

На правах рукописи

Польская Наталия Анатольевна

**ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ФУНКЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО
ПОВЕДЕНИЯ ПРИ НОРМАТИВНОМ И НАРУШЕННОМ
ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ**

19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Москва
2017

Работа выполнена на кафедре клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет».

Научный консультант: доктор психологических наук, профессор **Холмогорова Алла Борисовна**, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского», декан факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет».

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор **Горьковая Ирина Алексеевна**, профессор кафедры психологии человека ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена».

доктор психологических наук, профессор **Дмитриева Наталья Витальевна**, профессор кафедры педагогики и психологии девиантного поведения СПб ГАОУ «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы» .

доктор медицинских наук, профессор **Шустов Дмитрий Иванович**, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова».

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И. Евдокимова» .

Защита состоится «17» мая 2017 года в _____ часов на заседании совета Д 212.232.22 при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, факультет психологии, ауд. 227.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: Университетская наб., д. 7/9 и на сайте www.disser.spbu.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2017 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
Д 212.232.22



А.В. Трусова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Одним из важным направлений современных клинико-психологических исследований является изучение сложных полиморфных и полифункциональных аутодеструктивных поведенческих феноменов, необходимость понимания которых продиктована их распространенностью в клинической и неклинической популяциях, усилением частоты в наиболее уязвимые возрастные периоды и под воздействием неблагоприятных средовых и психологических факторов, трудностями диагностики и релевантного подбора программ помощи и превенции в силу неясности психологических механизмов их формирования. К таким феноменам относится самоповреждающее поведение.

Самоповреждающее поведение (СП) как поведение, направленное на физическое повреждение тканей и органов собственного тела (Меннингер, 2000; Favazza, 1996), отмечается исследователями как в контексте проблем нормативного и нарушенного психического развития, начиная с ранних этапов онтогенеза (Мухамедрахимов, 1999; Berkson, Tupa, 2000; Emerson, 1992; Rutter, Bartak, 1973; Rutter, Behrendt, 2004; Thompson, Caruso, 2002 и др.), так и в более широком контексте проблем психического здоровья (Личко, Попов, 1990; Соколова, 2015; Холмогорова, 2011; Холмогорова, Гаранян, 2004, 2009) и психической адаптации личности (Вассерман, 2008; Исаева, 2010; Мамайчук, 2009; Овчинников, 2012 и др.). Акты самоповреждения наблюдаются при умственной отсталости, шизофрении, аутизме, пограничных психических и аддиктивных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве, а также при некоторых соматических заболеваниях (Бек, Фримен, 2002; Бутома, 1992; Меннингер, 2000; Тарабрина, 2009; Шевченко, 1994; Ясперс, 1997; Favazza, 1996 и др.).

С одной стороны, СП относится к доклиническим феноменам и свидетельствует о психологическом неблагополучии личности (Cloutier, Humphreys, 2008; Glassman et al., 2007; Gratz et al., 2002, 2008; Hawton et al., 1999; Hoff, Muehlenkamp, 2009 и др.), с другой стороны – является фактором риска суицидального поведения и/или симптомом психического расстройства (Зотов, 2006; Дмитриева и др., 2015; Тарабрина, 2009; Шевченко, 1994; Шустов, 2005; Berkson, Tupa, 2000; Chartrand et al., 2012; Corcoran et al., 2015; Drabble et al., 2013 и др.).

Необходимость изучения СП обусловлена его потенциальной опасностью для здоровья и контагиозностью (Joiner, 2003; Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto et al., 1998). В группе повышенного риска оказываются дети с нарушениями психического развития, подростки и молодые люди, включенные в неформальные субкультурные сообщества, депривированные, виктимизированные дети и подростки, воспитываемые вне семьи или находящиеся в условиях социальной изоляции (Булыгина и соавт., 2013; Воликова и соавт., 2013; Горьковская, 2015; Дозорцева, 2004; Мухамедрахимов, 2006; Brooks et al., 2003; Juhnke, 2011; Low et al., 2000; Roberts et al., 2006; Rutter, Behrendt, 2004). Научение СП происходит в группах ровесников или через сайты с соответствующей тематикой. Эффект коммуникативной успешности, означающий

быстрый способ достичь желаемого отношения со стороны окружающих, обеспечивает СП устойчивость в межличностных отношениях (Klonsky, 2007; Nock, 2010; Suyemoto, 1998).

Отмечается низкая обращаемость за специализированной помощью подростков и молодых людей с несуйцидальными самоповреждениями, что может быть объяснено страхом перед стигматизацией или отсутствием субъективного недовольства подобными действиями. Наибольшая частота самоповреждений у женщин приходится на возраст 15–19 лет, у мужчин на 20–24 года (Corcoran, Griffin, O'Carroll et al., 2015). Пик госпитализации с СП отмечается в период от 20 до 29 лет (DSM-5, 2013). Данные о распространенности несуйцидальных самоповреждений в популяционных и клинических выборках среди подростков и юношей существенно различаются и составляют по разным источникам от 5% до 21,4% (Польская, 2015; Brunner et al., 2007; Morey, Corcoran, Arensman et al., 2008; Nixon et al., 2008; Zoroglu et al., 2003 и др.).

Направления оказания психологической помощи при СП определяются целями развития навыков адаптации, и все большей популярностью пользуются модели, основанные на развитии адаптивных стратегий саморегуляции, разрабатываемые как отечественными, так и зарубежными специалистами (Абабков, Перре, 2004; Бузина, 2016; Вассерман и соавт., 2011; Дозорцева, 2000; Никольская, 2007; Рыбников, Булыгина, 2015; Холмогорова, 2011; Brown, Bryan, 2007; Linehan, 1993; Nixon, Cloutier, 2002; Walsh, 2015 и др.). Однако диапазон специализированных программ коррекции и профилактики СП ограничен.

