // Вестник психотерапии. - 2020. - №74(79). - С. 42- 58
67. Григорьева, А.А. Социально-психологическая специфика семей подростков с различными видами аутоагрессивного поведения / А.А.Григорьева // Известия Саратовского Университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. - 2020. - Том 20. - №3. -С.302 – 307.
68. Григорьева, А.А. Социально-демографические характеристики подростков с рисками аутоагрессивного поведения [Электронный ресурс] / А.А.Григорьева // Мир науки. Педагогика и психология. - 2019. - Том 7. - №4 (7). – Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN419.pdf>
69. Григорьева, А.А. Суицидальное поведение, спровоцированное употреблением психоактивных веществ /А.А.Григорьева, Г.А.Корчагина// Вопросы наркологии. – 2017. – №6. – С. 53–55.
70. Григорьева, А.А. Экзистенциальные основы суицидального и самоповреждающего поведения подростков / А.А.Григорьева// Вестник психотерапии. – 2020. – № 73 (78). – С. 67–76.
71. Григорьева, А.А. Профилактика употребления психоактивных веществ в образовательных учреждениях разного типа: внедрение и оценка эффективности: методические рекомендации/ А.А. Григорьева, Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева О.В. Цветкова. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2015. – 24 с.
72. Григорьева, А.А. Персонифицированный подход в профилактике самоповреждающего поведения подростков, употребляющих ПАВ и алкоголь: учебно-методическое пособие. / А.А. Григорьева, Т.В. Клименко, В.Г. Булыгина. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 139 с.
73. Григорьева, А.А. Результаты применения экспресс-опросника, направленного на выявление осведомленности и отношения подростков к употреблению психоактивных веществ / А.А.Григорьева // Живая психология. - 2020. - Том 7. - № 1(25). - С. 28-37.



74. Григорьева, А.А. Употребление подростками психоактивных веществ при разных видах аутоагрессивного поведения [Электронный ресурс] / А.А.Григорьева, А.А.Гавриченко // Психология и право. - 2020. - Том 10. - № 1. - С. 116–122. - Режим доступа: doi:10.17759/psylaw.2020100110
75. Григорьева, А.А. Особенности экзистенциальных переживаний у подростков с аутоагрессивным поведением / А.А.Григорьева // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т.9. - №1-1. – С.38-44.
76. Григорьева, А.А. Обзор научных исследований, посвященных проблеме рискованного поведения, как вида аутоагрессии / А.А.Григорьева // Психология. Психофизиология. – 2020. – Т.13. - №4. – С.39-48.
77. Григорьева, А.А. Экзистенциальные основы превенции подростковой суицидальности / А.А.Григорьева // Вестник психотерапии. – 2020. - №75(80). – С.97-114.
78. Григорьева, А.А. Взаимосвязь склонности к виктимному поведению и рисков употребления психоактивных веществ у подростков / А.А.Григорьева, Л.Е.Усова // Психология и право. – 2020. – Т.10. - №3. – С.211-223.
79. Григорьева, А.А. Феномен самореализации как феномен профилактики аддиктивного поведения / А.А.Григорьева, Ю.П.Поваренков // Ярославский педагогический вестник. – 2017. - №5. – С.211-215.
80. Григорьева, А.А. Криминализация несовершеннолетних как проблема современного общества (психологические, социально-психологические и клинико-психопатологические факторы) / А.А.Григорьева, Ю.С.Афониная, Т.Н.Кабанова // Прикладная юридическая психология. – 2018. - №4(45). – С.49-59.
81. Григорьева, А.А. Психометрические методы исследования употребления подростками и лицами юношеского возраста психоактивных веществ и алкоголя / А.А.Григорьева, Ю.С.Афониная // Психическое здоровье. – 2018. - №4(143). – С.46-52.

82. Гульчевская, В.Г. Индивидуализация обучения как перспективная модель инновационного развития образования [Электронный ресурс] / В.Г. Гульчевская // Ростовский областной институт повышения квалификации и переподготовки работников образования – 2016. – 4 с. – Режим доступа: <http://psihdocs.ru/individualizaciya-obucheniya-kak-perspektivnaya-modele-innovac.html>
83. Гусейнов, А.А. Этика: учебник / А.А. Гусейнов, Р.Г. Апресян. – М.: Гардарики, 2000. – 472 с.
84. Драгунова, Т.В. Психологические особенности подростка / Т.В. Драгунова // Возрастная и педагогическая психология. – М.: Просвещение, 1973. – 324 с.
85. Дроздецкая, И.А. Результаты исследования по выявлению уровня девиаций среди младших подростков общеобразовательных школ / И.А. Дроздецкая // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2001. – С. 157–162.
86. Дружинин, В.Н. Психология общих способностей / В.Н. Дружинин. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 368 с.
87. Дубровина, И.В. Формирование личности в переходный (от подросткового к юношескому возрасту) период / И.В. Дубровина. – М.: Педагогика, 1987. – 184 с.
88. Дудина, И.И. Программа “Путешествие во времени”: методические рекомендации по курсу развивающих занятий для подростков / И.И. Дудина, О.В. Журавлева, С.П. Зуева, М.Н. Нижегородова. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 1998. – 32 с.
89. Дышечев, Р.Д. Педагогические условия профилактики употребления психоактивных веществ младшими школьниками: автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Дышечев Руслан Джанчериевич. – Майкоп, 2004. – 22 с.
90. Емельянов, О.А. Девиантное поведение военнослужащих как предмет педагогической профилактики / О.А. Емельянов // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 2 (44) – С. 22–25.

91. Ениколопов, С.Н. Понятие агрессии в современной психологии / С.Н.Ениколопов // Прикладная психология. – 2001. – № 1. – С. 60–72.
92. Ефимова, О.И. Профилактика суицидального поведения подростков в образовательных учреждениях России: результаты мониторинга / О.И.Ефимова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2014. – №. 4 (36). – С. 130–136.
93. Зарицкий, М.Г. Особенности скрытой суицидальности у больных опийной наркоманией / М.Г. Зарицкий, О.В. Любарец, Т.А. Шаповал // Городской лечебно-диагностический центр. – 2012. – С. 1–6.
94. Зверева, М.В. Самоповреждающее поведение у подростков в норме и при психической патологии / М.В. Зверева, Л.С. Печникова // Клиническая и специальная психология. – 2013. – № 4. – С. 23–32.
95. Зверьков, А.Г. Исследование волевой саморегуляции. Психологические методики изучения личности: практикум / А.Г. Зверьков, Е.В. Эйдман. – М.: Ось-89, 2007. – С. 100-106.
96. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии: доклад ВОЗ [Электронный ресурс]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. – Режим доступа: [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_rus.pdf](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf).
97. Зинова, Е.Ю. Программа по первичной профилактике суицидального поведения подростков 14-17 лет «Ценность жизни» [Электронный ресурс] / Е.Ю. Зинова. – Ханты-Мансийск, 2010. – Режим доступа: <http://www.vashpsixolog.ru/preventive-work-of-a-psychologist-in-the-school/130-prevention-of-suicide-suicide/1639-programma-po-pervichnoj-profilaktike-suicidalnogo-povedeniya-podrostkov-14-17-let-lczennost-zhiznir>
98. Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учебное пособие / Е.В. Змановская. – М.: Издательский центр Академия, 2003. – С. 288.

- 99.Зубова, Л.В. Аутентичность в становлении личности / Л.В. Зубова, О.В. Соловых // Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры. –Оренбург: ГОУ ОГУ. – 2013. – С. 3088-3090.
- 100.Казакова, И. Дазайн-анализ: пропедевтика к дискурсу / И. Казакова // Феноменологические исследования. – 2016. –Т. 5. – №2. – С. 15-45.
- 101.Карандашев, В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство / В.Н. Карандашев. – СПб.: Речь, 2004. – 70 с.
- 102.Каргин, А.М. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки / А.М.Каргин, А.Б.Холмогорова, В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия.– 2009. –№4. – С. 23–32.
103. Карпова, О.С. Модель применения ценностно-смысловой проблемной ситуации как средства духовного воспитания подростка / О.С.Карпова // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. – 2011. – Т. 58. – № 4. – С. 83–86.
104. Карпова, О.С. Ценностно-смысловая проблемная ситуация как средство духовного воспитания подростка:автореф. дис. ... канд.пед. наук: 13.00.01 / Карпова Ольга Сергеевна. – Волгоград, 2011. – 27 с.
- 105.Карпунькина, Т.Н. Психологические векторы бессмысленности и отчуждения в жизни подростков / Т.Н. Карпунькина // СПЖ. – 2015. – №57. – С. 17–31.
- 106.Квинн, В. Прикладная психология / В. Квинн. – СПб.: Питер, 2000. – 560 с.
- 107.Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг. –М.:Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.
- 108.Килборн, Б. Исчезающий некто: Кьеркегор, стыд и Я / Б.Килборн // История философии. – 2007. – № 13. – С. 198–220.
- 109.Кириллина, С.А. Социально-психологический анализ детерминанты переживаний тревоги у подростков. [Электронный ресурс] / С.А. Кириллина // Национальный психологический журнал. – 2013. – № 4 (12). – Режим

доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskii-analiz-determinanty-perezhivaniy-trevogi-u-podrostkov>.

110. Киршева, Н.В. Психология личности - тесты, опросники, методики / Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова. – М.: Геликон, 1995. – 131 с.
111. Кле, М. Психология подростка: Психосоциальное развитие / М. Кле. – М.: Педагогика, 1991. – 159 с.
112. Клейберг, Ю.А. Девиантология: хрестоматия / Ю.А. Клейберг. – М.: Речь, 2007. – 412 с.
113. Клейберг, Ю.А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов / Ю.А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.
114. Колесов, Д.В. Учителю о психологии и физиологии подростка / Д.В. Колесов. – М.: Просвещение. – 1986. – 80 с.
115. Кон, И.С. Ребенок и общество / И.С. Кон. – М.: ГПП Печ. Двор, 2003. – 334 с.
116. Кони́на, М.А. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки / М.А. Кони́на, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. – № 3. – С. 126–143.
117. Короленко, Ц.П. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. – Новосибирск: Наука, 1990. – 224 с.
118. Короленко, Ц.П. Почему люди отказываются от жизни? Суицидальное поведение / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. – Новосибирск, 1990г. – 222 с.
119. Корчагина, Г.А. Оценка эффективности программ профилактики потребления психоактивных веществ / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева // Медицинская психология в России. – 2015. – № 2 (31). – С. 1–12.
120. Корчагина, Г.А. Изучение распространённости потребления психоактивных веществ в студенческой среде / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, П.П. Огурцов, А.А. Григорьева // Наркология. – 2012. – №12. – С.37-43.

121. Корчагина, Г.А. Научные исследования Национального научного центра наркологии в 2019 г.: профилактическая наркология / Г.А.Корчагина, Б.П.Целинский, В.В.Должанская, Е.В.Фадеева, А.А.Григорьева // Вопросы наркологии. – 2020. - №3(186). – С.5-29.
122. Краковский, А.П. О подростках / А.П. Краковский. – М.: Педагогика, 1970. – 272 с.
123. Крейг, Г. Подростковый и юношеский возраст / Г. Крейг // Психология развития. СПб. – 2000. – С. 85–106.
124. Крейг, Г., Бокум Д. Психология развития / Г. Крейг, Д. Бокум. – СПб.: Питер, 2003. – 940 с.
125. Кривцова, С.В. Вызовы неопределенности и становление внутренней прочности личности в процессе онтогенеза (экзистенциально-аналитический подход) / С.В.Кривцова // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2015. – Т. 8. – № 40. – С. 8.
126. Кривцова, С.В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С.В. Кривцова, А.Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. – 2009. – №1. – С. 141–170.
127. Крыжановская, Л.А. Особенности суицидального поведения в США / Л.А.Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10. – № 3. – С. 97–105.
128. Кудрявцев В.Н. Правовое поведение: норма и патология / В.Н. Кудрявцева. М.: Наука, 1982. – 287 с.
129. Кудрявцев, И.А. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики / И.А.Кудрявцев, Е.Э. Декало // Суицидология. – 2012. – Т. 3. – № 2 (7). – С. 3–11.
130. Кузубова, В.О. Исследование экзистенциальной исполненности у лиц юношеского и зрелого возрастов / В.О.Кузубова // Новая наука: От идеи к результату. – 2015. – №. 6–2. – С. 173–177.
131. Кулагина, И.Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека / И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюцкий. – М.: Юрайт, 2001. – С. 464.

132. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. Лайнен. – СПб, 2019. – 592 с.
133. Лебедева, Ю.В. Развитие эмоциональной отзывчивости как условие предупреждения девиантного поведения детей и подростков/ Ю.В. Лебедева // Сибирский психологический журнал.–2010. – № 36 – С. 68–71.
134. Леонтьев, А.Н. Возникновение и эволюция психики / А.Н. Леонтьев //Избранные психологические произведения. – М., 1983. – 392 с.
135. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости /Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
136. Леонтьев, Д.А. Экзистенциальная тревога и как с ней не бороться / Д.А.Леонтьев //Консультативная психология и психотерапия. –2003. – № 2. – С. 107–119.
137. Литинская, Д.Г. Экзистенциальный эскапизм как социокультурный феномен современного общества / Д.Г. Литинская. – М., 2012. – 26 с.
138. Локтионова, А.В. Страдание детей от насилия в семье и принципы психотерапевтической помощи / А.В. Локтионова // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 90–105.
139. Лукашук, А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства / А.В.Лукашук, А.В.Меринков // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. –№ 25 (1). –С. 86–91.
140. Лэнгле, А. Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности: сборник статей / А. Лэнгле; пер. снем О. Ларченко. – М.: Генезис, 2006. – 159 с.
141. Лэнгле, А. Психотерапия депрессивных расстройств в современном экзистенциальном анализе (принципы и основные направления) / А.Лэнгле //Консультативная психология и психотерапия. – 2006. – Т. 14. – № 2–С. 29–44.
142. Лэнгле, А. Терапевтический случай нахождения собственного Я (применение метода персонального экзистенциального анализа) / А.Лэнгле//Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2. – №. 2. – С. 81–98.

- 143.Лэнгле, А. Фундаментальные мотивации экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии / А.Лэнгле// Экзистенциальный анализ. Бюллетень. – 2009. – № 1. – С. 9–29.
- 144.Лэнгле, А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования / А. Лэнгле. – М.: Юрайт, 2018. – 403 с.
145. Лэнгле, А.А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика исследований / А.А. Лэнгле, М.В. Уколова, В.Б. Шумский. – М., 2019. – 403 С.
- 146.Лэнгле,А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций/ А. Лэнгле; пер. с нем.; вступ. ст. С.В. Кривцовой. – М.: Генезис, 2006.– 235 с.
- 147.Мадди, С.Р. Теории личности: сравнительный анализ: монография / С.Р. Мадди. – М.: РГБ, 2007. – 539 с.
- 148.Майсак, Н.В. Личностные особенности младшего подростка с девиантным поведением :дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / МайсакНадежда Васильевна.– М., 2001. – 20 с.
- 149.Макеева, А.Г. Педагогическая профилактика наркотизма школьников / А.Г.Макеева // Валеология.– 2005. – № 4. – С. 17.
- 150.Маклаков, А.Г. Человек в экстремальных условиях и личностный адаптационный потенциал / А.Г. Маклаков //Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16–24.
- 151.Макушкин, Е.В. Дети и подростки в ситуациях социального дистресса / Е.В. Макушкин, И.А. Чибисова //Журн. Неврол. и психиатр.им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2017. – Т. 117. – № 11. – С. 3–12.
- 152.Мамардашвили, М.К. Необходимость себя / М.К. Мамардашвили. – М.: Лабиринт, 1996. – 432 с.
- 153.Махнач, А.В. Жизнеспособность подростка: понятие и концепция / А.В. Махнач, А.И. Лактионова //Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы.– 2007. – С. 290 – 312.



154. Менделевич, В.Д. Аддиктивное влечение / В.Д. Менделевич, М.Л. Зобин. – М.: МЕДепрессинформ, 2012. – 264 с.
155. Менделевич, В.Д. Структура девиантных форм поведения в условиях масштабных социально-психологических перемен / В.Д. Менделевич // Система социальной работы в условиях переходного периода: принципы формирования и функционирования. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – 1998. – С. 135-137.
156. Мерлин, В.С. Структура личности: характер, способности, самосознание: учебное пособие / В.С. Мерлин. – Пермь: ПГППУ, 1990. – 110 с.
157. Милованова, О.Н. Адаптация подростков к новым условиям обучения в старшей школе / О.Н. Милованова // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2010. – № 4.
158. Михайлова, Т.А. Основы проектирования социальных программ по профилактике девиации в молодежной среде / Т.А. Михайлова, И.С. Пряхина, Е.В. Пряхин // Социальные отношения. – 2017. – № 1. – С. 112– 120.
159. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина. – М.: Academia, 2000. – 456 с.
160. Мэй, Р. Человек в поисках себя / Р. Мэй; пер. с англ. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2013. – 224 с.
161. Наконечная, О.В. Психологические детерминанты конфликтности подростков / О.В. Наконечная, Г.А. Шевчук, А.С. Шевчук // Ярославский Педагогический вестник. – 2005. – № 3. – С. 20– 23.
162. Новгородцева, А.П. Внутренние конфликты подросткового возраста / А.П. Новгородцева // Культурно-историческая психология. – 2006. – № 3. – С. 38-50.
163. Новгородцева, А.П. Переживание подростками «чувства взрослости» / А.П. Новгородцева // Психологическая наука и образование. – 2006. – № 2. – С. 39-54.

164. Овчаренко, Л.Ю. Проблемы успешности социально-психологической адаптации подростков в современной среде / Л.Ю. Овчаренко // Системная психология и социология. – 2015. – № 1. – С. 44-56.
165. Олейчик, И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование) / И.В. Олейчик // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 2. – С. 10–18.
166. Ощепков, А.А. Экспериментальное исследование применения экзистенциальной психокоррекции ценностно-смысловой сферы личности девиантных подростков / А.А. Ощепков // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2012. – №4.
167. Павлова, Т.С. Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях / Т.С. Павлова // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 4. – С. 79-91.
168. Петрова, В.Н. Динамика образа будущего в подростковом возрасте / В.Н. Петрова // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С.36 – 41.
169. Поливанова, К.Н. Взросление пятиклассников: 1960-е vs 2010-е / К.Н. Поливанова // Вопросы образования. – 2017. – № 2.
170. Поливанова, К.Н. Взросление сегодня: социальные изменения современного детства [Электронный ресурс] / К.Н. Поливанова. – 2011. – Режим доступа: <http://docplayer.ru/56726373-Vzroslenie-segodnya-socialnye-izmeneniya-sovremennogo-detstva-k-polivanova.html>.
171. Положий, Б.С. Динамика частоты суицидов в России (2014-2016 гг.): аналитический обзор / Б.С. Положий. – М.: ФГБУ «ФМИЦПНИ им. В.П. Сербского» Минздрав России, 2018. – 12 с.
172. Положий, Б.С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения / Б.С. Положий, Е.А. Панченко // Суицидология. – 2012. – Т. 3. – № 1 (6).
173. Положий, Б.С. Суицидальная ситуация в современной России / Б.С. Положий // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. – 2018. – С. 567–574.

174. Положий, Б.С. Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая диагностика, типология, профилактика): монография / Б.С. Положий, Е.А. Панченко. – М.: ФГБУ «ФМИЦПНИ им. В.П. Сербского» Минздрав России, 2016. – 260 с.
175. Положий, Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) / Б.С. Положий // Суицидология. – 2019. – Т. 10. – №1. – С. 21–26.
176. Польская, Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23. – № 4. – С. 176–190.
177. Польская, Н.А. К изучению копинг-установок в подростковом возрасте / Н.А. Польская, Л.В. Шипова, А.П. Кабанова // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: междисциплинарный подход: Материалы науч.-практ. конференции Ананьевские чтения – 2008, 21–23 октября 2008 г.; под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрустальной. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – С. 785–787
178. Польская, Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) / Н.А. Польская // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22. – № 2. – С. 140–152.
179. Польская, Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Польская Наталия Анатольевна. – М., 2017. – 423 с.
180. Польская, Н.А. Эмоционально-личностные корреляты модификаций тела / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2014. – Т. 14. – № 2-1.
181. Попов, Ю.В. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С.4-8.
182. Попов, Ю.В. Суицидальное поведение у подростков / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 16 с.

183. Попов, Ю.В. Феномен суицидального фантазирования при самоповреждениях у подростков / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков // Школа им.Бехтерева: от истоков до современности. – 2017. – С. 206–209.
184. Попова, Т.А. Исследования представлений о смысле жизни у подростков и юношей методом логоарт-терапии / Т.А. Попова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2017. – № 1. – С. 90-97.
185. Попова, Т.А. Научно-образовательный проект как метод формирования смысло-жизненных ориентаций. Логоарт-терапия в работе с подростками / Т.А. Попова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2014. – № 4. – С. 90–98.
186. Прихожан, А.М. Проблема подросткового кризиса / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 1997. – Т. 2. – №. 1.–С. 82–87.
187. Прихожан, А.М. Тревога у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М.; Воронеж: Изд-во МОДЭК, 2000. – 304 с.
188. Прокопович, Г.А. Социально-демографические и клинические оценки лиц, совершивших суицидальные попытки отравления на фоне употребления алкоголя и других психоактивных веществ (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) / Г.А. Прокопович, В.Э. Пашковский, А.Г. Софронов // Наркология. – 2014. – Т. 13. – № 6. – С. 50–55.
189. Пятницкая, И.Н. Соотношение экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков / И.Н. Пятницкая, А.Н. Яковлев // Наркология. – 2004. – №2 –С.56–59.
190. Разводовский, Ю.Е. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска суицида / Ю.Е. Разводовский, В.В. Дукорский // Психиатрия. – 2008. – № 2 (02). –С. 16-19.
191. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс, К. Долджин. – Спб.: Питер. – 2010. – 816 с.

- 192.Ратинов, А.Р. Структура правосознания и некоторые методы его исследования / А.Р. Ратинов //Избранные труды. – 2016. – С. 82–94.
- 193.Реан, А.А. Социальная педагогическая психология / А.А. Реан, Я.Л. Коломинский. – М: прайм-ЕВРОЗНАК, 2008.
- 194.Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности / Х. Ремшмидт. – М.,1994.
- 195.Родионов, В.А. «Навигатор»: Программа профилактики ВИЧ/СПИДа и употребления психоактивных веществ для учащихся 9–10 классов общеобразовательных школ, их родителей и педагогов / В.А. Родионов, С.Г. Косарецкий, М.А. Ступницкая, И.М. Каманов, Е.В. Филиппова, Е.В. Владимирова, Е.Г. Коблик, Н.В. Делакова.– Москва, 2007.
- 196.Розанов, В.А. Ощущение бессмысленности существования у подростков связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем / В.А.Розанов, А.С. Рахимкулова,А.И. Суханова// Суицидология. – 2014. – Т. 5. – № 3 (16). – С. 33–41.
- 197.Розанов, В.А. Периферические биологические факторы и биомаркеры суицида / В.А.Розанов //Суицидология. – 2018. – Т. 9. – № 1. – С. 3–22.
- 198.Розанов, В.А. Психическое здоровье и суицидальные тенденции среди подростков в связи с социоэкономическими факторами семьи / В.А.Розанов,Т.Е. Рейтарова, А.В. Рахимкулова,А.И. Уханова, О.В. Розанова//Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 32–34.
- 199.Романова, О.Л. Этиология зависимостей от ПАВ у подростков и теоретические основы их первичной профилактики: обзор зарубежной литературы / О.Л.Романова //Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – С. 100–105.
- 200.Рубинштейн, С.Л. Общая психология / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер. – 1999.
- 201.Руженков, В.А. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения /В.А. Руженков, В.В.Руженкова //Суицидология. – 2014. – Т. 5. – № 1 (14).– С. 41–51.

202. Рыжов, В.В. Механизм деструктивных изменений личности под воздействием аддиктивных факторов и формирование психологической устойчивости личности к аддикции / В.В. Рыжов, Н.Н. Телепова // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 3. – 11 с.
203. Сапогова, Е.Е. Экзистенциальная психология взрослости / Е.Е. Сапогова. – М.: Смысл, 2013. – 767 с.
204. Сегал, Б.М. Алкоголизм: клинические, социально-психологические и биологические проблемы / Б.М. Сегал. – М.: Медицина, 1967.
205. Сенкевич, Л.В. Опросник «Переживание экзистенциального кризиса»: первый этап апробации / Л.В. Сенкевич // Системная психология и социология. – 2015. – № 4. – С. 46–54.
206. Серебрякова, Ю.В. О понятии «экзистенциальный кризис» в современной философии / Ю.В. Серебрякова // Личность. Культура. Общество. – 2016. – Т. 18. – № 3–4. – С. 88–95.
207. Сирота Н.А., Ялтонский В. М. Профилактика употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди детей и подростков / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М.: ННЦ наркологии МЗ РФ. – 2003.
208. Слободчиков, В.И. Категория возраста в психологии и педагогике развития / В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев // Вопросы психологии. – 1991. – № 2. – С. 37–49.
209. Смирнягина, М.М. Возрастные границы и психологическое содержание стабильного периода подросткового возраста / М.М. Смирнягина // Психология. Психофизиология. – 2009. – № 5 (138). – С. 56–61.
210. Соколова, А.П. Психологические трудности в отношениях подростков с родителями / А.П. Соколова // Вестник Таганрогского института имени АП Чехова. – 2016. – № 1. – С. 112–116.
211. Соколова, Е.Т. Клиническая психология утраты Я / Е.Т. Соколова. – М.: Смысл, 2015. – 895 с.
212. Соловьев, А.Г. Оценка склонности подростков к социально-психологической дезадаптации вследствие девиантного поведения / А.Г. Соловьев, Э.В.

- Леус//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. ВМ Бехтерева. – 2013. – № 2. – С. 100–102.
213. Статистика смертности по данным Росстат. [Электронный ресурс] // Статистический сборник. – М.: Росстат, 2019. – Режим доступа: <https://rosinfostat.ru/smertnost/>.
214. Степанов, В.Г. Психология трудных школьников: учеб. пособие для учителей и родителей / В.Г. Степанов. – М., 1997.
215. Столин, В.В. Психология развития ребенка и взаимоотношений родителей и детей как теоретическая основа консультативной практики / В.В. Столин, Е.Т. Соколова, А.Я. Варга // Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования; под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – 1989. – № 3. – 688 с.
216. Строев, Ю.И. Эндокринология подростков / Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2004. – 384 с.
217. Сыркин, Л.Д. Этнобрендинг в профилактике ксенофобии и экстремизма / Л.Д. Сыркин, А.С. Ляпин, А.И. Сафронов, А.А. Зуйкова // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2015. – № 2 (38).
218. Сыроквашина, К.В. Клинические и психологические подходы к исследованию проблемы суицидов у подростков. Научный обзор / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева, В.Д. Бадмаева, Е.В. Макушкин, Е.Ю. Шкитырь // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 6. – С. 24–31.
219. Сыроквашина, К.В. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. – № 3. – С. 8–24.
220. Телепова, Н.Н. Телепов М.Н. Экзистенциальный подход к проблеме подросткового суицида / Н.Н. Телепова, М.Н. Телепов // Новая наука: Современное состояние и пути развития. – 2016. – № 5–3. – С. 85–96.
221. Труфанова, Е.О. Человек в лабиринте идентичностей / Е.О. Труфанова // Вопросы философии. – 2010. – № 2. – С. 13–23.

222. Усенкова, Е.В. Деструктивные изменения личности в генезисе аддиктивного поведения подростков / Е.В. Усенкова // Апробация. – 2013. – № 6. – С. 79–83.
223. Фельдштейн, Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии / Д.И. Фельдштейн. – М.: Междунар. пед. акад., 1995. – 366 с.
224. Фельдштейн, Д.И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики процесса развития личности / Д.И. Фельдштейн. – М.: Флинта, 2004. – 67 с.
225. Фельдштейн, Д.И. Психологические основы общественно-полезной деятельности подростков / Д.И. Фельдштейн. – М.: Педагогика, 1982. – 224 с.
226. Франкл, В. Логотерапия и экзистенциальный анализ: статьи и лекции / В. Франкл. – М.: Альпина нон-фикшн, 2016. – 344 с.
227. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М.: Прогресс, 1990. – 372 с.
228. Хасан, Б.И. Образование в области профилактики наркозависимости и других аддикций: организационно-методическое пособие / Б.И. Хасан, Н.Н. Дюндик, Е.Ю. Федоренко, И.А. Кухаренко, Т.И. Привалихина. – Красноярск: Красноярский гос. ун-т., 2003.
229. Хензелер, Х. Вклад психоанализа в проблему суицида / Х. Хензелер // Энциклопедия глубинной психологии. – 2001. – Т. 2. – С. 88-102.
230. Холмогорова, А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития / А.Б. Холмогорова // Медицинская психология в России. – 2013. – № 2. – С. 10.
231. Холмогорова, А.Б. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова // Медицинская психология в России. – 2012. – Т. 2.



232. Хольцхей-Кунц, А. Страдание из-за собственного бытия. Дазайн-анализ и задача герменевтики психопатологических феноменов / А. Хольцхей-Кунц. – Вильнюс: Логвинов, 2016. – 312 с.
233. Цветков, А.В. Гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции / А.В. Цветков. – М.: Издательство «Спорт и Культура-2000», 2017. – 128 с.
234. Чельшева, Ю.В. Референтные группы и ценностные ориентации подростков с асоциальным поведением / Ю.В. Чельшева // Системная психология и социология. – 2015. – № 4. – С. 23–29.
235. Шаболтас, А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований / А.В. Шаболтас // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2014. – № 3. – С. 5–16.
236. Шайдукова, Л.К. Структура психопатоподобных расстройств у больных опийной наркоманией / Л.К. Шайдукова, Е.В. Коблова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 2. – С. 5–9.
237. Шамсутдинова, Д.В. Профилактика и коррекция девиантного поведения подростков в сфере досуга как комплексная социально-педагогическая проблема. [Электронный ресурс] / Д.В. Шамсутдинова // Вестник ТГУ. – 2010. – № 12. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-korreksiya-deviantnogo-povedeniya-podrostkov-v-sfere-dosuga-kak-kompleksnaya-sotsialno-pedagogicheskaya-problema>.
238. Шарок, В.В. Особенности мотивационно-ценностной сферы и самоотношения личности, склонной к рискованному поведению: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Шарок Вероника Викторовна. – СПб., 2010. – 168 с.
239. Шевандрин, Н.И. Социальная психология в образовании / Н.И. Шевандрин. – М.: Владос. – 1995. – Т. 544. – 41 с.
240. Шемякина, О.О. Психолого-педагогическая деятельность по профилактике девиантного поведения подростков [Электронный ресурс] / О.О. Шемякина // Психология и право. – 2011. – Т. 1. – № 4. – Режим доступа <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n4/49305.shtml>.

241. Шпрангер, Э. Психология юношеского возраста / Э. Шпангер // Педология юности. – 1931.
242. Шумский, В.Б. Диагностика экзистенциальной исполненности: оригинальная русскоязычная версия теста экзистенциальных мотиваций / В.Б. Шумский, Е.М. Уколова, Е.Н. Осин, Я.Д. Лупандина // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2016. – Т. 13. – № 4. – С. 763–788.
243. Шустов, Д.И. Алкоголизм как аутоагрессивное заболевание / Д.И. Шустов // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 38–43.
244. Шустов, Д.И. Аутоагрессивное поведение, алкогольная зависимость и эмоциональное выгорание среди медицинских работников / Д.И. Шустов, С.Н. Озоль // Омский психиатрический журнал. – 2016. – № 2 (8). – С. 37–39.
245. Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 1989. – 68 с.
246. Эльконин, Д.Б. Некоторые аспекты психического развития в подростковом возрасте / Д.Б. Эльконин // Психология подростка. – М.: Рос. пед. Агентство, 1997. – С. 313–320.
247. Эльконин, Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах / Д.Б. Эльконин. – М.: МОДЭК, 1997. – 416 с.
248. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон; пер. с англ. под ред. А.В. Толстых. – М.: Прогресс, 1996. – 133 с.
249. Юнацкевич, П.И. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция суицидального поведения военнослужащих: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Юнацкевич Петр Иванович. – Спб., 1997. – 373 с.
250. Юнацкевич, П.И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии: Учебное пособие / П.И. Юнацкевич, И.В. Гишинский; под ред. В.А. Кулганова. – Санкт-Петербург, 1999. – 338 с.
251. Юнацкевич, П.И. Тест СЛ-19 / П.И. Юнацкевич. – Санкт-Петербург: Военно-космическая академия имени А.Ф. Можайского, 1996.

252. Ялом, И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти / И. Ялом. – М.: Эксмо, 2009. – 352 с.
253. Ясюкова, Л.А. Социально-психологические особенности подростков с проблемным поведением / Л.А. Ясюкова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2007. – Т. 7. – № 1. – С. 62–67.
254. Ajzen, I. Questions raised by a reasoned action approach: Comment on Ogden (2003) / I. Ajzen, M. Fishbein // *Health Psychology*. – 2004. – № 23(4). – С. 431–434.
255. AlYagon, M. Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties / M. Al-Yagon, M. Margalit // *European Journal of Special Needs Education*. – 2006. – Vol. 21. – № 1. – P. 21–37.
256. Appelqvist-Schmidlechner, K. Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service / K. Appelqvist-Schmidlechner // Tampere University Press. – 2011. – 174 pp.
257. Armstrong, L.L. Meaningful youth engagement as a protective factor for youth suicidal ideation / L.L. Armstrong, I.G. Manion // *Journal of Research on Adolescence*. – 2015. – Vol. 25 – N 1. – P. 20–27.
258. Aseltine, Jr R. H. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program / Jr R. H. Aseltine, R. DeMartino // *American Journal of Public Health*. – 2004. – Т. 94. – № 3. – P. 446–451.
259. Ayodeji, E. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm / E. Ayodeji, J. Green, Chr. Roberts, G. Trainor, J. Rothwell, A. Woodham, A. Wood // *The British Journal of Psychiatry*. – 2015. – Т. 207. – №. 4. – P. 313–319.
260. Backer, H.S. Dialectical behaviour therapy for adolescents; a literature review / H.S. Backer, A.L. Miller, L.M. van den Bosch // *Tijdschr Psychiatr*. – 2009. – № 51. – P. 31–41.

261. Barber, B.K. Family, personality, and adolescent problem behaviors / B.K. Barber // *Journal of Marriage and the Family*. – 1992. – P. 69–79.
262. Bateman, A. Mentalization based treatment for borderline personality disorder / A. Bateman, P. Fonagy // *World psychiatry*. – 2010. – Vol. 9 – № 1. – P. 11.
263. Beck, A.T. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation / A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 1979. – Vol. 47. – № 2. – P. 343.
264. Berman, A.L. Adolescent suicide: Assessment and intervention / A.L. Berman, D.A. Jobes, M.M. Silverman. – Washington, DC, US: American Psychological Association, 2006. – 456 pp.
265. Berman, S.L. Existential Anxiety in Adolescents: Prevalence, Structure, Association with Psychological Symptoms and Identity Development / S.L. Berman, C.F. Weems, T.R. Stickle // *Journal Of Youth And Adolescence*. – 2006. – Vol. 35(3). – P. 303–310.
266. Beutler, B. Specific and treatment fit variables in psychotherapy outcome / B. Beutler // *Journal of Psychotherapy Integration*. – 2012. – Vol. 22(3). – P. 255–281.
267. Blasco, M.J. Suicidal thoughts and behaviors: Prevalence and association with distal and proximal factors in Spanish university students / M.J. Blasco // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2019. – T. 49. – № 3. – P. 881–898.
268. Bolger, E. Grounded theory analysis of emotional pain / E. Bolger // *Psychotherapy Research*. – 1999. – T. 9. – № 3. – P. 342–362.
269. Bonner, R.L. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. / R.L. Bonner, A.R. Rich // *Suicide & Life-Threatening Behavior*. – 1987. – Vol. 17. – P.50–63.
270. Botvin, Life skills training: preventing substance misuse by enhancing individual and social competence / G.J. Botvin, K.W. Griffin // *New directions for youth development*. – 2014. – № 141. – C. 57–65.
271. Brassai, L. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life / L.

- Brassai, B.F. Piko, M.F. Steger // *The Psychological Record*. – 2012. – Vol. 62, № 4. – P. 719–734.
272. Brent, D. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy / D. Brent, D. Holder, D. Kolko // *Arch Gen Psychiatry*. – 1997. – Vol. 54(9). – P.877–885
273. Brian, C.J. Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention/ C. J. Brian, M.D. Rudd. – New York: Guilford Press, 2018, – 294 pp.
274. Bridge, J.A. Adolescent suicide and suicidal behavior / J.A. Bridge, T.R. Goldstein, D.A. Brent // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2006. – Vol. 47. – № 3(4). – P. 372–394.
275. Briggs, S. Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention / S. Briggs, A. Lemma, W. Crouch. – Routledge, 2009. – 272 pp.
276. Briggs, S. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis / S. Briggs // *British journal of psychiatry*. – 2019. – T. 214. – № 6. – P. 320–328.
277. Brodie, M.S. Ethanol increases the firing rate of dopamine neurons of the rat ventral tegmental area in vitro / M.S. Brodie, S.A. Shefner, T.V. Dunwiddie // *Brain research*. – 1990. – T. 508. – № 1. – P. 65–69.
278. Bronk, K.C. Purpose in life among high ability adolescents/ K.C. Bronk, W.H. Finch, T.L. Talib // *High Ability Studies*. – 2010. – Vol. 21, – № 2. – P. 133–145.
279. Brown, G.W. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. Comorbidity and adversity / G.W. Brown, T.O. Harris, M.J. Eales // *Psychological medicine*. – 1993. – T. 23. – № 1. – P. 155–165.
280. Brunstein, K.A. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents / K.A. Brunstein // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2019. – T. 60. – № 2. – P. 209–215.

281. Burns, J. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition / J. Burns, M. Dudley, P. Hazel, G. Patton // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2005. – № 39:3. P. 121–128.
282. Callear, A.L. The Sources of Strength Australia Project: study protocol for a cluster randomised controlled trial / A.L. Callear // *Trials*. – 2016. – T. 17. – № 1. – P. 1–12.
283. Carli, V. Preventing suicidality through online tools: The SUPREME project / V. Carli // *Understanding suicide*. – 2016. – P. 281–289.
284. Carli, V. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics / V. Carli // *BMC public health*. – 2013. – Vol. 13. – № 1. – P. 479.
285. Carroll, R. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis / R. Carroll, C. Metcalfe, D. Gunnell // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9. – № 2. – P. e89944.
286. Chapman, A.L. Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts / A.L. Chapman, K.L. Dixon-Gordon // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2007. – Vol. 37. – № 5. – P. 543–552.
287. Chapman, A.L. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model / A.L. Chapman, K.L. Gratz, M.Z. Brown // *Behavior research and therapy*. – 2006. – № 44(3) – P. 371–394.
288. Chessick, R.D. Heidegger's "authenticity" in the psychotherapy of adolescents / R.D. Chessick // *American journal of psychotherapy*. – 1996. – Vol. 50. – № 2. – P. 208–216.
289. Clarke, G. Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization / G. Clarke, M. Hornbrook, F. Lynch // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2002. – № 41(3) – P. 305–313.

290. Cloninger, C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: a reply to commentaries / C.R. Cloninger // *Psychiatric Developments*. – 1988. – Vol. 2. – P. 83–120.
291. 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. – № 2. – P. 297–303.
292. Copeland, J. Application of technology in the prevention and treatment of substance use disorders and related problems: opportunities and challenges / J. Copeland // *Substance use & misuse*. – 2011. – Vol. 46. – № 1. – P. 112–113.
293. Corrado, C.A. *Soul Food: Offering a Daseinsanalytic Understanding of Anorexia Nervosa* / C.A. Corrado. – The Chicago School of Professional Psychology, 2012. – 24 pp.
294. Cotton, S. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review / S. Cotton, K. Zebracki, S.L. Rosenthal, J. Tsevat, D. Drotar // *Journal of Adolescent Health*. – 2006. – Vol. 38. – № 4. – P. 472–480.
295. Cotton, S. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors / S. Cotton, E. Larkin, A. Hoopes, B.A. Cromer, S.L. Rosenthal // *Journal of adolescent health*. – 2005. – Vol. 36, – № 6. – P. 529.
296. Coyne, J.C. Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes / J.C. Coyne, G. Downey // *Annual review of psychology*. – 1991. – Vol. 42. – № 1. – P. 401–425.
297. Crumley, F.E. Substance abuse and adolescent suicidal behavior / F.E. Crumley // *JAMA*. – 1990. – Vol. 263. – № 22. – P. 3051–3056.
298. D'Amico, E.J. Screening in Primary Care: What Is the Best Way to Identify At-Risk Youth for Substance Use? / E.J. D'Amico, L. Parast, L.S. Meredith, B.A. Ewing, W.G. Shadel, B.D. Stein // *Pediatrics* November– 2016. – № 138 (6) – P. e20161717.
299. D'Aulerio, M. Awareness method in truancy prevention programs: WE-STAY project / M.D'Aulerio // *European Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27. – P. 1.

300. Daldin, H.J. A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence / H.J. Daldin // *Journal of Child Psychotherapy*. – 1988. – Vol. 14. – № 1. – P. 61–66.
301. De Beurs, D. Network analysis: a novel approach to understand suicidal behaviour / D. De Beurs // *International journal of environmental research and public health*. – 2017. – T. 14. – № 3. – P. 219.
302. De Leo, D. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the Who/ D. De Leo, S. Burgis, J.M. Bertolote, A.J. Kerkhof, U. Bille-Brahe // *EURO multicentre Study. Crisis*. – 2006; – № 27(1). – P. 4–15.
303. De Leo, D. Resources for Suicide Prevention / Diego De Leo, V. Postuvan. – Hogrefe Publishing, 2017. – 158 pp.
304. Delgado, S.V. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an old friend revisited / S.V. Delgado // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2008. – Vol. 5. – № 5. – P. 67.
305. Demuthova, S. The Prevalence and Most Frequent Forms of Self-Harm in Adolescents / S. Demuthova, A. Demuth // *International Conference on Research in Psychology*. – London: Diamond Scientific Publication. – 2019. – P. 39–51.
306. DeRubeis, R.J. Cognitive therapy / R.J. DeRubeis, T.Z. Tang, A.T. Beck // *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. – 2001. – Vol. 2. – P. 349–392.
307. Dieserud, G. Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach / G. Dieserud, E. Roysamb, O. Ekeberg, P. Kraft // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31. – № 2. – P. 153–168.
308. Doering, S. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial / S. Doering, S. Horz, M. Rentrop, M. Fischer-Kern, P. Schuster, C. Benecke, A. Buchheim, Ph. Martius, P. Buchheim // *The British Journal of Psychiatry*. – 2010. – T. 196. – № 5. – P. 389–395.
309. Dogra, A.K. Impact of meaning in life and reasons for living to hope and suicidal ideation: A study among college students / A.K. Dogra, S. Basu, S. Das // *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*. – 2011. – T. 18. – № 1. – P. 89.



310. Donaldson, D. Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial / D. Donaldson, A. Spirito, C. Esposito-Smythers // *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2005. – Vol. 44. – № 2. – P. 113–120.
311. DuBose, T. On having nothing to lose: Daseins-icidal and the lethal and liberating possibilities of “choosing-not-to-be-of-any-value” among children and adolescents / T. DuBose // *Journal for Phenomenological Anthropology and Psychotherapy*. – 2010. – Vol. 26. – pp. 88–99.
312. D'Zurilla, T.J. Problem solving and behavior modification / T.J. D'Zurilla, M.R. Goldfried // *J Abnorm Psychol*. – 1971. – № 78. – P. 107–126.
313. Edmondson, A.J. Using photo-elicitation to understand reasons for repeated self-harm: a qualitative study / A.J. Edmondson, C. Brennan, A.O. House // *BMC psychiatry*. – 2018. – T. 18. – № 1. – P. 98.
314. Edmondson, A.J., Brennan C., House A.O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts / A.J. Edmondson, C. Brennan, A.O. House // *J Affect Disord*. – 2016. – 191:109. – P. 17.
315. Ennett, S.T. How effective is drug abuse resistance education? / S.T. Ennett, N.S. Tobler, C.L. Ringwalt, R.L. Flewelling // *A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations*. – 1994. – № 84(9) – P. 401.
316. Eskin, M. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults / M. Eskin, K. Ertekin, H. Demir // *Cognitive Therapy and Research*. – 2008. – Vol. 32. – № 2. – P. 227–245.
317. Esmailian, N. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis / N. Esmailian, M. Dehghani, E. H W Koster, K. Hoorelbeke // *Clinical psychology & psychotherapy*. – 2019. – Vol. 26. – № 3. – P. 388–398.
318. Esposito-Smythers, C. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial / C. Esposito-Smythers // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2011. – Vol. 79. – № 6. – P. 728.

319. Esposito-Smythers, C. Working with the suicidal client who also abuses substances / C. Esposito-Smythers // *Cognitive and behavioral practice*. – 2012. – Vol. 19. – № 2. – P. 245–255.
320. Ettinger, S. Transforming psychic pain. The Meaning and Function of Self Injury on Womens Lives / S. Ettinger. – Smith College School for Social Work, 1992.
321. 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 // *Psychol Med*. – 1999. – № 29. – P. 19–25.
322. Evans, R. Samaritans radar app / R. Evans // *Nursing Standard*. – 2014. – № 15. – P. 33.
323. Farberow, N.L. The cry for help. / N.L. Farberow, E.S. Shneidman. – New York: McGraw-Hill, 1961. – 398 pp.
324. Favazza, A.R. Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry / A.R. Favazza. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987. – 270 pp.
325. Favazza, A.R. Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal // *Psychiatric Services*. – 1993. – T. 44. – № 2. – P. 134–140.
326. Figley, C.R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care / C.R. Figley // *Journal of clinical psychology*. – 2002. – Vol. 58. – № 11. – P. 1433–1441.
327. Firestone, R.W. Psychodynamics in adolescent suicide / R.W. Firestone, R.H. Seiden // *Journal of College Student Psychotherapy*. – 1992. – № 3–4. – P. 101–124.
328. Fischer, G. Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial / G. Fischer // *Trials*. – 2013. – № 1. – P. 1–7.
329. Fitzgerald, B. An existential view of adolescent development / B. Fitzgerald // *Adolescence*. – 2005. – Vol. 40. – № 160. – P. 793.

330. Fitzpatrick, K.K. Randomized controlled trial of a brief problem-orientation intervention for suicidal ideation / K.K. Fitzpatrick, T.K. Witte, N.B. Schmidt // *Behavior Therapy*. – 2005. – T. 36. – № 4. – P. 323–333.
331. Fleischhaker, C. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. / C. Fleischhaker, R. Böhme, B. Sixt, C. Brück, C. Schneider, E. Schulz // *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. – 2011. – №5 – P. 3–10.
332. Fonagy, P. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence / P. Fonagy, M. Target, G. Gergely // *Psychiatric Clinics*. – 2000. – T. 23. – № 1. – P. 103–122.
333. Frankl, V.E. *Psychotherapy and existentialism: selected papers on logotherapy* / V.E. Frankl, J.C. Crumbaugh. – Washington: Washington Square Press, 1967. – 242 pp.
334. Franklin, J.C. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research / J.C. Franklin, J.D. Ribeiro, K.R. Fox, K.H. Bentley, E.M. Kleiman, X. Huang // *Psychological Bulletin*. – 2016. – Vol. 143. – P. 187–232.
335. Fredrickson, B.L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions / B.L. Fredrickson // *American psychologist*. – 2001. – Vol. 56. – № 3. – P. 218.
336. Freedenthal, S. Adolescent Help-Seeking and the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program: An Evaluation / S. Freedenthal // *Suicide and Life-Threatening Behavior* – 2010. – P. 628–639.
337. Friedman, M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project / M. Friedman // *International Journal of Psycho-Analysis*. – 1972. – T. 53. – P. 179–183.
338. García-Alandete, J. Purpose-in-Life Test: Comparison of the main models in patients with mental disorders / J. García-Alandete, J.H. Marco, S. Pérez // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2017. – Vol. 20. – P. 31.

339. García-Alandete, J. Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico / J. García-Alandete, J.F. Gallego-Pérez, S. Pérez // *Universitas Psychologica*. – 2009. – № 8(2). – P. 447–454.
340. Garrison, C.Z. Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents / C.Z. Garrison // *Journal of Child and Family Studies*. – 1993. – Vol. 2. – № 4. – P. 339–352.
341. Gatta, M. Effectiveness of brief psychodynamic therapy with children and adolescents: an outcome study / M. Gatta // *Frontiers in Pediatrics*. – 2019. – Vol. 7. – P. 501.
342. Gebler, F.A. Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain: A clinical trial with 6 months follow-up / F.A. Gebler, A. Maercker // *The Humanistic Psychologist*. – 2014. – Vol. 42(2). – P. 155–171.
343. Germain, S.A.S. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction / S.A.S. Germain, J.M. Hooley // *Psychiatry Research*. – 2012. – Vol. 197. – № 1–2. – P. 78–84.
344. Gerra, G. Neurotransmitter-neuroendocrine responses to experimentally induced aggression in humans: influence of personality variable / G. Gerra // *Psychiatry Research*. – 1997. – Vol. 66. – № 1. – P. 33–43.
345. Gluckman, P.D. Changing times: the evolution of puberty / P.D. Gluckman, M.A. Hanson // *Mol Cell Endocrinol* – 2006. – № 254. – P. 26–31.
346. Golami, M. To investigate the effectiveness of group logotherapy on the increase of life expectancy and health on female teenager Major Thalassemia patients of Ahvaz City / M. Golami, G. Pasha, M. Sodani // *Knowledge & Research in Applied Psychology*. – 2010. – Vol. 11(42). – P. 23–42.
347. Goldston, D.B. Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence / D.B. Goldston // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2004. – Vol. 76. – P. 79–91.

348. Goldston, D.B. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment / D.B. Goldston // *American Psychologist*. – 2008. – Vol. 63. – № 1. – P. 14.
349. Gould, M.S. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial / M.S. Gould, F.A. Marrocco, M. Kleinman // *JAMA*. – 2005. – № 293 (13). – P. 1635–1643.
350. Gould, M.S. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide / M.S. Gould // *Archives of general psychiatry*. – 1996. – Vol. 53. – № 12. – P. 1155–1162.
351. Gould, M.S. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years / M.S. Gould // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2003. – T. 42. – № 4. – P. 386–405.
352. Green, J.M. Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomised controlled trial with economic evaluation / J.M. Green // *Bmj*. – 2011. – Vol. 342. – P. d682.
353. Grollman, Earl A. *Suicide: Prevention, Intervention, Postvention* / Earl A. Grollman. – Boston: Beacon Press, 1988. – 160 pp.
354. Grosseohme, D.H. Images of God used by self-injurious burn patients / D.H. Grosseohme, L.S. Springer // *Burns*. – 1999. – Vol. 25. – № 5. – P. 443–448.
355. Grunbaum, J.A. Youth risk behavior surveillance / J.A. Grunbaum // *Journal of School Health*. – 2002. – Vol. 72. – № 8. – P. 313–328.
356. Gunderson, J.G. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation / J.G. Gunderson, M.E. Ridolfi // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2001. – Vol. 932. – № 1. – P. 61–77.
357. Guthrie, E. Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning / E. Guthrie // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2003. – T. 37. – № 5. – P. 532–536.
358. Haditabar, H. Effectiveness of logotherapy concepts training in increasing the quality of life among students / H. Haditabar, N.S. Far, Z. Amani // *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. – 2013. – Vol. 2(4). – P. 223–230.

- 359.Hagemann, O. Status report Schleswig-Holstein. Germany-crime prevention in Schleswig-Holstein / O. Hagemann //Qualification in crime prevention: status reports from various European Countries. – Germany: Forum Verlag Godesberg. – 2008. – P. 79–98.
- 360.Haines, J. The psychophysiology of self-mutilation / J. Haines //Journal of abnormal psychology. – 1995. – Vol. 104. – № 3. – P. 471.
- 361.Hanewinkel, R. Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents / R. Hanewinkel, J.D. Sargent //Pediatrics. – 2009. – Vol. 123. – № 3. – P. 989–995.
- 362.Hangartner, R.B. Benchmarking the “Question, Persuade, Refer” program against evaluations of established suicide prevention gatekeeper trainings / R.B. Hangartner//Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2019. – Vol. 49. – № 2. – P. 353–370.
- 363.Hannila, P. Self-Destructive Behavior and Suicide Prevention in Adolescence: An Existential and Meaning-Centered Perspective / P. Hannila, T. Purjo. – Dallas, 2013. – 18 pp.
- 364.Hanza, C.A. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model / C.A. Hanza// Clin Psychol Rev.– 2012 –№ 32(6). – P. 82–95.
- 365.Harmon, M.A. Reducing the Risk of Drug Involvement Among Early Adolescents: An Evaluation of Drug Abuse Resistance Education / M.A. Harmon //Evaluation Review. – 1993. – Vol. 17. – № 2. – P. 221–239.
- 366.Hassan, R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note / R. Hassan //The Australian and New Zealand journal of sociology. – 1994. – Vol. 30. – № 2. – P. 194–202.
- 367.Hawton, K. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide / K. Hawton //American Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – № 8. – P. 1494–1500.
- 368.Hawton, K. Self-harm and suicide in adolescents / K. Hawton, K.E.A. Saunders, R.C. O'Connor //The Lancet. – 2012. – Vol. 379. – № 9834. – P. 2373–2382.

- 369.Hawton, K. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital / K. Hawton, D. Zahl, R. Weatherall //The British Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 182. – № 6. – P. 537–542.
- 370.Heath, N.L. 22 Prevention of Nonsuicidal Self-Injury Schools / N.L. Heath, J.R.Toste, S.D. MacPhee //The oxford handbook of suicide and self-injury. – 2014. – C. 397.
- 371.Heath, N.L. Teachers' Perceptions of Non-Suicidal Self-Injury in the Schools / N.L. Heath // School Mental Health. – 2006. –№ 3(1). – P. 35–43.
- 372.Hegerl, U. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach / U. Hegerl // BMC public health. – 2009. – Vol. 9. – № 1. – P. 428.
373. Henry, K.L. The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation / K.L. Henry //Journal of youth and adolescence. – 2014. – Vol. 43– № 2. – P. 221–232.
- 374.Herpertz, S. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings / S. Herpertz, H. Sass, A. Favazza //Journal of psychiatric research. – 1997. – Vol. 31. – № 4. – P. 451–465.
- 375.Hetrick, S.E. Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial / S.E. Hetrick//Evidence-based mental health. – 2017. – Vol. 20. – № 3. – P. 76–82.
- 376.Hewitt, J.L.Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings / J.L. Hewitt, S.D. Edwards // Journal of psychiatric and mental health nursing. – 2006. – Vol. 13. – № 6. – P. 665–672.
- 377.Heyno, A. On being affected without being infected: managing suicidal thoughts in student counselling / A. Heyno //Relating to Self-Harm and Suicide: Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. – 2008. – P. 175.
- 378.Hickes, M. Cognitive behavioural therapy and existential- phenomenological psychotherapy: Rival paradigms or fertile ground for therapeutic synthesis?/ M. Hickes, D. Mirea // Existential Analysis.– 2012. –Vol. 23(1).– P.15–31.

- 379.Higgins, E. “What Works”: systematic review of the “FRIENDS for Life” programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety / E. Higgins, S. O’Sullivan //Educational Psychology in Practice. – 2015. – Vol. 31. – № 4. – P. 424–438.
- 380.Hilt, L.M. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model / L.M. Hilt//The Journal of Early Adolescence. – 2008. – Vol. 28. – № 3. – P. 455–469.
- 381.Himber, J. Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients / J. Himber //Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 1994. – Vol. 31. – № 4. – P. 620.
- 382.Hjelmeland, H. Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions / H. Hjelmeland //Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2002. – Vol. 32. – № 4. – P. 380–393.
383. Hjemdal, O. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents / O. Hjemdal // Clinical psychology & psychotherapy. – 2011. – Vol. 18. –№ 4. – P. 314–321.
384. Horner, A.J. Psychoanalytic object relations therapy / A.J. Horner. – Jason: Aronson, 1991.
- 385.Hufford, M.R. Alcohol and suicidal behavior /M.R. Hufford //Clinical psychology review. – 2001. – Vol. 21. – № 5. – P. 797–811.
- 386.Ibrahim, N. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia / N. Ibrahim // BMC public health. – 2019. – Vol. 19 – № 4. – P. 553.
- 387.Jacobson, C.M. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm / C.M. Jacobson //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37. – № 2. – P. 363–375.
- 388.Jans, T. Suicide and self-harming behaviour / T. Jans, Y. Taneli, A. Warnke //IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. – 2012.



- 389.Jelscha, S. Disordered existentiality: Mental illness and Heidegger's philosophy of Dasein /S. Jelscha //Phenomenology and the Cognitive Sciences. – 2018. – Vol. 17. – № 3. – P. 485–502.
- 390.Jobes, D.A. Managing Suicidal Risk A Collaborative Approach / D.A. Jobes. – The Guilford Press, 2016. –270 p.
- 391.Jobes, D.A. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus Treatment as Usual: A Retrospective Study with Suicidal Outpatients. / D.A. Jobes // Suicide and Life-Threatening Behavior.–2005, –Vol.35.–№ 5. –P. 483–497.
- 392.Joiner, T.E. An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: Hopelessness as a stress and depression generator / T.E. Joiner, L.R. Wingate, A. Otamendi //Journal of Social and Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 24. – № 5. – P. 649–664.
- 393.Kaess, M. Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial /M. Kaess // European Child & Adolescent Psychiatry.–2019. –P. 1–11.
- 394.Kalafat, J. An Evaluation of a School-Based Suicide Awareness Intervention / J. Kalafat, M. Elias // Suicide and Life-Threatening Behavior.–1994.–№ 24. –P. 224–233.
- 395.Kaminer, Y. Youth substance abuse and co-occurring disorders / Y. Kaminer. – American Psychiatric Pub,2015. – 386 p.
- 396.Kaminski, J.W. The relative influence of different domains of social connectedness on self-directed violence in adolescence / J.W. Kaminski//Journal of youth and adolescence. – 2010. – Vol. 39. – № 5. – P. 460–473.
- 397.Kang, K.A. Effects of logotherapy on life respect, meaning of life, and depression of older school-age children / K.A. Kang, S.J. Kim, M.K. Song, M.J. Kim// Journal of Korean Academy of Nursing. – 2013. – Vol. 43(1). – P.91–101.
398. Karavalaki, M. An existential–integrative treatment of adolescent substance abuse / M.Karavalaki, D. Shumaker // The Humanistic Psychologist. – 2016. – Vol. 44. – № 4. – P. 381.

399. Katz, C. A systematic review of school-based suicide prevention programs / C. Katz // *Depression and anxiety*. – 2013. – T. 30. – № 10. – С. 1030–1045.
400. Kernberg, O.F. Transference focused psychotherapy: Overview and update / O.F. Kernberg // *The International Journal of Psychoanalysis*. – 2008. – Т. 89. – № 3. – P. 601–620.
401. Khan, M.M.A. Suicidal behavior among school-going adolescents in Bangladesh: findings of the global school-based student health survey / M.M.A. Khan // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2020. – P. 1–12.
402. Khantzian, E.J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications / E.J. Khantzian // *Harvard review of psychiatry*. – 1997. – Vol. 4. – № 5. – P. 231–244.
403. King, C.A. Suicidal behavior in adolescence / C.A. King // *Review of suicidology*, – 1997. – P. 61–95.
404. King, C.A. Youth-Nominated Support Team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial / C.A. King // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2006. – Vol. 74. – № 1. – P. 199.
405. Kleiman, E.M. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor / E.M. Kleiman, J.K. Beaver // *Psychiatry research*. – 2013. – Vol. 210. – № 3. – P. 934–939.
406. Klein, D.A. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder / D.A. Klein, A.L. Miller // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. – 2011. – № 20. – P. 205–216.
407. Klerman, G.L. Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy / G.L. Klerman, M.M. Weissman. – Jason Aronson, Incorporated, 1994.
408. Klonsky, E.D. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis / E.D. Klonsky, T.M. Olin // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2008. – Т. 76. – № 1. – С. 22.
409. Klonsky, E.D. *Nonsuicidal Self-injury* / E.D. Klonsky, S. Muehlenkamp, B. Walsh. – Hogrefe Publishing, 2011. – 92 p.

410. Klonsky, E.D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence / E.D. Klonsky // *Clinical psychology review*. – 2007. – Vol. 27. – № 2. – P. 226–239.
411. Klonsky, E.D. The three-step theory: A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework / E.D. Klonsky, A.M. May // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2015. – Vol. 8. – № 2. – P. 114–129.
412. Kobasa, S.C. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship / S.C. Kobasa, S.R. Maddi, S. Courington // *Journal of health and social behavior*. – 1981. – P. 368–378.
413. Kopetz, C. When the end justifies the means: Self-defeating behaviors as “rational” and “successful” self-regulation / C. Kopetz, E. Orehek // *Current Directions in Psychological Science*. – 2015. – Vol. 24. – № 5. – P. 386–391.
414. Kovacs, M. The children’s depression inventory / M. Kovacs. – New York: Multi-Health Systems, –1992.
415. Kreitman, N. Parasuicide / N. Kreitman, P. Alister, S. Greer, C. Barley // *The British Journal of Psychiatry*. – 1970. – Vol. 116. – P. 460 – 461.
416. Krupitsky, E.M. The Combination of Psychedelic and Aversive Approaches in Alcoholism Treatment: The Affective Contra-Attribution Method / E.M. Krupitsky, A.Ya. Grinenko, T.N. Berkalie // *Alcoholism Treatment Quarterly*. – 1992. – Vol. 9 – № 1. – P. 99–105.
417. Kuramoto-Crawford, S.J. Parent–child connected-ness and long-term risk for suicidal ideation in a nationally representative sample of US adolescents / S.J. Kuramoto-Crawford, M.M. Ali, H.C. Wilcox // *Crisis*. – 2016. – Vol. 38 – P. 309–318.
418. Langle, A. *Existenzanalyse und Daseinsanalyse* / A. Langle, A. Holzhey-Kunz. – Wien: Facultas, 2008. – 356 pp.
419. Lapierre, S. A systematic review of elderly suicide prevention programs / S. Lapierre // *Crisis*. – 2011. – № 32 (2) – P. 88–98.
420. Lee, B.W.H. Development of The Existential and Humanistic Life and Death Education Program (EHLDE) Manual for Adolescents / B.W.H. Lee. – A

Preliminary Evaluation and Revision Alliant International University, 2019. – P. 265.

421. Leste, D. Why people kill themselves: a 1990s summary of research findings on suicidal behavior / D. Leste. – Charles C Thomas, 1992. – 353 pp.
422. Levy, K.N. Transference-Focused Psychotherapy (TFP) / K.N. Levy // Current treatment options in psychiatry. – 2019. – Vol. 6. – № 4. – P. 312–324.
423. Lewinsohn, P.M. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications / P.M. Lewinsohn, P. Rohde, J.R. Seeley // Clinical Psychology: Science and Practice. – 1996. – Vol. 3. – № 1. – P. 25–46.
424. Lewis, K.C. Impairments in object relations and chronicity of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder / K.C. Lewis // Journal of Personality Disorders. – 2016. – Vol. 30. – № 1. – P. 19–34.
425. Lewis, S.P. Development and validation of the self-harm reasons questionnaire / S.P. Lewis, D.A. Santor // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2008. – Vol. 38. – № 1. – P. 104–115.
426. Lin, L. The influence of meaning in life on adolescents' hedonic well-being and risk behaviour: Implications for social work / L. Lin, D.T.L. Shek // The British Journal of Social Work. – 2019. – Vol. 49. – № 1. – P. 5–24.
427. Lindberg, G. Low serum cholesterol concentration and short term mortality from injuries in men and women / G. Lindberg // Bmj. – 1992. – Vol. 305. – № 6848. – P. 277–279.
428. Linehan, M.M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder; Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder / M.M. Linehan. – New York: Guilford, 1993. – 558 pp.
429. Luxton, D.D. Social media and suicide: a public health perspective / D.D. Luxton, J.D. June, J.M. Fairall // American journal of public health. – 2012. – Vol. 102. – № 2. – P. 195–200.
430. Lybbert, R. Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress / R. Lybbert, S. Ryland, R. Bean // Children and Youth Services Review. – 2019. – Vol. 100. – P. 98–104.

- 431.Maddi, S.R. Hardiness and mental health / S.R. Maddi, D.M. Khoshaba // *Journal of personality Assessment*. – 1994. – Vol. 63. – № 2. – P. 265–274.
- 432.Madsen, T. Postdeployment suicidal ideations and trajectories of posttraumatic stress disorder in Danish soldiers: a 3-year follow-up of the USPER study / T. Madsen // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2014. – № 75 (9). – P. 994–1000.
- 433.Mahler, M.S. The psychological birth of the child / M.S. Mahler, F. Pine, A. Bergman // *New York: Basic*. – 1975. – 308 pp.
- 434.Mäkikyrö, T.H. Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients / T.H. Mäkikyrö // *Journal of Adolescent Health*. – 2004. – T. 34. – № 3. – P. 250–253.
- 435.Mann, J.J. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients / J.J. Mann, K.M. Malone // *Biological psychiatry*. – 1997. – T. 41. – № 2. – P. 162–171.
- 436.Mann, J.J. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review / J.J. Mann, A. Apter, J. Bertolote // *JAMA*. – 2005. – № 294 (16). – P. 2064–2074.
- 437.Mann, J.J. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients / J.J. Mann // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – T. 156. – № 2. – P. 181–189.
- 438.Marco, J.H. Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder / J.H. Marco // *Psychiatry Research*. – 2015. – Vol. 230. – № 2. – P. 561–566.
- 439.Maris, R.R.M. Suicide and neuropsychiatric adverse effects of SSRI medications: methodological issues / R.R.M. Maris. – Columbia: University of South Carolina, 2002.
440. Mars, B. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study / B. Mars // *Bmj*. – 2014. – Vol. 349. – P. 5954.
- 441.Mavreas, V.G. The epidemiology of death and suicide symptoms in primary health care / V.G. Mavreas, T.B. Ustun // *Suicide: Biopsychosocial approaches*. – 1997. – P. 11–22.

442. May, R. *Freedom and destiny* / R. May. – New York: WW Norton & Company, 1999. – 245 pp.
443. McAuliffe, C.M. Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention? / C.M. McAuliffe // *Archives of Suicide Research*. – 2002. – Vol. 6. – № 4. – P. 325–338.
444. McBride, W.J. Serotonin mechanisms in alcohol drinking behavior / W.J. McBride // *Drug Development Research*. – 1993. – Vol. 30. – № 3. – P. 170–177.
445. McCauley, E. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial / E. McCauley // *JAMA psychiatry*. – 2018. – Vol. 75. – № 8. – P. 777–785.
446. McLoughlin, A.B. Global trends in teenage suicide: 2003–2014. / A.B. McLoughlin, M.S. Gould, K.M. Malone // *QJM Int J Med* – 2015. – № 108 (10). – P. 765–780.
447. Melvin, G. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression / G. Melvin, B. Tonge, N. King, D. Heyne, M. Gordon, E. Klimkeit // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2006. – № 45 (10). – P. 1151–1161.
448. Michel, K. *Attempted Suicide Short Intervention Program: a manual for clinicians* / K. Michel, A. Gysin-Malillart. – Hogrefe Publishing, 2015. – 114 pp.
449. Miranda-Mendizabal, A. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies / A. Miranda-Mendizabal // *International journal of public health*. – 2019. – Vol. 64. – № 2. – P. 265–283.
450. Moller, C.I. Self-harm, substance use and psychological distress in the Australian general population / C.I. Moller, R.J. Tait, D.G. Byrne // *Addiction*. – 2013. – Vol. 108. – № 1. – P. 211–220.
451. Moran, P. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study / P. Moran // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2015. – Vol. 131. – № 1. – P. 61–68.

452. Muehlenkamp, J.J. Distinguishing between suicidal and nonsuicidal self-injury / J.J. Muehlenkamp // *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. – 2014. – P. 23–46.
453. Muehlenkamp, J.J. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program / J.J. Muehlenkamp, B.W. Walsh, M. McDade // *Journal of Youth and Adolescence*. – 2010. – Vol. 39. – № 3. – P. 306–314.
454. Muldoon, M.F. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials / M.F. Muldoon, S.B. Manuck, K.A. Matthews // *Bmj*. – 1990. – Vol. 301. – № 6747. – P. 309–314.
455. Mychailyszyn, M.P. Working through the blues: a meta-analysis on interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) / M.P. Mychailyszyn, D.M. Elson // *Children and Youth Services Review*. – 2018. – Vol. 87. – P. 123–129.
456. Nam, M.H. The Effects of a Logotherapy Group Counseling Program on Life Purpose, Self-Esteem, and School Adjustment Among Middle School Students / M.H. Nam, U. Im Park // *Korean Journal of Child Studies*. – 2017. – Vol. 38. – № 1. – P. 5–15.
457. Nässberger, L. Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters / L. Nässberger, L. Träskman-Bendz // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1993. – Vol. 88. – № 1. – P. 48–52.
458. Neff, K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself / K. Neff // *Self and Identity*. – 2003. – Vol. 2. – № 2. – P. 85–101.
459. Niemiec, R.M. Understanding death attitudes: The integration of movies, positive psychology, and meaning management / R.M. Niemiec, S.E. chulenberg // *Death studies*. – 2011. – T. 35. – № 5. – P. 387–407.
460. Nijman, H.L.I. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients / H.L.I. Nijman // *European Psychiatry*. – 1999. – Vol. 14. – № 1. – P. 4–10.
461. Nock, M.K. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior / M.K. Nock, M.J. Prinstein // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2004. – Vol. 72. – № 5. – P. 885.

462. Nock, M.K. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts / M.K. Nock // *Psychiatry research*. – 2006. – Vol. 144. – № 1. – P. 65-72.
463. Nock, M.K. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey / M.K. Nock, R.C. Kessler // *Journal of abnormal psychology*. – 2006. – Vol. 115. – № 3. – P. 616.
464. Nock, M.K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults / M.K. Nock, M.J. Prinstein, S.K. Sterba // *Journal of abnormal psychology*. – 2009. – Vol. 118. – № 4. – P. 816.
465. Nock, M.K. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment / M.K. Nock. – American Psychological Association, 2009. – 337 p.
466. Noll, J.G. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study / J.G. Noll // *Journal of Interpersonal Violence*. – 2003. – Vol. 18. – № 12. – P. 1452–1471.
467. Norström, T. Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level / T. Norström, I. Rossow // *Archives of Suicide Research*. – 2016. – Vol. 20. – № 4. – P. 489–506.
468. O'Connor, R.C. Looking to the future: a synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention / R.C. O'Connor, G. Portzky // *Frontiers in Psychology*. – 2018. – Vol. 9. – P. 2139–2158.
469. O'Connor, R.C. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior / R.C. O'Connor // *The International Handbook of Suicide Prevention*. – 2011. – P. 220–240.
470. O'Connor, R.C. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm / R.C. O'Connor, S. Rasmussen, K. Hawton // *The British Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 200. – № 4. – P. 330–335.



- 471.O'Connor, R.C. Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults / R.C. O'Connor // *BJPsych open*. – 2018. – Vol. 4. – № 3. – P. 142–148.
- 472.Offer, D. Barglow P. Adolescent and young adult self-mutilation incidents in a general psychiatric hospital / D. Offer, P. Barglow // *Archives of General Psychiatry*. – 1960. – Vol. 3. – № 2. – P. 194–204.
- 473.Ollendick, T.H. Fear in children and adolescents: Relations with negative life events, attributional style, and avoidant coping / T.H. Ollendick, A.K. Langley, R.T. Jones, C. Kephart // *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*. –2001. – № 42 (8). – P. 1029–1034.
- 474.Ollendick, T.H. Fears in children and adolescents / T.H. Ollendick, J.L. Matson, W.J. Helsel // *Normative data. Behaviour Research And Therapy*. – 1985. – № 23 (4). – P. 465–467.
- 475.Opperman, K. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: An examination of the interpersonal theory of suicidal behavior / K. Opperman // *Archives of Suicide Research*. – 2015. – Vol. 19. – № 3. – P. 385–400.
- 476.Orbach I. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning / I. Orbach // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2003. – Vol. 33. – № 3. – P. 231–241.
- 477.Orbach, I. The Body-Mind of the Suicidal Person / I. Orbach // *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* – 2006. – P. 193–214.
- 478.Orbach, I. Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents / I. Orbach, M. Mikulincer, R. King, D. Cohen, D. Stein // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997. – № 65. – P. 646–652.
- 479.Osgood, N.J. Suicidal behavior in long-term care facilities. / N.J. Osgood, B.A. Brant // *Suicide & Life-Threatening Behavior*. – 1990. – № 20. – P. 113–122.
- 480.Osipova, N.N. Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents with Depressive Disorders / N.N. Osipova // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2020. – Vol. 50. – № 1. – P. 40–44.

- 481.O'Sullivan, M. Suicidal ideation and acts of self-harm among Dublin school children / M. O'Sullivan, M. Fitzgerald // *Journal of Adolescence*. – 1998. – Vol. 21. – № 4. – P. 427–433.
- 482.Ougrin, D. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis / D. Ougrin // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 54. – № 2. – P. 97–107.
- 483.Petrova, M. Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support / M. Petrova // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2015. – Vol. 45. – № 6. – P. 651–663.
- 484.Pineda, J. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis / J. Pineda, M.R. Dadds // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2013. – Vol. 52. – № 8. – P. 851–862.
- 485.Pivac, N. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and platelet serotonin concentrations in depressed patients / N. Pivac // *Psychiatry research*. – 1997. – Vol. 73. – № 3. – P. 123–132.
- 486.Pollock, L.R. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall / L.R. Pollock, J.M.G. Williams // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31. – № 4. – P. 386–396.
- 487.Prinstein, M. Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. / M. Prinstein, J. Boergers, A. Spirito, T. Little // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 2000. – № 29 (3). – P. 392–405.
488. Pritchard, C. Undetermined and accidental mortality rates as possible sources of underreported suicides: population-based study comparing Islamic countries and traditionally religious Western countries / C. Pritchard, W. Iqbal, R. Dray // *BJPsych Open*. – 2020. – Vol. 6. – № 4. – P. 56.

489. Przepiorka, A. The relationship between attitude toward time and the presence of meaning in life / A. Przepiorka // *International Journal of Applied Psychology*. – 2012. – Vol. 2. – № 3. – P. 22–30.
490. Randell, B.P. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions / B.P. Randell, L.L. Eggert, K.C. Pike // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31. – № 1. – P. 41–61.
491. Rasmussen, S. Why do adolescents self-harm? / S. Rasmussen // *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 2016. – № 37 (3) – P. 176-183.
492. Rathus, J. Miller A. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents / J. Rathus, A. // *Suicide Life Threat Behav.* – 2002. – № 32 (2). – P. 146–157.
493. Rey, K. *Existential therapy: Supporting youth through anxiety.* / K. Rey. – University of Lethbridge, 2018. – P. 120.
494. Richardson, J.G. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* / J.G. Richardson. – Greenwood Publishing Group, 1986. – P. 377.
495. Richert, A.J. Some thoughts on the integration of narrative and humanistic/existential approaches to psychotherapy / A.J. Richert // *Journal Of Psychotherapy Integration*. – 1999. – № 9 (2). – P. 161–184.
496. Roberts, R.E. Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide / R.E. Roberts, C.R. Roberts, Y.R. Chen // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 1998. – № 37. – P. 1294–1300.
497. Rodham, K. *Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury* / K. Rodham, K. Hawton. – Washington: APA Books, 2009. – P. 37–62.
498. Rogers, C.R. *Empathic: An unappreciated way of being* / C.R. Rogers // *The counseling psychologist*. – 1975. – Vol. 5. – № 2. – P. 2–10.
499. Rogers, J.R. «One size fits all»: An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals / J.R. Rogers, K.M. Soyka // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2004. – Vol. 34. – № 1. – P. 7–22.
500. Rosenbaum, J.E. Truth or consequences: the intertemporal consistency of adolescent self-report on the Youth Risk Behavior Survey / J.E. Rosenbaum // *American Journal of Epidemiology*. – 2009. – Vol. 169. – № 11. – P. 1388–1397.

501. Rossouw, T.I. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial / T.I. Rossouw, P. Fonagy // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2012. – Vol. 51. – № 12. – P. 1304–1313.
502. Rotheram-Borus, M.J. Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families / M.J. Rotheram-Borus // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 1994. – Vol. 33. – № 4. – P. 508–517.
503. Rotheram-Borus, M.J. Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services / M.J. Rotheram-Borus, J.U. Walker, W. Ferns // *Journal of Clinical Psychology*. – 1996. – Vol. 52. – № 2. – P. 137–143.
504. Rudd, M.D. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications / M.D. Rudd // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36. – № 3. – P. 255–262.
505. Ruder, T.D. Suicide announcement on Facebook / T.D. Ruder // *Crisis*. – 2011. – Vol. 32 (5) – P. 280–282.
506. Rudolf, G. A research strategy for measuring structural change in psychoanalytic psychotherapies / G. Rudolf, T. Grande, C. Oberbracht // *Psychoanalytic process research strategies II*. – 1997. – Vol. 12.
507. Rugala, S.A. An integration of existential psychology and the multimodal model / S.A. Rugala, M. Waldo // *Journal Of Humanistic Psychology*. – 1998. – Vol. 38 (4). – P. 65–79.
508. Rush, K. Risk of first general hospital admissions for self-harm among people with personality disorder: a retrospective cohort study / K. Rush // *Journal of Personality Disorders*. – 2020. – P. 1–6.
509. Rutter, P.A. Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors / P.A. Rutter, A.E. Behrendt // *Adolescence*. – 2004. – Vol. 39. – № 154. – P. 295–303.
510. Rutz, W. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality / W. Rutz, J. Wålinder, L.V. Knorrning, Z. Rihmer, H. Pihlgren // *An update from the Gotland study, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 1997. – Vol. 1. – P. 39–46

- 511.Sankey, M. Brief report: classification of adolescent suicide and risk-taking deaths / M. Sankey, R. Lawrence // *Journal of adolescence*. – 2005. – Vol. 28. – № 6. – P. 781–785.
512. Şanlı, E. The effects of psycho-education program based on logotherapy for the development of a healthy sense of identity in emerging adulthoods / E. Şanlı, K. Ersanli // *Current Psychology*. – 2020. – P. 1–16.
- 513.Sansone, R.A. The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder / R.A. Sansone, Wiederman M.W., L.A. Sansone // *Journal of clinical psychology*. – 1998. – Vol. 54. – № 7. – P. 973–983.
- 514.Sawyer, S.M. The age of adolescence / S.M. Sawyer // *The Lancet Child & Adolescent Health*. – 2018. – Vol. 2. – № 3. – P. 223–228.
- 515.Schilling, E.A. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempt E.A. Schilling // *Journal of Adolescent Health* – 2009. – Vol. 44. – № 4. – P. 335–341.
- 516.Schneider, K.J. *Existential-Integrative Psychotherapy* / K.J. Schneider. – Guideposts to the Core of Practice: Routledge, 2011. – 368 pp.
- 517.Schnetzer, L.W. Differential associations among alcohol use, depression and perceived life meaning in male and female college students / L.W. Schnetzer, S.E. Schulenberg, E.M. Buchanan // *Journal of Substance Use*. – 2013. – Vol. 18. – P. 311–319.
- 518.SEYLE - Saving and Empowering Young Lives in Europe // National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health. – 2011.
- 519.Shaffer, D. Adolescent Suicide Attempters: Response to Suicide-Prevention Programs / D. Shaffer, V. Vieland, A. Garland, M. Rojas, M. Underwood, C. Busner // *JAMA*. – 1990. – 264 (24). – P. 3151–3155.
- 520.Shaffer, D. The Impact of Curriculum-based Suicide Prevention Programs for Teenagers / D. Shaffer, A. Garland, V. Vieland // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 1991. – Vol. 30. – № 4. – P. 588–596.

521. Shaw-Welch, S. Correlates of parasuicidal behaviors in women meeting criteria for borderline personality disorder / S. Shaw-Welch // Poster session presented at the 37th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA. – 2003.
522. Sheehan, P. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. / P. Sheehan, K. Sweeny, B. Rasmussen // *Lancet*. – 2017. – 390. – P. 1792–806.
523. Sher, L. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders / L. Sher // *Journal of psychiatric research*. – 2009. – Vol. 43. – № 10. – P. 901–905.
524. Shneidman, E.S. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior/ E.S. Shneidman. – Jason Aronson, 1993.
525. Shneidman, E.S. The Los Angeles Suicide Prevention Center: a Demonstration of Public Health Feasibilities / E.S. Shneidman, N.L. Farberow // *American Journal of Public Health*. – 1965. – №55, – Vol.1, P.21–26.
526. Shumaker, D. An Existential–Integrative Treatment of Anxious and Depressed Adolescents / D. Shumaker // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2012. – Vol. 52 (4). – P. 375–400.
527. Shumaker, D. Existential-Integrative Approaches to Treating Adolescents / D. Shumaker. – New York: Springer, 2017. – 270 pp.
528. Silverman, M.M. The language of suicidology / M.M. Silverman // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36. – № 5. – P. 519–532.
529. Silverman, W.K. Child and adolescent anxiety disorders / M.M. Silverman, T.H. Ollendick // *A guide to assessments that work*. – 2008. – P. 181–206.
530. Sim, I. A Self-Reflection Program for Smoking Cessation in Adolescents: A Phenomenological Study / I. Sim, E. Hwang, B. Sin // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – № 3. – P. 1085.
531. Simpson, M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting / M.A. Simpson. – Simon and Schuster, 1975.

- 532.Snyder, C.R. The psychology of hope: You can get there from here./ C.R. Snyder. – Simon and Schuster, 1994.
- 533.Soloff, P.H. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder / P.H. Soloff, K.G. Lynch, T.M. Kelly // Journal of personality disorders. – 2002. – Vol. 16. – № 3. – P. 201–214.
- 534.Sotskova, A.T. Applying Goldfried’s concept of assimilative psychotherapy integration: The process of synthesizing existential and cognitive behavioral therapy models / A. Snyder, T. Carey, B. Mak // Journal Of Psychotherapy Integration. – 2016. – Vol. 26 (1). – P. 36–48.
- 535.Spirito, A. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality / A. Spirito // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2011. – T. 20. – № 2. – C. 191–204.
- 536.Spirito, A. Evaluation of a Suicide Awareness Curriculum for High School Students / A. Spirito // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – Vol. 27. – № 6 – P. 705–711.
537. Spokas, M. Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts / M. Spokas // Journal of Affective Disorders. – 2012. – Vol. 136 – № 3. – P. 1121–1125.
- 538.Stanley, B. Safety Planning Intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk / B. Stanley, G.K. Broun // Cognitive and behavioral practice. – 2012. – P. 256–264.
539. Stavrou, P.D. Psychoanalytic Psychotherapy as a Treatment for Depression in Adolescents: A Case Study / Stavrou P.D. // Global Journal of Social Sciences Studies. – 2018. – Vol. 4. – № 2. – P. 91–101.
- 540.Strunk, C.M. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group / C.M. Strunk // Health Education & Behavior. – 2014. – Vol. 41. – № 6. – P. 605–613.
541. Susukida, R. The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult

- sample. / R. Susukida, H.C. Wilcox, T. Mendelson // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 237. – P. 246–251.
542. Sutherland, O. Self-compassion in online accounts of nonsuicidal self-injury: An interpretive phenomenological analysis / O. Sutherland // *Counselling Psychology Quarterly*. – 2014. – Vol. 27. – № 4. – P. 409–433.
543. Suyemoto K. L. The functions of self-mutilation / K.L. Suyemoto // *Clinical psychology review*. – 1998. – Vol. 18. – № 5. – P. 531–554.
544. Suyemoto, K.L. Self-cutting in female adolescents / K.L. Suyemoto, M.L. MacDonald // *Psychotherapy*. – 1995. – Vol. 32. – P. 162–171.
545. Swahn, M.H. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents / M.H. Swahn, R.M. Bossarte, E.E. Sullivent // *Pediatrics*. – 2008. – 121 (2). – P. 297–305.
546. Swahn, M.H. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults / M.H. Swahn // *Suicide Life Threat Behav*. – 2001. – 32. – P. 9.
547. Tang, T.C. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors / T.C. Tang // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2009. – Vol. 63. – № 4. – P. 463–470.
548. Taylor, L.M.W. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm / L.M.W. Taylor // *Behavioural and cognitive psychotherapy*. – 2011. – Vol. 39. – № 5. – P. 619.
549. Teismann, T. Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study / T. Teismann // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2018. – Vol. 18. – № 1. – P. 1–7.
550. Testoni, I. Enhancing Existential Thinking through Death Education: A Qualitative Study among High School Students / I. Testoni // *Behavioral Sciences*. – 2020. – Vol. 10. – № 7. – P. 113.
551. Thir, M. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis



- / M. Thir, A. Batthyány // *Logotherapy and Existential Analysis*. – Springer, Cham, 2016. – P. 53–74.
552. Tomer, A. Existentialism and spiritual issues in death attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T.P. Wong // N. J.: Erlbaum. – 2008. – 466 p.
553. Tompkins, T.L. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness / T.L. Tompkins, J. Witt, N. Abraibesh // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2010. – Vol. 40. – № 5. – P. 506–515.
554. Townsend, E. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. / E. Townsend, K. Altman, D.G. Altman, E. Arensman, D. Gunnell, P. Hazell // *Psychol Med*. – 2001. – 31. – P. 979–988.
555. Turp, M. *Hidden self-harm: narratives from psychotherapy*. / M. Turp. – Jessica Kingsley Publishers, 2002.
556. Uddin, R. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. / R. Uddin, N.W. Burton, M. Maple, S.R. Khan, A. Khan // *Lancet Child Adolescent Health*. – 2019. – № 3 (4). – P. 223–233.
557. UNICEF Staff. *The state of the world's children 2011-executive summary: Adolescence an age of opportunity*. – Unicef, 2011.
558. Vieland, V. et al. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up / V. Vieland // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – Vol. 30. – № 5. – P. 811 – 815.
559. Vos, J. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes / J. Vos, M. Craig, M. Cooper // *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. – 2015. – Vol. 83 (1). – P. 115–128.
560. Voss, C. Prevalence, onset, and course of suicidal behavior among adolescents and young adults in Germany / C. Voss // *JAMA network open*. – 2019. – Vol. 2. – № 10. – P. e1914386-e1914386.