Актуальность исследования СП обусловлена, во-первых, необходимостью теоретического обобщения отечественных и недостаточно представленных в российской научной литературе зарубежных исследований, посвященных проблемам СП при нормативном и нарушенном психическом развитии; во-вторых, недостаточностью и разобщенностью эмпирических исследований факторов риска СП с точки зрения взаимосвязи и влияния половозрастных, социальных и психологических параметров на феноменологию и функции СП; в-третьих, необходимостью научного обоснования программ психологической помощи и превенции СП.

Состояние разработанности проблемы исследования. Разработка проблемы СП ведется в разных направлениях: биологическом, клинко-психологическом, социальном: проводятся экспериментальные исследования психофизиологических и нейробиологических коррелятов СП (Muehlmann et al., 2011; Novak, 2003 и др.); исследуется влияние неблагоприятных средовых условий, депривации, психической травмы на формирование СП (Victor, Klonsky, 2014; Whitlock et al., 2013, 2016); изучаются модификаций тела как социально санкционированные формы СП (Jeffreys, 2000; Pitts, 2003).

Психологические представления о СП сформированы в рамках концепций: аутоагрессии и фрустрации-агрессии: СП как агрессия, направленная на собственное тело (Кернберг, 2001; Меннингер, 2000; Фрейд, 1990; Dollard, Doob, Miller et al., 1939); объектных отношений и эго-психологии: СП как следствие нарушений системы ранних отношений в структуре Я и результат влияния травматического опыта (Кляйн, 2010; Hartmann, 1979; Suyemoto, 1998);

теории привязанности и системного подхода в психиатрии: СП как симптом и как следствие нарушения качества привязанности, формирующегося в раннем возрасте (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969; Crittenden, 1994; Rutter, Behrendt, 2004); аддикции: обосновываются аддиктивные механизмы повторяющихся актов самоповреждения (Lam et al., 2009; Nixon et al., 2002; Svirko, Hawton, 2007; Whitlock et al., 2008 и др.); эмоциональной дисрегуляции: СП как результат нарушения психологических компонентов регуляции эмоций (Gratz, Roemer, 2004; Gratz, Chapman, 2007); избегания переживания: СП как один из деструктивных способов избегания потенциально травмирующих и болезненных эмоций, чувств, переживаний (Chapman et al., 2006); функциональной модели: СП как поведение, имеющее функциональное значение для внутриличностного и межличностного функционирования (Klonsky, 2007, 2009; Nock, 2008; Nock, Prinstein, 2005).

Широкая структурно-феноменологическая вариативность обуславливает введение многими исследователями таких уточняющих понятий, как парасуицид, аутоагрессия (Амбрумова, Трайнина, Ратинова, 1990; Бойко, 1991; Положий, 2010; Кудрявцев, 2013 и др.), несуйцидальное СП (Hoff, Muehlenkamp, 2009; Nixon, Cloutier, Jansson, 2008) или же феномены самоповреждения рассматриваются узко, в нозологически однородных группах, как, например, СП у больных с умственной отсталостью или аутизмом (Danquah, Limb, Chapman et al., 2009; Barrera et al., 2007; Matson, LoVullo, 2008 и др.). При этом акцент делается на частные функции СП. Следствием этого выступает дублирование однотипных исследований в разных выборках, отсутствие общепринятого терминологического аппарата и широкомасштабных исследований, объединяющих феноменологически и функционально разные самоповреждения.

Преодоление односторонних интерпретаций, системное и комплексное осмысление феноменов самоповреждения, изучение СП как психологического явления с учетом его онтогенетической, социокультурной и психологической полидетерминированности как при нормативном, так и при нарушенном психическом развитии – это самостоятельная научная задача. Предпосылки к ее осмыслению заложены в работах специалистов по детскому психоанализу, психологов развития, психиатров, клинических психологов и психотерапевтов (Аверин, 2012; Алексеева и соавт., 2013; Вассерман и соавт., 1995; Гаранян, 2003; Горьковая и соавт., 2014; Исаева, 2015; Коробейников, 2012; Овчинников, 2012, Соловьева, 2003; Мамайчук, 2000; Мухамедрахимов, 1999, 2006; Сирота, Ялтонский, 2014; Холмогорова, 2011, Щелкова, 2008 и др.). Решение этой задачи предполагает разработку теоретической концепции СП, методических средств анализа СП и проведение эмпирического исследования факторов СП.

Цель исследования. Разработка функционально-генетической концепции самоповреждающего поведения на основе определения его генезиса, феноменологии и функций при нормативном и нарушенном психическом развитии.

Объект исследования. Самоповреждающее поведение при нормативном и нарушенном психическом развитии.

Предмет исследования. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии.

Общая гипотеза исследования. Формирование самоповреждающего поведения обусловлено особенностями психического развития. Этап онтогенеза и нормативный или нарушенный характер психического развития определяют феноменологию и функции СП, которые могут быть раскрыты через систему половозрастных, социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов.

Частные гипотезы исследования.

1. Системный биопсихосоциальный подход к психическому развитию и его нарушениям служит основой для интеграции разрозненных теоретических данных о причинах и механизмах СП.

2. Феноменологические характеристики и функции СП имеют возрастную и гендерную специфику.

3. Феноменологические характеристики и функции СП определяются системой факторов, связанных с неблагоприятной социальной ситуацией развития, незрелостью когнитивно-эмоциональной сферы и дисфункциональными личностными характеристиками.

4. Психологическая помощь лицам с СП и эффективная превенция СП возможны на основе комплексной оценки роли половозрастных, социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов СП.

Задачи исследования.

1. Осуществить теоретико-методологический анализ концепций и моделей, вносящих вклад в понимание факторов и механизмов СП.

2. Разработать функционально-генетическую концепцию СП, с выделением форм, типов и функций СП и провести на ее основе систематизацию теоретических и эмпирических исследований СП с учетом онтогенетической и личностной специфики СП.

3. Разработать методический комплекс, направленный на изучение феноменологии, функций СП, половозрастных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов СП.

4. Осуществить в популяционной и клинической выборках эмпирическую верификацию функционально-генетической концепции СП и выделить способы, функции СП, половозрастные, социальные, когнитивно-эмоциональные и личностные факторы СП.