561. Walker, K.L. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior in a diverse sample: The moderating role of social problem-solving ability / K.L. Walker // *International Journal of Mental Health and Addiction*. – 2017. – Vol. 15. – № 3. – P. 471–484.
562. Walker, K.L. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior in a diverse sample: The moderating role of social problem-solving ability / K.L. Walker // *International Journal of Mental Health and Addiction*. – 2017. – Vol. 15, – 3. – P. 471–484.
563. Wasserman C. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience / C. Wasserman // *PloS one*. – 2018. – Vol. 13. – № 2. – P. e0191843.
564. Wasserman, D. A Stress-vulnerability model and the development of the suicidal process / D. Wasserman // *Suicide: An unnecessary death*. – 2001. – Vol. 13. – P. 27.
565. Wasserman, M. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial / M. Wasserman // *The Lancet*. – 2015. – № 385. – P. 1536-1544.
566. Weaver, I.C.G. Epigenetic programming by maternal behavior / I.C.G. Weaver // *Nature neuroscience*. – 2004. – Vol. 7. – № 8. – P. 847.
567. Weishaar, M.E. Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behavior / M.E. Weishaar, A.T. Beck // *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. – 1990. – P. 469–498.
568. Weissman, M.M. Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy / M.M. Weissman, G.L. Klerman, B.A. Prusoff, D. Sholomskas, N. Padian // *Archives of General Psychiatry*. – 1981. – Vol. 38. – P. 52–55.
569. Wenzel, A. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications / A. Wenzel, G.K. Brown, A.T. Beck. – American Psychological Association, 2009.

570. Whitlock, J. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population / J. Whitlock, K.L. Knox // Archives of pediatrics & adolescent medicine. – 2007. – Vol. 161. – № 7. – P. 634–640.
571. 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.
572. Whitlock, J.L. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury / J.L. Whitlock, J.L. Powers, J. Eckenrode // Developmental psychology. – 2006. – Vol. 42. – № 3. – P. 407.
573. WHO. Health needs of adolescents. Geneva: World Health Organization, –1977.
574. WHO. The global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016–30). – 2015.
575. Williams, F. Emotion regulation, coping and alcohol Use / F. Williams, P. Hasking // – Prevention Science. – 2009. – № 11 (1) – P. 33–41.
576. Williams, J.M.G. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory / J.M.G. Williams // Cognition and emotion. – 2006. – Vol. 20. – № 3–4. – P. 548–568.
577. Williams, J.M.G. Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain / J.M.G. Williams, M. Williams. – Mark Williams, 2002. – 265 pp.
578. Wize, R.A. Localization of drug reward mechanisms by intracranial injections / R.A. Wize, D.C. Hofmann // Synapse. – 1992. – Vol. 10. – P. 247–263.
579. Woods, P.J. The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for long range suicide prevention / P.J. Woods, G.E. Muller // Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy. – 1988. – Vol. 6. – № 4. – P. 236–258.
580. Wyman, P. A. A method for assessing implementation success of a peer-led suicide prevention program / P.A. Wyman // Implementation Science. – BioMed Central, 2015. – Vol. 10. – № 1. – P. 42.

581. Wyman, P.A. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools / P.A. Wyman // American journal of public health. – 2010. – Vol. 100. – № 9. – P. 1653–1661.
582. Yalom, I.D. Existential Psychotherapy / I.D. Yalom. – Basic Books, 1980. – 524 p.
583. Yates, T.M. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample / T.M. Yates E.A. Carlson, B. Egeland // Development and psychopathology. – 2008. – Vol. 20. – № 2. – P. 651–671.
584. Zalsman, G. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review / G. Zalsman // The Lancet Psychiatry. – 2016. – Vol. 3. – № 7. – P. 646–659.
585. Zureik, M. Serum cholesterol concentration and death from suicide in men: Paris prospective study I / M. Zureik, D. Courbon, P. Ducimetiere // Bmj. – 1996. – Vol. 313. – № 70.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

Средние значения показателей волевой саморегуляции, импульсивности и дисфункциональных убеждений в группах подростков с рисками суицидального и самоповреждающего поведения

Описательные статистики	Самоповреждающее поведение		Суицидальное поведение	
	Среднее	Среднекв. отклонение	Среднее	Среднекв. отклонение
Волевая саморегуляция	12,7993	4,64065	11,2214	4,14783
Настойчивость	8,4683	3,53514	7,0382	3,17055
Самообладание	6,7113	2,62714	6,1603	2,46769
Импульсивность	2,0141	0,33656	2,0534	0,33542
Дисфункциональные убеждения	19,3239	12,98037	23,4046	12,81392

## Приложение 2

Сравнение средних значений показателей экзистенциальных мотиваций в группе нормы, тенденции и риска аутоагрессии

	Риск аутоагрессии	тенденция	норма
<b>1ФМ</b>	25,7500	25,9462	29,2778
<b>2ФМ</b>	26,6250	25,6613	27,7778
<b>3ФМ</b>	26,4250	26,0108	28,2778
<b>4ФМ</b>	25,7000	24,6720	28,0556
<b>ЭИ</b>	102,6000	102,3065	113,3889

## Приложение 3

Сравнение средних показателей симптомов депрессии в группах подростков с аутоагрессивным поведением и тенденцией к аутоагрессии.

	Тенденция к аутоагрессии		Аутоагрессия	
	Мх	СКО	Мх	СКО
Негативное настроение	53,66	12,10	59,35	11,24
Межличностные проблемы	59,37	15,09	64,58	15,64
Неэффективность	50,03	11,69	59,22	12,15
Ангедония	52,20	10,53	55,70	9,49
Негативная самооценка	51,58	12,61	54,83	13,34
Суммарный показатель	54,22	14,04	61,00	13,60

## Приложение 5

Значимые различия экзистенциальных характеристик в группах подростков с аутоагрессивным и нормативным поведением (U-Манна Уитни)

	Ценность Безопасности	Защищенность	Время	Признание ценности	Включенность во взаимосвязи
Z	-2,462	-2,282	-2,216	-2,313	-2,231
Асимптотическая значимость (2- сторонняя)	0,014	0,022	0,027	0,021	0,026

## Приложение 6

Структура взаимосвязей ценностей и уровней фундаментальных экзистенциальных мотиваций в группе подростков с аутоагрессивным поведением

	1фм	2фм	3фм	4фм	ЭИ
Конформность	,480**	0,295	,398*	,505**	,461**
	0,002	0,068	0,012	0,001	0,003
Традиции	0,296	,361*	,370*	,534**	0,270
	0,064	0,022	0,019	0,000	0,092
Доброта	,445**	,461**	,498**	,577**	,489**
	0,004	0,003	0,001	0,000	0,001
Универсализм	0,305	0,164	0,297	0,254	,367*
	0,056	0,311	0,063	0,114	0,020
Самостоятельность	-0,034	0,299	,355*	,393*	-0,042
	0,835	0,061	0,025	0,012	0,796

Структура взаимосвязей ценностей и уровней фундаментальных экзистенциальных мотиваций в группе подростков с аутоагрессивным поведением

	1фм	2фм	3фм	4фм	ЭИ
Стимуляции	-0,153	0,309	0,177	0,186	-0,183
	0,346	0,052	0,274	0,250	0,258
Гедонизм	,344*	0,147	0,188	0,183	0,279
	0,030	0,366	0,246	0,257	0,081
Достижения	,471**	,426**	,389*	,562**	,440**
	0,002	0,006	0,013	0,000	0,004
Власть	-0,060	0,105	-0,067	0,156	-0,080
Безопасность	0,714	0,520	0,683	0,336	0,625
	,524**	,344*	,378*	,499**	,469**

Приложение 7

ЭКСПРЕСС-ТЕСТ

На выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя

Инструкция: ответь, пожалуйста, на предложенные вопросы

- Если кто-то из твоих знакомых в приподнятом настроении, дурачится, болтает больше обычного, что бы ты скорее заподозрил?
  - Что он выпил алкоголь
  - Что ребята угостили его травкой или спайсами
  - Что у него просто такое настроение сегодня
  - Что он «выпендривается» в компании, каждый день такое происходит
- Если твой друг выпил много алкоголя и чувствует себя плохо, как бы ты ему помог?
 

---



---
- Если твой друг впервые пробует алкоголь, выбери чувства, которые у него в этот момент могут быть:
  - любопытство, как это действует



- Б) желание казаться взрослым
  - В) один разок можно и попробовать
  - Г) страх, что об этом узнают взрослые
  - Д) отвращение, тревога, сомнение
  - Е) хорошее настроение
4. Какой наркотик самый безвредный (подчеркните нужное)
- А) марихуана      Б) спайсы      В) героин
  - Г) если в умеренных дозах, то вредных нет      Д) все вредные
5. Если ты знаешь, что твой друг попробовал наркотик твои чувства:
- А) «он мне больше не друг»
  - Б) ничего особенного в этом не вижу, пусть попробует
  - В) желание поговорить и отговорить
  - Г) попытку прояснить ситуацию (что именно он принял, как себя чувствует?)
  - Д) рассказал бы взрослым
6. Если кто-то из ребят уже несколько раз пробовал «травку», это может привести:
- А) он может стать зависимым от «травки»
  - Б) ни к чему не приведет, ничего плохого в этом нет
  - В) его могут отчислить из школы
  - Г) к проблемам со здоровьем
  - Д) захочет попробовать другие наркотики
7. В школе проводят медицинское тестирование на наркотики (кровь/моча). Один из твоих одноклассников один раз попробовал марихуану, смогут ли это выявить?
- А) Да, смогут
  - Б) через три дня уже не смогут
  - В) смогут даже через две недели
  - Г) я не знаю через сколько выветриваются наркотики
8. Какие из веществ являются наркотическими?
- А) СНИФ, СНЮС
  - Б) закись азота
  - В) «Крокодил»
  - Г) Спиды
  - Д) Все
9. Некоторые ребята в классе курят Вэйп, как тебе кажется, почему:
- А) Выпендриваются, считают себя взрослыми
  - Б) Им нравится вкус, запах, облака пара

- В) Пытаются заменить им сигареты
- Г) Хотят проверить на собственном опыте как это
- Д) Парят, пока родители не узнали

10. Твой знакомый в ответ на вопрос, зачем он выпил алкоголь - ответил:
- А) ему было интересно попробовать алкоголь на вкус
  - Б) решил попробовать, пока не видят взрослые
  - В) у него были личные проблемы, от алкоголя он чувствует себя лучше
- Во что бы ты поверил?

## Приложение 8

### Методика определения склонности к суицидальным реакциям СЛ-19

Инструкция: если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» если нет – поставьте «-».

Пожалуйста, укажите только один знак напротив каждого утверждения (если в большей степени / чаще утверждение верно, то поставьте знак «+», если чаще неверно, то знак «-»).

1. Чтобы со мной не случилось, я все переживу.
2. Я должен выжить, несмотря ни на что.
3. Когда я взбешен, вид крови может успокоить меня.
4. Многое меня просто «бесит».
5. Мне глубоко безразлично, что дальше со мной дальше будет.
6. Мне кажется, что я просто невыносимо устаю от такой жизни.
7. Иногда хочется заснуть и не проснуться.
8. Стараюсь никогда не падать духом.
9. Мне на все хочется наплевать.
10. Мне хочется уйти и не вернуться.
11. Мне очень трудно сейчас жить.
12. В трудных ситуациях стараюсь не падать духом.
13. Из любой ситуации всегда найду выход.
14. Все мои усилия бессмысленны.
15. Нет смысла жить.

16. Нет сил терпеть все это.
17. Чувствую: «Я уже не жилец на этом свете».
18. Я люблю жизнь
19. Ко мне многие хорошо относятся.

## Приложение 9

## Анкета для исследования социально демографических показателей

1. Укажите Ваш возраст	
2. Пол (обведите)	МУЖСКОЙ / ЖЕНСКИЙ
3. Семья	а) полная (вы проживаете с обоими родителями) б) неполная (вы проживаете с одним родителем или другими совершеннолетними родственниками)
4. Сколько человек в семье	
5. Верите ли Вы в Бога?	ДА / НЕТ
6. Если Вы «да» на прошлый вопрос, то какая у Вас религия? Если «нет» - переходите к вопросу №7.	а) православие б) мусульманство в) католицизм г) иудаизм д) другая
7. Социально-бытовые условия	
7.1. Есть ли у вас отдельная комната?	ДА / НЕТ
7.2. Ваша семья живёт вместе с бабушкой / дедушкой или отдельно?	а) мы живём вместе с бабушкой и дедушкой б) мы жи вём отдельно от бабушки и дедушки
7.3. Вы проживаете с семьей в своей / съемной / служебной квартире?	а) в своей б) в съёмной / служебной
8. Финансовое благосостояние	
Приблизительно на 1 человека в семье в месяц приходится	а) менее 10 тыс руб б) 10-20 тыс. руб в) более 20 тыс руб

9. Особенности семьи	
9.1. Были ли в вашей семье случаи суицидов?	ДА / НЕТ
9.2. Злоупотреблял ли кто-нибудь из родственников алкоголем?	ДА / НЕТ
9.3. Злоупотреблял ли кто-нибудь из родственников наркотиками?	ДА / НЕТ
9.4. Были ли случаи насилия в семье?	ДА / НЕТ
9.5. Количество конфликтов в семье	а) отсутствуют б) 1-2 в неделю в) 3-5 раз в неделю

**V. P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology**

*On the rights of the manuscript*

**GRIGORIEVA ALEXANDRINA ANDREEVNA**

**THE CONCEPT OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF AUTOAGGRESSIVE BE-  
HAVIOR OF ADOLESCENTS  
(EXISTENTIAL AND ANALYTICAL ASPECT)**

**19.00.04-medical psychology**

**DISSERTATION  
for the degree of doctor of psychological Sciences**

**Translation from Russian**

**SCIENTIFIC CONSULTANT:  
doctor of psychological Sciences, Bulygina Vera Gennadievna**

**MOSCOW-2020**

## Content

INTRODUCTION.....	5
CHAPTER 1. THEORETICAL FOUNDATIONS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS.....	20
1.1. Psychological features of adolescence.....	20
1.2. Autoaggressive behavior of adolescents.....	25
1.2.1. The concept of autoaggressive behavior .....	25
1.2.2. Types of autoaggressive behavior.....	38
1.2.3. Epidemiology of different types of autoaggressive behavior.....	40
1.3. Theoretical approaches to understanding autoaggressive behavior.....	46
1.4. Summary of Chapter.....	61
CHAPTER 2. PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS.....	64
2.1. The concept and classification of types of preventive care.....	64
2.2. Basic approaches in preventive interventions in relation to autoaggressive behavior....	68
2.2.1. Psychodynamic approach to the prevention of autoaggressive behavior.....	68
2.2.2. Cognitive-behavioral approach in the prevention of autoaggressive behavior.....	71
2.2.3. The existential approach to the prevention of autoaggressive behavior.....	75
2.3. Prevention programs.....	80
2.4. Prevention of autoaggressive behavior in secondary and high school.....	83
2.5. Summary of Chapter.....	93
CHAPTER 3. THE CONCEPT OF PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS BASED ON THE EXISTENTIAL APPROACH.....	95
3.1. Theoretical substantiation of the role of existential crisis in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents.....	96
3.2. Content of the concept of psychoprophylaxis of autoaggressive behavior in adolescents.....	103
3.3. Structural and functional model of prevention.....	108
3.3.1. Stages of identifying adolescents with risk of autoaggression.....	110

3.3.2. Principles and procedure for implementation of programs of primary, secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior in adolescents.....	115
3.3.3. Psychocorrective methods of personalized prevention, implemented at the level of secondary and tertiary prevention.....	118
3.3.4. The procedure for the implementation of additional professional training of school's specialists for the implementation of technologies for the personalized prevention of self-harming behavior of adolescents.....	125
3.4. Summary of Chapter.....	128
<b>CHAPTER 4. SCOPE, GENERAL CHARACTERISTICS AND RESEARCH METHODS</b> .....	130
4.1. Scope and conditions of the study.....	130
4.2. Research methods.....	144
4.3. Statistical data processing.....	150
<b>CHAPTER 5. SOCIODEMOGRAPHIC AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH RISK OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR.....</b>	151
5.1. Sociodemographic characteristics of adolescents.....	151
5.2. Age-related features of the risks of autoaggressive behavior in the general population of adolescents .....	155
5.3. Gender characteristics of the risk of autoaggressive behavior in the general population of adolescents .....	157
5.4. Epidemiological data on the number of risk groups of adolescents with different types of autoaggression.....	163
5.5. Differences of sociopsychological characteristics of adolescents at risk groups with different types of autoaggressive behavior.....	166
5.6. Structure of use substances in high-risk groups of adolescents with suicidal, self-injury and risky behavior .....	168
5.7. Comparative analysis and interrelation of psychological characteristics of adolescents with the risks of autoaggressive behavior.....	169
5.8. Summary of Chapter.....	173
<b>CHAPTER 6. FEATURES OF THE EXISTENTIAL CONSCIOUSNESS OF ADOLESCENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR.....</b>	176
6.1. Features of the components of the existential consciousness of adolescents with auto-aggressive and normative behavior.....	179

6.2. Features of the relationship of values, components of existential motivations, indicators of resilience in groups of adolescents with autoaggressive, normative behavior and a tendency to autoaggression.....	184
6.3. Existential mechanisms of autoaggressive behavior in adolescents.....	190
6.4. Clinical and psychological characteristics of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression.....	194
6.4.1. Features of the relationship between the components of existential consciousness and depressive symptoms in groups of adolescents with autoaggressive behavior .....	196
6.4.2. Features of the interrelationships of the components of existential consciousness with depressive symptoms in groups of adolescents with a tendency to autoaggression .....	200
6.4.3. Comparison of the structure of the relationship between values, existential experiences and components of resilience with depressive symptoms in groups of adolescents with a tendency to autoaggression and autoaggressive behavior.....	202
6.5. Summary of Chapter.....	207
<b>CHAPTER 7. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE INTERVENTIONS IN PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS.....</b>	<b>209</b>
7. 1. Evaluation of the effectiveness of primary prevention of autoaggressive behavior in adolescents.....	211
7.2. Evaluation of the effectiveness of secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior in adolescents.....	212
7.3. Summary of Chapter.....	231
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>233</b>
<b>PRACTICAL RECOMMENDATIONS.....</b>	<b>246</b>
References.....	248
<b>APPENDIX.....</b>	<b>307</b>



## **INTRODUCTION**

### **Relevance of the problem**

The study of the role of psychosocial factors in the emergence of various forms of deviant behavior, issues of its prevention and correction are the leading areas and content of medical psychology as a scientific specialty, and its most popular scientific and practical areas. Deviant autoaggressive behavior has a wide range from low-differentiated forms (for example, risky behavior, substance use), to highly differentiated conscious suicidal actions (Polskaya N. A., 2017; Nock M., 2014). All manifestations of such behavior are in the area of particularly close attention of the professional community, taking into account their contribution to the indicators of mortality and working capacity of the population. The group with the highest risk of autoaggressive behavior is composed of teenagers. To date, primary prevention is generally recognized as the leading strategy for countering suicidal, self-threatening, risky behavior, as well as behavior associated with the use of psychoactive substances. The development and implementation of effective measures to prevent autoaggression in adolescence is an extremely urgent task.

Numerous epidemiological data indicate the social significance of the problem of prevention of autoaggressive behavior in adolescents.

The age of the first symptoms of self-harm is 12-14 years (Rodham K., et al, 2009), and suicidal activity is 14-16 years (Kryzhanovskaya L. A., 2000, Hassan R., 1994, UNICEF, 2011), which determines the feasibility and significance of interventions aimed at countering self-harm behavior and suicidal behavior during the period of adolescent education in secondary and high school. Foreign researchers report that 17.2% of adolescents are involved in self-harming behavior (Swahn S. V. et al, 2014), and 14.6% have suicidal intentions (GSS, 2012). Self-harm is often a predictor for suicidal behavior. An increase in the frequency of self-harming acts, their severity, and the number of forms of self-harm used is associated with an increase in suicide risk (Klonsky E. D., Ollino T. M., 2008; Whitlock J. et al., 2008, 2007). In turn, when self-harm occurs, 60-80% of adolescents resort to suicidal torture (O'connor, 2018).

A survey of secondary and high school students aged 11-16 in Moscow and the Moscow region revealed that 11.8% of teenagers have thoughts of suicide, 2% have a desire to kill themselves, and 8.8% think about suicide but do not plan to commit it

(Kholmogorova A. B., 2009; Pavlova T. S., 2013). The study of deviant behavior of younger adolescents aged 12-15 years in Tomsk revealed that 62.6% have a tendency to self-harm and self-destructive behavior (Drozdetskaya I. A., 2011).

According to American researchers, in the United States each year, about 10% of adolescents drink alcohol, 6% have started using drugs, 5% smoke cigarettes, and 7% have diagnosed drug-related diseases (David N. J. et al., 2013). Drug-related diseases range in age from 9 years to 21 years (Copeland J., 2011). According to expert estimates of the Ministry of health of the Russian Federation, over the past 10 years, the number of drug-related diseases in Russia has increased by 60% and has become younger. Of the total number of drug addicts, 20% are schoolchildren, 60% are young people (16-30 years old). In some regions of the Russian Federation, the following data on the use of substances by schoolchildren are given: 68.1% alcohol and tobacco use; 13.3% drug use (Drozdetskaya I. A., 2011); 43% of adolescents experience a feeling of alcohol intoxication at the age of 16 (Korchagina G. A. et al., 2012).

Domestic and foreign studies show that the use of psychoactive substances among young people and adolescents is associated with the formation of patterns of high-risk behavior, antisocial behavior, and a wide range of affective disorders.

The proportion of people who use psychoactive substances (cigarettes, cannabis, alcohol) among adolescents with self-harming behavior is significantly higher compared to adolescents with normative behavior (Aseltine Jr R. H. et al., 2009). The earlier adolescents start using psychoactive substances, the higher the risk of self-harming and suicidal behavior (Kaminer Y., 2016). The level of substance abuse is associated with a higher risk of mortality among adolescents with self-harm: 20-50% of underage suicides suffered from drug-related disorders, 22% of suicides were committed while intoxicated (Vedyashkin V.N., 2011, Polozhiy B.S., Panchenko E.A., 2016; Popov Yu. V., Pichikov A.A., 2017; Hamza C. A. et al., 2012; Moran P. et al., 2014). Alcohol intoxication can act as a trigger for self-harming behavior (Kendall R.E., 1983; Hufford R., 2001).

Substance use is often associated with risky behavior, which also contributes to the level of adolescent mortality (Shaboltas A.V.). It accounts for about 70% of adolescent deaths (according to the World Health Organization in 2014). The most sensitive age

period for the formation of risk-based behavior as a form of new sensations and experiences of "reward" is 13-16 years (WHO, 2014).

The question of the vector of the relationship between different types of autoaggressive behavior is still debatable. Some authors believe that self-harm in adolescence is a factor that increases the risk of suicidal behavior (Polozhy B.S., 2016; Klonsky E. D., Ollino T.M., 2008; Whitlock J. et al., 2008, 2007), as well as the formation of various types of addictions in adolescence (Polskaya N.A., 2017; Hamza C.A., 2012, 2013; Fox K.R. et.al., 2015; You J. et.al., 2013). Other authors note an inverse relationship: the use of substances in adolescence increases the risks of self-harming (Rossow I., 2009; Giletta M., 2012), suicidal (Popov Yu.V., Pichikov A.A., 2017; Hamza C.A. et al., 2012; Moran P. et al., 2014) behavior.

Accordingly, one of the most important areas of modern suicidology and addictology is the study of autoaggressive behavior of adolescents as a complex phenomenon. The difficulties of early detection of these types of behavior and the social significance of the above problems actualize the question of a reliable prevention system in which self-harming, suicidal, risky behavior of adolescents and the use of psychoactive substances would be considered in conjunction as a behavioral complex with common mechanisms. The lack of empirical studies with proven effectiveness in the field of autoaggressive behavior in adolescents makes it difficult to implement preventive interventions (Whitlock J. et al., 2009; Gill Z. et al., 2016).

The educational environment has a huge potential in the implementation of psychoprophylactic programs, due to its systematic regular impact on the personality of adolescents and young people. Over the past decade, a number of programs have been developed and implemented to prevent suicide and self-harm (Green J. M. et al., 2011; Fitzpatrick K. K. Et al., 2005; Heath N. L., et al. 2014; Michel K., Gysin-Malillart A., 2015; Wyman P. A., et al. 2010), as well as programs to prevent the use of substances and risky behavior (Batishchev V. V. et al., 2010; Vorobyova T. V., Yaltonskaya A.V., 2008; Botvin G. J., Griffin K. W., 2014; Harmon M. A., 1993). However, many authors emphasize the de-fit and the need for research on their effectiveness (Grigorieva A.A., 2018; Diego De Leo et al, 2017; Katz C. et al, 2013; Lapierre S. et al, 2011). It is important to develop

effective programs for the prevention of autoaggressive behavior based on secondary and high schools, which on the one hand would be based on a comprehensive approach (considering different types of autoaggression, their relationship, the degree of risk and determining factors; cooperation of various specialists, including teachers, psychologists, and doctors in the implementation of preventive work), on the other hand, allowed us to implement a targeted personalized approach based on understanding the personal characteristics of adolescents as an age group at risk.

### **Degree of development of the research topic**

In the search for solutions to the problems of adolescent autoaggression, the most acute issue is the prevention of suicidal behavior. To this end, some countries have adopted national suicide prevention strategies. In 2008, the SEYLE project (Saving and Empowering Young Lives in Europe, preserving the health and empowerment of young people in Europe) was created in Europe, aimed at preserving and strengthening the mental health of young people. In England, the national suicide Prevention Strategy was adopted in 2002, which reduced the number of suicides in the country by 20%. This Strategy was implemented in several areas: reducing the availability and lethality of suicide methods, reducing risks, promoting the mental well-being of the General population, reporting on suicides in the media, promoting research on suicide and its prevention, monitoring interventions to counter suicide. It is important to note that there are unified national prevention projects implemented in the United States, England, Germany, Poland, and other countries.

Programs implemented in European countries to prevent suicidal and self-harming behavior focus on the problem of prevention of depression as a key factor (Diego De Leo et al., 2017). Of course, such programs are effective in clinical settings (Popov Yu. V. et al., 2017; Diego De Leo et al., 2017), but the possibilities of their application in other areas, in particular in the educational environment, are limited. It should also be noted that when focusing on depression and other types of psychopathology, the role of psychological and personal factors in self-harm and suicidal behavior remains underestimated (Diego De Leo et al., 2017).

In our country, the development of a strategy for prevention of suicides belonged to the A. G. Abramovoj. In the 70s, the all-Union suicidological scientific and methodological center was created for her, which currently has the status of a Federal one. Its main functions included analysis of epidemiological data, targeted research, and organization of suicidal services. Such services worked in Moscow at educational institutions, hospitals, clinics, psychiatric clinics and were designed to integrate the work of different specialists. However, at the moment, this work is not fully implemented.

In the Russian Federation, it is necessary to point out the lack of effectiveness of programs for the prevention of suicidal and self-harming behavior, which is associated with the lack of systematic accounting of various types of autoaggression (Zotov P. B., 2012; Polskaya N. A., 2017), the lack of interdepartmental interaction at all levels (Lyubov E. B., 2014; Popov Yu.V., Pichikov A. A., 2017), the disunity of teachers, psychologists, psychiatrists and pediatricians (Chuprikov E. G., 2000). Programs are local in nature and are applied in separate structures and departments without Central coordination. A number of programs are adapted to foreign analogues that are not well adapted to the specifics of the domestic audience, while considering sociocultural factors is noted as significant in their development (Diego De Leo, 1999).

Programs for the prevention of other types of autoaggression, in particular, the use of substances and alcohol, implemented both in Russia and abroad, are more often based on cognitive behavioral approaches, focus on the information and educational component, and do not consider the risk of self-damaging and suicidal behavior in adolescents.

As part of the scientific and methodological development of the problem under study, it should be noted that clinical psychology and psychiatry consider suicide, self-harming behavior and behavior associated with the use of substances, mainly as deviation, addiction, pathology, manifestation of painful traits (Sokolova T. A. et al., 2006; Kholmogorova A. B., 2016, Polskaya N. A., 2017; Nock M., 2014; Wasserman.d., 2005;). When creating most prevention models, the authors rely on the analysis of external factors (stressful situations, unfavorable life circumstances) and internal predictors (lack of self-control, increased anxiety, difficulties in self-assessment and self-attitude, etc.), considering them as targets of interventions, the main task of which is to form behavioral

strategies of co-possession in adolescents (Haan N., 1969, Lazarus R. S., 1966, Granovskaya R. M. with co-author, 1998; Sirota N. A. with co-author., 2004; Abitov I. R., 2007; Kryukova T. L., 2008; Sergienko E. A., 2008, 2010; Vetrova I. I., 2009; Maklakov A. G., 2011). At the same time, the importance of existential foundations in the prevention of these problems is underestimated (Leontiev D. A., 2008; Telepova N. N. et al., 2016; Borisov I. V. et al., 2013; Aune T. et al., 2007). V. Frankl and A. Langle see frustration of the semantic sphere, a sense of "emptiness of life", "existential vacuum" as the main causes of suicides in the framework of "existential analysis". On the contrary, actualization of the desire for meaning contributes to the formation of a positive internal attitude towards life and leads to the formation of protective, anti-suicidal factors (Garcia-Alandete, 2009; Przepiorka, 2012; Kleiman, 2013). D. A. Leontiev emphasizes the role of personal potential as a key factor that allows you to overcome yourself and difficult life circumstances. I. V. Borisov, co-authors consider resilience as the main anti-suicidal factor. The authors note that the formation of resilience can reduce the risk of suicide by forming a sense of self-efficacy relates stressful events (Alexandrova L. A. 2005; Leontiev D. A., 2003; Garcia-Alandete, 2009; Maddi S. R., Khoshaba D. M., 1994; Przepiorka, 2012). The components of the suicidal complex are the loss of values and meanings, the experience of an existential vacuum (Kudryavtsev I. A., Dekalo E. E., 2012; Telapova N. N., Telepov M. N., 2016, Frankl, 2006; Garcia-Alandete, 2009; Przepiorka, 2012). In adolescence, researchers have shown the important role of existential experiences of hopelessness, loneliness (Rutter, 2004, Muehlenkamp, 2014), existential anxiety (Berman et al., 2006; Shumaker, 2016), and lack of meaning (Rozanov V. A. et al., 2012; Brun E. A. et al., 2017; (Kleiman, Beaver, 2013; José H. Marco, Garcia-Aladente, 2015) in the formation of any forms autoaggressive behavior.

Despite the importance of existential issues in the formation of autoaggressive behaviors, especially in adolescence, prevention programs do not consider existential problems, and personalized approaches have not been developed that allow, based on understanding the existential motivations of self-harming, suicidal behavior and the use of substances, to form a system of personally significant, value-semantic counterweights that

increase the resilience of a teenager and reduce the need to resort to autoaggressive behavior.

Thus, the existing programs for the prevention of suicide, self-harming, risky behavior, as well as the use of substances is fragmented. There is no single theoretical and practical basis linking different approaches to the prevention of these types of autoaggressive behavior in adolescents.

Considering the specifics of adolescence in preventing the development of various types of autoaggression, appropriate measures should be implemented, first of all, within educational institutions, including subsequent interdepartmental integration with other departments and systems (in particular, health care). Despite the fact that the educational environment has the most appropriate opportunities to ensure effective implementation of prevention programs (Katz C. et al., 2013), schools do not have effective tools for timely response, detection and prevention of self-harming, suicidal and other types of auto-aggressive behavior of adolescents. Most of the proposed preventive approaches are focused on developing coping strategies, raising awareness about harm, and identifying and preventing risks associated with the family and a significant social group. At the same time, a significant role in the prevention and correction of autoaggressive behaviors, especially suicidal ones, should be assigned to the existential-humanistic direction. Appeal to existentially aspects of the problem, understanding of the meaning and value of aspects of personality, phenomenological approach to the problems of self-harm, suicidal behavior, substance use by young people will allow a fundamentally different approach to prevention – orientated (Borisov I. V., et al. 2013; Pavlova, T. S., 2013).

Thus, the current state of the problem of prevention of autoaggressive behavior and the degree of its scientific and practical development require justification of the principles and tasks of psychodiagnostic and psychoprophylaxis work, personally oriented models of prevention of autoaggressive behavior of adolescents in the educational environment.

In this regard, the substantiation and development of a holistic concept of psychoprophylaxis of various types of autoaggressive behavior of adolescents based on the existential approach is one of the urgent and unsolved scientific and practical problems of medical psychology.

**The hypothesis of the study:**

The development of the concept of psychoprophylaxis of autoaggressive behavior of adolescents based on an existential-analytical approach will reduce the risk of autoaggressive behavior of adolescents in the implementation of personalized programs in the practice of secondary and high schools.

**Purpose of research:**

Development and substantiation of a personal-oriented concept for the prevention of autoaggressive behavior in adolescents, based on the identified existential mechanisms.

**Research problem:**

1. Based on the theoretical analysis of modern domestic and foreign models of self-harming and suicidal (autoaggressive) behavior of adolescents, formulate a psychological concept of prevention of autoaggressive behaviors based on existential approaches to the individual, including the development of its structural and functional model, risk factors, a set of principles and procedures for psychoprophylaxis work.

2. To evaluate the features and identify the specific relationships between the indicators of different forms of autoaggressive behavior (self-harming, suicidal, risky and substance use) and psychological characteristics in adolescents with a high risk of auto-aggression.

3. To determine the features of the existential consciousness of adolescents with auto-aggression and existential mechanisms of auto-aggressive behavior.

4. To identify the relationship of clinical and psychological characteristics of adolescents with autoaggressive behavior with indicators of their existential consciousness.

5. Develop and test a set of programs for primary and secondary personalized prevention of autoaggressive behavior of adolescents, based on an existential-analytical approach to the individual, with subsequent verification of effectiveness.

6. Substantiate recommendations for the implementation of a personalized approach to the prevention of autoaggressive behavior of adolescents for specialists of General education institutions.

**Object of research**



Existential consciousness of adolescents with self-injurious behavior

### **Subject of research**

Dynamics of autoaggressive behavior and existential consciousness of adolescents as a result of interventions developed based on an existential-analytical approach to the individual, implemented in the General education environment.

### **Theoretical and methodological foundations of the work:**

Concepts of self-injuring and suicidal behavior (Ambrumova A. G., Polozhiy B. S., Polskaya N. A., Syrokvashina K. V., Nock M. K., Wasserman D.), ideas about the mechanisms of behavior associated with the use of substances and alcohol (Altshuler V. B., Donskikh T. A., Krupitsky E. M., Korolenko TSP, Mendeleevich V. D., Shustov D. I.) ideas about the mechanisms of regulation in norm and pathology (Bulygina V. G., Dozortseva E. G., Zeigarnik B. V., Zmanovskaya E. V., Nikolaeva V. V., Rychkova O. V., Safuanov F. S., Kholmogorova A. B., existential-analytical approach to the understanding of personality (Langle A., Shumsky B. M., Frankl V., Leontiev D. A., Madi S., Krivtsova S. V.), theoretical foundations of phenomenological psychology and psychiatry (Husserl E., Jaspers K., Biswanger L., Mamardashvili M. K.).

### **Scientific novelty of the study**

The theoretical foundations and content of the psychological concept of prevention of autoaggressive behavior of adolescents, based on the existential-analytical approach in secondary and high schools, are developed. Gender, age, socio-psychological characteristics and correlations of indicators of different forms of autoaggressive behavior (self-harm, suicidal, risky and substance use) in high-risk adolescents were revealed.

For the first time, based on a comprehensive study of indicators of autoaggressive behavior of adolescents and their existential experiences, the system of psychocorrective targets at the level of primary, secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior of adolescents in schools is identified and described, the tasks and principles of diagnostic and preventive work of psychologists are formulated.

Existential mechanisms of personality of adolescents with autoaggressive behavior, tendency to autoaggression and normative behavior are identified and described. The

features of existential experiences of adolescents with autoaggressive behavior are revealed.

The psychological concept of prevention has been developed and scientifically substantiated, including the methodology of existential analysis and technologies of existential approaches based on the strengthening of protective factors of personality development and the formation of fundamental existential motivations of adolescents with self-harming, suicidal, risky behavior associated with the use of substances and alcohol.

The theoretical foundations, principles and content of the program for the prevention of self-harming, suicidal, risky behavior associated with the use of substances and alcohol are developed based on existential personality mechanisms for secondary and high schools.

The order of realization of professional training for specialists of schools for increase in efficiency of implementation of technologies of the personalized prevention of self-injuring behavior of teenagers is formulated.

#### Theoretical significance of the study

A theoretical and methodological generalization of domestic and foreign approaches to the prevention of autoaggressive behavior of adolescents was performed, which allowed to reveal the essential characteristics of existential approaches to understanding the phenomenon of autoaggression and its prevention, as well as the role of the existential crisis of adolescents in the formation of autoaggressive behavior.

Determine the content of the existential crisis of adolescents, describes the main factors making an important contribution to the development of the conceptual and methodological foundations of differential forecast for the development of autoaggressive behavior in adolescents, and the development of a personalized approach to the prevention of teenage self-aggression.

Indicators of the effectiveness of prevention of autoaggressive behavior of adolescents are identified, including indicators of resilience and existential experiences of adolescents, which are important for further theoretical development and implementation of an existential-analytical approach to the prevention of adolescent autoaggression and evaluation of the effectiveness of preventive programs.

Based on the theoretical analysis of available domestic and foreign epidemiological data on the prevalence of different types of autoaggressive behavior of adolescents, complex and consistent types of interrelation between types of autoaggression are identified. The epidemiological data obtained based on the dissertation study made it possible to identify polymodal and monomodal autoaggressive behavioral profiles in adolescents, which makes an important contribution to the development of the assessment of the risk of autoaggression and the development of the issue of specific preventive intervention.

### **Practical significance of the study**

A set of diagnostic methods aimed at identifying the propensity of adolescents to suicidal, self-harming, risky behavior and the use of substances has been developed and adapted.

New algorithms and methods of preventive work with at-risk children have been developed, which are personally oriented, considering violations of the existential mechanisms of the individual associated with autoaggressive behavior. A program for the prevention of self-harming, suicidal, and risky behavior associated with the use of substances by adolescents has been developed and implemented for implementation in general education schools.

An educational and methodological complex has been developed to ensure the activities of specialists of a general education institution on a personalized approach to the prevention of self-harming, suicidal, risky behavior and the use of substances by adolescents based on the study of existential mechanisms of personality.

The program of additional professional training for specialists of secondary and high schools, considering the methodology of personalized prevention, aimed at improving the effectiveness of prevention of autoaggressive behavior of adolescents, was developed and tested.

Practical recommendations for the preparation of personalized programs for primary, secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior of adolescents in secondary and high schools and the assessment of their effectiveness have been developed.

The results of the study allowed us to substantiate the following scientific statements submitted for defense:

1. The implementation of psychological concepts of prevention of autoaggressive behavior in adolescents based on understanding of existential teenage crisis and its negative outcome, includes the structural-functional model, a set of principles of psycho-diagnostic tools of psycho-correction program and personalized methods of prevention, which allow considering the modality factors of existential crisis, considering specific life situation, personal characteristics and significant experiences of a teenager.

2. Suicidal, self-harming, risky behavior and the use of substances differ in gender, age, socio-psychological characteristics. Differences in the structure of relationships between the level of suicidal risk in adolescents with different types of autoaggressive behavior are significantly determined by the ratio of indicators of dysfunctional beliefs and impulsivity.

3. The solution of normal-age existential problems in adolescents with auto-aggressive behavior is characterized by the formation of a specific system of individual values, reflecting the decline in the importance of security and social status, and is characterized by a high degree of connectivity of all components of existential consciousness.

4. In groups of adolescents with autoaggressive behaviors and a tendency to auto-aggression, the structural relationship between the symptoms of depression and the components of existential consciousness has qualitative and quantitative differences. Symptoms of depression in adolescents with autoaggressive behavior are associated with a sense of insecurity and a devaluation of safety. In sub-sprouts with a tendency to auto-aggression, increased depression is associated with a decrease in the level of resilience.

5. The use of a personalized approach in the primary prevention of adolescent autoaggression leads to an increase in certain indicators of fundamental existential motivations and resilience. With secondary and tertiary prevention, it leads to a change in the nature of existential experiences: increasing the overall level of resilience and achieving a sense of existential fulfillment.

#### **Reliability of the survey results and personal contribution of the author**

The accuracy of the scientific statements and conclusions of the thesis, achieved using a set of complementary diagnostic methods, adequate to the aim and objectives of

the study, the representativeness of the sample surveyed, the correct use of modern methods of static Ob-processing of the obtained data.

The empirical material of the dissertation is based on a large sample, including the results of the survey (questionnaires, surveys, psychological testing, focus groups, content analysis, expert assessments) of 2083 people in 2017-2019.

The experimental material presented in the thesis, obtained under the supervision and with the personal participation of the author in joint work with specialists of the Department of education and additional education of Department of formation of Administration of city district of the Chekhov (Petrova N. L., Konovalov S. P.), teachers-psychologists and social workers of secondary and high schools in the city district of Chekhov, the scientific staff of the Laboratory of mental health and psycho-prophylaxis, the Laboratory of the organization of preventive care in narcology of the NSC of Narcology-branch of the Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology", specialists of the crisis care cabinet of the G. E. Sukhareva Medical Centre.

The planning of the experiment, the analysis and generalization of the obtained data were carried out personally by the author, which allowed us to draw original conclusions.

### **Testing and implementation of research results**

The materials of the dissertation are reflected in 70 published scientific works, including 25 articles in journals according to the list of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation (including 17 articles on specialty, 8 articles on clinical medicine).

The thesis materials used for the organization of psycho-diagnostic and psycho-correction work in the schools of the city district Chekhov (Lyceum № 4 of Chekhov School №3, School Chekhov-3, Dubninskaya School, School Chekhov-7, Manushkinskaya School, School №8, School Chekhov-8, Stolbovskaya School, Vaskinsky School, Molodinskaya School, Sharapovskaya School, Prostanovka School, Meshchersky School, Troitskaya School, Lyubuchanskaya School, Chekhov School №9, Kryukovskaya School, Novolitovskaya School, Chekhov School №10, Chekhov School №6),

as well as in the implementation of a professional development program with employees of these institutions.

The principles and recommendations for the prevention of autoaggressive behavior of adolescents justified in the dissertation are used in the author's programs for training specialists of clinical psychologists at the Institute of Practical Psychology and Psychotherapy, as well as for advanced training of psychologists, educational psychologists, social teachers in general education institutions and medical psychologists of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of V. P. Serbsky.

The materials of the dissertation research were used in the development and are reflected in 8 methodological recommendations, 1 teaching manual, 2 monographs. The results of the study were used in the implementation of the state task of the Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" «Development of scientifically based methodological approaches, organizational and legislative measures to improve the integrated system of medical prevention of mental disorders and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances based on monitoring and epidemiological study of the drug situation and the state of the drug treatment service in Russia and its regions» under sub-theme 13.2. "Development and improvement of clinical and psychological technologies for primary and secondary prevention of the use of psychoactive substances among differentiated population groups".

The main results of the work were tested at international, all-Russian and regional scientific and practical conferences, including the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation "Clinical psychiatry of the 21st century: integration of innovations and traditions for the diagnosis and optimization of therapy of mental disorders" (St. Petersburg, May 17-18, 2018); the VII National Congress on Social Psychiatry and Narcology "Strategic directions for the protection and strengthening of public mental health", held on May 23-25, 2018 in Tyumen; IV Congress on Logotherapy: "Borderline personality disorder patients value and meaning orientations"; scientific and practical conference of young scientists and specialists with international participation "Nikiforov Readings-2018"; All-Russian Congress with International participation "Women's mental health: an interdisciplinary status (to the 100th anniversary of the

Department of Psychiatry of the First St. Petersburg State Medical University named after V. I. Yushchenko). I. P. Pavlov Academy"; conferences on legal psychology "Psychology and Law in Modern Russia"; 27th European Congress of Psychiatry; II Congress "Mental health of the XXI century"; VIII All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation "psychology of health and disease: clinical and psychological approach"; International Congress "Psychotherapy, psychology, psychiatry-on guard of mental health!" in St. Petersburg on March 22-24, 2019; Anniversary All-Russian scientific and practical Conference with international participation dedicated to the 75th anniversary of the Scientific Center for Mental Health; 19th WPA World Congress of Psychiatry; Scientific and Practical conference "Urgent conditions in psychiatric and narcology practice" at the V. P. Serbsky National Medical Research Center of the Ministry of Health of the Russian Federation; conference "Psychiatric Science in History and Perspective"; 28th European Congress of Psychiatry; V All-Russian Scientific Conference of Young Specialists, Postgraduates, residents "Innovative technologies in Medicine: a young specialist's view" on September 10, 2019; Annual Inter-university Scientific Conference on Interprofessional Problems of Children's Health mental health "Kovalev Readings-2019»; conferences "New Psychiatry: Between Existences and Neurotransmitters"; European Psychiatric Congress (EPA 2020); International Scientific and Practical Conference "Zeigarnik Readings. Diagnostics and psychological assistance in modern clinical psychology: the problem of scientific and ethical grounds "November 18-19, 2020; conference" Family and children in the modern world "2020; Russian scientific and practical conference with international participation" Prevention of behavioral disorders: the family aspect of the biopsychosociospiritual approach", 2020.

## **CHAPTER 1. THEORETICAL FOUNDATIONS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS**

### **1.1. Psychological characteristics of adolescence**

The adolescent period is characterized by extreme heterogeneity: its beginning and end differ qualitatively in neurophysiological processes, cognitive features, psychological and social problems. In domestic and foreign periodization systems, adolescence is distinguished as a period starting from 11-12 years, and is considered together with youth up to 20 years (Ananyev B. G., 1980; Kohn I. S., 1988; Erickson E., 1996; Quinn V., 2000; Craig G., 2003). At the same time, the definition of the boundaries of adolescence remains relevant, which is largely due to the ongoing socio-economic changes in society (Slobodchikov V. I., 1991; Smirnyagina M. M., 2009; Gluckman P. D. et al., 2006; Sheehan P. et al., 2017; Sawyer S. M. et al., 2018). The selection of age boundaries is based on three main indicators: biological (features of the development of the body), social (compliance of the child's level of development with the norms accepted in society), psychological (level of mental and personal development). According to the theory of D. B. Elkonin (1971) and L. I. Bozhovich (1951), the boundaries of adolescence are defined as 12 – 17 years, divided into two phases: 12-15 (young adolescent) and 15-17 (older adolescent) years. Such a periodization is based on three criteria: the new formation of age, the leading activity, and the emergence of contradictions. Other authors (Polivanova K. N., 2000; Feldshtein D. I., 2004) consider the beginning of the adolescent period from the age of 10. It is at this age that the psycho endocrine shift begins, which coincides with the moment of transition from primary school to secondary and high school, which is accompanied by psychological changes characteristic of adolescence: the subjective sense of time changes, the number of Self-statements increases, reflexive-perspective ideas about oneself are formed. The question of the upper limits of adolescence is also ambiguous. Some researchers believe that the end of the adolescent crisis falls on 17-18 years (Dubrowina I. V., 1987), while others characterize this period as the beginning of youth (Bershedova L. I., 1999). According to the data of foreign psychologists, the period of adolescence covers the age from 11 to 19 years (Rice F. et al., 2010). The World Health



Organization notes that adolescence corresponds to a period of 10 to 20 years, beginning with the appearance of signs of puberty. The UN Convention on the Rights of the Child defines similar age limits for adolescents. The choice of 19-20 years of age as the upper limit of adolescence is due, on the one hand, to the ongoing neuro-physiological processes (synaptic pruning, myelination, etc.) that began in adolescence, on the other hand, to social characteristics: the beginning of higher education, labor activity, mastering a new role of an adult, and so on.

An important aspect in determining the boundaries of adolescence is considering gender asynchrony: girls grow more actively, the process of intensive maturation begins at 10-11 years, while in boys this process manifests itself at the age of 12-13 years.

In our work, we will consider the boundaries of adolescence, starting from the age of 10, ending with the age of 18, which is consistent with modern models and ideas about this phase of life. The choice of the lower value of the adolescent period – 10 years—is due to the biological processes of maturation and transition to puberty (the peak of growth, the beginning of the development of sexual signs) and social processes (the transition to a new educational stage). The upper value—18 years—does not have clear biological criteria, and is more associated with social characteristics: the transition from a general educational school to a higher educational institution, the onset of adulthood, and an increase in the requirements of society relates to a teenager.

Adolescence is characterized by numerous and multifaceted changes occurring at all levels of the individual's organization: physical, mental, psychological, social, spiritual.

Changes in endocrine processes, uneven development of the glands of internal secretion (decrease in the functions of some glands and increase in the functions of others) determine largely the mental sensitivity of adolescents to various life changes (Kulagina I. Yu., 2001; Stroev Yu.I., 2004). In this connection, many social and psychological factors that inevitably accompany the formation of a teenager (changes in relations with parents, the need for professional self-determination, the processes of personal identity) are perceived by adolescents as highly stressful (Stroev Yu.I., 2004).

Activation of growth hormones and sex hormones causes sharp uneven changes in the physical and physiological development of adolescents, leading to the need to adapt to them. As a result of such intense physical manifestations, a new image of the physical Self begins to form, the attitude of adolescents to their own body changes, and the features of appearance that do not coincide with the internal representations of the teenager are hypertrophically experienced (Elkonin D. B., 1989; Kle M., 1991; Kulagina I. Yu., 2001). The intensity of neurophysiological transformations in adolescents is reflected in the convergence of pathological and non-pathological forms of behavior (Zvereva M. V. et al., 2013; Afonina Yu. S., Bulygina V.G. et al., 2018; Grigorieva A. A., 2018).

Mental changes are manifested in the features of emotional-volitional and behavioral spheres, cognitive processes. The leading psychological neoplasms of a teenager include: self-consciousness (Leontiev A. N., 1983; Vygotsky L. S., 1984; Bozhovich L. I., 1995; Elkonin D. B., 1995; Prikho-zhan A. M., 1997; Rubinstein S. L., 1999; Feldstein D. I., 2005), the feeling of adulthood (Dragunova T. V., 1973; Vygotsky L. S., 1984; Dubrovina I. V., 1987; Shevandrin N. I., 1995; Elkonin D. B., 1997; Novgorodtseva A. P., 2006), peculiarities of cognitive and emotional spheres, formation of time perspective or "dominant of distance" (Kon I. S., 1988; Mukhina V. S., 2000; Polivanova K. N., 2011).

Processing and structuring of one's own experience, formation of one's own position, values, beliefs, ways of self-determination lead to the development of self-consciousness, awareness of one's own Self (Stolin V. V. et al., 1989; Merlin V. S., 1990; Erikson E., 1996; Mukhina V. S., 2000). The process of self-awareness is inherently connected with the functions of self-regulation and self-control (Ananiev B. G., 1980). The mismatch between a teenager's self-perception, the internal state of his personality, as well as external circumstances and assessments leads to desadaptation (Makushkin E. V., 2017). The result of difficulties in the development of self-consciousness is a diffuse, vague Self, personal uncertainty, leading to surrogate forms of self-realization, such as alcoholization and anesthesia, etc.

The emerging sense of adulthood of a teenager is the basis for critical experiences associated with the discrepancy between the self-perception and attitude of adults. The desire of adolescents to enter the world of adults, the lack of the formed ability to act independently and make decisions, on the one hand, and the restriction of the rights of adolescents by adults, increased control, or, on the contrary, connivance, on the other hand, lead to the formation of internal and external conflicts, the emergence of protest, deviant behavior. The specificity of the emotional sphere of a teenager is manifested in the surface experience of feelings, their rapid emergence and extinction, closing on their experiences (Kolesov D. V. et al., 1986). Such emotional features become the basis for impulsive, thoughtless actions, as well as for excessive fixation on one's own emotions, deepening into affective states.

In social terms, adolescents face a change in the attitude of adults, an increase in the requirements imposed on them. The contradictory attitude of a teenager "no longer a child, but not, yet an adult" causes the sharpening of personal traits, strong emotional experiences, violations of relationships with adults, manifesting in extreme behavioral forms on the verge of socially approved (Grigorieva, A. A., Afonina, Y. S., Kabanova, T. N., 2018).

Such changes in the social plan of adolescents leads to difficulties in school, a decrease in academic performance (Krakovsky A. P., 1970; Gordeeva T. O., 2006; Yasyukova L. A., 2007; Milovanova O. N., 2010), as well as conflict relations with parents (Kle M., 1991; Craig G., 2000; Nakonechnaya O. V., 2005; Ovcharenko L. Yu., 2015; Sokolova A. P., 2015)

Changes occur in the spiritual sphere of the teenager (Spranger E., 1931): the desire for self-development and self-improvement, changing the system of values and priorities, the formation of life goals. As a result of qualitative changes in adolescence-at the age of 17-20, the feeling of loneliness associated with the "crisis of detachment" comes to the fore.

Features of a teenager's self-image, changes in relations with the society, the formation of ideas about their own time perspective, presented in the form of reflection and

accompanied by a negative emotional background, constitute the content of the subjective experience of experiencing the crisis by the children (Vorotylo N. V., 2009).

Thus, the peculiarities of psycho endocrine processes, difficulties in forming self-consciousness, the contradictory position of a teenager between childhood and adulthood, emancipation reactions associated with the restructuring of social relations, form the basis for the crisis course of puberty and, accordingly, an increased risk for the formation of mental disorders and adolescent deviance, including autoaggressive behaviors. The causes of auto-destruction in adolescence include social (school difficulties, traumatic life events, the influence of deviant groups); psychological-specific personality traits that are characteristic of the beginning of a teenage crisis (negative mental tension, readiness for risk, orientation to the norms of the reference group, high level of aggression, impulsivity, mental rigidity) (Kon I. S., 1988; Maysak N. V., 2001); psychopathological – due to the high frequency of occurrence of mental disorders and manifestations associated with psychophysiological and endocrine restructuring (Oleychik I. V., 2011).

## **1.2. Autoaggressive behavior in adolescents**

### **1.2.1. The concept of autoaggressive behavior**

Today, autoaggressive behavior is considered as one of the typical forms of adolescent deviations (Donskikh T. A. et al., 1990; Vostroknutov N. V., 2013). The analysis of domestic and foreign literature reveals many synonymous terms describing behavior associated with causing physical harm to one's own body: "autoaggressive behavior", "self-destructive behavior", "auto-destructive behavior", "self-damaging behavior", etc. At the heart of all these terms is the phenomenon of a person's destruction of his physical and mental integrity.

One of the first terms closest to the concept of autoaggressive behavior is "parasuicide" (Kreitman N. et al., 1977). The meaning of the term includes:

- 1) conduct related to the infliction of intentional injuries with the risk of resulting in injuries, diseases and death;
- 2) the use of chemicals with the expressed intent to commit suicide. The use of substances for drug intoxication did not belong to this category.

A. G. Abramova, E. G. Trainin, N. And. Retinova (1990) define auto-aggressive behavior as acts that harm the mental and somatic-related health, referring to them a deliberate action aimed at voluntary depriving yourself of life - suicide.

V. A. Ruzhenkov (2014) includes suicide behavior in the concept of autoaggressive behavior, treating it as a synonym for self-destructive behavior.

Autoaggressive behavior is a form of deviant behavior, in which a person harms himself through the manifestation of aggressive actions against himself. The manifestation of aggression can be expressed both physically and psychologically. The object and subject of aggression in this form of behavior coincide. Autoaggressive acts in the physical plane are aimed at violating the integrity of the body and its covers. In psychological terms, it is aggression relating to one's own personality, manifested in self-abasement, self-blame, and self-hatred.

Autoaggressive behavior does not fit into the understanding of the "norm", but also does not stand out as a form of psychopathology. Autoaggression is included in the symptom complex of many mental disorders, such as depression, borderline personality disorder, dependence on psychoactive substances, etc.

Like any form of behavior, autoaggressive has such characteristics as motivation (including needs and goals); adaptability (correlation with the requirements of society); authenticity (manifestation of a particular personality); productivity (achievement of goals and objectives); activity (ability to intensify one's activity characteristics); emotionality (affective content of activity); dynamic (pace of activity); stability of motivations; awareness (ability to track and control one's own activity), fix your experiences in your mind; control over one's behavior; flexibility (ability to show plasticity responding to current external and internal changes) (Zmanovskaya E. V., 2003).

All types of autoaggressive behavior have common motivational characteristics. Self-harm, suicidal behavior, substance use, and risky behavior are aimed at self-regulation (Kopetz C., 2013). The most common motivational characteristics of autoaggressive behavior include a reduction in excessive emotional stress (Haines J., 1995; Shaw-Welch S., 2003; Rasmussen S. et al., 2016), the desire for self-punishment, attracting attention (Edmondson A., 2018), indirect transmission of information about one's condition to others, conflict management, intolerance of the situation, protest (Ambrumova A. G. et al., 1987).

It should be noted that the reasons for autoaggressive behavior expressed by the subject and the motivating motives behind it may not coincide. The motivation of autoaggressive behavior may not be realized at all, but may be presented in the consciousness of the individual in a disguised protective form (Sokolova E. T., 2015).

Autoaggressive acts of behavior are considered in the context of social disadaptation: without adaptive behavioral mechanisms, it is difficult to relate to the rules, the system of relations and values adopted in society. All types of autoaggressive behavior in this context are forms of compensatory maladaptive coping (Afanasenkova E. L., 2016; Voronin A. N. et al., 2014; Soloviev A. G. et al., 2013). Certain forms of self-harming behavior, such as tattooing, piercing etc., related to body modifications, are considered

not only as socially permissible forms, but also as manifestations of subjectivity, authenticity (Polskaya N. A., 2014).

Within the framework of the personal complex, autoaggression is presented at different levels: characterological, self-assessment, social interaction, social perception (Rean A. A., 2008). Autoaggression leads to a violation of personality development, its integrity, authenticity (Korolenko Ts. P. et al., 1990). At the same time, autoaggressive forms can represent an individual lifestyle, which is presented to the individual as a form of self-improvement, whether physical or spiritual. Examples of such autoaggressive pseudo-identity are diets, plastic surgery (without actual medical evidence), debilitating fitness classes, etc. (Sokolova E. T., 2015).

With autoaggressive intentions, the individual experiences difficulties in setting goals and achieving them. This is largely due to the lack of positive expectations for the future (Snyder C. R., 1994). The picture of the future is perceived as negative, most goals lose their meaning and value (Kleiman E. M. et al., 2013).

One of the characteristics of autoaggressive behavior is repeatability: it is always a series of behavioral acts that are reproduced with different intensity. Autoaggressive behavior can manifest itself episodically, with a low intensity of self-harm acts (Favazza A. R. et al., 1993). With an increase in the frequency of such acts, autoaggression becomes addictive. In addictive autoaggressive behavior, the individual experiences an irresistible desire to resort to physical damage, taking the form of psychological adaptation. Increased activity of autoaggressive behavior: an increase in the frequency of episodes (Whitlock J. et al., 2007, 2008; Klonsky E. D. et al., 2008); the severity and number of methods used (Cooper J. et al., 2005), an increase in the number of forms leads to the highest degree of autoaggression - suicide (Popov Yu. V. et al., 2017).

The specificity of affective experiences in autoaggressive behavior is manifested in a reduced mood background, increased anxiety, depressive states (Kholmogorova A. B. et al., 2012), increased impulsivity, "explosive" affect (Andronnikova O. O., 2010). In autoaggressive behavior, a person experiences an inability to constructively express dissatisfaction with external situations or subjects, and vents negative emotions on himself, accompanying such experiences with physical acts aimed at damaging the body.

Autoaggressive behavior is characterized by the stability of impulses. When choosing autoaggressive forms of behavior, other behavioral strategies are not readily available due to high mental rigidity (Maisak N. V., 2001).

The individual can track his autoaggressive intentions, which can manifest themselves in the range from low-differentiated to highly differentiated forms: unintentional, unconscious actions leading to self-destruction or self-destruction, as well as conscious actions aimed at voluntarily depriving himself of life (Ambrumova A. G. et al., 1990, Polskaya N. A., 2017, Nock M., 2014). Unconscious motives of autoaggression can manifest themselves in such forms of behavior as negativism and self-destruction towards oneself: substance abuse, sex, food, information technology, plastic surgery, risky behavior, victimization, etc.

### **1.2.2. The types of autoaggression behavior**

The term autoaggressive behavior has a foreign equivalent of "self-harm" or literally, which includes: suicidal behavior, self-injuring behavior and undifferentiated autoaggressive forms. Self-injuring behavior, in turn, is divided into "direct" and "indirect" self-harm (Nock M. K. et al., 2006; Moller C. I. et al., 2013; Germain S. A. et al., 2016). Direct (intentional) self-injuring behavior is the direct infliction of physical harm, in which the harm caused can be seen immediately. Direct forms of autoaggression are various forms of intentional injuries (self-cutting, cauterization, etc.) without the intention to die (non-suicidal self-injury, NSSI), as well as self-mutilation, characterized by a higher degree of damage and occurring, as a rule, against the background of severe mental disorders. The exception is socially acceptable forms of body modification, such as piercings and tattoos (Figure 1) (Polskaya N. A., 2007; Moller C. I. et al., 2013).



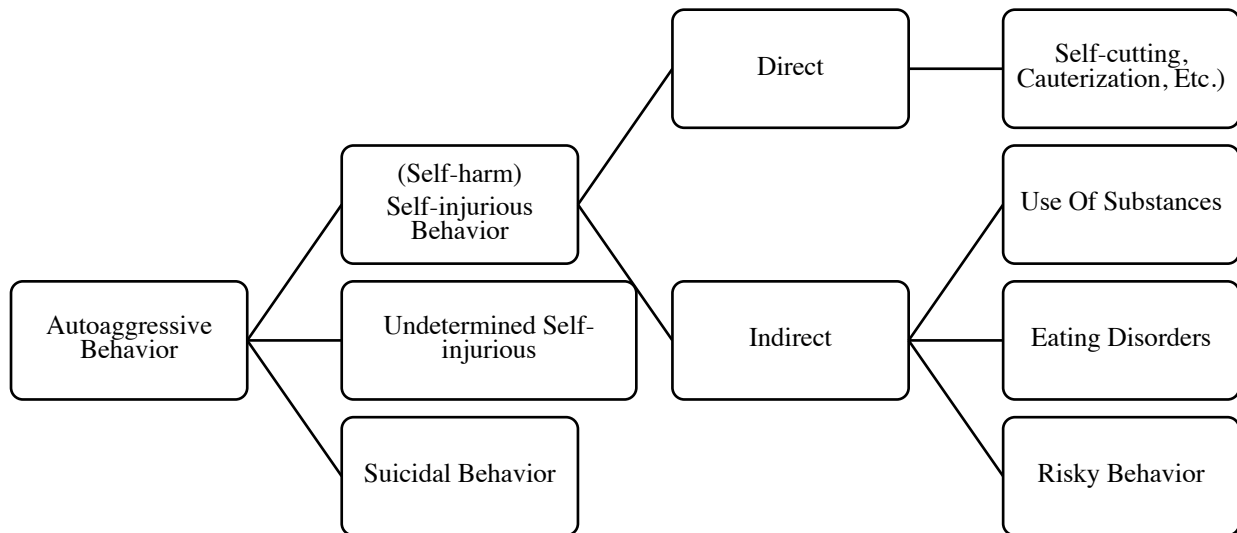


Figure 1. Types of autoaggressive behavior

### *Suicidal behavior*

The highest degree of manifestation of autoaggressive intentions is suicide. Suicide is defined as actions with a fatal outcome that are initiated and carried out by the deceased to realize the desired changes by killing themselves (De Leo D. et al., 2006).

The factors that have the most significant impact on the occurrence of suicidal behavior in childhood and adolescence include: biological (genetic); lack of psychological and psychiatric medical examinations; families with impaired functions and structure; pathological education; conflicts in the peer reference environment of a teenager; socio-economic disadvantage; lack of modern and timely methods of providing suicidal care, including effective prevention; the influence of media and the Internet (Prokopovich G. A. et al., 2014; Polozhiy B. S. et al., 2016). According to some researchers, the relevance of the topic of suicide among children and adolescents has increased due to the active dissemination of information about suicides in social networks, including due to the emergence of so-called "death groups" (Ruder T. D., 2011; Luxton D. D., June J. D., Fairall J. M., 2012).

Hypersensitivity or predisposition to suicidal factors with the trigger role of stressors is described in the concept of "Diathesis-stress" (Chapman A. L. et al., 2007). B. S.

Polozhiy within the framework of this theory proposed a systematization of ranks for groups of factors according to the degree of their influence on the occurrence of suicidal behavior. The factors of the first rank, without which suicidal behavior will not occur responding to even the most severe stressors, include biological (genetic), personal-psychological (impulsivity, emotional instability, difficulties with self-esteem, a tendency to self-blame, unformed value orientations, low stress resistance), clinical (the presence of mental diseases) (Bannikov G. S. et al., 2015; Polozhiy B. S. et al., 2016; Mann J. J. et al., 1999; Zalsmann G. et al., 2016). Among adolescents with suicidal behavior, 90% suffer from one form of mental disorders, about 70% have two or more forms. The most common mental disorders in adolescents with suicidal behavior are: mood disorders (60%); disruptive disorders (50%); substance use disorders (35%).

Factors of the second rank include abuse of psychoactive substances, religious beliefs, facts of violence, somatic diseases, etc. These factors contribute to increased suicide risk, but are not predictors of its occurrence. The third-rank factors include indicators of socio-economic and political well-being of the society, as well as ethno-cultural factors.

With increasing suicidal risk, psychological factors in older adolescents (15-19 years) they have a more significant role in comparison with the presence of mental disorders (Gould M. S. et al., 1996). The most common of them are: problems at school, family history of suicidal behavior, problems with discipline, difficulties in communicating with parents, recent losses, and police records. Adolescents are more sensitive and responsive to sociocultural factors, which is associated with the processes of identity formation at this age.

Gender-specific factors of suicidal behavior in the adolescent population are also identified. According to the meta-analysis, which included 67 studies, specific risk factors for suicidal behavior in adolescent girls are eating disorders, post-traumatic stress disorder, bipolar disorder, sexual violence or episodes of sexual harassment, depressive symptoms, interpersonal problems and previous abortion. Behavioral problems (destructive behavior), feelings of hopelessness, separation from parents/divorce, drug abuse, suicidal behavior of a friend, and access to means of suicide are specific risk factors for adolescent boys (Miranda-Mendizabal A. et al., 2020).

Protective factors that prevent the development of suicidal behavior in adolescents are also noted. These include: family and social support (Franklin J. C. et al., 2016). The effect of long-term family support is particularly significant, which extends to children and adolescents, moving into adulthood (Kuramoto-Crawford S. J. et al., 2016; Susukida R. et al., 2016).

There are three groups of the most significant psychological causes of suicides in adolescents aged 12-17 years (Sankey M. et al., 2005). The first group, the most numerous, consists of teenagers who have difficulties both at home and at school (66%). This group is characterized by behavioral disorders and depression. Adolescents of the second group (14%) experienced stressful events in their lives. A third group of adolescents actively experimented with drug and alcohol use (15%). A combination of factors and stressors determine the severity of suicidal behavior. The Colombian scale of severity of suicidal intentions includes 4 stages of suicidal behavior, which are presented in table 1.

Table 1.  
Stages of suicidal behavior

Category	Definition
Completed suicide	Self-harm with intent to die, resulting in death
Suicide attempt	Self-harm with presumed intent to commit suicide, not fatal
Suicide plan	A system of preparatory actions for self-harm that could cause physical harm
Suicidal thoughts	Passive thoughts about the desire to die, not supported by preparatory actions for self-harm

Suicidal behavior develops from episodic thoughts, which are gradually formed and become concrete and stable, through the maturation of intention and plan - to the decisive implementation of a suicidal attempt. The ratio between thoughts, attempts and suicide is defined as 100: 10: 1 (McAuliffe C. M., 2002), but this proportion varies in different age groups. Studies have shown that the prevalence of suicidal thoughts in adolescents is about 10-25% (Bridge J. A. et al., 2006), suicidal plans-6%, suicidal attempts-0.6% (Blasco M. J. et al., 2019).

Thus, in early adolescence, many children have not yet reached the cognitive maturity to formulate a suicide plan, and therefore the number of completed suicides in this age group is less than in the older adolescent period. However, it is early adolescence

(from the age of 10) It is characterized by the appearance of the first suicidal thoughts (O'sulli-van M. et al., 1998). Suicidal thoughts are of great clinical significance, since their timely identification and understanding allows you to change the hierarchy of experiences until the individual voices a well-thought-out plan and a mature decision about suicide. Various studies suggest differentiating: thoughts about death, death wish, thoughts about causing pain, thoughts about suicide (Lewinsohn P. M. et al., 1996; Mavreas V. G. et al., 1997).

The selected categories of suicidal thoughts are not mutually exclusive, each of them largely falls under the category preceding it. Although a suicidal thought does not necessarily involve an action, it is a contemplation of an action, hence it is a mental event or behavior, thus becoming part of a deliberate suicidal act (O'Sullivan M. et al., 1998). The intensity of suicidal intent is supported by suicidal thoughts. Undifferentiated thoughts can transform into more serious suicidal impulses within a short time (Beck A. T. et al., 1979). This fact is important in the assessment and prevention of suicide risk.

Despite the accepted dimensional structure of autoaggressive behavior, considered from non-suicidal self-harm to suicidal behavior in most modern scientific works, these two types of autoaggressive behavior are usually separated (Polskaya N. A., 2017; Nock M., 2004, 2006, 2009).

### *Self-harm behavior*

#### *Direct (intentional) self-injuring behavior*

Self-injuring behavior differs from suicidal behavior in less severe forms of auto-destructive manifestations and is defined as actions that cause damage to body tissues, do not lead to a fatal outcome, without suicidal intentions. Self-harming behavior is considered as a way of influencing oneself and others, associated with the peculiarities of maturation of the psyche and is a variant of developmental disorders (Polskaya N. A., 2017).

To describe non-suicidal self-injuring behavior, a number of synonymous terms can be found in foreign literature: "parasuicide" (Hjelmeland H. et al., 2002), "deliberate self-harm" (Moller C. I. et al., 2013). The features of non-suicidal self-harm include its

stability and addictive potential. Basic understanding of the functions of self-harm includes: affective regulation, stress management, self-punishment, interpersonal interaction, dissociation management, suicide prevention. (Polskaya N. A., 2014; Klonsky E. D., 2007; Edmondson A. J. et al., 2016). Self-harm is one of the concomitant symptoms in depressive and borderline personality disorders (ICD-10, DSM-5).

Among the most significant causes of self-injuring researchers note: affective regulation, self-punishment, sensational thinking, interpersonal interaction, suicide prevention, expression of sexuality, study of body boundaries (Suyemoto K. L., 1998; Klonsky E. D., 2007; Nock M., 2009; Carrol R., 2011, 2013; Edmondson A. J., 2016).

Studies have shown that about 60% of adolescents who resort to self-injuring at the age of 12-17 years have different forms of personality disorders (Ayodeji E. et al., 2015). The most common forms are borderline personality disorder (26.6%), anxiety disorder (25.5%), antisocial disorder (18.5%), and depressive disorder (18.2%).

No specific risk factors for non-suicidal behavior were identified. All existing factors are equally relevant to both suicidal and self-harming behavior (Jacobson C. M. et al., 2008). One of the most significant prerequisites for self-injuring behavior in adolescence is revictimization resulting from sexual and physical violence (Noll J. G. et al., 2003; Nock M., 2006). Among adolescents over 18 years of age, a significant social factor for self-injuring is the lack of employment (do not study, do not work) – 24% (Mars B. et al., 2014).

Non-suicidal self-injuring includes the following types: skin injuries (cuts, skin dissections, opening wounds, stab wounds, freezing, self-tattooing and piercing); ingestion of objects; refusal to receive treatment in case of serious illness.

Of all the types of non - suicidal self-injuring behavior, the most common (70-90%) are skin cuts, scraping, carving images; 21-44% are claps, blows, self-beating; self-incineration-about 15-35% of all self-harm (Nijman M. C. et al., 1999). Most individuals resort to only one method of self-harm, but it is not uncommon for multiple methods to

be used. Some researchers provide data on the use of individuals for 16 types of self-harm (Whitlock J. et al., 2006).

There is a classification of types of self-harming behavior (large-scale, stereotypical, moderate), which are presented in Table 2. (Favazza A. R. et al., 1993).

Table 2.  
Types of suicidal self-harming behavior

Large-scale	Stereotypical	Moderate		
		Compulsive	Episodic	Recurring
Self-amputation, self-castration	Patting or hitting the Limbs	Trichotillomania	Self-cutting, self-burning, blows	
Psychosis	Neuropsychiatric Diseases	Affective disorders		

Scale type self-harming behavior includes extreme severity acts characteristic of psychoses (Self-amputation, self-castration, etc.). Stereotypical type of self-harm is quite common in contrast to large-scale, usually not associated with the use of tools, leads to superficial and minor tissue damage, mainly detected in human development and neuropsychiatric disorders (Syndrome Gilles de La Tourette). An example of stereotypical self-harm can be patting or hitting the tongue or limbs. A moderate type of self-harming behavior also manifests itself in superficial, minor injuries, and can be compulsive, episodic, or repetitive. Compulsive self-harm refers to acts of a non-heavy ritualistic nature, including such types as trichotillomania, etc. Episodic and repetitive types of self-harm are similar in the methods used (such as self-attacks, self-burning, blows), but differ in the duration and frequency of actions, starting from several times a year, becoming more regular, for example, weekly.

Self-injury behavior is inherently associated with increased suicide risk. Specific features of self-injury behavior that indicate an increase in suicidal risk include: an increase in the frequency of self-harm episodes (Whitlock J. et al., 2007, 2008; Klonsky E. D. et al., 2008); the severity and number of methods used (Cooper J. et al., 2005), an increase in the number of forms of self-harm (change or addition), especially the appearance of attempts to poison drugs or poisons (Nock M., 2006); increased sensitivity to negative internal experiences or thoughts (inability to tolerate them); loss of effectiveness (self-injury ceases to perform its psychological functions); increased feelings of

hopelessness, difficulty identifying goals, vision of the future; high level of anhedonia along with negative self-esteem; experiencing feelings of hatred or rage towards yourself and your body; increased risky behavior (Klonsky D., 2011).

A special socially sanctioned form of self-harming behavior is body modification, which is an action that violates the integrity of the body for demonstrating its attractiveness, the formation of a new body image (Polskaya N. A., 2014; Moller C. I., 2013). Such actions can be carried out by the subject either independently or non-verbal request for assistance. Body modifications include piercings, tattoos, insertion of implants under the skin, etc. Adolescents with tendencies to body modifications show a high frequency of self-harm (Voroshilin S. I., 2012; Polskaya N. A., 2014).

### *Indirect self-harm behavior*

Indirect self-harm is the gradual infliction of damage to the body, in which the physical damage becomes visible after a while and no direct tissue damage is performed. For the first time, the term "indirect suicide" was formulated by N. Farberow (1980). Indirect suicide was understood as actions with unconscious consequences, having a long duration in time and leading to self-destruction. Such actions include: alcohol abuse, drug use, tobacco use, delinquent behavior, gambling addiction, unrestrained excitement, non-compliance with medical recommendations. In the case of indirect self-harm, there are repeated behavioral patterns that lead to a gradual deterioration of the condition (Turp M., 2002; Nock M., 2006; German S. et al., 2016). Currently, the following types of indirect self-harming behavior are distinguished: use of substances, eating disorders, risky behavior, violation of sexual behavior.

One of the most common forms of indirect self-harming behavior is the use of psychoactive substances. The toxic effect of substances on neurophysiological systems in adolescence leads to a developmental disorder, manifesting itself at all levels (biological, mental, psychological, social) (Butorina N. E., 2002).

Analysis of studies on the use of substances allows us to identify 4 main vectors in determining its place in understanding its place and role among other types of autoaggression (Grigorieva A. A., 2018):

1) the use of substances is considered by researchers as a form of non-suicidal self-harming behavior or masked suicidal behavior, differing from explicit suicide only by the degree of awareness and the rate of death (Shaidukova L. K. et al., 2006; Bisaliev R. V., 2007; Zaritsky M. G. et al., 2012; Grigorieva A. A., Korchagina G. A., 2017);

2) as an independent form of indirect self-harming behavior, an alternative to direct self-harm (Moran P., et al., 2015; Esposi-to-Smythers C., et al., 2012);

3) as a trigger of self-harming or suicidal behavior, due to the state of intoxication (Hufford M. R., 2001; Osipova N. N. et al., 2020);

4) as a comorbid disorder, which is a factor influencing the occurrence of self-harming or suicidal behavior (Nock M. K., Prinstein M. J., Sterba S. K., 2009; Norström T., Rossow I., 2016).

The predisposition of adolescents to the use of substances, as well as to addictive behaviors, is largely associated with the characteristics of the puberty period and the influence of socio-demographic factors. The emerging psyche of the sub-sprouts is quite mobile and particularly sensitive to various internal and external factors. Especially strong external factors are: socio-economic; moral and ethical-insufficient development of the spiritual level of young people; socio-pedagogical-problems of child-parent relationships and difficulties of interaction in the school environment; unorganized of leisure activities. A special interest in psychoactive substances, which often look like a way of initiation, transition to adulthood and acquisition of a special status, is manifested in the process of searching for forms of self-expression and actualization by adolescents. An unsatisfied need for self-affirmation leads to an attempt to realize oneself not only in creativity, but also in negative forms of activity – violence, crime – or leads to a retreat. It is known that if in the period from 10 to 21 years a person could keep from taking psychoactive substances, then the development of narcological disorders is unlikely (Romanova O. L. et al., 1995, 1998).

When comparing the causes and factors of behavior associated with the use of psychoactive substances and other forms of autoaggression (self-injures, suicidal behavior), some researchers tend to identify common mechanisms and factors (Williams F., Hasking P., 2009; Nock M., 2014), others, on the contrary, focus on their specificity (Bisaliev R.



V., 2009). Among the common mechanisms are the influence of long-term stressors, emotional dysregulation, cognitive distortions (Esposito-Smythers C., et al., 2012), the desire of the individual to avoid negative internal experiences (Chapman A. L., Gratz K. L., Brown M. Z., 2006), difficulties of emotional regulation (Swahn M. H., Bossarte R. M., Sullivent E. E., 2008).

The teenagers use psychoactive substances involves several stages: experiment - increased interest in psychoactive substances; start of the first trial; systematic consumption – substance use is associated with a specific situation (group of friends, discos, clubs, etc.); regular consumption (abuse) – signs of dependence on the reception of the substances; drug disease, drug addiction, alcoholism, substance abuse (Sirota N. et al., 2003; Arshinova V. V., 2007; Gorodova E. E., 2007).

When forming an addictive personality, the process of correlating one's real capabilities with the current situation is disrupted, and, accordingly, the possibility of evaluating these capabilities in the context of future prospects. It is noted that adolescents with addictive behavior are directed to the past, that is, they have a retrospective temporal orientation (Usenkova E. V., 2013). There may be both hypertrophied negative reactions to failure, and the inability to set adequate goals corresponding to the real level of personal development (Ryzhov V. V. et al., 2012). While adolescents who do not use substances always have a future orientation that correlates with the experience of the present.

In addictions, real and ideal goals turn out to be undifferentiated, which makes it difficult for the development of the individual, its active movement forward. The idea of its high-value causes excessively high expectations of life, the discrepancy of which leads to violations of the value-semantic level. The individual experiences a lack of resources and opportunities to achieve their goals. As a solution to this problem, addictive behavior is chosen, where it is not necessary to put much effort to obtain pleasure and satisfaction of the individual.

Addictive individuals are characterized by weak and non-constructive coping mechanisms with social stresses, which further strengthens the relationship between the individual and society. V. D. Mendeleovich (1998) also pointed out the low psychological stability relating to stress and crises in people who are prone to addictions. While healthy

people find ways to adapt to stressful situations, people with addictive behaviors avoid such situations due to a lack of internal resources and psychological stability. The desire to avoid responsibility, anxiety, stereotyped behavior, fear of social contacts, intolerance to crisis are integral psychological characteristics of people with addictive behavior (Segal B. M., 1967).

Comparing healthy people and individuals with addictive behavior, researchers (Mendelevich V. D., 1998; Segal B. M., 1967) especially emphasize the fact that the mechanisms of protection and adaptation if a collision with difficulties in the latter are poorly expressed and weak. When difficulties arise, they refuse to implement their plans, not translating them into reality. That is, there is a violation in the process of self-realization: the perceived potential is not realized and is not used, which, in turn, leads to a decrease in self-esteem, low satisfaction and the search for quick ways to eliminate the experience of personal frustration (Grigorieva A.A., Povarenkov Yu.P., 2016).

Another common form of indirect self-harming behavior in adolescents is risky behavior. The term "risk" comes from the Latin word "risicare", which means "to decide". The understanding of risk includes both the element of probability that certain events (consumption of a certain type of narcotic drug) may occur, and the degree of severity of such harm (usually defined as "danger").

The concept of risky behavior can be defined as the activity of a person aimed at satisfying needs, thereby creating a threat to the life of an individual or his social status, that is, any behavior that can cause or bring the onset of negative consequences: psychological, medical, social, etc. (Kudryavtsev V. N., 1982; Gilinsky Ya. I., 1997; Kleiberg Yu. A., 2001; Andronnikova O. O., 2005; Ratinov A. R., 2016). Risky behavior refers to an indirect form of auto-aggressive behavior, representing a suicidal equivalent (Andronnikova O. O., 2005). From autoaggressive risky behavior should be distinguished such behavior with the presence of risk, which does not have a destructive impact on the life and health of a person, representing a way of adapting to life.

The degree of involvement in risky behavior is determined by biological, social and psychological factors. Biological factors include the specific maturation of the pre-frontal cortex in adolescents and the limbic system: due to the lack of maturity of these

parts of the brain, it is difficult to consciously control one's own behavior. This feature explains the tendency of adolescents to commit unconscious, spontaneous actions with a threat to life and health.

Psychological characteristics of individuals with risky behavior can be considered impulsivity, low self-control, the desire to achieve success, subjective behavioral norms; a sense of illusory control over the probability of an event and over their ability to slow down or accelerate the development of this situation, the subjectively perceived value of the results of their behavior (Ajzen I. et al., 2003).

A significant role in the formation of risky behavior of adolescents is played by the reference social group. Studies have shown that adolescents with normative behavior are guided primarily by the opinion of their classmates, second-by the opinion of parents and adults, and only last - by the opinion of friends outside of school. In adolescents with a tendency to asocial forms of behavior, the most significant reference point is informal adolescent groups that are not related to the environment of classmates (Chelysheva Yu.V., 2015).

Personal characteristics of adolescents with risky behavior are impulsivity, the desire for independence and self-affirmation, aggressive tendency to dominance (Sharok V. V., 2010; Voroshilin S. I., 2013; Shaboltas A.V., 2014; Grigorieva A.A., 2020).

Types of risky behavior:

- roofing-walking on the roofs of high-rises and skyscrapers, abandoned construction sites;
- train surfing, hooking-trips on the roofs or ledges of railway trains, trams, trolley-buses;
- frequent change of sexual partners, refusal of protection during sex; offenses.

The attractiveness of risky behavior for adolescents is explained by the specifics of subjective experiences: testing their capabilities and self-affirmation, a sense of non-standard, plasticity of their behavior relating to social norms, a sense of passion, creativity of the process. Experimenting with risk and danger, teenagers impulsively, unconsciously plunge their lives and health into destruction.

Studies have shown that indirect types of autoaggressive behavior such as risky behavior, promiscuous sexual relations, alcohol and drug abuse correlate with suicidal behavior in adolescents (Grigorieva A.A., Usova L.E., 2020; Khan M. M. A. et al., 2020)

Even though people who resort to both direct and indirect types of self-harm have similar pathocharacterological features, researchers have emphasized significant differences between them (Nock M., 2006; German S. et al., 2016). Thus, individuals who are prone to direct types of self-destructive behavior (SPD) are more critical of their behavior with high rates of impulsivity, aggressiveness, a tendency to negative affect, high comorbidity with mental disorders and, ultimately, a greater risk of completed suicide. The main difference between direct forms of self-harming behavior is the presence of a special cognitive style with a pronounced negative attitude towards oneself. Negative beliefs about oneself act as predictors for behavioral acts associated with tissue damage, since the cognitive construct becomes the basis for the ability to tolerate and withstand pain directly at the moment of self-injury, displacing sensitivity to one's body and self-empathy. Individuals with indirect types of self-harm are less aggressive in responding to problems, less impulsive, less willing to endure pain, and the cognitive style is not characterized by a high level of self-criticism (Nock M., 2006; German S. et al., 2016).

### *Undetermined Self-Injurious*

Undetermined Self-Injurious can be defined as systematic events that result in causing harm to health by negligence (accidents) (Ruzhenkov V. A., Ruzhenkova V. V., 2014) or actions with uncertain intent that lead to a fatal outcome (Pritchard C., Iqbal W., Dray R., 2020). These include injuries resulting from careless actions, as well as types of autoaggression that are difficult to categorize unambiguously, such as non-suicidal self-harming behavior, suicide, or as one of the types of indirect autoaggression, for example, risky behavior.

### **1.2.3. Epidemiology of different types of autoaggressive behavior**

Researchers note that from 30 to 70% of the adolescent population are subject to various mental and personal disorders (asthenoneurotic, depressive, borderline, etc.), increased physical and mental fatigue (Rozanov V. A., 2018). This specificity of adolescent

age largely determines the vulnerability of adolescents to adverse factors and the choice of autoaggressive behavior as a coping strategy.

According to the World Health Organization, the number of suicides among adolescents over the past 30 years has increased 30 times against the background of an annual increase in suicide attempts. Since 1950, suicide has taken the 2nd or 3rd place, leading among the causes of adolescent mortality. In 2003, the reasons for the increase in the number of teenage suicides in 1960, 1970, and 1980 were analyzed (Gould M. S. et al., 2003). One of the most significant reasons is the involvement of adolescents in the use of drugs and alcohol.

In 2014 (data from the 2014 WHO report), suicide ranked 4th in terms of mortality among people aged 15 to 29 years. In 2016, more than 6,000 children aged 10-24 years died due to suicide. According to some forecasts, by 2020, suicide will take the 2nd place among all causes of death in the age group of 15-34 years (Report on the results of a statistical study of suicides among children and adolescents. Ministry of Health and Social Development of Russia, 2017).

The prevalence of suicidal thoughts in adolescence ranges from 12.1 to 29.9%, suicide attempts-from 4.1 to 10.5% (McLoughlin A. B., Gould M. S., Malone K. M., 2015). A meta-analysis of data from 59 low-and middle-income countries for 2019 showed that the number of suicidal ideations is 16.9%, suicide plan-17.0%, and self-murder attempts-17.0% in the last 12 months (Uddin R. et al., 2019).

The results of an American study in secondary and high schools showed that students in grades 9-12 in 13.8% of cases had serious intentions towards suicide; 10.9% had a ready-made suicide plan; 6.3% had a history of suicide attempt; 1.9% received serious injuries as a result of a realized suicide attempt (Grunbaum J. A., 2009).