5. Выделить и описать мишени психологической помощи при СП, а также этапы и направления профилактики СП на основе данных теоретико-методологического анализа и результатов эмпирического исследования.

Теоретико-методологические основания работы. Теоретико-методологической основой исследования являются:

- системный биопсихосоциальный подход к пониманию многофакторной природы психических расстройств (В.М. Бехтерев, Б.Д. Карвасарский, В.Н. Мясищев, А.Б. Холмогорова, Н.S. Akiskal, G. Engel, G. Gabbard, Z. Lipowsky) и общепсихологическая системная концепция психической адаптации и дезадаптации (Ю.А. Александровский, Ф.Б. Березин, Л.И. Вассерман; М.А. Кабанов);

- культурно-историческая концепция развития психики и теоретические представления о дифференциации психологических структур и функций в ходе

психического развития (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Ю.И. Александров, Р. Шпиц, D. Stern, Н. Werner, Н. Witkin);

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

- методология клинико-психологического исследования, основанная на идеографическом и номотетическом подходах к изучению психики, сочетающая методы клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования (Л.И. Вассерман, В.В. Николаева, С.Л. Соловьева, О.Ю. Щелкова).

Методы исследования.

1. Теоретические методы: критический анализ концепций и моделей СП с выделением проблемного поля для теоретического конструирования функционально-генетической концепции СП; типологический и функциональный анализ СП.

2. Клинико-психологический метод: психологическое исследование факторов, феноменологии и стратегий СП в клинической выборке.

3. Популяционный метод: психологическое исследование факторов, феноменологии и стратегий СП в популяционной выборке.

4. Методы статистического анализа: частоты и описательные статистики, таблицы сопряженности (коэффициенты сопряженности, Гамма, χ^2 Пирсона), t-критерий, дисперсионный анализ, корреляционный анализ (коэффициенты Пирсона, Спирмена), кластерный анализ (кластеризация K-средними), эксплораторный факторный анализ, регрессионный анализ (линейная регрессия) (SPSS for Windows), конфирматорный факторный анализ (EQS 6.2 for Windows).

Методический комплекс включал следующие блоки методик.

1. *Методики исследования СП*: авторские шкалы, направленные на оценку способов и стратегий СП (Польская, 2010, 2014).

2. *Методики исследования социальных факторов СП*: анкета «Риск девиантной социализации подростка» (Польская, 2007), анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская, Кабанова, 2007), анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Польская, 2007), шкала школьного буллинга (Польская, Юнева, 2010).

3. *Методики исследования когнитивно-эмоциональных факторов СП*: методика оценки эмоционального интеллекта (ЭМИн) (Люсин, 2009), экспериментальная методика распознавания эмоций по фотографиям (Польская, Цыцаркина, 2010), шкала дифференциальных эмоций (Леонова, Капица, 2004); Торонтская алекситимическая шкала (TAS) (Taylor, Ryan, Bagby, 1985; Ересько, Исурина, Кайдановская и др., 2005); опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ) (Garnefski et al., 2002, Рассказова, Леонова, Плужников, 2011), методика определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма (Heim, 1988; Карварский и др., 1999; Змановская, 2006), опросник копинг-установок подростков ACOPE (Patterson, McCubbin, 1981), тест «Способы совладающего поведения» (Lazarus, Folkman, 1988; Вассерман и соавт., 2009; Крюкова и соавт., 2004); методика временной перспективы (ZTPI) Ф. Зимбардо (Сырцова, Митина, 2008).

4. *Методики исследования личностных факторов СП*: методика исследования самооотношения (МИС) (Пантилеев, 1993); опросник устойчивых форм я-внимания (Merz, 1986, Кондаков, 1997); шкала самооценки (Heatherton, Polivy, 1991); фрайбургский личностный опросник FPI (Fahrenberg, Selg, 1970; Крылов, Ронгинская, 1990); шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) (Ханин, 1976, 1988); личностная шкала проявления тревоги J. Taylor (Немчин, 2002); шкала враждебности (Cook, Medley, 1954; Лабунская, Менджерицкая, Бреус, 2001).

5. *Методики исследования психопатологической симптоматики и суицидального риска*: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis, 1977; Тарабрина, 2001); опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (Разуваева, 1993).

Участники исследования. Всего в исследовании приняло участие 1699 человек, из них 831 (45,6%) – женского пола и 991 (54,4%) – мужского пола в возрасте от 13 до 35 лет ($M_{\text{возр}}=18,2\pm 4,2$). В *популяционную выборку* было включено 1425 человек. В *клиническую выборку* – 274 человека: пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (N=46), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (N=19), пациенты подросткового и юношеского возраста с эмоциональными и поведенческими расстройствами (N=75), пациенты с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением опиоидов (N=57), подростки и юноши с легкой умственной отсталостью (N=66), больные шизофренией (N=11).

Научная новизна исследования. Впервые разработана оригинальная функционально-генетическая концепция СП, в рамках которой систематизированы и проанализированы проявления СП при нормативном и нарушенном психическом развитии. Получены новые данные о половозрастных особенностях СП. Теоретически обосновано и эмпирически подтверждено влияние социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов на проявления СП. Разработан новый методический инструментарий для изучения СП: авторские анкеты и две исследовательских шкалы. На основе теоретического и эмпирического исследования СП выделена система мишеней для комплексной коррекционной работы и профилактики с учетом различных факторов СП.

Теоретическая значимость. Теоретическое и эмпирическое обоснование нового подхода к изучению СП расширяет существующие в клинической психологии представления о механизмах формирования аутодеструктивных форм поведения. Разработанная функционально-генетическая концепция СП открывает новые возможности анализа и синтеза теоретических и эмпирических исследований СП с учетом роли социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов СП. Полученные данные дополняют существующие в современной психологии представления о феноменологии и функциях СП, открывая новые возможности и перспективы изучения многофакторной природы СП. Представленные результаты теоретического и эмпирического исследований СП вносят вклад в разработку системного подхода к организации психологической помощи и профилактики СП.

Теоретико-методологический и методический подходы, реализованные в настоящем исследовании, могут служить основой для разработки новой междисциплинарной области – психологии самоповреждающего поведения.

Практическая значимость. Приведенные в диссертации теоретические модели и эмпирические результаты могут быть использованы в практической психологии и здравоохранении для разработки комплексных программ диагностики, коррекции и профилактики СП. Полученные в ходе исследования данные о половозрастных, социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторах СП могут быть применены в программах повышения квалификации специалистов, работающих с группами риска по СП, использованы в профессиональных тренингах и психообразовательных программах. Разработанный авторский методический инструментарий, предназначенный для выявления и изучения СП, может быть применен психологами, врачами и другими специалистами в клинических и популяционных исследованиях, в индивидуальной диагностической и коррекционной работе. Валидизированные опросники: тест копинг-стратегий для подростков АСОРЕ (Patterson, McCubbin, 1981) и шкала самооценки (Heatherton, Polivy, 1991) могут применяться для решения научных задач в психологических исследованиях. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в подразделениях научно-исследовательских учреждений для обоснования новых путей изучения проблематики самоповреждения и других проявлений аутодеструктивного поведения.

Результаты исследования внедрены в практику работы ПБ №4 им. П.Б.Ганнушкина, ФГБУ «ФМИЦПН им. В.Г.Сербского», используются в учебном процессе факультета консультативной и клинической психологии Московского государственного психолого-педагогического университета.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечивается теоретической проработанностью проблемы СП, методологической обоснованностью исследовательских процедур на этапах планирования, проведения исследования и анализа его результатов, взаимодополняемостью и согласованностью теоретических, эмпирических методов и методик, репрезентативностью выборки (1699 человек), статистическим анализом результатов исследования с использованием методов корреляционного, дисперсионного, факторного, кластерного анализа, таблиц сопряженности и структурного моделирования.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Функционально-генетическая концепция самоповреждающего поведения, основанная на принципах системного биопсихосоциального подхода к психическому развитию и его нарушениям, позволяет интегрировать разрозненные данные о причинах и механизмах СП, описать генезис СП с выделением *формы* (импульсивная, стереотипная и волевая), *типов* (реактивный, дисфункциональный и идентификационный) и *функций* СП (моторная, сенсорной стимуляции, сигнальная, контроля и идентификации).

2. Особенности психического онтогенеза и психический регресс как возврат к менее дифференцированным способам психологического функционирования опосредуют формы, типы и функции СП на разных этапах онтогенеза при нормативном и нарушенном психическом развитии.

3. Феноменологические характеристики и функции СП могут быть операционализированы через выделение способов самоповреждения (инструментального и соматического) и стратегий СП (избавление от напряжения, восстановление контроля над эмоциями, воздействие на других, поиск нового опыта).

4. Половозрастная специфика СП характеризуется усилением частоты и тяжести самоповреждения в старшем подростковом и юношеском возрасте и различиями по полу: для женского пола характерен реактивный, для мужского – дисфункциональный тип СП. При нарушенном психическом развитии выявленная тенденция сохраняется с закреплением СП на более поздних этапах онтогенеза как привычной модели поведения в рамках психопатологического синдрома.

5. Социальные факторы (социальное неблагополучие, неформальная социализация и школьный буллинг), когнитивно-эмоциональные и личностные факторы (недостаточность эмоционального интеллекта, алекситимия, низкоадаптивные копинг-стратегии, дисфункциональность я-концепции и нарушения временной перспективы, тревожность, враждебность и нейротизм) – их особенности, взаимосвязи и связи с конкретными актами, способами и стратегиями СП – характеризуют качественное своеобразие СП при нормативном и нарушенном психическом развитии.

6. В качестве системы мишеней психологической помощи при СП выступают проблемы социальной адаптации, отставание в когнитивно-эмоциональном развитии и личностные особенности, выявленные в ходе изучения факторов СП. Психологическая помощь и профилактика СП должны носить системный и комплексный характер, учитывающий социальную ситуацию развития, уровень когнитивной дифференцированности и эмоциональной зрелости, а также специфику личностных дисфункций.

Апробация исследования. Основные положения и результаты работы докладывались автором на IV и V Всероссийском съезде Российского психологического общества (Ростов-на-Дону, 2007; Москва, 2012), научно-практической конференции «Ананьевские чтения» (Санкт-Петербург, 2007–2016), Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии» (Санкт-Петербург, 2007), научно-практической конференции «Психологическое здоровье как условие самореализации личности» (Омск, 2008), международной конференции по когнитивной науке (Москва, 2008; Томск, 2010), межрегиональной научно-практической конференции «Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте» (Новосибирск, 2008), Всероссийской конференции с международным участием «Современные подходы в биомедицинской, клинической и психологической антропологии» (Томск, 2008), II Всероссийской научно-практической конференции «Человек и мир: социальные миры в изменяющейся России» (Ижевск, 2008), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Девиантное поведение: проблемы профилактики, диагностики и коррекции» (Саратов, 2008), межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентив-

ный аспекты» (Барнаул, 2009), втором Балтийском конгрессе по детской неврологии (Санкт-Петербург, 2009), второй международной научной конференции «Теоретические проблемы этнической и кросс-культурной психологии» (Смоленск, 2010), II Международной научно-практической конференции «Психология совладающего поведения» (Кострома, 2010), Всероссийской научной конференции «Психология индивидуальности» (Москва, 2010, 2012), научно-практической конференции с международным участием «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии» (Санкт-Петербург, 2011), международной научно-практической конференции «Будущее клинической психологии» (Пермь, 2011), I Всероссийской научно-практической конференции «Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья» (Москва, 2011), Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития (Москва, 2011, 2015), международной научной конференции «Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения» (Чебоксары, 2012), научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» (Санкт-Петербург, 2012), Международном конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Киров, 2009; Москва, 2013), Всероссийской научной конференции «Эволюционная и сравнительная психология в России: традиции и перспективы» (Москва, 2013), Всероссийской научно-практической конференции «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения» (Москва, 2011, 2016), Всероссийской научной конференции «Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы» (Москва, 2010, 2016), международном симпозиуме «Л.С. Выготский и современное детство» (Москва, 2016); 18th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) (Turkey, 2008), International Cultural Intersections Symposium “Obsession and Addiction” (Kingston University, UK, 2008), ICTP-2008: Third International Conference on the Teaching of Psychology (St. Petersburg, 2008).