According to Russian researchers, adolescents aged 11-16 years have thoughts of suicide (11.8%), a desire to kill themselves (2%), think about suicide, but do not plan to commit it (8.8%) (Kholmogorova A. B., 2009; Pavlova T. S., 2013). Completed suicides are more common in men, whereas non-suicidal self-injures behavior is more common in women. The rate of completed suicides among males is higher and is 4: 1 compared to females (Jans T. et al., 2012). In adolescence, it is already clearly evident: adolescent girls

have a higher risk of suicide attempt (OR 1.96, 95% CI 1.54–2.50), while adolescent boys have a high risk of mortality of this attempt (HR 2.50, 95% CI 1.8–3.6) (Miranda-Mendizabal A. et al., 2019).

Overall, 4 to 10% of boys and 10 to 20% of girls have a history of suicide attempt (King C. A., 1997). Adolescent boys are a more difficult group to access to implement preventive strategies. However, gender-like specificity in suicidal behavioral patterns is not observed by researchers in all countries (Grunbaum J. G. et al., 2002).

Age-based cumulative estimates of the prevalence of suicidal behavior indicate an increase in suicidal behavior in adolescence: starting from the age of 10 (<1%), the indicator increases slightly until the age of 12 (2.2%), and then increases sharply to maximum values, which decline is observed only after that until the age of 20 (13.5%) (Voss C. et al., 2019).

A quarter of all teenage suicide attempts to occur within the first month of seeking medical help. This fact highlights the importance of screening for suicidality in the medical examination of adolescents (Rotheram-Borus M. J. et al., 1996). At the same time, even with the temporary detection of a high suicidal risk (both specific suicidal traits and a wide range of psychological features and problems), it is quite difficult to assume whether preventive work with a teenager will be effective or not.

The prevalence of non-suicidal self-injures among adolescents varies from 8.8 to 23% (Hilt L. M., 2008; Nock M. K., 2006). The peak age of self-injures onset is between 12 and 14 years. Self-injures is more often inflicted by girls. The tendency to self-harm behavior will reveal the 62.6 percent of adolescents aged 12-15 years (Kholmogorova A. B., 2009, Pavlova T. S., 2013; Demuthova S., A. Demuth, 2019).

Some researchers have noted that non-suicidal self-injures behavior can occur in childhood, with the earliest age being 4 years (Yates T. M. et al., 2008). About 5% of self-injures detected in adolescence began within 10 years (Whitlock J. et al., 2006, Lewis S. P., 2008). Early forms of self-injures for the first time represent a random motor act, which is fixed under the influence of social, psychological, biological factors, acquiring the character of a special intrapersonal relationship of an individual with himself (Pol-skaya N. A., 2017).

About 2/3 of adolescents (over the age of 18) involved in non-suicidal self-injures behavior had a single suicide attempt (O'Connor R.C. et al., 2018). The frequency of suicidal attempts and self-harming is presented as follows: 60% adolescence with suicide report an average of 2 suicidal attempts; 80% of respondents with non-suicidal self-injures behavior had an average of 4 acts of self-harm (O'Connor R. S. et al., 2018).

Adolescents who use substances have an increased risk of non-suicidal self-injures, and the earlier the use begins, the higher this risk (Kaminer Y., 2015). At the same time, among adolescents with non-suicidal self-injures, the percentage of users of substances is 4 times higher than the population indicators (Moran P., 2015).

Among adolescents with self-harming behavior, the proportion of users of psychoactive substances (cigarettes, cannabis, alcohol) is significantly higher than in adolescents with normative behavior. In the works of L. M. Hilt (2008), it is indicated that persons with self-harming behavior in 46.7% of cases resort to the use of alcohol and drugs. While the percentage of users of substances without self-harm was 4.4%. According to another study, 59.6% of self-injures show signs of drug-related disorders (Nock M. K., 2017). Revealed comorbidity of self-injurious behavior in different types of substance use: 12.6% used marijuana, 29.5% - alcohol. There is also evidence in studies that thoughts of self-injury are accompanied by thoughts of substance use (Nock M. K. et al., 2009).

The clearest link is between an increase in the use of psychoactive substances by adolescents and an increase in the level of suicide. According to the literature, 20-50% of adolescents with suicide behavior suffered from narcological disorders, and 22% of suicides were committed in a state of alcoholic intoxication (Popov Yu.V. et al., 2017). A meta-analysis of autopsy data from individuals with completed suicide attempts showed that 18% of those who died had substance abuse disorders.

Substance use by adolescents can increase suicidal behaviors such as suicidal ideation, suicide attempts, and completed suicides. The trigger role of alcohol is reflected in the works of M. R. Hufford (2001). The influence of alcohol intoxication on the increase in suicidal risk is considered in the context of an increase in the level of psychological distress, which directly affects the manifestation of autoaggression (Shustov D. I., 2016; Cloninger C. R., 1988; Khantzian E. J., 1997; Goldston D. B., 2004). The frequency of

suicide attempts correlates with regular use of psychoactive substances (Crumley F. E., 1990).

The most pronounced association between suicidal and non-suicidal self-injury and regular use of significant doses of alcohol, among adolescents 13 years and younger (Aseltine Jr R. H., 2004; Nock M. K., 2006).

About 14% of mostly male adolescents, with a total population of 1,331 hospitalized after self-injury and suicide attempts, reported regular drug use (Hawton K., 2003). Subsequent drug use after an attempt is a predictor of new suicidal actions.

Teenagers who smoke are more likely to engage in self-injury behavior. Among girls who smoke, there are 3 times more manifestations of self-injury behavior. No such trend was found among boys. Tobacco smoking is associated with an increased risk of suicide attempts: it is 4 times higher in smokers than in non-smokers (Mäkikyrö T. H., 2004).

The consistent relationship between self-injury behavior and substance use is reflected in the work of researchers (Hawton K. et al., 2003; Patton G. C. et al., 2007). Adolescents with a history of self-injury behavior are at significant risk for substance use and addiction at a young age (between 20 and 30 years). In the standard sample (20-30 years), 15-17% of young people consumed alcohol above the recommended weekly norm. At the same time, in the group of 20-30-year-old respondents with experience of self-destructive behavior in adolescence, alcohol consumption exceeding the weekly norm was 23%, alcohol abuse – 28%. Multiple dependence syndrome was observed in 4-5% of subjects aged 21-25 years with normative behavior in adolescence and in 15-16% of subjects who had experience of self-injury.

In a number of studies, it is noted that it is the adolescent population that is most susceptible to asthenoneurotic, depressive disorders, characterized by manifestations of borderline personality disorders, and differs from the adult sample in increased intellectual and physical fatigue. According to domestic developers, from 30 to 70% of adolescents are subject to depression, long-term daily stress (Rožanov V. A., 2018).

The presented epidemiological data allow us to note that complex autoaggressive manifestations are common among adolescents. More often there are such combinations



as the use of psychoactive substances with suicidal and non-suicidal forms of self-harming behavior.

The nature of the relationship between different types of autoaggressive behavior can be divided into 2 large groups:

1) representing a complex, that is, different types of autoaggressive behavior occur along with each other, remaining in the form of alternative behavioral manifestations in the current age period (Fig. 2);

2) characterized by a consistent relationship, that is, one dominant type of autoaggressive behavior is replaced by another during different age periods) (Fig. 3).

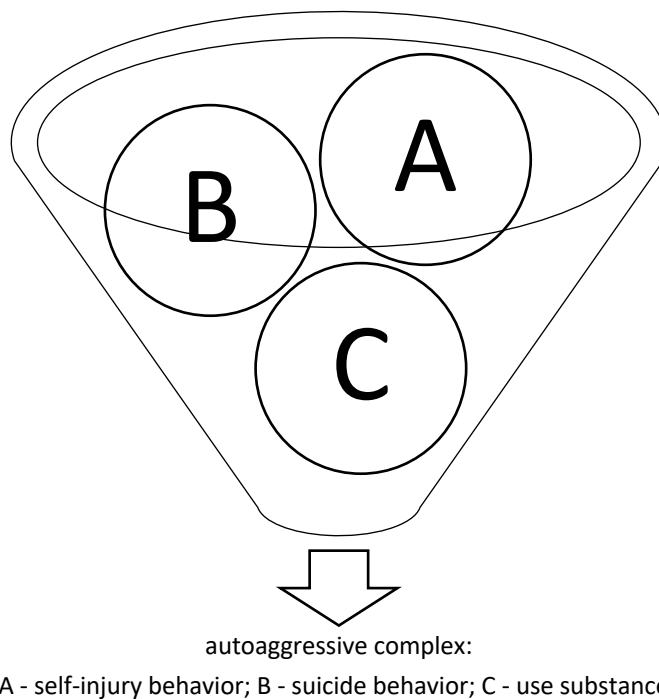


Figure 2. Complex of types of autoaggressive behavior

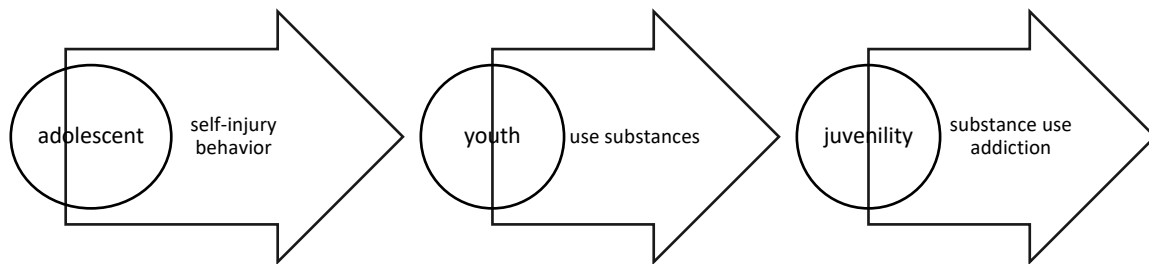


Figure 3. Consistent relationship between types of autoaggressive behavior

In a complex of different types of autoaggressive behavior, the use of substances and self-harming behavior can accompany each other comorbidly, and can become a trigger or a factor that enhances one or another type of autoaggressive actions. For example, the experience of self-harm in adolescence becomes an independent risk factor for the development of multiple dependence syndrome in adulthood.

Thus, autoaggressive behavior, including suicidal and self-injury behavior, is widespread in adolescence and presents a serious social and medical problem. An increase in the risk of autoaggressive behavior is already observed in 10-year-olds, which necessitates early detection and prevention of suicidal, self-injury, risky behavior and the use of substances. Particular attention should be paid to identifying the risk of complex poly-modal combinations of different types of autoaggression, due to the increased probability of fatal outcomes, as well as specific personal factors and manifestations of autoaggressive behavior in the implementation of prevention programs.

### 1.3. Theoretical approaches to understanding autoaggressive behavior

Autoaggressive behavior of adolescents has attracted the attention of many researchers. In recent years, various etiological models have been proposed to explain the phenomena of suicidal, self-harming behavior, as well as indirect types of self-harm,

especially the use of substances. However, none of the theories gained an advantage. Given that the emergence of autoaggressive behavior is a multi-factorial process, each approach focuses on a more significant aspect in its context. There are 4 main groups of factors of autoaggressive behavior: biological (genetic), social, psychological, and clinical. In accordance with the selected groups, theoretical approaches can be divided into the following types: psychological, psychiatric, social, biological, as well as integrative, combining a group of factors.

Psychological approaches conceptualize autoaggressive behavior as the outcome of the main psychopathological process. From this perspective, suicide and self-harm are more closely related to the psychological context that accompanies the emergence and maintenance of auto-destructive actions. Within the framework of the psychological approach, there are several directions, each of which appeals to certain psychological predictors (emotional, personal, behavioral, cognitive, interpersonal, etc.), highlighting them as significant in the understanding of autoaggression: psychodynamic, cognitive-behavioral, humanistic (phenomenological).

The understanding of autoaggressive behavior within the framework of the psychodynamic approach developed from the idea of turning aggression related to an introverted object on oneself (Freud Z., 1998) to the interpretation of suicide as a consequence of experiences associated with the defeat of the narcissistic Self (Henseler H., 2001; Kilborn B., 2007).

Psychodynamic models attempt to understand how the expression or suppression of life, death, and sexual motives can trigger autoaggressive intentions. Thus, in the anti-suicidal model, self-damaging behavior is considered as "microsuicides", since it allows you to gain superiority over death by directing destructive impulses to your own body (Firestone R. W. et al., 1990; Himber J., 1994). The anti-suicidal self-harm model focuses on personal behavior as an active coping mechanism used to prevent suicide.

The sexual model of autoaggressive behavior suggests that acts of self-harm are a consequence of avoiding and suppressing sexual desires and an attempt to control puberty. One of the arguments given by the authors of this model is that before puberty, there is virtually no self-injurious behavior, respectively, after the completion of the stage

of puberty, the number of autoaggressive acts also decreases (Offer D. et al., 1960; Simpson M. A., 1975; Woods P. J. et al., 1988; Daldin H. J., 1988).

Empirical testing of data from psychodynamic models has shown that even though individual researchers provide psychoanalytic reports on cases of autoaggressive behavior (Friedman M. et al., 1972; Woods P. J., 1988, Grande T. et al., 2000), empirical evidence for this approach remains insufficient. Such aspects, unique for the psychodynamic approach, as psychosexual conceptualization and interpretive approach, do not coincide with those psychotherapeutic methods that are recognized as effective in autoaggressive behavior (expression and regulation of emotions, alliance with a psychotherapist, understanding and regulation of one's own behavior) (Ettinger S., 1992; Suyemoto K. L., 1998).

The modern psychoanalytic approach connects autoaggression with the consequences of the diffuse identity of the borderline personality, with the narcissistic radical and its immature compensatory mechanisms (Kernberg O. F., 2000; Kilborn B., 2007; Henseler H., 2001). The inability of such a person to accept his limitations and imperfections leads to the choice of death as a victory over disappointment. The concept of diffuse identity, according to the theory of O. Kernberg (2000), is defined as a violation of integration between significant others and the Self-concept (Kernberg O. F., 2000). In adolescence, diffuse identity manifests itself in difficulties of self-identification, inconsistent behavior, and a superficial assessment of others (Bannikov G. S. et al., 2013). Autoaggressive behavior in the psychodynamic approach is considered as protective and compensatory, aimed at restoring the integrity of the Self, the completeness of emotional experiences (Gunderson J. G., 2001).

A special role in understanding autoaggressive behavior in the framework of the psychodynamic approach is played by the assumption of ontogenetic factors: the experience of sexual or physical violence in childhood, early loss of the mother or premature separation from her. Such childhood experiences lead to a loss of the sense of Self-integrity and the development of autoaggressive behaviors as compensation for the child's disturbed mental experience (Mahler M. S. et al., 1975; Soloff P. H. et al., 2002; Fonagy P. et al., 2000).

In the psychodynamic model of self-harming behavior based on the idea of a violation of the relationship between children and parents (Suyemoto K. L. et al., 1995), it is proposed to distinguish 2 types of self-harm: non-dissociative and dissociative, associated with the corresponding types of child-parent relationships. In the case of non-dissociative self-harm associated with the expression of negative emotions, there were relationships in which the child begins to perform adult functions early, taking on the role of his parents. Dissociative self-harm is demonstrative in nature, aimed at improving social adaptation, occurs as a result of a lack of emotional closeness of the child with his parents.

Special attention in the psychodynamic theory of autoaggression is paid to the forest. The concept of "suicidal body" is used (Orbach I., 2006), which is characterized by dissociation, anhedonia, increased sensitivity thresholds, which contributes to suicidal behavior, facilitates the implementation of aggressive intentions relating to one's own physical self.

Another important concept of the psychodynamic approach to autoaggression is the "suicidal mind" (Briggs S. et al., 2008). Thoughts of suicide are the result of unbearable mental pain, which sharpens sensitivity to any external circumstances and actualizes narcissistic fragility. The development of psychodynamic ideas about the suicidal mind is based on the concept of mental pain (Shneidman E. S., 1993). Mental pain is compared to the experience of self-disintegration. The suffering person experiences internal and external aggression. In psychoanalysis, such feelings are compared to an uncontrolled flow of insanity (Bolger E., 1999). Mental pain includes 9 main indicators: irreversibility, loss of control, narcissistic fragility, alienation, "freezing", confusion, lack of experience of support, emptiness (Orbach I. et al., 2003).

The psychodynamic approach to understanding autoaggressive behavior in adolescence focuses on the concept of "subjectivization". Subjectivization is understood as the ability of a teenager to experience their individual identity with active involvement in intrapersonal and interpersonal difficulties associated with age-related changes in a teenager. Subjectivization is a 3-stage process: a teenager's self-knowledge through mastering his body, his emerging sexuality, mastering his thinking and controlling his movements. Successful completion of the subjectivization process gives the adolescent a sense of

security from mental and physical death (Briggs S. et al., 2008). The subjectivization model relates autoaggression to the inability of the child to engage in the process of subjectivization. Difficulties of subjectivization at each level lead to a violation of self-contained identification and distorted ideology, loss of control over internal experiences.

Theoretical ideas about the special attitude of suicidal adolescents to their body have been empirically confirmed: adolescents negatively express their feelings towards the body, their memories of early corporeality contain events that reflect negative manifestations of their loved ones (physical punishment, ignoring bodily needs, etc.)

In the context of the cognitive approach, autoaggressive behavior is considered as a consequence of cognitive distortions. Dichotomous thinking, a tendency to generalize, and rigid cognitive schemas lead to a sense of "hopelessness" as the main category that characterizes suicidal behavior (Beck A. T., 2001).

In cognitive behavioral theory, such types of autoaggressive behavior as suicide, self-harm, and substance use are considered as a variant of coping behavior responding to stress or experiencing internal vulnerability (Esposito-Smythers C., 2012). When faced with significant stress, cognitive processes proceed in a distorted way: maladaptive decisions and coping strategies are chosen that are harmful to the individual. Such cognitive distortions lead to emotional dysregulation with an attempt to stabilize equally due to such maladaptive strategies as the use of substances and/or self-harming behavior. At the same time, when the stressor persists for a long time, the use of substances and/or self-harm serve as an additional factor that worsens the cognitive and emotional background, which leads to suicide to relieve or escape from continuous emotional pain.

Empirical studies have revealed a pattern: the stronger the feeling of hopelessness, the less stressful stimulus is needed to activate suicidal behavior (Weishaar M. E., 1990). Based on the cognitive approach, conceptual models of suicide were developed: the concept of maladaptive schemes (Kholmogorova A. B., 2013; Wenzel A., 2009); the concept of suicidal mode and the theory of fluid vulnerability theory of suicide (Rudd M. D. et al., 2006).

In the concept of maladaptive schemes, suicidal attempts are divided into impulsive and non-impulsive. Impulsive attempts are accompanied by a feeling of intolerance to

one's own states and situations. Non-violent people are characterized by thoughtfulness, a longer time course and are accompanied by the experience of chronic hopelessness.

Within the framework of the concept of suicide vulnerability, suicide risk is characterized by 2 properties: basic risk and acute risk. Basic risk provides a general propensity, predisposition to suicide or suicide attempt. The basic risk may consist lacking protective personal factors, such as social support, optimism, and cognitive flexibility. The presence of a basic risk increases the individual's sensitivity to stress factors and, accordingly, to committing a suicide attempt. Acute risk is associated with stressful external events and depends on thoughts, emotions, and psychological experiences that arise responding to stress.

The concept of suicidal mode is based on the theory of suicidal vulnerability and the interaction of 4 main categories (thoughts, behavior, emotions, physical prerequisites) at the levels of basic and acute risk.

Within the framework of the model of expanding and building positive emotions, suicide is defined as an adaptive reaction of the individual to strong emotional experiences of sadness and hopelessness (Fredrickson B. L., 2001). As a preventive strategy for suicidal behavior, the author of the model proposes to increase stress resistance through training in positive thoughts, actions and affects.

The interpersonal psychological model of suicidal behavior (Joiner T. E. et al., 2005) suggests that suicide requires the desire to die and the ability to commit suicide. The death wish develops in the presence of 2 stable states: encumbrance and a sense of social alienation. The ability to commit suicide is associated with overcoming the instinct of self-preservation, which is strong enough and only developed willpower is not enough for this. The fear of pain, trauma, and death is reduced by repeatedly experiencing them. The feeling of being burdened arises as a result of a negative cognitive attitude that my existence is burdening the family. The level of suicidal thoughts increases with the experience of doom.

The feeling of social alienation is experienced as the absence of belonging to the reference group. The association between belonging and suicidality has been established for various population groups, including adolescents, young people, the elderly (Bonner

R. L. et al., 1987; Osgod N. J. et al., 1990; Roberts R. E. et al., 1993), and psychiatric hospital patients (Prinstein M. et al., 2000). Feeling burdened and socially isolated can lead to a desire to die, but one desire is not enough to realize suicide. The next step is to overcome the motives of self-preservation, which is achieved through regular self-harm or incomplete suicide attempts. Self-harm allows you to get used to the feeling of pain and reduce anxiety before the topic of death. It was also found that individuals with a history of suicide attempts had a higher tolerance to pain in general (Orbach I., 1997). Also, the increase in the ability to implement suicide occurs due to repeated exposure to painful experiences, the more painful and provocative experiences a person will be exposed to, the greater the ability to commit suicide he will have.

The model of T. E. Joyner (2005) was further developed in the framework of the 3-step model (Klonsky E. D., 2015). The basic principles of the 3-step theory are that

- a) suicidal ideas develop due to a combination of experiences of pain and hopelessness;
- b) a sense of social belonging (connectedness) is a key protective factor;
- c) the transition from suicidal ideas to attempts occurs when the individual can resist the pain and fear inherent in the suicidal attempt.

The model of S. R. Snyder (1994) considers suicidal behavior as a deficit of positive expectations from the future. The author is based on the prophylactic aspect in the formation of a sense of hope, which can be taught and trained (Snyder S. R., 1994).

The cognitive model of autobiographical memory deficit (Capture and rumination (car), functional avoidance (FA), and executive control dysfunction (X), - CaRFAX, Williams J. M. G., 2007) includes 3 types of memory processing disorder: fixation, rumination, functional avoidance, and administrative control. The author of the model assumes that individuals who have access to both general and specific memories and can restore them in a hierarchical order and apply them to a specific situational context are in an optimal well-being mental state. The CaRFAX model was developed to explain the specifics of memories in patients who are depressed and have experienced trauma and have suicidal intentions.



The integrative motivational-volitional model of suicidal behavior (O'Connor R.C., 2011) is a 3-phase structure and displays the relationship between background factors and trigger events. The three phases of the model include: preliminary-contains background factors, motivational-suicidal thoughts are developed, volitional phase-the implementation of a suicidal attempt.

The "Cry of Pain" model (cop, Williams J. M., 2001) combines the cognitive perception of the situation as a "trap", as well as the lack of strategies focused on solving the problem. According to the cop model, the risk of suicidal behavior increases when a person experiences events associated with 4 psychological characteristics: defeat and loss; inevitability of the situation, hopelessness (feeling of a trap); helplessness.

Empirical testing of cognitive models allowed us to identify specific cognitive content in suicidal intentions, including hopelessness, perfectionism, burden, lack of a sense of belonging, on which based therapeutic and preventive strategies. The use of cognitive models of autoaggressive behavior has become widespread in practice.

Based on the study of the specifics of adolescence, a cognitive-behavioral model of suicidal behavior in adolescents was developed. In this model, great importance is given to the facts of a predisposition to psychopathology and ontogenetic traumatic experience, which increase the vulnerability of the individual under stressful influences. As a result of psychopathological and post-traumatic predictors, a teenager develops maladaptive behavioral coping, as well as reduced emotional stability and the ability to affective regulation, impulsive response. As a consequence of such difficulties, the individual finds maladaptive behavioral strategies, such as self-harm and suicide (Linehan M. M., 1993; Spirito A., 2011).

The cognitive approach to understanding autoaggressive behavior in adolescence has become widespread in the interpretation of adolescent autoaggression within the interpersonal model: many empirical studies have shown an increase in the level of suicide risk in adolescents due to interpersonal problems (Stewart S. M., 2015; Opperman K., 2015). Based on empirical testing of the integrative motivational-volitional model, empirical data on autoaggressive behavior relating to the adolescent sample were also obtained (Hawton K. et al., 2012; O'Connor R.C., 2012). It was found that adolescents in 2

groups: those who think about self-harm and those who realize self-harm, do not have significant differences at the preliminary and motivational stages. While the volitional phase differs significantly in 2 groups: for adolescents who implement self-harm, such variables as impulsivity and imitation were expressed.

The humanistic approach formed the basis of the existential concept of suicide. According to this concept, suicide is one of the chosen forms of realization of existence. The main philosophical categories underlying the existential direction are:

- a) human existence, the purpose and meaning of what a person does;
- b) the possibilities of human existence, freedom and choice, actualization of one's own potential, responsibility for one's own life;
- c) limitations in own life and the ability to accept them;
- d) individual experience in different situations.

It is in the context of these categories that autoaggressive behavior is considered.

In the works of V. Frankl (1985), the concept of meaning, which determines a person's experience of life or his desire for death, is considered as fundamental. Death, the ending of existence, gives life a special meaning, fills it with the desire to live as full as possible. The cause of auto-aggression is largely noogenic neuroses, experienced as a loss of meaning, interest, apathy, routine, manifested in young people in the use of psychoactive substances, gambling addiction, suicidal behavior.

The constituent elements of the suicidal complex are the loss of internal semantic constructs, basic values, and a sense of responsibility for one's own life (Kudryavtsev I. A. et al., 2012; Telepova N. N. et al., 2016). The value-semantic sphere is the existential basis of the personality, has a regulatory function, creating a counterbalance to momentary impulses and situational external stimuli. Definitions of the meaning of life, consistency with life, a sense of fullness and self-actualization, purposefulness, authentic life—all this makes it possible to cope more successfully with different life circumstances (Frankl V. E., 2006; Garcia-Alandete J., 2009; Przepiorka A., 2012). A low level of meaning in life or its complete absence leads to a sense of hopelessness, a sense of lack of control over one's own life, and a lack of life goals (Lukas E., 2001). Increasing interest in the search for the meaning of life is a factor that counteracts the choice of

autoaggressive outcomes (Przepiorka A., 2012; Kleiman E. M., 2013), and accordingly, distortions of the semantic sphere and semantic regulation of behavior lead to suicidal behavior, self-harm, and the use of psychoactive substances. Violations of the semantic sphere are manifested in avoiding motivation, striving for rapid satisfaction of needs, non-acceptance of responsibility, and withdrawal from reality (Brun E. A., Mikhailov M. A., Tsvetkov A.V., 2017).

As prerequisites for autoaggressive actions, the humanistic approach considers primarily emotional experiences: anxiety, impotence, loss of self-belief, problems of self-actualization (Rogers C. R., 1975; May R., 1999). In the works of R. May, suicide and the use of substances are considered as negative outcomes of two states: loneliness and anxiety. Lack of constructive life goals, stagnation, despair, inability to find effective solutions to change the situation, strong and prolonged anxiety become the basis for destruction. According to the theory of K. Rogers (1975), the mechanism of destructive activity is a mismatch between the Self-real and the Self-ideal, frustration of the individual's need for self-esteem, loss of self-belief. If the subject admits that the cause of frustration is himself, the outcome is autoaggression: suicide, self-harm, drug addiction, alcoholism. The individual is free to independently determine the vector of development in his life, and in this sense, suicide serves as a free choice. Along with this, there is an opinion that suicide is an extreme form of escapism, that is, escape from a situation subjectively experienced as unbearable (Litinskaya D. G., 2012). I. Yalom (2009) developing ideas about the fear of death, considers suicide as an attempt to take control of your fear.

In existential analysis (Langle A., 2006), suicide is considered as a result of the internal attitude of the individual towards life. A negative assessment of one's own life leads to a decision against it, suicide. A. Langle identifies 3 factors that prevent the realization of suicidal intent: a positive internal attitude towards life, fear of death, lack of strength, due to the experience of depressive symptoms. Among the factors identified, the most important is a positive internal setup, which includes "rational knowledge" (awareness of the individual about the objective causes of what is happening) and faith (based on one's own experience and memories, a positive experience of life).

Another direction in the framework of the existential approach - dasainanaliz (Boss M., 2009; A. Holzhey-Kunz A., 2016) – considers suicide and dependence on the use of substances as the desire of the individual to refute the inevitability or simulation of changes. The key to understanding autoaggressive outcomes is the mental suffering that results from being aware of the "darkness of being." A person's special sensitivity to this or that aspect of being become a predisposition for such experiences.

The ability of the individual to overcome life's adversities is considered within the framework of the concept of resilience (Maddi S. R. et al., 1994.). A high level of resilience is accompanied by an experience of vitality, motivation for a healthy lifestyle, thus counteracting deviant forms of behavior. A number of authors consider a low level of resilience as a prerequisite for psychopathology and autoaggressive behavior (Maklakov A. G., 2001; Leontiev D. A., 2003; Alexandrova L. A. 2005; Borisov I. V., Gladysheva A. G., 2013; Garcia-Alandete J., 2009; Przepiorka A., 2012) and the ratio of protective factors and risk factors, as a prerequisite for autoaggressive outcomes in adolescence (Makhnach A.V. et al., 2007). The resilience of adolescents is determined by such protective factors as individual abilities, family relationships, and social support.

Ideas about adolescent autoaggression are reflected in the framework of several existential theories. D. Shumaker proposed a model for the development of existential anxiety in adolescence, which is the basis for autoaggressive behavior (Shumaker D., 2016). In adolescence, the concept of life and death begins to be understood in broader existential contexts (Berman S. L. et al., 2006). The normative task of this period is an existential study of the world, which consists in rethinking one's own future, values, relationships, etc. (Berman S. L. et al., 2006). The implementation of such an age-related task is associated with an increase in anxiety and depression. Existential anxiety is considered as a normative phenomenon of adolescence (Berman S. L. et al., 2006). The existential anxiety of a teenager is influenced by many biological, personal, family, and sociocultural factors. How it copes with this type of anxiety determines the processes of adaptation and disadaptation. In the crisis period of adolescence, a qualitatively different contact with existential anxiety is established than that achieved at earlier stages of the child's development. The level of existential anxiety in infancy is associated with the

frequency of microtrauma, manifested in delayed feeding, neglect, and abuse by the mother and other loved ones. Over time, the growing child will develop the verbalized experience of "living is terrible", "I can't trust anyone". As the child continues to grow up, three main aspects will influence how these existential problems and anxieties are experienced and resolved in adolescence: the experiences associated with traumatic experiences; changes in the process of growing up (worldview, identity, values, interpersonal relationships, etc.); attachment of the child to close people. An increase in existential anxiety is associated with an increase in the risks of autoaggressive behavior, such as self-harming, suicidal, risky behavior, and substance use (Grigorieva A.A., 2020).

Autoaggressive behavior of adolescents is defined as an apersonal form of behavior (Barannikov A., 2010). The strength and resource characteristics of a person are the main criteria for the formation of autoaggressive behavior. Clinical symptoms in the context of this approach are considered as a secondary factor. Individuals with impaired personality are characterized by a low level of contact with themselves (it is difficult to differentiate their emotional states), a reduced self-worth, and a low level of reflection on their behavior. Such characteristics become preferences to destructive forms of behavior, including those directed at themselves (Barannikov A. S. et al., 2009).

An important role in the formation of autoaggressive behavior in adolescence is assigned to their ability to authenticity (Badymov V. A., 2012). Authenticity in existential psychology is understood as the integrity of the image of the Self, self-acceptance in all its manifestations, the stability of the internal position of the individual, based on which a person interacts with the external world (Volkov Yu.G., 2006; Trufanova E. O., 2010; Zubova L. V., Solovykh O. V., 2013). The desire to search for one's own authenticity is a fundamental existential motivation of the individual (Langle A., Ukolova E. M., Shumsky V. B., 2014). The way a person identifies himself, understands and accepts his individual characteristics is projected on the social environment. The loss of authenticity in interaction with the world around the individual leads to a violation of personal boundaries, correlation with oneself and with the world, and the choice of an avoidant behavior strategy. Such a mechanism is the basis for a different kind of autoaggressive behavior (Radimov V. A., 2012).

Many existential theories and models of autoaggressive behavior, including relating to adolescence, have been empirically confirmed. In a number of existential studies, it is noted that the experience of an existential crisis, including the lack of meaning, a positive attitude to life, is associated with suicidal tendencies (Costanza A., 2019). A study by Spanish authors (José H. Marco J. H. et al., 2015) provides data on the role of the meaning of life in the formation of self-harming behavior in the age group from 16 to 60 years. There are studies that have shown that low levels of meaning are associated with mental health problems: substance use addiction, depression, and suicide (Kleiman E. M., Beaver J. K., 2013). It was revealed that the value structure of many young respondents with alcohol dependence syndrome is characterized by a narrow value-semantic orientation, limited meanings of personal life (Brun E. A. et al., 2017). Thus, the study Bokhan T. G., T. B. Berezovoi, V. N. Kuznetsova, O. N. Galazhinskaya (2014) provides data on the relationship of violation of the process of self-realization of patients with alcohol dependence. Problems of socialization are related to the formation of the image of the world and the way of life. The mechanisms of auto-destruction are triggered at the maximum gap between the image of the world and the way of life.

In studies of adolescent autoaggression, 4 main existential-psychological factors were identified that correlate with suicidality: hopelessness, hostility, negative Self-concept, and social isolation (Rutter P. A., 2004; Muehlenkamp T. J., 2014). In the works of Russian authors, it is shown that the lack of experience of meaning in adolescents affects suicidal thoughts and fantasies about death, and is a prerequisite for anti-vital plans (Rozanov V. A. et al., 2012).

The research of S. L. Berman (2006) presents empirical data on adolescent's experience of existential problems (Beerman S. L. et al., 2006). Half of the young people surveyed felt a premonition of death in moments of fear for their future fate (64%), experienced feelings of powerlessness (30%), emptiness (70%), condemnation (53%) and guilt (59%), 96% of the sample approved of at least one significant area of existential anxiety.

The social and environmental approach focuses on the role of social and environmental factors in autoaggressive behavior.

A. Bandura (1969) proposed a theory of social learning, in which aggressive behavior is a model that a person learns in the process of learning, focusing on his immediate environment: family, reference group, media, etc.

The heuristic model of self-harming and suicidal behavior focuses on the priority of social factors in the formation of various forms of autoaggressive behavior, including tobacco smoking, alcoholism (Heatherton T. F., Sargent J. D., 2009). Within the framework of the model, there are 3 groups of factors:

- 1) family, peers, neighbors-contribute to an increase in the risks of emotional dysregulation and psychopathology;
- 2) acute social stressors that cause the need for the formation of effective coping mechanisms;
- 3) social mechanisms of the leader involved in autoaggressive behavior.

Of course, the great merit of psychological and social concepts of autoaggressive behavior is to focus on the role of the individual and society, but these theories underestimate the biological and medical predictors of autoaggression.

In the last decade, there has been a flourishing of biological approaches to understanding the phenomenon of autoaggression, which is associated with the development of neurobiological sciences, the improvement of neuroimaging technologies. Interest in the biological basis of autoaggressive behavior is associated with attempts to find its objective grounds. Biological models of autoaggressive behavior include the concept of the endogenous opioid system (Richardson T. J., 1986; Favazza A. R., 1988; Sher L., 2009); the theory of serotonin transmission disorders (Herpertz S., 1997, Sher L., 2009); epigenetic theory (Weaver I. G., 2004) and monoaminergic theory (Brodie M. S. et al., 1990; Wize R. A., et al., 1992; McBride W. J. et al., 1993). Within the framework of the biological approach, lipid metabolism (Muldoon M. F. et al., 1990; Lindberg G. et al., 1992; Zureik M. et al., 1996); the immune system (Nassberg L., et al., 1993); the work of the hypothalamic-pituitary-corticoid system (Lester D., 1992; Gerra G. et al., 1997; Pivac N. et al., 1997); the role of gamma-aminobutyric acid (Mann J. J., 1998).

The clinical approach considers autoaggression as a product of mental illness. Thus, an increase in the risk of suicide and self-harm is associated with a borderline type

of personal organization (Esmailian N. et al., 2019; Rush K. et al., 2020), depression (Teismann T. et al., 2018 Brunstein Klomek A. et al., 2019), with mood disorders, especially anxiety spectrum (Himmelhoh J. M., 1987; Maris R., 2002; Hawton K., 2003), with post-traumatic stress disorder (Ambrumova A. G, 1983; Madsen T., 2014) alcoholism (Shustov D. I., 2004; Razvodovsky Yu.E., 2008).

The psychiatric syndrome model considers autoaggressive behavior as symptoms of mental illness, in accordance with the generally accepted medical classification of diseases. Thus, among the criteria for borderline personality disorder in the DSM-IV are: recurrent suicidal behavior, hints or threats of suicide, acts of self-harm.

Separately, we should highlight integrative models of autoaggressive behavior that combine psychological, psychiatric, biological and social approaches together. Integrative models consider autoaggressive behavior as a result of the interaction of a whole system of factors.

The model of suicidal behavior by A. G. Ambrumova (1978) is based on the combination of social and psychological factors underlying suicidal behavior. A. G. Ambrumova considers suicide as a result of social and psychological disadaptation, distinguishing 2 main phases in it: prepositional and suicidal. The predisposition phase includes psychopathological prerequisites, negative psychological experiences, which are divided into 2 main types: affective-tense and affective-reduced. The duration of this phase can be minutes, or even months. The transition from one phase to another catalyzes suicidogenic conflict.

Within the framework of the biopsychosocial approach, a model of Stress diathesis was developed (Coyne J. et al., 1991). Suicidal behavior is considered as a result of the impact of stressors on vulnerability, which is determined by a set of predictors: psychological predispositions, neurobiological disorders, ontogenetic traumatization, etc.

The integrative conceptual model is based on the theory of stress diathesis. B. S. Polozhiy (2010) proposed a systematization of ranks for groups of factors according to the degree of their influence on the occurrence of suicidal behavior. The first-rank factors, without which suicidal behavior will not occur responding to even the most severe stressors, include biological (genetic), clinical (the presence of mental diseases), personal-



psychological (impulsivity, emotional instability, difficulties with self-esteem, a tendency to self-blame, unformed value orientations, low stress resistance) (Ambrumova A. G., 1997; Polozhiy B. S., 2010; G. S. Bannikov, 2015; Panchenko E. A., 2016; Mann J. J., 1999; Zalzman G., 2016). Factors of the second rank include the evil use of psychoactive substances, religious beliefs, facts of violence, somatic diseases, etc. These factors contribute to the increase in suicidal risk, but are not predictors of its occurrence. The third-rank factors include indicators of socio-economic and political well-being of the society, as well as ethno-cultural factors.

The model of trajectories of development of suicidal behavior in adolescents (Bridge J. A., 2006) includes the following factors that determine the risk of suicidal behavior in adolescents: mental and physical disorders, individuality and psychological characteristics, family, biological factors, infection, access to means of suicide, medical intervention.

The complex functional model of self-harm in adolescents (Nock M., Prinstein K., 2009) includes an idea of automatic and social negative and positive reinforcement.

The stress vulnerability model (Wasserman D., 2001) considers suicide as a process influenced by psychosocial and neurobiological factors. Stress vulnerability is determined by neuroendocrine mechanisms.

#### **1.4. Summary of the chapter**

The first chapter of the dissertation presents the materials of theoretical analysis of domestic and foreign authors on the features of adolescence and autoaggressive behavior.

In the first paragraph, the boundaries of adolescence are defined, and the psychological characteristics of adolescents are considered. It is noted that the adolescent age is characterized by numerous and multifaceted changes in the physical, mental, psychological, social, and spiritual levels. The basis for the increased risk of adolescent deviance, including autoaggressive behaviors, are psychoendocrine processes (high frequency of occurrence and manifestations of mental disorders), social changes (contradictory position of a teenager between childhood and adulthood, orientation to the norms of the

reference group), psychological (difficulties in forming self-consciousness, negative mental tension, risk-taking, high level of aggression, impulsivity, mental rigidity).

The second section reveals the concept, content, characteristics, factors, and mechanisms of various forms of autoaggressive behavior. It is shown that a specific feature of autoaggressive behavior in adolescence is the involvement of an individual in various forms of deviant behavior: the use of substances, risky behavior, self-harm, etc. The epidemiology of different types of autoaggressive behavior of adolescents is presented. There is a correlation between an increase in the use of psychoactive substances by adolescents and an increase in the level of suicide and self-harming behavior. Two types of interrelation between different types of autoaggression are distinguished: 1) polymodal complex - different types of autoaggressive behavior occur along with each other, remaining in the form of alternative behavioral manifestations in the current age period; 2) consistent relationship - one dominant type of autoaggressive behavior is replaced by another during different age periods.

The third paragraph of the chapter is devoted to the analysis of theoretical approaches to the understanding of autoaggressive behavior. The main theoretical approaches are presented: psychological, social, biological, clinical, integrative. Within the framework of the psychological approach, the directions that appeal to certain psychological predictors (emotional, personal, behavioral, cognitive, interpersonal, etc.) are considered, highlighting them as significant in the understanding of autoaggression: psychodynamic, cognitive-behavioral, humanistic (existential). The analysis of this question showed that the most widely cognitive-behavioral approach regards aggression as a consequence of cognitive biases, the formation of non-adaptive behavioral patterns, and increasing vulnerability of an individual to stress due to psychopathological and ontogenetic factors. At the same time, the key to understanding the phenomenon of autoaggression is the internal attitude of the individual towards life and death, which is considered in existential approaches. It is shown that it is in adolescence, accompanied by the formation of a system of values and meanings, that the concepts of "life" and "death" become relevant for the individual. The important role of existential experiences and factors in

the formation of autoaggressive behavior of adolescents is noted: existential anxiety, a sense of authenticity, a sense of life as "good", resilience, etc.

## CHAPTER 2. PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

### 2.1. The concept and classification of types of preventive care

Prevention of autoaggressive behavior is a set of measures aimed at preserving and strengthening the mental health of a person, preventing the occurrence or recurrence of autoaggression, including early detection of both signs of this behavior and factors affecting it, changing the existing disadaptive behaviors, reducing the risk of their recurrence.

The main goal of prevention is to reduce mortality and reduce the harm to mental and somatic health caused as a result of direct and indirect types of autoaggressive behavior.

Achieving the goal is possible by solving various tasks:

- on the formation of motivation to change, to lead a healthy lifestyle;
- strengthening protective mechanisms thanks to organizations available medical support, social support for families, psychological assistance of the personality (Wasserman D., 2015);
- change self-injurious strategies, alternative adaptive forms of interaction with themselves and the society (Galich G. O., et al. 2010; Maddi S. R., Khoshaba D. M.).

Among the main principles of prevention of autoaggressive behavior, timeliness, an integrated approach, consistency, and differentiation are noted.

There are several approaches to the classification of preventive interventions. The World Health Organization divides prevention into primary, secondary and tertiary. In the context of prevention of autoaggressive behaviors, each type can be defined as follows.

Primary prevention is universal, aimed at the entire population. It should be noted that the sample to which primary prevention can be directed is mixed: it includes both persons with normative behavior and persons with signs of autoaggression. In this regard, the tasks of primary prevention are universal: orientation to a healthy lifestyle, informing about negative factors and circumstances, strengthening personal resources, increasing stress resistance.

Secondary prevention is more specialized. Its main content is people who have suicidal thoughts and intentions, have facts of non-suicidal self-harm, use substances or engage in risky behavior. Its tasks include early identification of risk groups and implementation of corrective measures aimed at changing maladaptive behaviors and preventing their recurrence.

Tertiary prevention is aimed at people with persistent disadaptive behaviors: those who have committed a suicide attempt, who have addictive behavior associated with self-harm or the use of substances. The task of tertiary prevention is to assist the individual in social and psychological adaptation after medical interventions, the implementation of measures aimed at strengthening the individual and the search for adaptive personal strategies to prevent the recurrence of previous autoaggressive behavioral forms. Another important task of tertiary prevention is to monitor the current psychological state, implement timely crisis interventions to prevent the possible recurrence of auto-aggressive acts.

In addition to raising awareness, identifying the risks of autoaggression, treating psychiatric diseases, etc., an important task of secondary and tertiary prevention of auto-aggressive behavior is to limit access to instrumental damaging and deadly means, the work of the media (Mann J. J. et al., 2005).

The complex of preventive measures at each level necessarily includes prevention, screening and intervention. The term "intervention" is defined as measures aimed at improving health or changing the course of the disease (Arshinova V. V., 2012), which largely coincides with the understanding of the goals and objectives of prevention. Often both terms are used locally - "preventive interventions". The division of psychological assistance into prevention and intervention seems conditional due to the inability to clearly distinguish these measures at the stages of secondary and tertiary prevention (Shneidman E., 1965, Grollman E. A., 1988; Arshinova V. V., 2012; Emelyanov O. A., 2016). The intervention includes psychocorrective psychotherapeutic, rehabilitation types of psychological, psychological-pedagogical, social and medical care.

Measures implemented within the framework of prevention of autoaggressive behavior can be divided into medical (including the provision of specialized psychiatric care and general medical measures aimed at treating the somatic consequences of direct and

indirect forms of autoaggressive behavior, including a suicide attempt), informational or educational (intended both for specialists with the aim of improving competence in the field of autoaggressive behavior, and for the general population, information about the availability of specialized medical and psychological care and the importance of a healthy lifestyle), social (aimed at changing the social status and improving social conditions), as well as psychological. The task of psychological measures is to activate personal resources aimed at increasing resistance to auto-destruction factors, as well as correctional work with persons who resort to auto-aggressive behavior (Wojciech V. F., 2007).

Another classification of prevention level includes universal, selective, and indicative prevention. B. S. Polozhiy and E. A. Panchenko upgraded this classification relating to the prevention of suicidal behavior, including an additional level of anti-crisis response.

Universal prevention is aimed at the general population, as with primary prevention. Main tasks at this level: 1) raising awareness of the population and specialists (doctors, psychologists, teachers, social workers) about the risk factors for the development of suicidal behavior and protective factors, informing about the work of services and specialists who can provide emergency assistance in situations of physical harm; 2) conducting specialized preventive programs; 3) forming motivation for a healthy lifestyle (Baikova M. A., 2016).

Selective prevention is aimed at individuals with determinants of suicidal behavior. The objectives of this stage are to screen suicidal risk, as well as medical, social and psychological assistance to persons who have fallen into the risk group based on the results of screening.

Anti-crisis level-aimed at individuals with identified suicidal intentions. The assistance provided during this stage focuses on the elimination of these intentions to prevent the transition to active suicidal actions.

Indicative prevention is aimed at individuals who have made a suicide attempt, and is aimed at preventing a possible relapse of suicide. At this stage, pharmacological and psychotherapeutic treatment is carried out, monitoring of the current state of the suicidal person, psychocorrective work with the family. The levels of universal and anti-crisis

prevention correspond to the secondary stage of prevention, respectively, the indicative one corresponds to the tertiary one.

Thus, psychoprophylaxis of autoaggressive behavior includes prevention, intervention and detection, implemented both relating to the entire population, and differentially relating to persons belonging to the risk category. The main purpose of psychoprophylaxis is to influence the mental sphere of an individual to prevent the occurrence or recurrence of autoaggressive acts. Secondary and tertiary prevention focuses more on detection and intervention, including screening, psychocorrection, and psychotherapy.

## **2.2. Basic approaches in preventive interventions in relation to autoaggressive behavior**

Various psychotherapeutic approaches are used to solve the problems of prevention of autoaggressive behavior. At the level of primary prevention, the use of psychotherapeutic methods is aimed at the formation of protective personal mechanisms. At the secondary and tertiary levels - for correcting behavior. In the prevention of autoaggression, the following approaches are used: psychodynamic, cognitive-behavioral, interpersonal, existential, etc. (Berman H. L., et al., 2006). Many areas of prevention, despite their theoretical development and empirical validity, are not specific to adolescence. It should be noted that there is a lack of empirical data on the effectiveness of different psychotherapeutic approaches in the prevention of adolescent suicides in outpatient settings.

### **2.2.1. Psychodynamic approach to the prevention of autoaggressive behavior**

Psychodynamic therapy is based on five important principles:

- 1) the central role in mental functioning belongs to the unconscious;
- 2) human behavior has a symbolic meaning;
- 3) there are internalized unconscious conflicts;
- 4) each symptom has its meaning;
- 5) transference-based thoughts play an important role in therapy.

The main tasks to be solved during therapeutic intervention in suicidal and self-injurious behavior are to regain control of one's own emotional state and decide other than the self-destructive one; to form an image of the Self as opposed to diffuse identity, and to improve interpersonal relationships. Psychodynamic therapy is used with both adults and children (Delgado S. V., 2008). During suicide therapy, patients are encouraged to focus on panic anxiety and the loss of control that occurs with suicidal intentions. Much attention is paid to the phenomenon of transference in therapeutic relationships, as well as to the recognition and interpretation of unconscious intentions of the individual.



Psychodynamic therapy is designed for a long period. Evaluation of the effectiveness of therapeutic intervention is carried out after 1-5 years.

The psychodynamic approach includes such types of psychotherapy aimed at working with suicidal and self-harming behavior as interpersonal, transfer-focused, object relationship therapy, as well as psychodynamic therapy based on mentalization. The use of the psychodynamic approach in psychotherapy with adolescents with suicidal and self-harming behavior is actively being developed (Briggs S. et al., 2009), but most types of psychodynamic therapy are still focused on adults and have proven their effectiveness only relating to this age group.

Interpersonal psychodynamic therapy (interpersonal psychodynamic therapy) was developed for the treatment of outpatient patients with depression to improve interpersonal relationships and skills (Klerman G. L., Weissman M. M., 1994). Subsequently, it became more widespread in use with patients with borderline personality disorder who use substances. Each group therapy session is designed to focus the patient's attention on analyzing interpersonal successes and failures. Contradictory results of controlled randomized trials of the effectiveness of this type of therapy in adult patients with indirect types of autoaggression were obtained: disorders of eating behavior and the use of substances (Weissman M. M. et al., 1981). Regarding suicidal and self-harming behavior in adults, there are isolated data on a decrease in suicidal thoughts after 4 therapy sessions (Guthrie E. et al., 2003). There is up-to-date data on the effectiveness of interpersonal psychodynamic therapy with adolescents suffering from depression (Horner A. J., 2018).

Psychodynamic therapy based on mentalization (mentalization-based therapy) is aimed at improving the control of the affective state, including the identification and expression of affect, strengthening the patient's sense of Self. Significant aspects of therapy are the position of the psychotherapist and the mentalization of transference. The use of psychotherapy based on mentalization has a limitation in working with borderline personality disorders, since patients with this disorder do not have sufficient ability to mentalize (Bateman A. et al., 2010). There are studies of the effective use of this type of therapy with adolescents demonstrating self-destructive behavior (Rossouw T. I. et al., 2012).

Transfer - Focused Psychotherapy has been adapted to work with adolescents with borderline personality disorders (Kernberg O. F. et al., 2008). It uses as a theoretical basis the model of the modern psychoanalytic theory of object relations. Therapy uses methods of representing rejected parts of the Self and other people. The main goal is the integration of identity. It is assumed that increased differentiation and integration of experiences leads to the fact that the individual develops the ability to think more flexibly and positively about significant others and about himself. The general objectives of therapy include improving self-control, reducing impulsivity, increasing the ability to regulate emotions, increasing relationship satisfaction, and improving the ability to realize life goals (which are consistent with the abilities and desires of the individual). Specific goals include reducing the severity of symptoms characteristic of borderline personality disorder, in particular suicidal and self-harming behavior. Studies provide data on the effectiveness of this type of intervention in dealing with borderline personality disorder, as well as data on reducing suicidality (Kernberg O. F. et al., 2008; Doering S. et al., 2010; Levy K. N. et al., 2019).

Object-relations psychodynamic psychotherapy is based on the idea of involving the psyche in object relations as a prototype of interpersonal relations here and now (Horner A. J., 1991). This therapeutic approach is used for patients with borderline personality disorder who have self-harming behavior (Lewis K. C. et al., 2016). There are few empirical data on the use of this type of intervention with adolescents with self-harming and suicidal behavior (Stavrou P. D. et al., 2018).

Current reviews have shown that psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy is effective in reducing suicidal behavior and has short-term effectiveness in reducing self-harm (Briggs S. et al., 2019). There is also evidence of the effectiveness of this approach with children and adolescents with various mental disorders (Gatta M. et al., 2019). However, more research is needed on the effectiveness of the approach with adolescents with suicidal and self-harming behaviors.

### **2.2.2. Cognitive-behavioral approach to the prevention of autoaggressive behavior**

Cognitive behavioral therapy (CBT) is based on a functional model that explains autoaggressive behavior primarily as a result of a psychopathological process. The goal of therapeutic intervention is a context that determines the occurrence and maintenance of the risk of autoaggressive behavior over time. Cognitive behavioral therapy is widely used in working with both adults and adolescents with suicidal and self-harming behavior. The advantage of therapy is the short-term format and the ability to carry out anti-crisis interventions in a period of high suicide risk.

A distinctive feature of cognitive behavioral therapy with suicidal patients is the position that the thinking and perception of such a patient contain negative conclusions, to which he has reduced or no critical perception at all. In this regard, the main method in the work of the therapist is to identify, investigate and assist the patient in re-structuring such conclusions (Beck A., 2003).

In preventive work in suicidal behavior, CBT is based on the idea that the hypertrophied perception of suicidal people of their problems, the tendency to project current failures into the future, and the lack of attempts to solve difficulties increase the desire for a suicidal outcome. The main task of CBT in working with both suicidal and self-harming behavior is determined by focusing on the formation of skills for finding ways to solve problem situations that are alternative to self-harm and suicide.

Brief Cognitive Behavioral Therapy, - BCBT in suicide prevention is designed for short-term intervention with a high suicide risk in both adults and adolescents (Rotheram-Borus M. J. Et al., 1994). It is based on the theory of flexible vulnerability of suicide (Fluid vulnerability theory of suicide) and the concept of suicidal mode (Concept of suicidal mode). A central component in the BCBT is the crisis response plan. The therapist provides the patient with clear information during the intervention, which step-by-step describes the actions that need to be taken during a crisis to respond more adaptive to it. The main competencies of the BCBT specialist include knowledge of terminology, forming a therapeutic alliance, and drawing up informed consent (Silverman M. M., 2006).

At the first stage of short-term therapy, it is necessary to determine what individual beliefs the patient has about suicide. During therapy, it is important to show respect and support for the patient's tendency to autonomy. Next, the therapist provides the patient with information about the causes of suicide, as well as about the features of therapy, and then develops an individual action plan with the patient for each problem situation, recording it on special cards that the patient can use when faced with these situations in everyday life (Stanley B. et al., 2012).

One of the most effective approaches to cognitive-behavioral therapy of the third wave is dialectical-behavioral therapy (DPT, Lainen M., 2019). This direction was developed for women with borderline personality disorder who have a history of long-term and multiple non-lethal suicidal behavior. It is based on the biosocial model of suicide. It includes a wide range of forms of work: psychoeducation in life skills groups, individual psychotherapy, telephone consultations between sessions, clinical supervision. Individual psychotherapy involves a wide range of cognitive-behavioral methods: training of emotional regulation, coping with stress, problem-solving, ability to cognitive restructuring, behavioral training. The emphasis is placed on the philosophical principle of "dialectics": during the conversation, contradictions and inconsistencies are found in the patient's ideas about life, in particular relating to situations related to autoaggressive behavior. Important in therapy is the special position of the therapist to accept the patient's autoaggressive behavior and offer him alternative ways out of the existing situations. The therapist acts as an adviser to the patient, doing important work for the patient himself, and not fulfilling the order of relatives. The task of the therapist is to find meaning and value in every reaction of the patient and translate it to him. Dialectical-behavioral therapy has been adapted to work with adolescents (Rathus J., et al., 2002; Backer H. S. et al., 2009) as suicidal (Klein D. A. et al., 2011), and with self-harming behavior (Fleischhaker C. et al., 2011). The protocol of dialectical-behavioral therapy for adolescents includes techniques aimed at emotional regulation, stress tolerance, and improving interpersonal relationships.

Problem - Solving Therapy (D'zurilla T. J. et al., 1971) involves teaching the skills and attitudes necessary to promote active problem-solving. The main targets of therapy are: formation of positive attitudes in the analysis of the problem; training in rational problem-solving (problem formulation, generation of alternative solutions, decision-making and verification); reduction of the intention to avoid and impulsive problem-solving. This type of therapy is actively used in working with adolescents with both suicidal and self-harming behavior (Eskin M., Ertekin K., Demir H., 2008; Walker K. L. et al., 2017).

Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy (MACT) (Evans K. et al., 1999) is a short-term type of psychotherapy that combines problem-oriented therapy with cognitive methods aimed at preventing relapses of suicidal attempts and non-suicidal self-harm. It is used with both adults and adolescents. There are data from researchers on the effectiveness of using MACT with adults: reducing suicidal thoughts, the degree and severity of self-harming behavior (Harned M. S., Jackson S. C., Comtois K. A., Linehan M.M., 2010). The MACT program has been adapted for adolescents (Taylor L. M. W. et al., 2011). The teen version is called the Cutting - Down Program (CDP). The program was tested on a small sample, based on the results, data were obtained on the reduction of self-harming behavior, reduction of symptoms of depression and anxiety in adolescents.

There is a wealth of evidence on the effectiveness of different CBT approaches in treating depression in children and adolescents (Brent D. et al., 1997; Clarke G. et al., 2002; Melvin G. et al., 2006). Some researchers have noted the limited effectiveness of this approach relating to suicidal behavior of adolescents and the use of substances (Donaldson D. et al., 2005; Spirito A. et al., 2011; Esposito-Smythers C. et al., 2012). When comparing the results of different directions of CBT in the treatment of adolescent auto-aggression, no significant differences were found.

According to the results of brief-term cognitive behavioral therapy, the number of suicide attempts decreased by 32-50% (Craig J. Brian et al., 2018).

A study of the effectiveness of DPT showed that within 12 months there is a 32% reduction in self-harm symptoms. 86% of patients remain on therapy for a year (Craig J.

Brian et al., 2018). The number of second suicide attempts after a course of therapy is 40%. The use of DPT for suicidal adolescents did not reveal any advantages in comparison with conventional CBT approaches in treatment.

Found advantages in the application of problem-oriented therapy for adolescents with suicidal behavior and non-suicide self-injury in comparison with conventional CBT therapy (Townsend E. et al., 2001; D. Donaldson et al., 2005).

In a pilot study the results of applying the training cognitive-behavioral therapy (MACT) with teenagers revealed a slight decrease in the frequency of self-harm, however, compared to other methods of therapy a statistical difference in efficiency was not detected (K. Evans et al., 1999; Taylor L. M., 2017).

The results of the use of Integrated Cognitive-behavioral Therapy (I-CBT) for the adolescent population with suicidal behavior and the use of substances showed better results than with the usual CBT strategy. The protocol of integrated CBT, in contrast to conventional CBT, includes both individual sessions with the teenager and individual therapy for parents. The empirical data show the following results: the resumption of suicidal attempts in adolescents after the course of I-CBT – 5%, CBT-35%; the return of a depressive episode of I-CBT – 7%, CBT-31%; In similar proportions, the return to the use of substances by adolescents after therapy is measured (Esposito-Smythers C. et al., 2011).

Other types of CBT therapy, such as group therapy for emotional regulation (Emotional regulation group therapy), acceptance therapy (Acceptance and Commitment therapy) was evaluated for effectiveness only in a sample of adults.

In general, the study of the effectiveness of different types of CBT therapy is comparable in effectiveness. The number of repeated suicidal attempts after undergoing therapy ranges from 5 to 40%, according to various researchers.

### 2.2.3. Existential approach to the prevention of autoaggressive behavior

Existential therapy is aimed at solving the issues of a person's existence in the world, his relationship with it. The central themes of both existential philosophy and existential therapy are the themes of life and death, which is especially relevant when considering the suicidal intentions of the individual. The main ideas in existential therapy are:

- 1) therapeutic relationships are the driving force behind positive personality changes (Beutler B. et al., 2012);
- 2) personalized approach: what suits one person does not suit another.

Accordingly, the main actions of the therapist are reduced to empathic inclusion, the formation of close relationships with the patient, modeling the ability to resist those existential givens that are relevant in the life of a particular person (Schneider K. J., 2011). The methodology of existential therapy allows both identifying and promoting the formation of meaning-life attitudes, experiencing freedom, improving adaptation in the social environment surrounding the individual, and increasing the degree of self-awareness and authenticity. In Activation of the value-semantic sphere of personality, reliance on the understanding of existential motivations creates favorable conditions for the processes of self-actualization and self-realization of the individual, which, in turn, is a protective mechanism of autoaggressive forms of behavior (Grigorieva A.A., Povarenkov Yu.P., 2016).

The main areas of existential therapy used in the work with autoaggressive behavior include: therapeutic dasein-analysis (Holzhey-Kunz A., 2016); logotherapy (Frankl V., 1990); existential-analytical therapy (Langle A., 2006); existential-integrative psycho-therapy (Schneider K. J., 2011). A meta-analysis of randomized controlled trials of different types of existential therapy has shown the advantage of logotherapy over other therapeutic approaches (Vos J. et al., 2015).

Logotherapy (Frankl V., 1990) is a psychotherapeutic approach aimed at helping the individual to acquire goals and meanings in life. Logotherapist works with the specific meaning of the specific situation in which the individual finds himself. The vector of logotherapy is directed to the future: mental health is the optimal tension between what

has already been achieved and what remains to be achieved. An important part of logotherapy is crisis prevention. The main methods of logotherapy-paradoxical intention; de-reflection and Socratic dialogue are aimed at developing self-distancing and self-transcendence, changing self-perception in stressful situations, and reducing the negative effect of reflection. Self-distancing is defined as the ability of a person to take a position relating to himself and the world. Self-transcendence – going beyond oneself-manifests itself in the ability to empathize and experience intimacy, to live for someone, to feel valued, to experience deep relationships. Logotherapy is characterized by a special attitude to the themes of life and death. Death (the ending of existence) gives life a special meaning, fills it with the desire for maximum fullness. One of the concepts used in logotherapy is "noogenic neuroses", experienced as loss of meaning, interest, apathy, routine, manifested in young people in a situation of substance use, gambling addiction, suicidal behavior. A meta-review of the effectiveness of logotherapy and existential analysis in both mental and somatic disease in adults and children is presented in the works of A. Battiani (Thir M. et al., 2016). The use of logotherapy in working with adolescents with auto-destructive behavior has been substantiated in many studies (Dogra A. K. et al., 2011; Hannila P. et al., 2013). The effectiveness of prevention of suicidal thoughts in adolescents has been shown (Bronk K. C. et al., 2010; Golami M. et al., 2010; Armstrong L. L. et al., 2013; Haditabar H. et al., 2013; Kang K. A. et al., 2013). There is a decrease in suicidal thoughts and suicidal behavior with the assistance of adolescents in the formation of meaning during therapeutic work. For indirect types of autoaggression, such as alcohol consumption, accompanied by the experience of loss of meaning, there is also evidence of the effectiveness of psychotherapy in adolescence (Schnitzer L. W. et al., 2013).

Existential analytical therapy (Langle A., 2018) is aimed at the co-action of the individual in the experience of fulfilled existence. The task of psychotherapeutic intervention is to identify and emphasize the personal against the background of psychopathological manifestations. A. Langle (2006) identified the following significant aspects in the fight against suicidality: the conclusion of an anti-suicidal contract, the identification of dissimulations of suicidal intentions, the study of motives, feelings, plans relating to



suicide. The main directions in the psychoprophylaxis of suicidality correspond to measures aimed at preventing depression: recognition of stress factors and self-care when they are detected; care for values (feelings, relationships, body, etc.); correlation with time; psychotherapeutic work with negative life attitudes and life obstacles that are perceived as unsolvable, hopeless. The principles of existential analysis in the therapy of children and adolescents have found their application in the works of A. Loktionova (2002), V. O. Kuzubov (2015), T. N. Karpunkina (2015). However, there is no data on the effectiveness of the existential-analytical approach in the prevention of adolescent suicidality.

Existential integrative psychotherapy (EIP), a therapeutic approach recommended for working with adolescents (Schneider K. J., 2008; Shumaker D., 2017), allows young patients to re-accept aspects within themselves that were previously rejected. Questions of the meaning of life, mortality, responsibility, individuality and guilt are faced by many, if not all, people. The four existential givens of human existence by I. Yalom (2009) – fear of death, meaninglessness, freedom and isolation-are at the heart of many human experiences. Existential integrative psychology uses in its work with adolescents methods borrowed from other types of existential trends: paradoxical intention, appeal to the actual life contents, work with the resistance of the adolescent, the method of confrontation with oneself, discussion of significant values, the position of the "presence" of the therapist in the process.

The similarity of EAT with the directions of the third wave of CBT (mindfulness, receiving therapy, etc.) is noted by many researchers, which testifies to its effectiveness. Efforts to integrate existential therapy with other treatment approaches are becoming more common. Existential therapy methods have been integrated with CBT (Hickes M. et al., 2012; Gebler F. A. et al., 2014; Sotskova A. et al., 2016), multimodal approaches (Rugala S. A. et al., 1998), and narrative therapy. There are data on the effectiveness of existential integrative therapy relating to adolescents with both direct and indirect forms of autoaggressive behavior (Karavalaki M. et al., 2016). R. D. Chessick (1996) and D. Shumaker (2012) provided a description of cases of effective application of the existential approach in the treatment of adolescents with autoaggressive behavior.

Therapeutic dasein-analysis is aimed at forming the attitude of an open vision of the individual himself and acceptance of life in its fact and immutability. The approach has proven to be effective in the clinical practice of psychiatrists (Jelscha S., 2018). The main methods used in dasein-analysis are Socratic dialogue and phenomenological vision (Kazakova I. D., 2016). Phenomenological vision is defined as a perception that is free from the attitudes of consciousness, addressed to the subjective experiences of the individual relates to the perceived object. There are isolated data on the use of this approach in adolescents with indirect forms of autoaggression (Corrado C. A., 2012) and in suicidality (DuBose T., 2009). The main idea in the prevention of adolescent suicidality in the framework of dasine-analysis is to worry about the spiritual contents of a teenager before the onset of his first thought of suicide. Therapeutic intervention is aimed at helping the child to discover unique ways of being, preventing oppositional behavior or rejection of one's own life, which arise in the case of a blocked experience of one's uniqueness.

### *Integrative approaches*

Comprehensive preventive approaches are being actively developed, including the methodology of psychodynamic, existential-humanistic, cognitive-behavioral and other areas, as well as focused on different types of interventions (medical, social, psychological). An example of such an integrative approach is the project "Collaborative assessment and management of suicidality" (CAMS, Jobs D. A., 2016). This approach is focused on short-term prevention of suicidal behavior.

Developmental Group Therapy is widely used in working with adolescents. The therapeutic approach combines problem-oriented, dialectical-behavioral and psychodynamic therapy. Evaluation of the effectiveness of this type of therapy did not reveal any advantages in comparison with other types of therapy (Green J. M. et al., 2011).

Table 3 provides a summary of the comparative analysis of psychotherapeutic approaches used in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents described in this chapter.

Table 3.  
Comparative analysis of psychotherapeutic approaches  
used in the prevention of autoaggressive behavior

Approach to prevention	The main ideas	Types of therapy	The goal of therapy
Psychodynamic	The central role of the unconscious in mental functioning The behavior has a symbolic meaning There are internalized unconscious conflicts. The symptoms are important. Transference-based thoughts play an important role in therapy	Interpersonal psychodynamic	Focus the patient on analyzing interpersonal successes and failures
		Psychodynamic, based on metallization	Improve the control of the affective state, including the identification and expression of affect, enhancing the patient's sense of self
		Focused on the transfer	Integration of identity
		Psychodynamic therapy of object relations	The construction of the interpersonal relations in the here and now
Cognitive behavioral	The thinking and perception of a patient with autoaggression contain negative conclusions, to which he has a reduced or no critical perception at all	Brief cognitive behavioral therapy	Development of an anti-crisis response plan
		Dialectical-behavioral	Increase of emotional regulation, stress resistance, improvement of interpersonal relations
		Problem - Solving	Formation of positive attitudes in the analysis of the problem
		Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy	Training in rational problem solving
Existential	Autoaggressive behavior is the result of questions about the existence of a person in the World and his relationship with it. Therapeutic relationships are the driving force behind positive personality changes. Personalized approach: what suits one person doesn't suit another	Logotherapy	Helping the individual find goals and meanings in life
		Existential-analytical	Assistance to the individual in the experience of fulfilled existence
		Existential-integrative	Accepting inner aspects of the personality that were previously rejected
		Therapeutic Dasein-analysis	Formation of the attitude of an open vision of the individual himself and acceptance of being in its fact and immutability

Based on the results of the analysis of the use of various psychological approaches (psychodynamic, cognitive-behavioral, existential) in the correction of autoaggressive behavior, it was revealed that the most significant amount of data on the effectiveness of preventive interventions has cognitive-behavioral therapy, as well as its varieties (dialectical-behavioral and problem-oriented approaches). It should be noted that there is a lack of research on the effectiveness of a number of existential and psycho-dynamic directions.

At the same time, there is evidence of successful use of logotherapy and integrative existential therapy in professional interventions in dealing with adolescent autoaggression.

### **2.3. Prevention programs**

Preventive programs aimed at preventing the occurrence of various types of autoaggressive behavior are being actively developed all over the world (Grigorieva A.A., 2020). There are different approaches to the classification and systematization of these programs. Depending on the stakeholders, they are divided into state, public, regional, and private ones. Territorial coverage can extend throughout the state, can be represented at the level of regions, as well as local organizations. Program targeting is also one of the classification criteria: they can be directed at subjects with a potential risk, their parents and relatives, as well as specialists working with this contingent. The programs can be implemented with a differentiated approach depending on age, gender, type and level of autoaggressive behavior: universal (aimed at the entire population), selective (for the risk group), indicative (for children with autoaggressive facts). Also, programs can be considered from the point of view of a real theoretical approach to prevention: cognitive-behavioral, psychodynamic, existential, etc. Depending on the methodology used and the direction of professional activity of specialists who carry out prevention, educational, medical and psycho-social are distinguished. A certain level of prevention is another parameter of classification: primary, secondary, tertiary prevention programs, as well as comprehensive programs covering all levels.

In our study, analysis of prevention programs focused on the following aspects: type of autoaggression, prevention focused program (direct or indirect); the level of prevention (primary, secondary, tertiary), the theoretical foundations implemented in the framework of the program of intervention format (individual or group), as well as specialization programs for Teens.

Primary prevention programs based on a social approach and focused on the prevention of deviant behavior in general include: the "Coolness training" program (Hagemann O., 2008) for adolescents and young people who have a high risk of deviant behavior. The group trainings conducted within the framework of the program are aimed at

improving social competence, training in adequate ways of responding to crisis. The program "Time Out! Getting Life Back on Track" ( Appelqvist-Schmidlechner K., 2011) is focused on primary prevention. Adolescents are offered personal counseling on issues related to mental health problems, current life situations, self-realization and determining life prospects. The program is based on a psychosocial approach. It is held in the form of individual classes.

Prevention programs for direct types of autoaggression include prevention of suicidal and self-harming behavior. The Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP, Michel K. et al., 2015) showed high results. The program is based on cognitive behavioral theory and is used as a short-term therapy for patients after a suicide attempt and as a prevention of subsequent suicidal relapses. A modification of the program is the adolescent version (Assessment of Treatment in Suicidal Teenagers, - ASSIST).

The Brief problem-orientation intervention for suicidal ideation program (Fitzpatrick K. K. et al., 2005) is aimed at working with at-risk adolescents to improve coping skills in problem situations. Teenagers are shown videos with examples of behavior and problem-solving. An individual approach to the application of problem-oriented therapy is used, it is offered as a therapy for stationary and outpatient treatment.

Within the framework of cognitive behavioral training therapy (MACT), a special secondary prevention program for adolescents with non-suicidal self-injury "Cutting Down" was developed (Walker K. L. et al., 2017). The program includes both group and individual forms of work, calculated for 8-14 sessions.

Group therapy program for adolescents aged 12-17 years with repeated self-harming behavior (Green J. M. et al., 2011). The criterion for inclusion in the program is the presence of at least 2 episodes of self-abuse in the last 12 months. The program is based on group developmental therapy (Developmental group psychotherapy), combines methods of cognitive-behavioral, dialectical-behavioral and problem-oriented therapy, and includes 6 weekly group meetings in the hospital. Topics of meetings are determined by significant adolescent problems, such as difficulties in relationships with peers, bullying, family problems, etc.

The Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P) (Pineda J. et al., 2013) is designed for parents of adolescents (10-16 years old). RAP-P includes specialized screening for symptoms of suicidal behavior and mental illness, as well as intervention aimed at reducing the identified symptoms. Classes for parents are designed for one specific family, lasting 2 hours once every 2 weeks, during meetings with a specialist, parents are provided with information aimed at improving the understanding of suicidal and self-harming behavior and their symptoms. The program also includes activities aimed at identifying the strengths of parents, their ability to manage stress and resolve emerging conflicts, training in conflict resolution strategies, and improving the self-esteem of adolescents within the family.

The Gotland Program is based on the early detection of signs of depression and the provision of primary health care. Within its framework, doctors were trained in the early diagnosis of depression and the recognition of suicidal intentions. The program has proven to be effective, showing the role of the doctor in preventive work. Similar in the Russian Federation is the educational program on the recognition and therapy of depression (Kornetov N. A.), aimed, among other things, at the prevention of suicide, implemented in the framework of the support of the World Psychiatric Association. These programs focus primarily on medical approaches to understanding autoaggressive behavior. The level of preventive measures corresponds to secondary and tertiary prevention. The age range to which they are directed is not limited to adolescence, but includes different age categories.

Comprehensive programs aimed at different types of autoaggression and comorbid diseases are also being actively developed. In different European countries, the SUPREME (2007) program for mental health promotion is actively used (Carli V., 2016). The program includes a multilingual, culturally adapted, highly interactive website accessible to the public and aimed primarily at teenagers. The website provides users with access to interactive services: real-time live chat and a discussion forum led by mental health professionals. The site provides information related to various mental health issues. The purpose of such information content is to increase the level of knowledge and awareness about mental health and suicide, to combat stigmatization, to stimulate behavior

aimed at providing and seeking help in the case of observed acts of autoaggression. The effectiveness of the website was confirmed in a randomized, single-blind, controlled trial: there was a statistically significant reduction in negative outcomes associated with mental health, such as depression, anxiety, stress, and suicidal thoughts.

The Internet is actively used to implement programs aimed at identifying and preventing suicidal and self-harming behavior. A number of programs allow you to analyze the content of social networks and the map of social contacts of people with signs of suicidal behavior: the application of "Samaritan Radar" is aimed at analyzing personal profiles on Twitter (Evans R., 2014); the project "Sources of Strength Australia" - focused on finding people who show suicidal thoughts and signs of distress, showed high efficiency in randomized studies (Calear A. L. et al., 2016); The Research (SUPER Project) project uses network databases to identify suicidal dynamics (De Beurs D., 2017). Social networks in general have a great potential for implementing preventive programs.

The Youth-Nominated Support Team (YST, King C. A. et al., 2006) is a tertiary prevention program implemented in social networks to support adolescents and young people suffering from mental illness and being treated in hospitals due to a suicide attempt or self – harming behavior. The program is implemented in hospitals using an individual approach and is based on the principles of social support.

Recent meta-analyses provide evidence for evaluating the effectiveness of such programs aimed at reducing the risk of self-harming behavior and suicide attempts in adolescence. According to their results, it was found that there was no significant decrease in the level of suicide-related mortality in adolescents over the past 60 years (Moran P., 2015). In this connection, the issue of finding new solutions in the prevention of autoaggressive behavior is being updated.

#### **2.4. Prevention of autoaggressive behavior in secondary and high school**

Schools provide an opportunity for longitudinal monitoring of the development of personal characteristics and behavior of a teenager, as well as timely detection of emerging deviations, in particular, autoaggressive manifestations of adolescents. Preventive

work relates suicidal actions and self-damaging behavior, implemented based on educational institutions, is recognized as the strategy with the highest proven effectiveness (Mann J. J. et al., 2005; Zalsman G. et al., 2016).

Prevention of suicidal behavior of adolescents in general education institutions in the Russian Federation has been carried out since 2013 as part of a state initiative. According to monitoring data, prevention of child and adolescent suicide in educational institutions is implemented in 38 regions, accounting for 45.8% of the total number of subjects of the Russian Federation. However, quantitative indicators do not reflect qualitative data on the content and effectiveness of prevention programs. The author's programs implemented in schools do not always have the necessary scientific justification (Efimova O., 2014). Often, only the monitoring phase is carried out, aimed at identifying children and adolescents with autoaggression, without further preventive measures against them.

One of the largest school projects in the world is the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) (Carli V. et al., 2013). In Europe, the National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health (NASP) provides coordination work on suicide prevention. In 2009-2011, as part of this work, the SEYLE project was created, aimed at preserving and strengthening the mental health of young people and adolescents. The project included 3 main objectives: screening assessment of students at risk; training for students on healthy lifestyle formation, as well as specialized training for children involved in the risk group.

Most preventive programs are based on psychoeducation and a cognitive-behavioral approach. The purpose of the programs is to inform students about behavioral stress strategies, training in coping skills and overcoming negative emotional experiences (Grigorieva A.A., 2020).

The Signs of Suicide (SOS) program (Aseltine Jr R. H., 2004) is a school prevention program that has shown a significant reduction in the number of suicide attempts and suicides among adolescents as a result of its application. The program is based on a medical approach to understanding suicide as a result of mental illness. The program includes 2 components of prevention: education and screening aimed at identifying symptoms of depression and other risk factors associated with increased suicidality. The educational



component of the program is implemented by increasing teenagers understanding and recognition of depressive symptoms both in themselves and in their peers, encouraging a more adaptive attitude to depression and suicidal behavior, and increasing self-control over depressive symptoms and suicidal thoughts. Reviews of the effectiveness of this program showed different results. SOS has shown high efficacy in reducing suicidal attempts, but low efficacy in reducing suicidal thoughts (Katz S. et al., 2013).

A modification of the program "Signs of suicide" was the program of school prevention "Signs of self-Injury" (SOSI, Muehlenkamp J. J., 2010). It is educational in nature and includes 2 modules: for teachers and for students. The main objectives of the program are to increase knowledge about self-harm, including the recognition of signs and symptoms of self-harm, and the formation of skills to help both family and peers with self-harm. When implementing the program, such methods as showing videos, filling in self-assessment scales, and conducting group classes were used. According to the results of the program, it was possible to identify sub-sprouts of the risk group.

The short-term program "Surviving the Teens" (Strunk C. M. et al., 2014) is also aimed at educating adolescents (12-18 years old) and their immediate environment about the symptoms of depression and suicide. The program includes 4 classes of 50 minutes in the format of psychological education (lectures, analysis of video materials) and interactive activity (role-playing, training). The main goal of the program is to teach adolescents to recognize the signs of depression and suicide, to improve interaction with parents and peers, and to teach them to regulate their affective states. The program relies on a cognitive approach, including reframing and relaxation techniques.

School training programs «Question, Persuade, Refer» (QPR) have become more widespread abroad (Hangartner R. B. et al., 2019). The program is aimed at improving the competence of school teachers relating to auto-aggressive behavior of adolescents: timely recognition of symptoms of self-harm, as well as providing appropriate assistance.

The Yellow Ribbon Prevention Pro-gram (YRSPP, Freedenthal, 2010) program includes outreach to informal school leaders, school staff, and parents. The program uses such a form of work as the distribution of the information card "Ask for help"(ask4help), which contains information about where you can ask for help and how to act in case of

problems. The specificity of the program is that it is not aimed at a specific group, but covers a wide range of people who can be involved in helping a teenager.

The psychoeducational approach is used in the program "Youth Course of Mental Health" (YAM, Wasserman C. et al., 2018). The program is designed for teenagers (14-16 years old), includes interactive workshops and lectures with a frequency of 1 hour in 4 weeks, as well as familiarization with information booklets. As part of the program, teenagers are offered a space for reflection, role-playing games and sharing experiences and current problems. The objectives of the program are to raise awareness about depression and suicide, strengthen protective mechanisms of the individual, and form behavioral strategies aimed at coping with problem situations and stress. The goal of the program is to reduce suicidal thoughts and suicide attempts among adolescents.

A block of individual support programs for adolescents "Counselors Care, Assess, Respond, Empower, - C-CARE, Coping and Support Training, - CAST, as well as group work with their parents in educational institutions (Parents CARE, - P-CARE, Randell B. P. et al., 2001). The programs are implemented by consultants, social educators, and correspond to the secondary and tertiary levels of prevention. The duration of the programs varies from 4 to 10 weeks. According to the results of special screening in educational institutions, students of the risk group are identified. During individual lessons with adolescents, elements of problem-oriented therapy are used. According to the results, there is a decrease in depressive symptoms, an increase in self-esteem in adolescents, and strengthening of family ties.

The program of Intensive Psychotherapy for Depressed Adolescents with Suicidal Risk (IPT-A-IN, Tang T. C. et al., 2009) is based on an interpersonal theoretical model. The program includes screening to identify adolescents with appropriate difficulties, as well as individual sessions of adolescents at risk with a psychologist 2 times a week for 50 minutes, as well as 30 minutes of communication by phone weekly. In total, the program includes 12-16 sessions. According to the results of the study, there is a decrease in anxiety, depressive symptoms and suicidal thoughts in adolescents.

The program "Reframe IT" (Hetrick S. E. et al., 2017) is based on the cognitive approach. It is aimed at the formation of adaptive coping strategies and the development

of the ability to find solutions in problem situations. The program is designed for students aged 14-18 years, actively uses the method of reframing or restructuring. 8 therapeutic meetings are held in an individual format once a week. In addition to face-to-face meetings, the program uses Internet support in the form of special information sites.

The universal primary prevention program "Friends for Life" (Higgins E. et al., 2015) is based on a cognitive approach. As part of the program, adolescents are offered training in cognitive skills of coping with affective states, improving interaction with the social environment.

The Sources of Strength program (Petrova M. et al., 2015; Wyman P. A. et al., 2015) uses social leadership mechanisms. Its main task is to train informal leaders in adolescent groups to spread positive behavioral strategies within the adolescent group. The program is designed for teenagers (13-19 years old) and includes weekly meetings for 4 months with supervisors and consultants, as well as a four-hour interactive training.

There is evidence of preventive programs implemented in schools based on the logotherapy approach. The program of prevention of depression and anti-vital experiences of adolescents "My precious life" (Kang K. A. et al., 2013), which implements applied logotherapy, was conducted with high school students in general education institutions in Korea. According to the results, there is a statistically significant decrease in the symptoms of depression, an increase in the meaningfulness of life and respect for it. Positive results were also obtained in the implementation of a psychocorrective program with deviant adolescents based on logotherapy.

The program of primary prevention of suicidal behavior of adolescents (14-17 years old) "The value of life" (Zinova E. Yu., 2010) is based on an existential approach to understanding the role of the value-semantic sphere for the mental health of a teenager. The aim of the program is to improve the processes of social adaptation through the formation of the value-target position of the individual. The program includes screening to identify at-risk adolescents, group and individual classes, viewing video materials, and leisure activities implemented within the framework of an educational institution.

The psychoeducational program aimed at the formation of healthy identity of adolescents, based on the use of logotherapy methods (Şanlı E., Ersanli K., 2020), showed

high effectiveness during implementation. Healthy identity is considered by developers as a protective basis for deviant behavior and mental illness (in particular, depression). The program includes 11 sessions on the following topics: meaning; identity research; life and meaning, the role of everyone in life; responsibility, freedom and questions of the meaning of life; family and meaning; logo-autobiography; values and meaning; authentic goals; development.

To solve psychoprophylaxis problems based on the logotherapeutic approach, separate methods (logotherapy) are developed, aimed at identifying and developing ideas about the meaning of life, spiritual and moral values, and ideas about the future (Popova T. A., 2014, 2017).

There are also programs that include only the first screening stage without subsequent intervention. The screening by Professionals program (ProfScen, Wasserman D., 2015) includes a 20-minute screening survey for adolescents aged 14-16 years to identify mental health problems. A screening program was proposed for the education system to identify school absenteeism "We stay" ("We-Stay", D'aulerio M. et al., 2012). The program is based on the assumption of the relationship between mental health problems, risky behavior and absenteeism. The program includes monitoring of adolescents' attendance at general education institutions, as well as assessment of students' lifestyle, coping styles with problem situations, self-harm behavior, and signs of mental illness. Monitoring is carried out using a special structured questionnaire. The results obtained are used to develop recommendations for the implementation of effective psychocorrective and medical measures.

Programs for the prevention of indirect types of autoaggression, aimed at preventing risky behavior and the use of psychoactive substances, are widely used in the education system.

Primary prevention program for students (13-17 years old) "Everything that Concerns You" (2010) is based on a cognitive approach. The main task of the program is prevention of risky behavior, formation of motivation for a healthy lifestyle, development of useful life skills. It is one of the most common prevention programs used by educational institutions.

Prevention of risky behavior and the use of substances is also carried out within the framework of the Navigator program. The program is designed for students in grades 9-11 of secondary and high schools, includes 32 group classes of 1.5 hours and integrates cognitive-behavioral and humanistic approaches to understanding personality. The program includes psychoeducational lectures on the following topics: HIV/AIDS, the use of substances, trainings aimed at boosting the skills of overcoming stress and coping with affective disorders, the formation of ideas about the future.

The Drug Abuse Resistance Education Program (D. A. R. E., Harmon M. A. et al., 1993; Ennett S. T., et al., 1994). The main goals of the program are to increase self-esteem, assertiveness, training in drug withdrawal skills, and reducing their actual use. The program consists of 17 lessons, which are held once a week for 45-50 minutes, a wide range of group forms of work is provided: role-playing games, exercises, discussions. The peculiarity of the program is that it is conducted by police officers who have received special training.

According to the results of the research, programs for the prevention of the use of substances based on a cognitive-behavioral approach showed high efficiency. Program for the formation of life skills (Vorobieva T. V. et al., 2008). It includes 18 classes divided into 3 blocks «personal competence» (classes 1 to 6), "social competence" (classes 7 to 11) and "information about psychoactive substances and skills to resist their use" (classes 12 to 18). All meetings are held in the form of trainings, the main methods of work are games and directed discussions. The universal preventive program for the formation of life skills ("Life Skills", Botvin G. J. et al., 2014) is aimed at preventing the use of psychoactive substances by adolescents. The program is conducted in a group format (games, discussions) and includes 18 classes to improve personal and social competence, information about psychoactive substances and skills of avoiding their use. On its basis, the Russian model "Life skills" was developed (Solovov A.V., 2000). The program is addressed to young teenagers (9-12 years old), includes 33 classes, combines elements of a behavioral and humanistic orientation.

Based on educational institutions, the program "Steps" is also implemented (Batishchev V. V. et al., 2010), which is aimed not only at adolescents (10-17 years old),

but also at children of primary school age (7-10 years old), as well as work with parents, teachers and other specialists of educational institutions. The goal of the program is to reduce the risk factors that lead to the use of psychoactive substances. The goal is achieved through group training sessions with adolescents aimed at developing the skills of abstaining from psychoactive substances and promoting a healthy lifestyle, as well as lectures for parents and specialists.