Диссертация обсуждена на заседаниях кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ (2016) и Ученого совета факультета консультативной и клинической психологии МГППУ (2016).

Структура и объем диссертации. Текст диссертации изложен на 423 страницах и включает введение, три части, объединяющие одиннадцать глав, заключение, выводы, список литературы 560 названий, из них 231 на русском и 329 на иностранных языках), приложения, 78 таблиц, 37 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обоснована актуальность работы, определены объект, предмет, цель и задачи, сформулированы гипотезы, указаны теоретико-методологические основания исследования, представлено описание исследовательской выборки, используемых методов и методик, раскрыты научная новиз-

на, теоретическая и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, приведены данные апробации результатов исследования.

В первой части **«Теоретико-методологические основания функционально-генетической концепции самоповреждающего поведения»**, на основе системного биопсихосоциального подхода рассмотрены теоретические и методологические основания концептуализации самоповреждающего поведения: сформулировано определение СП, осуществлен аналитический обзор клинико-психологических моделей СП, методов и методик изучения СП.

В первой главе **«Определение понятия самоповреждающего поведения»** СП характеризуется как поведение, охватывающее широкий круг действий, связанных с намеренным физическим повреждением собственного тела. Отмечено, что нанесение самоповреждений разными способами связано с тяжелой психопатологией и суицидальными попытками (DSM-5, 2013). В рамках определения понятия СП проводится различие самоповреждающего, суицидального и аутодеструктивного поведения, выделены психологический и физический компоненты СП. Рассмотрены кросскультурные, возрастные и гендерные аспекты СП, роль школьного буллинга в формировании СП. Обсуждены классификации СП (Меннингер, 2000; МКБ-10; DSM-5; Favazza, 1996 и др.).

Во второй главе **«Концепции, модели и методы изучения самоповреждающего поведения»** осуществлен теоретический анализ и классификация направлений исследования СП. В рамках *биологического направления* обобщены исследования, связанные с выделением нейрохимических и психофизиологических маркеров СП. Наиболее важными результатами выступают: 1) обоснование связи между дефицитом или избытком гормонов и нейромедиаторов (дофамина, серотонина, кортизола) и стереотипными самоповреждениями у животных (Kies, Devine, 2004; Muehlmann et al., 2011; Tiefenbacher et al., 2005) и у людей (Haines et al., 1995; Sandman, Hetrick, 1995); 2) разработка анальгетической и аддиктивной гипотез СП, согласно которым эндогенные седативные вещества влияют на возникновение СП (Haines et al., 1995; Sandman, Hetrick, 1995); 3) подтверждение влияния изоляции, ограничения социальной активности, ранней сепарации на возникновение СП у высших приматов (Hosey, Skyner, 2007; Lutz et al., 2003).

В рамках *социального направления* рассмотрена социально-экономическая модель СП, базирующаяся на экономической теории обмена (Hagen et al., 2008). *Психологическое направление* изучения СП представлено широким кругом исследований, систематизация которых позволяет выделить наиболее значимые модели и концепции СП (Польская, 2009, 2013, 2015). В *модели аддикции* на основе таких характеристик СП как цикличность, компульсивность, неконтролируемость, невозможность прекратить, несмотря на негативные последствия, привыкание аргументируется близость СП к аддикции; негативные эмоции, переживаемые перед совершением акта самоповреждения, определяются в качестве специфического синдрома отмены, по аналогии с синдромом отмены при аддикции (Alderman, 1997; Buser, Buser, 2013; Nixon et al., 2002; Svirko, Hawton, 2007; Whitlock et al., 2006).

Согласно *моделям эмоциональной дисрегуляции* СП расценивается как способ подавления негативных эмоций (гнев, вина, враждебность, депрессия, тревога) или как деструктивный способ эмоциональной саморегуляции (эмоциональная закрытость, сдержанность, понимание эмоций и управления ими) (Gratz, Chapman, 2007; Klonsky, 2007; Mangnall, Yurkovich, 2010 и др.). В модели избегания переживаний СП рассматривается как поведение, направленное на избегание нежелательных эмоций, мыслей, воспоминаний или телесного опыта (Chapman et al., 2006). Согласно диатез-стрессовой модели СП биологические, экологические и психологические факторы, предрасполагающие к СП (например, эмоциональная реактивность), обуславливают снижение способности к совладанию со стрессорами (Cha, Nock, 2009) и в сочетании с факторами риска (например, самоповреждения в группе сверстников, высокая требовательность к себе и т.п.), приводят к СП. Данная идея созвучна многофакторной модели аффективных расстройств (Холмогорова, 2011; Холмогорова, Гаранян, 1998).

В *функциональной модели СП* выделены внутриличностные и межличностные функции СП: снятие невыносимого напряжения, тревоги, выход из диссоциативного состояния, самонаказание, попытка попросить окружающих о помощи и др. Выделяются сигналы дистресса (СП для получения внимания или избегания неприятной ситуации/задания) и сигналы силы и приспособленности (СП как демонстрация отсутствия страха перед болью, как вид испытания в закрытых молодежных группах) (Nock, 2008; Walker et al., 2001). Другая плоскость описания функций СП связывает их с подкреплением: положительное подкрепление – помощь от окружающих, желаемое психическое состояние – широко распространено в клинической популяции (Carr, 1977), отрицательное подкрепление – бегство от нежелательного состояния или ситуации (Nock, Prinstein, 2005).

В *модели аутоагрессии* СП рассматривается как: а) обусловленная стрессовой ситуацией агрессия, направленная на собственное тело (Low et al., 2000; Shea, 1993); б) реализация бессознательного мотива наказать себя или наказать другого, «полунамеренное самоуничтожение», в основе которого бессознательное намерение замаскировать угрожающую жизни опасность «под видом случайного несчастья» (Фрейд, 1990).