The program of primary prevention of adolescent drug addiction "Skills of confrontation and resistance to the spread of drugs" (Tkacheva O. Yu., Khrustaleva O. S., Filatieva L. V. 2009) combines the features of a cognitive-behavioral and humanistic approach. It is aimed at adolescents aged 12-16 years, with an emphasis on the development of protective factors, as well as the prevention of risk factors. The program includes 19 meetings. Classes are recommended to be held in a group of 8-16 teenagers.

Special mention should be made of programs based on humanistic and existential approaches to prevention. The program "Time Travel" (Dudina I. I. et al., 1998) is aimed at developing the skills of abstinence from drinking and overcoming bad habits in adolescents (13-15 years old). It is universal for all students, includes 10 classes, lasting 1-2 hours, and is held in a group format. The program implements protective tasks through the development of emotional intelligence in adolescents, as well as the development of ways to solve their problems. The program is based on an existential-humanistic approach to the individual.

A set of secondary prevention programs for adolescent smoking cessation (Self-Reflection Program for Smoking Cessation in Adolescents), based on strengthening self-reflection skills (Sim I., Hwang E., Sin B. A., 2020): Self-Reflection Program; Self-Improvement Program; Healing Concert Program. The complex is intended for middle and high school students who have at least 6 months of smoking experience.

It should be noted that teachers play an important role in the prevention of autoaggressive behaviors of adolescents in secondary and high schools. On the one hand, the teacher has the possibility of direct daily observation of the condition and behavior of the teenager, on the other-is able to provide support and assistance in the presence of difficulties in the teenager's family and peers. In this regard, a significant part of preventive

programs is the psychological education of the teaching staff, as well as the inclusion of school teachers in the screening process aimed at identifying and verifying the facts of autoaggression. To detect auto-aggressive behavior in a timely manner, specialists in secondary education schools should be aware of the symptoms of mental illness and signs of autoaggressive behavior to further route such students. This fact implies professional development of specialists in the field of adolescent autoaggression.

Based on the results of the analysis of programs for the prevention of various forms of autoaggression in adolescents, it was revealed that most of the programs at all levels of preventive interventions are based on the cognitive-behavioral approach or its varieties (problem-focused, dialectical-behavioral), and also include methods of psychoeducation aimed at recognizing symptoms, algorithms of actions in detection, etc. According to efficacy studies, the use of group therapy with elements of cognitive-behavioral, dialectical-behavioral and problem-focused therapy did not reveal one-digit positive results. Some researchers of group form of preventive work with adolescents (15-24 years old) talk about a decrease in self-harm (Burns J. et al., 2005), while others estimate that they have a neutral effect, in which there was no decrease in the frequency of self-harming acts (Green J. M. et al., 2011). There is also a fluctuating effect in the implementation of such programs: positive results are noted in one year, and no positive dynamics are detected in the second. The researchers attribute such efficiency specifics to the influence of school environment factors: the emotional climate within classroom groups, the accepted style of interaction between teachers and students, the readiness of school teachers to implement preventive programs and improve their skills.

A negative effect was also found in a study of the results of suicide prevention programs based on psychoeducation (Spirito A. et al., 1988; Shaffer D. et al., 1990; Shaffer D. et al., 1991; Vieland V. et al., 1991). The study involved students who made a suicide attempt after the passage of the prevention programs in secondary and high schools. It was found that increasing awareness of suicide among adolescents worsened their condition, shifting the focus from situational problems to a specific autoaggressive solution (Kalafat J., Elias H., 1994). This problem related to the fact that school prevention programs use universal group methods without differentiated individual

approaches. One of the possible solutions to this problem is a regular screening of the condition of participants in preventive programs before, during and after their passage, an individual format for conducting preventive measures. Studies have shown that there are no side effects of direct screening of schoolchildren aimed at detecting suicidal behavior (Gould M. S. et al., 2005). An important part of solving problems with the negative effect of psychoeducational tactics in conducting prevention programs is to change the methodology from educational to existential-humanistic, which allows for a personalized approach to the situational experiences of a teenager.

Another distinctive feature of prevention programs in educational institutions is the focus on universal programs of primary prevention, while secondary and tertiary prevention, which allows for a selective approach, is implemented mainly in clinical practice. Given the fact that, according to epidemiological data, many adolescents with self-harming behavior do not seek specialized care in medical institutions and do not stop attending secondary and high schools, the role of selective secondary and tertiary prevention within secondary education schools is of particular importance in the context of identifying, routing and providing timely psychological and medical care to such children.

Thus, at the stage of secondary and tertiary prevention, it is advisable to implement individual personalized approaches focused on the specifics of gender, age, cultural characteristics, personal traits and the specific situation of each teenager, as well as the degree of severity of the risk of autoaggressive behavior. The implementation of preventive programs in secondary and high schools should include measures aimed at all subjects of the educational process – adolescents, teachers, psychologists, and the school administration. It is advisable to expand the theoretical and methodological foundations for preventive programs, including not only a cognitive-behavioral approach, but also an existential one, considering the importance of life and death issues, values, the future, and self-actualization for adolescence.

Prevention programs implemented in secondary and high schools may differ depending on the characteristics of the school environment, the capabilities and competencies of specialists working in schools. An important part of school prevention programs is complexity, that is, the inclusion of methods aimed at preventing not only one specific



type of autoaggression (for example, suicide), but covering its different types, considering the polymodal nature of self-harming behavior of a teenager.

## 2.5. Chapter Summary

The study of the problem of prevention of autoaggressive behavior of adolescents included the analysis of the concept and classification of types of preventive care, the definition of the main approaches in preventive interventions, the description of prevention programs and the specifics of the programs conducted in secondary and high schools.

In the first paragraph, the definition of the concept of prevention of autoaggressive behavior is given, the goals and objectives of prevention are revealed. Significant principles for the implementation of preventive measures are noted. The classification of preventive measures is given as a set of measures aimed at the entire population as a whole, a risk group, a group with persistent maladaptive traits, corresponding to the levels of primary, secondary, tertiary prevention, as well as universal, selective, anti-crisis and indicative prevention. The concept of "preventive intervention" is distinguished as a complex of psychocorrectional and psychorehabilitation types of psychological, psychological-pedagogical, social and medical care.

The second section examines the content of psychodynamic, cognitive-behavioral and existential approaches to prevention. Main statements of the presented approaches, are given in-action directions psychotherapeutic models in working with self-injurious behavior, the possibilities of the application of these models in work with adolescents, provides data to assess the effectiveness of these models. The theoretical analysis revealed that the most significant amount of data on the use of therapeutic and psychocorrective interventions is presented within the framework of cognitive behavioral models. The significant role of the existential approach in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents is emphasized.

The third section is devoted to the consideration of prevention programs. Programs aimed at the prevention of various types of autoaggression are highlighted. The theoretical foundations, the program's representation at different levels of prevention, the forms

and terms of preventive measures used are revealed. The majority of the considered programs for the prevention of autoaggressive behavior aimed at the secondary and tertiary levels of prevention.

The fourth paragraph reveals the content of prevention programs used in schools aimed at preventing suicidal, self-harming behavior and the use of substances by adolescents. The significant role of school teachers in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents is noted. Data on the fluctuating effect in the implementation of group programs for the prevention of autoaggressive behavior in schools based on the cognitive-behavioral approach are presented. The negative effect of suicide and self-harm prevention programs based on psychoeducation is emphasized. The fact of shortage of programs of secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior in schools with high social significance and relevance of this type of measures is highlighted.

### **CHAPTER 3. THE CONCEPT OF PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS BASED ON THE EXISTENTIAL APPROACH**

During the dissertation research, the concept of psychoprophylaxis of adolescents with autoaggressive behavior, the principles of psychodiagnostic and psychocorrective work, and the evaluation of the effectiveness of psychoprophylactic interventions in school's education based on an existential-analytical approach were substantiated. The relevance of the development of this concept is due to the state of the problem of preventing autoaggressive behavior in adolescence. Many implemented preventive interventions do not lead to a significant reduction in the number of adolescent suicides and self-harm (Ougrin D. et al., 2015). The most significant aspects in the prevention of autoaggression of adolescents are training in the skills of responding to problematic and stressful situations, informing about the harm and consequences of their behavior, correcting behavior, beliefs, and emotional states. However, with the active use of cognitive-behavioral and educational approaches to the prevention of adolescent autoaggression, the possibilities of existential-humanistic trends that have been evaluated for effectiveness in a number of studies are not sufficiently used (Schneider, K. J., 2008; Vos J. et al., 2015) It should be emphasized that the existential approach to the prevention of autoaggressive behavior is primarily aimed at forming a system of values and meanings, helping the individual to self-actualize, which allows the teenager to form a worldview system in which he can see life prospects. The formation of value "relationships" with life is the main counterweight to the desire (conscious or unconscious) of a teenager to die, which is the phenomenon of autoaggressive behavior.

Thus, if vector modern cognitive-behavioral preventive interventions aimed from behavioral and emotional aspects to the existential core, an existential approach to prevention is directed from the core existential experiences the change of the behavioral, cognitive and emotional spheres of personality of a teenager. This understanding of the content of preventive approaches allows us to consider them as complementary and increasing their effectiveness in preventing autoaggressive behavior.

### **3.1. Theoretical substantiation of the role of existential crisis in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents**

Age-related crises, in particular the adolescent crisis, are attributed to the evolutionary stage of ontogenesis, during which there is a change in the social situation of the subject of development. The main neoplasms of the adolescent crisis usually include the formation of self-consciousness, a sense of adulthood, inconsistency, negativism and protest in behavior, an increase in the role of peers and communication with them, a high need for self-affirmation, self-expression and self-determination (Bozhovich L. I., Vygotsky L. S., Kon I. S., Slobodchikov V. I., Elkonin D. B., Erikson E., Feldstein D. I.). Deviant and self-injurious behavior of adolescents is considered in the context of social and personal difficulties resulting from adolescent crisis (Gordeeva T. O., Zmanovskaya E. V., Kulagin I. Y., Makushkin E. V., Polivanov, K. N., Sokolova E. T.). As basic age assumptions of autoaggressive behavior of isolated disturbances in the emotional sphere (emotional immaturity, impulsivity), accentuation of character, inadequacy, confrontational behavior and emotional reactions because of the confusion of mental and physical development. Violations of intra-family relations, as well as difficulties in school, form the socio-pedagogical prerequisites for deviant behavior of adolescents (Abramova G. S., 1997).

The existential crisis is considered primarily as a mid-life crisis (40-45 years), and is associated with the re-evaluation of life, questions about the meaning, ending of life and responsibility for one's (Senkevich L. V., 2015; Serebryakova Yu.V., 2016). However, it is during the transition from childhood to adulthood that a person is faced with emerging questions about the future, goals and meanings of life, an increasing sense of anxiety caused by changing relationships with adults and peers, a high need to be accepted and feel their value. Many theoretical and empirical studies support the idea that the adolescent crisis has the characteristics of an existential crisis (Krivtsova S. V. et al., 2015; Kobasa S. C. et al., 1981; Berman, S. L. et al., 2006; Shumaker D., 2012).

The existential crisis of adolescence is a period of decision-making and the need to take responsibility for your life, the search for personal answers to emerging existential questions to further develop own personality. It is accompanied by increased existential anxiety, psychological discomfort, fear for the future, dissatisfaction with oneself and the current state of affairs in life, feelings of meaninglessness, suffering from loneliness and insecurity, which actualizes the search for new forms of behavior and the desire to change the life situation. It is important to note that the achievement of a teenager's maturity in cognitive functioning makes it possible to perceive their existence in a qualitatively different way.

The author actualizes the existential search of a teenager aimed at understanding the past, present and future:

- 1) awareness of existing and experienced personal experiences: how does my experience affect my life?
- 2) awareness of the present: what makes me special? What is my relationship with the world? What's essential? What is good and what is bad?
- 3) a common experience for teenagers is anxiety about their future: What will I do? Where will I live? What will I be successful in? How do others feel about me? Will I be accepted? Will I find love?

The existential consciousness of the adolescent, the emerging existential questions, as well as the existential realities faced by the adolescent, form the intentional basis of the crisis.

The desire of teenagers to feel their life as "good", fulfilled, is defined as a fundamental existential motivation. In this quest, the individual faces a dialogue confrontation with existential givens: living conditions, his feelings, the need to be unique, ideas about the future (Langle A. A., Ukolova M. V., Shumsky V. B., 2019).

Ideas about the future are inherently linked to the search for meaning. Meaning in adolescents is a motivating goal that is implemented in everyday tasks, the achievement of which is associated with the level of academic performance, expectation of the future, and a healthy lifestyle. The constitutive elements of meaning are values.

The search for meaning leads to an increase in existential anxiety (a feeling of fear associated with the responsibility for one's own life, the fear of death). Existential anxiety inherently accompanies the processes of forming identity, personal position, and ideas about one's own future. The choice of options for their future, inherently include the idea that it may not be at all. Such anxiety becomes normal for teenagers.

An important condition for the regulation of existential anxiety, the formation of existential consciousness and personal growth of a teenager is a dialogue with an adult. Discussing problematic situations, confronting, contrasting their opinion with an adult, a teenager learns to take a position to show their qualities, act in accordance with their interests, views, worldviews, correlating with the conditions and givens of the external world, which is defined as a "personal position of the individual" (Figure 4). The lack of readiness of adults for a constructive dialogue with a high need for a teenager to participate in social phenomena and self-affirmation complicates the conditions of self-determination, disrupts the process of forming their position.

The concept of "personal position" was developed in the works of M. M. Bakhtin, A. S. Barannikov, V. G. Gulchevskaya, A. A. Huseynov, A. A. Langle and is defined as the ability of a person to show their qualities, act in accordance with their interests, views, worldviews, correlating with the conditions and givens of the external world.

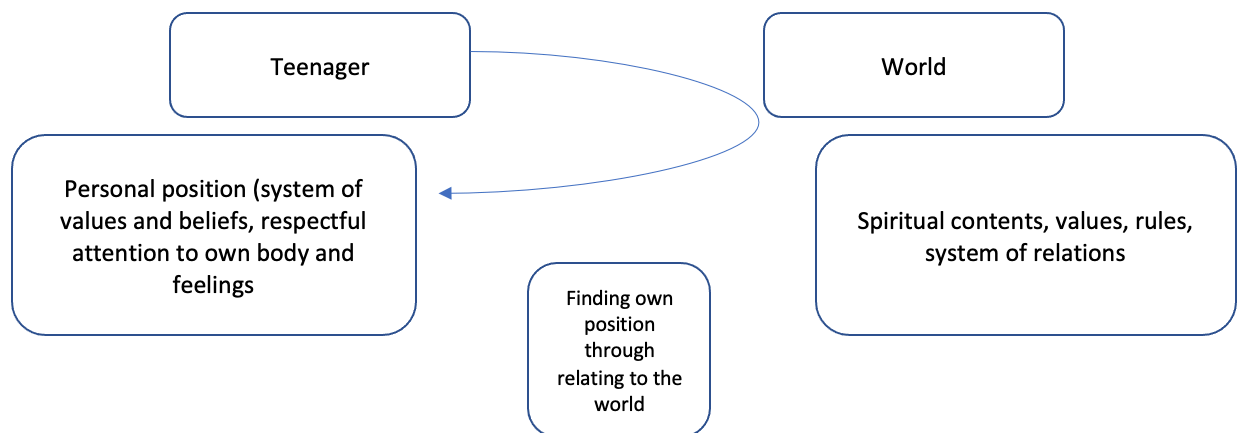


Figure 4. Personal position of a teenager

Behavior in which a teenager does not try to be himself, using patterns and stereotypes learned from the outside served to reduce existential anxiety, without reference to his feelings, opinions and positions is characterized as "apersonal".

The emerging existential consciousness, personal behavior during the existential crisis of adolescents is largely determined by the influence of 3 groups of factors:

Formative factors-are changes that are characteristic of age, occurring in the body, in the psyche, in the personality, in social relations. The group of forming factors includes: the characteristics of the relationship of a teenager with a significant adult, parental behavioral strategies, physical and mental changes accompanying puberty, the teenager's own childhood experience.

Risk factors – biological, personal, and social prerequisites that contribute to the development of disadaptation of a teenager.

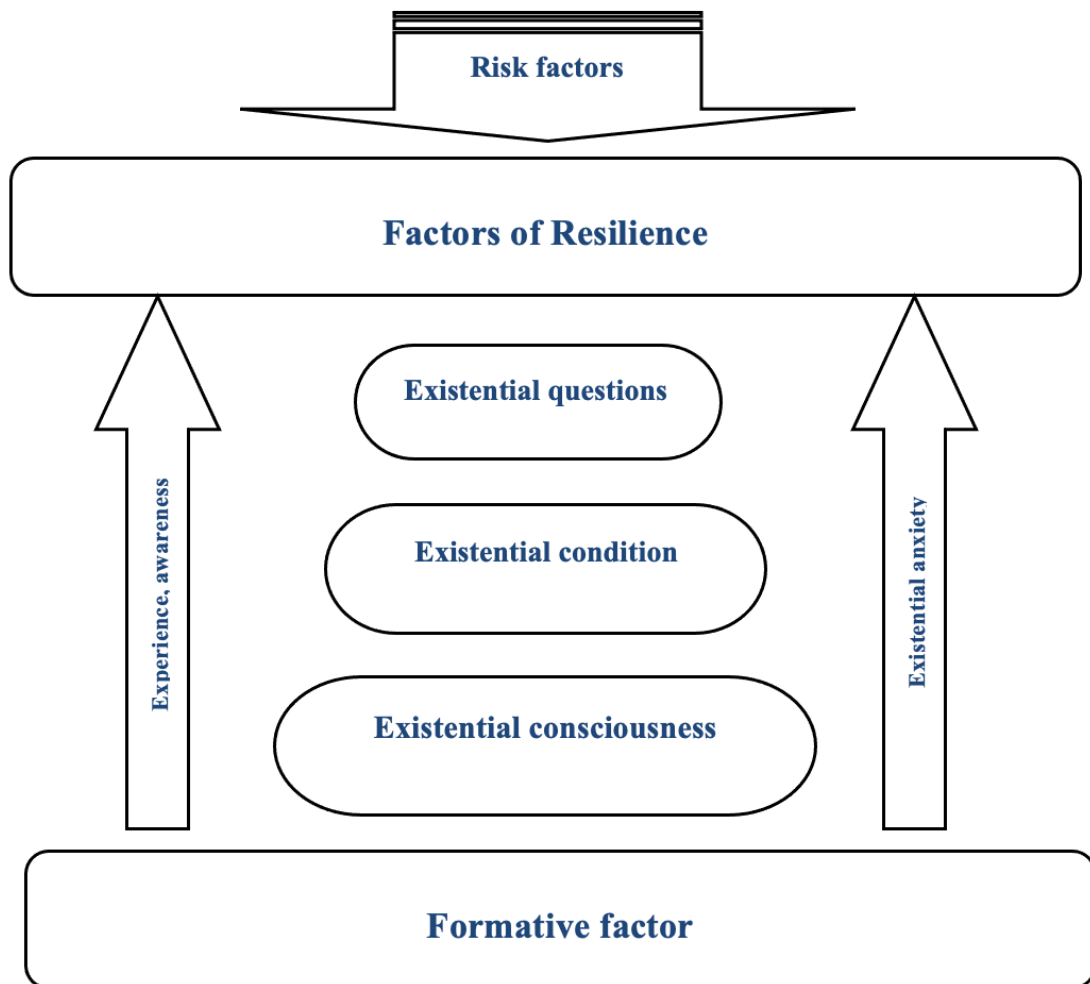
Resilience factors are the personal characteristics of a teenager that allow them to cope with stress and crisis.

The outcome of overcoming an existential crisis can be two types of outcome:

- 1) Positive outcome: teenager forms a positive picture of his future, builds a basic life project (Karpova O. S., 2011; Petrova V. N., 2011, Sapogova E. E., 2013), forms personal behavior, comes to experience the value and fullness of life, life feels like "good" (Langle A., 2005). The neoplasms of such an outcome are self-confidence, positive identity, "personal power".
- 2) Negative outcome: contradictory system of values is formed, authenticity is violated (difficulties in experiencing one's own value both for oneself and for other people), apersonal behavior (a teenager does not make efforts to be himself, using patterns and stereotypes learned from the outside, without correlation with his feelings, opinions), life is subjectively experienced as "not good", a sense of vulnerability to the future increases, pseudo-identity is formed. Difficulties in forming a positive model of life strategy can manifest themselves in a constant change of activities with subsequent devaluation of the activities of other people and their own; lack of plans, social hypochondria (Maddy S., 2007), as well as cause the development of depressive states, feelings of

hopelessness, hostility, social isolation (Rutter P. A., 2004; Muehlenkamp J. J., 2014); auto-aggressive behavior, addictions. Deficits in the experience of integrity, self-confidence, and self-determination are significant predictors of suicidal thoughts in adolescence (Hewitt J. L. et al, 2006).

Thus, the existential crisis of a teenager can be represented as a model that includes three main blocks (Figure 5): 1) existential search (existential consciousness, givens, questions), accompanied by the experience of existential anxiety); 2) factors (formative, resilience and risk factors); 3) the occupied position that determines the outcome of the crisis: the positive vector is towards life (personal behavior), the negative vector is towards death (apersonal behavior).





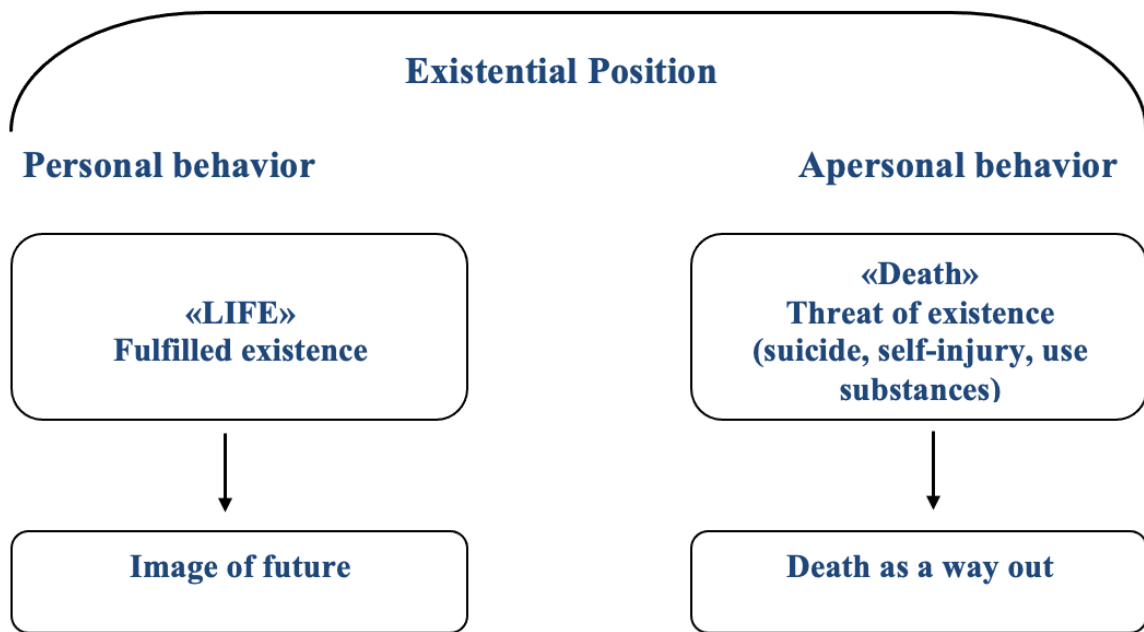


Figure 5. Model of the adolescent's existential crisis

The search for new alternative ways of living in the negative outcome of the crisis leads to a different attitude of adolescents to the topic of death. This attitude can be defined as ambivalent: on the one hand, there is anxiety about the ending of life, on the other, death is perceived as attractive. This ambivalence is largely associated with the development of abstract thinking, the tendency of adolescents to philosophize.

Anxiety about the topic of death is compensated by the increased interest of teenagers in it: self-harming behavior and the type of blood, stories about suicides, drawings on the topic of death. The attractiveness of the image of death leads to the fact that the teenager considers it as an option to choose a life path, a transition to another state, if others are not selected, not defined or cannot be found. Thoughts about death are associated with the found way out of the current situation, death becomes the prototype of a new "good" life without problems. Other auto-destructive variants of the experience of the "good life" are the use of psychoactive substances and risky behavior, which are "surrogates" of self-actualization and self-realization.

Thus, the negative outcome of an existential crisis becomes a prerequisite for the emergence of self-harming behavior and the desire to commit suicide.

Within the framework of the concept of prevention, adolescent autoaggression is defined as a behavior that occurs as a result of experiencing an existential crisis, associated with a stable desire to overcome the impossibility:

- to cope with the world, its conditions and givens;
- experience life as valuable;
- be yourself and feel valuable to others, unique;
- open up to your future, which is realized by inflicting physical and / or psychological harm to yourself while reducing protective personal factors.

Autoaggressive tendencies can spread to the body, psyche, and personality, manifesting as a result of one's own attitude towards oneself and subjective experience of how others treat me (Table 4).

Table 4. Direction of autoaggressive intentions

The target of autoaggression	Feelings about myself	Experiences in relation to other
Body	I don't accept it, nothing can be changed	Others see me as terrible, ugly, plain
The psyche	I can't cope with my own feelings and states, I can't bear them	Others see my reactions and think that something is wrong with me; others don't care about my feelings
Personality	I don't need myself; I have nothing to value myself for, I don't feel myself special	Others don't appreciate me; if I'm not there, everyone will feel better or no one will even notice

The use of existential methodology in solving the problems of adolescent autoaggression allows us to develop differentiated professional models, considering violations at one or more levels of 4 fundamental motivations (the desire to cope with existing conditions, to cope with their feelings and states, to find their authenticity and meaning of life). The implementation of preventive programs based on such models allows us to create prerequisites for the formation of a holistic personality with a personal position and a developed value-semantic sphere, which will prevent the next appeal to such types of apersonal behavior as self-harm, suicide, risky behavior, the use of substances, etc.

### **3.2. Content of the concept of psychoprophylaxis of autoaggressive behavior of adolescents**

The problems of autoaggressive behavior of adolescents are associated with the lack of a formed value-semantic sphere, the experience of loneliness and insecurity, a special attitude to the topic of death, which corresponds to the topic of the existential approach (Al-Yagon M. et al., 2006; Berman S. L. et al., 2006; Brassai L., et al., 2012). The existential approach is the most congruent to the phenomenon of autoaggression, as well as to the content of the crisis course of adolescence.

The complexity and integration of different prevention models is a current trend in the development of programs for the prevention of autoaggressive behavior. A number of studies have confirmed the effective integration of existential methodology with other types of interventions (Waldo M., 1998; Rugula S. A. et al., 2008; Hickes M. et al., 2012; Gebler F. A. et al., 2014; Sotskova A. et al., 2016).

In addition, there is still a high need for improved approaches to the prevention of auto-aggressive behavior of adolescents, especially with the use of resources of schools (Galich G. O. et al., 2010). The prevention strategy implemented based on educational institutions is recognized as highly effective (Zalsman et al., 2016). The school has a significant resource for the prevention of suicide, self-harm, and other forms of auto-aggressive behavior in adolescents. School teachers can play a special role in the prevention of self-destructive and suicidal behavior, as they have the opportunity not only to observe the daily behavior and emotional state of a teenager, but also to respond in a timely manner to emerging changes, provide psychological and pedagogical support and assistance, form trusting relationships with students, and inform parents about emerging difficulties and changes. This included longitudinal monitoring of the development of a teenager by specialists of secondary and high schools allows us to develop and implement individualized preventive programs that consider the life situation of a particular teenager, which is especially important in the prevention of suicidal behavior.

The main approaches implemented in schools have a group format and are focused on primary prevention. Among the programs for the prevention of all types of autoaggression, the programs for the primary prevention of substance use are the most widely represented. The implementation of such prevention formats makes it possible to cover a large sample of participants, but does not imply a differentiated approach. Programs for the prevention of self-harming and suicidal behavior are usually completed at the stage of identifying risk groups, without subsequent psychocorrective measures.

Schools are faced with the need to carry out interventions aimed at preventing active autoaggressive behavior among adolescents (instrumental injuries, suicidal thoughts and tortures, use of psychoactive substances), which shifts the focus from the development of secondary and tertiary prevention programs. Such selective prevention programs are actively implemented in clinical practice (outpatient or inpatient). At the same time, the resource of schools in the profile work with adolescents with autoaggressive behavior who did not seek medical help is not realized.

Thus, it is relevant to develop programs of a primary, and in particular, secondary and tertiary prevention in schools, focused on each specific individual.

The general scientific methodology of the concept is based on the subject-activity approach to understanding the psyche (Rubinstein S. L.), the anthropological approach (Ananyev B. G.), and the cultural-historical approach (Vygotsky V. G.).

The theoretical basis of the psychological concept of prevention of autoaggressive behavior of adolescents was made up of the provisions of age psychology on the characteristics of adolescence (Bozhovich L. I., Leontiev A. N., Elkonin D. B., Feldstein D. I., Prikhozhan A.M., Dubrovina I. V., Novgorodtseva A. P., She-vandrin N. I., Dragunova T. V., Polivanova A. K., Kon I. S., Mukhina V. S.), ideas about autoaggressive behavior of adolescents (Popov Yu. V., Pichikov A. A., Polozhiy B. S., Ambrumova A. G., Polskaya N. A., Kholmogorova A. B., Dozortseva E. G., Nock M., Zalzmann G., Klonsky E. D., Favazza A. R.), existential approach in understanding the prerequisites of autoaggressive behavior of adolescents (Langle A., Frankl V., May R., Yalom I., Battiani A.,

Shumsky V. B., Ukolova E. M., Sapogova E. E., Karpova O. S., Shumaker D., Schneider K.).

The specific scientific methodology of the concept of prevention of autoaggressive behavior of adolescents is based on:

- the concept of resilience (Maddi S. R., Khoshaba D. M., Laktionova A. V.);
- beliefs about the normative process of existential search and PE regime of existential anxiety in adolescence (Berman, S. L., Weems, C. F., Stickle, T. R.);
- views about the existential crisis (Senkevich, L. V.);
- the provisions of the fundamental existential motivations, as the basic conditions of the vital choices of a teenager (Laengle A., Krivtsova S. V.)

The formulated psychological concept is based on the works that reveal the ideas about the existential prerequisites of adolescent autoaggression; the understanding of the "apersonal" behavior of adolescents as a mechanism of autoaggressive behavior (Barannikov A. S.); the systematics of autoaggressive behaviors, which allows for a differentiated approach in prevention.

These theoretical positions of general, age-related and clinical psychology, as well as the existential-humanistic direction in psychology, were used as the basis for the concept of prevention of autoaggressive behavior in adolescents.

The essence of the proposed concept consists of the following provisions:

1. Prevention of autoaggressive behavior of adolescents should be based on understanding the role and content of the existential crisis of adolescents, as a normal age-related transition state, the negative outcome which becomes the cause of autoaggressive behavior;

2. The main existential directions of preventive work with adolescents aimed at reducing the risk of the occurrence and development of auto-aggressive behavior are: helping a teenager to accept existential givens (individual conditions and opportunities), managing own life (emotions, states); finding own authenticity (integrity of the self-image, stability of the inner position of the individual, based on which a person interacts with himself and external circumstances); forming life goals (search for meanings);

3. Significant in preventive work is the consideration of risk factors, protective and formative factors. For each individual teenager, their content may vary depending on their individual life situation and personal characteristics;

4. Prevention of autoaggressive behavior of adolescents should include monitoring of the behavioral and affective spheres of adolescents, conducting screening examinations, verifying the facts of autoaggressive behavior, routing adolescents to receive medical care, as well as conducting psychocorrective measures at three levels: primary (group forms of work are used), secondary and tertiary (individual forms of work are used);

5. The basis of primary prevention is the discussion of topics that are important for the adolescent's existential search ("to withstand difficulties", "to find happiness in life", "to be yourself", "to see value in the future"), considering the characteristics of the contingent of pupils involved in prevention. The task of primary prevention is to strengthen protective factors through the actualization of personal resources that allow us to solve significant existential tasks that correspond to the four fundamental existential motivations;

6. When detecting signs of self-harming, suicidal, risky behavior or the use of substances, it is advisable to use a personalized methodology of psychocorrection work, the targets of which are formed based on the identified violations of the fundamental existential motivations of the individual. The effectiveness of secondary and tertiary prevention is ensured by the formation of the adolescent's ability to resist the main existential realities, as well as by helping him find the experience of life as "good";

7. A significant role in preventive work is played by the personal position of a significant adult (teacher, psychologist, social work specialist) who implements preventive interventions. The personal dialogue position of an adult is a model of new personal competencies for a teenager (in particular, the ability to take a personal position);

8. When carrying out measures to prevent auto-aggressive behavior of adolescents in secondary and high schools, it is necessary to consider the risks associated with the peculiarities of the intra-school environment (frequent changes in the teaching staff, emotional burnout of teachers, facts of physical and psychological violence in secondary and high schools, etc.);

9. An important contribution to the effectiveness of prevention is the achievement of partnership relations between specialists of schools (teachers, school administration, educational psychologists, social educators), as well as the parent community. A significant component of the implementation of psychoprophylaxis interventions based on the existential approach is the training of specialists of schools in specific skills and competencies (the basics of the personalized approach, existential methodology in prevention, recognition of symptoms and signs of autoaggression of adolescents).

### 3.3. Structural and functional model of prevention

The basis of the psychological concept of prevention put forward by us is a structural and functional model, the principles of psychodiagnostic and psychocorrective activity.

The proposed structural and functional model of prevention is designed for schools.

The tasks of preventive work are formulated:

- 1) Timely identification of adolescents with risks of autoaggression;
- 2) Verification of identified risks;
- 3) Implementation of universal primary prevention;
- 4) Personalized secondary and tertiary prevention of adolescents with confirmed facts of autoaggressive behavior;
- 5) Psychological counseling of parents of adolescents;
- 6) Informational and psychological support of specialists of secondary and high schools.

The implementation of preventive measures inherently includes early diagnosis and monitoring. Early diagnosis of autoaggressive behavior allows you to prevent its development in a timely manner, and serves as the basis for the implementation of targeted prevention programs.

At the same time, the effectiveness of preventive work is due to the understanding of the severity and nature of the manifestations of various autoaggressive forms detected in adolescents. This inevitably entails the need to introduce a special educational program for specialists of schools, aimed at the formation of such competencies.

Prevention of autoaggressive behavior of adolescents includes two main stages: detection and prevention.

At the stage of identifying adolescents at risk of autoaggressive behavior, teachers included monitoring of the behavior of adolescents, screening, as well as individual conversations with adolescents aimed at verifying the identified risks are carried out.

Based on the results obtained, differentiated prevention is implemented:



- primary, including group forms of work and aimed at children with normative behavior and a tendency to autoaggression,
- Tuesday and tertiary, including individual forms of work, based on a personalized approach.

Group prevention is aimed at strengthening the factors of resilience. Individual therapy is carried out in a targeted manner, depending on the identified violations of the fundamental existential motivations of adolescents, and is aimed at reducing existential anxiety and overcoming the existential crisis (Figure 6).

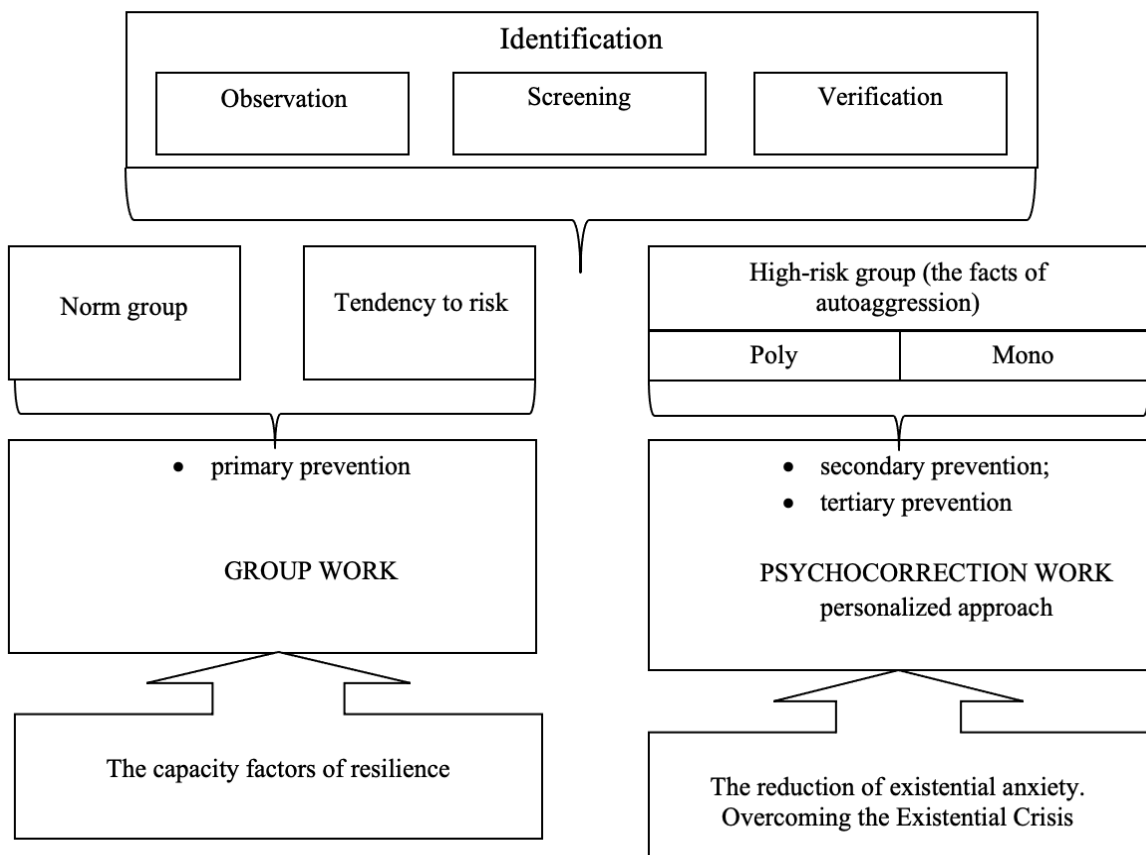


Figure 6. Structural and functional model of prevention

### **3.3.1. Stages of identifying adolescents with risk of autoaggression**

The first stage of prevention, aimed at identifying adolescents at risk of autoaggression, includes three blocks:

- 1) Monitoring the affective state and behavior of a teenager;
- 2) Conducting psychodiagnostic screening methods of examination;
- 3) Verification of screening data.

Monitoring of the state and behavior of adolescents is carried out in the framework of the general education process by both class teachers and subject teachers working with adolescents. To objectify these observations of specialists of schools, it is necessary to use standardized approaches in assessing the affective and behavioral manifestations of a teenager. One of these methods is the test sheet of T. Achenbach, designed for the qualitative and quantitative analysis of emotional and behavioral disorders. The specialist should note the proposed behavioral characteristics that correspond to the behavior of the teenager over the past six months. The identified indicators are: isolation, somatic problems, anxiety, socialization disorders, thinking problems, problems with attention, delinquent behavior, aggression, the presence of internal and external problems. The questionnaire can be offered to the parents of a teenager, to correlate and identify the differences observed in the behavior of a teenager.

Screening should include psychodiagnostics of different types of risks of autoaggressive behavior (suicidal, self-injury, use of substances and risky behavior).

If high indicators of suicidal risk are detected after the initial screening, with other types of autoaggressive behavior (self-injury, use of substances), it is advisable to conduct mandatory dynamic monitoring of the behavior and psychoemotional state of the teenager during the year (Grigorieva A. A., Afonina Yu. S., 2018).

An important part of the verification of the facts of autoaggression revealed during the screening is an individual clinical conversation aimed at clarifying the personal life context of the adolescent, as well as collecting anamnestic and catamnestic data.

### **The principles of psychodiagnostics**

For timely identification of adolescents with risks of self-harming behavior secondary and high schools, it is necessary to follow the following principles:

1) confidentiality at the first psychodiagnostic stage;

2) complexity – the battery of tests for screening assessment of the risks of autoaggressive behavior should include methods aimed at identifying different forms of autoaggression (risky, self-harming, suicidal behavior, as well as the use of psychoactive substances);

3) short-term – the duration of the procedure, not exceeding 20-30 minutes;

4) dynamic monitoring of adolescents during periods of increased academic load. For students of grades 9 and 11, it is advisable to conduct screening 2 times a year (October, March), considering the increased risk factors associated with state exams;

5) verification of the obtained data – carrying out activities aimed at confirming the risks identified during the screening (identification of autoaggression facts), including individual conversation, collection of anamnestic data, diagnosis of signs of psychopathological conditions;

6) the study of the features of the existential motivations of a teenager is carried out only after an individual psychological conversation with the teenager, as well as when confirming the facts of auto-aggressive behavior.

### **Differentiated groups based on primary screening results**

According to the results of the screening survey of adolescents, the sample is divided into 4 main groups: 1) the norm group; 2) adolescents with indicators of autoaggressive behavior that exceed the standard values, but do not reach high test values (the trend group); 2) adolescents with high indicators for one of the types of autoaggressive behavior; 3) adolescents with a critical value for one of the indicators of autoaggression and high values for others.

Two high-risk groups, including a monomodal type of auto-aggressive behavior and a polymodal type that combines different types of auto-aggressive behaviors, can make up from 7 to 20% of the total sample, according to domestic and foreign

epidemiological data on the percentage of manifestations of different types of self-injurious behavior and the use of substances among adolescents aged 13-17 years.

### **Verification of the facts of autoaggression in adolescents**

The next step in identifying adolescents with autoaggressive behavior is to verify the risks identified by the screening results. Methods used during verification: structured clinical conversation, collection of anamnestic data, comparison of screening data with follow-up results.

The implementation of this stage is carried out by specialists of educational psychologists, social educators in coordination with clinical psychologists.

Depending on the verification, further routing of the adolescent is carried out and the level of preventive intervention is determined: primary, secondary and tertiary.

The main clinical and anamnestic parameters identified in a conversation with a teenager who has signs of self-harming behavior: the history of self-harm, the situational context and functions of self-harm, suicidal behavior, the use of substances, the facts of risky behavior.

Monitoring the affective and behavioral sphere of a teenager allows you to timely identify signs of aggravation of his condition. The number of self-harm acts exceeding 50 is a strong predictor of suicide (Whitlock J., 2007). Specific signs of self-harming behavior may also indicate an increase in suicidal risk (Table 5).

Table 5. Signs of self-harming behavior

<b>Main features</b>	<b>Specific signs of self-harming behavior</b>
Suicidal thoughts	Increasing severity of self-harm
Use of substances	The increase in the frequency of acts of self-harm, especially camporesi
Aimlessness	Reduced interest in life, reduced reasons to live
Anxiety	Increased sensitivity to negative emotions and thoughts
Fixation	Self-harm loses its effectiveness in the performance of its psychological functions
Hopelessness	Difficulties in setting goals for the future
Avoidance	High level of anhedonia; increased negative self-esteem
Anger	Increasing hatred and rage towards oneself, towards one's own body

Recklessness	Reducing the fear of death from suicide and pain, increasing risky behavior, use of substances
Change of mood	The increase in the number of forms of self-harming behavior, the change or appearance of new forms, especially those associated with the use of poisons or pills

When confirming the facts of autoaggressive behavior, a detailed psychodiagnostic is performed, aimed at determining the signs of psychological disorders: depression, borderline personality disorder, and adaptive disorders. To develop a personalized prevention program, existential experiences are diagnosed.

An important principle of prevention is to reduce the time interval between the identification of suicidal risks/ self-harming behavior and the implementation of appropriate interventions to provide specialized assistance.

A list of the main and additional parameters that are evaluated based on the results of all stages aimed at identifying:

- age;
- gender;
- family composition (full, incomplete);
- number of people in the family;
- religion (Orthodoxy, Islam, Catholicism, Judaism, etc.);
- social and living conditions (separate room, living with grandparents, living in their own / rented / office apartment);
- financial well-being (average household income per person per month);
- family history (cases of suicide in the family, abuse of alcohol and drugs by relatives, cases of domestic violence, the frequency of conflicts in the family);
- data on the request for specialized medical care for consultation and / or treatment (does not need/ needs);
- data on methods for assessing self-harming and suicidal behavior of adolescents;
- data on methods for assessing the risks of using substances and alcohol;
- data on methods for assessing the propensity to risky behavior;
- data on the assessment of clinical and psychological indicators;
- data on the assessment of existential indicators of the personality of adolescents.

The result of the diagnosis determined by the characteristics of autoaggressive behavior of adolescents: the predominant form of autoaggression, the frequency and intensity of trigger factors of autoaggression, the peculiarities of the life situation (existential Givens), characteristics of existential experiences and questions, as well as features factors in accordance with the model of the existential crisis of a teenager (forming factors, risk factors, factors of resilience). The characteristics of the 3 groups of factors, as well as the content of existential experiences, allow us to design personalized prevention programs for adolescents with autoaggressive behavior. The identified difficulties that a person experiences when realizing their fundamental existential motivations (according to the concept of Langle A.) determine the methodology of personalized prevention.

Repeated psychodiagnostics should be carried out if any serious changes in life circumstances, including those associated with somatic diseases, as well as after their completion of psychoprophylaxis measures and/or an individual course of psychotherapeutic treatment to assess the dynamics of the adolescent's condition.

Diagnostics can be carried out by a teacher-psychologist, a social psychologist, a clinical (medical) psychologist.

Thus, the obtained diagnostic data of adolescents become the basis for the development of differentiated personalized prevention routes, as well as the choice of an appropriate methodology (Figure 7).

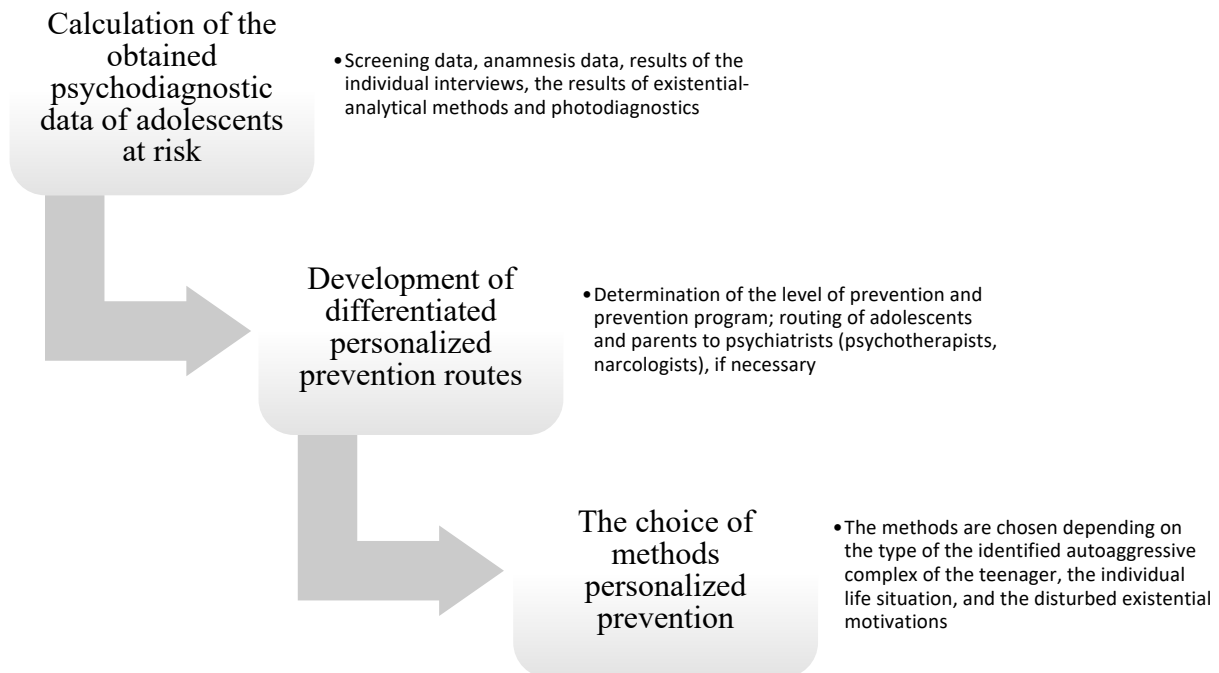


Figure 7. Stages of preventive work

### 3.3.2. Principles and procedure for implementing programs for primary, secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior in adolescents

The choice of the form of preventive measures is determined by the degree of severity of the risk of autoaggressive behavior. For adolescents with normative behavior and a tendency to autoaggression, the main form of work is group work. For sub-sprouts with identified facts of autoaggression, the individual form is based, which allows implementing a personalized approach to prevention.

Also, for adolescents with identified facts of autoaggression, the use of additional forms of preventive work is provided: group work, as well as online interaction with psychological specialists (the use of messengers, social networks). Online communication is used to get information from the child about the current emotional state, to monitor the performance of tasks received in individual classes with a specialist, to help the teenager in cases of crisis. Both group and individual classes with teenagers should be aimed at forming close, trusting relationships, finding internal and external supports for

overcoming difficulties and regulating emotions, and helping the teenager to find his authenticity, values and meanings. (Figure 8).

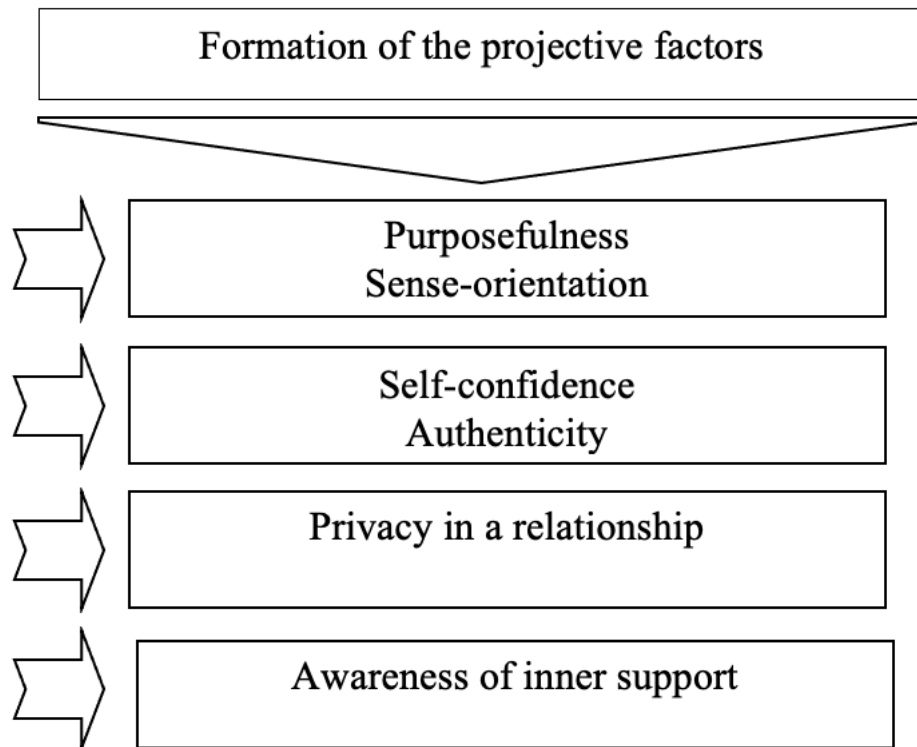


Figure 8. Targets of preventive work

### **Primary prevention**

The primary prevention program, based on the model of the existential crisis of adolescents, is universal, that is, it is aimed at the entire prevention of adolescents as a whole, without differentiation into groups. It is advisable to conduct group psychoprophylaxis classes in those classes in which adolescents with risks of autoaggressive behavior are identified.

The main goal of prevention: strengthening of protective personal factors in adolescents. In group work, psychoprophylaxis interventions correspond to 4 themes of fundamental existential motivations and are built succeeding from the first to the fourth FEM. It is recommended to conduct 2 classes within each topic.

The main content of the topics of primary preventive interventions in accordance with the four FEM is presented in Table 6.



Table 6. The content of the main topics of primary prevention classes in accordance with the levels of fundamental existential motivations

Fundamental existential motivations	The contents of the FEM	Lesson topics
1 fundamental motivation	Survive in the world	Ability to withstand and accept (protection, support, space)
2 fundamental motivation	Like to live	Regulation of emotional states Dissatisfaction with life Relationships with others
3 fundamental motivation	Authenticity	Relating to yourself and others Respectful attention to yourself and others The intrinsic value of Volition The formation of a personal position
4 fundamental motivation	Meaning	Perspective and future Self-actualization

### **Principles of intervention**

When implementing preventive measures with adolescents, the specialist must observe the following principles:

**Presence** – the openness of the specialist to own experience of interaction with the teenager, focusing on the current issue or topic of discussion. For a specialist, it is important to remain immune to a number of distracting external and internal factors: preoccupation with their life situations and experiences, excessive attention to their own physical condition or discomfort, self-identification with insignificant aspects of the teenager's experience.

**Acceptance**-the formation of a space of openness and unappreciated judgments for a specialist.

**Confidentiality** – the preservation of personal information of a teenager, the formation of the information security space.

**Appeal to the actual** – the correlation of reality with the ideas of the teenager, which are present in his mind.

Working with resistance – helping a teenager to overcome the protective and oppositional nature of interaction.

### **3.3.3. Psychocorrective methods of personalized prevention, implemented at the level of secondary and tertiary prevention**

At the level of secondary and tertiary prevention, individual classes based on a personalized approach are conducted with adolescents who have experience of autoaggressive behavior, as well as those who have been treated in the hospitals. Classes are conducted in an individual form and include 10-15 sessions of 45 minutes.

With a personalized approach, psychoprophylactic interventions are aimed at the level of fundamental existential motivation, in the framework of which a violation was detected according to the results of the existential motivation test.

The main actions of the psychologist in the framework of the personalized approach are reduced to empathic inclusion, the formation of close relationships with the teenager, modeling the ability of a particular teenager to resist the basic existential givens (Schneider D., 2008).

In the personalized model, the specialist assists the teenager in understanding and comprehending important existential contents: in relation to himself, other people, basic values and perspectives.

This process is carried out in the dialogical position of two personalities (a specialist and a teenager) in relation to the existential problems and difficulties that the teenager is experiencing. In this process, the main conditions are: trust in each other, the right to be themselves for each participant, respectful attention to each other, fair treatment.

The personalized interaction model is based on the conditions for the formation of self-distancing and self-transcendence of a teenager (Figure 9).

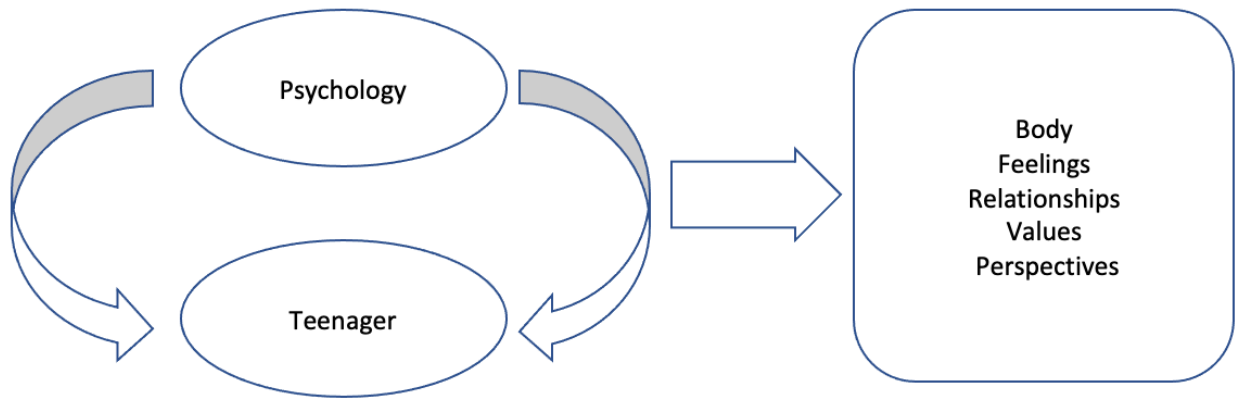


Figure 9. Personalized model of interaction between a psychologist and a teenager

Within the developed concept of prevention, we suggested basic directions of psycho-correction work regarding the content of existential teenage crisis (figure 10):

1) dialogue with adults on important topics (feelings, meanings, values, life, death, etc.) broadens the semantic field of a teenager and measurable implementation of his world view;

2) modeling the ability to resist basic existential givens (physical, social, psychological);

3) formation of the ability to take a personal position relating to yourself and the world;

4) to promote the processes of existential search and understanding using purposeful discussion of the following topics: the inner pillars of the individual, relationships between people, freedom, responsibility, authenticity, isolation, anxiety, etc.

5) strengthening the value-semantic structures of the adolescent's personality, helping to overcome existential anxiety.

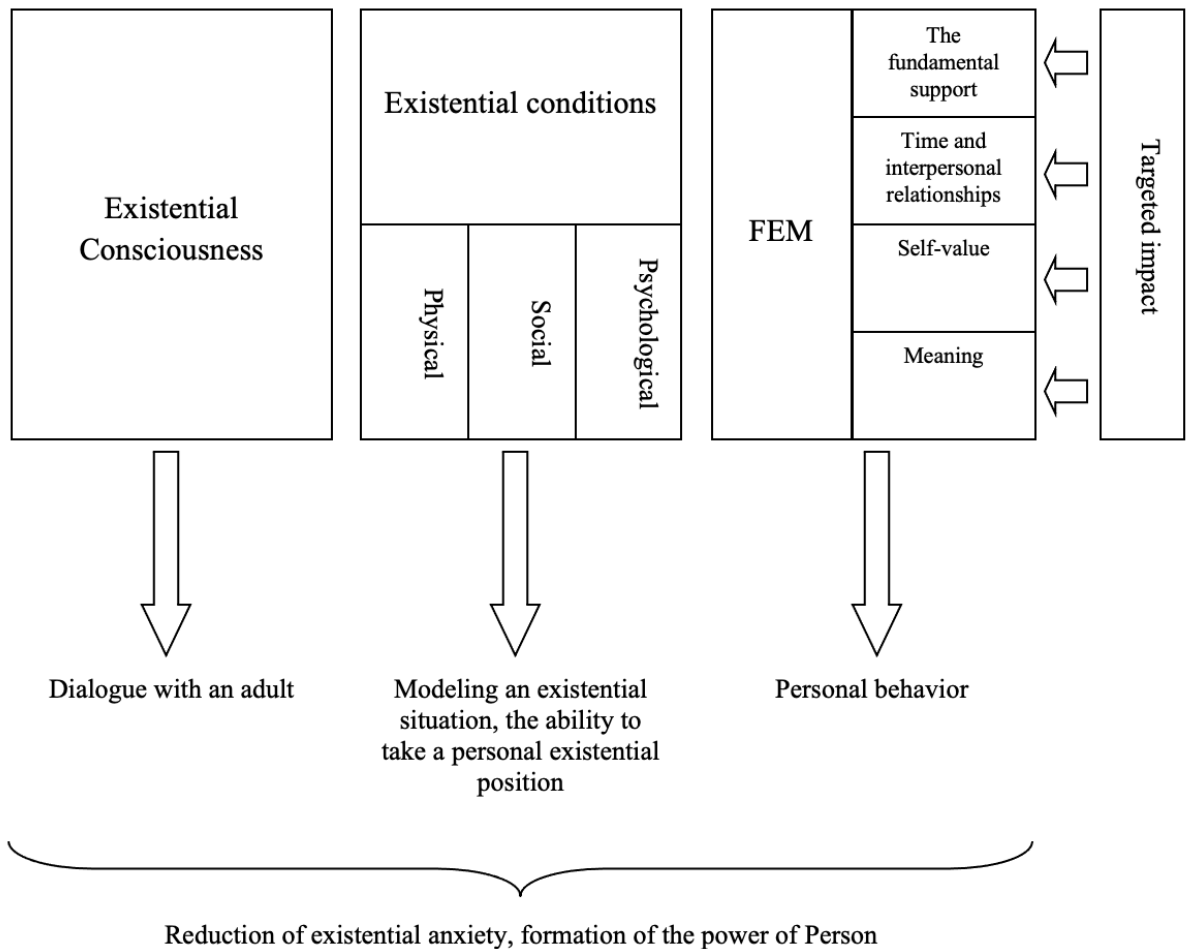


Figure 10. The main directions of psychocorrection work based on the content of the existential adolescent crisis

The implementation of these areas of work is carried out thanks to specialized psychocorrection methods.

### Methods of preventive work

Based on the analysis of the existential methodology used in psychocorrection work, the methods were identified, the use of which is adequate in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents.

The method of Personal Existential Analysis (Langle A., 2005) allows us to mobilize the ability of a person to make decisions based on active access to their emotionality and on dialogical exchange. The method includes three main steps: the study of one's own experiences and impressions thanks to phenomenological analysis, finding an authentic position relating to the situation, and searching for ways of self-expression in accordance with oneself and the external situation. The method is preceded by a preparatory

information stage, at which the specialist receives data about the problems and difficulties that a person usually faces. There are some variations of this method that cover individual stages or aspects.

The method of forming a positive existential position of a person (EPI) allows a teenager to form his own existential positive position or change it from "negative" to "positive" (Pyatnitskaya I. N., Yakovlev A. N., 2004).

Table 7. Positive and negative existential positions of a teenager's personality

Negative existential position of the individual	Positive existential position of the individual
Chaotic change of hobbies	Systematic activity
Devaluation of others	Acceptance of others
Indifference to the future	Emotional significance of the future

Positive EPI is both a goal and a diagnostic criterion of a teenager's personal behavior. The change of EPI from negative to positive is an important sign of the effectiveness of preventive and corrective measures, as well as an indicator of remission in the case of diseases.

The method of value-semantic analysis of a problem situation. One of the methods that allow a teenager to form his position and value attitude to any situation, especially to a problem one (Karpova O. S., 2011). The method is based on the idea of the system-forming influence of the value-semantic sphere on the behavior of a teenager. When faced with various kinds of difficulties and problematic situations, a teenager reacts to them in three main ways: reflexive-an attempt to eliminate the problems that have arisen in the inner world; empathic-emotional, which allows you to overcome difficulties in the field of relationships; self-realization-is associated with the orientation of a teenager to self-actualization and the development of abilities for spiritual self-improvement. The child is presented with problematic situations that contain inconsistency and ambiguity in the understanding of values. They can be described as modeled existential problems. When solving a situation, a teenager needs to relate to the position of another person and their

own personal content to resolve and harmonize them. The basis for understanding this problem is based on the value-semantic aspects of the individual.

Methods of developing "self-empathy" as a way of value-based treatment of the personal. The formation of personal behavior is largely due to the ability to relate to yourself and the attitude of the individual to himself. A number of studies provide data on a high level of self-criticism in the manifestations of SPP. In this connection, we propose a "Therapy for enhancing empathy and self-compassion" (Compassion-focused Therapy, Sutherland O, 2014; Figley C. R., 2002), based on the ideas of existentialism and phenomenological analysis. This type of preventive intervention includes two main tactics aimed at reducing internal criticism: 1) softening the "inner critic"; 2) strengthening the "criticized part of the personality" and uses the following methodology: training in the formulation of "compassionate thoughts, images associated with self-compassion, the two chairs" technique for the critical and criticized parts of the personality. The ability to show empathy and self-compassion is considered to preserve mental health and protect against stressful situations (Neff K., 2003). Based on the proposed approach, we can use this psychoprophylaxis method of dealing with the personal, based on the development of empathy, the formation of self-esteem and self-worth to implement the tasks of the third fundamental existential motivation in the concept of A. Langle the formation of self-worth, authenticity.

The method of developing emotional responsiveness is aimed at promoting growth in the manifestation of feelings for other people, the development of emotional responsiveness. The phenomenon of "emotional responsiveness" is based on an emotional response to the experiences of others, characterized by a deep ability to feel, experience, and express sympathy for other people. The method is a component of the emotional and moral development of the individual and is considered as a condition for the prevention of deviant behavior of adolescents (Yu. V. Lebedeva). The development of emotional responsiveness includes: the development of the ability to be sensitive to different aspects of reality, the ability to distinguish between the emotions of others and adequately express their own responding to them, the formation and awareness of a teenager's personal attitude to the events experienced.

The discussion of values and meanings is another important method used throughout the entire psychocorrection process. At the beginning of the psychoprophylaxis process, addressing questions about meaning, first, performs a largely diagnostic task and informs the specialist about the level of development of the adolescent's self-knowledge. Secondly, it allows you to refer to the actual experience of the child. And third, it shows the teenager that the specialist intends to understand his personality in its depth.

Throughout the program of preventive classes with a teenager, the specialist can gently remind the teenager about the choice of the position that he can take when coming to classes, as well as in unfavorable circumstances, when he does not have the opportunity to change or choose something.

The final part of the psychoprophylaxis and psychocorrective process is to help the teenager develop a sense of intentionality and freedom in his approach to life, finding new meanings. The main question that touches on the problem of intentionality is "what makes sense to you?", "what is significant to you?".

*Specific methods aimed at preventing self-harming behavior and suicidality*

A set of specific methods is used in the prevention of adolescents with recurrent self-harming, suicidal behavior and the use of substances, which are accompanied by experiences: fear of being abandoned, unstable self-image, instability of affect, inadequate strong anger, a chronic feeling of inner emptiness.

Includes several working methods:

- 1) Self-perception of a teenager-learning to perceive their impulses and feelings;
- 2) Guided confrontation - the method is based on stopping the negative emotional cascades of a teenager, fixing, stating reality;
- 3) Confrontation with oneself-resistance to the accusing position of the internal critic;
- 4) Self-understanding – addressing the teenager's own feelings, forming the ability to accept, explain their experiences, teaching the ability to withstand negative feelings (A. Langle, 1997).

## Criteria of the effectiveness

Evaluation of the effectiveness of preventive measures includes the following criteria:

I. At the stage of primary prevention:

- 1) lack of evidence of autoaggressive behavior in adolescents;
- 2) maintaining the integral level of existential fulfillment or increasing individual indicators of fundamental existential motivations and resilience.

II. At the stage of secondary and tertiary prevention:

- 1) reduction of autoaggressive behavior of adolescent's reduction of the frequency and severity of acts of autoaggression, in suicidal behavior-reduction of the number of suicidal thoughts;
- 2) changing the nature of existential experiences: increasing the overall level of resilience and existential fulfillment.

The effectiveness of preventive measures is largely determined by the level of professional competence of specialists of schools included in the intervention process. In this connection, it is important to develop a procedure for additional professional training of specialists for the implementation of personalized prevention technologies.



### **3.3.4. The procedure for the implementation of additional professional training of school's specialists for the implementation of technologies for the personalized prevention of self-harming behavior of adolescents**

The implementation of the prevention program based on the existential approach within the framework of the proposed model of the existential crisis of adolescence involves the improvement of professional competencies for all subjects of the educational institution: administration, school teachers, teachers-psychologists, social educators. In this connection, it is advisable to organize special training of specialists of general education institutions to understand their personal attitude to the topic of adolescent autoaggression, as well as to master the methods of organizing preventive work, considering the methodology of personalized prevention.

A large academic load of subject teachers, low motivation of specialists of general education institutions to be involved in the implementation of preventive measures, low competence in the issues of auto-aggressive behavior of adolescents, personal fear of interacting with adolescents who exhibit such behavior-all these aspects hinder the effective implementation of the preventive program (Grigorieva A. A., Korchagina G. A., Fadeeva E. V., 2014).

The implementation of psychoprophylaxis tasks is difficult because the implementation of preventive measures in different institutions does not consider their specifics, and, accordingly, the assessment of those possible risks that contribute to the formation of sub-growth deviations in this institution and may hinder the implementation of preventive measures is not carried out.

The effectiveness of primary prevention programs largely depends on the extent to which teachers and other schools specialists are aware of preventive work as a necessary component of their professional activities, as well as on the level of competence in the prevention of auto-aggressive behavior of adolescents, knowledge of the methodology for implementing preventive programs.

The need to train specialists in schools is determined by:

- 1) the importance of timely and adequate response to behavioral signs of suicidal and self-harming behavior;

- 2) a high level of personal and professional anxiety when interacting with adolescents with auto-aggressive behaviors;
- 3) the need to coordinate actions with medical professionals;
- 4) high diagnostic and preventive potential of general educational institutions.

Specialists of secondary and high schools faced with the facts of self-damaging and suicidal behavior of adolescents do not have effective tools for timely intervention. Autoaggressive behavior has its dynamics and stages of development. Each stage is characterized by specific-helping syndrome, knowledge of which allows to assess the presence and extent of harm caused by the person itself as a result of the self-injurious behaviors.

The lack of knowledge among schools' specialists about the methods of diagnosis, symptom complexes of various types of autoaggressive behavior, algorithms for providing professional assistance to adolescents in identifying suicidal risks or signs of self-harm, as well as difficulties in inter-departmental coordination of schools with the health system, necessitates the development of specialized training programs for school teachers, social educators and educational psychologists.

In vocational training schools, aimed at preventing the identified risks of self-aggression and reduce the risk to a teenager's life, should include issues relating to the recognition symptoms of suicidal behavior, provision of appropriate psychological and educational assistance, information about the further routing of adolescents and their parents to medical facilities if necessary. A foreign example of such training for a pedagogical team is the program "Question, Persuade, Appeal" (Question, Persuade, Refer, - QPR) (Abraibesh et al., 2010; Hangartner R. B. et al., 2019).

Improving the information competence of teachers, educational psychologists and social educators is aimed at mastering the methods of self-directed recognition of signs of auto-aggressive behavior in the behavior of adolescents and the appropriate response to it if detected. In addition to knowledge about the symptoms, methods of psychological diagnosis and actions to deal with such adolescents, an important aspect of teaching schools' specialists is to overcome their fear of the topic of suicide and self-harm.

Systematic training of school's specialists (psychologists, teachers, administration) necessarily includes conducting training seminars, master classes, organizational

meetings, remote "online" counseling. The goals of such training are to improve three main indicators: informational (general awareness), psychodynamic (changes in the emotional state), and motivational (readiness to implement psychoprophylaxis measures).

Developed differentiated competencies, enhance the program of training for different subjects in secondary and high schools (table 8).

Table 8. The competence of administration and schools' specialists required to implement preventive work

<b>Competencies of the school administration</b>
The content of the work of interdepartmental organizations (resource centers) to inform the subjects of the educational process about the ways to receive sectoral psychological, pedagogical, medical and social assistance
The ability to act as an intermediary between the student and various social institutions
Knowledge of the laws governing the requirements for educational institutions in terms of protecting the health of students and the basics of preventing suicidal behavior
<b>Teachers' competencies</b>
Knowledge of the basics of age-related physiology and hygiene of students, ensuring their safety in the educational process
The ability to identify interests, difficulties, problems, conflict situations and deviations in the behavior of pupils
Identification of the main signs of self-harming behavior in adolescents
<b>Competencies of educational psychologists, social educators</b>
Knowledge of the theoretical and methodological basis of the concepts of "self-harming behavior" and "suicidal behavior", "non-suicidal self-harm"
Features of diagnostics and prevention of self-injurious behavior of adolescents
Practical basics of personalized prevention and correction of self-harming behavior of adolescents
Ability to develop a scheme for the diagnosis and prevention of self-harming and suicidal behavior
Identification of the main signs of self-harming behavior in adolescents
Develop programs aimed at personalized prevention and correction of various types of self-harming behavior of adolescents

The program of professional development of specialists who implement measures for primary and secondary/tertiary personalized prevention, general education includes the following modules, presented in Tables 9 and 10:

Table 9. Content of the educational module "Theoretical and methodological approaches to the concepts of" self-harming behavior " and " personalized prevention»

The concept of self-harming behavior and its features
Basic preventive approaches for self-harming behavior
Programs of primary, secondary, and tertiary prevention of self-harming behavior implemented in educational institutions
The concept of a "personalized approach"

Table 10. Content of the educational module  
«Technologies of personalized psychophylaxis»

Stages of identifying self-harming behavior
Prophylactic and psycho-corrective work
Methods of personalized approach at different stages of prevention

The content of educational modules for psychologists, social teachers is reflected in the approved professional development program on the topic "Technologies of personalized prevention of self-harming behavior of adolescents", as well as in the educational and methodological manual for psychologists, teachers, specialists in social work "Personalized approach in the profile of self-harming behavior of adolescents who use substances and alcohol" (Grigorieva A. A. et al., 2019).

### 3.4. Summary of the chapter

In the third chapter of the dissertation, the substantiation of the psychological concept, the structural and functional model, the principles of psychodiagnostic and psychocorrective in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents is given.

The first section presents a theoretical justification of the model of existential crisis in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents. The author substantiates the content of the existential crisis of adolescents, as well as the role of formative factors, factors of resilience and risk factors. For the first time, the definition of autoaggressive behavior of adolescents is given based on ideas about the negative outcome of an existential crisis, as well as the apersonal behavior of a teenager.

The second paragraph of the chapter is devoted to the content of the concept of prevention of autoaggressive behavior of adolescents. In a summary, the essence of the concept is as follows: the main goal of prevention is to assist the teenager in shaping personal behavior, solving basic existential problems. Prevention of autoaggressive behavior includes primary and secondary prevention, aimed at reducing risks and the formation of the main protective factors. When implementing secondary prevention, it is most effective to use a personalized approach that allows you to carry out individual work

with a teenager, based on assistance in the formation and strengthening of fundamental existential motivations: to cope with difficulties, to be harmonizing with life, to feel your authenticity, to see value in the future. The secondary and high school has a significant potential for implementing programs to prevent auto-aggressive behavior of adolescents.

The third section reveals the structural and functional model of the prevention of autoaggressive behavior of adolescents. The article considers the procedure and principles for identifying autoaggressive behavior of adolescents in secondary and high schools, including monitoring, screening and verification of the risks of auto-aggression. Within the framework of the model, the principles, procedure and methods for implementing primary, secondary and tertiary prevention are proposed. The choice of the form of preventive work depends on the degree of severity of the risk of autoaggressive behavior: for adolescents with normative behavior and a tendency to autoaggression, the main form of work is group work, for adolescents with identified facts of autoaggression - individual work, which allows implementing a personalized approach of prevention. Individual and group classes are conducted using the methodology of the existential-analytical approach. The article considers the procedure for implementing additional professional training in prevention technologies using the methodology of a personalized approach with the school's specialists.

## CHAPTER 4. SCOPE, GENERAL CHARACTERISTICS AND RESEARCH METHODS

### 4.1. Scope and conditions of the study

The solution of the tasks set in the work was carried out by conducting a comprehensive study of sociodemographic, psychological factors and existential characteristics of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression.

The experimental materials presented in the dissertation were obtained with the personal participation of the author during the survey (surveys, questionnaires, psychological testing, clinical and psychological research, focus groups, content analysis, phenomenological interviews, psychocorrective influence).

The empirical material of the dissertation is based on a large sample, including the results of the survey (questionnaires, surveys, psychological testing, focus groups, content analysis, expert assessments) of 2083 people in 2017-2019. The experimental material presented in the thesis, obtained under the supervision and with the personal participation of the author in joint work with specialists of the Department of education and additional education of Department of formation of Administration of city district the Chehov (Petrova N. L., Konovalov S. P.), with educational psychologists and specialists in social work schools of the city district Chehov (Sharova I. V., E. V. Slovakia, the Rattle-Nova E. N., Timakov S. V., Khaldeeva N. P. Kuzminova O. D., Albanova L. P.), the scientific staff of the laboratory of Department of mental hygiene and psychoprophylaxis Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Afonina Y. S., Pronichevoy M. M.), laboratory of organization of the prophylactic aid in addiction Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Usova L. E., Gavrichenkova A. A.), specialists of the department of crisis assistance of G. E. Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents

The planning of the experiment, analysis and generalization of the obtained data were carried out personally by the author of dissertation, which allowed us to draw original conclusions.

The empirical study included several stages. The organizational chart of the study is shown in table 11.

Table 11. Organizational chart of research

Name of the study	Groups of the surveyed	Quantity
Development of a methodological complex for teenagers		
Selection of psychodiagnostic techniques	Dubnenskaya School; Chekhov-3 School	60
Testing the diagnostic power of the "Rapid test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances»		
Checklist of questions for assessing the socio-demographic indicators of adolescents and their families		
Conducting a pilot study		
Identification of signs of risk of autoaggressive behavior in adolescents		
Socio-demographic characteristics of the total sample of adolescents	Lyceum № 4 of Chekhov, School №3, Chekhov-3 School, Dubninskaya School, Chekhov-7 School, Manushkinskaya School, School №8, Chekhov-8 School, Stolbovskaya School, Vashkinsky School, Molodinskaya School, Sharapovskaya School, Prostanovka School, Meshchersky School, Troitskaya School, Lyubuchanskaya School, School №9, Kryukovskaya School, Novolitovskaya School, school №10, Chekhov School №6	2023
Psychodiagnostic examination of adolescents aimed at identifying the risks of suicidal, self-harming, risky behavior and the use of substances		
Study of psychological characteristics of adolescents		
Research of gender and age characteristics of adolescents		455
Study of differences in psychological and socio-demographic characteristics of adolescents at risk with different types of autoaggressive behavior		
Verification of the facts of autoaggressive behavior in adolescents at risk		
Analysis of documentation (acts of social educators and educational psychologists on the observed facts of autoaggressive behavior, data from the Achenbach questionnaire, medical reports); conducting clinical conversations and phenomenological interviews with adolescents; research of clinical and psychological characteristics of adolescents with autoaggression.	Sharapovskaya School; Chekhov-3 School; Lyceum N 4; Stolbovskaya School; Kryukovskaya School; Novobytovskaya School	141
The study of the existential characteristics of adolescents with self-injurious behavior		

Study of existential characteristics of adolescents with confirmed facts of autoaggressive behavior	Sharapovskaya School; Chekhov-3 School; Lyceum N 4; Stolbovskaya School; Kryukovskaya School; Novobytovskaya School	96
The study of the existential characteristics of the groups of adolescents with a tendency to risk self-injurious behavior		186
The study of the existential characteristics of the groups of adolescents with normal behavior		86
Clinical and psychological characteristics of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to risk autoaggression		
Study of clinical and psychological characteristics of adolescents with confirmed facts of autoaggressive behavior	Sharapovskaya School; Chekhov-3 School; Lyceum N4; Stolbovskaya School; Kryukovskaya School; Novobytovskaya School; Dubninskaya School	96
Study of clinical and psychological characteristics of adolescents with a tendency to autoaggression		186
Study of the relationship between clinical and psychological characteristics and existential characteristics in groups of adolescents with confirmed facts of autoaggression and a tendency to autoaggressive behavior		
Development of programs for the prevention of autoaggressive behavior of adolescents in secondary and high schools		
Primary (group) prevention of autoaggressive behavior in adolescents	Sharapovskaya School; Chekhov-3 School; Lyceum N4; Stolbovskaya School; Kryukovskaya School; Novobytovskaya School; Dubninskaya School	50
Secondary / tertiary (personalized) prevention of autoaggressive behavior in adolescents		72
Control group 1 (adolescents with normative behavior)		81
Control group 2 (adolescents with autoaggressive behavior who do not participate in preventive measures)		21
Evaluation of the effectiveness of preventive interventions		224



The first stage of the study was devoted to the development of a methodological set of research.

Based on the analysis of the scientific literature on the problem of prevention of auto-aggressive behavior of adolescents, existential mechanisms of personality auto-destruction, the use of methods for assessing the risks of suicidal, self-harming, risky behavior and the use of psychoactive substances by adolescents:

1) the main indicators of the risk of suicidal, self-harming, risky behavior and the use of psychoactive substances are identified;

2) the selection of psychodiagnostic methods aimed at studying the risks of suicidal, self-harming, risky behavior and the use of substances, as well as the clinical and psychological characteristics of adolescents, was carried out;

3) developed «Rapid test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances» (Appendix 7);

4) a questionnaire was developed to study the sociodemographic characteristics of adolescents and their families (Appendix 9);

5) existential prerequisites of autoaggressive behavior were identified;

6) the selection of psychodiagnostic techniques aimed at the study of the existential consciousness of adolescents was carried out;

7) developed a phenomenological interview for adolescents, aimed at studying the subjective experience of experiencing autoaggressive behavior.

At the first stage, a pilot study was conducted to identify the risks of autoaggressive behavior of adolescents and their clinical, psychological, and socio-demographic characteristics.

The pilot group included 60 adolescents, the average age was 13.6 years, 28 boys, 32 girls, 81.6% of adolescents from full families; 15% from incomplete families; 3.3% of adolescents in guardianship.

Psychodiagnostic inspection pilot group of teenagers included the following methods: questionnaire "a Study of volitional self-regulation" (Animals A. V., Eidman E. V. ); the Questionnaire for determining the risk of suicide, "Suicidal person-19" (Yuackavich P. I., 2009); Questionnaire to study the level of impulsivity (Calf V. A.); "Methods of

body modification and self-injury" (Polish N. A. 2017); "Rapid test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances ", "Coping Strategy Indicator" (CSI), questionnaire for the study of sociodemographic characteristics.

According to the results of the pilot study psychodiagnostic complex was corrected: changed the wording of the survey questions, designed to study the sociodemographic characteristics of adolescents; added questions in rapid test to identify the interest, awareness and adolescents attitude to substance use; excluded test "Indicator coping strategies" (Coping Strategy Indicator, CSI); added tests Questionnaire "risk addiction" (Hasan, B. I., Tyumeneva Y. A., 2003); Questionnaire of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder (PBQ-BPD, Kholmogorova A.V., 2016).

The second stage of the study was devoted to the psychodiagnostic examination of adolescents in secondary and high schools to identify the risks of suicidal, self-harming, risky behavior and the use of psychoactive substances, clinical, psychological and socio-demographic characteristics of adolescents. The main group included 2,023 adolescents (population sample), including 1,010 boys, 965 girls, and 48 people without gender indication. All the examined teenagers are students of grades 5-11 of secondary and high schools in the city district of Chekhov. Psychodiagnostic research in schools was carried out by school psychologists and social educators. Each student completed an individual set of techniques. The study was conducted with parental consent and was conducted voluntarily and anonymously. The principle of anonymity was implemented by special coding of the methodology forms.

The criteria for inclusion in the study were: 1) middle and high school students; 2) voluntary parental consent to the examination of adolescents.

The exclusion criteria were: 1) The age of less than 10 years; 2) the lack of voluntary consent of the parents to the examination of the student; 3) the lack of voluntary consent of the teenager to the examination.

The age and gender composition of the main sample is presented in tables 12-14.

Table 12. Distribution of the total sample of adolescents by gender

	Boys	Girls	Total
Average age, years	14,3	14,5	14±4

(at the time of the survey)			
-----------------------------	--	--	--

Table 13. Frequency distribution of adolescents by gender

Gender	Frequency	Percent	Valid percentage	Accumulated percentage
Gender not specified	48	2,4	2,4	2,4
Boys	1010	49,9	49,9	52,3
Girls	965	47,7	47,7	100,0
Total	2023	100,0	100,0	

Table 14. Frequency distribution of adolescents by age

Age	Frequency	Percent	Valid percentage	Accumulated percentage
Age not specified	58	2,9	2,9	2,9
10,00	3	0,1	0,1	3,0
11,00	29	1,4	1,4	4,4
12,00	97	4,8	4,8	9,2
13,00	477	23,6	23,6	32,8
14,00	472	23,3	23,3	56,2
15,00	433	21,4	21,4	77,6
16,00	275	13,6	13,6	91,2
17,00	149	7,4	7,4	98,5
18,00	30	1,5	1,5	100,0
Итого	2023	100,0	100,0	

For the psychodiagnostic study of adolescents at the second stage, the methods presented in Table 15 were used (Grigorieva A., 2019).

Table 15. Psychodiagnostic methods of the second stage of the study

Sociodemographic characteristics	The questionnaire includes three blocks of indicators: religious beliefs of adolescents, social and household characteristics, family history
Research on the risk of suicidal behavior	A questionnaire for determining the risk of suicide, "Suicidal person-19" (Yunackavich P. I.)

Research on the risk of self-injury	Methods of body modification and self-harm (Polskaya N. A.)
Substance use risk study	"Rapid test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances and alcohol»
Examination of the indications of risky behavior	Questionnaire "Drug addiction risk group" (Khasan B. I., Tyumeneva Yu. A.) - scale " Behavior in a risk situation»
Research of psychological characteristics	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Test-questionnaire "Study of volitional self-regulation" (Zverkov A.V., Eidman E. V.);</li> <li>2) Questionnaire for studying the level of impulsivity (Losenkov V. A.)</li> <li>3) Questionnaire of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder (PBQ-BPD, Kholmogorova A.V.)</li> </ol>

Based on the experimental data obtained, four groups of adolescents with risks of autoaggressive behavior were identified: suicidal, self-injury, risky, and substance use. The groups were formed according to the predominant type of autoaggressive behavior (the criteria for selecting groups are given in Table 16).

Table 16. Criteria for the formation of groups of adolescents with risks of autoaggressive behavior

Type of autoaggressive behavior	Method	Group criteria
Self-injury	Methods of body modification and self-harm (Polskaya N. A.)	The presence of more than two types of self-inflicted body modification, and / or the presence of other types of self-injury
Suicidal behavior	1) "Suicidal person-19" (Yuackawich P. I., 2009); 2) Methods of body modification and self-harm (Polskaya N. A.)	Percentage or more than 75% of the final score on the SL-19 test»  Positive answer to question N 19
The use of psychoactive substances	1) «Rapid test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances and alcohol»; 2) Methods of body modification and self-harm (Polskaya N. A.)	Percentage or more than 75% on the scales "Active interest in substances", "Positive attitude to substances»  Positive answers to questions № 20, 21, 22
Risky behavior	1) Test-questionnaire "Study of volitional self-regulation" (Zverkov A.V., Eidman E. V.) 2) Questionnaire "Drug addiction risk group" (Khasan B. I., Tyumeneva Yu. A.)	Indicators less than 11 points on the test (inclusive)  Percentage more than 75% on the scale of "Behavior in a risk situation»

Also, 4 groups of adolescents with a tendency to autoaggression were identified (the group criteria are given in Table 17).

Table 17. Criteria for the formation of groups of adolescents with a tendency to risk autoaggressive behavior

Type of autoaggressive behavior	Method	Group criteria
Self-injury	Methods of body modification and self-harm (Polskaya N. A.)	Positive answers to questions № 7, 8, 11, 12
Suicidal behavior	"Suicidal person-19" (Yuackawich P. I., 2009);	Percentage over 75% of the final score on the "SL-19" test»
The use of psychoactive substances	«Rapid test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances and alcohol»;	Percentage or more than 75% on the scales "Active interest in substances", «Positive attitude to substances»

Risky behavior	Test-questionnaire "Study of volitional self-regulation" (Zverkov A.V., Eidman E. V.)	Indicators less than 11 points on the test (inclusive)
----------------	---	--

A total of 455 adolescents were included in the risk groups for autoaggressive behavior. The nosological and gender composition of risk groups, as well as trends in autoaggressive behavior are presented in Table 18. It should be noted that a number of adolescents have high risks for several types of autoaggressive behavior at once. Each group presented in Table 18 does not exclude intersections, that is, one person could get into several groups at the same time.