Анализ существующих концепций и моделей СП отчетливо демонстрирует тенденции интеграции и взаимовлияния разных подходов в отношении феноменов самоповреждения: отмечается высокая роль средовых факторов в формировании СП и динамический характер СП: акты самоповреждения, возникнув однажды, имеют тенденцию повторяться, что косвенно подтверждает субъективную успешность аутодеструкции в достижении психологически значимых целей; эмоциональная составляющая определяется в качестве одного из центральных компонентов СП; практически во всех исследованиях СП указываются характеристики, отражающие недостаточность психологической дифференциации: трудности понимания и выражения эмоций, управления эмоциями, недостаточность самопонимания, нереалистичность самооценки, генерализованный характер негативных эмоций и т.п.

В параграфе, посвященном обсуждению методов и методик СП, рассматриваются основные методы исследования СП: наблюдение, интервью, анализ текстов, эксперимент, тестирование. Представлена краткая характеристика исследовательских шкал СП, разработанных зарубежными исследователями.

Во второй части **«Функционально-генетическая концепция самоповреждающего поведения»** изложены теоретические основы оригинальной функционально-генетической концепции СП с описанием форм, типов и функций СП и систематизацией в соответствии с выделенными типами и функциями СП данных клинических, социально-антропологических и психологических исследований СП. В третьей главе **«Теоретические предпосылки функционально-генетической концепции самоповреждающего поведения»** рассмотрены особенности психического онтогенеза с точки зрения дифференциации, культурного опосредования психических процессов, эмоций, личности и поведения при нормативном и нарушенном развитии (Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев, Д. Стерн, Н. Werner, Н. Witkin) и роли регресса в психическом развитии (Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, Ч. Хартманн, Р. Шпиц, Н. Werner). Обосновывается возможность изучения феноменов СП как системно связанных со стадией и нормативным или нарушенным характером психического развития. СП рассматривается как одна из ранних форм организации поведения, играющая роль не только на начальных, но и на более поздних этапах онтогенеза, что сопровождается изменением его функций. На начальных этапах онтогенеза действия самоповреждающего характера случайны, импульсивны и на непродолжительное время используются младенцем в качестве способов моторной организации или сенсорной стимуляции поведения, в также выполняют сигнальную функцию при нарушениях психологического взаимодействия младенца с матерью; закрепление этих действий происходит в случае нарушений психического развития и/или депривации. На более поздних стадиях онтогенеза акт самоповреждения приобретает символическое значение, а СП, реализуя функции контроля и идентификации, выступает как стратегия саморегуляции эмоций и поведения, актуализация которой объясняется регрессом, т.е. возвращением к онтогенетически более ранним формам психологической организации. Причины регресса могут быть связаны с фрустрирующими социальными и психологическими факторами (Александров, 2016; Левин, 2001; Мухамедрахимов, 1999, 2006; Rutter, 1995). Уже в начале прошлого века в исследованиях психического регресса была выявлена его связь с фрустрацией (Левин, 2001; Нюттен, 1975), эмоциональным напряжением (Дембо, 1931) и состоянием неуверенности (Murphy, 1937). СП как следствие регресса – это отсутствие в поведенческом диапазоне релевантных приемов поведения и возврат к ранним формам самоорганизации, первичным, дологическим когнитивным процессам, основанным на аффективных связях.

В работах Р. Шпица, Ч. Хартмана, Х. Вернера, А.Н. Леонтьева, Г. Уиткина описаны особенности эмоциональной и личностной дифференциации в ходе психического развития. Уже З. Фрейдом затрагивалась проблема дифференцированности Я в связи с обсуждением типов самоповреждения: «атака на тело» при незрелом Я, возникающая вследствие потребности в стимуляции, и «атака

на Я» при сформированном Сверх-Я, связанная с самонаказанием, виной и мазохизмом (Фрейд, 1996). В дальнейшем эта идея получила свое развитие в теориях объектных отношений (Хартманн, 2002; Шпиц, 2001), привязанности (Ainsworth, 1990; Fonagy et al., 1999; Bowlby, 1960; Rutter, 1995). Ч. Хартманн рассматривал развитие Я как дифференциацию, когда примитивные регуляции Я заменяются или дополняются более дифференцированными. Он отмечал, что образованные в ходе дифференциации новые структуры Я принимают на себя функции, которые ранее выполнялись примитивными средствами; в случае регресса никогда не возникает предшествующая стадия психического развития в чистой форме (Хартманн, 2002). Психологические особенности регресса описаны Р. Шпицем на основе его наблюдений за младенцами с симптомами госпитализма (Шпиц, 2001). К регрессивным проявлениям он относил сосание фрустрированными детьми большого пальца, удары головой, раскачивание. Это поведение представляет собой регрессию к безобъектному периоду и направлено на ослабление напряжения (Шпиц, 2001).

В современных исследованиях отмечается разрушительное влияние психологической депривации на психическое развитие, что отражается на качестве привязанности и последующих нарушениях системы отношений личности; одним из последствий депривации оказывается аутодеструктивная активность, наблюдаемая у детей, начиная с младенческого возраста (Мухамедрахимов, 1999; Rutter, Bartak, 1973; Rutter, Behrendt, 2004). Невозможность сформировать надежные отношения привязанности со значимыми взрослыми в раннем возрасте (например, при воспитании ребенка в условиях детского дома) оказывает повреждающее влияние на развитие личности в дальнейшем. Этим объясняются самоповреждения, наблюдаемые у приемных детей (Beckett et al., 2002).

Отчетливость разграничения «я» от «не я» является одной из главных характеристик высокой дифференциации личности (Ананьев, 1980; Мясищев, 1964; Соколова, 1989; Стерн, 2006; Холодная, 2004; Witkin, 1965), что проявляется в возникновении чувства «внутреннего себя» (Стерн, 2006), в усложнении системы отношений личности (Мясищев, 1960), осознании собственного отличия от других, обладании развитой системой норм и ценностей и формировании специализированных защитных механизмов (Witkin, 1965). Низкая дифференциация личности сопровождается примитивными способами совладания со стрессорами, например, «оральная активность», возвращающая к первичному единению с матерью (Witkin, 1965). Высокая дифференциация характеризуется «усложняющимися и обогащающимися» связями с действительностью (Мясищев, 1995), «прогрессирующей индивидуализацией», захватывающей все уровни развития организма, психики и личности (Ананьев, 1980).

Исходя из признания значительного влияния эмоциональной саморегуляции на риск СП и культурно опосредованного характера развития эмоций (Л.С. Выготский, В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.), был осуществлен анализ особенностей дифференциации эмоций в онтогенезе. С одной стороны, были рассмотрены взгляды Х. Вернера. Он описал дифференциацию эмоций, начиная с психического синкретизма (слитности восприятия, мышления, эмоций и моторных проявлений) раннего периода развития. Специфика примитив-

ных эмоций заключается в их связи с соматомоторной активностью и отсутствием дифференциации эмоциональных состояний (Н. Werner). С другой стороны, в работах А.Н. Леонтьева дифференциация эмоций, начинающаяся с первичной познавательной-аффективной слитности, связывается со степенью устойчивости, контролируемости и личностной значимости эмоций. Дифференциация эмоций сопровождается усложнением механизмов эмоциональной саморегуляции: от полевой реактивности до эмоционального контроля (Лебединский и соавт., 1999).

Дифференционно-интеграционный и культурно опосредованный характер психического развития обосновывает возможность изучения СП как структурно и функционально изменяющегося в ходе психического развития: от примитивных аффективно-моторных реакций до высокодифференцированных форм психологической саморегуляции и социального функционирования.

В четвертой главе «Основные положения функционально-генетической концепции самоповреждающего поведения» представлено описание данной концепции. Исходя из того, что действия, связанные с самоповреждением, наблюдаются на ранних этапах психического развития, рассматривается путь развития СП в онтогенезе. В раннем возрасте самоповреждения могут наблюдаться в рамках аффективно-моторного комплекса, а позже – в исследовательском поведении младенца. Первоначально самоповреждения являются случайными пробами движения, но в дальнейшем могут приобрести целенаправленный характер. Депривация жизненно важных потребностей ребенка в условиях аффективно-моторной слитности раннего периода обуславливает повторяемость актов самоповреждения, что предопределяет переход от случайных движений, приводящих к самоповреждениям, к повторяющимся действиям. В ходе психического развития и соответствующего ему углубления психологической дифференциации акт самоповреждения осмысливается и табуируется как аутодеструктивный. В тоже время он приобретает личностное значение как способ воздействия на себя или на других. Возможность его возникновения обусловлена психическим регрессом, вызванным фрустрацией, острым или хроническим стрессом, психологическим кризисом. При нормативном развитии СП является осознанным и целенаправленным, разная по степени тяжести самотравматизация осуществляется для достижения психологически значимых целей. При нарушениях психического развития акты самоповреждения не достигают высокого уровня осмысленности и сохраняют свойства ранних низкодифференцированных форм и способов психологической организации. Выделение типологических особенностей СП представлено в классификации, где типы СП указаны в онтогенетической последовательности: от наиболее раннего – реактивного до наиболее зрелого – идентификационного (Рисунк 1). В ходе психического развития акт самоповреждения может выполнять как примитивные, или первичные, так и вторичные функции. Первичные функции соответствуют раннему периоду развития (натурально-психологическая стадия по Л.С. Выготскому), тогда как вторичные функции СП соответствуют культурно-психологической стадии развития, характеризующейся высокой дифференцированностью и культурной опосредованностью психологических

структур. К первичным функциям СП относятся моторная, сенсорной стимуляции и сигнальная функции, а ко вторичным – функции контроля (над эмоциями, внутренним состоянием, поведением) и идентификации (определение новой личностной позиции, соотнесение себя с другими). По мере усложнения психологической дифференциации в ходе психического онтогенеза усложняется и функциональное значение СП (Рисунок 2).



Рисунок 1. Типы самоповреждающего поведения



Рисунок 2. Функциональное значение акта самоповреждения в зависимости от уровня психологической дифференциации

Акты самоповреждения могут выступать в форме импульсивных, стереотипных или волевых действий. Импульсивная и стереотипная формы самоповреждений могут наблюдаться начиная с младенческого возраста, волевая форма самоповреждений формируется на более зрелых уровнях онтогенеза.

В пятой главе «**Типы самоповреждающего поведения**» осуществлен дескриптивный анализ типов СП с описанием феноменологии, критериев оценки, онтогенетических особенностей и особенностей нарушений психологического функционирования, соответствующих типу СП. *Реактивный тип* СП включает импульсивные и волевые акты самоповреждения. Самоповреждения ситуативно обусловлены, единичные или редко повторяющиеся, наиболее часто совершаются в состоянии острого стресса, фрустрации или аффекта. *Дисфункциональный тип* СП связан с хроническими нарушениями саморегуляции, что находит свое выражение в трудностях идентификации эмоций и собственных психологических состояний, малоадаптивных копингах, искажении временной перспективы, нарушениях я-концепции и т.п. Самоповреждения возникают в феноменологически сходных ситуациях, переживаемых как эмоционально нестабильные, вызывающие тревогу, в качестве способа совладания с этими ситуациями или как способ изменения своего эмоционального состояния. К *идентификационному типу* СП относятся акты самоповреждения, наблюдаемые в социальных группах (например, в примитивных племенах, религиозных, неформальных субкультурных группах) или в поведении отдельных людей в период изменения идентичности. Это самоповреждения, санкционируемые референтной группой.

В шестой главе «**Функции самоповреждающего поведения**» рассматриваются функции СП. Моторная, сенсорной стимуляции и сигнальная функции реализуются на онтогенетически незрелой почве, при нарушениях развития психики и поведения, либо на начальных этапах нормально протекающего онтогенеза. Сформированные на более поздних этапах психического развития функции контроля и идентификации связаны с осуществлением контроля и управлением собственной личностью, а также с коммуникацией и самопрезентацией (функция идентификации). Функция контроля объединяет ряд частных функций, связанных с преодолением болезненных эмоций, изменением своего эмоционального состояния, овладением собой, самовоспитанием и самонаказанием, воздействием на других людей. Функция идентификации также объединяет ряд частных функций и связана с коммуникативными взаимодействиями и культурно-статусными изменениями личности.