Table 18. Groups of adolescents with risk and tendency to risk of suicidal, self-harming, risky behavior and substance use

Type of autoaggressive behavior	Tendency to risk			Risk group		
	N (% of the total sample)	Total	Boys	Girls	Total	Boys
Self-injury	256 (12,6%)	105 (2,5%)	151 (7,4%)	142 (7%)	52 (2,4%)	90 (4,4%)
Suicidal behavior	420 (20,7%)	115 (5,6%)	305 (15%)	131 (6%)	37 (1,8%)	94 (4,6%)
The use of psychoactive substances	325 (16%)	138 (6,8%)	187 (9,2%)	159 (8%)	52 (2,6%)	107 (5,3%)
Risky behavior	339 (16,7%)	146 (7,2%)	193 (9,5%)	172 (9%)	72 (3,5%)	100 (4,9%)

The control group, without signs of autoaggressive behavior, was 553 people (27.3%), of which 63% (351) were boys, 35% (194) were girls.

Table 19. The number of teenagers with the material of unimodal and multimodal profiles of autoaggressive behavior

	% of the total sample (n= 455)	Unimodal profiles %	Polymodal profiles%
--	--------------------------------	---------------------	---------------------

Suicidal behavior	131 (30%)	49,2 %	50,7 %
Self-injury	142 (32%)	51,4%	48,6 %
The use of psychoactive substances	159 (35,7%)	56 %	44 %
Risky behavior	172 (38,6%)	63,4 %	36,6%

Qualitative analysis of adolescents of risk groups showed that the subjects can distinguish those who have submitted multiple combination of risk of auto-aggressive behavior (multimodal profile) and unit risks (Unimodal profile) (table 19).

Comparative analysis of risk groups of adolescents with self-injurious behavior allowed identifying sociodemographic and psychological characteristics of groups with risk of suicide, self-injurious behavior, risky behavior and substance use.

Of the total number of adolescents with the risks of autoaggressive behavior identified during the screening (n=455), 141 adolescents took further part in the study. The reduction in the study participants was due to a number of reasons: the transition to other educational institutions (universities, colleges), the departure of their schools, the refusal of parents or adolescents themselves to continue participating in psychoprophylaxis activities.

At the third stage, the risk groups were verified with the available facts of autoaggressive behavior of adolescents (n=141). The sample was formed based on the individual researcher's assessment, and not on the random selection of the sample elements.

As a source of information about children at risk was used in acts of social pedagogues and teachers psychologists about the facts of self-destructive behavior, medical opinion of psychiatrists on the conducted inspection, the results of the questionnaire of Achenbach, composed of parents and teachers of adolescents the results of the monitoring features of the affective sphere and behavior-eating adolescents the results of clinical interviews and phenomenological interviews with adolescents, the data of clinical-psychological research.

As a result of the study of the available data of adolescents at risk, the features of the autoaggressive behavior of the subjects were identified, and a sample of respondents with confirmed facts of autoaggression was formed (n=96).

Criteria for inclusion of adolescents in the group with confirmed facts of auto-aggression:

1) the presence of evidence of damage to body tissues (cuts, punctures, burns, etc.) in adolescents over the past year;

2) the presence of repeated suicidal thoughts in adolescents over the past year, planned or completed suicidal attempts in the anamnesis;

3) the presence of actions of a teenager over the past year that pose a threat to his life and physical health;

4) facts of alcohol consumption by adolescents over the past year at least once a month; description of situations of alcohol or drug intoxication;

5) voluntary consent of parents and adolescents for examination by a medical psychologist and further routing to specialized specialists (psychiatrist, narcologist).

The main criterion for excluding adolescents from the group was the absence of revealed facts of self-harming, suicidal, risky behavior and the use of substances.

Based on the results of the analysis of the obtained data, the types of autoaggressive behavior were determined as a percentage (Figure 11).

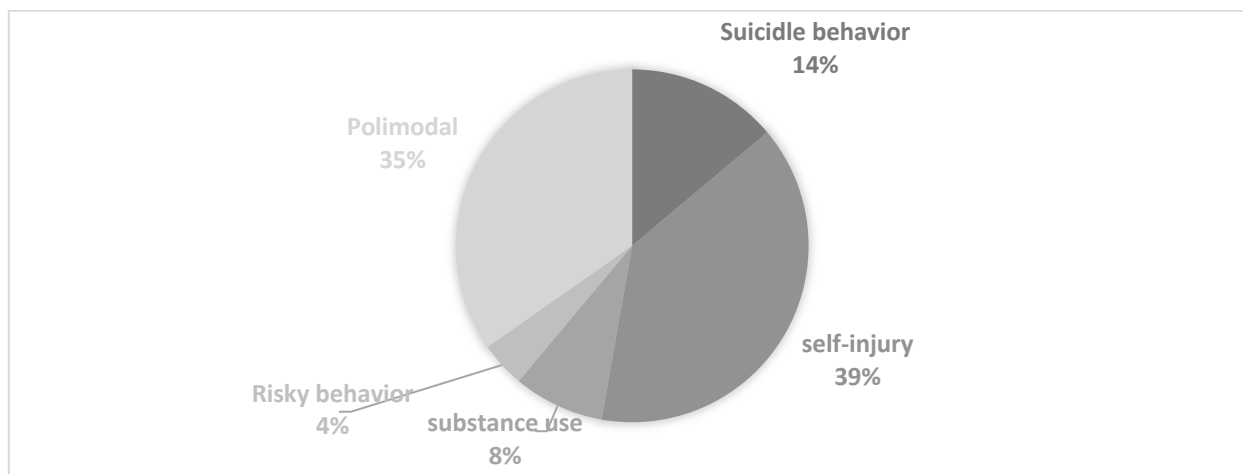


Figure 11. Verified types of autoaggressive behavior in adolescents

Distribution of types of self-aggression showed that in the group (n=96):

- 34 (35%) subjects were adolescents with autoaggressive polymeric complexes involving combinations of types of self-aggression,



- 62 (65%) Teens who use only one kind of autoaggressive behavior, of which the largest percentage of adolescents demonstrates self-injury behavior (39%).

Among adolescents with polymodal autoaggressive profiles (n=34), the most common persons are those who combine self-harming, suicidal behavior with the use of psychoactive substances - 17(50%) people.

The distribution of adolescents with a tendency to autoaggression by gender is presented in Table 21.

Table 21. Distribution of adolescents with verified facts autoaggression by gender (n=96)

	Boys	Girls	The average age
Quantity	35	61	15

Adolescents with risks of autoaggressive behavior identified at the second stage of the study, with unconfirmed facts of autoaggressive behavior at the verification stage (n=45), were assigned to the group with a tendency to autoaggression.

The group of adolescents with a tendency to risk autoaggressive behavior (n=186) was formed according to the following criteria:

1) compliance of the results of the psychodiagnostic (screening) examination of the second stage with the criteria of the tendency to the risk of autoaggressive behavior (see Table.17);

2) adolescents at high risk according to the results of screening, but not confirmed by the facts of autoaggression according to the results of verification;

3) adolescents whose parents have given their voluntary consent to further psychodiagnostic examination and preventive work.

Criteria for exclusion from the group:

1) the refusal of parents to continue psychodiagnostic examination and participation of the teenager in the preventive program;

2) teenagers who completed their studies in the 9th and 11th grades;

3) refusal of adolescents from further psychodiagnostic examination and participation in the preventive program.

The distribution of adolescents with a tendency to autoaggression by gender is presented in Table 22.

Table 22. Distribution of adolescents with a tendency to autoaggression by gender (n=186)

	Boys	Girls	The average age
Quantity	90	96	14

After the verification stage, a study of the existential consciousness of adolescents was carried out, which allowed us to identify the features and specific existential mechanisms for the group with confirmed facts of autoaggression (n=96) and for the group of adolescents with a tendency to autoaggression (n=186).

A comparative analysis of the clinical and psychological characteristics of adolescents with confirmed facts of autoaggression and with a tendency to autoaggressive behavior allowed us to identify the specifics of the manifestation of depressive symptoms in adolescents, as well as to identify their relationship with existential features.

The methods used are shown in table 20.

Table 20. Psychodiagnostic methods of the third stage of the study

The existential characteristics	"Test of existential motivations" (Langle A., Eckhard P., 2010); The Test of Resilience (Maddy S., 1984); "Questionnaire of individual values" (Schwartz, 2013).
Clinical and psychological characteristics	Depression scale for children from 7 to 17 (Kovach M., 1992)

The fourth stage of the study was devoted to the development and implementation of primary and secondary prevention programs and the evaluation of the effectiveness of psychocorrection measures.

The psychoprophylactic complex included both activities for adolescents and work with the staff of secondary and high schools (Table 23).

Table 23. Psychoprophylactic complex in schools

Psychoprophylactic complex based on the concept of existential analysis	Working with teenagers	Personalized prevention with adolescents with verified facts of autoaggressive behavior
		Group prevention with adolescents with normative behavior and a tendency to autoaggression
	Working with the staff in schools	Events with teachers-psychologists, social educators, administration of general education institutions

For adolescents, 2 types of prevention programs were developed and implemented, based on the concept of the existential crisis of adolescents:

1) the primary prevention program, which includes group activities, the number of participants was 50 people;

2) secondary/tertiary prevention program for adolescents with identified suicidal, self-harming, risky behavior and use of substances. The program included individual sessions and online consultations based on a personalized approach. The number of participants was 72 adolescents with verified facts of autoaggression.

Evaluation of the effectiveness of the psychoprophylaxis complex was carried out 3 months after the events. Analysis of the dynamics of co-quantitative and qualitative indicators "before" and "after" implementation of primary prevention (n=50), and implementation of personalized programs of practice with teenagers having revealed the facts of autoaggression (n=72).

For comparative analysis of dynamics of results of adolescents was conducted to study changes of existential experiences, resilience and rates of self-aggression in adolescents in the 2 control groups:

1) with normative behavior (n=81),

2) a group of adolescents with verified facts of autoaggression who did not participate in the prevention program (n=21).

## 4.2. Research methods

The developed methodological complex includes the following blocks of methods:

I. Identification of signs of risk of autoaggressive behavior in adolescents:

1) The questionnaire for determining the risk of suicide "Suicidal personality-19" (Yunatskevich P. I., 1996). The method is designed to identify the level of suicidal risk and signs of suicidal behavior. The method was tested based on the District Military Hospital in 1995-1997. The empirical base consisted of 100 cadets of the armed forces. It consists of 19 questions, in which statements concerning health and character are proposed and are indicators of suicidal manifestations. The subject is asked to answer "yes" if he is positive about the statement, and "no" - if negative. The method states high, medium and low levels of suicide risk (Appendix8);

2) The questionnaire "Body modifications and self-harm" (Polskaya N. A., Kabanova A. S., 2007) assesses the problems associated with self-harm, their relationship to body modifications, social deviations and personal characteristics. The questionnaire includes 22 questions with a choice of answers concerning the experience of self-harm, the facts of the use of substances, risky and suicidal behavior. It is intended for the qualitative analysis of problems related to self-harming behavior and body modifications. The method was tested and validated in the dissertation research of N. A. Polskaya;

3) "Express test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances and alcohol" (Grigorieva A. A., 2020). To study the attitude of adolescents to the use of substances, the presence of interest and awareness, a rapid test was developed, consisting of 10 questions, where each is accompanied by several answers, from which the subject is asked to choose one option. It is designed to determine such parameters of adolescents' awareness as interest in the topic of substances (passive and active), attitude (anxious, negative, positive) and awareness. According to the test results, the subject can be assigned to one of three groups: 1) high risk (high awareness, high interest, positive attitude to the use of substances), 2) intermediate group (moderate interest, in which passive curiosity is combined with medium and low indicators of readiness for personal participation, anxious attitude to substances moderate or high awareness),

3) low-risk group (negative attitude to the topic of substances, anxious attitude with the involvement of an adult, reduced interest, low awareness);

4) Questionnaire "Drug addiction risk group" (Khasan B. I., Tyumeneva Yu. A., 2003). The methodology was developed in 1995-1996 and is designed to assess the risk of dependent behavior in adolescents in general education institutions. The questionnaire is a series of bipolar statements, which are divided into three diagnostic scales: the scale "Behavior in a risk situation" (6 statements) reveals a particular strategy of behavior in a risk situation (normal, adequate behavior; inadequate behavior-avoiding or overcoming strategy). The "Interest in drugs" scale (6 statements) allows you to detect a different nature of interest in the drug-related field: denial of any interest in drugs; curiosity about this area; increased, sharpened interest and search activity for everything that carries information about drugs; structuring time "for this interest". The data on the scale qualifies as the detection of a completed sample. The scale of "attitudes" (10 claims) detects the presence of the characteristics of the active pursuit of socially useful actions, passion for teamwork, competition, value for teenager social approval or, conversely, indifference and denial of Pro-social events with tendency to commit or endorse antisocial actions.

II. The study of psychological and sociodemographic characteristics of adolescents of risk groups self-injury, suicide, risky behavior and substance use:

1) To collect sociodemographic data on adolescents, a questionnaire was developed that includes the following information: age, gender of the patient, social and living conditions, composition, status and financial well-being of the family, its characteristics, family history data related to auto-aggressive behavior;

2) The test-questionnaire "Research of volitional self-regulation" (Zverkov A.V., Eidman E. V.) determines the level of mastering one's own behavior in various situations, the ability to manage one's actions, states and motives. The level of volitional self-regulation can be characterized by such character traits as perseverance and self-control, which correspond to the scales of the same name. The test questionnaire consists of 30 statements. The sub-scale "Perseverance" characterizes the strength of a person's intentions – his desire to complete the work he has started. The "Self-control" subscale reflects the level of voluntary control of emotional reactions and states.

3) The test-questionnaire for the study of the level of impulsivity (Losenkov V. A.) is designed to diagnose the potential of communicative impulsivity, that is, the trait opposite to volitional qualities: purposefulness and perseverance. The level of impulsivity can be described as high, medium, and low. The test questionnaire consists of 20 questions and four possible answers, from which you are asked to choose one suitable one.

4) The questionnaire of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder (PBQ-BPD, Kholmogorova A.V., 2016). The questionnaire was developed by E. Butler and co-authors, the Russian version was tested and confirmed by Maximov A.M., Kholmogorova A. B., Konina M. A., and others. The questionnaire diagnoses borderline personality disorders and a tendency to auto-aggressive, including suicidal, behavior. The 14 points of the questionnaire form three subscales: distrust (reflects beliefs associated with the expectation of exploitation and betrayal), dependence (manifests itself in beliefs associated with a feeling of helplessness without constant support) and protection (reveals attitudes about the need for preventive steps to prevent possible exploitation or rejection).

III. Verification of risk groups with the available facts of autoaggressive behavior of adolescents.

A phenomenological approach was used to study the personal characteristics of autoaggressive behavior of adolescents. Many authors speak about the importance of the phenomenological approach for the description of personality. The phenomenological method of A. Langle describes as a value perception the understanding of what is now important for a person in his experiences, what drives him, what excites him. The phenomenological method makes it possible to look beyond aggression, to understand the personal content that lies behind the manifestation of aggression towards oneself. The main principles of the phenomenological method used in the conversation with teenagers:

The researcher's openness to his feelings. Basic questions for yourself: how does what a teenager is telling me now affect me? How do I take it? What causes this in me?

An appeal to the concrete. The researcher's questions about specific events in the child's life, examples of manifestations of auto-destructive behavior. It is necessary to

focus on the little things: both to the appearance of the child, and to his history, behavior, speech characteristics.

Focus on the experiences of a teenager with autoaggressive manifestations: how did you feel when it happened? How did you understand these feelings? What feelings does this experience evoke? How do you feel about it now?

The correlation of feelings with reality. What feelings experienced in autoaggressive behavior relate directly to the situation that caused them, and which are transferred, projected?

Promoting the ability of a teenager to be open to himself and to understand himself: what was important to you? What could have stopped you? Do you know where you could have stayed? How has this affected your life today?

Phenomenological research as a method of studying subjective experience includes a phenomenological interview or analysis of the description of the experience. In the study of autoaggressive behavior, adolescents were asked to describe their experiences of self-harming, suicidal, risky behavior, and the use of substances using special questions based on the principles of phenomenological methodology. During the conversation with teenagers, data on the content of experiences and meaning that have different autoaggressive forms of behavior for adolescents were recorded.

The phenomenological interview was conducted according to the following structure:

Description of facts or situations of autoaggressive behavior;

The General perception, the attitude towards such behavior, and life situations associated with them;

Description of emotional states associated with the manifestation of autoaggression, the dynamics of emotions;

Description of the features of bodily sensations, the experience of pain;

Description of thoughts associated with autoaggressive behavior;

Ability to stop at the moment of autoaggression;

What allows you to refrain from manifestations of autoaggression;

How does it relate now to what happened;

Materials of school and medical documentation, results of clinical and psychological examination (conversation, observation, data of clinical and psychological methods, questionnaires, projective methods, etc.) were studied.

To study the features of behavior that deviates from the concept of social norm, the Achenbach questionnaire was used. This is a method of expert assessments that allows you to identify the features of deviant behavior of children and adolescents in 2 groups of scales: primary scales (isolation, somatic problems, anxiety, socialization disorders, cognitive problems, problems with attention, delinquent behavior, aggression); derived scales (indicator of internal problems, indicator of external problems) (Kleiberg Yu.A., 2007).

IV. The study of the existential characteristics of adolescents with autoaggressive behavior was conducted using the following methods:

The test of existential motivations (Langle A., et al., 2010). It measures a person's subjective perceptions of the quality of own life, its emotional assessment and the assessment of its individual significant aspects. In the concept of existential analysis, the integral indicator of the quality of life is the concept of existential fulfillment, which means a feeling of deep satisfaction and agreement in a situation that requests the spiritual dimension of a person. Living a person's spiritual dimension depends on four fundamental motivations (they correspond to the four scales of the test: fundamental trust, fundamental value, self-worth, meaning of life). The study used a Russian-language modification of the test, including 36 questions, validated by a group of researchers: V. B. Shumsky, E. M. Ukolova, E. N. Osin, Ya. D. Lupandina in 2016.

The Test of Resilience (Muddy S., 1984). Characterizes the measure of the individual's ability to withstand a stressful situation, maintain internal balance and not reduce the success of the activity. The test contains 45 questions and consists of 3 sub-scales: "Involvement" (a sense of life, a sense of the taste of life); "Control" (the inner belief of a person that he himself controls his life and can influence what is happening around him); "Risk-taking" (the ability of a person to consciously approach risk).

"Questionnaire of individual values" (Schwartz, 2013). It is used to study the dynamics of changes in values both in groups (cultures) in connection with changes in



society, and for the individual in connection with his life problems. The Schwartz questionnaire is based on the theory that all values are divided into social and individual values. The first part of the questionnaire is designed to examine the values, ideals, and beliefs that influence the individual. The list of values consists of two parts: nouns and adjectives, which include 57 values. The subject evaluates each of the proposed values on a scale from 7 to -1 points. The second part of the Schwartz questionnaire is a personality profile. It consists of 40 descriptions of a person, describing 10 types of values (power, achievement, hedonism, stimulation, independence, universalism, kindness, tradition, conformity, security). To evaluate the descriptions, a scale from 4 to -1 points is used. The methodology provides a quantitative expression of the significance of each of the ten motivational types of values at two levels: at the level of normative ideals and at the level of individual priorities.

V. Study of clinical and psychological characteristics of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to risk of autoaggression:

1) Depression scale for children from 7 to 17 (Kovak M., 1992). A questionnaire on the children's depression M. Kovak (Child Depression Inventory (CDI)) Adapted by N. G. Garanyan (1999) and validated by S. V. Volikova, O. G. Kalina, and A. B. Kholmogorova (2011). Based on the results of validation, the authors noted that the most reliable indicator of this test for psychological diagnosis is the overall score of the severity of depressive symptoms. The scale allows you to determine the quantitative indicators of the spectrum of depressive symptoms – reduced mood, hedonistic ability, autonomic functions, self-esteem, interpersonal behavior. It covers the main characteristics of depression and considers the psychological characteristics of this age group. The questionnaire is a self-assessment scale for children and adolescents from 7 to 17 years old and contains five subscales (negative mood, interpersonal problems, inefficiency in school, anhedonia, negative self-esteem). It consists of 27 triads of utterances. The subject is asked to choose one statement in each group, depending on how he feels recently. Values corresponding to 61-65 points are interpreted as a significant excess of the average level of depression; values over 66 points correspond to the risk group.

### 4.3. Statistical data processing

In accordance with the goals and objectives of the study, as well as considering the specifics of the analyzed variables, the following statistical operations were performed:

calculation of frequency tables;  
 testing of statistical hypotheses based on the Student's t-test;  
 statistical comparison of groups using the U-Mann-Whitney test for independent samples;

T-Wilcoxon criterion for dependent samples;

analysis of the conjugacy tables using the  $\chi^2$  criterion, which allows to combine the frequency of occurrence of observations at different levels of the factors under consideration;

K-means cluster analysis for the selection of homogeneous groups classified by a given attribute;

calculation of correlation matrices based on linear correlation and nonparametric methods. For nonparametric data, the Spearman correlation coefficient was used, for metric data – Pearson;

one-factor analysis of variance with the use of paired intergroup comparisons using the Scheffe method;

regression and discriminant analysis for the development of forecasting models;

Cronbach's alpha coefficient, showing the internal consistency of the characteristics describing a single object;

the method of analysis of entropy;

Smirnov integrative test;

Markov forecast;

The criterion for statistical reliability of the findings, we considered generally accepted in psychology, the value of  $P \leq 0.05$ .

In the planning phase and conduct of the study, and then discuss the results not revealed possible systematic errors in the sampling, the adequacy and compliance of design and research methods, and applied statistical methods to the goals and objectives of the work.

## CHAPTER 5. SOCIODEMOGRAPHIC AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH RISKS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

At the first stage, the influence of sociodemographic, psychological, and gender-age characteristics on different types of auto-aggressive behavior of adolescents was evaluated. Students (n=2023) aged 10-17 years (average age  $13.5 \pm 3.5$ ) were examined, 1010 of them were boys; 965 were girls (Table 24).

Table 24. Distribution of the sample of adolescents by gender and age

	Quantity	The average age
Boys	1010 (49,8%)	14,3
Girls	965 (47,5%)	14,5
Gender not specified	48 (2,3%)	-
The total sample	2023	$14,4 \pm 3,5$

### 5.1. Sociodemographic characteristics of adolescents

The prevalence of autoaggressive behavior in adolescents is due to a number of different factors. Most authors who study the problems of adolescent behavior identify both direct predictors in the formation of autoaggressive intentions (biological, psychological, psychopathological), and social and family factors that have a formative influence on the adolescent and activate the above factors of the first rank (Bannikov G. S. et al., 2015; Polozhiy B. S., 2016; Bulygina V. G., 2017; Lukashuk A.V., et al., 2017; Syrokvashina K. et al., 2018; Grigorieva A., 2020).

The factors contributing to the emergence and strengthening of autoaggressive behavior include 4 blocks of indicators: 1) lack of religious beliefs in adolescents, 2) unfavorable social and living conditions of the family, 3) auto-aggressive and aggressive behavior of parents in families of adolescents; 4) use of substances by adolescents. The use of substances, as described earlier (h. 1. 2. 2), can be considered on the one hand as an independent (indirect) type of autoaggression, on the other - as a factor or trigger of suicidal and self-harming behavior.

*Religious beliefs of teenagers*

The study of religious beliefs included questions about faith in God and religion. To the social characteristics of the run were financial and economic indicators of the family (family income level, possession of a teenager separate rooms), structural-functional parameters of the family (number of members, complete or incomplete family). Family social history is a part of the family history that gives an idea of the relationship between family members, the presence of aggressive and autoaggressive behavior, and bad habits. The assessment of adolescent substance use included information about tobacco, alcohol, and drug use.

Religious and spiritual factors can act as protective factors for adolescents against a number of negative consequences (early sexual experience, suicidal behavior, etc.). The religiosity of adolescents was considered by us as a formal expression of faith in God and involvement in a particular religion (Cotton S. et al., 2006; Goldston D. B. et al., 2008; Grosseohme D. H. et al., 1999). During the survey, it was revealed: 69.6% of adolescents said that they believe in God, among all respondents, 60.7% choose the Orthodox faith (Table 25).

Table 25. Religious beliefs of teenagers

<b>Indicators</b>	N=2023
Believe in God	69,6%
Don't believe in God	25%
Religion: Orthodox Christianity	60,7%
Islam	2,6%
Catholicism	0,1%
Judaism	0,2%
A different faith	4,2%
Not specified	19,6%

*Social and living conditions of the family*

Features of social conditions and family history are important predictors in the formation of autoaggressive behavior of adolescents (Barber B. K., 1992; Kaminski J. W. et al., 2010). The study of social and household characteristics revealed that 76% of

adolescents have their space in an apartment, 71% live in full families with low (29%) or average (43%) income (Table 26).

Table 26. Social and living conditions of adolescents

<b>Indicators</b>	N=2023
Teenagers have a separate room	76%
Teenagers do not have a separate room	22%
Full family	71%
Partial family	26%
No family details were provided	3%
The level of income in the family for 1 person per month is less than 10 thousand rubles	29%
The income level for 1 person per month is 10-20 thousand rubles	43%
The income level for 1 person per month is more than 20 thousand rubles	17%
Average number of family members in which teenagers live	4±2

*Aggressive and autoaggressive behavior of adolescent's parents*

Autoaggressive and aggressive behavior among family members was detected in 24% of cases. The most common type of autoaggressive behavior in adolescent families is the use of alcohol by parents (Table 27). About 2.3% of adolescents indicated the presence of completed cases of suicide in their families. Less than half of adolescents report an unfavorable psychoemotional atmosphere in the family, characterized by frequent conflicts (mainly 1-2 times a week).

Table 27. Social history of adolescent families in the general population of adolescents

<b>Indicators</b>	N=2023
Cases of suicide in the family	2,27 %
Alcohol consumption in the family	17%
Drug use in the family	1,3%
Domestic violence	3%
There are no conflicts	58,9%
Conflicts in the family 1-2 times a week	32%
Conflicts in the family 3-5 times a week	5%

Information about conflicts in the family was not provided	3,1%
--	------

### *Adolescent substance use*

The assessment of adolescent substance use included direct, anonymous questions about alcohol, drug, and tobacco use. Three groups of psychoactive substance users were identified (Figure 12): adolescents who use tobacco (5.8%); those who use alcohol (20.7%), and those who try drugs (2.4%).

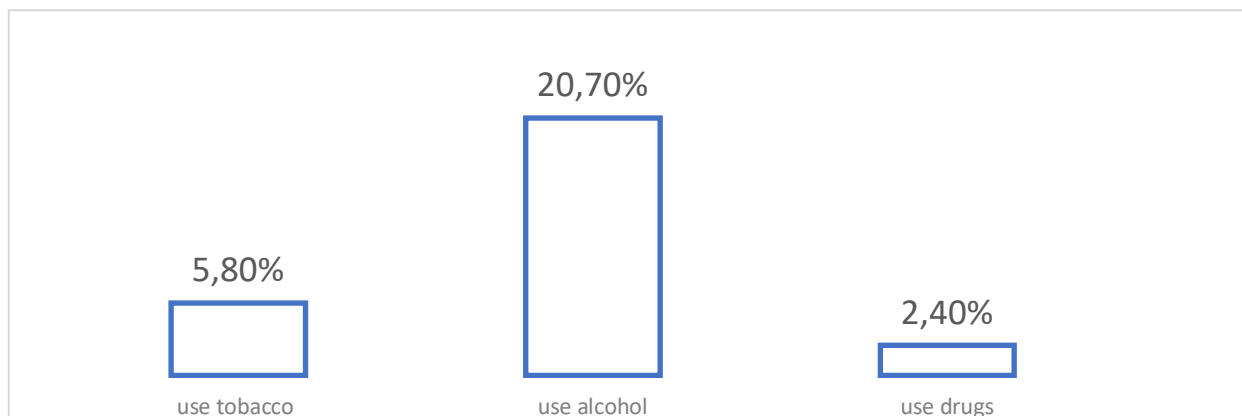


Figure 12. Percentage of adolescents who use tobacco, drugs, and alcohol in the general population of adolescents

Thus, in the sample we studied, we identified groups of adolescents who are under the influence of unfavorable factors that contribute to the occurrence of autoaggressive behavior, for each of the 4 blocks of indicators: 1) 25% - teenagers who have no religious beliefs, 2) unfavorable social and living conditions of the family: 22% of adolescents do not have their space in an apartment, 26% live in incomplete families with a low (29%) income, 3) 2.3% of adolescent families have completed suicide attempts; 3% have identified cases of domestic violence; 4) 20.7 % of teenagers drink alcohol, 5.8% - smoke, 2.4-try drugs.

## 5.2. Age-related features of the risks of autoaggressive behavior in the general population of adolescents

Studying the age characteristics of the risks of autoaggressive behavior include three age groups: 10-11 years (n=32), 12-15 years (n=1479) and 16-18 years (n=454) (Table 4-5). In the analyzed groups, a comparative analysis of the risk indicators of autoaggressive behavior and psychological characteristics (criterion x2) was carried out (Table 28).

Table 28. Indicators of autoaggressive behavior in different age groups in the general population of adolescents

Indicators	10-11 age	12-15 age	16-18 age	X <sup>2</sup>	P
The level of suicide risk	1,78	2,86	2,42	17,32	0,00
Positive attitude to self-harm	34,4	35	26,1	16,59	0,00
Negative attitude to self-harm	9,4	5,4	7,5	7,83	0,02
The presence of self-injury	3,1	21	17,2	7,10	0,03
Risky behavior	9,44	9,72	13,33	38,35	0,00
Passive interest in substances	2,78	2,61	2,92	8,22	0,02
Worrying attitude to substances	3,19	2,24	1,90	16,15	0,00
Negative attitude to substances	5,66	4,67	4,53	7,83	0,02
Positive attitude to substances	1,53	2,46	2,86	14,39	0,00
Awareness of the topic of substances	2,63	3,11	3,93	17,2	0,00
Interest in substances	6,03	7,96	10,22	32,91	0,00
Alcohol consumption	3,1	17,1	35	22,43	0,00
Tobacco use	3,1	4,5	10,4	73,17	0,00

The study identified three types of adolescent's attitudes to body modifications and self-harm: positive-adolescents approve of changing their body and self-harm, showing interest in this topic; neutral - indifference to this topic; negative-the topic causes irritation, denial, and condemnation of this behavior in others.

The attitude to different types of autoaggressive behavior has an age-related dynamic. There are differences in the attitude of adolescents to body modifications and self-harm: at the age of 10-11 years, adolescents are the most negative about self-harming

behavior (0.020), which is accompanied by the lowest number of self-harm and body modifications. At the age of 12-15 years, the attitude to this type of autoaggression changes to positive, reaching the maximum indicators of the presence of modifications and self-injury (0.029). At the age of 16-18, adolescents give significantly fewer positive ratings of self-harm and modifications (0.000), the number of self-harm and modifications at this age also begins to decrease.

The attitude to the use of psychoactive substances in adolescents' changes over the course of age. If in 10-11 years the topic of substances connected with fear and denial (0.000), accompanied by low awareness of the types of psychoactive substances and methods of use, then with age, interest in this topic increases, awareness (0.000), a positive attitude to use is formed (0.000). At the same time, the number of adolescents who consume alcohol and tobacco is increasing (0.000).

The indicator of the level of suicidal risk reaches the highest values in the age range of 12-15 years ( $p=0.002$ ). It should be noted that it is at this age that the indicators of self-injury behavior also increase (0.029).

The next stage of the study was to compare the psychological characteristics of autoaggressive behavior: the level of impulsivity, volitional self-regulation, and dysfunctional beliefs, depending on the age of the subjects (Table 29).

Table 29. Psychological characteristics of adolescents in different age periods

<b>Indicators</b>	10-11 age	12-15 age	16-18 age	X <sup>2</sup>	P
The level of volitional self-regulation	15,16	13,90	14,77	15,95	0,00
Perseverance	10,31	9,12	9,75	17,42	0,00
Self-control	7,34	7,38	7,92	15,5	0,00
Social attitudes	12,53	13,90	17,87	30,15	0,00
Dysfunctional beliefs	17,63	14,54	12,91	10,00	0,00

A high level of volitional regulation and perseverance characterize the group of adolescents aged 10-11 years. At the age of 12-15 years, there is a decrease in the indicators of these psychological characteristics. At the same time, the indicator of "Self-



control" increases gradually, as a teenager grows up, reaching the maximum values for the sample at 16-18 years. In the age sample of 10-11 years, the most pronounced indicators of dysfunctional beliefs.

At the age of 16-18 years, an increase in the indicator "social attitudes" is found, reflecting a decrease in the tendency to commit antisocial acts and the desire of adolescents to socially useful activities.

To identify age-related predictors of autoaggressive behavior, a regression analysis of the data was performed (Table 30). The following age-related predictors of autoaggressive behavior were identified: the level of Self-control active interest in the use of psychoactive substances, awareness of the topic of psychoactive substances, negative attitude to drinking, attitudes of the reference adolescent group.

Table 30. Age-related predictors of autoaggressive behavior in adolescents in the general population of adolescents

Indicators	Non-standard coefficients		Standard coefficients	t	P
	B	Std. Error	Std. Error		
(Constant)					
Self-control	0,2	0,02	0,18	8,49	0,00
Active interest in substances	0,07	0,02	0,09	3,78	0,00
Social attitudes	0,02	0,00	0,12	5,55	0,00
Awareness of the topic of substances	0,09	0,02	0,1	4,07	0,00
Negative attitude to substances	0,07	0,03	0,06	2,82	0,00

### 5.3. Gender characteristics of the risk of autoaggressive behavior in the general population of adolescents

The analysis of gender-specific risk characteristics revealed differences between boys and girls in terms of autoaggressive behavior and psychological characteristics (the analysis was carried out by the method of one-factor analysis of statistical data). It was found that adolescent girls significantly differ in their active interest in the use of

substances compared to boys ( $p=0.000$ ). Similar dynamics can be observed in the case of self-harming behavior, where girls show the greatest interest and positive attitude to body modifications. Positive attitude and interest in self-harm prevails in 16-18 years in both gender groups ( $p=0.002$ ) and is most pronounced in girls, compared to boys ( $p=0.001$ ). The suicidal risk in girls is also most pronounced compared to boys, the maximum values of the parameter are noted at the age of 12-15 years (3.29;  $p = 0.001$ ) (Table 31).

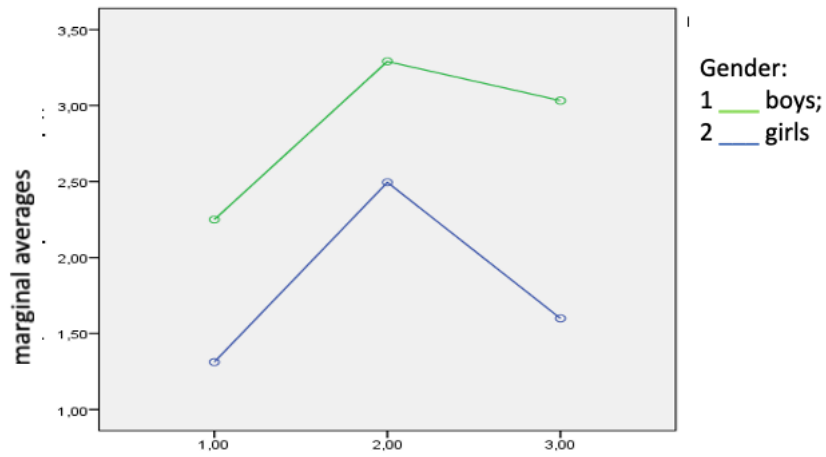
Table 31. Gender characteristics of indicators of autoaggressive behavior of adolescents in the general population of adolescents

Indicators	Gender	Boys			Girls		
		10-11	12-15	16-18	10-11	12-15	16-18
The level of suicide risk	0,01	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03
Positive attitude to body modifications and self-harm	0,00	0,81	0,86	0,94	1,18	1,16	1,48
The presence of self-injury	0,01	2,43	3,18	2,97	2,87	3,95	4,34
Active interest in substances	0,00	2	3,03	4,30	3,81	4,55	5,55

The increase in suicide risks is most pronounced at 12-15 years of age, both in the group of girls and in the group of boys ( $p=0.001$ ). The lowest rates of suicide risk in the groups of female and male adolescents are observed in 10-11 years.

The presence of body modifications and self-injuries has significant differences in the combination of both age and gender characteristics ( $p=0.01$ ). Adolescent girls have higher average values for this indicator.

At the same time, the value of the indicator increases with age, acquiring maximum values in 16-18 years. Boys have a lower rate of modification and self-harm than girls. There is no consistent age-related increase in the indicator (Figure 12).

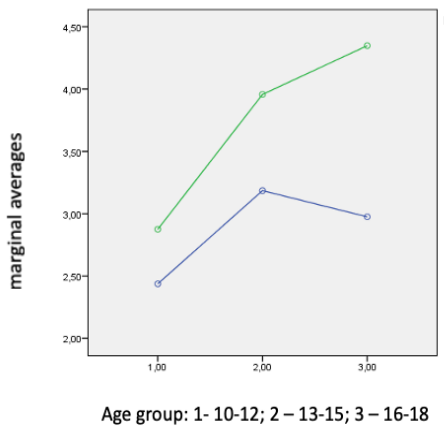


Age group: 1- 10-12; 2 – 13-15; 3 – 16-18

Figure 12. Indicators of suicidal risk in girls and boys at different age groups \* 1 (10-11 years); 2 (12-15 years); 3 (18-18 years)

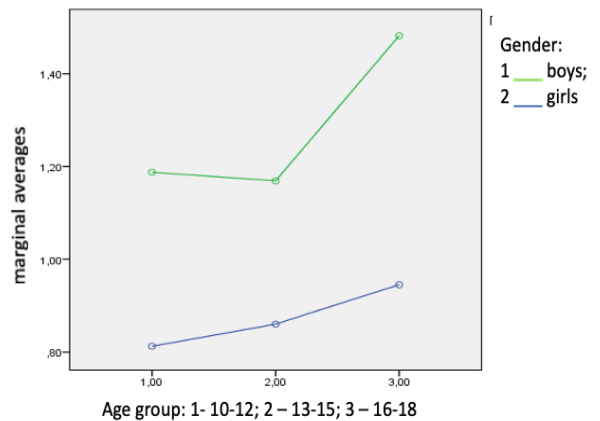
The study of the characteristics of the attitude of adolescents of different sexes and different age groups to modifications and self-harm revealed significant differences only based on gender (Figure 13, 14).

Thus, the values of the indicator "positive attitude to body modifications and self-harm" in adolescent girls are significantly higher compared to boys (0.001). Significant age dynamics of this indicator is not observed either in the group of boys or in adolescent girls.



Age group: 1- 10-12; 2 – 13-15; 3 – 16-18

Figure 13. The presence of body modifications and self-harm in boys and girls in different age groups



Age group: 1- 10-12; 2 – 13-15; 3 – 16-18

Figure 14. Positive attitudes towards body modifications and self-harm in boys and girls in different age groups

The willingness of girls to engage in situations related to the use of substances, active interest in this topic at all three age stages significantly exceeds similar indicators in boys. The attitude of adolescents to the use of psychoactive substances also has significant differences. Girls have a predominant negative attitude to the use of substances at the age of 10-11 years, which changes with age to a more loyal attitude to this topic. At the age of 16-18, teenage girls already have a negative attitude to the use of psychoactive substances is replaced by a positive one. While in boys, there are no sharp changes in the attitude to the use of substances with age. It is noted that the percentage of negative attitude to the use of substances reaches the maximum value in boys aged 16-18 years, as well as in 10-11 years (Figure 15, 16).

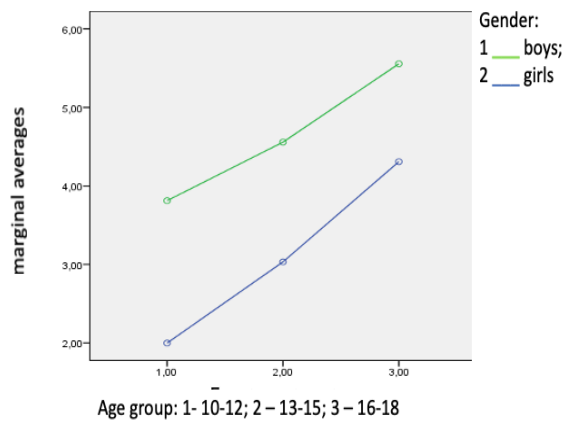


Figure 15. Active interest in the use of psychoactive substances in boys and girls in different age groups

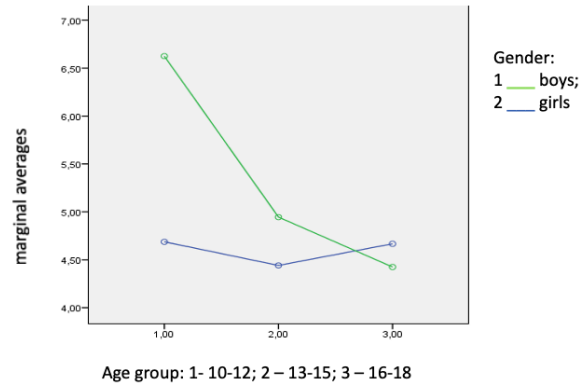


Figure 16. Negative attitudes towards substance use in boys and girls in different age groups

Awareness of the topic of psychoactive substances increases in groups of boys and girls with age, and interest in the use of substances also increases (Figure 17).

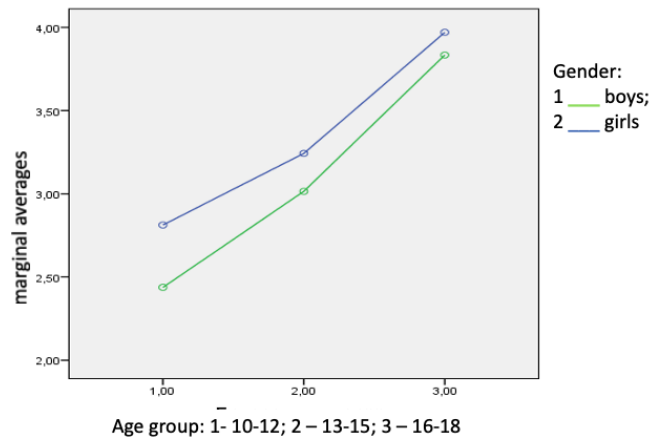


Figure 17. Awareness of the topic of psychoactive substances in boys and girls in different age groups

The behavior in the situation of risk in girls and boys has no significant differences, but there is an age dynamic of this indicator, which is manifested in a consistent increase and reaches the maximum value in adolescents of both gender groups at the age of 16-18 years (Figure 18).

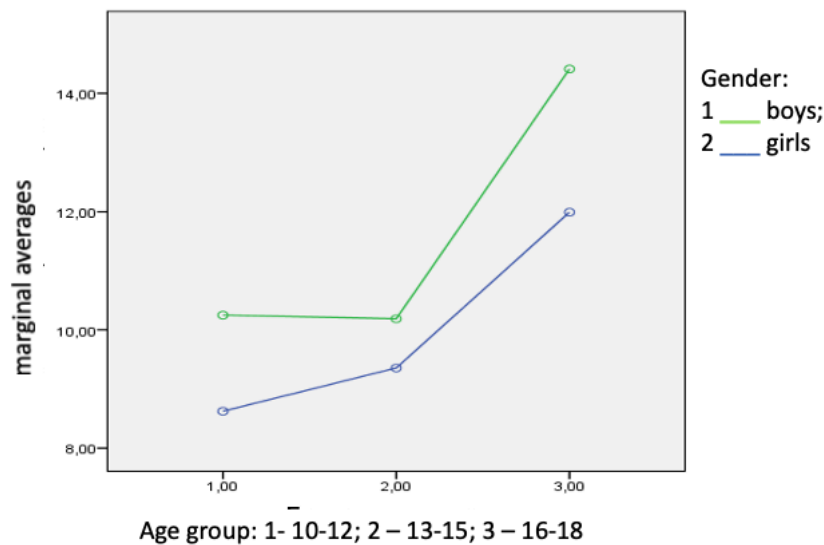


Figure 18. Risk behavior in boys and girls in different age groups

According to the results of the multivariate analysis, it was revealed that adolescent girls significantly differ in lower indicators of volitional self-regulation and perseverance throughout all age periods (0.002). The index of impulsivity in girls exceeds the same indicator in boys (0.005). Dysfunctional attitudes in girls are significantly higher than in the boy's group (0.008). In boys aged 16-18 years, volitional self-regulation, perseverance increases, impulsivity and indicators of dis-functional beliefs decrease (Table 32).

Table 32. Psychological characteristics of male and female adolescents in different age periods

Indicators	P gender	Boys			Girls			P gender and age
		10-11	12-15	16-18	10-11	12-15	16-18	
The level of volitional self-regulation	0,00	16,43	14,34	16,23	13,87	13,41	13,63	0,00
Perseverance	0,00	11,25	9,53	10,91	9,37	8,67	8,83	0,00
Self-control	0,01	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03	-
Social attitudes	0,05	1,87	1,87	0,94	1,87	1,94	1,95	0,01
Dysfunctional beliefs	0,01	15,62	13,31	10,93	19,62	15,98	14,37	-

Thus, the indicators of autoaggressive behavior of adolescents are characterized by the following features: active interest and awareness in the topic of substance use increases from 10 to 18 years of age. An important role in the formation of the risks of suicidal, self-harming, risky behavior and the use of psychoactive substances by adolescents is played by such a factor as the autoaggressive behavior of parents of adolescents.

The risk of different types of autoaggressive behavior in the age periods of 10-11, 12-15 and 16-18 years in girls and boys differs. In boys, the age of 16-18 years is the most stable, accompanied by an increase in volitional indicators, the ability to regulate their behavior, and lower indicators of autoaggression. In girls, on the contrary, the tendency to self-injury, as well as to the use of psychoactive substances, is more pronounced. 12-15 years - an age period accompanied by an increased risk of autoaggression. Girls are most likely to fall into the risk group for developing various types of autoaggressive behavior, as they are characterized by high impulsivity, difficulties in volitional self-regulation, a positive attitude to self-harm, and an active interest in the use of psychoactive substances.

#### **5.4. Epidemiological data on the number of risk groups of adolescents with different types of autoaggression**

Based on the obtained psychodiagnostic data on the methods of: Body modification and self-harm (Polskaya N. A., 2017); "Suicidal personality-19" (Yunatskevich P. I., 2009); "Express test to identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances and alcohol"; Questionnaire "Drug addiction risk group" (Khasan B. I., Tyumeneva Yu.A., 2003, Test-questionnaire "Study of volitional self-regulation" (Zverkov A.V., Eidman E. V.) groups of adolescents were divided by the type of autoaggressive behavior, as well as by the degree of risk severity.

According to the type of autoaggressive behavior, the adolescents were divided into 4 groups: 1) suicidal behavior, 2) self-injury behavior, 3) substance use, 4) risky behavior.

According to the severity of the risk, the division was made into two groups: 1) tendency to autoaggression, 2) high risk of autoaggressive behavior.

A total of 455 adolescents were included in the risk groups. The groups were formed according to the predominant type of autoaggressive behavior, while not excluding the presence of other types of autoaggression.

The group of subjects with suicidal behavior (SB) included adolescents with a tendency to suicidal phenomena, manifested in the form of suicidal thoughts and reactions (20.7%). The group of high suicidal risk was made up of adolescents with a high probability of realization of thoughts and intentions, the presence of specific plans (6.6%).

The group with a tendency to self-injury behavior was made up of adolescents with body modifications (12.6%). A high risk of self-harming behavior was observed in 7% of adolescents with two or more types of body modifications, as well as with the facts of self-inflicted injuries (cuts, bites, blows, scars, punctures, etc.).

The tendency to use psychoactive substances was observed in 16% of adolescents. This group included subjects who showed an active interest in the topic of psychoactive substances, as well as having a positive attitude to the use of substances. The group with

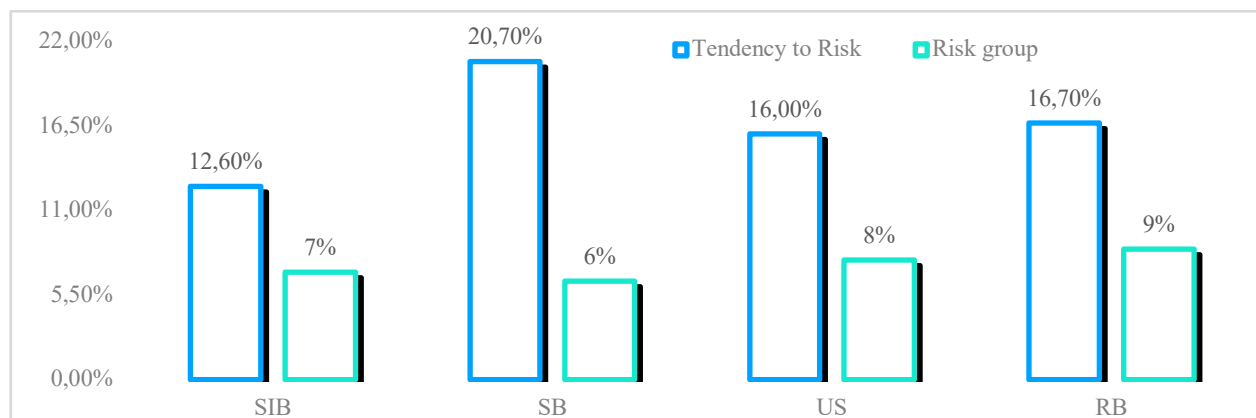
a high risk of using substances was made up of respondents who gave positive answers to questions related to the use of alcohol, drugs and tobacco (8%).

In the group of children with a tendency to risky behavior included under-shoots with a low level of volitional self-regulation (16.7%) in the group with risky behavior were teenagers, which revealed an inadequate strategy in a situation of risk (9%) (table 33, figure 19).

The control group, with no signs of self-injurious behavior, amounted to 553 persons (27.3 percent).

Table 33. The distribution of adolescents according to the types and severity of risks autoaggressive behavior (%)

	Tendency to Risk		Risk group	
	Number of responses in the category	% of the total sample (n=2023)	Number of responses in the category	% of the total sample (n=2023)
Self-injurious	256	12,6 %	142	7 %
Suicidal behavior	420	20,7 %	131	6 %
Use substances	325	16 %	158	8 %
Risky behavior	339	16,7 %	172	9 %



\*SIB - self-injurious behavior; SB - suicidal behavior; US - use substances; RB - risky behavior  
Figure 19. Types and severity of risks of autoaggressive behavior in adolescents (%)

The analysis of primary data showed that the presence of a tendency to autoaggressive behavior is expressed in 12-20.7% of adolescents aged 10 to 18 years. The percentage of adolescents with a high risk of autoaggressive behavior is between 6 and 9 percent of the total sample.



The group of adolescents showing a tendency to suicidal behavior in comparison with other types of autoaggressive behavior has the greatest representation. Among the groups with a high degree of risk, the group of adolescents with risky behavior prevails (9%).

A qualitative analysis of the identified risk groups allowed us to identify adolescents with multiple (polymodal profile) and single (mono-modal profile) risks of autoaggressive behavior (Table 34, 35; Figure 20).

Table 34. The number of teenagers with monomodal and profiles of autoaggressive behavior

	% % of the total sample (n= 455)	Monomodal profiles %	Profiles %
Suicidal behavior	30%	49,2 %	50,7 %
Self-injurious	32%	51,4%	48,6 %
Use substances	35,7%	56 %	44 %
Risky behavior	38,6%	63,4 %	36,6%

Table 35. The combination of the types of risk autoaggressive behavior in adolescents in groups with multimodal profile

% Of the total sample (n= 455)	Use substances	Self-injurious	Suicidal behavior
Self-injurious	4,4%	-	-
Suicidal behavior	2,6%	3,7 %	-
Risky behavior	4,2 %	2,6 %	2,9 %

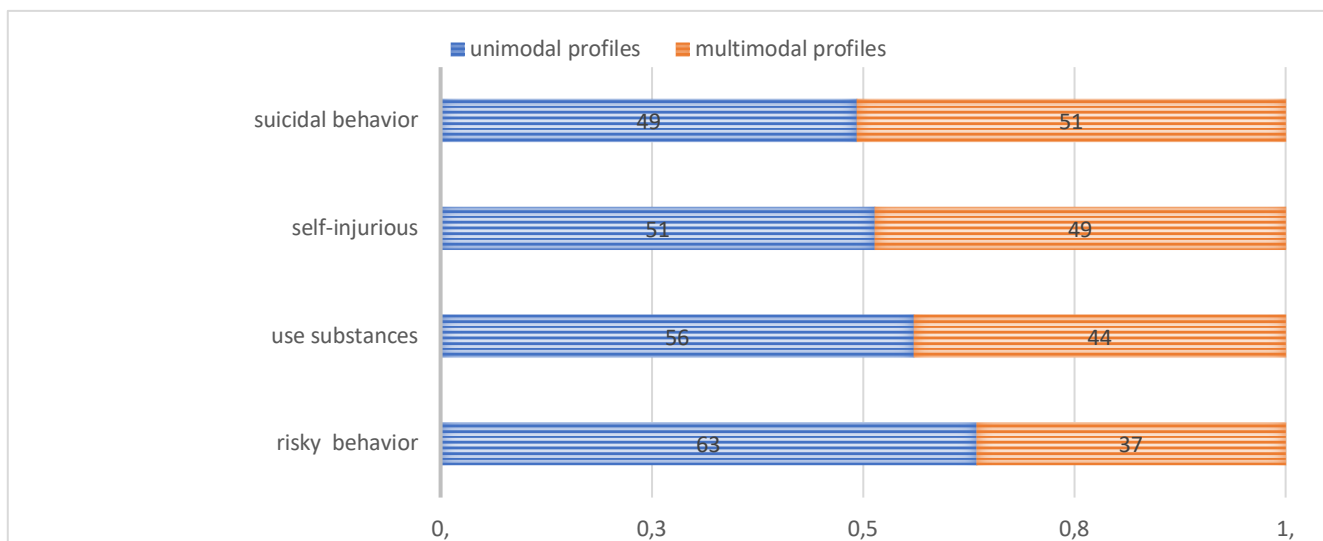


Figure 20. The material of unimodal and multimodal profiles of autoaggressive behavior in adolescents

Thus, the number of unimodal autoaggressive profiles, including only one type of autoaggressive behavior of adolescents, ranges from 49-63%, depending on the type. Polymodal profiles are characterized by multiple combinations of suicidal, self-injury, risky behavior and substance use, with a predominance of one of them (36-50%). It can be assumed that the degree of severity of auto-structure in adolescents with polymodal profiles will be higher than in adolescents with one type of auto-aggressive behavior (Grigorieva A. A., Gavrichenkova A. A., 2020). The presence of combinations of auto-aggressive behavior requires complex personalized profilaxis approaches, considering the specifics of the polymodal profile of the adolescent.

### **5.5. Differences in the sociopsychological characteristics of adolescents at risk with different types of autoaggressive behavior**

The study revealed that families in groups of adolescents with risks of self-injury, suicidal, risky behavior and the use of substances significantly differ in sociodemographic and psychosocial characteristics (the comparative analysis was carried out according to the Mann-Whitney U criterion). The group of adolescents at risk of self-injury is characterized by increased conflict in families compared to other groups (35.2%). The groups of adolescents with suicidal risk have the highest percentage of parents who use substances (especially alcohol (39%), as well as cases of domestic violence (14.6%). The number of families with cases of suicide in this group of adolescents was 9.2%. Psychosocial indicators in the group of adolescents with risks of using substances differ in a smaller number of conflicts in the family, cases of family violence and use of substances by parents, only one fact of suicide among parents was noted.

Social and living conditions in the groups also differ: only 45% of adolescents with suicidal risks have own room, 38% of the respondents in this group live in single-parent families. In the group of adolescents with risks of self-injury behavior and the use of substances, the conditions are more prosperous: 63% of adolescents live in full families,

69-73% have own room. The level of material income in families in groups with auto-aggressive behavior and the norm group does not differ significantly.

The religious beliefs of adolescents at risk also differ: the lowest number of adolescents reported that they believe in God in the group with suicidal behavior (44.6%), while in the group with normative behavior, 79% of adolescents reported that they have faith (Table 36).

Table 36. Average values of sociodemographic and psychosocial indicators in groups of adolescents with risks of self-injury, suicidal, risky behavior and the use substances

Sociodemographic indicators	Suicidal behavior (n=131)	Self-injury (n=142)	Use substances (n=159)	Risky behavior (n=172)	Normative behavior (n=553)
The average age	14,3	14,7	15,3	14,5	14±3
Boys	28%(37)	35% (51)	32% (51)	38,9% (67)	63% (351)
Girls	72% (94)	63% (90)	67% (107)	61% (105)	35% (194)
Social and household characteristics					
There is a separate room	45% (59)	69% (98)	73% (117)	70% (120)	80% (444)
There is no separate room	25% (33)	28% (41)	26% (42)	30,2% (52)	18% (102)
Full family	60% (79)	63% (90)	63% (99)	74% (128)	77% (428)
Incomplete family	38% (50)	33% (48)	34% (55)	26% (44)	21% (117)
Income level per 1 person per month: less than 10 thousand rubles.	30% (40)	29% (42)	27% (44)	29% (50)	29% (162)
10-20 thousand	46% (60)	45% (64)	49% (79)	48% (82)	45% (250)
More than 20 thousand	15% (20)	19% (27)	15% (24)	6% (28)	15% (85)
Psychosocial characteristics of adolescent families					
Cases of suicide in the family	9,20% (12)	9,10% (13)	1% (3)	2,9% (5)	0,50% (3)
Alcohol consumption in the family	39% (51)	26% (37)	17,60% (55)	23% (39)	8,40% (47)
Drug use in the family	6,90% (9)	5,60% (8)	1,80% (10)	1,7% (3)	0,50% (3)
Domestic violence	14,60% (19)	6,30% (9)	2,50% (11)	7% (12)	0,70% (4)

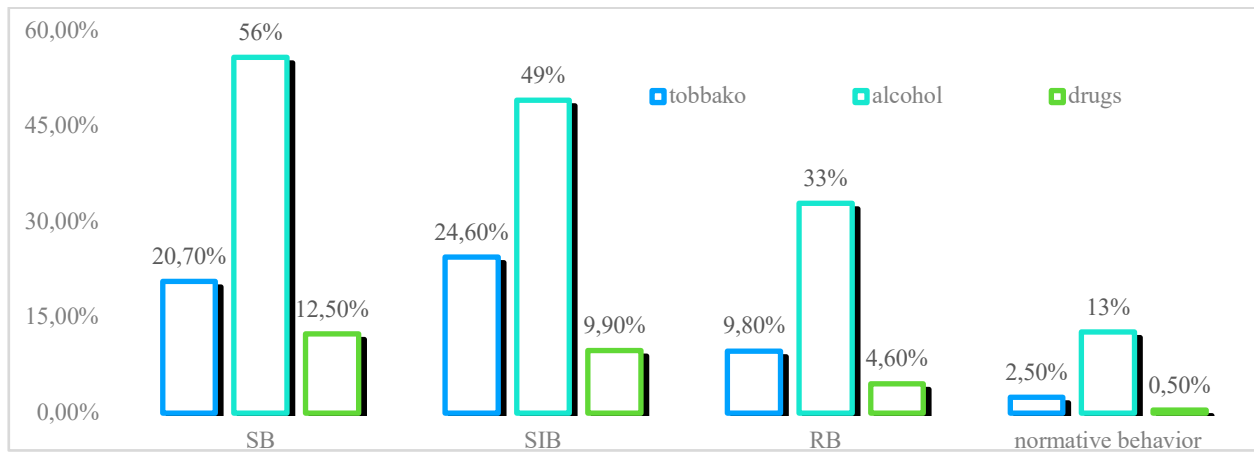
Conflicts 3-5 times a week	27% (35)	35,20% (50)	6,90% (5)	6,9% (12)	2,50% (14)
Religious beliefs of teenagers					
Believe in god	44,60% (58)	52% (74)	57,20% (91)	64,5% (111)	79% (441)

Thus, all groups of adolescents with high risks of autoaggressive behavior differ from the norm group in a number of characteristics: girls - 61-72%, while boys - 63%. The social history of adolescents with high risks of autoaggressive behavior is characterized by dysfunctionality of parental families, exposure to the use of psychoactive substances, physical violence, unfavorable psychoemotional background, and facts of suicide. In all groups of adolescents with different types of autoaggressive behavior, there is a high percentage of families in which parents consume alcohol (17.6 to 39%). Adolescents at risk have more complex social and living conditions: there is no separate room (25-30%), single-parent families (26-38%). Religious beliefs of adolescents at risk are characterized by atheism, especially in the group with a high risk of suicidal behavior. The indicator of financial well-being of families in the risk groups and the norm did not have significant differences.

### **5.6. Structure of use substances in high-risk groups of adolescents with suicidal, self-injury and risky behavior**

The structure of substances consumption was identified in the groups of adolescents with risks of self-injury, suicidal, risky behavior and use of substances, as well as in the group of adolescents with normative behavior.

In the group of adolescents at risk of suicidal behavior, 56% reported that they use alcohol, 20.7% - tobacco, and 12.5% have tried drugs. Children with risks of self-injury behavior use tobacco (24.6%), alcohol (49%) and drugs (9.9%). In the group of adolescents with risky behavior, the use of substances is significantly lower than in the other two groups (Figure 21).



\* SB – suicidal behavior; SIB-self-injury behavior; RB-risky behavior

Figure 21. Structure of psychoactive substance use in adolescents with different types of autoaggressive behavior

Thus, in comparison with the norm group, adolescents with risks of self-injury, suicidal and risky behavior have a significant increase in interest in all types of psychoactive substances: tobacco, alcohol, drugs. Alcohol is the most preferred type of substances among adolescents with autoaggressive behavior.

### 5.7. Comparative analysis and interrelation of psychological characteristics of adolescents with high risks of autoaggressive behavior

To study the psychological characteristics of adolescents with different types of risks of autoaggressive behavior, a comparative analysis of the level of impulsivity, volitional self-regulation and dysfunctional beliefs of the subjects was conducted (U Mann-Whitney).

In the group of adolescents with the risk of self-injury behavior and the risk of substance use, the highest indicators of left self-regulation were found in comparison with the groups of adolescents with the risks of suicidal and risky behavior (0.002). The average values of indicators of left self-regulation in groups of adolescents with different types of autoaggressive behavior are shown in Figure 22 (Appendix 1, 2).

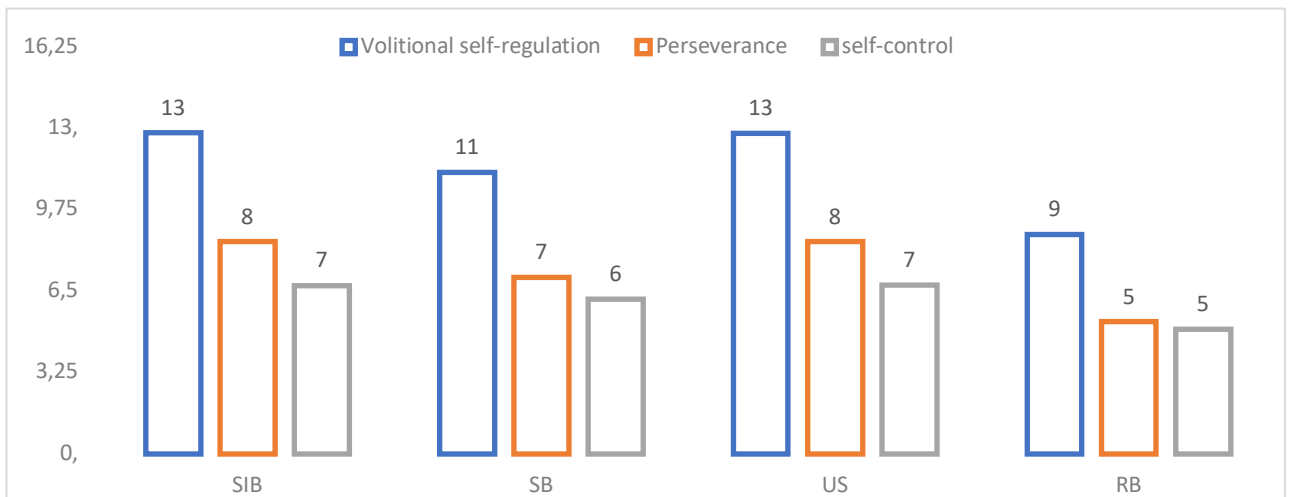


Figure 22. Average values of indicators of volitional self-regulation in groups of adolescents with self-injury, suicidal, risky behavior and the use substances

A significant increase in the indicator "dysfunctional beliefs"(0.004) was found in groups of adolescents with high risks of suicidal and risky behavior. There were no statistically significant differences in the "impulsivity" indicator in the groups with different types of risks of autoaggressive behavior.

The next stage of the study was to identify the structure of the relationship between indicators of autoaggressive behavior and psychological characteristics of adolescents in risk groups with suicidal, self-injury, risky behavior and substance use. The "level of suicidal risk" was considered as a key indicator of autoaggression. The method of correlation analysis (Spearman's rank correlation coefficient) was used. In the group of adolescents with suicidal behavior risks, it was found that dysfunctional beliefs of adolescents are associated with the frequency of conflicts in the family ( $r=0.380$ ,  $p=0.000$ ); the level of suicidal risk has a significant correlation with dysfunctional beliefs ( $r=0.340$ ,  $p=0.000$ ) (Figure 21).

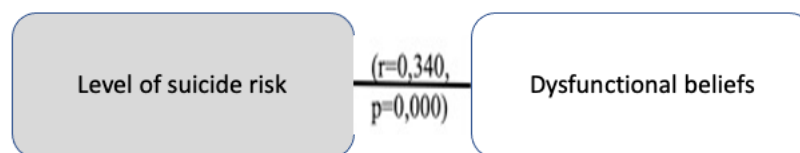


Figure 23. Adolescents with high risk of suicidal behavior

In adolescents with risks of self-injury behavior, the indicator of the level of suicidal risk is associated with the overall indicator of volitional self-regulation ( $r=-0.407$ ,  $p=0.000$ ); and perseverance ( $r=-0.407$ ,  $p=0.000$ ). The higher the indicators of volitional self-regulation,

the lower the risk of suicide in adolescents with self-injury behavior. The level of suicidal risk has a significant correlation with the overall indicator of self-injury behavior and body modification ( $r=0.463$ ,  $p=0.000$ ). Negative attitudes towards body modifications and self-injury are associated with faith in God ( $r=0.340$ ,  $p=0.000$ ). The overall risk of self-injury behavior and body modification is associated with dysfunctional beliefs in adolescents ( $r=0.397$ ,  $p=0.000$ ) (Figure 24).

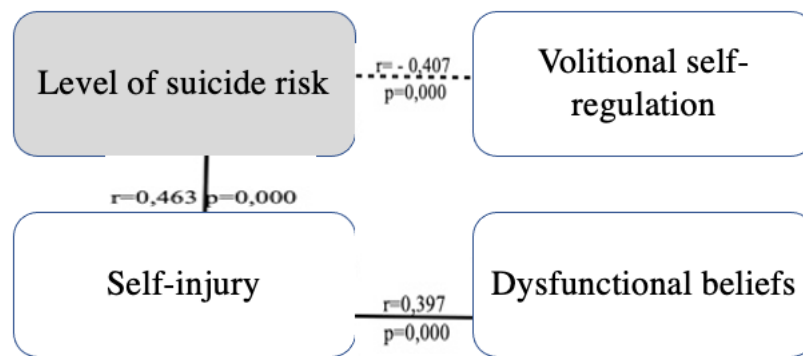


Figure 24. Adolescents at risk of self-injury behavior

Adolescents with substance use risks are characterized by the following relationships: the level of suicidal risk is associated with self-control ( $r=0.756$ ,  $p=0.000$ ); impulsivity ( $r=-0.472$ ,  $p=0.000$ ); positive attitude to self-injury and body modifications ( $r=-0.365$ ,  $p=0.000$ ); dysfunctional beliefs ( $r=-0.365$ ,  $p=0.000$ ). The index of impulsivity increases with an increase in dysfunctional attitudes ( $r=0.487$ ,  $p=0.000$ ), with a decrease in self-control ( $r=-0.382$ ,  $p=0.000$ ) and perseverance ( $r=-0.398$ ,  $p=0.000$ ). A positive attitude to body modifications is associated with a decrease in the indicators of perseverance ( $r=-0.398$ ,  $p=0.000$ ); self-control ( $r=-0.382$ ,  $p=0.000$ ). A negative attitude to body modifications and self-injuries is associated with their presence ( $r=0.358$ ,  $p=0.000$ ). In turn, the presence of body modifications and self-injuries has a significant correlation with difficult life situations in which adolescents wanted to "finish their lives" ( $r=-0.407$ ,  $p=0.000$ ) (Figure 25).

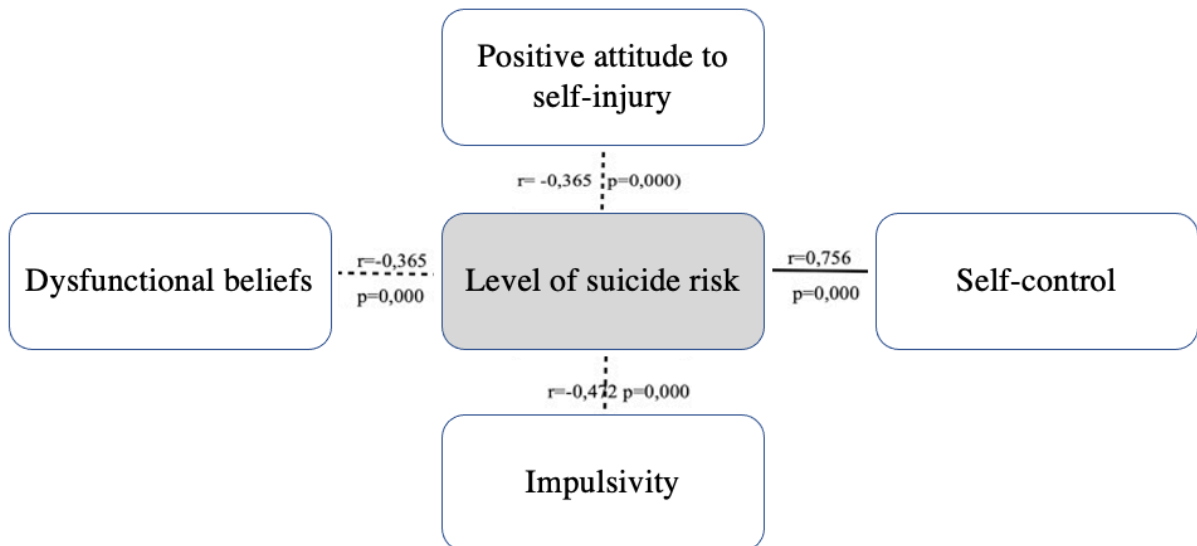


Figure 25. Adolescents at risk of using substances

It can be assumed that the presence of facts of self-injury in adolescence with the risks of using substances leads to increased intentions to solve existing life problems by quitting life. It should be noted that the indicator of suicidal risk has the highest number of structural relationships with psychological characteristics and indicators of self-injury behavior in the group of adolescents with risks of using substances, compared with other groups. The suicidality of adolescents who use substances increases with a decrease in impulsivity, an increase in self-regulation, a decrease in dysfunctional attitudes, and a decrease in the attitude to self-injury.

In the group of adolescents with risky behavior, an increase in the level of suicidality is associated with a decrease in volitional self-regulation ( $r=-0.442$ ,  $p=0.000$ ), perseverance ( $r=-0.326$ ,  $p=0.000$ ), self-control ( $r=-0.344$ ,  $p=0.000$ ), and an increase in the number of dysfunctional beliefs ( $r=-0.407$ ,  $p=0.000$ ). The presence of self-injury is associated with a positive attitude to self-harm ( $r=0.405$ ,  $p=0.000$ ) (Figure 26).



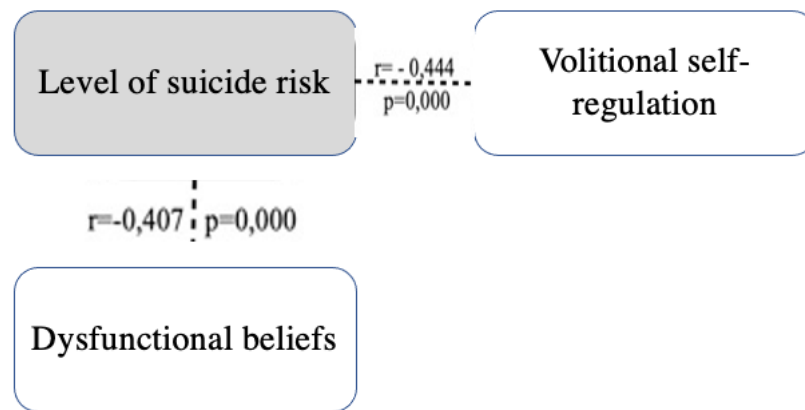


Figure 26. Teenagers with risky behavior

Thus, adolescents with suicidal and risky behavior are distinguished from other groups by low indicators of volitional self-regulation and high level of dysfunctional beliefs. The structure of interrelations of indicators of autoaggression and psychological characteristics in each group of adolescents has its specifics. In the group of adolescents at risk of suicidal behavior, the level of suicidal risk is associated with the number of dysfunctional beliefs, which in turn have a significant correlation with the number of conflicts in the family. In adolescents with self-injury behavior, an increase in suicidal risk is associated with a decrease in the indicators of volitional self-regulation. An increase in the rate of self-injury and body modifications is associated with an increase in suicidal risk and the number of dysfunctional beliefs. A negative assessment of existing self-injury is associated with faith in God in adolescents. Adolescents at risk of using psychoactive substances show a specific relationship between the indicator of suicidal risk and psychological characteristics: suicidal risk increases with an increase in the indicators of volitional self-regulation, a decrease in impulsivity, and a decrease in dysfunctional attitudes. The desire to finish their lives in this group of adolescents is accompanied by an increased risk of self-injury and modifications. Adolescents with risky behavior are characterized by an increase in suicidal risk with a decrease in indicators of self-regulation and an increase in the number of dysfunctional attitudes.

### 5.8. Summary of the chapter

In the fifth chapter, "Sociodemographic and psychological characteristics of adolescents with risks of autoaggressive behavior", the impact of sociodemographic,

psychological, and gender-age characteristics of adolescents is assessed. Students of secondary and high schools ( $n=2023$ ) aged 10-18 years (average age  $13.5\pm 3.5$ ) were examined, of which 1010 were boys; 965 were girls.

During the study, it was revealed that the total sample of the studied young people have a full family composition, with a low- or middle-income level. The majority of adolescents has their own personal space. The psychoemotional background in families is unstable, there is an average of one or two conflict situations in the family per week. Most of the teenagers believe in God. One-fourth of the total sample of adolescents uses psychoactive substances (mainly alcohol).

The age characteristics of risk autoaggressive behavior in the general population of adolescents: 10-11 years old teenagers have a negative attitude to using substances and self-injury behavior; 12-15 years, there is interest in the topic of substance use, positive attitude towards body modifications and harm; after 16 years, the rate of interest and a positive attitude are reduced. At the same time, at the age of 12-15 years, adolescents note the highest number of facts of self-injury, and in this period, the indicator of suicidal risk increases, reaching maximum and decreasing after 16 years. Indicators of the use of substances reach the maximum values in 16-18 years (Korchagina G.A. et al., 2020).

Along with age-related changes in the risk of autoaggression, the psychological characteristics of adolescents are changing: the period of 10-11 years is characterized by high indicators of volitional self-regulation and the highest number of dysfunctional beliefs. At the age of 12-15 years, there is a decrease in the level of volitional self-regulation, which may be associated with an increase in the risks of self-injury behavior. After 15 years, the tendency to antisocial behavior decreases, volitional self-regulation increases, and the number of dysfunctional beliefs decreases, which is due to the processes of maturation and development of the psyche and personality of adolescents.

Age-related predictors of autoaggressive behavior are: self-control, active interest in the topic of substance use, awareness of the topic of substances and attitude to it, social attitudes of a teenager.

The study revealed gender-specific risks of autoaggressive behavior in the general population of adolescents: adolescent girls show the greatest interest in both body

modifications and self-injury, the use of substances, and have higher rates of suicidal risk and self-injury. The behavior of adolescents in a situation of risk has no gender specificity.

The number of adolescents with high risks of autoaggressive behavior was one-fourth of the total population (455 people), which is consistent with the data of domestic and foreign researchers. From 30 to 50% of them have polymodal behavioral complexes that include several types of risk: suicidal, self-injury, risky behavior and / or the use of substances.

The study of groups of adolescents with different types of risks of autoaggressive behavior allowed us to identify their sociodemographic, psychological features and the specifics of autoaggression indicators and their interrelationships. In the groups of adolescents at risk of suicidal and self-injury behavior, there is a predominance of dysfunctional families exposed to the use of psychoactive substances and violence, characterized by increased conflict. Adolescents with risky behavior and the use of substances have a more favorable family environment, but it significantly distinguishes them from the norm group in the negative direction. Adolescents with suicidal and self-harming behaviors are more likely to use substances compared to the group of adolescents with risky behavior. The increase in suicidal risk in the groups of adolescents with self-injury and risky behavior is associated with a decrease in the indicators of volitional self - regulation, in the group with suicidal risk-with the number of dysfunctional attitudes. Adolescents risk of substance use increase suicide risk, by contrast, are associated with higher indicators of volitional self-regulation and decrease the solution number of dysfunctional attitudes.

## CHAPTER 6. FEATURES OF THE EXISTENTIAL CONSCIOUSNESS OF ADOLESCENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

According to the results of psychological testing aimed at identifying adolescents with risks of autoaggressive behavior, groups with a tendency to autoaggression and with high risks of autoaggressive behavior were identified. For the stage of the study aimed at studying the features of the existential experiences of adolescents, the facts of autoaggressive behavior in adolescents of the risk groups were verified with adolescents of the risk group. To evidence the autoaggressive behavior of adolescents was carried out analysis of school documentation (acts of social pedagogues and psychologists about the observed facts of autoaggressive behavior), medical reports (psychiatrists and narcologists), research were the results of the questionnaire Achenbach, composed of parents and teachers of adolescents the results of the monitoring features of the affective sphere and behavior of teenagers, conducted a clinical interview and phenomenological interviews with adolescents. A total of 141 teenagers took part in this stage. The group of adolescents with confirmed facts of autoaggressive behavior was 96 people, of whom 75 people agreed to continue participating in the program. The age of the subjects is 11-17 years, of which 69% are female, 31% are male. Adolescents of the risk group, in which the facts of autoaggression were not confirmed (n=45), were assigned to the group with a tendency to autoaggression.

The distribution of types of autoaggression showed that in the presented group with confirmed facts of autoaggression (n=96) - 35% of the subjects-adolescents with autoaggressive polymodal complexes, including different combinations of types of autoaggressive behavior, 65 % - adolescents differ in the presence of only one type of autoaggressive behavior. The largest percentage of adolescents demonstrate self-injury behavior (39%). Among the polymodal autoaggressive profiles, adolescents with a combination of self-injury, suicidal behavior and substance use received the highest representation (50%) (Figure 27).

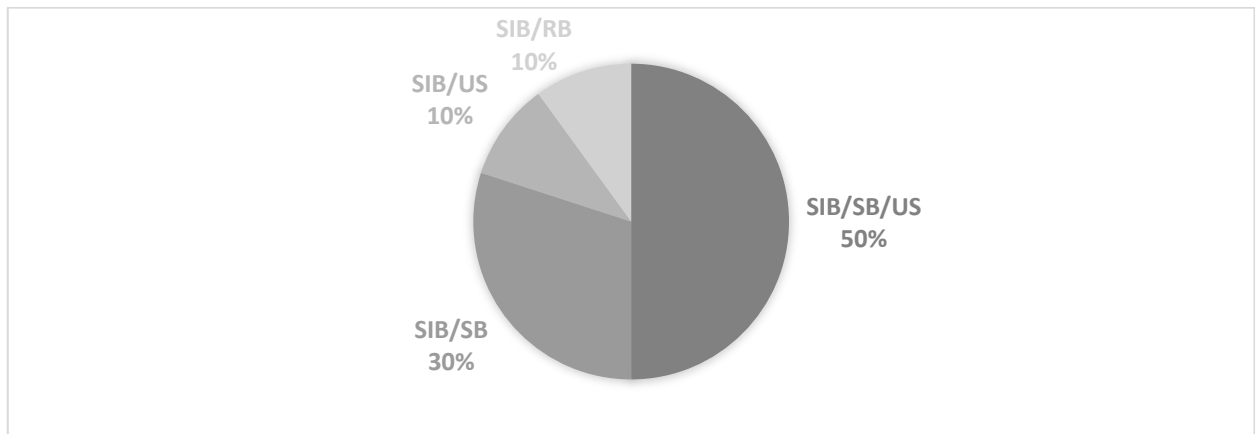


Figure 27. Multimodal autoaggressive profiles of teenagers

Consistency of assessments of affective and behavioral characteristics of adolescence of risk groups

To objectify the process of monitoring and evaluating the personal, behavioral and affective characteristics of adolescents at the stage of identifying adolescents with auto-aggressive behavior, teachers, psychologists and parents of adolescents were asked to use the Achenbach questionnaire. The questionnaire allows you to classify the observed signs of behavioral manifestations of a teenager into the main groups: isolation, somatic problems, anxiety, socialization disorders, thinking problems, attention problems, delinquent behavior, aggression, as well as to objectify and standardize the process of observation and data collection. Based on the results of the application of the Achenbach questionnaire during the observation of pupils, it was possible to obtain detailed information about adolescents who were at risk according to the results of screening. The data obtained were correlated with the results of parents and school psychologists who filled out a similar questionnaire based on the results of monitoring the behavior of a teenager (Cronbach's Consistency Coefficient).

The consistency of the teacher's assessments with the assessments of parents, psychologists, as well as the data obtained during the screening, increases the prognostic value of the results obtained, and also allows us to consider the individual characteristics of the teenager when developing a personalized prevention program.

The data of 141 students who were included in the risk group according to the results of the initial screening were analyzed. When assessing adolescents at risk of

autoaggressive behavior, teachers of secondary and high schools gave high marks to such traits as isolation (the average rating coefficient is 0.44) and anxiety (0.67).

Parents of teenagers among all the traits distinguish "isolation" (0,6). The least discrepancies in the assessments of parents and classroom teachers of students were found on the scales: "attention problems", "thinking problems", "delinquent behavior", "aggression". The largest discrepancy was found on the "anxiety" scale. The difference between the coefficients of the average value was 0.51.

The lowest ratings of all indicators of adolescent's behavior are noted by specialists of psychologists. Psychologists gave high marks to such indicators as isolation (0.21) and anxiety (0.25) (Figure 28).

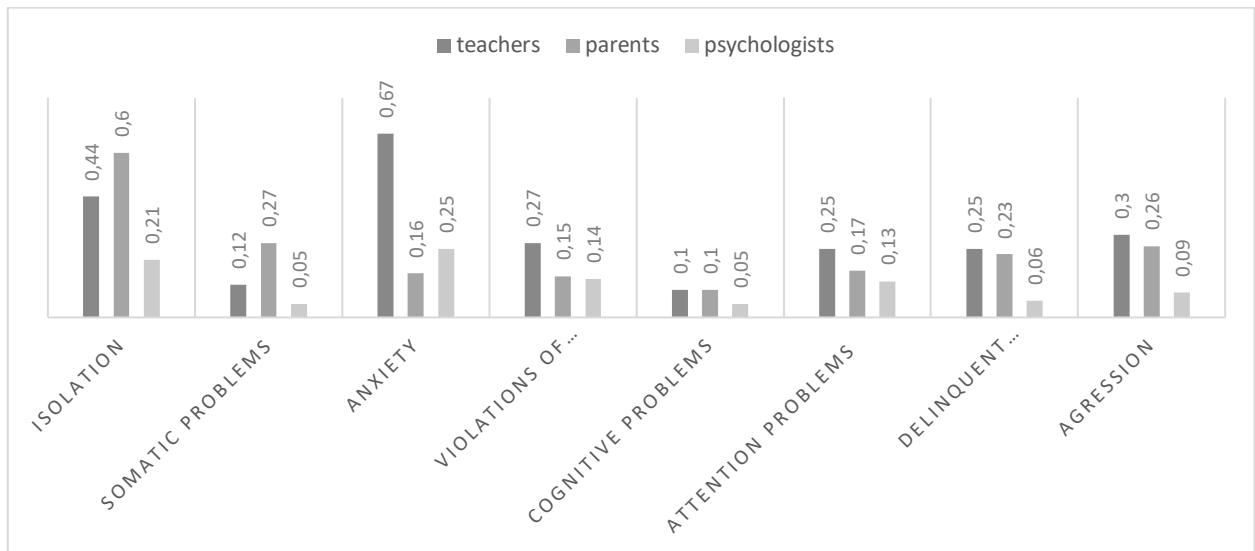


Figure 28. Consistency of assessments of parents, teachers and psychologists

The Cronbach's co-ordination coefficient for teachers, psychologists, and parents on the Achenbach scales corresponds to an acceptable value (Table 37).

Table 37. Statistics on the reliability of teachers 'and parents' assessments

	Cronbach's Alpha
Teachers	0,727
Psychologists	0,646
Parents	0,785

It was found that parents are more likely to assess adolescents with risks of auto-aggressive behavior as closed and prone to somatic diseases (Buljigina V., 2019). At the same time, teachers of secondary and high schools observe an increase in anxiety and

socialization disorders in such adolescents. Specialist psychologists focus on such features as anxiety and isolation. It should be noted that the assessment of school teachers was most consistent with the real behavioral characteristics of adolescents.

### **6.1. Features of the components of the existential consciousness of adolescents with autoaggressive and normative behavior**

The study of the existential consciousness of adolescents included the study of values, fundamental existential motivations, and components of resilience (Grigorieva A.A., 2020). A comparative analysis was carried out in three groups of adolescents: with a tendency of autoaggressive behavior (n=186), with confirmed facts of autoaggression (n=96), with normative behavior (n=86) (descriptive statistics, U-Manna Whitney).

#### *Comparative analysis of the values of adolescents*

The comparative analysis of the values of adolescents included 1) the study of the ideals and beliefs that guide adolescents in life, as well as 2) the study of the values used by adolescents to describe their personality.

The comparison of the indicators of ideal values did not reveal significant differences in the groups of adolescents with autoaggression, normative behavior, and risk tendency (U-Manna Whitney).

A comparison of the average values chosen by adolescents as personality characteristics revealed that adolescents of the norm group have a higher rating of their characteristics such as the ability to manage other people and resources (the "power" indicator (0.03), as well as a sense of safety compared to adolescents with autoaggressive behavior (the " safety " indicator (0.031) (Table 38, 39).

Table 38. Comparison of average values among adolescents with autoaggression, normal behavior, and risk-taking tendencies

Personal profile (values)	Normative behavior		Tendency to autoaggression		Autoaggression	
	Mx	CKO	Mx	CKO	Mx	CKO
Conformity	7,45	3,48	7,05	3,56	6,83	3,67
Traditions	6,24	3,83	6,05	3,67	5,19	3,56

Kindness	9,5	3,24	9,27	3,48	9,79	3,36
Universalism	13,69	5,07	12,88	5,01	14,21	5,00
Independence	9,48	3,07	9,44	3,86	10,19	2,45
Stimulation	6,83	3,18	6,69	2,85	7,43	2,61
Hedonism	8,19	2,77	7,59	3,13	7,43	3,01
Achievements	9,40	4,16	7,85	3,94	8,67	3,57
Power	4,69	3,06	3,68	3,69	2,83	3,2
Safety	11,24	4,38	9,89	4,42	8,93	4,40

Table 39. Significant differences in indicators of individual values in groups of adolescents with auto-aggressive and normative behavior (U-Manna Whitney)

	Power	Safety
Z	-2,164	-2,159
Asymptotic significance (2-sided)	0,03	0,031

No significant differences were found for groups with a tendency to risk and auto-aggressive behavior, as well as for groups with a tendency to risk and normative behavior.

Thus, the assessment of normative values by adolescents has no significant differences in groups with different levels of autoaggression. This fact can be explained by the common social values characteristic of the adolescent environment as a whole, regardless of the characteristics of their behavior. At the same time, the value self-identification of adolescents with autoaggressive behavior significantly differs from the group with normative behavior. Adolescents with auto-aggression identify themselves as a person for whom safety and social status are not essential. That is, the differences between groups of adolescents are revealed at the level of individual values, while the social values of adolescents do not differ.

#### *Comparative analysis of fundamental existential motivations and their components*

Fundamental existential motivation (FEM) is understood as the actualization of personal resources responding to external situations (Langle A., Ukolova E. M., Shumsky V. B., 2014). There are 4 fundamental existential motivations, each of which includes 3 components:



1) the desire to cope with the conditions of the world (1FEM) - for its implementation, you need a sense of security, physical and psychological space, support in yourself and in others;

2) the desire to experience life as valuable (2 FEM) - its conditions are relationships (correlation with other people and their values), the ability to devote time to relationships and establish intimacy in them;

3) the desire for authenticity (3FEM) is based on the need for a fair attitude for others, an interest in one's own individuality, and recognition of its value;

4) the desire for meaning (4FEM) – implies the inclusion of the individual in different spheres of life and relationships (family, school, work, etc.), opportunities for the implementation of own activities, the ability to see value in the future.

The goal of an individual's existential motivations or aspirations to realize their potential and opportunities is to achieve an existential fulfillment or a sense of fullness of life, life "as it is".

The average values of the components of fundamental existential motivations for adolescents with normative, autoaggressive behavior and risk-taking tendencies are analyzed. The analyzed fundamental existential motivations included nine components: support, security, space, relatedness, time, proximity, interest, justice, recognition, opportunities, inclusion, and the future.

Higher average values were found in the group of adolescents with normal behavior in the following indicators: support, security, space, time, proximity, justice, recognition, opportunities, inclusion and the future (Table 40).

Table 40. Comparison of the average values of the components of existential motivations of adolescents with autoaggressive and normative behavior, a tendency to autoaggression

Normative behavior		Tendency to autoaggression		Autoaggression		FEM Components	FEM
Mx	CKO	Mx	CKO	Mx	CKO		
10,27	1,87	9,40	2,73	9,67	2,32	Support	1 – the desire to cope with the conditions of the world
9,33	1,49	8,12	2,29	8,10	2,01	Security	
9,66	2,11	8,44	2,71	8,42	2,50	Space	
8,61	1,91	8,54	2,68	9,07	2,41	Relatedness	

9,05	1,47	8,04	2,48	7,87	1,89	Time	2 - the desire to experience life as valuable
10,11	1,64	9,07	2,73	9,62	2,30	Proximity	
9,02	2,29	8,57	2,47	9,15	2,10	Interest	3 - the desire to authenticity
9,40	1,81	8,44	2,59	8,67	2,09	Justice	
10,16	2,28	9,42	6,42	8,60	2,39	Recognition	
9,72	2,08	8,55	2,71	9,00	2,17	Opportunities	4 - the desire to meaning
8,44	2,12	7,20	2,37	7,10	2,27	Inclusion	
9,88	2,02	9,01	3,02	9,20	2,73	Future	

Significant differences were identified for the components of fundamental existential motivations using the U-Mann-Whitney test. When comparing groups with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression, as well as a tendency to autoaggression and the norm, no significant differences in the indicators of FEM were found.

Adolescents with autoaggressive behavior differ from the normative sample by a low level of security (0.022); the ability to devote time to relationships (0.027); a sense of recognition of their value by society (0.021); involvement in social relationships (0,026) (Appendix 5).

The average values of indicators of fundamental existential motivations of adolescents in three groups (norm, risk tendency, and autoaggressive behavior) are analyzed (Appendix 3). Significant differences were found for groups of adolescents with normative and autoaggressive behavior in terms of the first and fourth existential motivations, corresponding to the desire to cope with life conditions and the desire for meaning. Adolescents with autoaggressive behavior show a low ability to cope with life (0.046), as well as low indicators of striving for meaning (0.055), compared with the norm group (Table 41).

Table 41. Significant differences in fundamental existential motivations in groups of adolescents with autoaggressive and normative behavior (U-Mann Whitney)

	1 FEM	4 FEM
Z	-1,993	-1,899
Asymptotic significance (2-sided)	0,046	0,055

Thus, adolescents with autoaggressive behavior differ from the norm group by such existential experiences as "I am bad protected from external circumstances, in my life little time is given to relationships, I do not feel sufficiently valuable to others and included in life" and as a result — this is a doubt about the meaning of life.

### *Comparative analysis of resilience indicators*

The comparison of the average values of the indicators of resilience: "involvement", "control", "risk acceptance" in three groups of adolescents with normal, autoaggressive behavior and a tendency to risk. Adolescents with normative behavior have a higher ability to take risks, control the situation, and engage in activities (Table 42).

Table 42. Average values of the resilience components

	Normative behavior		Tendency to autoaggression		Autoaggression	
	Mx	CKO	Mx	CKO	Mx	CKO
Involvement	20,88	5,68	18,94	6,34	17,12	7,08
Control	16,34	4,91	15,24	4,67	12,81	5,78
Risk acceptance	11,81	3,85	10,63	3,68	9,31	3,41
Resilience	49	13,51	44,80	13,73	39,2381	15,26

The analysis of significant differences in the indicators of resilience revealed that adolescents with autoaggressive behavior are distinguished from the norm group by a feeling of being "out of life" (0.013); a feeling of helplessness (0.004); a low ability to accept life changes (0.000). There were no significant differences in the indicators of resilience in the group with a tendency to risk, compared with adolescents with autoaggressive and normative behavior (Table 43).

Table 43. Significant differences in the indicators of resilience in adolescents with autoaggressive behavior and normative behavior (U Mann-Whitney)

	Involvement	Control	Risk acceptance	Resilience
Z	-2,87	-3,12	-3,40	-3,30

	Involvement	Control	Risk acceptance	Resilience
Asymptotic significance (2-sided)	0,004	0,002	0,001	0,001

Thus, adolescents with autoaggressive behavior have the lowest level of resilience (0.001) compared to the other two groups. Adolescents with autoaggressive behavior experience low inclusion in life, helplessness in the circumstances, and a low ability to accept changes.

## **6.2. Features of the relationship of values, components of existential motivations, indicators of resilience in groups of adolescents with autoaggressive, normative behavior and a tendency to autoaggression**

The study of the features of the relationship between the structure of values, components of existential motivations, and indicators of resilience was carried out based on correlation analysis (Pearson correlation coefficient).

### **Study of the relationship between values and 4 fundamental existential motivations**

In adolescents with autoaggressive behavior, the relationship between fundamental existential motivations and values is characterized by the following features (Appendix 6).

The first fundamental existential motivation has significant relationships with conformity ( $r=0.480$ ; at  $p=0.002$ ); kindness ( $r=0.445$ ; at  $p=0.004$ ); hedonism ( $r=0.344$ ; at  $p=0.03$ ); achievement ( $r=0.471$ ; at  $p=0.002$ ); safety ( $r=0.524$ , at  $p=0.001$ ).

The second fundamental existential motivation (FEM) is related to tradition ( $r=0.361$ , at  $p=0.022$ ); kindness ( $r=0.461$ , at  $p=0.001$ ); achievement ( $r=0.426$ , at  $p=0.006$ ); safety ( $r=0.344$ , at  $p=0.045$ ).

The third FEM is associated with conformity ( $r=0.398$ , at  $p=0.012$ ); tradition ( $r=0.370$ , at  $p=0.000$ ); kindness ( $r=0.498$ ,  $p=0.000$ ); independence ( $r=0.355$ , at  $p=0.025$ ); achievement ( $r=0.389$ , at  $p=0.013$ ); safety ( $r=0.378$ , at  $p=0.016$ ).

The fourth FEM has significant associations with conformity ( $r=0.505$ , at  $p=0.001$ ); tradition ( $r=0.534$ , at  $p=0.000$ ); kindness ( $r=0.577$ , at  $p=0.000$ ); independence

( $r=0.393$ , at  $p=0.012$ ); achievement ( $r=0.562$ , at  $p=0.000$ ); safety ( $r=0.499$ , at  $p=0.001$ ). Such values as "kindness", "achievement" and «security» have the highest number of connections with fundamental existential motivations.

The integral indicator of existential fulfillment is associated with the same values as: conformity ( $r=0.461$ , at  $p=0.003$ ), kindness ( $r=0.489$ , at  $p=0.001$ ); universalism ( $r=0.367$ , at  $p=0.02$ ); achievement ( $r=0.440$ , at  $p=0.004$ ); safety ( $r=0.469$ , at  $p=0.000$ ).

In the group of adolescents with a tendency to autoaggressive, only one significant relationship was revealed: the fourth fundamental motivation is associated with the display of the values of "achievement" ( $r=0.340$ , with  $p=0.000$ ). The integral indicator of existential fulfillment has no significant correlations with values.

In the group of adolescents with normative behavior, the relationship between the fundamental existential motivations and the integral indicator of FEM with the indicators of personal values was not revealed.

Thus, it can be assumed that adolescents with autoaggressive behavior, being in an existential crisis, are included in an active internal search. The solution of the existing existential problems leads them to the need to build a system of internal values. Among the universal values that are interrelated with all FEM, it should be noted: conformity, tradition, kindness, achievements, and safety. Specific values were identified for 1 and 3 FEM: the desire to cope with living conditions (1 FEM) - hedonism; the desire for authenticity (3 FEM) –independence.

At the same time, in groups of adolescents with a tendency to autoaggression and normative behavior, the actualization of the dialogic potential of the individual is based on other internal mechanisms.

### **Study of the relationship between fundamental existential motivations and indicators of resilience**

The next stage of the analysis was to identify the features of the psychological structure of the relationships between fundamental existential motivations and indicators of resilience.

The group of adolescents with autoaggressive behavior is characterized by a high significance of relationships between all indicators of resilience (involvement, control,

risk acceptance) and four fundamental existential motivations, as well as the overall indicator of existential fulfillment (Table 44).

Table 44. Correlations of fundamental existential motivations and indicators of resilience in the group of adolescents with a tendency to autoaggression

	1 FEM	2 FEM	3 FEM	4 FEM	Existential fulfillment
Involvement	,670**	,687**	,671**	,734**	,736**
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Control	,571**	,614**	,620**	,653**	,656**
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Risk acceptance	,618**	,632**	,604**	,686**	,678**
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

In the group of adolescents with a tendency to autoaggression, the indicators of existential motivations (1FEM, 2FEM, 3FEM, 4FEM) also have significant correlations with all indicators of resilience: engagement ( $r=0.670$ ;  $0.687$ ;  $0.671$ ;  $0.734$ ,  $p=0.000$ ), control ( $r=0.571$ ;  $0.614$ ;  $0.620$ ;  $0.653$ ,  $p=0.000$ ), risk acceptance ( $r=0.618$ ;  $0.632$ ;  $0.604$ ;  $0.686$ , at  $p=0.000$ ).

In the norm group, the relationship between the resilience indicator "engagement" and the second fundamental existential motivation ("I like to be in this world" (0.033), the fourth FEM (experience of meaning in life (0.017), as well as the general indicator of existential fulfillment (0.042) was revealed. The overall index of resilience in the norm group is associated with the experience of meaning (0.048) (Table 45).

Table 45. Correlations of fundamental existential motivations and indicators of resilience in the norm group

	1 FEM	2 FEM	3 FEM	4 FEM	Existential fulfillment
Involvement	0,366	,505*	0,304	,553*	,483*
P	0,136	0,033	0,220	0,017	0,042
Control	0,236	0,404	0,191	0,451	0,358
P	0,345	0,096	0,449	0,060	0,145
Risk acceptance	0,095	0,290	0,041	0,313	0,205
P	0,706	0,244	0,870	0,205	0,413

Resilience	0,266	0,437	0,215	,472*	0,388
P	0,285	0,070	0,392	0,048	0,112

The analysis of the matrix of the intercorrelation structure of fundamental existential motivations, values, and indicators of resilience in the group of adolescents with normative behavior revealed that the components are less interrelated and mutually determining compared to the group of adolescents with autoaggressive behavior. Without auto-aggression, significant relationships persist between the desire to realize meaning (4FEM), to experience life as valuable (2FEM), and an active life position ("engagement").

In autoaggressive behavior, the desire to realize existence leads to an increase in the relationship between fundamental existential motivations with the value system, as well as with the ability to cope with stress (resilience).

### **Comparison of the entropy of the parameters of existential fulfillment in groups of adolescents with normative and autoaggressive behavior**

Entropy relating to the system of psychological indicators can be considered as a measure of the stability/fragmentation of the characteristics of a certain group of subjects in specific conditions.

Entropy analysis was used to compare the entropy of the parameters of fundamental existential motivations in groups of adolescents with autoaggressive and normative behavior. The results obtained for parameters 1, 2, 3, and 4 of the fundamental existential motivations were divided into three levels: high, medium, and low, in accordance with the standard indicators of the "Existence Scale".

The distribution of FEM levels in two groups of adolescents was analyzed using the Smirnov integrative test. Thus, it was revealed that in the group with normative behavior, the predominant number of adolescents received a medium (2) and high (3) level of desire to cope with the conditions of the world, to experience life as valuable and to find the meaning of life. The presence of a higher percentage of adolescents with a low level of the desire for authenticity indicator (3FM) can be interpreted as an age characteristic of adolescents associated with the formation of the image of "I". In the group of

adolescents with autoaggressive behavior, a much larger number of adolescents received low scores on all existential scales (Figure 29).

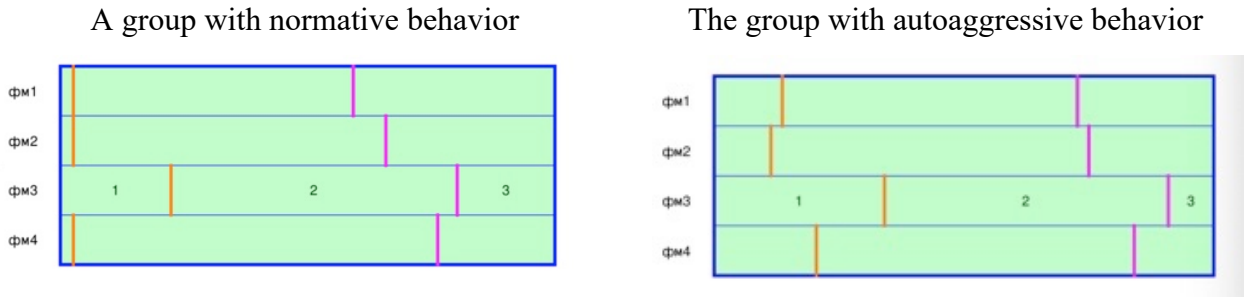
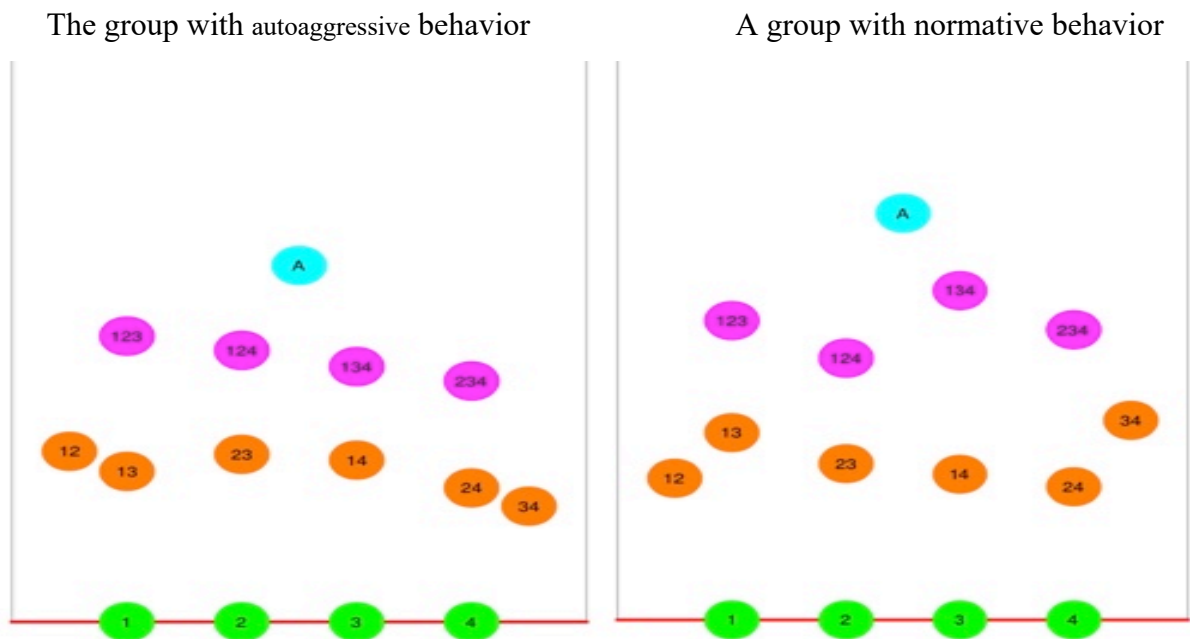


Figure 29. Distribution of FEM levels in two groups of adolescents  
1 - low level; 2 – medium level; 3 – high level

It was found that adolescents with autoaggressive behavior have the lowest entropy of the parameters of existential fulfillment compared to the norm group. The spread of FEM indicators in the group with normative behavior indicates greater independence of the system elements than in the group with autoaggression (Figure 29).



\*1 – first FEM; 2 – second FEM; 3-third FEM; 4 – fourth FEM;

Figure 30. Entropy of the parameters of existential fulfillment in groups of adolescents with normal and autoaggressive behavior

The greatest correlation in the group of adolescents with autoaggressive behavior was revealed for the indicators of the third and fourth FEM, corresponding to the



aspirations for the experiences of authenticity and the meaning of life. Thus, with autoaggressive behavior, there is a decrease in the entropy between adolescents' experiences of the fundamental value of life, authenticity and meaning. The persistence of adolescent autoaggressive behavior is characterized by a fundamental relationship between the desire to find answers to the fundamental existential questions: "Do I have the right to be myself?", "Do I like life, do I feel its value?", leading to the main question "Why did I come into this world, what is the meaning of what I live?". That is, the difficulties of authenticity and the experience of life as valuable lead a teenager with autoaggressive behavior to the question of the meaning of life.

In the group with normative behavior, the higher entropy between the levels of fundamental existential motivations can be explained by the fact that there is no painful fixation of adolescents on their existential experiences. And the presence of certain difficulties in the implementation of key existential motivations to a lesser extent affects the possibility of achieving the quality of life. That is, the increase in entropy between the FEM indicators indicates the normative formation of the adolescent's personality and his higher ability to realize a "fulfilled" life. At the same time, in the norm group, a relationship is found for indicators 1 and 2 of FEM-characterized as fundamental trust and fundamental value, which form a combination with the experience of meaning at the next stage of the analysis (4FEM). That is, the level of experience of fundamental trust in the world and the value of life in adolescents with normative behavior is associated with the ability to find an answer to the question regarding the prospects of their actions, the meanings, and the goals of their lives.

The use of the entropy analysis method allowed us to identify the contribution of the most significant FEM (the value of life and authenticity) to the desire of children with autoaggressive behavior to the meaning of life.

### 6.3. Existential mechanisms of autoaggressive behavior of adolescents

To identify the existential mechanisms of autoaggressive behavior of adolescents, a factor analysis of existential variables was performed separately in the groups of subjects with normative behavior (n=86); with a tendency to autoaggressive behavior (n=186); with confirmed facts of autoaggression (n=75). The rotation method is Varimax. The severity of existential indicators in the factors was assessed by comparing them with the indicators of these scales in other groups (Table 38, 40, 42).

According to the results of the factor analysis, a 6-factor structure was revealed in the group of adolescents with normative behavior, which explains 86.684% of the dyspepsia. Subsequently, a procedure was performed to reduce the number of dyspepsia to achieve the maximum explanation of the variance of the factors. There are 2 factors that explain 42.63% of the variance. Variables with weights of at least 0.4 were considered. The loads, variances, names of factors, and variables included in the factors are presented in the table. In the group of people with normal behavior, factor 1 is represented by a combination of values and beliefs that influence the personality of a teenager: independence in thinking and activity, security and stability of society and oneself, understanding and tolerance of the world, the well-being of loved ones and the world around them, respect for cultural and religious traditions. According to the existential-analytical theory of personality, the listed values and beliefs included in the first factor correspond to the ability to relate to oneself and the world and to take a personal position. That is, the formation of a personal position of the individual in adolescence is an important condition for normative behavior. Factor 2 in the group of adolescents with normative behavior includes a combination of fundamental existential motivations, as well as the experience of existential fulfillment. The combination of variables indicates that the dialog exchange of the adolescent's personality at each contextual existential level with the world, life, oneself, and the future prevents the development of various types of autoaggressive behavior (Table 46).

Table 46. Results of factor analysis in a group of adolescents with normative behavior

	Factor
--	--------

	1	2
Name of the factor	Relatedness to yourself and the world	Experiencing existential fulfillment
Factor loads	5	5
Explained % of the dyspepsia	29,71%	23,97%
Cumulative %	24,48%	42,63%
Independence	0,92	
Safety	0,84	
Universalism	0,80	
Kindness	0,80	
Traditions	0,76	
Existential fulfillment		0,97
1 FEM		0,90
3 FEM		0,89
2 FEM		0,86
4 FEM		0,82

In the group of examined adolescents with a tendency to autoaggressive behavior, the complete factor structure consisted of 5 factors that explain 72.92% of the dyspepsia. After the procedure of reducing the number of variables to achieve the maximum explanation of the dyspepsia, the number of factors is reduced to 2, accounting for 42.23% of the dyspepsia. Factor 1 is represented by a combination of variables: existential fulfillment, resilience, four fundamental existential motivations, and engagement in activity. The combination of the components of existential fulfillment, on the one hand, and resilience, on the other, within the framework of one factor may indicate that in stressful conditions, the individual activates his resources at the level of each fundamental existential motivation. Factor 2, which explains the structure of normative ideals of adolescents with a tendency to autoaggression, is determined by a combination of variables: kindness, safety, universalism, conformism. A person gains psychological safety only if he feels accepted in his relationships with others. The experience of security is intertwined with the significance of such personal qualities as the desire to conform to others, the responsibility for maintaining accepted rules and norms in a group that is significant for a

teenager. The decrease in the importance of the values of safety, stability of oneself and the world around, regulation of one's own motives, and one's own well-being are the specifics of the individual structure of values of adolescents with a tendency to autoaggression (Table 47).

Table 47. Results of factor analysis in a group of adolescents with a tendency to autoaggressive behavior

	Factor	
	1	2
Name of the factor	Actualization of resilience	Stability of the world
Factor loads	7	4
Explained % of the dyspepsia	29,91%	19,43%
Cumulative %	25,87 %	42,23 %
Existential fulfillment	0,945	
Resilience	0,901	
4 FEM	0,896	
2 FEM	0,887	
3 FEM	0,886	
Involvement	0,885	
1 FEM	0,874	
Kindness		0,799
Safety		0,760
Universalism		0,726
Conformism		0,710

According to the results of factor analysis in the group of subjects with autoaggressive behavior, the complete factor structure consisted of 6 factors that explain 80.92% of the total dyspepsia. After reducing the dimension of the factors, two factors were found to explain 49.78% of the dyspepsia. The loads, variances, names of the factors and the variables included in them are presented in Table 48.

Factor 1, which explains the existential mechanisms of adolescents with autoaggressive behavior, is represented by the components of resilience: engagement, control, integral indicator of resilience, as well as indicators 1, 3 and 4 of fundamental existential motivations, including the indicator of existential fulfillment. The existential mechanism of autoaggressive behavior is associated with a low ability to cope with life, which manifests itself in existential experiences: "I cannot be in the world", "I have no right to be myself", "I do not see prospects (meanings) in the future".

Factor 2 includes a combination of variables of the personal value structure: conformity, safety, traditions, achievements. The devaluation of the role of social success and stability in the context of the dominance of rules and norms adopted in a significant group for them is a significant factor for adolescents with autoaggressive behavior.

Table 48. Results of factor analysis in a group of adolescents with autoaggressive behavior

	Factor	
	1	2
Name of the factor	Ability to cope with life	Social success rate
Factor loads	7	4
Explained % of the dyspepsia	35,43%	14,34%
Cumulative %	26,19 %	49,78 %
Resilience	0,961	
Involvement	0,917	
Existential fulfillment	0,906	
1FEM	0,889	
Контроль	0,852	
3 FEM	0,732	
4 FEM	0,726	
Conformism		0,861
Safety		0,841
Traditions		0,802
Achievement		0,733

The results of the study revealed existential mechanisms of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression, which distinguish the subjects from those with normative behavior. Autoaggressive behavior of adolescents is influenced by increasing feeling "I cannot cope with life and with yourself" as well as the depreciation of the role of social success and stability under the domination of rules and standards relevant for the group. In adolescents with a tendency to autoaggression, the main existential mechanism of behavior is represented on the one hand, by the need to activate the individual's existential motivations in conditions that are stressful for the teenager, on the other hand, by a decrease in the importance of the values of security, stability of oneself and the world around.

#### **6.4. Clinical and psychological characteristics of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression**

According to empirical data, an increase in suicidal risk is accompanied by an increase in symptoms of depression (Brown G. W., Harris T. O., 1993). In studies of the peculiarities of adolescent's awareness of existential topics (life, death, responsibility, values), it is noted that this process is accompanied by generalized anxiety disorder and depression (Berman S. L. et al., 2006, Silverman W. K., 2008). Since depression is identified by researchers as a significant characteristic for both suicidal risk and existential experiences of a teenager, we identified the features of depressive symptoms in adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression, and also investigated the relationship with existential characteristics. Sample of adolescents with autoaggressive behavior: n=96; sample of adolescents with a tendency to autoaggression: n=186.

The U-Mann-Whitney test was used to determine significant differences in clinical and psychological characteristics between groups of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression (Table 49, Appendix 4).

Table 49. Comparison of the average values of depression symptoms by U-Mann-Whitney in groups of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression

	Negative mood	Interpersonal problems	Inefficiency	Anhedonia	Negative self-esteem	The total level of depression
Z	-2,03	-1,59	-3,40	-1,44	-1,25	-2,17
Asymptotic significance (2-sided)	0,04	0,11	0,00	0,15	0,21	0,03

At the first stage of the analysis, the indicators of the spectrum of depressive symptoms were studied: reduced mood, hedonism, vegetative indicators, self-efficacy, self-esteem, interpersonal behavior, as well as the total indicator of the depth of depressive symptoms (Figure 31).

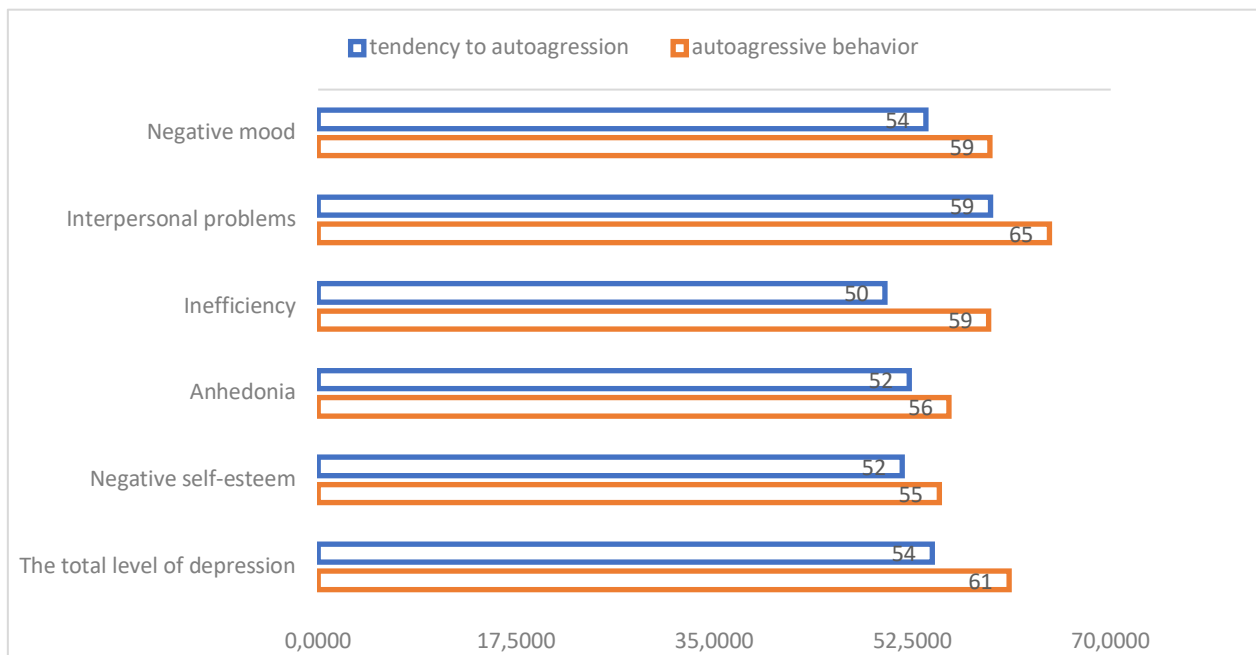


Figure 31. Average values of indicators of symptoms of depression in groups of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression

It was found that adolescents with autoaggressive behavior are characterized by a reduced mood, the expectation of trouble (0.042), and the experience of their low effectiveness in educational activities (0.001). The average total indicator of the depth of symptoms of depression in adolescents with autoaggressive behavior indicates that the critical level of severity of depressive symptoms is exceeded. In the group of

adolescents with a tendency to autoaggression, the average values of indicators of depressive symptoms are at the level of critical values. The average total indicator of symptoms is significantly lower compared to the group of adolescents with autoaggressive behavior (0.030).

Thus, an increase in the risk of autoaggressive behavior is accompanied by an increase in depressive symptoms, in particular, a deterioration in mood, as well as a sense of low efficiency and productivity in educational activities.

#### **6.4.1. Features of the relationship between the components of existential consciousness and depressive symptoms in groups of adolescents with autoaggressive behavior**

In the group of adolescents with autoaggressive behavior, correlative relationships between depressive symptoms and values were revealed (Spearman's rank correlation coefficient). The increase in the indicator "negative self-esteem" is associated with a decrease in the significance of such values as "conformity" ( $r=-0.393$ , at  $p<0.05$ ), "the desire to follow the ideas adopted in the society around the teenager" ( $r=-0.430$ , at  $p<0.05$ ), "achievements" ( $r=-0.367$ , at  $p<0.05$ ), "safety" ( $r=-0.419$ , at  $p<0.05$ ). The less significant the values of society, own safety and achievements are for a teenager, the more negatively they evaluate themselves and their actions. The decrease in the safety value is associated with an increase in the experience of low performance in school ( $r=-0.350$ , at  $p<0.05$ ), as well as the total indicator of depressive symptoms ( $r=-0.423$ , at  $p<0.05$ ).

We analyzed the intercorrelation links between values that received significant correlations with the symptoms of depression: conformity, traditions, achievements, and safety. The analysis revealed significant correlations at the level of  $p<0.001$ : the attitude to conformity is associated with the desire to follow accepted rules and traditions ( $r=0.755$ ); the desire for achievements ( $r=0.486$ ) and safety ( $r=0.803$ ); the indicator "value for traditions and customs" and is significantly associated with such values as "achievements" ( $r=0.558$ ) and "safety" ( $r=0.689$ ).

The next stage of the study was to identify the relationship between the symptoms of depression and the existential motivations of adolescents with auto-aggressive behavior. The highest number of significant correlations between depressive symptoms and the



components of existential motivations was found at the level of the first, third, and fourth existential fundamental motivations.

The structure of the interrelationships of the components of the first fundamental motivation: "safety" has significant negative correlations with all indicators of depression symptoms: negative mood ( $r=-0.489$ , at  $p<0.01$ ), interpersonal problems ( $r=-0.536$ , at  $p<0.01$ ), ineffectiveness ( $r=-0.568$ , at  $p<0.001$ ), anhedonia ( $r=-0.629$ , at  $p<0.001$ ), negative self-esteem ( $r=-0.660$ , at  $p<0.001$ ), overall score of depression symptoms ( $r=-0.659$ , at  $p<0.001$ ). The level of external and internal support experiences is significantly associated with anhedonia ( $r=-0.395$ , with  $p<0.05$ ).

The less a teenager trusts the world and can rely on himself (his health, body, physical strength, abilities, feelings, beliefs, etc.), the more exhausted, sickly, powerless and lonely he experiences himself. Lack of physical and psychological space, merging with one's own problems are significantly associated with negative mood ( $r=-0.355$ , at  $p<0.05$ ), interpersonal problems ( $r=-0.372$ , at  $p<0.05$ ), anhedonia ( $r=-0.562$ , at  $p<0.001$ ), negative self-esteem ( $r=-0.571$ , at  $p<0.001$ ), and a cumulative indicator of depression symptoms ( $r=-0.472$ , at  $p<0.01$ ).

Components of the second fundamental motivation: "relatedness to the other" has significant negative correlations with negative mood ( $r=-0.391$ , at  $p<0.05$ ), anhedonia ( $r=-0.461$ , at  $p<0.01$ ), negative self-esteem ( $r=-0.353$ , at  $p<0.05$ ) and the total score of symptoms of depression ( $r=-0.359$ , at  $p<0.05$ ). Low ability to devote time to your life is associated with a negative assessment of yourself and own activities ( $r=-0.440$ , with  $p<0.05$ ); difficulties in establishing intimacy in meaningful relationships are associated with both a negative self-assessment ( $r=-0.442$ , at  $p<0.01$ ) and a total depression score ( $r=-0.353$ , at  $p<0.05$ ).

Relationships at the level of the third fundamental existential motivation are established between the components: the experience that others treat me unfairly is associated with negative mood ( $r=-0.385$ , at  $p<0.05$ ), interpersonal problems ( $r=-0.384$ , at  $p<0.05$ ); anhedonia ( $r=-0.625$ , at  $p<0.01$ ); negative self - esteem ( $r=-0.623$ , at  $p<0.001$ ); total depression score ( $r=-0.529$ , at  $p<0.01$ ); the inability to recognize one's own worth is significantly associated with all the symptoms of depression-negative mood ( $r=-0.370$ ,

with  $p < 0.05$ ); interpersonal problems ( $r = -0.416$ , at  $p < 0.05$ ), inefficiency ( $r = -0.481$ , at  $p < 0.01$ ), anhedonia ( $r = -0.512$ , at  $p < 0.01$ ), negative self-esteem ( $r = -0.604$ , at  $p < 0.001$ ), total depression score ( $r = -0.536$ , at  $p < 0.01$ ).

The analysis of the correlation relationships of the components of the fourth fundamental existential motivation revealed: a high significance of negative correlations between the experience of limited personal opportunities for activity and negative mood ( $r = -0.470$ ,  $p < 0.01$ ); anhedonia ( $r = -0.543$ ,  $p < 0.001$ ), negative self-esteem ( $r = -0.547$ ,  $p < 0.001$ ), the total score of depression ( $r = -0.480$ ); relationships between low involvement in structural relationships (family, school, etc.) and anhedonia ( $r = -0.404$ ,  $p < 0.05$ ), negative self-esteem ( $r = -0.604$ ,  $p > 0.01$ ), and total depression score ( $r = -0.409$ ,  $p < 0.01$ ). The inability of adolescents to see the value to be realized in the future is associated with negative mood ( $r = -0.383$ ,  $p < 0.01$ ), interpersonal problems ( $r = -0.420$ ,  $p < 0.05$ ), anhedonia ( $r = -0.514$ ,  $p < 0.01$ ), negative self-esteem ( $r = -0.577$ ,  $p < 0.001$ ), and a cumulative indicator of depression ( $r = -0.509$ ,  $p < 0.01$ ).

The level of existential fulfillment has significant correlations with negative mood, interpersonal problems, anhedonia, negative self-esteem, and the total level of depression (Table 50).

Table 50. Structure of relationships between existential fulfillment and symptoms of depression in the group of adolescents with autoaggressive behavior

	Negative mood	Interpersonal problems	Inefficiency	Anhedonia	Negative self-esteem	The total level of depression
r-Spearman	-,448*	-,383*	-0,318	-,614**	-,654**	-,562**
P	0,010	0,031	0,076	0,000	0,000	0,001

The next stage of the study was the analysis of the matrix of intercorrelations of the structure of indicators of resilience and symptoms of depression in adolescents with autoaggressive behavior. It was found that the least significant correlations were obtained by the resilience component "risk acceptance". This component has one significant

correlation with anhedonia ( $r=0.363$ ,  $p<0.05$ ). The indicator of low efficiency of own activity did not receive significant correlations with the components of life-resistance.

Other indicators of resilience: involvement in life, activity control is significantly associated with such symptoms of depression as negative mood, interpersonal problems, anhedonia, negative self-esteem, and the total level of depression (Table 51).

Table 51. Correlation coefficients of r-Spearman between indicators of resilience and symptoms of depression in adolescents with autoaggressive behavior

	Negative mood	Interpersonal problems	Anhedonia	Negative self-esteem	The total level of depression	
Involvement	-,449**	-,508**	-,706**	-,611**	-,593**	r-Spearman
	0,010	0,003	0,000	0,000	0,000	P
Control	-,359*	-,415*	-,565**	-,579**	-,519**	r-Spearman
	0,044	0,018	0,001	0,001	0,002	P

Thus, in adolescents with autoaggressive behavior, increased symptoms of depression are associated with:

- with the devaluation of the traditions accepted in society, safety and achievements, as well as orientation to socially acceptable forms of conduct;

- with existential experiences: I can't trust the World (I don't feel supported and protected); I don't like living (I don't feel close and connected in relationships with others; I don't experience my authenticity (I feel that others treat me unfairly, don't recognize my value); I don't see my prospects (I feel that my opportunities are limited, I don't find values in the future);

- with a decrease in the ability of the individual to maintain stability, manifested in the loss of control over the situation and a decrease in involvement in significant activities.

#### **6.4.2. Features of the interrelationships of the components of existential consciousness with depressive symptoms in groups of adolescents with a tendency to autoaggression**

In the group of subjects with a tendency to autoaggressive behavior, significant correlations with the symptoms of depression have the following values of adolescents: "traditions" are associated with the indicator "negative self-assessment" ( $r=-0.320$ ,  $p<0.05$ ); "kindness" ( $r=-0.361$ ,  $p<0.05$ ) and the value of achievements ( $r=-0.340$ ,  $p<0.05$ ) are associated with anhedonia. The number of links between the indicators of depression and values in the group of adolescents with a tendency to risk is significantly less.

Intercorrelation relationships between the indicator's values have the following structure: the "traditions" associated with "kindness" ( $r=0,586$ ,  $p<0,001$ ) and the achievement of the provisions ( $r=0,396$ ,  $p<0.001$ ); "hedonism" is associated with "kindness" ( $r=0,307$ ,  $p<0.05$ ) and "achievements" ( $r=0,339$ ,  $p<0.05$ ).

The next stage of the analysis was to identify significant correlations of the components of existential motivations with symptoms of depression in adolescents with a tendency to self-aggression.

The structure of the interrelationships of the components of the first existential fundamental motivation: the experience of physical and psychological support is associated with negative mood ( $r=-0.443$ ,  $p<0.01$ ); anhedonia ( $r=-0.335$ ,  $p<0.05$ ); negative self-esteem ( $r=-0.410$ ,  $p<0.01$ ); the total indicator of depression ( $r=-0.356$ ,  $p<0.01$ ). Psychological safety is associated with negative mood ( $r=-0.538$ ,  $p<0.001$ ); anhedonia ( $r=-0.377$ ,  $p<0.01$ ); negative self-esteem ( $r=-0.319$ ,  $p<0.05$ ); total depression ( $r=-0.398$ ,  $p<0.01$ ). The feeling of physical and psychological space is associated with a negative mood ( $r=-0.538$ ,  $p<0.001$ ); negative self-esteem ( $r=-0.319$ ,  $p<0.05$ ); a total indicator of depression ( $r=-0.398$ ,  $p<0.01$ ).

The components of the second fundamental existential motivation-relatedness with other people ( $r=-0.365$ ,  $p<0.01$ ) and proximity ( $r=-0.380$ ,  $p<0.01$ ) - have only one significant correlation with the depressive symptom "negative mood", with other symptoms of significant relationships were not found. The sense of time is associated with negative

mood ( $r=-0.584$ ,  $p<0.001$ ); inefficiency ( $r=-0.342$ ,  $p<0.05$ ) anhedonia ( $r=-0.329$ ,  $p<0.05$ ); negative self-esteem ( $r=-0.475$ ,  $p<0.001$ ); total depression ( $r=-0.450$ ,  $p<0.001$ ).

The structure of the interrelationships of the components of the third fundamental existential motivation: the indicator "interested attention to one's own personality" has a significant correlation with the indicator "negative mood" ( $r=-0.471$ ,  $p<0.001$ ). The feeling of lack of fair treatment of others is associated with negative mood ( $r=-0.484$ ,  $p<0.001$ ) and self-esteem ( $r=-0.417$ ,  $p<0.01$ ), as well as a total score of depression ( $r=-0.358$ ,  $p<0.01$ ). Difficulties in recognizing one's own authenticity are associated in adolescents with negative mood ( $r=-0.493$ ,  $p<0.001$ ), anhedonia ( $r=-0.353$ ,  $p<0.01$ ), negative self-esteem ( $r=-0.462$ ,  $p<0.001$ ), and a total depression score ( $r=-0.447$ ,  $p<0.001$ ).

The relationship of the components of the fourth fundamental existential motivation: the indicator "experience of lack of opportunities for activity" has significant correlations with negative mood ( $r=-0.566$ ,  $p<0.001$ ), anhedonia ( $r=-0.407$ ,  $p<0.01$ ), negative self-esteem ( $r=-0.462$ ,  $p<0.001$ ), as well as the total score of depression ( $r=-0.477$ ,  $p<0.001$ ). A low ability to see the value to be realized in the future is associated with all indicators of depression: negative mood ( $r=-0.586$ ,  $p<0.001$ ), interpersonal problems ( $r=-0.340$ ,  $p<0.05$ ), anhedonia ( $r=-0.369$ ,  $p<0.01$ ), negative self-esteem ( $r=-0.507$ ,  $p<0.001$ ), total depression scores ( $r=-0.493$ ,  $p<0.001$ ). The component of the fourth fundamental motivation "involvement in structural relationships" did not receive any significant correlation with the indicators of depression.

The next stage of the analysis was to study the correlation between the indicators of resilience and symptoms of depression in the group of adolescents with a tendency to autoaggression. The analysis revealed significant correlations between all indicators of resilience and symptoms of depression in adolescents (Table 52).

Table 52. Coefficients of r-Spearman correlations between indicators of resilience and symptoms of depression in adolescents with a tendency to autoaggression

	Negative mood	Interpersonal problems	Inefficiency	Anhedonia	Negative self-esteem	The total level of depression	
Involvement	-,481**	-,354*	-,351*	-,408**	-,468**	-,472**	r-Spearman
	0,001	0,015	0,016	0,004	0,001	0,001	P
Control	-,474**	-,316*	-,350*	-,368*	-,496**	-,444**	r-Spearman
	0,001	0,030	0,016	0,011	0,000	0,002	P
Acceptance	-,464**	-,351*	-,338*	-,383**	-,469**	-,440**	r-Spearman
	0,001	0,016	0,025	0,008	0,001	0,002	P
Resilience	-,504**	-,350*	-,367*	-,414**	-,496**	-,479**	r-Spearman
	0,000	0,016	0,011	0,004	0,000	0,001	P

Thus, depressive symptoms in adolescents with a tendency to auto-aggression are caused by:

- devaluation of such values as "kindness", "traditions", "hedonism", "achievements";
- difficulties in realizing one's life desires at each of the FEM levels;
- reduction of the integral index of resilience and all its components.

#### **6.4.3. Comparison of the structure of relationships between values, existential experiences and components of resilience with depressive symptoms in groups of adolescents with a tendency to autoaggression and autoaggressive behavior**

The analysis of the psychological structure of values in depressive symptoms in groups of adolescents with auto-aggressive behavior and a tendency to auto-aggression included the analysis of the homogeneity/heterogeneity of structures, structural and functional analysis, the study of the ratio of inter-and intra-functional relationships; the analysis of generalized indicators - the index of coherence, divergence, organization of psychological structures. The correlation relations at the significance level  $p < 0.05$  were

assigned a coefficient - 1; at the significance level  $p < 0.01$ , a coefficient-2; at the significance level  $p < 0.001$ -coefficient 3 (Table 53).

Table 53. The main indicators of the psychological structure of values in depressive symptoms in groups of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression

	Autoaggressive behavior	Tendency to autoaggression
Number of components	6	6
Total number of correlations in the structure	8	8
The number of correlations at $p < 0.001$	5	2
The indicator of coherence	18	8
Divergence indicator	5	4
Indicator of the integration of the structure	13	4
Basic components	Safety	Traditions

The psychological structure of values in depressive symptoms in groups of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression have qualitative differences. The basic components of the value structure change: in adolescents with autoaggressive behavior, the basic component is "safety", while in adolescents with a tendency to autoaggression, the basic component is represented by traditions. In the group of adolescents with autoaggressive behavior, the level of depression is associated with the values of own safety and the safety of their immediate social environment. At the same time, for adolescents with autoaggressive tendencies, the severity of symptoms of depression is associated with the ability to appreciate traditions, customs, and rules adopted in society.

This fact suggests that in adolescents with autoaggressive behavior, a depressive state is accompanied by a sense of insecurity and stability in the immediate environment, which leads to the actualization of this value in their picture of the world. In turn, in adolescents with a tendency to autoaggressive states, depressive symptoms lead to an attempt to adapt to changing conditions, updating social values and rules.

The ratio of disintegrative tendencies in value structures in depressive symptoms and indicators of stability of the value structure in groups of adolescents with

autoaggressive behavior and with a tendency to autoaggression differ. Adolescents with autoaggressive behavior have a more stable structure of relationships of values with depressive symptoms. While for adolescents with a tendency to autoaggression, the structure is less stable with signs of disintegration.

The next stage of the analysis of intercorrelation matrices was a comparative analysis of the specific weight of intracorrelation relationships between the components of fundamental existential motivations and symptoms of depression in adolescents in groups with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression. Correlations at the significance level  $p < 0.05$  were assigned coefficient-1; at the significance level  $p < 0.01$  - coefficient-2; at the significance level  $p < 0.001$  - coefficient-3. The results are presented in Table 54. The analysis of the total indicators of intracorrelation relationship coefficients revealed a qualitative peculiarity in two groups of adolescents.

Table 54. Comparison of the specific weight of the components of fundamental existential motivations in the structure of depressive symptoms in groups of adolescents with autoaggressive behavior and the tendency to autoaggression.

	Autoaggressive behavior			Specific weight of the indicator	Tendency to autoaggression			Specific weight of the indicator
	1	2	3		1	2	3	
Support	1	0	0	1	1	2	0	3
Security	0	2	3	13	1	1	1	6
Space	2	0	2	8	1	1	0	2
Relatedness	2	1	0	4	1	0	0	1
Time	0	1	0	2	2	0	2	8
Proximity	0	1	0	2	0	1	0	2
Interest	0	0	0	0	0	0	1	3
Justice	2	0	2	8	1	1	1	6
Recognition	1	2	1	8	1	1	1	6
Opportunities	0	1	2	8	1	1	2	9
Inclusion	1	0	1	4	0	0	0	0
Future	2	1	1	7	0	2	2	10



	Autoaggressive behavior				Tendency to autoaggression			
The level of significance	1	2	3	Specific weight of the indicator	1	2	3	Specific weight of the indicator
	The average level of importance of the components of FEM			5,4				4,6
Note: The level of significance: 1 - $p < 0,05$ ; 2 - $p < 0,01$ ; 3 - $p < 0,001$ ;								

In the group of adolescents with autoaggressive behavior, the indicator of the first fundamental motivation "Protection" has the greatest share in the structure of symptoms of depression (13). The average specific weight of the components of fundamental motivations was 5.4. In the group of adolescents with a tendency to auto-aggression, the total specific weight of the components is lower than in the previous group and is 4.6. The component with the highest specific weight in this group-"value in the future" (10) - refers to the level of the fourth fundamental motivation.

The structure of relationships between indicators of resilience and symptoms of depression in groups of adolescents with auto-aggressive behavior and a tendency to autoaggression has a qualitative peculiarity. The highest number of significant correlations with the symptoms of depression were obtained by indicators of life-resistance in the group of adolescents with a tendency to autoaggression. The average indicators of resilience in the group with a tendency to autoaggression are higher compared to the group of adolescents with autoaggressive behavior.

Thus, in adolescents with autoaggressive behavior, the relationship of depression symptoms with values and existential experiences plays a significant role. While for adolescents with a tendency to autoaggression, significant relationships predominate between resilience and depression. The revealed features of the relationships allow us to differentiate the therapeutic interventions for adolescents with a tendency to autoaggression and auto-aggressive behavior. Personalized prevention of adolescents with autoaggressive behavior should be aimed at the development of such values as: social rules and norms, personal safety and achievements, correlation with social rules. A significant

aspect of personalized prevention is to help overcome existential experiences associated with the impossibility of self-fulfillment and achieving a sense of existential fulfillment of life. While preventive interventions for adolescents with a tendency to autoaggressive behavior should be aimed at developing such values as "kindness" and "tradition", as well as strengthening the protective abilities of "involvement in activities", "control", "risk acceptance".

## 6.5. Summary of the chapter

The study of the characteristics of autoaggressive behavior of adolescents in the group with confirmed facts of autoaggression revealed that the majority of adolescents is involved in multiple types of autoaggressive behavior: self-injury, suicidal behavior, risky behavior, and the use of psychoactive substances that form autoaggressive complexes.

The author analyzes the assessments of teachers, psychologists of secondary and high schools and parents obtained by using the Achenbach questionnaire during the observation of students for six months. Parents of teenagers distinguish "closeness" from all the traits. The least discrepancies in the assessments of teachers and classroom teachers of students were found on the scales: "attention problems", "thinking problems", "delinquent behavior", "aggression". The largest discrepancy was found on the "anxiety" scale. The lowest scores for all indicators of adolescent behavior are found in psychologists. Psychologists gave high marks to such indicators as isolation and anxiety.

The group of adolescents with autoaggressive behavior significantly differs from the norm group by lower values of the indicators of four existential motivations: safety, security, time, recognition of the value of personality, and involvement in relationships. Adolescents with autoaggression are characterized by a feeling of "out of life", an experience of own helplessness, and an inability to accept changes.

The difference between the group of adolescents with autoaggressive behavior and the group with a tendency to autoaggression lies in the stable structure of relationships between indicators of values and fundamental existential motivations. What is common for the group with autoaggression and the tendency to autoaggression is the presence of significant relationships between the indicators of fundamental existential motivations and indicators of resilience. At the same time, in the group with normative behavior, the relationship between the indicators of resilience is noted only with the indicators of the first and fourth fundamental motivation.

Significant existential mechanisms were identified for three groups of adolescents: those with normative behavior, those with a tendency to autoaggression, and those with autoaggressive behavior. For the norm group, the significant factors are: 1) the value

setting for the relationship of a teenager with himself and society; 2) the experience of existential fulfillment. For the group with a tendency to autoaggression: 1) actualization of resilience; 2) stability of the world. In the group of adolescents with autoaggressive behavior, such mechanisms as the ability to cope with life and social success are distinguished.

The level of depression and structural relationships between symptoms of depression and existential characteristics in groups of adolescents with auto-aggressive behavior and a tendency to auto-aggression have qualitative and quantitative differences.

In adolescents with autoaggressive behavior, the level of depression corresponds to the excess of critical test values. The relationship with values received the following indicators of depression: negative self-esteem and a sense of low efficiency in school. The basic component in the structure of symptoms of depression and indicators of values was the component "the value of safety and stability of society". The highest number of associations of indicators of depression symptoms was obtained with the components of the first and third fundamental motivations. The association of depressive symptoms with indicators of resilience was found only for the components "involvement in activity" and "control in a risk situation".

In the group of adolescents with a tendency to autoaggression, the relationship with values has such indicators of depression as "negative self-esteem" and "anergia". The basic component of the value structure in depression is "tradition", that is, the desire to comply with the rules and norms of society. The structure of relationships is characterized by signs of disintegration and less stability compared to the structure of values and symptoms of depression in adolescents with autoaggressive behaviors. There is a significant relationship between all indicators of resilience and symptoms of depression.

## **CHAPTER 7. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE INTERVENTIONS IN PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS**

To increase the effectiveness of the developed program of prevention based on the existential approach, evidence of positive results of preventive interventions is required. For an objective assessment, it is necessary to determine what can be the result of a preventive program. Prevention programs create effects of the first, second and third order, each of which can be considered as a result (Berkaliev T. N., 2002; Valyushitskaya I. V., 2005; Korchagina G. A. et al., 2015; Mikhailova T. A. et al., 2017; Krupitsky E. M. et al., 1992).

The first-order effects include the assessment of quantitative and qualitative indicators of activities carried out directly by the program performers: the dynamics of the number of participants (decrease, retention, increase), the number of activities carried out in accordance with the initial plan of preventive work, positive perception or increase in the degree of involvement of program participants in the activities carried out. A significant role belongs to the motivational indicator: the readiness of adolescents to interact within the framework of preventive measures, attendance at classes, refusal to participate in the program after passing the first classes.

The evaluation of the second-order effects includes qualitative indicators: the impact of the program on the personal, emotional, behavioral, and other characteristics of those who participated in it. Third-order effects include: changing approaches to solving a problem in the community, moving towards solving a problem, etc. Evaluation of the third-order effects is the least developed and requires longitudinal monitoring of the spread and application of the preventive program in educational institutions (Dyshechev R. D. et al., 2004). At the same time, the third-order effects include the development of methodological manuals, recommendations on the content and technology of the program application.

It is necessary to differentiate the effectiveness assessment depending on the level of prevention and prevention goals. The results of the programs of primary prevention of autoaggressive behavior, designed for adolescents with normal behavior and with a

tendency to autoaggressive behavior, can be judged by the absence of facts of autoaggressive behavior, as well as by maintaining the integral level of existential fulfillment or increasing certain indicators of fundamental existential motivations.

The effectiveness of secondary and tertiary prevention will be determined by a decrease in the frequency and severity of acts of autoaggression, in suicidal behavior-a decrease in the number of suicidal thoughts, as well as qualitative changes in existential experiences (increased resilience, existential fulfillment) (Table 55).

Table 55. A model for evaluating the effectiveness of a program for the prevention of autoaggressive behavior in adolescents based on an existential approach

The effects of the first order	Quantitative indicators	Result for all levels of preventive interventions	
	- number of participants - number of lessons	- maintaining the contingent of participants; - implementation of planned activities in accordance with the original plan	
	Quality indicators	Teens	psychologists
	Subjective attitude of participants to the program	A positive attitude	Raising awareness and competence
Second-order effects	Quality indicators	Primary prevention	Secondary / tertiary prevention
	Existential experiences	Maintaining the level and / or increasing individual indicators	Increasing the overall level of existential fulfillment
	Resilience		Increase of the overall level of resilience
	Quantitative indicators	Primary prevention	Secondary / tertiary prevention
	Facts of autoaggressive behavior	absence	Reducing the frequency of auto-aggressive acts
The effects of the tertiary order	Quality indicators		Changing approaches to solving the problem of prevention of autoaggression in adolescents; development of methodological equipment for the program
	Quantitative indicators		Changing approaches to solving the problem of prevention of autoaggression in adolescents; development of methodological equipment of the programsproduction of the developed prevention program in educational institutions

The main method of identifying the effectiveness of preventive programs is a two-stage diagnostic assessment of the severity of signs of autoaggressive behavior, as well as additional indicators of the individual's existential consciousness using psychometric

questionnaires, as well as quantitative indicators of the program before and after the events. Special attention is paid to the subjective assessment of the process of prevention.

Thus, the effectiveness assessment should be made based on the results of recording quantitative indicators, self-reports obtained during a clinical conversation with adolescents at the end of the program, as well as on the results of repeated testing aimed at determining the nature of existential experiences of adolescents and indicators of life resilience.

### **7. 1. Evaluation of the effectiveness of primary prevention of autoaggressive behavior in adolescents**

50 young people took part in the primary prevention activities. The program included 6 group classes: 2 classes per month, each lasting 1 hour. The content and the main methodology of the profile interventions corresponded to the topics of the four fundamental motivations (Table 56).

Table 56. Content and basic methodology of primary preventive interventions

FEM	Topic FEM	Topics for classes	Methods
1 FEM	Might to be	Withstand and accept (protection, support, space)	Methods of developing emotional stability
2 FEM	Like to live	Own desires Dissatisfaction with life Relationships with others	Methods of developing empathy and well-being as a way of value-based treatment of the personal
3 FEM	Authenticity	Self-reference Correlation with the values The intrinsic value of Volition Taking a position	The method of respectful attention The method of strengthening the will The method of forming a positive personal existential position
4 FEM	Meaning	My prospects The future Focus on self-actualization	The method of value-semantic analysis of a problem situation

To study the qualitative changes based on the results of the primary prevention program, a comparative analysis of the dynamics of indicators of the components of fundamental existential motivations and resilience was carried out.

The analysis revealed significant differences in the FEM indicators: "proximity" (0.028), "recognition of value" (0.30). The difference was also found for the indicator of the first fundamental existential motivation (fundamental trust in the world or "being able to be") according to the results of testing of children before and after participation in the personalized program (Table 57).

Table 57. Results of a comparative analysis of the dynamics of the components of fundamental existential motivations (U-Mann Whitney)

	Proximity	Recognition of the value	1FEM
Z	-2,22	-2,25	-2,13
Asymptotic significance (2-sided)	0,03	0,03	0,03

There were no significant changes in the indicators of resilience "before" and "after" the participation of adolescents in the primary prevention program.

Thus, the positive dynamics of the results of primary universal prevention was revealed in the increase in the ability to experience emotional intimacy in interaction with other people, as well as an increase in the indicator of self-value for other people. The program resulted in the strengthening of the fundamental trust of young people in the world, expressed in the experience of "might to be", the ability to withstand difficulties and existential realities corresponding to the level of the first fundamental motivation.

## **7.2. Evaluation of the effectiveness of secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior in adolescents**

To study quantitative and qualitative indicators of the effectiveness of personalized prevention with teenagers having the facts of autoaggressive behavior were recorded: the number of participants at the beginning and after completion of the program, the total number of passes and failures adolescents from the curriculum, as well as subjective attitudes of adolescents to realizing program.

75 adolescents with identified cases of autoaggression participated in the personalized prevention program. The percentage of participants by age is shown in Figure 32.



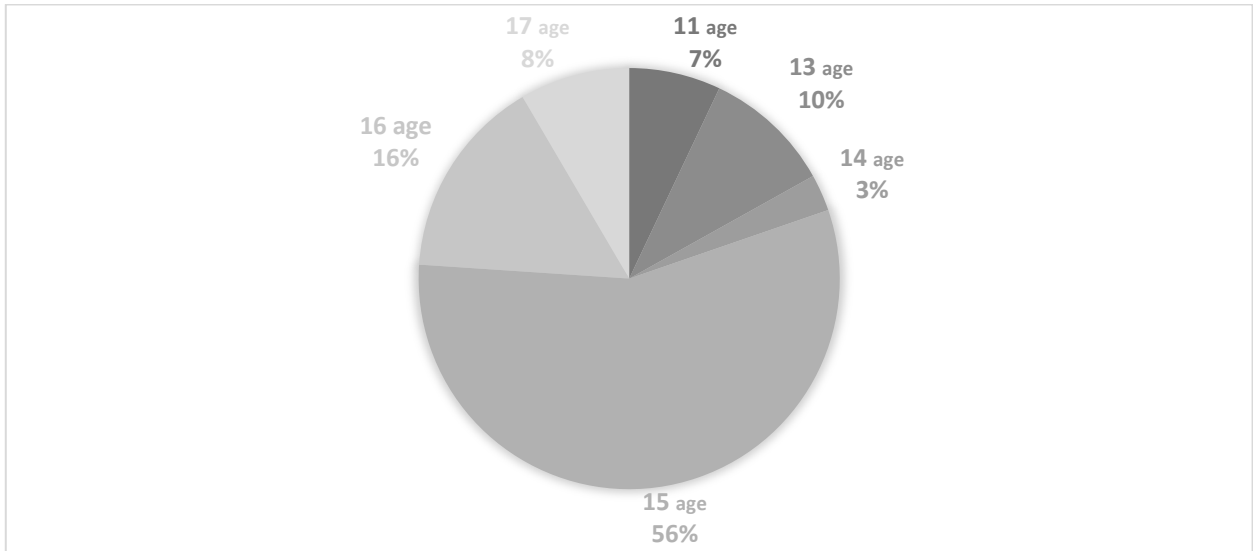


Figure 32. Age distribution of program participants

The number of girls was 69 %, and the number of boys was 31% (Figure 33).

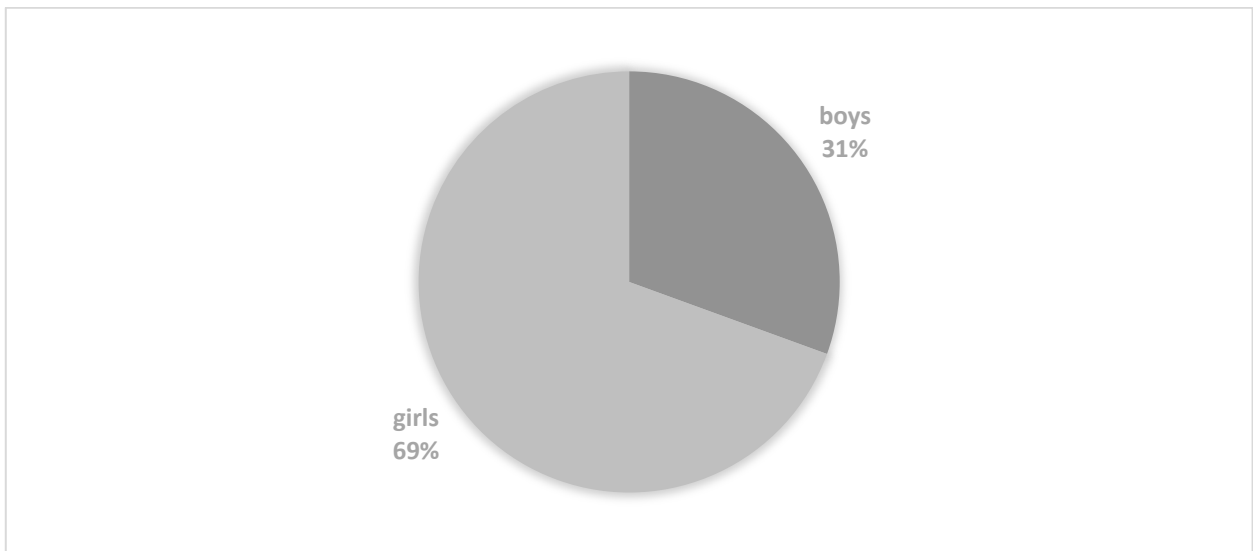


Figure 33. Gender distribution of program participants

During the course, two teenagers dropped out due to a change of residence, one teenager due to hospitalization (exacerbation of the main somatic disease) (Table 58).

Table 58. Number of adolescents with autoaggression "before" and "after" completion of the prevention program

	Start of the program	End of the program
Number of participants	75	72
Total number of lessons (planned and conducted)	750	657

The total planned number of individual lessons in the program was 750 sessions. Due to a decrease in the number of participants, absences due to illness, and cancellations

due to organizational reasons, 657 sessions of 45 minutes each were held. The reasons for the cancellation of classes are analyzed: 6.6% of absences are associated with the illness of students; 1.4% is due to the need for students of the 9th and 11th grades to participate in the activities to prepare for the OGE; 2.1% of cancellations are caused by organizational difficulties (specialist's disease, lack of classrooms, teachers' refusal to let children go from subjects to classes with a psychologist) (Table 59).

Table 59. Number of canceled lessons

Reasons for canceling lessons	Quantity
Student illness	48
Activities for preparing for the Unified State Exam	10
Activities for preparing for the Unified State Exam	15

The analysis of the dynamics of quantitative indicators of the effectiveness of the implementation of the program of personalized prevention of autoaggressive behavior of adolescents, related to the effects of the first order, revealed the following. The number of participants was 96% saved in the process of the program, the number of absences due to illness of participants was 6.6%, passes for other organizational reasons amounted to 3.5%, indicating that, on the one hand, a high motivation and interest of participants in the program, on the other hand good quality prevention specialists in secondary and high schools.

The analysis of the dynamics of the subjective attitude of adolescents towards participation in the program, as well as to the specialist implementing preventive measures, was carried out using an anonymous questionnaire after the first and last lessons. 72 people participated in the survey. The teenagers were asked to answer two basic questions: how do I feel about participating in the program? How do I feel about the specialist who conducts it? The teenager's statements were classified according to three main criteria: negative attitude, anxious, neutral, and positive attitude. At the beginning of the program, only 38.8% of adolescents expressed a positive attitude towards adolescents. A significant percentage of adolescents viewed participation in preventive measures with anxiety (34.7%), neutrally (13.8%), or negatively (8.3%). Examples of disturbing statements

contained such evaluations: fear that parents will know what I tell you don't want to know the other guys (will consider me "crazy"); don't want to talk about what is my personal fear that will be sent to the "loony bin". Neutral statements included the following: I don't care, but rather the opportunity to skip classes; I don't know how it can help me. The negative attitude was expressed by the following statements: I don't want to participate, it's all a waste of time; I still don't need anything to help me; I don't need anything to help me, your psychology won't help me with anything.

At the end of the program, the number of participants with a positive attitude increased (72%), and the number of teenagers with an anxious (13.8%), neutral (13.8%) and negative (0%) attitude decreased. It should be noted that the nature of the worded concerns has changed: the anxiety of waiting and suspense has been replaced by the anxiety of not being able to continue participating and receiving specialized support. The disturbing statements of teenagers at the end of the program contained the following wording: I'm afraid suddenly "everything" will resume; it is important for me to discuss what is happening to someone if a "nervous situation" happens again, and I fail (Figure 34).

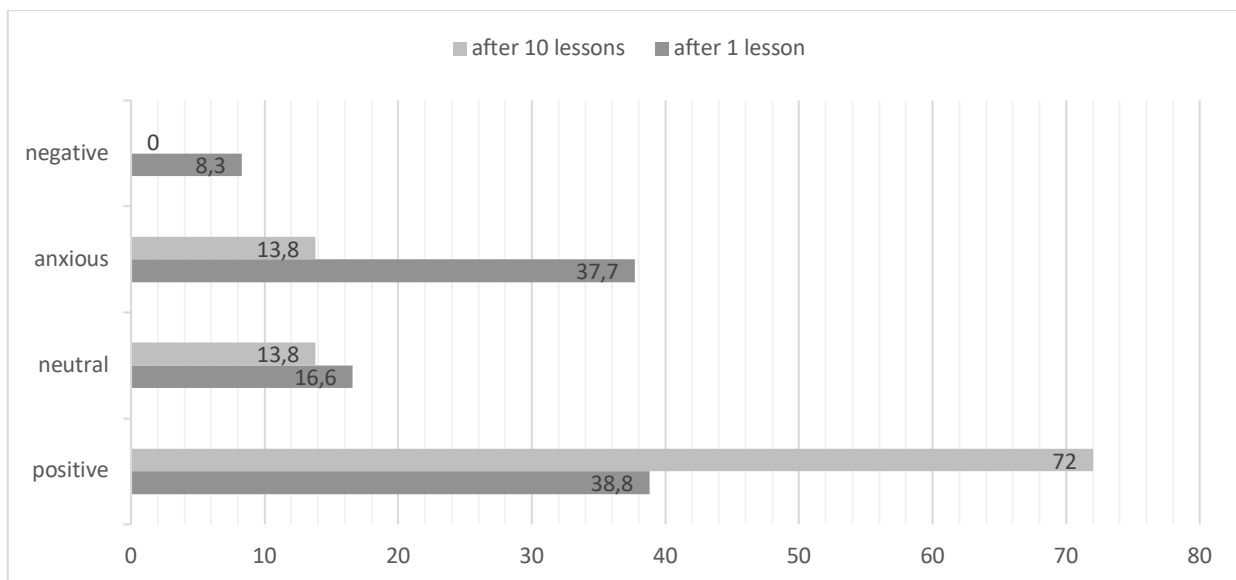


Figure 34. The attitude of adolescents to the prevention program (number of people, %)

The attitude of adolescents to the specialist who conducted classes on the personalized prevention program has also changed. At the beginning of the program, a negative attitude was revealed in only two people (2.7%) and was manifested in statements: I

dislike him; I dislike that I am always asked something, and I have to answer. An anxious attitude (13.8%) to a specialist was associated with questions of trust and confidentiality: I do not want to open up to him; he is too curious; I do not believe that he will not put me in a mental hospital; they say that psychologists themselves are abnormal; I can't understand what he really thinks of me. Among the positive statements (48.6%), the following were noted: he understands me well; he is nice; I think I can trust him, etc.

At the end of the program, there were no negative or disturbing statements about the specialist who conducted the program. The number of teenagers with a neutral attitude decreased to 25%. In general, it is worth noting the improvement in the attitude of adolescents to specialists: 75% of the youngsters gave positive ratings (Figure 35).

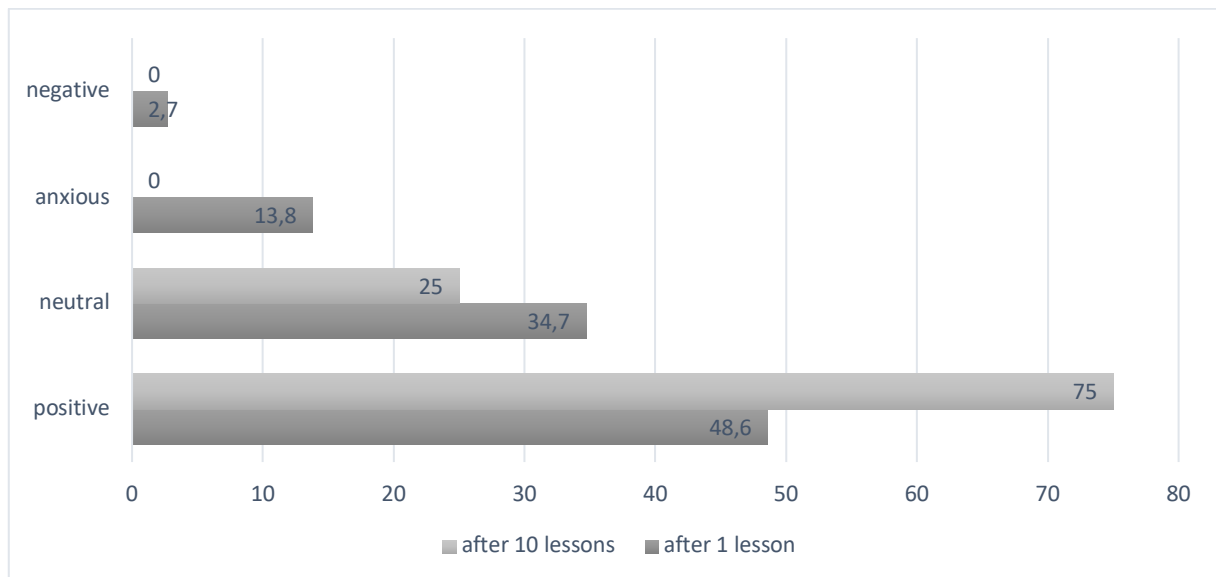


Figure 35. Feelings of teenagers to a specialist (number of people, %)

The change in the subjective assessments of adolescents relating to participation in the prevention program is accompanied by an increase in the positive attitude to the activities carried out, as well as a change in the nature of adolescent anxiety. Negative anxiety associated with feelings of potential stigmatization, lack of trust, and fear of negative consequences is replaced by positive anxiety, which includes feelings about the lack of further support and assistance. The attitude to the specialist following the results of the program has changed in the direction of greater trust and a positive attitude. This fact indicates the achieved compliance between the psychologist and the teenager.

## Changes in the subjective assessments of the psychologists who conducted the program

Based on the results of the educational program of professional training, as well as the implementation of the program of personalized prevention programs with adolescents with autoaggressive behavior, the study of subjective assessments of psychologist's specialists relating to their professional activities and experiences was conducted. 18 people participated in the survey. As part of the survey, psychologists were asked to evaluate the indicators "before" and "after" participation in the prevention program on a ten-point scale. The survey included an assessment of the following indicators: anxiety about the need to work with this category of adolescents; awareness of the topic of auto-aggressive behavior of adolescents; knowledge of practical methods of working with auto-aggressive behavior; assessment of the effectiveness of their work.

The analysis of the average values of the obtained estimates allowed us to identify positive changes in all the proposed evaluation indicators. Experts note that they experienced a high level of anxiety before the start of preventive measures, which decreased by the end of participation in the program. Theoretical awareness of the theoretical aspects of autoaggressive work behavior and working methods has increased. Experts note that during the program, they managed to add to their professional experience, as well as their effectiveness in implementing preventive measures (Figure 36).

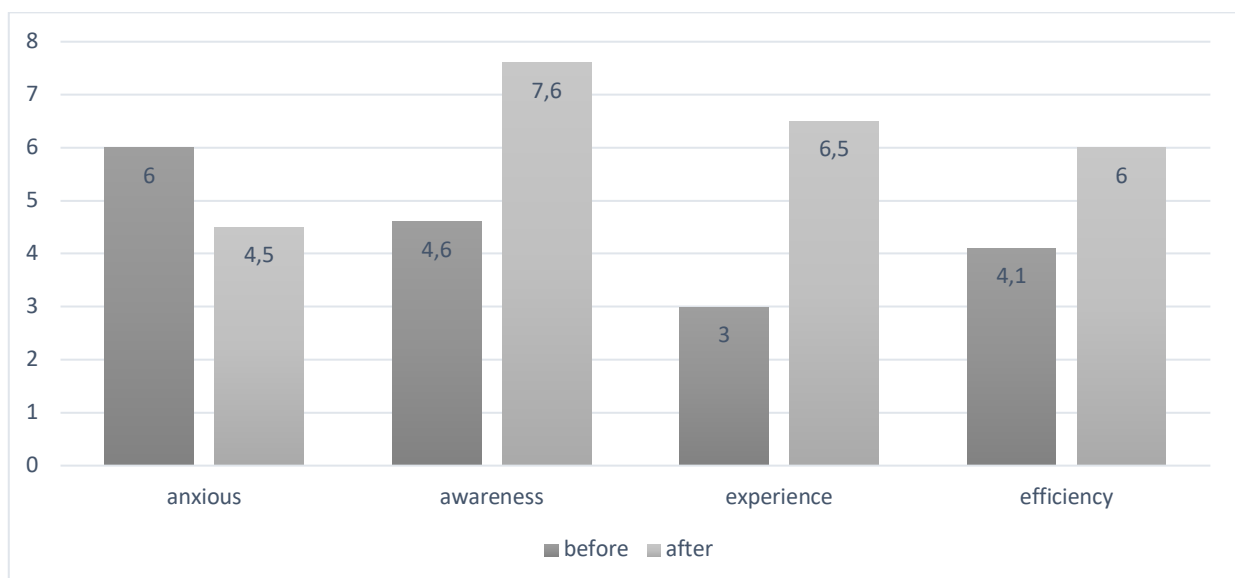


Figure 36. Psychologists' assessment of their own professional activities (average scores on a ten-point scale)

## **Evaluation of the dynamics of the second-order effects of a preventive program**

The assessment of the dynamics of the qualitative and quantitative results of the personalized prevention program includes the analysis of the frequency of acts of auto-aggressive behavior, as well as the study of the features of existential experiences and indicators of resilience before and after the program.

### **Evaluation of the dynamics of indicators of the frequency of autoaggressive behavior of adolescents and changes in the nature of existential experiences**

The main goal of the personalized approach in the framework of the secondary and tertiary prevention program in secondary and high schools was to reduce the indicators of autoaggressive behavior of adolescents, as well as to increase their indicators of existential fulfillment and resilience.

To determine the effectiveness of the program, we analyzed data on the frequency and types of self-harm in the last six months before inclusion in the program, obtained from the words of a teenager during the initial examination, as well as three months after the results of preventive measures. Identifying the dynamics of indicators of existential fulfillment and resilience, a second test of adolescents was conducted. To objectify the test data, the obtained indicators of adolescents in the group that participated in the personalized prevention program with the revealed facts of autoaggressive behavior were compared with the indicators of the control groups.

During the study, 2 control groups were formed:

1) the first group consisted of adolescents without signs of suicidal and self-harm (both direct and indirect) behavior, who did not participate in the prevention program (n=81);

2) the second group consisted of adolescents with verified facts of autoaggression who did not participate in the prevention program (n=21).

The comparison was carried out using the methods of the Scale of Existence (Krivtsova S. V., Langle A., Ogler K., 2009), the test of resilience (Leontiev D. A., Ras-skazova E. I., 2006).

Data on the nature of autoaggressive behavior, its frequency and types were obtained after an individual conversation with adolescents before and after participation in the program. According to the results of a clinical conversation with adolescents, the type of autoaggressive behavior, duration, frequency, and facts of hospitalization in connection with suicidal, self-injurious behavior or the use of substances were recorded. The obtained data were compared with the results of observations provided by school teachers, psychologists, parents of adolescents, as well as available medical reports.

To determine the indicator of "frequency", the contents of the main actions of adolescents were identified, which are regarded as autoaggressive acts for each type of autoaggressive behavior.

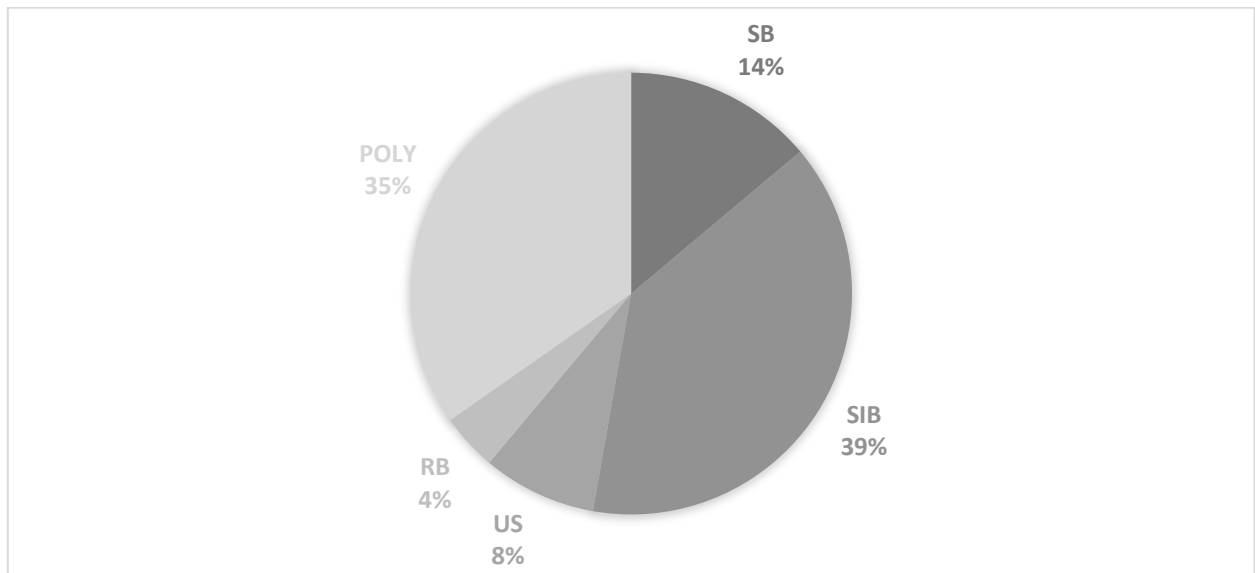
For suicidal behavior assessed the frequency of appearance of suicidal thoughts, considered as equivalents to contemplate suicidal acts (O'sullivan M., Fitzgerald M., 1998).

To self-injury behavior was considered the facts of tool damage (cuts, punctures, burns), as well as other types of inflicting self-harm (biting, hitting, plucking, etc.).

When assessing the use of substances by adolescents, episodes of drug use, alcohol, sniffing facts, as well as facts of intoxication caused by substances were considered.

**The assessment of the frequency of acts of risky behavior considered events that pose a potential or realized threat to health as a result of own actions**

Among the adolescents who participated in the personalized prevention program, 47 people used only one of the types of auto-aggressive behavior (47 people), 25 people had polymodal auto-aggressive profiles (POLY), including a combination of suicidal, self-injury, risky behavior, and the use of substances (35%). 17 people (24%) received specialized medical care from a psychiatrist or a narcologist at least once (Figure 37).



\*SIB - self-injurious behavior; SB - suicidal behavior; US - use substances; RB - risky behavior  
 Figure 37. Types of autoaggressive behavior in adolescents participating in the program

According to adolescents, the frequency of autoaggressive acts was recorded (Figure 38).

All responses were divided into the following groups:

- 1-regularly (more than 3 times a week);
- 2-several times a week (2-3 times);
- 3-several times a month (1-3 times);
- 4-several times every six months (1-3 times).

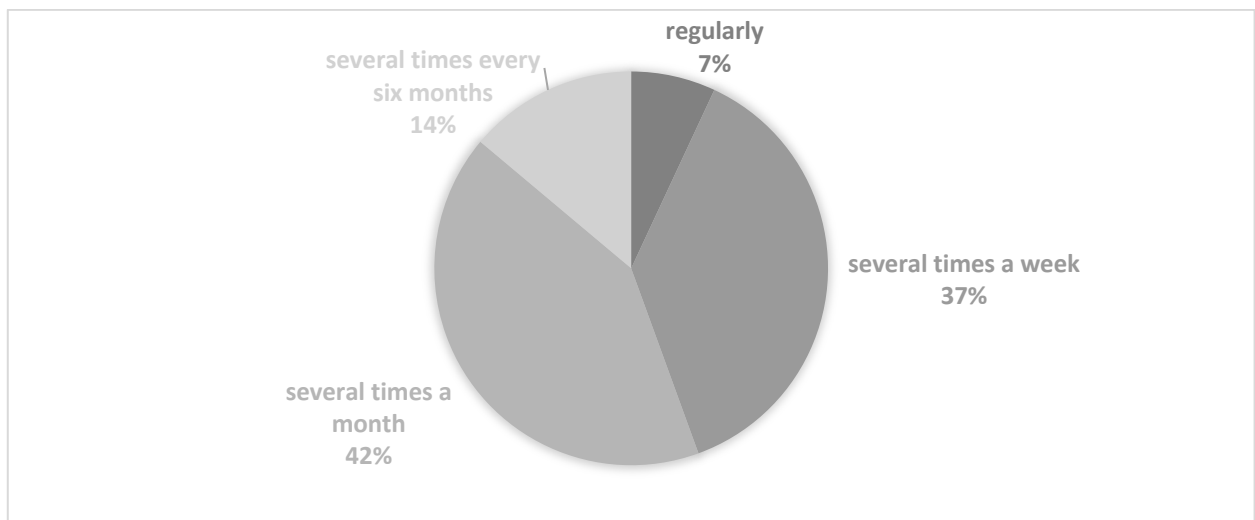


Figure 38. Frequency of acts of autoaggression

After completing the program, an additional version of the responses was allocated: "not observed from 1 month to six months".



According to the results of the program, after 3 months, a repeated clinical conversation was conducted with adolescents to summarize and identify the dynamics of changes in the frequency of autoaggressive acts. The information received from adolescents was correlated with the observations of teachers, psychologists, and parents.

A change in the frequency of self-harm was found after the completion of the adolescent's participation in the prevention program (Figure 39).

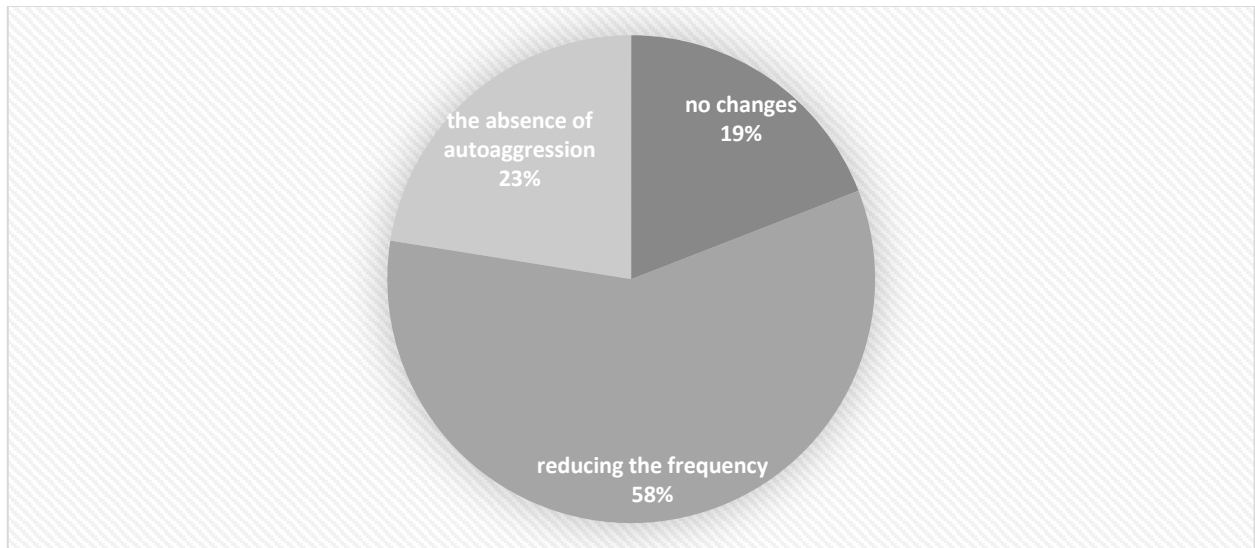


Figure 39. Changes in the frequency of self-harm acts after the program

In 23% of adolescents, symptoms of autoaggression were not observed for three months after the completion of the program, 58% of participants in the program reduced the frequency of self-harm, and 19% of adolescents showed no changes in behavior.

Positive dynamics is observed in 81% of the participants (Figure 40).

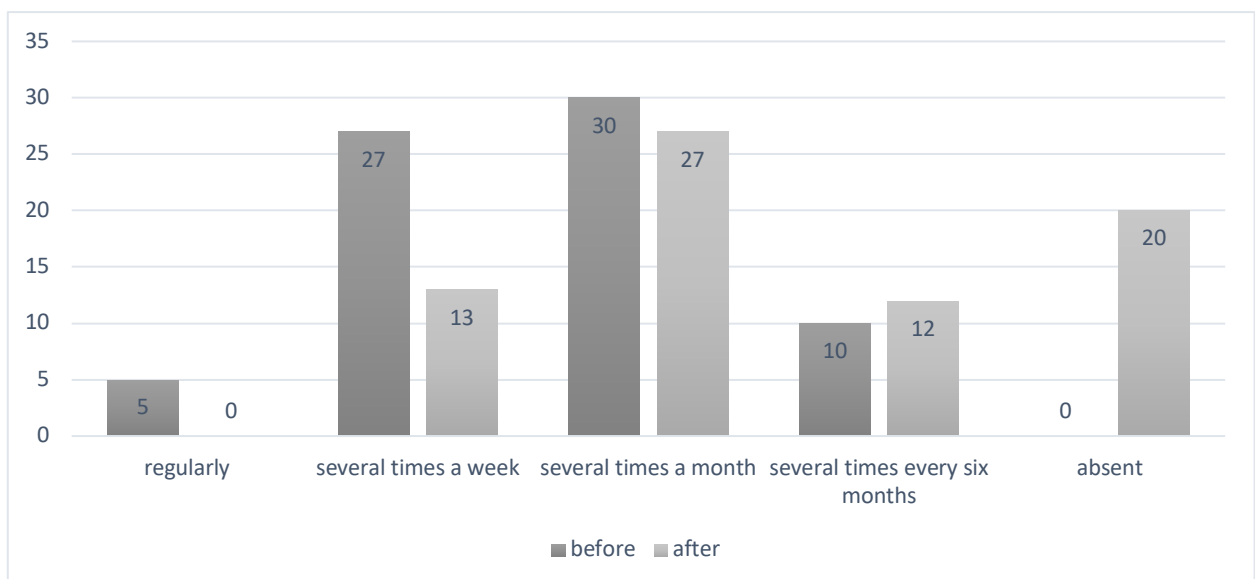


Figure 40. Dynamics of the frequency of acts of autoaggressive behavior (number of people.)

To assess the quality of the activities carried out, a prognostic model of changes in the frequency of self-harm in adolescents after the personalized program was constructed using the Markov analysis method (Figure 41). The main integral indicator of the exponential decrease in the frequency of self-harming behavior was 0.363636.

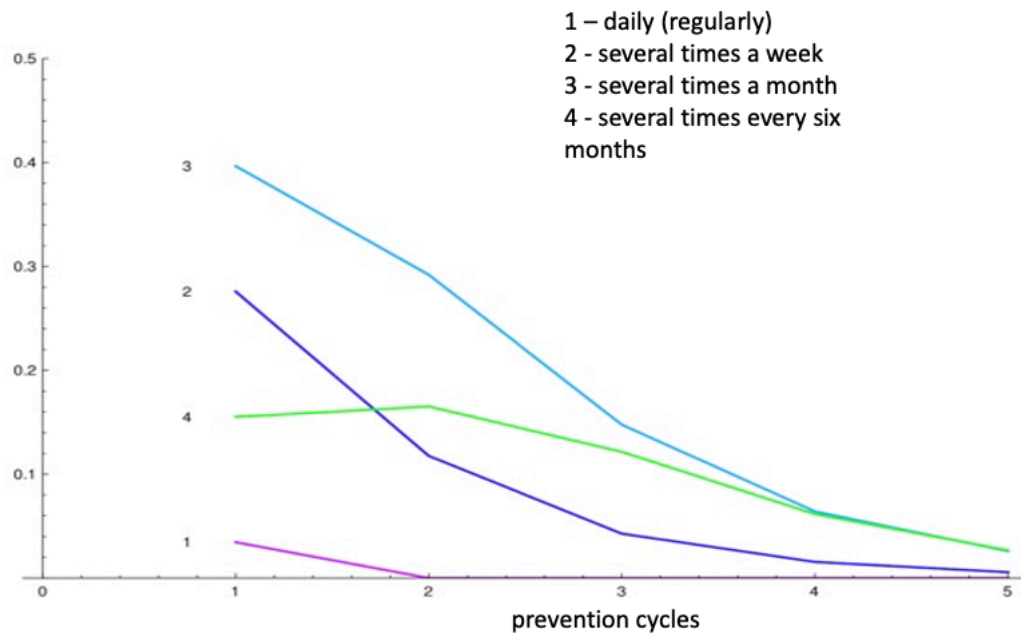


Figure 41. Predictive model of changes in the frequency of self-harm in adolescents with autoaggressive behavior after completing the program

The obtained model reliably shows a significant decrease in the frequency of acts of self-harming behavior in adolescents when repeating the prevention program.

The next stage of the analysis was to study the dynamics of changes in the indicators of the components of existential motivations and resilience before and after preventive measures.

The analysis of the indicators of the components of existential performance revealed a significant increase in the indicator's "correlation" (0.05); "interested attention" (0.00); "value in the future" (0.04) after the participation of adolescents in the prevention program (Table 60).

Table 60. Differences in the indicators of the components of existential fulfillment in adolescents with autoaggressive behavior "before" and "after" passing the program (U Mann-Whitney)

	Relatedness	Interested attention	Value in the future
Z	-1,88	-3,05	-2,08

Asymptotic significance (2-sided)	0,05	0,00	0,04
-----------------------------------	------	------	------

A comparison of the values of the fundamental existential motivations revealed a significant increase in the overall indicator of the third fundamental existential motivation ("authenticity"), as well as the overall indicator of existential fulfillment (Table 61).

Table 61. Differences in the values of fundamental existential motivations and existential fulfillment "before" and "after" in adolescents with autoaggressive behavior of the program (U Mann-Whitney)

	3 FEM	Existential fulfillment
Z	-2,58	-2,69
Asymptotic significance (2-sided)	0,02	0,01

After completing the personalized prevention program, adolescents' sense of self-relation to other people and values changed positively; the experience of authenticity and interest in their personality increased. The main indicator of the positive changes in the personality of a teenager was an increase in the level of existential fulfillment, that is, there was an experience of his life as more filled with high-quality, valuable. This, in turn, is a decisive fact for the positive resolution of the adolescent's existential crisis and his choice of a position relating to life.

As an example of changes in the existential experiences of a teenager with auto-aggressive behavior based on the results of the program, we can give a transcript of statements three months after the end of the personalized prevention of one of the program participants.

Anna, 15 years old.

During the year before participation in the program, there is systematic instrumental self-injury (cuts to the forearms and thighs with an office knife), suicidal behavior (planned suicide attempt), and occasional use of substances (alcohol). The frequency of instrumental self-injury is weekly, the frequency of substances use is 1 time per month.

The attitude to participation in the program at the beginning of classes is negative-neutral: "I do not think that what I do is bad, and it needs to be changed; I do not really understand why I need to go; in general, you can try to talk."

### **Example of describing the individual experiences of a teenager after completing the program**

"I have built a concept of the island of the future. My life now is a bridge to that future. And I'm working to achieve it. Now, if something doesn't work out for me, I don't get upset because I know what it's all about. Perhaps I have some negative qualities, but I say to myself "I am special" and it helps me. I found that I began to experience fear in the subway, when I stand nearly the platform, I immediately try to move away. It's strange, but now I'm afraid to die. I also noticed that the fear of heights returned. I also want to share a surprising fact for me. Furthermore, I feel a strong contrast of perception of literally everything: I returned to school after the summer, and I do not remember that the school was so bright and colorful inside, that the ceilings were high and everything like that...»

In this example, we can identify several significant changes in existential experiences that the teenager himself notes and is aware of. The attitude to the topic of the future has changed: a life perspective has appeared, and with it a sense of the meaning of life. The attitude to existential realities has changed: the ability to withstand negative situations and experiences, to accept negative experiences, has increased. There was an experience of authenticity, the value of one's personality. The desire for death was replaced by the fear for one's own life.

A qualitative analysis of the content of anti-vital experiences in adolescents with autoaggressive behavior allowed us to identify three main types of existential problems, worldview and behavior of adolescents:

1) The nature of the experiences of teenagers: "I don't want to exist", "I don't want to live LIKE THIS", "I want to change my life". The topic of death becomes attractive, but teenagers do not have distinct differentiated thoughts about "I want to kill myself". There are negative emotional states associated either with depressive phases ("everything is bad", "I feel lonely"), or with borderline personality traits that manifest themselves against the background of life circumstances and negative emotions at the peak of which comes the experience "I wish I were dead". Such experiences can be accompanied by

various forms of self-harming behavior or their "fitting". Behavior in social networks is characterized by an attempt to draw attention to their problem: posts about death, pictures on the topic of suicide, philosophic "memes" on the topic of passing away.

Example: (Daria, 14 years old. Self-injury behavior) I regularly feel bad, I don't want to do anything, I want to lie down and cry. My mood improves only when I have someone close to me (friends). I don't need myself. I would prefer to live another life or not to live at all. Furthermore, I want to disappear, run away from home. I'm not what I should be, I wish I hadn't been born. At my age, you can't get out of the situation, but you can finish own live. I like the psychology of the samurai: the samurai must always remember about death.

2) The second type of existential experiences: "I don't like my life", "I don't find a way out of my experiences, I feel too bad, it can't go on like this". Thoughts are formed that suicide can be a solution to the existing difficulties. Teenagers try on different ways of leaving life, choosing the most suitable one; actively search the Internet for information on how best to do it, are active in forums in which different people discuss or describe suicidal attempts. This is the stage of collecting information and making a decision. In the conversation, the teenager mentions how he would like to commit suicide. Thoughts about death are formulated specifically: "I don't want to live; I want to hang myself... or throw myself off the roof." There is the most attractive image of how he would do it: at night, leave a note... etc. At this stage, there are still protective factors that hold him back: worries about his parents, current attitudes, etc. In fact, the final thought is: "I want to commit suicide, it suits me best to throw myself off the roof, but there is something that stops me...". The behavior in social networks is rather search-based, information is collected about the most appropriate method of suicide. The selected images with images of death, the way of leaving life will correspond to the content of thoughts: if a teenager decided to throw himself off the roof, most often these are pictures of heights, the sky, falling, etc. When the plan matures and the decision is made, the closeness and aggressiveness increase, the topic becomes more hidden.

Example: (Anna, 15 years old. Self-harming behavior, use of substances) when I feel bad, I think about suicide. I imagine my death in detail. At first, I thought about throwing myself off the window, but I don't want to be disabled if I survive. Then I thought about opening my veins, but it's painful, I'm not sure, can I do it? The most appropriate thing for me is to take pills just to sleep.

3) The third type of existential experience corresponds to the position taken relating to death. The clear idea that life has lost its value, death is a way out, a release, another option for the realization of one's life. The decision made can be formulated as a clear plan, or it can have the character of waiting for the spontaneous end of life, as a result of self-injury, risky actions, and the use of substances. In the case of a formed plan, the teenager tries not to voice it, so that they could not prevent or dissuade. Thoughts about this are carefully guarded. In social networks, it can inform about the matured decision either in correspondence with "NOT" proximate friends, or post a symbolic card, as a variant of a notification note. Social isolation is increasing. When waiting for a spontaneous resolution of life, adolescents deny suicidal intentions, despite the awareness of the high risk to life of the actions carried out.

Example: (Lena, 15 years old. Self-harming behavior) I have a feeling that something is going to happen to me. And it has to happen, it's the right thing to do. No matter what we do in life, we're going to die anyway. It will happen to me this summer: on the corner of the 10th house, in the sunset, from the 16th floor.

Example: (Sofia, 18 years old. Self-harming behavior, suicidal attempt) I should not be, so no one will have problems. When I cut my hand, I waited a long time for the blood to flow out, and I would lose consciousness, but I did not wait. I feel guilty to myself and to others that I didn't finish what I started.

The next stage of the analysis was to compare the indicators of resilience, which allowed us to identify significant positive changes in adolescents with auto-aggressive behavior after passing the preventive program (Table 62).

Table 62. Differences in the indicators of resilience "before" and "after" the passage of the program by adolescents (U Mann-Whitney)

	Control	Resilience
--	---------	------------

Z	-2,69	-2,88
Asymptotic significance (2-sided)	0,01	0,04

A significant increase in the average values was found for the indicators "control" (0.01) and "general level of resilience" (0.04). The data obtained indicate a change in the subjective experiences of adolescents, the emergence of a sense of control over their lives, as well as the ability to withstand negative stressful situations.

#### *Comparison with control groups*

The next stage of the study was the analysis of changes in existential experiences and indicators of resilience in the control groups. Testing of adolescents in the control group was carried out in the same time frame as in adolescents with autoaggressive behavior

In the norm group (n=81), significant differences in the dynamics of indicators of existential motivations and resilience were revealed: (Table 63).

Table 63. Differences in indicators of existential motivations and indicators of resilience in the control group with normative behavior (U Mann-Whitney)

	Value in future	2 FEM
Z	-2,16	-2,19
Asymptotic significance (2-sided)	0,04	0,05

There were significant differences in the change in the indicators "value in the future" (0.035), as well as the second fundamental existential motivation (0.052). That is, the improvement of the ability of adolescents to relate to values in the future, as well as the improvement of relations with life (the experience of "learning to live") can be explained as a normative age dynamic, determined by the processes of personal development and formation.

In the control group (n=21) with autoaggressive behavior who did not participate in the program, statistically significant differences in the dynamics of indicators of existential motivations were revealed only for the indicator "support" 1 FEM-the desire to find support in oneself and others to cope with external conditions (Figure 42, Table 64). There were no statistically significant differences in the indicators of resilience. The

results suggest that for adolescents with autoaggressive behavior who did not have specialized support, the desire to find support both in themselves and in others becomes vital. The search for such supports is the primary existential task solved by adolescents with autoaggressive behavior who are in an existential crisis.



Figure 41. Comparison of the mean values of component 1 of FEM - "support" in adolescents of the control group with autoaggressive behavior (n=21)

Table 64. Differences in the indicators of existential motivations in the control group with autoaggressive behavior (U Mann-Whitney)

	Support (1 FEM)
Z	-2,243
Asymptotic significance (2-sided)	0,02

According to available data, in this group of children in 2020, a 16-year-old girl committed suicide, and a 14-year-old boy committed suicidal torture (without a fatal outcome). The dynamics of autoaggressive manifestations of the remaining adolescents in this group remains unknown due to the refusal of parents or adolescents themselves to participate in the project.


A comparative analysis of the results of primary, secondary/tertiary prevention and changes in the norm group and the control group with autoaggressive behavior revealed significant changes in the indicators of FEM and resilience (Table 65). The highest number of significant changes were revealed in the implementation of a personalized approach



in the framework of secondary / tertiary prevention with adolescents, with identified facts of autoaggressive behavior. The revealed fact testifies to the special effectiveness of the existential approach at the level of secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior of adolescents in secondary and high schools.

Table 65. Changes in the indicators of existential experiences and resilience after the implementation of the prevention program in comparison with the control group

Primary prevention		Secondary / tertiary prevention		Control group 1 Normative behavior		Control group 2 Auto-aggressive behavior	
FEM Components	FEM	FEM Components	FEM	FEM Components	FEM	FEM Components	
support	1	support	1	support	1	support	1
security		security		security		security	
space		space		space		space	
relatedness	2	relatedness	2	relatedness	2	relatedness	2
time		time		time		time	
proximity		proximity		proximity		proximity	
interest	3	interest	3	interest	3	interest	3
justice		justice		justice		justice	
Recognition of the value		Recognition of the value		Recognition of the value		Recognition of the value	
opportunities	4	opportunities	4	opportunities	4	opportunities	4
inclusion		inclusion		inclusion		inclusion	
future		future		future		future	
Existential fulfillment		Existential fulfillment		Existential fulfillment		Existential fulfillment	
Components	Resilience	Components	Resilience	Components	Resilience	Components	Resilience
involvement	total level	involvement	total level	involvement	total level	involvement	total level
Control		Control		Control		Control	
risk acceptance		risk acceptance		risk acceptance		risk acceptance	

 - significant increase in the indicator

Thus, the indicators of existential fulfillment and resilience significantly differ "before" and "after" primary and secondary/tertiary prevention measures. The implementation of a personalized approach in secondary / tertiary prevention was accompanied by a decrease in the frequency of acts of self-harming behavior. The results of primary and

secondary prevention are consistent with the expected performance indicators of the program.

Modeling of significant quantitative indicators for predicting the successful implementation of the tasks of secondary/tertiary prevention of autoaggressive behavior of adolescents in secondary and high schools after conducting group lessons based on a personalized approach made it possible to identify the significance of conducting preventive measures and improving existential indicators as a result.

### 7.3. Summary of the chapter

The seventh chapter of the dissertation presents data on the evaluation of the effectiveness of preventive interventions at the stages of primary and secondary/tertiary prevention of autoaggressive behavior in adolescents

The first section provides data on the evaluation of the effectiveness of primary prevention of autoaggressive behavior in adolescents. 50 adolescents took part in the primary prevention activities. The content and the main methodology of the preventive interventions corresponded to the themes of the four fundamental motivations (to cope with life conditions, to live life as valuable, to be authentic, to strive for meaning). The positive dynamics according to the results of primary universal prevention was revealed in the increase in the ability to experience emotional intimacy in interaction with other people, as well as an increase in the indicator of self-worth for other people. The result of the program was the strengthening of the fundamental trust of adolescents in the world, expressed in the ability to withstand difficulties (existential givens), corresponding to the level of the first fundamental motivation.

The second section provides an assessment of the effectiveness of secondary and tertiary prevention of autoaggressive behavior in adolescents. 75 adolescents with self-reported autoaggression took part in personalized prevention activities. During the program, the number of participants in the program was saved by 96%. According to the results of the program, after 3 months, a clinical conversation was conducted with adolescents to summarize the results and identify the dynamics of changes in the frequency of autoaggressive acts. The information received from adolescents was correlated with the observations of teachers, psychologists, and parents. A change in the frequency of acts of self-harm was found after the completion of the participation of adolescents in the vocational program. In 23% of adolescents, symptoms of autoaggression were not observed within three months after the completion of the program, 58% of participants in the program reduced the frequency of self-injury, and 19% of adolescents showed no changes in behavior. Positive dynamics is observed in 81% of the participants. The

analysis of the indicators of the components of existential performance revealed a significant increase in the indicator's "relatedness"; "interested attention"; "value in the future" after the participation of adolescents in the prevention program. A comparison of the values of the fundamental existential motivations revealed a significant increase in the overall indicator of the third fundamental existential motivation "authenticity", as well as the overall indicator of existential fulfillment. Thus, the key experiences of adolescents with autoaggressive behavior after completing the program were the following: "I feel my value and experience my life as a good one."

## CONCLUSION

The materials presented in the dissertation are devoted to the development of a psychological concept for the prevention of autoaggressive behavior in adolescents. Was conducted the theoretical analysis of modern and foreign approaches to understanding adolescent self-aggression, as well as models of prevention, justified by the psychological concept of prevention of autoaggressive behavior in adolescents, based on an existential-analytic approach, including the development of its structural-functional model, the theoretical rationale for the role of the existential crisis of adolescents in prevention of autoaggression.

The theoretical analysis of the data of domestic and foreign authors on the peculiarities of adolescence and different types of autoaggressive behavior carried out in the first chapter showed that the period of potential risk of deviance is the age of 10-18 years, which is associated with the adaptation of a teenager to new educational levels, on the one hand, as well as active physical, mental, psychological and social changes associated with the transition from childhood to adulthood, on the other.

The study of different types of autoaggressive behavior has shown that they have both a general range of characteristics characteristic of any form of behavior: motivation, adaptability; authenticity; productivity; activity; emotionality; dynamism; stability; stability of motives; awareness; arbitrariness; flexibility, and specific features. Suicidal behavior is characterized by actions with a fatal outcome; direct self-harming behavior entails damage to body tissues without suicidal intentions; with indirect self-harm, the physical damage becomes visible after a while and no direct tissue damage is done.

The specificity of adolescent autoaggression is polymodality, that is, the use of several types of autoaggressive behavior. Based on the analysis of empirical studies on the prevalence and nature of manifestations of autoaggression in adolescents and young adults, two types of relationships between different types of autoaggressive behavior were identified: complex combinations of several types (two, three) of autoaggression, as well as a sequential relationship in which one type of autoaggression eventually replaces another.

Based on the analysis of theoretical concepts of understanding autoaggressive behavior, the contents of psychological, clinical, social, biological, and integrative approaches are revealed. The psychological approach combines several theoretical directions: psychodynamic, cognitive-behavioral, humanistic (phenomenological). The review of models and concepts of autoaggressive behavior allowed us to conclude that the cognitive-behavioral direction, which considers autoaggression as a consequence of cognitive distortions and the formation of maladaptive behavioral patterns, has received the greatest development. At the same time, it is revealed that the key to understanding the phenomenon of autoaggression is the confluence between life and death, considered in existential approaches. The study of existential concepts and models of autoaggressive behavior revealed the high significance of existential content both for the adolescent crisis in general, and for the formation of autoaggressive behavioral coping.

The analysis of modern scientific and methodological problems of prevention of autoaggressive behavior has shown that the effectiveness of psychological interventions is proven within the framework of the cognitive-behavioral approach, which has proven itself well in the treatment of depression in adolescents with autoaggressive manifestations, as well as in the implementation of certain areas of the existential approach: logotherapy and existential-integrative psychotherapy. It was concluded that the development of prevention programs mainly uses the methodology of the cognitive-behavioral approach, while the existential approach, congruent with the themes of "life" and "death", which constitute the phenomenon of autoaggressive behavior, remains insufficiently developed. It is noted that with the high potential of secondary and high schools in the prevention of deviant behavior, in particular, autoaggressive behavior of adolescents, secondary and tertiary prevention programs are poorly developed and are the prerogative of medical institutions.

The study of the current state of the problem of prevention of autoaggressive behavior of adolescents and the degree of its scientific and practical development has shown that the justification of the psychological concept of prevention of autoaggressive behavior of adolescents based on the existential approach is one of the actual and unresolved scientific problems of medical psychology.

The third chapter of the dissertation provides a justification for the psychological concept of prevention of autoaggressive behavior of adolescents, the structural and functional model, the principles of psychodiagnostic and psychocorrective work.

The theoretical substantiation of the model of existential crisis in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents is presented. The content of the existential crisis of adolescents is substantiated. The existential crisis of a teenager is defined as the normal age period of decision-making and the need to take responsibility for your life, finding personal answers to emerging existential questions to further develop own personality. An important condition for the regulation of existential anxiety that accompanies the crisis and the formation of the existential consciousness of a teenager is a dialogue with an adult. The concepts of "personal" and "apersonal" behavior of adolescents accompanying the positive and negative outcome of the crisis are revealed. The factors of existential crisis are considered: formative factors – changes inherent in age, occurring in the body, in the psyche, in the personality, in social relations; risk factors-biological, personal, social prerequisites that contribute to the development of bad adaptation of a teenager; resilience factors are the personal characteristics of a teenager that allow them to cope with stress and crisis.

For the first time, the concept of autoaggressive behavior of adolescents is defined based on ideas about the negative outcome of an existential crisis, as well as the apersonal behavior of a teenager. Autoaggression is defined as a behavior that occurs as a result of experiencing an existential crisis, associated with a persistent desire to overcome the impossibility: to cope with the world, its conditions and givens; to experience life as valuable; to be yourself and feel valuable to others, unique; open up to your future, which is realized by inflicting physical and / or psychological harm to yourself while reducing protective personal factors.

The work substantiates the use of existential methodology for the development of differentiated models based on the concept of psychoprophylaxis of autoaggressive behavior of adolescents.

In summary, the essence of the proposed concept is that:

Prevention of autoaggressive behavior of adolescents should be based on understanding the role and content of the existential crisis of adolescents, as a norm-age transition state, the negative outcome of which becomes the cause of autoaggressive behavior.

The main existential directions of preventive work with adolescents aimed at reducing the risk of occurrence and development of autoaggressive behavior are: helping a teenager to accept existential conditions (individual conditions and opportunities); forming an attitude to life as a value; finding oneself (the ability to distinguish oneself in relations with the world and other people, an objective attitude to oneself); forming life goals (to find meanings).

Significant in preventive work is the consideration of risk factors, protective and formative factors. For each individual teenager, their content may vary depending on their individual life situation and personal characteristics.

Prevention of autoaggressive behavior of adolescents should include monitoring of the behavioral and affective spheres of adolescents, conducting screening examinations, verifying the facts of autoaggressive behavior, routing adolescents to receive medical care, as well as conducting psychocorrective measures at three levels: primary (group forms of work are used), secondary and tertiary (individual forms of work are used).

The basis of primary prevention is the discussion of topics that are important for the existential search of a teenager ("being able to withstand", "like to live", "being yourself", "seeing value in the future"), considering the characteristics of the contingent of students involved in prevention. The task of primary prevention is to strengthen protective factors through the actualization of personal resources that allow us to solve significant existential problems that correspond to the four fundamental existential motivations.

When detecting signs of self-injury, suicidal, risky behavior or the use of substances, it is advisable to use a personalized methodology of psychocorrection work, the targets of which are formed based on the identified violations of the fundamental existential motivations of the individual. The effectiveness of secondary and tertiary prevention is ensured by the formation of the adolescent's ability to resist the main existential givens, helping the teenager to find the experience of life as "good".



A significant role in preventive work is played by the personal position of a significant adult (teacher, psychologist, social work specialist) who performs preventive interventions. The personal dialogue position of an adult is a model of new personal competencies for a teenager (in particular, the ability to take a personal position).

When carrying out measures to prevent autoaggressive behavior of adolescents in schools, it is necessary to consider the risks associated with the peculiarities of the intra-school environment (frequent changes in the teaching staff, emotional burnout of teachers, facts of physical and psychological violence in secondary and high schools, etc.).

An important contribution to the effectiveness of prevention is the achievement of partnerships between specialists of school's education (teachers, school administration, psychologists, social educators), as well as the parent community. A significant component of the implementation of psychoprophylactic interventions based on the existential approach is the training of specialists of school's education in specific skills and competencies (the basics of the personalized approach, existential methodology in prevention, recognition of symptoms and signs of adolescent autoaggression).

The results of the dissertation research allowed us to formulate the main tasks of preventive work: 1) timely identification of adolescents with risks of autoaggression; 2) verification of identified risks; 3) implementation of universal primary prevention; 4) personalized prevention of adolescents with confirmed facts of autoaggressive behavior; 5) psychological counseling of parents of adolescents; 6) information and psychological support of specialists of school's education.

During the study, the principles of psychodiagnostic work were formulated: 1) privacy on the first diagnostic phase; 2) complexity – in a battery of tests for screening risk assessment self-injurious behavior should include methods to identify different forms of autoaggression (risky, campbridge, suicidal behavior, and substance use); 3) the short – duration of the procedure, not exceeding 20-30 minutes; 4) dynamic monitoring of adolescents during periods of increased academic load – for pupils of grades 9 and 11, it is advisable to conduct screening 2 times a year (October, March), considering the increased

risk factors associated with state exams; 5) verification of the data obtained –confirmation of the facts of autoaggressive behavior.

In addition, the results of the dissertation research allowed us to formulate the principles of preventive intervention: 1) presence – openness of the specialist private experience of interaction with a teenager, focusing on a current issue or topic of discussion; 2) adoption – the formation of a space of openness and mesocenozoic judgments of the expert; 3) privacy – preserving personal information about the teenager, the creation of a space of information security; 4) appeal to current – correlation of reality with the ideas of a teenager that is present in his mind; 5) working with resistance-helping a teenager to overcome the protective and oppositional nature of interaction.

The directions of psychocorrection work are formulated considering the content of the existential adolescent crisis: 1) modeling the ability to resist the main existential givens; 2) forming the ability to take a personal position relating to oneself and the world; 3) promoting the processes of existential search and understanding through purposeful discussion of topics: internal supports of the individual, relationships between people, freedom, responsibility, authenticity, isolation, anxiety; 4) forming the value-semantic structures of the adolescent's personality.

Considers methods of psycho-correction methods personalized prevention implemented at the level of secondary and tertiary prevention: the method of personal existential analysis (A. Laengle, 2005); a method of forming a positive existential position of the individual (I. N. Pyatnitskaya, A. N. Yakovlev, 2004), the method of value-meaning analysis of the problem situation (O. S. Karpova, 2011), Methods for the development of "self-feeling" as a way of value, for example, personal (Sutherland O, 2014; Figley C. R., 2002), the method of developing emotional responsiveness (Yu. V. Lebedeva), specific methods aimed at preventing self-harming behavior and suicidality (A. Langle, 1997).

The first stage of the empirical part of the dissertation research focused on the development and methodical complex of research, creation of new diagnostic tools ("rapid test to identify the interest, awareness and adolescents 'attitude to substance use", a list of questions to assess sociodemographic indicators of families of adolescents), conduct a

pilot study (involved 60 adolescents) with the subsequent adjustment of the set of selected methods and contents of the developed questionnaire and the questionnaire.

The second stage of the empirical study was devoted to the identification of socio-demographic and psychological characteristics of the risk of autoaggressive behavior in adolescents. The main group included 2,023 adolescents (population sample), including 1,010 boys, 965 girls, and 48 people without gender indication. All the examined teenagers are students of grades 5-11 of secondary and high schools in the city district of Chekhov.

Age-related features of autoaggressive behavior are determined: at the age of 10-11, adolescents have a negative attitude to the use of psychoactive substances and self-harming behavior. Age-related changes associated with the formation of a positive attitude and interest in various autoaggressive forms are revealed: there is an interest in the topic of substance use, a positive attitude to body modifications and self-harm. The maximum value of the indicators of suicidal risk is reached at the age of 12-15 years, decreasing later. The gender characteristics of adolescents are revealed: adolescent girls show the greatest interest in both body modifications and self-injury, as well as in the use of substances. Girls have higher rates of suicide risk and self-injury. The behavior of adolescents in a situation of risk has no gender specificity.

Based on the results of a psychodiagnostic survey, four groups of adolescents with risks of autoaggressive behavior were identified: suicidal (6%), self-harming (7%), risky (9%), and substance use (8%). A total of 455 adolescents were included in the risk groups for autoaggressive behavior. The control group, without signs of autoaggressive behavior, consisted of 553 people, including 351 boys, 194 girls. A qualitative analysis of adolescents at risk groups showed that among the subjects, we can distinguish those who have multiple combinations of risks of autoaggressive behavior (polymodal profile, 36-50%) and single risks (monomodal profile, 49-63%). In groups of adolescents with risks of suicidal and self-harming behavior, there is a predominance of dysfunctional families, prone to substance use and violence, characterized by increased conflict. Adolescents with suicidal and self-injury behavior are more likely to use psychoactive substances compared to the group of adolescents with risky behavior, and also have the highest rates

of volitional self-regulation compared to groups of adolescents with risks of suicidal and risky behavior.

The next stage of the empirical study was to identify the structure of the relationship between indicators of autoaggressive behavior and psychological characteristics of adolescents in risk groups with suicidal, self-injury, risky behavior and substance use. In the group of adolescents at risk of suicidal behavior, the level of suicidal risk is associated with the number of dysfunctional beliefs, which in turn have a significant correlation with the number of conflicts in the family. In adolescents with self-injury behavior, an increase in suicidal risk is associated with a decrease in the indicators of volitional self-regulation. An increase in the rate of self-harm and body modification is associated with an increase in suicidal risk and the number of dysfunctional beliefs. A negative assessment of existing self-harm is associated in adolescents with faith in God. Adolescents at risk of using psychoactive substances show a specific relationship between the indicator of suicidal risk and psychological characteristics: suicidal risk increases with an increase in the indicators of volitional self-regulation, a decrease in impulsivity, and a decrease in dysfunctional attitudes. The desire to take own lives in this group of adolescents is accompanied by an increased risk of self-harm to the body and modifications. Adolescents with risky behavior are characterized by an increase in suicidal risk with a decrease in the indicators of volitional self-regulation and an increase in the number of dysfunctional attitudes.

The third stage was devoted to verification of the selected using of psychodiagnostic examination of risk groups. 141 adolescents took part in the examination, 96 of them were found to have autoaggressive behavior, 75 people were included in the group for participation in a personalized prevention program (72 of them followed the recommended course, 3 people dropped out). The sample was formed based on an individual assessment of the researcher, and not on a random selection of sample elements.

To evidence the self-injurious behavior of adolescents was carried out analysis of school documentation (acts of social pedagogues and psychologists about the observed facts of autoaggressive behavior), medical reports (psychiatrists and narcologists), we studied the results of the questionnaire Achenbach, composed of parents and teachers of

adolescents the results of the monitoring features of the affective sphere and behavior of adolescents. The features of assessments of teachers of schools, psychologists and parents of affective and behavioral characteristics of adolescents at risk were identified according to the results of the Achenbach questionnaire. Parents of teenagers among all the features distinguish "isolation". The least discrepancies in the assessments of parents and classroom teachers of students were found on the scales: "attention problems", "thinking problems", "delinquent behavior", "aggression". Specialists in psychology focus on such features as "anxiety" and "isolation". It is noted that the assessment of school teachers was most consistent with the real behavioral characteristics of adolescents.

Further, a comparative analysis of the ideals and beliefs that guide adolescents in life, as well as the values used by adolescents to describe their personality in three groups of adolescents: with a tendency to autoaggressive behavior (n=186), with confirmed facts of autoaggression (n=96), with normative behavior (n=86).

Differences were found at the level of individual values of adolescents with autoaggression and normative behavior, while the social values of adolescents do not differ. Adolescents with autoaggression describe themselves as people for whom social prestige, authority, maintaining a dominant position in society, security, health, social order are not necessary, and also differ from the norm group by such existential experiences as "I do not feel enough support in the world, I am not protected from anything".

The indicators of fundamental existential motivations and resilience in adolescents with normative, autoaggressive behavior and risk-taking tendencies were studied, during which it was revealed that adolescents with autoaggressive behavior differ from the norm group by such existential experiences as "I do not feel enough support in the world, I am not protected from anything", as well as a low level of resilience.

The study of the relationships between the components of existential consciousness revealed that adolescents with autoaggressive behavior increase the relationship between the fundamental existential motivations, the value system, as well as the ability to cope with stress (resilience). In adolescents with normative behavior, these components are less interconnected.

Work describes the existential mechanisms that significantly distinguish individuals with autoaggressive behavior: the ability to cope with life, and social success. It is revealed that the increased distrust of the world, dissatisfaction with life, the experience of low importance of one's own personality for others, lack of prospects, as well as the devaluation of traditions, one's own security and achievements leads to autoaggressive behavior.

The features of depressive symptoms in adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression are highlighted. The level of depression in adolescents with autoaggressive behavior exceeded critical values. It is revealed that the increase in symptoms of depression is associated with the devaluation of traditions accepted in society, own security and achievements, as well as orientation to socially acceptable forms of behavior; with existential experiences: lack of trust in the world, a decrease in the value of life and self, lack of life prospects; with a decrease in the individual's ability to maintain stability and involvement in meaningful activities.

The relationship between the indicators of depression and the indicators of existential consciousness of adolescents with a tendency to autoaggression is studied. Depressive symptoms are caused by the devaluation of such values as "kindness", "traditions", "hedonism", "achievements" difficulties in realizing their life aspirations at each level of fundamental existential motivations; a decrease in the integral indicator of resilience and all its components. The relationship structure was characterized by signs of disintegration and less stability compared to adolescents with autoaggressive behavior.

A program for the prevention of autoaggressive behavior of adolescents in secondary and high schools has been implemented. 50 adolescents took part in the primary prevention activities. The content and basic methodology of primary prevention corresponded to the themes of four fundamental motivations: to cope with the conditions of the world, to experience life as a value, to find authenticity, to open up to the future. Positive dynamics according to the results of primary prevention was revealed in the increase in the ability of adolescents to experience emotional intimacy in interaction with other people, as well as an increase in the indicator of self-worth for other people. The result of the program was the strengthening of the fundamental trust of adolescents in the

world, expressed in the experience of the ability to withstand difficulties and existential givens corresponding to the level of the first fundamental motivation.

72 adolescents took part in secondary and tertiary prevention activities. Changes in the subjective attitude of adolescents towards participation in the program, as well as to the specialist implementing preventive measures, are revealed. The attitude of teenagers to the events has improved. The negative anxiety associated with experiences of potential stigmatization, lack of trust, and fear of negative consequences, identified at the beginning of adolescents' participation in prevention, was replaced by positive anxiety, including experiences related to the lack of further support and assistance. The attitude to the specialist following the results of the program has changed in the direction of greater trust and a positive attitude. The study of subjective assessments of psychological specialists regarding their professional activities and experiences "before" and "after" the implementation of the prevention program revealed that specialists noted a high level of anxiety before the start of preventive measures, which decreased by the end of participation in the program. There has been an increase in theoretical awareness of the theoretical aspects of autoaggressive work behavior and working methods.

The data on the frequency and types of self-harm for the last six months before inclusion in the program, obtained from the words of the teenager at the initial examination, as well as three months later following the results of preventive measures, were analyzed. It was found that symptoms of autoaggression were not observed within three months after the program in 28% of adolescents, reduced the frequency of self-harm in 58% of participants, and no changes in behavior were detected in 24% of adolescents. A predictive model of changes in the frequency of self-harm in adolescents after passing a personalized program using the Markov analysis method showed a significant decrease in the frequency of acts of self-harm behavior in adolescents when repeating the preventive program.

After completing a personalized prevention program, adolescents with autoaggressive behavior experienced a positive change in their sense of self-relation to other people and values; they experienced an increased sense of own authenticity and other people's interest in own personality. It is revealed that adolescents have an experience of their life

as more filled with high-quality and valuable, which is a decisive fact for the positive resolution of the existential crisis of a teenager and their choice of a position relating to life.

The results of the study confirmed the hypotheses put forward and allowed us to formulate the following conclusions.

Prevention of autoaggressive behavior of adolescents should be based on understanding the role and content of the existential crisis of adolescents, as a transitional state, the negative outcome of which becomes the cause of autoaggressive behavior. Personalized prevention models allow us to consider the modality of the factors of an existential crisis, considering a specific life situation, personal characteristics and significant experiences of a teenager.

The main directions of psychoprophylactic interventions in secondary and high schools, implemented thanks to a personalized methodology of psychocorrection work, within the framework of primary, secondary and tertiary prevention are: assistance to a teenager in accepting existential givens (individual conditions and opportunities); forming an attitude to life as a value; finding oneself (the ability to distinguish oneself in relations with the world and other people, an objective attitude to oneself); development of the ability to see life prospects (to be in relationship with meaning).

Autoaggressive behavior of adolescents has age-related characteristics. The greatest risk of self-harming behavior is observed in the period of 12-15 years, accompanied by a positive attitude to such behavior. Every year, adolescents' interest and awareness in the topic of substances increases; the period of increased suicidal risk is observed at the age of 12-15 years.

Different types of autoaggressive behavior are gender-specific. The risk of self-harming behavior increases in girls as they grow older, and decreases in boys after the age of 15. The frequency of risky behavior in boys increases from the age of 10, in girls - increases only after 15 years. In girls, risk indicators for all types of autoaggression (suicidal, self-injury and risky behavior, as well as the use of substances) predominate.

When substance use level of suicide risk increases with the decrease in positive attitude toward substance use, reducing dysfunctional beliefs, reducing impulsivity and



improving self-control. In this group of adolescents, the indicator of suicidal risk has the highest number of structural relationships with psychological characteristics and indicators of self-harming behavior.

The features of the existential consciousness of adolescents with autoaggressive behavior are: distrust of the world, lack of meaning in life, feeling "out of life", inability to accept life changes. The difference between their value system and a group with normative behavior is to identify themselves as a person for whom security and social status are not relevant. The social values of adolescents with autoaggressive and normative behavior do not differ. Adolescents with autoaggressive behavior are significantly distinguished by the interconnectedness of all components of existential consciousness: fundamental existential motivations, a system of values, as well as the ability to cope with stress (resilience). While in adolescents with normative behavior, these components are more autonomous.

Two main existential mechanisms of autoaggressive behavior of adolescents have been identified. The first reflects an increase in feelings of a distrust of the world, dissatisfaction with life, low importance of one's own personality for others, and lack of prospects. The second is the devaluation of traditions, own security and achievements.

In groups of adolescents with autoaggressive behaviors and a tendency to autoaggression, the level of depression and the structural relationships between the symptoms of depression and the components of existential consciousness have qualitative and quantitative differences. In adolescents with autoaggression, the level of depression exceeds the critical test values, and the most significant relationship is between the symptoms of depression and values and existential experiences. For adolescents with a tendency to autoaggression, symptoms of depression have significant relationships with indicators of resilience.

The complex of programs for the primary prevention of autoaggressive behavior includes group forms of work strengthening protective personal factors in adolescents with normative behavior. Psychoprophylactic interventions are arranged sequentially according to thematic blocks corresponding to the content of fundamental existential motivations (be able to be, like to live, authenticity, meaning).

Important indicator of the effectiveness of primary prevention are no facts of auto-aggressive behavior in adolescents, to maintain the integrated level of existential fullness or improvement of individual indicators the fundamental existential motivations and resilience. In secondary and tertiary prevention, the indicators of effectiveness are a reduction in the autoaggressive behavior of adolescents, and a change in the nature of existential experiences: an increase in the overall level of resilience and existential fulfillment.

### **PRACTICAL RECOMMENDATIONS**

To ensure the quality of psychoprophylactic measures in schools aimed at preventing and reducing autoaggressive behavior of adolescents, it is advisable to regularly monitor the condition and behavior of adolescents, conduct screening examinations at least once every six months. Re-evaluation should be carried out if any serious changes in life circumstances, including those related to somatic diseases, as well as a re-diagnosis during psychoprophylactic measures and after their completion.

In the case of detection after the initial screening of high rates of suicidal risk, with other types of autoaggressive behavior (self-injury, use of substances), it is mandatory to dynamically monitor the behavior and psychoemotional state of the teenager during the year. In addition, a repeated psychodiagnostic examination is performed six months after the teenager has completed a preventive program and / or an individual course of psychotherapeutic treatment.

When organizing psychoprophylactic measures at the level of primary prevention of adolescents, it is advisable to focus primarily on helping adolescents to strengthen their resilience and internal supports of the individual.

It is advisable to conduct preventive work with adolescents with identified facts of autoaggressive behavior only in an individual format, using a personalized methodology aimed at violations of the fundamental existential motivations of the individual identified during the diagnosis. Helping a teenager to realize his aspirations for a fulfilled life only within the framework of one of the existential motivations leads to a change in the entire system of existential indicators.

It is recommended to conduct special training for teachers, teachers-psychologists and social educators to increase professional competence on the issues of identifying

signs of auto-aggressive behavior in the behavior of adolescents, ways to respond to it if detected, and the methodology of personalized prevention. In addition to knowledge about the symptoms, methods of psychological diagnosis and actions for routing such adolescents, it is important to assist specialists of secondary and high schools in overcoming own fear and negative attitude to this topic.

### References

1. Abramova, G.S. Vozrastnaya psihologiya: ucheb.posobie /G.S. Abramova.– 4-e izd., stereotip. – Moskva: Izd. centr «Akademiya», 1997. – 672 s.
2. Aleksandrova, L.A. K koncepcii zhiznestojkosti v psihologii / L.A. Aleksandrova //Sibirskaya psihologiya segodnya : sb. nauchn. tr.; pod red. M.M.Gorbatovoj, A.V.Serogo, M.S.YAsnickogo. –Kemerovo: Kuzbassvuziz-dat, 2004. – Vyp. 9. – S. 82–90.
3. Ambrumova, A.G. Motivy samoubijstv / A.G. Ambrumova, L.I.Postovalova// Sociologicheskie issledovaniya.– 1987. –№ 6. –S. 52–62.
4. Ambrumova, A.G. Nepatologicheskie situacionnye reakcii v suicidologicheskoj praktike / A.G. Ambrumova //Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii : sb. nauchn. tr.–Moskva, 1983. –T. 7.–S. 40–53.
5. Ambrumova, A.G. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoj dezadaptacii lichnosti / A.G. Ambrumova, V.A.Tihonenko //Aktual'nye problemy suicidologii.– 1978. – T. 82. –S. 6–28.
6. Ambrumova, A.G., Autoagressivnoe povedenie podrostkov s razlichnymi formami social'nyh deviacij / A.G.Ambrumova, E.G.Trajnina, N.A. Ratinova// SHestoj Vserossijskij s"ezd psihiatrov, g. Tomsk, 24—26 oktyab-rya 1990 g. : Tez.dokl. – Moskva, 1990.– T. 1.– S. 105–106.
7. Ambrumova, A.G.Psihologiya samoubijstva / A.G.Ambrumova // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. –1997. –№ 4. –S. 14–20.
8. Anan'ev B.G. Izbrannye psihologicheskie trudy. V 2-h t. T. 1 M.: Pedagogika, 1980. – S. 89–95.
9. Anan'ev, B.G. Lichnost', sub"ekt deyatel'nosti, individual'nost' / B.G.Anan'ev.– Moskva: Direkt-Media, 2008. – 384 s.
10. Andronikova, O.O. Osnovnye harakteristiki podrostkov s samopovre-zhdayushchim viktimmym povedeniem / O.O.Andronikova //Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2010. – № 332.– S. 149–154.

11. Andronnikova, O.O. Psihologicheskie faktory vozniknoveniya viktimno-go povedeniya podrostkov: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk :19.00.01 / Andronnikova Ol'ga Olegovna. – Novosibirsk, 2005. – 20 s.
12. Arshinova, V.V. Psihologicheskaya ustojchivost' kak faktor formirovaniya anti-narkoticheskoy ustanovki u podrostkov: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk :19.00.07 / Arshinova Viktoriya Viktorovna. – M., 2007. – 25 s.
13. Arshinova, V.V. Sistemnaya profilaktika zavisimogo povedeniya / V.V. Arshinova // Rossijskij nauchnyj zhurnal. – 2012. – №. 6. – S. 165–173.
14. Afanasenkova, E.L. Zhestokoe obrashchenie v sem'e kak prichina social'noj dezadaptacii detej i podrostkov / E.L. Afanasenkova // Psihologiya sem'i v sovremen-nom mire : sb. mat. nauch.-prakt. konf. – Ekaterinburg, 2017. – S. 24-33.
15. Afonina, YU.S. Kliniko-psihologicheskie i social'nye faktory viktimizacii nesovershennoletnih / YU.S. Afonina, A.A. Grigor'eva // Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. – 2018. – №4. – S.99-109.
16. Bajkova, M.A. Alkohol'naya zavisimost' kak variant lichnoj autoagressii (obzor literaturnyh dannyh) / M.A. Bajkova, O.YU. Somkina, A.V. Luka-shuk, T.A. Medenceva // Nauchnyj forum. Sibir'. – 2016. – T. 2. – №. 1. – S. 46-49.
17. Bannikov, G.S. Antivital'nye perezhivaniya i autoagressivnye formy povedeniya podrostka s «diffuznoj identichnost'yu» / G.S. Bannikov, K.A. Koshkin // Psihologo-pedagogicheskie issledovaniya. – 2013. – № 1. – S. 31-40.
18. Bannikov, G.S. Potencial'nye i aktual'nye faktory riska razvitiya sui-cidal'nogo povedeniya podrostkov (obzor literatury) / G.S. Bannikov, T.S. Pavlova, K.A. Koshkin, A.V. Letova // Suicidologiya. – 2015. – № 4. – S. 21–32.
19. Barannikov, A.S. Duhovnaya (personal'naya) deprivaciya: fenomenologicheskoe sodержanie, posledstviya, osobennosti diagnostiki i pomoshchi / A.S. Barannikov // Razvitie lichnosti. – 2010. – №. 4. – S. 52–81.
20. Barannikov, A.S. Zavualirovannoe apersonal'noe povedenie / A.S. Barannikov // Ekzistencial'naya tradiciya: filosofiya, psihologiya, psihoterapiya. – 2010. – №17. – S. 24–35.

21. Barannikov, A.S. Sovremennyj ekzistencial'nyj analiz kak dopolnenie k teorii i praktike vospitaniya / A.S. Barannikov, D.A. Barannikova // Psihoterapiya. – 2009. – №1. – S. 27–31.
22. Bardadymov, V.A. Autentichnost' lichnosti podrostkov na raznyh stadiyah addiktivnogo povedeniya : avtoref. dis. ... kand.psihol. nauk: 19.00.10 / Bardadymov Vasilij Anatol'evich. – M., 2012. – 27 s.
23. Batishchev V.V. i dr. Stupeni, - Moskva, 2010 g.
24. Bahtin, M.M. K filosofii postupka / M.M. Bahtin // Filosofiya i so-ciologiya nauki i tekhniki: ezhegodnik, 1984-1985. – M.: Nauka, 1986. – S. 80–160.
25. Bek, A. Metody raboty s suicidal'nym pacientom / A. Bek // Zhurnal prakticheskoj psihologii i psihoanaliza. – 2003. – №1. – 34 s.
26. Berkaliyev, T.N. Sushchnost' problemy monitoringa pri rasprostraneniі rezul'tatov proektov v obrazovanii / T.N. Berkaliyev // Obosnovanie principov rasprostraneniya opyta realizacii itogov proektov v obrazovatel'nyh sistemah raznogo urovnya s uchetom sociogeograficheskikh osobennostej regiona: deponirov. Otchet o nauchno-issledovatel'skoj rabote za 2002 per. № 07 003 2684 SPBGU. Itogovyj otchet po gosudarstvennomu kontraktu № 439 ot 18.06. – M., 2002.
27. Bershedova, L.I. Psihologicheskaya gotovnost' k perekhodu na novyj etap voznrastnogo razvitiya kak lichnostnoe novoobrazovanie kriticheskikh peri-odov : dis. ... d-ra.psihol. nauk: 19.00.13 / Bershedova Lyudmila Ivanovna. – M., 1999. – 314 s.
28. Bisaliev, R.V. Semejnye faktory riska addiktivnogo i autoagressivnogo povedeniya / R.V. Bisaliev // Narkologiya. – 2009. – T. 8. – № 3. – S. 82–88.
29. Bisaliev, R.V. Suicidal'noe povedenie pri addiktivnyh rasstrojstvah / R.V. Bisaliev // Narkologiya. – 2007. – T. 6. – № 9. – S. 58–67.
30. Bogurina, A.V. Cennostno-smyslovoj aspekt koncepcii zhizni sovremennyh podrostkov. [Elektronnyj resurs] / A.V. Bogurina. – Pinsk: Poleskij gosudarstvennyj universitet, 2019. – Rezhim dostupa: <https://rep.polessu.by/handle/123456789/19395>

- 31.Bozhovich, L.I. Izbrannye psichologicheskie trudy. Problemy formirovaniya lichnosti / L.I. Bozhovich. –M.: Mezhdunarodnaya pedagogicheskaya akademiya,1995. – T. 209. –255s.
- 32.Bozhovich, L.I. Lichnost' i uchenie podrostka / L.I.Bozhovich //Psichologicheskaya nauka i obrazovanie.–1997. –T. 2. – № 1.–S. 1–5.
- 33.Bozhovich, L.I. O kul'turno-istoricheskoy koncepcii L.S. Vygotskogo i ee znachenii dlya sovremennykh issledovaniy psichologii lichnosti / L.I.Bozhovich //Problemy formirovaniya lichnosti.–1995. – S. 108-116.
- 34.Borisov, I.V., Ontologicheskij vzglyad: suicidal'noe povedenie i fenomen zhiznestojkosti / I.V.Borisov, A.G. Gladysheva, E.B. Lyubov// Suicidologiya. – 2013. –T. 4. –№. 2.– S. 33–43.
- 35.Boss, M. Nedavnie razmyshleniya o dazajn-analize / M. Boss //Konsul'tativnaya psichologiya i psihoterapiya. – 2009. – T. 17. – № 2. – S. 147–167.
- 36.Bohan, T.G. Cennostno-smyslovaya obuslovlennost' trudnostej samorealizacii pri formirovanii alkohol'noj zavisimosti v molodom vozraste / T.G.Bohan, T.B. Berlizova, V.N. Kuznecov, O.N. Galazhinskaya//Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2014. – № 388.– S. 205–210.
- 37.Bryun, E.A. Norma i patologiya smysloobrazovaniya/ E.A. Bryun, M.A. Mihajlov, A.V. Cvetkov.– M.: Izdatel'stvo «Sport i kul'tura – 2000», 2017. – 144 s.
- 38.Bryun, E.A. Problemy detskoj i podrostkovoj narkologii / E.A. Bryun //Social'naya dezadaptciya narushenie povedeniya u detej i podrostkov –1996. – S. 10–15.
- 39.Bulygina, V.G. Informirovannost' roditel'ej o rasstrojstvakh povedeniya ih detej v podrostkovom vozraste / V.G.Bulygina, M.M.Pronicheva, O.V.Serebrovskaya, A.A.Grigor'eva//Voprosy psicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. - 2019. - № 1 (19). - S. 12-19.
- 40.Bulygina, V.G. Psichologicheskie osnovy profilaktiki opasnykh dejstvij psicheskimi bol'nyh: monografiya / V.G.Bulygina, I.A.Kudryavcev. – M.: «Sprinter», 2016. – 421 s.
- 41.Bulygina, V.G. Ekzistencial'no-analiticheskie aspekty vyyavleniya faktorov riska i pervichnoj profilaktiki samopovrezhdayushchego povedeniya u podrostkov /

- V.G.Bulygina, A.A.Grigor'eva, M.M.Pronicheva //Psihicheskoe zdorov'e i obrazovanie: sbornik nauchnyh statej po materialam II Kongressa «Psihicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka». – M.: ID «Gorodec», 2018. – S.248–252.
- 42.Bulygina, V.G. Nesovershennoletnie beremennye kak grupa riska kriminalizacii i viktimizacii / V.G.Bulygina, YU.S.Afonina, B.A.Kazakovcev, A.A.Grigor'eva // Psihicheskoe zdorov'e. – 2018. - №3. – S.46-52.
- 43.Butorina, N.E. Mnogoosevaya sistema klassifikacii boleznij i diagnostika narkologicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov / N.E. Butorina, S.A.Makarov,G.G. Butorin//Voprosy narkologii. –2002. – № 2. – S. 38–42.
- 44.Valyushickaya, I.V. Putevoditel' po ocenke programm [Elektronnyj re-surs] / I.V. Valyushinskaya.– Krasnoyarsk:Krasnoyarskaya regional'naya molo-dezhnaya obshchestvennaya organizaciya Centr «Sotrudnichestvo na mestnom urovne», 2005. – Rezhim dostupa: [http://www.kccp.ru/lib/putevoditel\\_po\\_otsenke.zip](http://www.kccp.ru/lib/putevoditel_po_otsenke.zip).
- 45.Vedyashkin, V.N. Additivnye predposylki autoagressivnogo povedeniya u podrostkov s uchetom tendernyh osobennostej / V.N. Vedyashkin // Aktual'-nye voprosy psihiatrii i narkologii. – 2011. – №15. – S. 210–212.
- 46.Vojcekh, V.F. Klinicheskaya suicidologiya. / V.F. Wojcekh. – M.: Miklosh, 2008. – 280 s.
- 47.Volkov, YU.G. Identichnost' i gumanisticheskaya ideologiya: vzglyad v budushchee / YU.G. Volkov. – M.: Social'no-gumanitarnye znaniya, 2006. – 228 s.
- 48.Vorob'eva, T.V., YAltonskaya A.V. Profilaktika zavisimosti ot psihoaktivnyh veshchestv / T.V. Vorob'eva, A.V. YAltonskaya. – M.: UNP OON, 2008. – 24 s.
- 49.Voronin, A.N. Vliyanie social'noj mikrosredy na proyavleniya agressivnosti / A.N. Voronin, E.V Luchinina // Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya. – 2014. – № 2.– S. 97–113.
- 50.Vorotylo, N.V. Osobennosti sub"ektivnogo opyta perezhivaniya lichnostnogo krizisa starshimi podrostkami:avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk : 19.00.01 / VorotyloNatal'ya Viktorovna. – M., 2009. – 32 s.
- 51.Voroshilin, S.I. Problema klassifikacii patologicheskogo riskovogo povedeniya antisocial'nogo haraktera i faktorov ego rasprostraneniya na primere



- «trejnserfinga» («zacepinga») / S.I.Voroshilin // Tyumenskij medicinskij zhurnal. – 2013. – T. 15. – № 1. – S. 38–40.
52. Voroshilin, S.I. Samopovrezhdeniya i vlecheniya k modifikacii tela kak parcial'nye narusheniya instinkta samosohraneniya / S.I.Voroshilin // Suicidologiya. – 2012. – T. 3. – № 4 (9). S. 40–52.
53. Vostroknutov, N.V. Mediko-psihologo-social'noe soprovozhdenie detej s pogranichnymi psihicheskimi rasstrojstvami v usloviyah obrazovatel'no-go uchrezhdeniya kompensiruyushchego vida / N.V.Vostroknutov // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. – 2007. – №2. – S.73–82.
54. Vygotskij, L.S. Problema vozrasta/ L.S. Vygotskij // Sobranie sochine-nij v 6-ti tomah. – M.: Pedagogika, 1984. – T. 4. – 443 s.
55. Galich, G.O. Profilaktika deviantnogo povedeniya detej i podrostkov / G.O.Galich, E.A.Karpushkina, L.N.Korchagina, N.L.Morozova, N.V.Tupareva // Izvestiya PGPU im. V. G. Belinskogo. – 2010. – № 16 (20). – S. 84–91.
56. Gilinskij, YA.I. Sociologiya deviantnogo povedeniya i social'nogo kontrolya / YA.I. Gilinskij // Mir Rossii. Sociologiya. Etnologiya. – 1997. – T. 6. – № 1. – S. 163–184.
57. Gordeeva, T.O. Gendernye razlichiya v akademicheskoy i social'noj samoeffektivnosti i koping-strategiyah u sovremennyh rossijskih podrostkov / T.O. Gordeeva, E.A. Shepeleva // Vestnik Moskovskogo universiteta. Psihologiya. – 2006. – № 3. – S. 78–85.
58. Gorodova, E.E. Narkoticheskaya zavisimost' v molodezhnoj srede / E.E. Gorodova // Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Filosofiya. Sociologiya. Pravo. – 2007. – T. 2. – № 9 (40). – S. 263–267.
59. Grigor'eva, A.A. Analiz otechestvennyh i zarubezhnyh modelej profilaktiki upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv / A.A.Grigor'eva // Voprosy narkologii. – 2018. – №1(161). – S.122-137.
60. Grigor'eva A.A. Personificirovannyj podhod v prevencii autoagressivnogo povedeniya podrostkov [Elektronnyj resurs] / A.A. Grigor'eva // Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptaciya, razvitie: setevoj zhurn. – 2020. –

- T. 8.– №2 (29). – С. 149–159.– Rezhim dostupa: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=426>.
61. Grigor'eva, A.A. Vzaimosvyaz' samopovrezhdayushchego povedeniya i upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv podrostkami (obzor literatury) / A.A. Grigor'eva, V.G. Bulygina, YU.S. Afonina // Sibirskij vestnik psihiat-rii i narkologii. – 2018 – №4(101).– S.98–105.
62. Grigor'eva, A.A. Vyyavlenie riska suicidal'nogo povedeniya u podrostkov v obshcheobrazovatel'nyh shkolah / A.A. Grigor'eva // Lichnost' v menyayushchem-sya mire: zdorov'e, adaptaciya, razvitie.– 2019. – T. 7. – № 3(26). – S. 513 – 523.
63. Grigor'eva, A.A. Depressivnyj sindrom u podrostkov s riskami upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv / A.A. Grigor'eva // Zhivaya psihologiya. - 2020. - Tom 7. - № 3 (27). - S. 52-65.
64. Grigor'eva, A.A. Osobennosti ekzistencial'nyh perezhivaniy u podrostkov s autoagressivnym povedeniem / A.A. Grigor'eva // Psihologiya. Isto-riko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya. – 2020. – T. 9– № 1–1. – S.38–44.
65. Grigor'eva, A.A. Ocenka specificheskikh riskov, obuslovlivayushchih gotovnost' pedagogov k osushchestvleniyu meropriyatij pervichnoj profilaktiki upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv v obrazovatel'nom processe / A.A. Grigor'eva, G.A. Korchagina, E.V. Fadeeva // Narkologiya. – 2014. – №7(151). – S. 75–80.
66. Grigor'eva, A.A. Obzor otechestvennyh i zarubezhnyh programm prevencii suicidal'nogo i samopovrezhdayushchego povedeniya, primenyaemyh v praktike obshcheobrazovatel'nyh shkol / A.A. Grigor'eva // Vestnik psihoterapii. - 2020. - №74(79). - S. 42- 58
67. Grigor'eva, A.A. Social'no-psihologicheskaya specifika semej podrostkov s razlichnymi vidami autoagressivnogo povedeniya / A.A. Grigor'eva // Izvestiya Saratovskogo Universiteta. Seriya Filosofiya. Psihologiya. Pedagogika. - 2020. - Tom 20. - №3. - S.302 – 307.
68. Grigor'eva, A.A. Social'no-demograficheskie harakteristiki podrostkov s riskami autoagressivnogo povedeniya [Elektronnyj resurs] / A.A. Grigor'eva // Mir nauki.

- Pedagogika i psihologiya. - 2019. - Tom 7. - №4 (7). – Rezhim dostupa: <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN419.pdf>
69. Grigor'eva, A.A. Suicidal'noe povedenie, sprovocirovannoe upotrebleniem psihoaktivnyh veshchestv / A.A. Grigor'eva, G.A. Korchagina // Voprosy narkologii. – 2017. – №6. – S. 53–55.
70. Grigor'eva, A.A. Ekzistencial'nye osnovy suicidal'nogo i samopovrezhdayushchego povedeniya podrostkov / A.A. Grigor'eva // Vestnik psihoterapii. – 2020. – № 73 (78). – S. 67–76.
71. Grigor'eva, A.A. Profilaktika upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyah raznogo tipa: vnedrenie i ocenka effektivnosti: metodicheskie rekomendacii / A.A. Grigor'eva, G.A. Korchagina, E.V. Fadeeva O.V. Cvetkova. – M.: FGBU “FMICPN im. V.P. Serbskogo” Minzdrava Rossii, 2015. – 24 s.
72. Grigor'eva, A.A. Personificirovannyj podhod v profilaktike samopovrezhdayushchego povedeniya podrostkov, upotreblyayushchih PAV i alkohol': uchebno-metodicheskoe posobie. / A.A. Grigor'eva, T.V. Klimenko, V.G. Bulygina. – M.: FGBU «NMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Ros-sii. – 139 s.
73. Grigor'eva, A.A. Rezul'taty primeneniya ekspress-oprosnika, napravlenogo na vyyavlenie osvedomlennosti i otnosheniya podrostkov k upotrebleniyu psihoaktivnyh veshchestv / A.A. Grigor'eva // ZHivaya psihologiya. - 2020. - Tom 7. - № 1(25). - S. 28-37.
74. Grigor'eva, A.A. Upotreblenie podrostkami psihoaktivnyh veshchestv pri raznykh vidah autoagressivnogo povedeniya [Elektronnyj resurs] / A.A. Grigor'eva, A.A. Gavrichenkova // Psihologiya i pravo. - 2020. - Tom 10. - № 1. - S. 116–122. - Rezhim dostupa: doi:10.17759/psylaw.2020100110
75. Grigor'eva, A.A. Osobennosti ekzistencial'nyh perezhivaniy u podrostkov s autoagressivnym povedeniem / A.A. Grigor'eva // Psihologiya. Isto-riko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya. – 2020. – T.9. - №1-1. – S.38-44.

76. Grigor'eva, A.A. Obzor nauchnyh issledovanij, posvyashchennyh probleme riskovannogo povedeniya, kak vida autoagresii / A.A. Grigor'eva // Psiho-logiya. Psihofiziologiya. – 2020. – T.13. - №4. – S.39-48.
77. Grigor'eva, A.A. Ekzistencial'nye osnovy prevencii podrostkovej su-icidal'nosti / A.A. Grigor'eva // Vestnik psihoterapii. – 2020. - №75(80). – S.97-114.
78. Grigor'eva, A.A. Vzaimosvyaz' sklonnosti k viktimnomu povedeniyu i riskov upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv u podrostkov / A.A. Grigor'eva, L.E. Usova // Psihologiya i pravo. – 2020. – T.10. - №3. – S.211-223.
79. Grigor'eva, A.A. Fenomen samorealizacii kak fenomen profilaktiki addiktivnogo povedeniya / A.A. Grigor'eva, YU.P. Povarenkov // Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik. – 2017. - №5. – S.211-215.
80. Grigor'eva, A.A. Kriminalizaciya nesovershennoletnih kak problema so-vremen-nogo obshchestva (psihologicheskie, social'no-psihologicheskie i kliniko-psi-hopatologicheskie faktory) / A.A. Grigor'eva, YU.S. Afonina, T.N. Kabanova // Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya. – 2018. - №4(45). – S.49-59.
81. Grigor'eva, A.A. Psihometricheskie metody issledovaniya upotrebleniya podrostkami i licami yunosheskogo vozrasta psihoaktivnyh veshchestv i alkogolya / A.A. Grigor'eva, YU.S. Afonina // Psihicheskoe zdorov'e. – 2018. - №4(143). – S.46-52.
82. Gul'chevskaya, V.G. Individualizaciya obucheniya kak perspektivnaya model' innovacionnogo razvitiya obrazovaniya [Elektronnyj resurs] / V.G. Gul'-chevskaya // Rostovskij oblastnoj institut povysheniya kvalifikacii i pe-repodgotovki rabotnikov obrazovaniya – 2016. – 4 s. – Rezhim dostupa: <http://psihdocs.ru/individualizaciya-obucheniya-kak-perspektivnaya-modele-innovac.html>
83. Gusejnov, A.A. Etika: uchebnik / A.A. Gusejnov, R.G. Apresyan. – M.: Garda-riki, 2000. – 472 s.
84. Dragunova, T.V. Psihologicheskie osobennosti podrostka / T.V. Dragunova // Vozrastnaya i pedagogicheskaya psihologiya. – M.: Prosveshchenie, 1973. – 324 s.
85. Drozdeckaya, I.A. Rezul'taty issledovaniya po vyyavleniyu urovnya deviacij sredi mladshih podrostkov obshcheobrazovatel'nyh shkol / I.A. Drozdeckaya // Vestnik

- Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2001. – S. 157–162.
86. Druzhinin, V.N. Psihologiya obshchih sposobnostej / V.N. Druzhinin. – SPb.: Piter Kom, 1999. – 368 s.
87. Dubrovina, I.V. Formirovanie lichnosti v perekhodnyj (ot podrostkovo-go k yunosheskomu vozrastu) period / I.V. Dubrovina. – M.: Pedagogika, 1987. – 184s.
88. Dudina, I.I. Programma “Puteshestvie vo vremeni”: metodicheskie rekomendacii po kursu razvivayushchih zanyatij dlya podrostkov / I.I. Dudina, O.V. ZHuravleva, S.P. Zueva, M.N. Nizhegorodova. – Kemerovo: Kuzbas-svuzizdat, 1998. – 32 s.
89. Dyshechev, R.D. Pedagogicheskie usloviya profilaktiki upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv mladshimi shkol'nikami: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk : 13.00.01 / Dyshechev Ruslan Dzhancherievich. – Majkop, 2004. – 22 s.
90. Emel'yanov, O.A. Deviantnoe povedenie voennosluzhashchih kak predmet pedagogicheskoy profilaktiki / O.A. Emel'yanov // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. – 2016. – № 2 (44) – S. 22–25.
91. Enikolopov, S.N. Ponyatie agressii v sovremennoj psihologii / S.N. Enikolopov // Prikladnaya psihologiya. – 2001. – № 1. – S. 60–72.
92. Efimova, O.I. Profilaktika suicidal'nogo povedeniya podrostkov v obrazovatel'nyh uchrezhdeniyah Rossii: rezul'taty monitoringa / O.I. Efimova // Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. NI Lobachev-skogo. Seriya: Social'nye nauki. – 2014. – № 4 (36). – S. 130–136.
93. Zarickij, M.G. Osobennosti skrytoj suicidal'nosti u bol'nyh opijnoj narkomaniej / M.G. Zarickij, O.V. Lyubarec, T.A. SHapoval // Gorodskoj lechebno-diagnosticheskij centr. – 2012. – S. 1–6.
94. Zvereva, M.V. Samopovrezhdayushchee povedenie u podrostkov v norme i pri psihicheskoy patologii / M.V. Zvereva, L.S. Pechnikova // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. – 2013. – № 4. – S. 23–32.
95. Zver'kov, A.G. Issledovanie volevoj samoregulyacii. Psihologicheskie metodiki izucheniya lichnosti: praktikum / A.G. Zver'kov, E.V. Ejzman. – M.: Os'-89, 2007. – S. 100-106.

96. Zdorov'e podrostkov mira: vtoroj shans vo vtorom desyatiletii: doklad VOZ [Elektronnyj resurs]. – Zheneva: Vsemirnaya organizaciya zdravo-ohraneniya, 2014. – Rezhim dostupa: [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_rus.pdf](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf).
97. Zinova, E.YU. Programma po pervichnoj profilaktike suicidal'nogo povedeniya podrostkov 14-17 let «Cennost' zhizni» [Elektronnyj resurs] / E.YU. Zinova. – Hanty-Mansijsk, 2010. – Rezhim dostupa: <http://www.vashpsixolog.ru/preventive-work-of-a-psychologist-in-the-school/130-prevention-of-suicide-suicide/1639-programma-po-pervichnoj-profilaktike-suicidalnogo-povedeniya-podrostkov-14-17-let-iczennost-zhiznir>
98. Zmanovskaya, E.V. Deviantologiya: (Psihologiya otklonyayushchegosya povedeniya): uchebnoe posobie / E.V. Zmanovskaya. – M.: Izdatel'skij centr Akademiya, 2003. – S. 288.
99. Zubova, L.V. Autentichnost' v stanovlenii lichnosti / L.V. Zubova, O.V. Solovyh // Universitetskij kompleks kak regional'nyj centr obrazovaniya, nauki i kul'tury. – Orenburg: GOU OGU. – 2013. – S. 3088-3090.
100. Kazakova, I. Dazajn-analiz: propedevtika k diskursu / I. Kazakova // Fenomenologicheskie issledovaniya. – 2016. – T. 5. – №2. – S. 15-45.
101. Karandashev, V.N. Metodika SHvarca dlya izucheniya cennostej lichnosti: koncepciya i metodicheskoe rukovodstvo / V.N. Karandashev. – SPb.: Rech', 2004. – 70 s.
102. Kargin, A.M. Lichnostnye faktory suicidal'nogo povedeniya u pacien-tov krizisnogo stacionara, sovershivshih suicidal'nye popytki / A.M. Kargin, A.B. Holmogorova, V.F. Vojcekh // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. – 2009. – №4. – S. 23–32.
103. Karpova, O.S. Model' primeneniya cennostno-smyslovoj problemnoj situacii kak sredstva duhovnogo vospitaniya podrostka / O.S. Karpova // Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2011. – T. 58. – № 4. – S. 83–86.

- 104.Karpova, O.S. Cennostno-smyslovaya problemnaya situaciya kak sredstvo duhovnogo vospitaniya podrostka:avtoref. dis. ... kand.ped. nauk: 13.00.01 / Karpova Ol'ga Sergeevna. – Volgograd, 2011. – 27 s.
- 105.Karpun'kina, T.N. Psihologicheskie vektory bessmyslennosti i otchuzh-deniya v zhizni podrostkov / T.N. Karpun'kina // SPZH. – 2015. – №57. – S. 17–31.
- 106.Kvinn, V. Prikladnaya psihologiya / V. Kvinn. – SPb.: Piter, 2000. – 560 s.
- 107.Kernberg, O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstrojstva: Strategii psihoterapii / O.F. Kernberg. –M.:Nezavisimaya firma «Klass», 2000. – 464 s.
- 108.Kilborn, B. Ischezayushchij nekto: K'erkegor, styd i YA / B.Kilborn // Isto-riya filosofii. – 2007. – № 13. – S. 198–220.
- 109.Kirillina, S.A. Social'no-psihologicheskij analiz determinanty pe-rezhivaniy trevogi u podrostkov. [Elektronnyj resurs] / S.A. Kirillina // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. – 2013. – № 4 (12). – Rezhim dostupa: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskij-analiz-determinanty-perezhivaniy-trevogi-u-podrostkov>.
- 110.Kirsheva, N.V. Psihologiya lichnosti - testy, oprosniki, metodiki / N.V. Kirsheva, N.V. Ryabchikova.– M.: Gelikon, 1995. – 131 s.
- 111.Kle, M. Psihologiya podrostka: Psihosocial'noe razvitie / M. Kle. – M.:Pedagogika, 1991. – 159 s.
- 112.Klejberg, YU.A. Deviantologiya: hrestomatiya / YU.A. Klejberg. – M.: Rech', 2007. – 412 s.
- 113.Klejberg, YU.A. Psihologiya deviantnogo povedeniya: uchebnoe posobie dlya vuzov / YU.A. Klejberg. – M.: TC Sfera, pri uchastii «YUrajt-M», 2001. – 160 s.
- 114.Kolesov, D.V. Uchitelyu o psihologii i fiziologii podrostka / D.V. Kolesov. – M.: Prosveshchenie. – 1986. – 80 s.
- 115.Kon, I.S. Rebenok i obshchestvo / I.S. Kon. –M.: GPP Pech. Dvor, 2003. – 334 s.
- 116.Konina, M.A. Oprosnik disfunkcional'nyh ubezhdenij pri pogranich-nom rasstrojstve lichnosti (PBQ-BPD): adaptaciya dlya russkoyazychnoj vy-borki / M.A.Konina, A.B.Holmogorova // Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya.– 2016. –T. 24. –№ 3. –S. 126–143.

- 117.Korolenko, C.P. Sem' putej k katastrofe: Destruktivnoe povedenie v sovremen-  
nom mire / C.P. Korolenko, T.A. Donskih. – Novosibirsk: Nauka, 1990. – 224 s.
- 118.Korolenko, C.P.Pochemu lyudi otkazyvayutsya ot zhizni? Suicidal'noe po-  
vedenie / C.P. Korolenko, T.A. Donskih. – Novosibirsk, 1990g.–222 s.
- 119.Korchagina, G.A. Ocenka effektivnosti programm profilaktiki potreb-  
leniya psi-  
hoaktivnyh veshchestv / G.A.Korchagina, E.V. Fadeeva //Medicinskaya psi-  
hologiya v Rossii. – 2015. – №. 2 (31).–S. 1–12.
- 120.Korchagina, G.A. Izuchenie rasprostranyonnosti potrebleniya psihoaktiv-  
nyh  
veshchestv v studencheskoj srede / G.A.Korchagina, E.V.Fadeeva, P.P.Ogurcov,  
A.A.Grigor'eva // Narkologiya. – 2012. - №12. – S.37-43.
- 121.Korchagina, G.A. Nauchnye issledovaniya Nacional'nogo nauchnogo centra  
122.narkologii v 2019 g.: profilakticheskaya narkologiya / G.A.Korchagina,  
B.P.Celinskij, V.V.Dolzhanskaya, E.V.Fadeeva, A.A.Grigor'eva // Voprosy  
narkologii. – 2020. - №3(186). – S.5-29.
- 123.Krakovskij, A.P. O podrostkah / A.P. Krakovskij. – M.: Pedagogika, 1970. – 272  
s.
- 124.Krejg, G. Podrostkovyj i yunosheskij vozrast / G. Krejg //Psihologiya razvitiya.  
SPb. – 2000. – S. 85–106.
- 125.Krejg, G., Bokum D. Psihologiya razvitiya / G. Krejg, D. Bokum. – Spb.: Pi-  
ter,2003.– 940 s.
- 126.Krivcova, S.V. Vyzovy neopredelennosti i stanovlenie vnutrennej prochnosti  
lichnosti v processe ontogeneza (ekzistencial'no-analiticheskij podhod) /  
S.V.Krivcova //Psihologicheskie issledovaniya: elektronnyj nauchnyj zhurnal. –  
2015. – T. 8. – № 40. – S. 8.
- 127.Krivcova, S.V. SHkala ekzistencii (Existenzskala) A. Lenge i K. Orgler / S.V.  
Krivcova, A.Lenge, K. Ogler //Ekzistencial'nyj analiz.– 2009.– №1. – S. 141–170.
- 128.Kryzhanovskaya, L.A. Osobennosti suicidal'nogo povedeniya v SSHA /  
L.A.Kryzhanovskaya //Social'naya i klinicheskaya psichiatriya. – 2000. – T. 10. –  
№ 3. – S. 97–105.



- 129.Kudryavcev V.N. Pravovoe povedenie: norma i patologiya / V.N. Kudryavceva.M.: Nauka, 1982. – 287 s.
- 130.Kudryavcev, I.A. Psihologicheskie faktory i mekhanizmy suicidogeneza kak kriterii suicidal'nogo riska i napravlennoj profilaktiki / I.A.Kudryavcev, E.E. Dekalo//Suicidologiya. – 2012. – T. 3. – № 2 (7).– S. 3–11.
- 131.Kuzubova, V.O. Issledovanie ekzistencial'noj ispolnennosti u lic yunosheskogo i zrelogo vozrastov / V.O.Kuzubova//Novaya nauka: Ot idei k rezul'tatu. – 2015. – №. 6–2. – S. 173–177.
- 132.Kulagina, I.YU. Vozrastnaya psihologiya: Polnyj zhiznennyj cikl razvi-tiya che-loveka / I.YU. Kulagina, V.N. Kolyuckij. – M.: YUrajt, 2001. – S. 464.
- 133.Lajnen, M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pograničnogo ras-strojstva lichnosti / M. Lajnen. – SPb, 2019. – 592 s.
- 134.Lebedeva, YU.V. Razvitie emocional'noj otzyvchivosti kak uslovie pre-duprezhdeniya deviantnogo povedeniya detej i podrostkov/ YU.V. Lebedeva // Sibirskij psihologicheskij zhurnal.–2010. – № 36 – S. 68–71.
- 135.Leont'ev, A.N. Vozniknovenie i evolyuciya psihiki / A.N. Leont'ev //Izbrannye psihologicheskie proizvedeniya. – M., 1983. – 392 s.
- 136.Leont'ev, D.A. Test zhiznestojkosti /D.A. Leont'ev, E.I. Rasskazova. – M.: Smysl, 2006. – 63 s.
- 137.Leont'ev, D.A. Ekzistencial'naya trevoga i kak s nej ne borot'sya / D.A.Leont'ev //Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. –2003. – № 2. – S. 107–119.
- 138.Litinskaya, D.G. Ekzistencial'nyj eskapizm kak sociokul'turnyj fe-nomen sovremennogo obshchestva / D.G. Litinskaya. – M., 2012. – 26 s.
- 139.Loktionova, A.V. Stradanie detej ot nasiliya v sem'e i principy psihoterapevtich-eskoj pomoshchi / A.V. Loktionova // Moskovskij psihote-rapevticheskij zhurnal. – 2002. – № 4. – S. 90–105.
- 140.Lukashuk, A.V. Roditel'skaya autoagressiya: svyaz' s suicidal'noj aktivno-st'yu ih potomstva / A.V.Lukashuk, A.V.Merinov // Rossijskij mediko-biologicheskij vest-nik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2017. –№ 25 (1). –S. 86–91.

- 141.Lengle, A. Person: Ekzistencial'no-analiticheskaya teoriya lichnosti: sbornik statej / A. Lengle; per. snem O. Larchenko. – M.: Genezis, 2006. – 159 s.
- 142.Lengle, A. Psihoterapiya depressivnyh rasstrojstv v sovremennom ekzisten-cial'nom analize (principy i osnovnye napravleniya) / A.Lengle //Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. – 2006. – T. 14. – № 2–S. 29–44.
- 143.Lengle, A. Terapevticheskij sluchaj nahozhdeniya sobstvennogo YA (prime-nenie metoda personal'nogo egzistencial'nogo analiza) / A.Lengle//Psihologiya. ZHurnal Vysshej shkoly ekonomiki. – 2005. – T. 2. – №. 2. – S. 81–98.
- 144.Lengle, A. Fundamental'nye motivacii egzistencii kak dejstvennaya struktura egzistencial'no-analiticheskoy terapii / A.Lengle// Ekzisten-cial'nyj analiz. Byullet-en'. – 2009. – № 1. – S. 9–29.
- 145.Lengle, A. Sovremennyj egzistencial'nyj analiz: istoriya, teoriya, praktika, issle-dovaniya / A. Lengle. – M.: YUrajt, 2018. – 403 s.
- 146.Lengle, A.A. Sovremennyj egzistencial'nyj analiz: istoriya, teo-riya, praktika is-sledovanij / A.A. Lengle, M.V. Ukolova, V.B. SHumskij. – M., 2019. – 403 S.
- 147.Lengle, A. CHto dvizhet chelovekom? Ekzistencial'no-analiticheskaya teo-riya emocij/ A. Lengle; per. s nem.; vstup. st. S.V. Krivcovoj. – M.: Gene-zis, 2006.– 235 s.
- 148.Maddi, S.R. Teorii lichnosti: sravnitel'nyj analiz: monografiya / S.R. Maddi. – M.: RGB, 2007. – 539 s.
- 149.Majsak, N.V. Lichnostnye osobennosti mladshogo podrostka s deviant-nym povedeniem :dis. ... kand. psihol. nauk : 19.00.01 / MajsakNadezhda Vasil'evna.– M., 2001. – 20 s.
- 150.Makeeva, A.G. Pedagogicheskaya profilaktika narkotizma shkol'nikov / A.G.Makeeva // Valeologiya.– 2005. – № 4. – S. 17.
- 151.Maklakov, A.G. CHelovek v ekstremal'nyh usloviyah i lichnostnyj adapta-cionnyj potencial / A.G. Maklakov //Psihologicheskij zhurnal. – 2001. – T. 22. – № 1. – S. 16–24.

152. Makushkin, E.V. *Deti i podrostki v situatsiyah social'nogo distressa* / E.V. Makushkin, I.A. Chibisova // *Zhurn. Nevrol. i psihiatr.im. S.S. Korsakova. Specvypuski.* – 2017. – T. 117. – № 11. – S. 3–12.
153. Mamardashvili, M.K. *Neobhodimost' sebya* / M.K. Mamardashvili. – M.: Labirint, 1996. – 432 s.
154. Mahnach, A.V. *Zhiznesposobnost' podrostka: ponyatie i koncepciya* / A.V. Mahnach, A.I. Laktionova // *Psihologiya adaptatsii i social'naya sreda: so-vremennye podhody, problemy, perspektivy.* – 2007. – S. 290 – 312.
155. Mendelevich, V.D. *Addiktivnoe vlechenie* / V.D. Mendelevich, M.L. Zobin. – M.: MEdepressinform, 2012. – 264 s.
156. Mendelevich, V.D. *Struktura deviantnyh form povedeniya v usloviyah masshtabnyh social'no-psihologicheskikh peremen* / V.D. Mendelevich // *Sistema social'noj raboty v usloviyah perekhodnogo perioda: principy formirovaniya i funkcionirovaniya. Materialy mezhregional'noj nauch-no-praktich. konferencii.* – 1998. – S. 135-137.
157. Merlin, V.S. *Struktura lichnosti: harakter, sposobnosti, samosoznanie: uchebnoe posobie* / V.S. Merlin. – Perm': PGPPU, 1990. – 110 s.
158. Milovanova, O.N. *Adaptatsiya podrostkov k novym usloviyam obucheniya v starshej shkole* / O.N. Milovanova // *Municipal'noe obrazovanie: innovatsii i eksperiment.* – 2010. – № 4.
159. Mihajlova, T.A. *Osnovy proektirovaniya social'nyh programm po pro-filaktike deviacii v molodezhnoj srede* / T.A. Mihajlova, I.S. Pryahina, E.V. Pryahin // *Social'nye otnosheniya.* – 2017. – № 1. – S. 112– 120.
160. Muhina, V.S. *Vozrastnaya psihologiya: fenomenologiya razvitiya, detstvo, ot-rochestvo* / V.S. Muhina. – M.: Academia, 2000. – 456 s.
161. Mej, R. *Chelovek v poiskah sebya* / R. Mej; per. s angl. – M.: Institut Obshchegumanitarnykh issledovanij, 2013. – 224 s.
162. Nakonechnaya, O.V. *Psihologicheskie determinanty konfliktnosti podrostkov* / O.V. Nakonechnaya, G.A. Shevchuk, A.S. Shevchuk // *Yaroslavskij Pedagogicheskij vestnik.* – 2005. – № 3. – S. 20– 23.

163. Novgorodceva, A.P. Vnutrennie konflikty podrostkovogo vozrasta / A.P. Novgorodceva // Kul'turno-istoricheskaya psihologiya. – 2006. – № 3. – S. 38-50.
164. Novgorodceva, A.P. Perezhivanie podrostkami «chuvstva vzroslosti» / A.P. Novgorodceva // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. – 2006. – № 2. – S. 39-54.
165. Ovcharenko, L.YU. Problemy uspešnosti social'no-psihologicheskoy adaptacii podrostkov v sovremennoj srede / L.YU. Ovcharenko // Sistemnaya psihologiya i sociologiya. – 2015. – № 1. – S. 44-56.
166. Olejchik, I.V. Psihopatologiya, tipologiya i nozologicheskaya ocenka yunosheskih endogennyh depressij (kliniko-katamnesticheskoe issledovanie) / I.V. Olejchik // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. SS Korsakova. – 2011. – T. 111. – № 2. – S. 10–18.
167. Oshchepkov, A.A. Eksperimental'noe issledovanie primeneniya ekzistencial'noj psihokorrekcii cennostno-smyslovoj sfery lichnosti deviantnyh podrostkov / A.A. Oshchepkov // Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya «Filosofiya. Psihologiya. Pedagogika». – 2012. – №4.
168. Pavlova, T.S. Diagnostika riska suicidal'nogo povedeniya detej i podrostkov v obrazovatel'nyh uchrezhdeniyah / T.S. Pavlova // Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya. – 2013. – № 4. – S. 79-91.
169. Petrova, V.N. Dinamika obraza budushchego v podrostkovom vozraste / V.N. Petrova // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. – 2011. – № 41. – S.36 – 41.
170. Polivanova, K.N. Vzroslenie pyatiklassnikov: 1960-e vs 2010-e / K.N. Polivanova // Voprosy obrazovaniya. – 2017. – № 2.
171. Polivanova, K.N. Vzroslenie segodnya: social'nye izmeneniya sovremen-nogo detstva [Elektronnyj resurm] / K.E. Polivanova. – 2011. – Rezhim dostupa: <http://docplayer.ru/56726373-Vzroslenie-segodnya-socialnye-izmeneniya-sovremennogo-detstva-k-polivanova.html>.
172. Polozhij, B.S. Dinamika chastoty suicidov v Rossii (2014-2016 gg.): analiticheskij obzor / B.S. Polozhij. – M.: FGBU «FMICPNI im. V.P. Serbskogo» Minzdrav Rossii, 2018. – 12 s.

173. Polozhij, B.S. Differencirovannaya profilaktika suicidal'nogo pove-deniya / B.S. Polozhij, E.A. Panchenko // Suicidologiya. – 2012. – T. 3. – № 1 (6).
174. Polozhij, B.S. Suicidal'naya situaciya v sovremennoj Rossii / B.S. Polozhij // Psicheskoe zdorov'e cheloveka i obshchestva. Aktual'nye mezhdisciplinarnye problemy. – 2018. – S. 567–574.
175. Polozhij, B.S. Suicidal'noe povedenie (determinanty, klinicheskaya diagnostika, tipologiya, profilaktika): monografiya / B.S. Polozhij, E.A. Panchenko. – M.: FGBU «FMICPNI im. V.P. Serbskogo» Minzdrav Ros-sii, 2016. – 260 s.
176. Polozhij, B.S. Suicidy sredi nesovershennoletnih (epidemiologicheskij aspekt) / B.S. Polozhij // Suicidologiya. – 2019. – T. 10. – №1. – S. 21–26.
177. Pol'skaya, N.A. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunoshe-skom vozraste / N.A. Pol'skaya, N.V. Vlasova // Konsul'tativnaya psichologiya i psichoterapiya. – 2015. – T. 23. – № 4. – S. 176–190.
178. Pol'skaya, N.A. K izucheniyu koping-ustanovok v podrostkovom vozraste / N.A. Pol'skaya, L.V. Shipova, A.P. Kabanova // Psichologiya krizisnyh i ekstremal'nyh situacij: mezhdisciplinarnyj podhod: Materialy nauch.- prakt. konferencii Anan'evskie chteniya – 2008, 21–23 oktyabrya 2008 g.; pod red. L.A. Cvetkovej, N.S. Hrustalevoj. – SPb.: Izd-vo SPbGU, 2008. – S. 785–787
179. Pol'skaya, N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) / N.A. Pol'skaya // Konsul'tativnaya psichologiya i psichoterapiya. – 2014. – T. 22. – № 2. – S. 140–152.
180. Pol'skaya, N.A. Fenomenologiya i funkcii samopovrezhdayushchego povedeniya pri normativnom i narushennom psicheskom razvitanii : dis. ... d-ra psichol. nauk : 19.00.04 / Pol'skaya Nataliya Anatol'evna. – M., 2017. – 423 s.
181. Pol'skaya, N.A. Emocional'no-lichnostnye korrelyaty modifikacij tela / N.A. Pol'skaya // Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Filosofiya. Psichologiya. Pedagogika. – 2014. – T. 14. – № 2-1.
182. Popov, YU.V. Osobennosti suicidal'nogo povedeniya u podrostkov (obzor literatury) / YU.V. Popov, A.A. Pichikov // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii im. V.M. Bekhtereva. – 2011. – № 4. – S.4-8.

183. Popov, YU.V. Suicidal'noe povedenie u podrostkov / YU.V. Popov, A.A. Pichikov. – Spb.: SpecLit, 2017. – 16 s.
184. Popov, YU.V. Fenomen suicidal'nogo fantazirovaniya pri samopovre-zhdeniyah u podrostkov / YU.V. Popov, A.A. Pichikov // SHkola im. Bekhtereva: ot istokov do sovremennosti. – 2017. – S. 206–209.
185. Popova, T.A. Issledovaniya predstavlenij o smysle zhizni u podrostkov i yunoshej metodom logoart-terapii / T.A. Popova // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psihologicheskie nauki. – 2017. – № 1. – S. 90–97.
186. Popova, T.A. Nauchno-obrazovatel'nyj proekt kak metod formirovaniya smyslzhiznennykh orientacij. Logoart-terapiya v rabote s podrostkami / T.A. Popova // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psihologicheskie nauki. – 2014. – № 4. – S. 90–98.
187. Prihozhan, A.M. Problema podrostkovogo krizisa / A.M. Prihozhan // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. – 1997. – T. 2. – № 1. – S. 82–87.
188. Prihozhan, A.M. Trevoga u detej i podrostkov: psihologicheskaya priroda i vozrastnaya dinamika / A.M. Prihozhan. – M.; Voronezh: Izd-vo MODEK, 2000. – 304 s.
189. Prokopovich, G.A. Social'no-demograficheskie i klinicheskie ocenki lic, sovershivshih suicidal'nye popytki otravleniya na fone upotrebleniya alkogolya i drugih psihoaktivnykh veshchestv (po dannym mnogoprofil'nogo stacionarnago skorogo pomoshchi) / G.A. Prokopovich, V.E. Pashkovskij, A.G. Sofronov // Narkologiya. – 2014. – T. 13. – № 6. – S. 50–55.
190. Pyatnickaya, I.N. Sootnoshenie ekzistencial'noj pozicii lichnosti s terapevticheskimi remissiyami pri ambulatornoj rehabilitacii narkotiziruyushchih podrostkov / I.N. Pyatnickaya, A.N. Yakovlev // Narkologiya. – 2004. – № 2. – S. 56–59.
191. Razvodovskij, YU.E. Ostraya alkohol'naya intoksikaciya kak faktor riska suicida / YU.E. Razvodovskij, V.V. Dukorskij // Psihiatriya. – 2008. – № 2 (02). – S. 16–19.
192. Rajs, F. Psihologiya podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta / F. Rajs, K. Dolzhin. – Spb.: Piter. – 2010. – 816 s.

- 193.Ratinov, A.R. Struktura pravosoznaniya i nekotorye metody ego issledovaniya / A.R. Ratinov //Izbrannye trudy. – 2016. – S. 82–94.
- 194.Rean, A.A. Social'naya pedagogicheskaya psihologiya / A.A. Rean, YA.L. Kolominskij. – M: prajm-EVROZNAK, 2008.
- 195.Remshmidt, X. Podrostkovyj i yunosheskij vozrast. Problemy stanovleniya lichnosti / H. Remshmidt. – M.,1994.
- 196.Rodionov, V.A. «Navigator»: Programma profilaktiki VICH/SPIDa i upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv dlya uchashchihsya 9–10 klassov obshcheobrazovatel'nyh shkol, ih roditelej i pedagogov / V.A. Rodionov, S.G. Kosareckij, M.A. Stupnickaya, I.M. Kamanov, E.V. Filippova, E.V. Vladimirova, E.G. Koblik, N.V. Delakova.– Moskva, 2007.
- 197.Rozanov, V.A. Oshchushchenie bessmyslennosti sushchestvovaniya u podrostkov svyaz' s suicidal'nymi proyavleniyami i psihicheskim zdorov'em / V.A.Rozanov, A.S. Rahimkulova,A.I. Suhanova// Suicidologiya. – 2014. – T. 5. – № 3 (16). – S. 33–41.
- 198.Rozanov, V.A. Perifericheskie biologicheskie faktory i biomarkery suicida / V.A.Rozanov //Suicidologiya. – 2018. – T. 9. – № 1. – S. 3–22.
- 199.Rozanov, V.A. Psihicheskoe zdorov'e i suicidal'nye tendencii sredi podrostkov v svyazi s socioekonomicheskimi faktorami sem'i / V.A.Rozanov,T.E. Rejtarova, A.V. Rahimkulova,A.I. Uhanova, O.V. Rozanova//Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2012. – № 5. – S. 32–34.
- 200.Romanova, O.L. Etiologiya zavisimostej ot PAV u podrostkov i teoreticheskie osnovy ih pervichnoj profilaktiki: obzor zarubezhnoj literatury / O.L.Romanova //Voprosy narkologii. – 1996. – № 3. – S. 100–105.
- 201.Rubinshtejn, S.L. Obschaya psihologiya / S.L. Rubinshtejn. – SPb.: Piter. – 1999.
- 202.Ruzhenkov, V.A. Nekotorye aspekty terminologii i klassifikacii auto-agressivnogo povedeniya /V.A. Ruzhenkov, V.V.Ruzhenkova //Suicidologiya. – 2014. – T. 5. – № 1 (14).– S. 41–51.

203. Ryzhov, V.V. Mekhanizm destruktivnyh izmenenij lichnosti pod vozdej-stviem addiktivnyh faktorov i formirovanie psihologicheskoy ustojchi-vosti lichnosti k addikcii / V.V. Ryzhov, N.N. Telepova // *Sovremennye is-sledovaniya social'nyh problem.* – 2012. – № 3. – 11 s.
204. Sapogova, E.E. Ekzistencial'naya psihologiya vzroslosti / E.E. Sapogova. – M.: Smysl, 2013. – 767 s.
205. Segal, B.M. Alkoholizm: klinicheskie, social'no-psihologicheskie i biologicheskie problemy / B.M. Segal. – M.: Medicina, 1967.
206. Senkevich, L.V. Oprosnik «Perezhivanie ekzistencial'nogo krizisa»: pervyj etap aprobacii / L.V. Senkevich // *Sistemnaya psihologiya i socio-logiya.* – 2015. – № 4. – S. 46–54.
207. Serebryakova, YU.V. O ponyatii «ekzistencial'nyj krizis» v sovremen-noj filosofii / YU.V. Serebryakova // *Lichnost'. Kul'tura. Obshchestvo.* – 2016. – T. 18. – № 3–4. – S. 88–95.
208. Sirota N.A., YAltonskij V. M. Profilaktika upotrebleniya narkotikov i drugih psihoaktivnyh veshchestv sredi detej i podrostkov / N.A. Sirota, V.M. YAltonskij. – M.: NNC narkologii MZ RF. – 2003.
209. Slobodchikov, V.I. Kategoriya vozrasta v psihologii i pedagogike razvi-tiya / V.I. Slobodchikov, E.I. Isaev // *Voprosy psihologii.* – 1991. – № 2. – S. 37–49.
210. Smirnyagina, M.M. Vozrastnye granicy i psihologicheskoe sodержanie stabil'nogo perioda podrostkovogo vozrasta / M.M. Smirnyagina // *Pihologiya. Psihofiziologiya.* – 2009. – № 5 (138). – S. 56–61.
211. Sokolova, A.P. Psihologicheskie trudnosti v otnosheniyah podrostkov s roditelyami / A.P. Sokolova // *Vestnik Taganrogskogo instituta imeni AP Chekhova.* – 2016. – № 1. – S. 112–116.
212. Sokolova, E.T. Klinicheskaya psihologiya utraty YA / E.T. Sokolova. – M.: Smysl, 2015. – 895 s.
213. Solov'ev, A.G. Ocenka sklonnosti podrostkov k social'no-psihologicheskoy deza-daptacii vsledstvie deviantnogo povedeniya / A.G. Solov'ev, E.V. Leus // *Obozrenie*



- psihiatrii i medicinskoj psihologii im. VM Bekhtereva. – 2013. – № 2. – S. 100–102.
214. Statistika smernosti po dannym Rosstat. [Elektronnyj resurs] // Statisticheskij sbornik. – M.: Rosstat, 2019. – Rezhim dostupa: <https://rosinfostat.ru/smernost/>.
215. Stepanov, V.G. Psihologiya trudnyh shkol'nikov: ucheb. posobie dlya uchi-telej i roditelej / V.G. Stepanov. – M., 1997.
- 216.2 Stolin, V.V. Psihologiya razvitiya rebenka i vzaimootnoshenij roditelej i detej kak teoreticheskaya osnova konsul'tativnoj praktiki / V.V. Stolin, E.T. Sokolova, A.YA. Varga // Sem'ya v psihologicheskoj konsul'tacii: Opyt i problemy psihologicheskogo konsul'tirovaniya; pod red. A.A. Bodaleva, V.V. Stolina. – 1989. – № 3. – 688 s.
217. Stroeв, YU.I. Endokrinologiya podrostkov / YU.I. Stroeв, L.P. CHurilov. – Spb.: ELBI-SPb. – 2004. – 384 s.
218. Syrkin, L.D. Etnobrending v profilaktike ksenofobii i ekstremizma / L.D. Syrkin, A.S. Lyapin, A.I. Safronov, A.A. Zujkova // Novoe v psiho-logo-pedagogicheskikh issledovaniyah. – 2015. – № 2 (38).
219. Syrokvashina, K.V. Klinicheskie i psihologicheskie podhody k issledovaniyu problemy suicidov u podrostkov. Nauchnyj obzor / K.V. Syrokvashina, E.G. Dozorceva, V.D. Badmaeva, E.V. Makushkin, E.YU. SHkityr' // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2017. – № 6. – S. 24–31.
220. Syrokvashina, K.V. Psihologicheskie faktory riska suicidal'nogo po-vedeniya u podrostkov / K.V. Syrokvashina, E.G. Dozorceva // Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. – 2016. – T. 24. – № 3. – S. 8–24.
221. Telepova, N.N. Telepov M.N. Ekzistencial'nyj podhod k probleme podrostkovogo suicida / N.N. Telepova, M.N. Telepov // Novaya nauka: Sovremennoe sostoyanie i puti razvitiya. – 2016. – № 5–3. – S. 85–96.
222. Trufanova, E.O. CHelovek v labirinte identichnostej / E.O. Trufanova // Voprosy filosofii. – 2010. – № 2. – S. 13–23.
223. Usenkova, E.V. Destruktivnye izmeneniya lichnosti v genezise addiktiv'nogo povedeniya podrostkov / E.V. Usenkova // Aprobaciya. – 2013. – № 6. – S. 79–83.

224. Fel'dshtejn, D.I. Problemy vozrastnoj i pedagogicheskoj psihologii / D.I. Fel'dshtejn. – M.: Mezhdunar. ped. akad., 1995. – 366 s.
225. Fel'dshtejn, D.I. Psihologiya vzrosleniya: strukturno-soderzhatel'nye harakteristiki processa razvitiya lichnosti / D.I. Fel'dshtejn. – M.: Flinta, 2004. – 67 s.
226. Fel'dshtejn, D.I. Psihologicheskie osnovy obshchestvenno-poleznoj deyatelnosti podrostkov / D.I. Fel'dshtejn. – M.: Pedagogika, 1982. – 224 s.
227. Frankl, V. Logoterapiya i ekzistencial'nyj analiz: stat'i i lekcii / V. Frankl. – M.: Al'pina non-fikshn, 2016. – 344 s.
228. Frankl, V. Chelovek v poiskah smysla / V. Frankl. – M.: Progress, 1990. – 372 s.
229. Hasan, B.I. Obrazovanie v oblasti profilaktiki narkozavisimosti i drugih addicij: organizacionno-metodicheskoe posobie / B.I. Hasan, N.N. Dyundik, E.YU. Fedorenko, I.A. Kuharenko, T.I. Privalihina. – Krasnoyarsk: Krasnoyarskij gos.un-t., 2003.
230. Henzeler, H. Vklad psihoanaliza v problemu suicida / H. Henzeler // Enciklopediya glubinnoj psihologii. – 2001. – T. 2. – S. 88-102.
231. Holmogorova, A.B. Kognitivnaya psihoterapiya suicidal'nogo povedeniya: istoriya razrabotki, sovremennoe sostoyanie, perspektivy razvitiya / A.B. Holmogorova // Medicinskaya psihologiya v Rossii. – 2013. – № 2. – S. 10.
232. Holmogorova, A.B. Osnovnye itogi issledovanij faktorov suicidal'nogo riska u podrostkov na osnove psihosocial'noj mnogofaktornoj modeli rasstrojstv affektivnogo spektra / A.B. Holmogorova, S.V. Voliko-va // Medicinskaya psihologiya v Rossii. – 2012. – T. 2.
233. Hol'ckhej-Kunc, A. Stradanie iz-za sobstvennogo bytiya. Dazajn-analiz i zadacha germenevtiki psihopatologicheskikh fenomenov / A. Hol'ckhej-Kunc. – Vil'nyus: Logvinov, 2016. – 312 s.
234. Cvetkov, A.V. Giperaktivnyj rebenok: nejropedagogika samoregulyacii / A.V. Cvetkov. – M.: Izdatel'stvo «Sport i Kul'tura-2000, 2017. – 128 s.
235. Chelysheva, YU.V. Referentnye gruppy i cennostnye orientacii podrostkov s asocial'nym povedeniem / YU.V. Chelysheva // Sistemnaya psihologiya i sociologiya. – 2015. – № 4. – S. 23–29.

236. SHaboltas, A.V. Risk i riskovannoe povedenie kak predmet psihologičeskih issledovanij / A.V. SHaboltas // Vestnik Sankt-Peterburgskogo uni-versiteta. Sociologiya. – 2014. – № 3. – S. 5–16.
237. SHajdukova, L.K. Struktura psihopatopodobnyh rasstrojstv u bol'nyh opijnoj narkomaniej / L.K. SHajdukova, E.V. Koblova // Social'naya i kliničeskaya psichiatriya. – 2009. – T. 19. – № 2. – S. 5–9.
238. SHamsutdinova, D.V. Profilaktika i korrekciya deviantnogo povedeniya podrostkov v sfere dosuga kak kompleksnaya social'no-pedagogičeskaya problema. [Elektronnyj resurs] / D.V. SHamsutdinova // Vestnik TGU. – 2010. – № 12. – Rezhim dostupa: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-korrektsiya-deviantnogo-povedeniya-podrostkov-v-sfere-dosuga-kak-kompleksnaya-sotsialno-pedagogičeskaya-problema>.
239. SHarok, V.V. Osobennosti motivacionno-cennostnoj sfery i samootno-sheniya lichnosti, sklonnoj k riskovannomu povedeniyu: dis. ... kand. psi-hol. nauk : 19.00.01 / SHarok Veronika Viktorovna. – Spb., 2010. – 168 s.
240. SHEvandrin, N.I. Social'naya psihologiya v obrazovanii / N.I. SHEv-nadrin. – M.: Vlos. – 1995. – T. 544. – 41 s.
241. SHemyakina, O.O. Psihologo-pedagogičeskaya deyatel'nost' po profilaktike deviantnogo povedeniya podrostkov [Elektronnyj resurs] / O.O. SHemyakina // Psihologiya i pravo. – 2011. – T. 1. – № 4. – Rezhim dostupa <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n4/49305.shtml>.
242. SHpranger, E. Psihologiya yunosheskogo vozrasta / E. SHpranger // Pedologiya yunosti. – 1931.
243. SHumskij, V.B. Diagnostika ekzistencial'noj ispolnennosti: original'naya russkoyazychnaya versiya testa ekzistencial'nyh motivacij / V.B. SHumskij, E.M. Ukolova, E.N. Osin, YA.D. Lupandina // Psihologiya. Zhurnal Vysšej shkoly ekonomiki. – 2016. – T. 13. – № 4. – S. 763–788.
244. SHustov, D.I. Alkoholizm kak autoagressivnoe zabolevanie / D.I. SHustov // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. – 2004. – № 5. – S. 38–43.

245. SHustov, D.I. Autoagressivnoe povedenie, alkohol'naya zavisimost' i emocional'noe vygoranie sredi medicinskih rabotnikov / D.I. SHustov, S.N. Ozol' // Omskij psihiatricheskij zhurnal. – 2016. – № 2 (8). – S. 37–39.
246. El'konin, D.B. K probleme periodizacii psihicheskogo razvitiya v det-skom vozraste / D.B. El'konin // Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. – 1989. – 68 s.
247. El'konin, D.B. Nekotorye aspekty psihicheskogo razvitiya v podrostko-vom vozraste / D.B. El'konin // Psihologiya podrostka. – M.: Ros. ped. Agentstvo, 1997. – S. 313–320.
248. El'konin, D.B. Psihicheskoe razvitie v detskih vozrastah / D.B. El'konin. – M.: MODEK, 1997. – 416 s.
249. Erikson, E. Identichnost': yunost' i krizis / E. Erikson; per. s angl. pod red. A.V. Tolstyh. – M.: Progress, 1996. – 133 s.
250. YUnackevich, P.I. Psihologo-pedagogicheskaya diagnostika i korek-ciya suicidal'nogo povedeniya voennosluzhashchih: dis. ... kand. ped. nauk : 13.00.08 / YUnackevich Petr Ivanovich. – Spb., 1997. – 373 s.
251. YUnackevich, P.I. Sociologicheskie i psihologo-pedagogicheskie osnovy suicidologii: Uchebnoe posobie / P.I. YUnackevich, I.V. Gilinskij; pod red. V.A. Kulganova. – Sankt-Peterburg, 1999. – 338 s.
252. YUnackevich, P.I. Test SL-19 / P.I. YUnackevich. – Sankt-Peterburg: Voennokosmicheskaya akademiya imeni A.F. Mozhajskogo, 1996.
253. YAlom, I. Vglyadyvayas' v solnce. ZHizn' bez straha smerti / I. YAlom. – M.: Eksmo, 2009. – 352 s.
254. YAsyukova, L.A. Social'no-psihologicheskie osobennosti podrostkov s problemnym povedeniem / L.A. YAsyukova // Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psihologii i social'noj raboty. – 2007. – T. 7. – № 1. – S. 62–67. Ajzen, I. Questions raised by a reasoned action approach: Comment on Ogden (2003) / I. Ajzen, M. Fishbein // Health Psychology. – 2004. – № 23(4). – C. 431–434.

255. AlYagon, M. Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties / M. Al-Yagon, M. Margalit // *European Journal of Special Needs Education*. – 2006. – Vol. 21. – № 1. – P. 21–37.
256. Appelqvist-Schmidlechner, K. Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service / K. Appelqvist-Schmidlechner // *Tampere University Press*. – 2011. – 174 pp.
257. Armstrong, L.L. Meaningful youth engagement as a protective factor for youth suicidal ideation / L.L. Armstrong, I.G. Manion // *Journal of Research on Adolescence*. – 2015. – Vol. 25 – N 1. – P. 20–27.
258. Aseltine, Jr R. H. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program / Jr R. H. Aseltine, R. DeMartino // *American Journal of Public Health*. – 2004. – T. 94. – № 3. – P. 446–451.
259. Ayodeji, E. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm / E. Ayodeji, J. Green, Chr. Roberts, G. Trainor, J. Rothwell, A. Woodham, A. Wood // *The British Journal of Psychiatry*. – 2015. – T. 207. – №. 4. – P. 313–319.
260. Backer, H.S. Dialectical behaviour therapy for adolescents; a literature review / H.S. Backer, A.L. Miller, L.M. van den Bosch // *Tijdschr Psychiatr*. – 2009. – № 51. – P. 31–41.
261. Barber, B.K. Family, personality, and adolescent problem behaviors / B.K. Barber // *Journal of Marriage and the Family*. – 1992. – P. 69–79.
262. Bateman, A. Mentalization based treatment for borderline personality disorder / A. Bateman, P. Fonagy // *World psychiatry*. – 2010. – Vol. 9 – № 1. – P. 11.
263. Beck, A.T. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation / A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 1979. – Vol. 47. – № 2. – P. 343.

264. Berman, A.L. Adolescent suicide: Assessment and intervention / A.L. Berman, D.A. Jobes, M.M. Silverman. – Washington, DC, US: American Psychological Association, 2006. – 456 pp.
265. Berman, S.L. Existential Anxiety in Adolescents: Prevalence, Structure, Association with Psychological Symptoms and Identity Development / S.L. Berman, C.F. Weems, T.R. Stickle // *Journal Of Youth And Adolescence*. – 2006. – Vol. 35(3). – P. 303–310.
266. Beutler, B. Specific and treatment fit variables in psychotherapy outcome / B. Beutler // *Journal of Psychotherapy Integration*. – 2012. – Vol. 22(3). – P. 255–281.
267. Blasco, M.J. Suicidal thoughts and behaviors: Prevalence and association with distal and proximal factors in Spanish university students / M.J. Blasco // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2019. – T. 49. – № 3. – P. 881–898.
268. Bolger, E. Grounded theory analysis of emotional pain / E. Bolger // *Psychotherapy Research*. – 1999. – T. 9. – № 3. – P. 342–362.
269. Bonner, R.L. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. / R.L. Bonner, A.R. Rich // *Suicide & Life-Threatening Behavior*. – 1987. – Vol. 17. – P.50–63.
270. Botvin, Life skills training: preventing substance misuse by enhancing individual and social competence / G.J. Botvin, K.W. Griffin // *New directions for youth development*. – 2014. – № 141. – C. 57–65.
271. Brassai, L. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life / L. Brassai, B.F. Piko, M.F. Steger // *The Psychological Record*. – 2012. – Vol. 62, № 4. – P. 719–734.
272. Brent, D. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy / D. Brent, D. Holder, D. Kolko // *Arch Gen Psychiatry*. – 1997. – Vol. 54(9). – P.877–885
273. Brian, C.J. Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention/ C. J. Brian, M.D. Rudd. – New York: Guilford Press, 2018, – 294 pp.

274. Bridge, J.A. Adolescent suicide and suicidal behavior / J.A. Bridge, T.R. Goldstein, D.A. Brent // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2006. – Vol. 47. – № 3(4). – P. 372–394.
275. Briggs, S. *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* / S. Briggs, A. Lemma, W. Crouch. – Routledge, 2009. – 272 pp.
276. Briggs, S. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis / S. Briggs // *British journal of psychiatry*. – 2019. – T. 214. – № 6. – P. 320–328.
277. Brodie, M.S. Ethanol increases the firing rate of dopamine neurons of the rat ventral tegmental area in vitro / M.S. Brodie, S.A. Shefner, T.V. Dunwiddie // *Brain research*. – 1990. – T. 508. – № 1. – P. 65–69.
278. Bronk, K.C. Purpose in life among high ability adolescents / K.C. Bronk, W.H. Finch, T.L. Talib // *High Ability Studies*. – 2010. – Vol. 21, – № 2. – P. 133–145.
279. Brown, G.W. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. Comorbidity and adversity / G.W. Brown, T.O. Harris, M.J. Eales // *Psychological medicine*. – 1993. – T. 23. – № 1. – P. 155–165.
280. Brunstein, K.A. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents / K.A. Brunstein // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2019. – T. 60. – № 2. – P. 209–215.
281. Burns, J. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition / J. Burns, M. Dudley, P. Hazel, G. Patton // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2005. – № 39:3. P. 121–128.
282. Calcar, A.L. The Sources of Strength Australia Project: study protocol for a cluster randomised controlled trial / A.L. Calcar // *Trials*. – 2016. – T. 17. – № 1. – P. 1–12.

283. Carli, V. Preventing suicidality through online tools: The SUPREME project / V. Carli // *Understanding suicide*. – 2016. – P. 281–289.
284. Carli, V. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics / V. Carli // *BMC public health*. – 2013. – Vol. 13. – № 1. – P. 479.
285. Carroll, R. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis / R. Carroll, C. Metcalfe, D. Gunnell // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9. – № 2. – P. e89944.
286. Chapman, A.L. Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts / A.L. Chapman, K.L. Dixon-Gordon // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2007. – Vol. 37. – № 5. – P. 543–552.
287. Chapman, A.L. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model / A.L. Chapman, K.L. Gratz, M.Z. Brown // *Behavior research and therapy*. – 2006. – № 44(3) – P. 371–394.
288. Chessick, R.D. Heidegger's "authenticity" in the psychotherapy of adolescents / R.D. Chessick // *American journal of psychotherapy*. – 1996. – Vol. 50. – № 2. – P. 208–216.
289. Clarke, G. Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization / G. Clarke, M. Hornbrook, F. Lynch // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2002. – № 41(3) – P. 305–313.
290. Cloninger, C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: a reply to commentaries / C.R. Cloninger // *Psychiatric Developments*. – 1988. – Vol. 2. – P. 83–120.
291. 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. – № 2. – P. 297–303.
292. Copeland, J. Application of technology in the prevention and treatment of substance use disorders and related problems: opportunities and challenges / J. Copeland // *Substance use & misuse*. – 2011. – Vol. 46. – № 1. – P. 112–113.



293. Corrado, C.A. *Soul Food: Offering a Daseinsanalytic Understanding of Anorexia Nervosa* / C.A. Corrado. – The Chicago School of Professional Psychology, 2012. – 24 pp.
294. Cotton, S. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review / S. Cotton, K. Zebracki, S.L. Rosenthal, J. Tsevat, D. Drotar // *Journal of Adolescent Health*. – 2006. – Vol. 38. – № 4. – P. 472–480.
295. Cotton, S. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors / S. Cotton, E. Larkin, A. Hoopes, B.A. Cromer, S.L. Rosenthal // *Journal of adolescent health*. – 2005. – Vol. 36, –№ 6. – P. 529.
296. Coyne, J.C. Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes / J.C. Coyne, G. Downey // *Annual review of psychology*. – 1991. – Vol. 42. – № 1. – P. 401–425.
297. Crumley, F.E. Substance abuse and adolescent suicidal behavior / F.E. Crumley // *JAMA*. – 1990. – Vol. 263. – № 22. – P. 3051–3056.
298. D'Amico, E.J. Screening in Primary Care: What Is the Best Way to Identify At-Risk Youth for Substance Use? / E.J. D'Amico, L. Parast, L.S. Meredith, B.A. Ewing, W.G. Shadel, B.D. Stein // *Pediatrics* November– 2016. – № 138 (6) – P. e20161717.
299. D'Aulerio, M. Awareness method in truancy prevention programs: WE-STAY project / M. D'Aulerio // *European Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27. – P. 1.
300. Daldin, H.J. A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence / H.J. Daldin // *Journal of Child Psychotherapy*. – 1988. – Vol. 14. – № 1. – P. 61–66.
301. De Beurs, D. Network analysis: a novel approach to understand suicidal behaviour / D. De Beurs // *International journal of environmental research and public health*. – 2017. – T. 14. – № 3. – P. 219.
302. De Leo, D. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the Who / D. De Leo, S. Burgis, J.M. Bertolote, A.J. Kerkhof, U. Bille-Brahe // *EURO multicentre Study. Crisis*. – 2006; –№ 27(1). – P. 4–15.

303. De Leo, D. Resources for Suicide Prevention / Diego De Leo, V. Postuvan.— Hogrefe Publishing, 2017. —158 pp.
304. Delgado, S.V. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an old friend revisited / S.V. Delgado // *Psychiatry (Edgmont)*. — 2008. — Vol. 5. — № 5. — P. 67.
305. Demuthova, S. The Prevalence and Most Frequent Forms of Self-Harm in Adolescents / S. Demuthova, A. Demuth // *International Conference on Research in Psychology*. — London: Diamond Scientific Publication. — 2019. — P. 39–51.
306. DeRubeis, R.J. Cognitive therapy / R.J. DeRubeis, T.Z. Tang, A.T. Beck // *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. — 2001. — Vol. 2. — P. 349–392.
307. Dieserud, G. Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach / G. Dieserud, E. Roysamb, O. Ekeberg, P. Kraft // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. — 2001. — Vol. 31. — № 2. — P. 153–168.
308. Doering, S. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial / S. Doering, S. Horz, M. Rentrop, M. Fischer-Kern, P. Schuster, C. Benecke, A. Buchheim, Ph. Martius, P. Buchheim // *The British Journal of Psychiatry*. — 2010. — T. 196. — № 5. — P. 389–395.
309. Dogra, A.K. Impact of meaning in life and reasons for living to hope and suicidal ideation: A study among college students / A.K. Dogra, S. Basu, S. Das // *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*. — 2011. — T. 18. — № 1. — P. 89.
310. Donaldson, D. Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial / D. Donaldson, A. Spirito, C. Esposito-Smythers // *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. — 2005. — Vol. 44. — № 2. — P. 113–120.
311. DuBose, T. On having nothing to lose: Daseins-icide and the lethal and liberating possibilities of “choosing-not-to-be-of-any-value” among children and adolescents / T. DuBose // *Journal for Phenomenological Anthropology and Psychotherapy*. — 2010. — Vol. 26. — pp. 88–99.
312. D'Zurilla, T.J. Problem solving and behavior modification / T.J. D'Zurilla, M.R. Goldfried // *J Abnorm Psychol*. — 1971. — № 78. — P. 107–126.

313. Edmondson, A.J. Using photo-elicitation to understand reasons for repeated self-harm: a qualitative study / A.J. Edmondson, C. Brennan, A.O. House // *BMC psychiatry*. – 2018. – T. 18. – № 1. – P. 98.
314. Edmondson, A.J., Brennan C., House A.O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts / A.J. Edmondson, C. Brennan, A.O. House // *J Affect Disord*. – 2016. – 191:109. – P. 17.
315. Ennett, S.T. How effective is drug abuse resistance education? / S.T. Ennett, N.S. Tobler, C.L. Ringwalt, R.L. Flewelling // *A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations*. – 1994. – № 84(9) – P. 401.
316. Eskin, M. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults / M. Eskin, K. Ertekin, H. Demir // *Cognitive Therapy and Research*. – 2008. – Vol. 32. – № 2. – P. 227–245.
317. Esmaeilian, N. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis / N. Esmaeilian, M. Dehghani, E. H W Koster, K. Hoorelbeke // *Clinical psychology & psychotherapy*. – 2019. – Vol. 26. – № 3. – P. 388–398.
318. Esposito-Smythers, C. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial / C. Esposito-Smythers // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2011. – Vol. 79. – № 6. – P. 728.
319. Esposito-Smythers, C. Working with the suicidal client who also abuses substances / C. Esposito-Smythers // *Cognitive and behavioral practice*. – 2012. – Vol. 19. – № 2. – P. 245–255.
320. Ettinger, S. Transforming psychic pain. The Meaning and Function of Self Injury on Womens Lives / S. Ettinger. – Smith College School for Social Work, 1992.
321. 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 // *Psychol Med*. – 1999. – № 29. – P. 19–25.

322. Evans, R. Samaritans radar app / R. Evans //Nursing Standard. – 2014. – № 15. – P. 33.
323. Farberow, N.L. The cry for help. / N.L. Farberow, E.S. Shneidman. – New York: McGraw-Hill, 1961. – 398 pp.
- 324.Favazza, A.R. Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry / A.R. Favazza. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987.–270 pp.
- 325.Favazza, A.R. Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self-mutilation / A.R. Favazza, R.J. Rosenthal //Psychiatric Services. – 1993. – T. 44. – № 2. – P. 134–140.
- 326.Figley, C.R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care / C.R. Figley //Journal of clinical psychology. – 2002. – Vol. 58. – №11. – P. 1433–1441.
- 327.Firestone, R.W. Psychodynamics in adolescent suicide / R.W. Firestone, R.H. Seiden //Journal of College Student Psychotherapy. – 1992. – № 3–4. – P. 101–124.
328. Fischer, G. Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial / G. Fischer // Trials. – 2013. – № 1. – P. 1–7.
329. Fitzgerald, B. An existential view of adolescent development / B. Fitzgerald // Adolescence. – 2005. – Vol. 40.– № 160. – P. 793.
- 330.Fitzpatrick, K.K. Randomized controlled trial of a brief problem-orientation intervention for suicidal ideation / K.K. Fitzpatrick, T.K. Witte, N.B. Schmidt //Behavior Therapy. – 2005. – T. 36. – № 4. – P. 323–333.
- 331.Fleischhaker, C. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. / C. Fleischhaker, R. Böhme, B. Sixt, C. Brück, C. Schneider, E. Schulz // Child Adolesc Psychiatry Ment Health. – 2011.– №5– P. 3–10.
- 332.Fonagy, P. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence / P.Fonagy, M. Target, G. Gergely //Psychiatric Clinics. – 2000. – T. 23. – № 1. – P. 103–122.

333. Frankl, V.E. *Psychotherapy and existentialism: selected papers on logotherapy* / V.E. Frankl, J.C. Crumbaugh. – Washington: Washington Square Press, 1967. – 242 pp.
334. Franklin, J.C. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research / J.C. Franklin, J.D. Ribeiro, K.R. Fox, K.H. Bentley, E.M. Kleiman, X. Huang // *Psychological Bulletin*. – 2016. – Vol. 143. – P. 187–232.
335. Fredrickson, B.L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions / B.L. Fredrickson // *American psychologist*. – 2001. – Vol. 56. – № 3. – P. 218.
336. Freedenthal, S. Adolescent Help-Seeking and the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program: An Evaluation / S. Freedenthal // *Suicide and Life-Threatening Behavior* – 2010. – P. 628–639.
337. Friedman, M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project / M. Friedman // *International Journal of Psycho-Analysis*. – 1972. – T. 53. – P. 179–183.
338. García-Alandete, J. Purpose-in-Life Test: Comparison of the main models in patients with mental disorders / J. García-Alandete, J.H. Marco, S. Pérez // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2017. – Vol. 20. – P. 31.
339. García-Alandete, J. Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico / J. García-Alandete, J.F. Gallego-Pérez, S. Pérez // *Universitas Psychologica*. – 2009. – № 8(2). – P. 447–454.
340. Garrison, C.Z. Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents / C.Z. Garrison // *Journal of Child and Family Studies*. – 1993. – Vol. 2. – № 4. – P. 339–352.
341. Gatta, M. Effectiveness of brief psychodynamic therapy with children and adolescents: an outcome study / M. Gatta // *Frontiers in Pediatrics*. – 2019. – Vol. 7. – P. 501.
342. Gebler, F.A. Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain: A clinical trial with 6 months follow-up /

- F.A. Gebler, A.Maercker // *The Humanistic Psychologist*. – 2014. – Vol. 42(2). – P.155–171.
- 343.Germain, S.A.S. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction / S.A.S. Germain, J.M. Hooley // *Psychiatry research*. – 2012. – Vol. 197. – № 1–2. – P. 78–84.
- 344.Gerra, G. Neurotransmitter-neuroendocrine responses to experimentally induced aggression in humans: influence of personality variable / G. Gerra // *Psychiatry Research*. – 1997. – Vol. 66. – № 1. – P. 33–43.
- 345.Gluckman, P.D. Changing times: the evolution of puberty / P.D. Gluckman, M.A. Hanson // *Mol Cell Endocrinol* – 2006.– № 254. – P.26–31.
- 346.Golami, M. To investigate the effectiveness of group logotherapy on the increase of life expectancy and health on female teenager Major Thalassemia patients of Ahvaz City / M. Golami, G. Pasha, M. Sodani // *Knowledge & Research in Applied Psychology*. – 2010. – Vol.11(42). – P. 23–42.
- 347.Goldston, D.B. Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence / D.B. Goldston // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2004. – Vol. 76. – P. 79–91.
- 348.Goldston, D.B. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment / D.B. Goldston // *American Psychologist*. – 2008. – Vol. 63. – № 1. – P. 14.
- 349.Gould, M.S. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial / M.S. Gould, F.A. Marrocco, M. Kleinman // *JAMA*. – 2005. – № 293 (13). – P. 1635–1643.
- 350.Gould, M.S. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide / M.S. Gould // *Archives of general psychiatry*. – 1996. – Vol. 53. – № 12. – P. 1155–1162.
- 351.Gould, M.S. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years / M.S. Gould // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2003. – T. 42. – № 4. – P. 386–405.

- 352.Green, J.M. Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomised controlled trial with economic evaluation / J.M. Green //Bmj. – 2011. – Vol. 342. – P. d682.
- 353.Grollman, Earl A. Suicide: Prevention, Intervention, Postvention / Earl A.Grollman. – Boston: Beacon Press, 1988. – 160 pp.
- 354.Grossoehme, D.H. Images of God used by self-injurious burn patients / D.H. Grossoehme, L.S. Springer //Burns. – 1999. – Vol. 25. – № 5. – P. 443–448.
- 355.Grunbaum, J.A. Youth risk behavior surveillance / J.A. Grunbaum//Journal of School Health. – 2002. – Vol. 72. – № 8. – P. 313–328.
- 356.Gunderson, J.G. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation / J.G. Gunderson, M.E. Ridolfi // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2001. – Vol. 932. – № 1. – P. 61–77.
- 357.Guthrie, E. Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning / E. Guthrie //Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2003. – T. 37. – № 5. – P. 532–536.
- 358.Haditabar, H. Effectiveness of logotherapy concepts training in increasing the quality of life among students / H. Haditabar, N.S. Far, Z. Amani // International Journal of Psychology and Behavioral Research. – 2013. – Vol. 2(4). – P. 223–230.
- 359.Hagemann, O. Status report Schleswig-Holstein. Germany-crime prevention in Schleswig-Holstein / O. Hagemann //Qualification in crime prevention: status reports from various European Countries. – Germany: Forum Verlag Godesberg. – 2008. – P. 79–98.
- 360.Haines, J. The psychophysiology of self-mutilation / J. Haines //Journal of abnormal psychology. – 1995. – Vol. 104. – № 3. – P. 471.
- 361.Hanewinkel, R. Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents / R. Hanewinkel, J.D. Sargent //Pediatrics. – 2009. – Vol. 123. – № 3. – P. 989–995.
- 362.Hangartner, R.B. Benchmarking the “Question, Persuade, Refer” program against evaluations of established suicide prevention gatekeeper trainings / R.B.

- Hangartner//Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2019. – Vol. 49. – № 2. – P. 353–370.
- 363.Hannila, P. Self-Destructive Behavior and Suicide Prevention in Adolescence: An Existential and Meaning-Centered Perspective / P. Hannila, T. Purjo. – Dallas, 2013. – 18 pp.
- 364.Hanza, C.A. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model / C.A. Hanza// Clin Psychol Rev.– 2012 –№ 32(6). – P. 82–95.
- 365.Harmon, M.A. Reducing the Risk of Drug Involvement Among Early Adolescents: An Evaluation of Drug Abuse Resistance Education / M.A. Harmon //Evaluation Review. – 1993. – Vol. 17. – № 2. – P. 221–239.
- 366.Hassan, R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note / R. Hassan //The Australian and New Zealand journal of sociology. – 1994. – Vol. 30. – № 2. – P. 194–202.
- 367.Hawton, K. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide / K. Hawton //American Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – № 8. – P. 1494–1500.
- 368.Hawton, K. Self-harm and suicide in adolescents / K. Hawton, K.E.A. Saunders, R.C. O'Connor //The Lancet. – 2012. – Vol. 379. – № 9834. – P. 2373–2382.
- 369.Hawton, K. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital / K. Hawton, D. Zahl, R. Weatherall //The British Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 182. – № 6. – P. 537–542.
- 370.Heath, N.L. 22 Prevention of Nonsuicidal Self-Injury Schools / N.L. Heath, J.R.Toste, S.D. MacPhee //The oxford handbook of suicide and self-injury. – 2014. – C. 397.
- 371.Heath, N.L. Teachers' Perceptions of Non-Suicidal Self-Injury in the Schools / N.L. Heath // School Mental Health. – 2006. –№ 3(1). – P. 35–43.
- 372.Hegerl, U. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach / U. Hegerl // BMC public health. – 2009. – Vol. 9. – № 1. – P. 428.



373. Henry, K.L. The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation / K.L. Henry // *Journal of youth and adolescence*. – 2014. – Vol. 43– № 2. – P. 221–232.
374. Herpertz, S. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings / S. Herpertz, H. Sass, A. Favazza // *Journal of psychiatric research*. – 1997. – Vol. 31. – № 4. – P. 451–465.
375. Hetrick, S.E. Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial / S.E. Hetrick // *Evidence-based mental health*. – 2017. – Vol. 20. – № 3. – P. 76–82.
376. Hewitt, J.L. Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings / J.L. Hewitt, S.D. Edwards // *Journal of psychiatric and mental health nursing*. – 2006. – Vol. 13. – № 6. – P. 665–672.
377. Heyno, A. On being affected without being infected: managing suicidal thoughts in student counselling / A. Heyno // *Relating to Self-Harm and Suicide: Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention*. – 2008. – P. 175.
378. Hickey, M. Cognitive behavioural therapy and existential-phenomenological psychotherapy: Rival paradigms or fertile ground for therapeutic synthesis? / M. Hickey, D. Mirea // *Existential Analysis*. – 2012. – Vol. 23(1). – P. 15–31.
379. Higgins, E. “What Works”: systematic review of the “FRIENDS for Life” programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety / E. Higgins, S. O’Sullivan // *Educational Psychology in Practice*. – 2015. – Vol. 31. – № 4. – P. 424–438.
380. Hilt, L.M. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model / L.M. Hilt // *The Journal of Early Adolescence*. – 2008. – Vol. 28. – № 3. – P. 455–469.
381. Himer, J. Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients / J. Himer // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 1994. – Vol. 31. – № 4. – P. 620.

- 382.Hjelmeland, H. Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions / H. Hjelmeland //Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2002. – Vol. 32. – № 4. – P. 380–393.
383. Hjemdal, O. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents / O. Hjemdal // Clinical psychology & psychotherapy. – 2011. – Vol. 18. –№ 4. – P. 314–321.
384. Horner, A.J. Psychoanalytic object relations therapy / A.J. Horner. – Jason: Aronson, 1991.
- 385.Hufford, M.R. Alcohol and suicidal behavior /M.R. Hufford //Clinical psychology review. – 2001. – Vol. 21. – № 5. – P. 797–811.
- 386.Ibrahim, N. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia / N. Ibrahim // BMC public health. – 2019. – Vol. 19 – № 4. – P. 553.
- 387.Jacobson, C.M. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm / C.M. Jacobson //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37. – № 2. – P. 363–375.
- 388.Jans, T. Suicide and self-harming behaviour / T. Jans, Y. Taneli, A. Warnke //IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. – 2012.
- 389.Jelscha, S. Disordered existentiality: Mental illness and Heidegger’s philosophy of Dasein /S. Jelscha //Phenomenology and the Cognitive Sciences. – 2018. – Vol. 17. – № 3. – P. 485–502.
- 390.Jobes, D.A. Managing Suicidal Risk A Collaborative Approach / D.A. Jobes. – The Guilford Press, 2016. –270 p.
- 391.Jobes, D.A. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus Treatment as Usual: A Retrospective Study with Suicidal Outpatients. / D.A. Jobes // Suicide and Life-Threatening Behavior. –2005, –Vol.35.–№ 5. –P. 483–497.
- 392.Joiner, T.E. An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: Hopelessness as a stress and depression generator / T.E. Joiner, L.R. Wingate, A.

- Otamendi //Journal of Social and Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 24. – № 5. – P. 649–664.
- 393.Kaess, M. Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial /M. Kaess // European Child & Adolescent Psychiatry.–2019. –P. 1–11.
- 394.Kalafat, J. An Evaluation of a School-Based Suicide Awareness Intervention / J. Kalafat, M. Elias // Suicide and Life-Threatening Behavior.–1994.–№ 24. –P. 224–233.
- 395.Kaminer, Y. Youth substance abuse and co-occurring disorders / Y. Kaminer. – American Psychiatric Pub,2015. – 386 p.
- 396.Kaminski, J.W. The relative influence of different domains of social connectedness on self-directed violence in adolescence / J.W. Kaminski//Journal of youth and adolescence. – 2010. – Vol. 39. – № 5. – P. 460–473.
- 397.Kang, K.A. Effects of logotherapy on life respect, meaning of life, and depression of older school-age children / K.A. Kang, S.J. Kim, M.K. Song, M.J. Kim// Journal of Korean Academy of Nursing. – 2013. – Vol. 43(1). – P.91–101.
398. Karavalaki, M. An existential–integrative treatment of adolescent substance abuse / M.Karavalaki, D. Shumaker // The Humanistic Psychologist. – 2016. – Vol. 44. – № 4. – P. 381.
- 399.Katz, C. A systematic review of school-based suicide prevention programs / C. Katz //Depression and anxiety. – 2013. – T. 30. – № 10. – C. 1030–1045.
400. Kernberg, O.F. Transference focused psychotherapy: Overview and update / O.F. Kernberg //The International Journal of Psychoanalysis. – 2008. – T. 89. – № 3. – P. 601–620.
401. Khan, M.M.A. Suicidal behavior among school-going adolescents in Bangladesh: findings of the global school-based student health survey /M.M.A. Khan // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2020. – P. 1–12.

402. Khantzian, E.J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications / E.J. Khantzian // *Harvard review of psychiatry*. – 1997. – Vol. 4. – № 5. – P. 231–244.
403. King, C.A. Suicidal behavior in adolescence / C.A. King // *Review of suicidology*, – 1997. – P. 61–95.
404. King, C.A. Youth-Nominated Support Team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial / C.A. King // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2006. – Vol. 74. – № 1. – P. 199.
405. Kleiman, E.M. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor / E.M. Kleiman, J.K. Beaver // *Psychiatry research*. – 2013. – Vol. 210. – № 3. – P. 934–939.
406. Klein, D.A. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder / D.A. Klein, A.L. Miller // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. – 2011. – № 20. – P. 205–216.
407. Klerman, G.L. Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy / G.L. Klerman, M.M. Weissman. – Jason Aronson, Incorporated, 1994.
408. Klonsky, E.D. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis / E.D. Klonsky, T.M. Olin // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2008. – T. 76. – № 1. – C. 22.
409. Klonsky, E.D. *Nonsuicidal Self-injury* / E.D. Klonsky, S. Muehlenkamp, B. Walsh. – Hogrefe Publishing, 2011. – 92 p.
410. Klonsky, E.D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence / E.D. Klonsky // *Clinical psychology review*. – 2007. – Vol. 27. – № 2. – P. 226–239.
411. Klonsky, E.D. The three-step theory: A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework / E.D. Klonsky, A.M. May // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2015. – Vol. 8. – № 2. – P. 114–129.

412. Kobasa, S.C. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship / S.C. Kobasa, S.R. Maddi, S. Courington // *Journal of health and social behavior*. – 1981. – P. 368–378.
413. Kopetz, C. When the end justifies the means: Self-defeating behaviors as “rational” and “successful” self-regulation / C. Kopetz, E. Orehek // *Current Directions in Psychological Science*. – 2015. – Vol. 24. – № 5. – P. 386–391.
414. Kovacs, M. The children’s depression inventory / M. Kovacs. – New York: Multi-Health Systems, –1992.
415. Kreitman, N. Parasuicide / N. Kreitman, P. Alister, S. Greer, C. Barley // *The British Journal of Psychiatry*. – 1970. – Vol. 116. – P. 460 – 461.
416. Krupitsky, E.M. The Combination of Psychedelic and Aversive Approaches in Alcoholism Treatment: The Affective Contra-Attribution Method / E.M. Krupitsky, A.Ya. Grinenko, T.N. Berkalie // *Alcoholism Treatment Quarterly*. – 1992. – Vol. 9 – № 1. – P. 99–105.
417. Kuramoto-Crawford, S.J. Parent–child connected- ness and long-term risk for suicidal ideation in a nationally representative sample of US adolescents / S.J. Kuramoto-Crawford, M.M. Ali, H.C. Wilcox // *Crisis*. – 2016. – Vol. 38 – P. 309–318.
418. Langle, A. *Existenzanalyse und Daseinsanalyse* / A. Langle, A. Holzhey-Kunz. – Wien: Facultas, 2008. – 356 pp.
419. Lapierre, S. A systematic review of elderly suicide prevention programs / S. Lapierre // *Crisis*. – 2011. – № 32 (2) – P. 88–98.
420. Lee, B.W.H. Development of The Existential and Humanistic Life and Death Education Program (EHLDE) Manual for Adolescents / B.W.H. Lee. – A Preliminary Evaluation and Revision Alliant International University, 2019. – P. 265.
421. Leste, D. Why people kill themselves: a 1990s summary of research findings on suicidal behavior / D. Leste. – Charles C Thomas, 1992. – 353 pp.
422. Levy, K.N. Transference-Focused Psychotherapy (TFP) / K.N. Levy // *Current treatment options in psychiatry*. – 2019. – Vol. 6. – № 4. – P. 312–324.

423. Lewinsohn, P.M. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications / P.M. Lewinsohn, P. Rohde, J.R. Seeley // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 1996. – Vol. 3. – № 1. – P. 25–46.
424. Lewis, K.C. Impairments in object relations and chronicity of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder / K.C. Lewis // *Journal of Personality Disorders*. – 2016. – Vol. 30. – № 1. – P. 19–34.
425. Lewis, S.P. Development and validation of the self-harm reasons questionnaire / S.P. Lewis, D.A. Santor // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2008. – Vol. 38. – № 1. – P. 104–115.
426. Lin, L. The influence of meaning in life on adolescents' hedonic well-being and risk behaviour: Implications for social work / L. Lin, D.T.L. Shek // *The British Journal of Social Work*. – 2019. – Vol. 49. – № 1. – P. 5–24.
427. Lindberg, G. Low serum cholesterol concentration and short term mortality from injuries in men and women / G. Lindberg // *Bmj*. – 1992. – Vol. 305. – № 6848. – P. 277–279.
428. Linehan, M.M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder; Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* / M.M. Linehan. – New York: Guilford, 1993. – 558 pp.
429. Luxton, D.D. Social media and suicide: a public health perspective / D.D. Luxton, J.D. June, J.M. Fairall // *American journal of public health*. – 2012. – Vol. 102. – № 2. – P. 195–200.
430. Lybbert, R. Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress / R. Lybbert, S. Ryland, R. Bean // *Children and Youth Services Review*. – 2019. – Vol. 100. – P. 98–104.
431. Maddi, S.R. Hardiness and mental health / S.R. Maddi, D.M. Khoshaba // *Journal of personality Assessment*. – 1994. – Vol. 63. – № 2. – P. 265–274.
432. Madsen, T. Postdeployment suicidal ideations and trajectories of posttraumatic stress disorder in Danish soldiers: a 3-year follow-up of the USPER study / T. Madsen // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2014. – № 75 (9). – P. 994–1000.

433. Mahler, M.S. The psychological birth of the child / M.S. Mahler, F. Pine, A. Bergman // New York: Basic. – 1975. – 308 pp.
434. Mäkikyrö, T.H. Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients / T.H. Mäkikyrö // Journal of Adolescent Health. – 2004. – T. 34. – № 3. – P. 250–253.
435. Mann, J.J. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients / J.J. Mann, K.M. Malone // Biological psychiatry. – 1997. – T. 41. – № 2. – P. 162–171.
436. Mann, J.J. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review / J.J. Mann, A. Apter, J. Bertolote // JAMA. – 2005. – № 294 (16). – P. 2064–2074.
437. Mann, J.J. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients / J.J. Mann // American Journal of Psychiatry. – 1999. – T. 156. – № 2. – P. 181–189.
438. Marco, J.H. Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder / J.H. Marco // Psychiatry Research. – 2015. – Vol. 230. – № 2. – P. 561–566.
439. Maris, R.R.M. Suicide and neuropsychiatric adverse effects of SSRI medications: methodological issues / R.R.M. Maris. – Columbia: University of South Carolina, 2002.
440. Mars, B. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study / B. Mars // Bmj. – 2014. – Vol. 349. – P. 5954.
441. Mavreas, V.G. The epidemiology of death and suicide symptoms in primary health care / V.G. Mavreas, T.B. Ustun // Suicide: Biopsychosocial approaches. – 1997. – P. 11–22.
442. May, R. Freedom and destiny / R. May. – New York: WW Norton & Company, 1999. – 245 pp.
443. McAuliffe, C.M. Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention? / C.M. McAuliffe // Archives of Suicide Research. – 2002. – Vol. 6. – № 4. – P. 325–338.

444. McBride, W.J. Serotonin mechanisms in alcohol drinking behavior / W.J. McBride // *Drug Development Research*. – 1993. – Vol. 30. – № 3. – P. 170–177.
445. McCauley, E. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial / E. McCauley // *JAMA psychiatry*. – 2018. – Vol. 75. – № 8. – P. 777–785.
446. McLoughlin, A.B. Global trends in teenage suicide: 2003–2014. / A.B. McLoughlin, M.S. Gould, K.M. Malone // *QJM Int J Med* – 2015. – № 108 (10). – P. 765–780.
447. Melvin, G. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression / G. Melvin, B. Tonge, N. King, D. Heyne, M. Gordon, E. Klimkeit // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2006. – № 45 (10). – P. 1151–1161.
448. Michel, K. *Attempted Suicide Short Intervention Program: a manual for clinicians* / K. Michel, A. Gysin-Malillart. – Hogrefe Publishing, 2015. – 114 pp.
449. Miranda-Mendizabal, A. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies / A. Miranda-Mendizabal // *International journal of public health*. – 2019. – Vol. 64. – № 2. – P. 265–283.
450. Moller, C.I. Self-harm, substance use and psychological distress in the Australian general population / C.I. Moller, R.J. Tait, D.G. Byrne // *Addiction*. – 2013. – Vol. 108. – № 1. – P. 211–220.
451. Moran, P. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study / P. Moran // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2015. – Vol. 131. – № 1. – P. 61–68.
452. Muehlenkamp, J.J. Distinguishing between suicidal and nonsuicidal self-injury / J.J. Muehlenkamp // *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. – 2014. – P. 23–46.
453. Muehlenkamp, J.J. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program / J.J. Muehlenkamp, B.W. Walsh, M. McDade // *Journal of Youth and Adolescence*. – 2010. – Vol. 39. – № 3. – P. 306–314.



454. Muldoon, M.F. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials / M.F. Muldoon, S.B. Manuck, K.A. Matthews // *Bmj*. – 1990. – Vol. 301. – № 6747. – P. 309–314.
455. Mychailyszyn, M.P. Working through the blues: a meta-analysis on interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) / M.P. Mychailyszyn, D.M. Elson // *Children and Youth Services Review*. – 2018. – Vol. 87. – P. 123–129.
456. Nam, M.H. The Effects of a Logotherapy Group Counseling Program on Life Purpose, Self-Esteem, and School Adjustment Among Middle School Students / M.H. Nam, U. Im Park // *Korean Journal of Child Studies*. – 2017. – Vol. 38. – № 1. – P. 5–15.
457. Nässberger, L. Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters / L. Nässberger, L. Träskman-Bendz // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1993. – Vol. 88. – № 1. – P. 48–52.
458. Neff, K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself / K. Neff // *Self and Identity*. – 2003. – Vol. 2. – № 2. – P. 85–101.
459. Niemiec, R.M. Understanding death attitudes: The integration of movies, positive psychology, and meaning management / R.M. Niemiec, S.E. chulenberg // *Death studies*. – 2011. – T. 35. – № 5. – P. 387–407.
460. Nijman, H.L.I. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients / H.L.I. Nijman // *European Psychiatry*. – 1999. – Vol. 14. – № 1. – P. 4–10.
461. Nock, M.K. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior / M.K. Nock, M.J. Prinstein // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2004. – Vol. 72. – № 5. – P. 885.
462. Nock, M.K. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts / M.K. Nock // *Psychiatry research*. – 2006. – Vol. 144. – № 1. – P. 65-72.
463. Nock, M.K. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey / M.K. Nock, R.C. Kessler // *Journal of abnormal psychology*. – 2006. – Vol. 115. – № 3. – P. 616.

464. Nock, M.K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults / M.K. Nock, M.J. Prinstein, S.K. Sterba // *Journal of abnormal psychology*. – 2009. – Vol. 118. – № 4. – P. 816.
465. Nock, M.K. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment / M.K. Nock. – American Psychological Association, 2009. – 337 p.
466. Noll, J.G. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study / J.G. Noll // *Journal of Interpersonal Violence*. – 2003. – Vol. 18. – № 12. – P. 1452–1471.
467. Norström, T. Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level / T. Norström, I. Rossow // *Archives of Suicide Research*. – 2016. – Vol. 20. – № 4. – P. 489–506.
468. O'Connor, R.C. Looking to the future: a synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention / R.C. O'Connor, G. Portzky // *Frontiers in Psychology*. – 2018. – Vol. 9. – P. 2139–2158.
469. O'Connor, R.C. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior / R.C. O'Connor // *The International Handbook of Suicide Prevention*. – 2011. – P. 220–240.
470. O'Connor, R.C. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm / R.C. O'Connor, S. Rasmussen, K. Hawton // *The British Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 200. – № 4. – P. 330–335.
471. O'Connor, R.C. Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults / R.C. O'Connor // *BJPsych open*. – 2018. – Vol. 4. – № 3. – P. 142–148.
472. Offer, D. Barglow P. Adolescent and young adult self-mutilation incidents in a general psychiatric hospital / D. Offer, P. Barglow // *Archives of General Psychiatry*. – 1960. – Vol. 3. – № 2. – P. 194–204.
473. Ollendick, T.H. Fear in children and adolescents: Relations with negative life events, attributional style, and avoidant coping / T.H. Ollendick, A.K. Langley,

- R.T. Jones, C. Kephart // *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*. –2001. – № 42 (8). – P. 1029–1034.
- 474.Ollendick, T.H. Fears in children and adolescents / T.H. Ollendick, J.L. Matson, W.J. Helsel // *Normative data. Behaviour Research And Therapy*. – 1985. – № 23 (4). – P. 465–467.
- 475.Opperman, K. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: An examination of the interpersonal theory of suicidal behavior / K. Opperman // *Archives of Suicide Research*. – 2015. – Vol. 19. – № 3. – P. 385–400.
- 476.Orbach I. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning / I. Orbach // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2003. – Vol. 33. – № 3. – P. 231–241.
- 477.Orbach, I. The Body-Mind of the Suicidal Person / I. Orbach // *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* – 2006. – P. 193–214.
- 478.Orbach, I. Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents / I. Orbach, M. Mikulincer, R. King, D. Cohen, D. Stein // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997. – № 65. – P. 646–652.
- 479.Osgood, N.J. Suicidal behavior in long-term care facilities. / N.J. Osgood, B.A. Brant // *Suicide & Life-Threatening Behavior*. – 1990. – № 20. – P. 113–122.
- 480.Osipova, N.N. Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents with Depressive Disorders / N.N. Osipova // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2020. – Vol. 50. – № 1. – P. 40–44.
- 481.O'Sullivan, M. Suicidal ideation and acts of self-harm among Dublin school children / M. O'Sullivan, M. Fitzgerald // *Journal of Adolescence*. – 1998. – Vol. 21. – № 4. – P. 427–433.
- 482.Ougrin, D. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis / D. Ougrin // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 54. – № 2. – P. 97–107.

483. Petrova, M. Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support / M. Petrova // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2015. – Vol. 45. – № 6. – P. 651–663.
484. Pineda, J. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis / J. Pineda, M.R. Dadds // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2013. – Vol. 52. – № 8. – P. 851–862.
485. Pivac, N. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and platelet serotonin concentrations in depressed patients / N. Pivac // *Psychiatry research*. – 1997. – Vol. 73. – № 3. – P. 123–132.
486. Pollock, L.R. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall / L.R. Pollock, J.M.G. Williams // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31. – № 4. – P. 386–396.
487. Prinstein, M. Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. / M. Prinstein, J. Boergers, A. Spirito, T. Little // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 2000. – № 29 (3). – P. 392–405.
488. Pritchard, C. Undetermined and accidental mortality rates as possible sources of underreported suicides: population-based study comparing Islamic countries and traditionally religious Western countries / C. Pritchard, W. Iqbal, R. Dray // *BJPsych Open*. – 2020. – Vol. 6. – № 4. – P. 56.
489. Przepiorka, A. The relationship between attitude toward time and the presence of meaning in life / A. Przepiorka // *International Journal of Applied Psychology*. – 2012. – Vol. 2. – № 3. – P. 22–30.
490. Randell, B.P. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions / B.P. Randell, L.L. Eggert, K.C. Pike // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31. – № 1. – P. 41–61.
491. Rasmussen, S. Why do adolescents self-harm? / S. Rasmussen // *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 2016. – № 37 (3) – P. 176-183.

492. Rathus, J. Miller A. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents / J. Rathus, A. // *Suicide Life Threat Behav.* – 2002. – № 32 (2). – P. 146–157.
493. Rey, K. Existential therapy: Supporting youth through anxiety. / K. Rey. – University of Lethbridge, 2018. – P. 120.
494. Richardson, J.G. Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education / J.G. Richardson. – Greenwood Publishing Group, 1986. – P. 377.
495. Richert, A.J. Some thoughts on the integration of narrative and humanistic/existential approaches to psychotherapy / A.J. Richert // *Journal Of Psychotherapy Integration.* – 1999. – № 9 (2). – P. 161–184.
496. Roberts, R.E. Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide / R.E. Roberts, C.R. Roberts, Y.R. Chen // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 1998. – № 37. – P. 1294–1300.
497. Rodham, K. Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury / K. Rodham, K. Hawton. – Washington: APA Books, 2009. – P. 37–62.
498. Rogers, C.R. Empathic: An unappreciated way of being / C.R. Rogers // *The counseling psychologist.* – 1975. – Vol. 5. – № 2. – P. 2–10.
499. Rogers, J.R. «One size fits all»: An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals / J.R. Rogers, K.M. Soyka // *Journal of Contemporary Psychotherapy.* – 2004. – Vol. 34. – № 1. – P. 7–22.
500. Rosenbaum, J.E. Truth or consequences: the intertemporal consistency of adolescent self-report on the Youth Risk Behavior Survey / J.E. Rosenbaum // *American Journal of Epidemiology.* – 2009. – Vol. 169. – № 11. – P. 1388–1397.
501. Rossouw, T.I. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial / T.I. Rossouw, P. Fonagy // *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry.* – 2012. – Vol. 51. – № 12. – P. 1304–1313.
502. Rotheram-Borus, M.J. Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families / M.J. Rotheram-Borus // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 1994. – Vol. 33. – № 4. – P. 508–517.

503. Rotheram-Borus, M.J. Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services / M.J. Rotheram-Borus, J.U. Walker, W. Ferns // *Journal of clinical psychology*. – 1996. – Vol. 52. – № 2. – P. 137–143.
504. Rudd, M.D. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications / M.D. Rudd // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36. – № 3. – P. 255–262.
505. Ruder, T.D. Suicide announcement on Facebook / T.D. Ruder // *Crisis*. – 2011. – Vol. 32 (5) – P. 280–282.
506. Rudolf, G. A research strategy for measuring structural change in psychoanalytic psychotherapies / G. Rudolf, T. Grande, C. Oberbracht // *Psychoanalytic process research strategies II*. – 1997. – Vol. 12.
507. Rugala, S.A. An integration of existential psychology and the multimodal model / S.A. Rugala, M. Waldo // *Journal Of Humanistic Psychology*. – 1998. – Vol. 38 (4). – P. 65–79.
508. Rush, K. Risk of first general hospital admissions for self-harm among people with personality disorder: a retrospective cohort study / K. Rush // *Journal of personality disorders*. – 2020. – P. 1–6.
509. Rutter, P.A. Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors / P.A. Rutter, A.E. Behrendt // *Adolescence*. – 2004. – Vol. 39. – № 154. – P. 295–303.
510. Rutz, W. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality / W. Rutz, J. Wålinder, L.V. Knorrning, Z. Rihmer, H. Pihlgren // *An update from the Gotland study, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 1997. – Vol. 1. – P. 39–46
511. Sankey, M. Brief report: classification of adolescent suicide and risk-taking deaths / M. Sankey, R. Lawrence // *Journal of adolescence*. – 2005. – Vol. 28. – № 6. – P. 781–785.
512. Şanlı, E. The effects of psycho-education program based on logotherapy for the development of a healthy sense of identity in emerging adulthoods / E. Şanlı, K. Ersanli // *Current Psychology*. – 2020. – P. 1–16.

- 513.Sansone, R.A. The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder / R.A. Sansone, Wiederman M.W., L.A. Sansone // *Journal of clinical psychology*. – 1998. – Vol. 54. – № 7. – P. 973–983.
- 514.Sawyer, S.M. The age of adolescence / S.M. Sawyer // *The Lancet Child & Adolescent Health*. – 2018. – Vol. 2. – № 3. – P. 223–228.
- 515.Schilling, E.A. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempt / E.A. Schilling // *Journal of Adolescent Health* – 2009. – Vol. 44. – № 4. – P. 335–341.
- 516.Schneider, K.J. *Existential-Integrative Psychotherapy* / K.J. Schneider. – *Guidesposts to the Core of Practice: Routledge*, 2011. – 368 pp.
- 517.Schnitzer, L.W. Differential associations among alcohol use, depression and perceived life meaning in male and female college students / L.W. Schnitzer, S.E. Schulenberg, E.M. Buchanan // *Journal of Substance Use*. – 2013. – Vol. 18. – P. 311–319.
- 518.SEYLE - Saving and Empowering Young Lives in Europe // *National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health*. – 2011.
- 519.Shaffer, D. Adolescent Suicide Attempters: Response to Suicide-Prevention Programs / D. Shaffer, V. Vieland, A. Garland, M. Rojas, M. Underwood, C. Busner // *JAMA*. – 1990. – 264 (24). – P. 3151–3155.
- 520.Shaffer, D. The Impact of Curriculum-based Suicide Prevention Programs for Teenagers / D. Shaffer, A. Garland, V. Vieland // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 1991. – Vol. 30. – № 4. – P. 588–596.
- 521.Shaw-Welch, S. Correlates of parasuicidal behaviors in women meeting criteria for borderline personality disorder / S. Shaw-Welch // *Poster session presented at the 37th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA*. – 2003.
- 522.Sheehan, P. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. / P. Sheehan, K. Sweeny, B. Rasmussen // *Lancet*. –2017. – 390. – P. 1792–806.

523. Sher, L. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders / L. Sher // *Journal of psychiatric research*. – 2009. – Vol. 43. – № 10. – P. 901–905.
524. Shneidman, E.S. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior/ E.S. Shneidman. – Jason Aronson, 1993.
525. Shneidman, E.S. The Los Angeles Suicide Prevention Center: a Demonstration of Public Health Feasibilities / E.S. Shneidman, N.L. Farberow // *American Journal of Public Health*. – 1965. – №55, – Vol.1, P.21–26.
526. Shumaker, D. An Existential–Integrative Treatment of Anxious and Depressed Adolescents / D. Shumaker // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2012. – Vol. 52 (4). – P. 375–400.
527. Shumaker, D. Existential-Integrative Approaches to Treating Adolescents / D. Shumaker. – New York: Springer, 2017. – 270 pp.
528. Silverman, M.M. The language of suicidology / M.M. Silverman // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36. – № 5. – P. 519–532.
529. Silverman, W.K. Child and adolescent anxiety disorders / M.M. Silverman, T.H. Ollendick // *A guide to assessments that work*. – 2008. – P. 181–206.
530. Sim, I. A Self-Reflection Program for Smoking Cessation in Adolescents: A Phenomenological Study / I. Sim, E. Hwang, B. Sin // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – № 3. – P. 1085.
531. Simpson, M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting / M.A. Simpson. – Simon and Schuster, 1975.
532. Snyder, C.R. The psychology of hope: You can get there from here./ C.R. Snyder. – Simon and Schuster, 1994.
533. Soloff, P.H. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder / P.H. Soloff, K.G. Lynch, T.M. Kelly // *Journal of personality disorders*. – 2002. – Vol. 16. – № 3. – P. 201–214.
534. Sotskova, A.T. Applying Goldfried’s concept of assimilative psychotherapy integration: The process of synthesizing existential and cognitive behavioral therapy



- models / A. Snyder, T. Carey, B. Mak // *Journal Of Psychotherapy Integration*. – 2016. – Vol. 26 (1). – P. 36–48.
535. Spirito, A. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality / A. Spirito // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. – 2011. – T. 20. – № 2. – C. 191–204.
536. Spirito, A. Evaluation of a Suicide Awareness Curriculum for High School Students / A. Spirito // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – Vol. 27. – № 6 – P. 705–711.
537. Spokas, M. Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts / M. Spokas // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 136 – № 3. – P. 1121–1125.
538. Stanley, B. Safety Planning Intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk / B. Stanley, G.K. Broun // *Cognitive and behavioral practice*. – 2012. – P. 256–264.
539. Stavrou, P.D. Psychoanalytic Psychotherapy as a Treatment for Depression in Adolescents: A Case Study / Stavrou P.D. // *Global Journal of Social Sciences Studies*. – 2018. – Vol. 4. – № 2. – P. 91–101.
540. Strunk, C.M. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group / C.M. Strunk // *Health Education & Behavior*. – 2014. – Vol. 41. – № 6. – P. 605–613.
541. Susukida, R. The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample. / R. Susukida, H.C. Wilcox, T. Mendelson // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 237. – P. 246–251.
542. Sutherland, O. Self-compassion in online accounts of nonsuicidal self-injury: An interpretive phenomenological analysis / O. Sutherland // *Counselling Psychology Quarterly*. – 2014. – Vol. 27. – № 4. – P. 409–433.
543. Suyemoto K. L. The functions of self-mutilation / K.L. Suyemoto // *Clinical psychology review*. – 1998. – Vol. 18. – № 5. – P. 531–554.

544. Suyemoto, K.L. Self-cutting in female adolescents / K.L. Suyemoto, M.L. MacDonald // *Psychotherapy*. – 1995. – Vol. 32. – P. 162–171.
545. Swahn, M.H. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents / M.H. Swahn, R.M. Bossarte, E.E. Sullivent // *Pediatrics*. – 2008. – 121 (2). – P. 297–305.
546. Swahn, M.H. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults / M.H. Swahn // *Suicide Life Threat Behav.* – 2001. – 32.– P. 9.
547. Tang, T.C. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors / T.C. Tang // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2009. – Vol. 63. – № 4. – P. 463–470.
548. Taylor, L.M.W. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm / L.M.W. Taylor // *Behavioural and cognitive psychotherapy*. – 2011. – Vol. 39. – № 5. – P. 619.
549. Teismann, T. Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study / T. Teismann // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2018. – Vol. 18. – № 1. – P. 1–7.
550. Testoni, I. Enhancing Existential Thinking through Death Education: A Qualitative Study among High School Students / I. Testoni // *Behavioral Sciences*. – 2020. – Vol. 10. – № 7. – P. 113.
551. Thir, M. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis / M. Thir, A. Batthyány // *Logotherapy and Existential Analysis*. – Springer, Cham, 2016. – P. 53–74.
552. Tomer, A. Existentialism and spiritual issues in death attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T.P. Wong // N. J.: Erlbaum. – 2008. – 466 p.
553. Tompkins, T.L. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness / T.L.

- Tompkins, J. Witt, N. Abraibesh // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2010. – Vol. 40. – № 5. – P. 506–515.
554. Townsend, E. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. / E. Townsend, K. Altman, D.G. Altman, E. Arensman, D. Gunnell, P. Hazell // *Psychol Med*. – 2001. – 31. – P. 979–988.
555. Turp, M. *Hidden self-harm: narratives from psychotherapy*. / M. Turp. – Jessica Kingsley Publishers, 2002.
556. Uddin, R. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. / R. Uddin, N.W. Burton, M. Maple, S.R. Khan, A. Khan // *Lancet Child Adolescent Health*. – 2019. – № 3 (4). – P. 223–233.
557. UNICEF Staff. *The state of the world's children 2011-executive summary: Adolescence an age of opportunity*. – Unicef, 2011.
558. Vieland, V. et al. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up / V. Vieland // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – Vol. 30. – № 5. – P. 811 – 815.
559. Vos, J. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes / J. Vos, M. Craig, M. Cooper // *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. – 2015. – Vol. 83 (1). – P. 115–128.
560. Voss, C. Prevalence, onset, and course of suicidal behavior among adolescents and young adults in Germany / C. Voss // *JAMA network open*. – 2019. – Vol. 2. – № 10. – P. e1914386-e1914386.
561. Walker, K.L. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior in a diverse sample: The moderating role of social problem-solving ability / K.L. Walker // *International Journal of Mental Health and Addiction*. – 2017. – Vol. 15. – № 3. – P. 471–484.
562. Walker, K.L. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior in a diverse sample: The moderating role of social problem-solving ability / K.L. Walker //

- International Journal of Mental Health and Addiction. – 2017. – Vol. 15, – 3. – P. 471–484.
563. Wasserman C. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience / C. Wasserman // *PloS one*. – 2018. – Vol. 13. – № 2. – P. e0191843.
564. Wasserman, D. A Stress-vulnerability model and the development of the suicidal process / D. Wasserman // *Suicide: An unnecessary death*. – 2001. – Vol. 13. – P. 27.
565. Wasserman, M. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial / M. Wasserman // *The Lancet*. – 2015. – № 385. – P. 1536-1544.
566. Weaver, I.C.G. Epigenetic programming by maternal behavior / I.C.G. Weaver // *Nature neuroscience*. – 2004. – Vol. 7. – № 8. – P. 847.
567. Weishaar, M.E. Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behavior / M.E. Weishaar, A.T. Beck // *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. – 1990. – P. 469–498.
568. Weissman, M.M. Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy / M.M. Weissman, G.L. Klerman, B.A. Prusoff, D. Sholomskas, N. Padian // *Archives of General Psychiatry*. – 1981. – Vol. 38. – P. 52–55.
569. Wenzel, A. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications / A. Wenzel, G.K. Brown, A.T. Beck. – American Psychological Association, 2009.
570. Whitlock, J. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population / J. Whitlock, K.L. Knox // *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. – 2007. – Vol. 161. – № 7. – P. 634–640.
571. 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.

572. Whitlock, J.L. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury / J.L. Whitlock, J.L. Powers, J. Eckenrode // *Developmental psychology*. – 2006. – Vol. 42. – № 3. – P. 407.
573. WHO. Health needs of adolescents. Geneva: World Health Organization, –1977.
574. WHO. The global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016–30). – 2015.
575. Williams, F. Emotion regulation, coping and alcohol Use / F. Williams, P. Hasking // – *Prevention Science*. – 2009. – № 11 (1) – P. 33–41.
576. Williams, J.M.G. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory / J.M.G. Williams // *Cognition and emotion*. – 2006. – Vol. 20. – № 3–4. – P. 548–568.
577. Williams, J.M.G. Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain / J.M.G. Williams, M. Williams. – Mark Williams, 2002. – 265 pp.
578. Wize, R.A. Localization of drug reward mechanisms by intracranial injections / R.A. Wize, D.C. Hofmann // *Synapse*. – 1992. – Vol. 10. – P. 247–263.
579. Woods, P.J. The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for long range suicide prevention / P.J. Woods, G.E. Muller // *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. – 1988. – Vol. 6. – № 4. – P. 236–258.
580. Wyman, P. A. A method for assessing implementation success of a peer-led suicide prevention program / P.A. Wyman // *Implementation Science*. – BioMed Central, 2015. – Vol. 10. – № 1. – P. 42.
581. Wyman, P.A. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools / P.A. Wyman // *American journal of public health*. – 2010. – Vol. 100. – № 9. – P. 1653–1661.
582. Yalom, I.D. *Existential Psychotherapy* / I.D. Yalom. – Basic Books, 1980. – 524 p.
583. Yates, T.M. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample / T.M. Yates E.A. Carlson, B. Egeland // *Development and psychopathology*. – 2008. – Vol. 20. – № 2. – P. 651–671.

- 584.Zalsman, G. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review / G. Zalsman // *The Lancet Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3. – № 7. – P. 646–659.
- 585.Zureik, M. Serum cholesterol concentration and death from suicide in men: Paris prospective study I / M. Zureik, D. Courbon, P. Ducimetiere // *Bmj*. – 1996. – Vol. 313. – № 70.

**APPENDIX****Appendix 1**

Average values of indicators of volitional self-regulation, impulsivity and dysfunctional beliefs in groups of adolescents with risks of suicidal and self-injury behavior

	Self-injury		Suicidal behavior	
	Average	Standard deviation	Average	Standard deviation
Volitional self-regulation	12,7993	4,64065	11,2214	4,14783
Perseverance	8,4683	3,53514	7,0382	3,17055
Self-control	6,7113	2,62714	6,1603	2,46769
Impulsivity	2,0141	0,33656	2,0534	0,33542
Dysfunctional beliefs	19,3239	12,98037	23,4046	12,81392

Average values of indicators of volitional self-regulation, impulsivity and dysfunctional beliefs in groups of adolescents with risks of substance use and risky behavior

	Substance use		Risky behavior	
	Average	Standard deviation	Average	Standard deviation
Volitional self-regulation	12,7799	4,63018	8,7355	2,34610
Perseverance	8,4654	3,51089	5,2645	2,08618
Self-control	6,7296	2,57221	4,9622	1,72529
Impulsivity	2,0063	0,28677	2,0349	0,23928
Dysfunctional beliefs	18,6038	11,48032	21,6802	10,76420

## Appendix 3

Comparison of the average index of the indicators of existential motivations in the group of norm, tendency and risk of autoaggression

	Risk of autoaggression	Group of tendency	Group of norm
1FEM	25,7500	25,9462	29,2778
2 FEM	26,6250	25,6613	27,7778
3 FEM	26,4250	26,0108	28,2778
4 FEM	25,7000	24,6720	28,0556
Existential fulfillment	102,6000	102,3065	113,3889



Comparison of the average indicators of depression symptoms in groups of adolescents with autoaggressive behavior and a tendency to autoaggression.

	Group of tendency		Autoaggressive behavior	
	Mx	CKO	Mx	CKO
Negative mood	53,66	12,10	59,35	11,24
Interpersonal problems	59,37	15,09	64,58	15,64
Inefficiency in school	50,03	11,69	59,22	12,15
Anhedonia	52,20	10,53	55,70	9,49
Negative self-esteem	51,58	12,61	54,83	13,34
Total index	54,22	14,04	61,00	13,60

Significant differences in existential characteristics in groups of adolescents with autoaggressive and normative behavior (U-Manna Whitney)

	Personal Value of Safety	Security	Time	Recognition of valor	Involvement in social relationships
Z	-2,462	-2,282	-2,216	-2,313	-2,231
Asymptotic significance (2-sided)	0,014	0,022	0,027	0,021	0,026

Structure of interrelations of values and levels of fundamental existential motivations in a group of adolescents with autoaggressive behavior

Personal profile (values)	1FEM	2 FEM	3 FEM	4 FEM	Existential fulfillment
Conformity	,480**	0,295	,398*	,505**	,461**
	0,002	0,068	0,012	0,001	0,003
Traditions	0,296	,361*	,370*	,534**	0,270
	0,064	0,022	0,019	0,000	0,092
Kindness	,445**	,461**	,498**	,577**	,489**
	0,004	0,003	0,001	0,000	0,001
Universalism	0,305	0,164	0,297	0,254	,367*
	0,056	0,311	0,063	0,114	0,020
Independence	-0,034	0,299	,355*	,393*	-0,042
	0,835	0,061	0,025	0,012	0,796
Stimulation	-0,153	0,309	0,177	0,186	-0,183
	0,346	0,052	0,274	0,250	0,258
Hedonism	,344*	0,147	0,188	0,183	0,279
	0,030	0,366	0,246	0,257	0,081
Achievements	,471**	,426**	,389*	,562**	,440**
	0,002	0,006	0,013	0,000	0,004
Power	-0,060	0,105	-0,067	0,156	-0,080
	0,714	0,520	0,683	0,336	0,625
Safety	,524**	,344*	,378*	,499**	,469**

## EXPRESS TEST

To identify the interest, awareness and attitude of adolescents to the use of substances and alcohol

Instructions: please answer the suggested questions

1. If someone you know is in high spirits, fooling around, talking more than usual, what would you rather suspect?
  - A) That he drank alcohol
  - B) That the guys treated him to weed or spice
  - C) That he's just in the mood today
  - D) That he "shows off" in the company, every day this happens
  
2. If your friend has drunk a lot of alcohol and feels bad, how would you help him?
 

---
  
3. If your friend is trying alcohol for the first time, choose the feelings that he may have at that moment:
  - A) curiosity, how it works
  - B) the desire to appear adult
  - C) you can try it once
  - D) fear that adults will find out about it
  - E) disgust, anxiety, doubt
  - E) good mood
  
4. Which drug is the most harmless (underline the right one)
  - A) marijuana B) spice C) heroin
  - D) if in moderate doses, then there are no harmful E) all harmful
  
5. If you know that your friend tried the drug your feelings:
  - A) "he's not my friend anymore»
  - B) I don't see anything special in this, let him try it
  - C) the desire to talk and dissuade
  - D) an attempt to clarify the situation (what exactly did he accept, how does he feel?)
  - E) tell adults
  
6. If one of the guys has already tried "weed" several times, it can lead to:
  - A) he may become addicted to " weed»
  - B) it will not lead to anything, there is nothing wrong with it
  - C) he may be expelled from school

- D) to health problems
- E) wants to try other drugs

7. The school conducts medical drug testing (blood/urine). One of your classmates once tried marijuana, will they be able to detect it?

- A) Yes, they can
- B) after three days, they will no longer be able to
- C) they will be able to even in two weeks
- D) I do not know after how long drugs are eroded

8. Which of the substances are narcotic?

- A) SNIF, SNUS
- B) Nitrous oxide
- C) "Crocodile"
- D) Speed
- E) Everything

9. Some guys in the class smoke Vape, how do you think, why:

- A) Show off, consider themselves adults
- B) They like the taste, the smell, the clouds of steam
- C) Try to replace them with cigarettes
- D) They want to check on their own experience how it is
- E) Soar until the parents find out

10. Your friend, in response to the question why he drank alcohol, replied:

- A) he was interested in tasting alcohol
  - B) I decided to try it until the adults see it
  - C) he had personal problems, alcohol makes him feel better
- What would you believe?

## Appendix 8

### Method of determining the propensity to suicidal reactions SP-19

Instructions: if you agree with the statement, put " + "if not, put" -".

Please specify only one sign in front of each statement (if to a greater extent and / statement is true, put a " + " sign if often incorrectly, the sign "-").

1. That happens to me, I can handle it.

2. I must survive no matter what.
3. When I'm angry, the sight of blood can calm me down.
4. Many things just "infuriate" me.
5. I don't care what happens to me next.
6. It seems to me that I am simply unbearably tired of such a life.
7. Sometimes you want to fall asleep and not wake up.
8. I try never to lose heart.
9. I want to spit on everything.
10. I want to leave and not come back.
11. It is very difficult for me to live now.
12. In difficult situations, I try not to lose heart.
13. I will always find a way out of any situation.
14. All my efforts are pointless.
15. There is no point in living.
16. There is no strength to endure all this.
17. I feel it: "I'm not living in this world anymore."
18. I love life
19. Many people treat me well.

## Appendix 9

## Questionnaire for the study of sociodemographic indicators

8. Please provide Your age	
9. Gender (circle)	MALE / FEMALE

10. Family	a) complete (you live with both parents) b) incomplete (you live with one parent or other adult relatives)
11. How many people in the family	
12. Do you believe in God?	YES / NO
13. If you say yes to the previous question, what is your religion? If "no" - go to question №7.	a) Orthodoxy b) Islam c) Catholicism d) Judaism e) other
14. Social and living conditions	
7.1 Do you have a private room?	YES / NO
7.2. Does your family live together with your grandparents or separately?	a) we live together with our grandparents b) we live separately from our grandparents
7.3. Do you live with your family in your / rented / office apartment?	a) in their own b) in a removable / service room
8. Financial well-being	
Approximately 1 person per family per month accounts for	a) less than 10000 rubles б) 10000-20000 rubles B) more than 20000 rubles
10. Family characteristics	
9.1. Have you had any suicides in your family?	YES / NO
9.2. Did any of the relatives abuse alcohol?	YES / NO
9.3. Did any of the relatives abuse drugs?	YES / NO
9.4. Have there been any cases of domestic violence?	YES / NO
9.5. Number of conflicts in the family	a) absence б) 1-2 in week B) 3-5 cases in week