В третьей части «**Эмпирическое исследование факторов самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном развитии**» изложены результаты эмпирического исследования факторов СП. Представлена схема эмпирического изучения СП. Выделены блоки факторов СП: 1) половозрастные; 2) социальные; 3) когнитивно-эмоциональные; 4) личностные. Обосновано изучение конкретных факторов в каждом из блоков в качестве предмета эмпирического исследования (Рисунок 3).

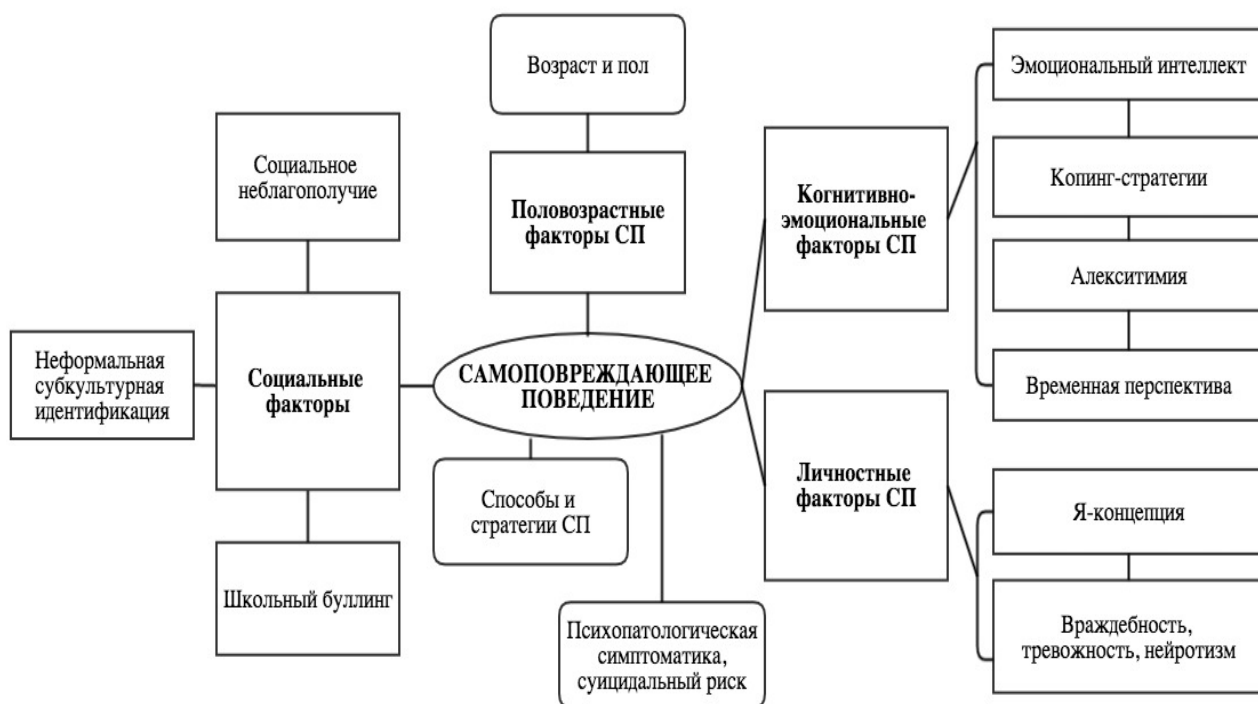


Рисунок 3. Схема эмпирического исследования СП

В седьмой главе «**Организация и методический инструментарий исследования**» описаны этапы, процедура, участники исследования, методики. Сформулированы гипотезы, дано описание методик исследования. Всего в исследовании приняло участие 1699 человека: клиническая выборка – N=274, популяционная выборка – N=1425, из них 752 (44,3%) – женского пола и 947 (55,7%) – мужского пола в возрасте от 13 до 35 лет (Таблица 1).

Таблица 1. Распределение респондентов по возрастным группам

Возрастной период	Возрастной диапазон	Средний возраст	Женский пол	Мужской пол	N	1*	2**
Подростковый возраст	13–16 лет	14,9±1,0	291	427	718	611	107
Юношеский возраст	17–21 год	18,6±1,3	394	339	733	653	80
Зрелый возраст (первый период)	22–35 лет	26,3±4,2	67	181	248	161	87
Итого	13–35 лет	18,2±4,2	752	947	1699	1425	274

Примечание – 1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

Число участников из общей популяции составило 1425 человек, из клинической популяции – 274 человека. Распределение клинической выборки по диагностическими классам представлено в таблице (Таблица 2). Участие в исследовании было анонимным и добровольным. Комплект методик был подобран с учетом возраста и психического развития респондентов.

Исследование в клинической выборке проходило в областной клинической психиатрической больнице Святой Софии (г. Саратов) (2008–2015), психиатрическом бюро медико-социальной экспертизы (г. Саратов) (2007–2012),

Московском научно-практическом центре наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (2008), психоневрологическом диспансере (г. Балаково) (2009), специализированных (коррекционных) образовательных учреждениях (г. Саратов) (2009–2010).

Таблица 2. Распределение клинической выборки по диагностическим классам МКБ-10

Диагностические классы по МКБ	N	Возраст	Пол	
			Женский	Мужской
F40-F48. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства				
F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	31	31,9±2,9	20	11
F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	15	16,1±3,3	12	3
F60-F69. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте				
F60.2. Диссоциальное расстройство личности	10	31,6±4,6	–	10
F60.3. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности	9	26,9±3,5	–	9
F10-F19. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ				
F11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов	57	21,6±5,3	4	53
F20-F29. Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства				
F20. Шизофрения	11	29,7±4,5	5	6
F70-F79. Умственная отсталость				
F70. Умственная отсталость легкой степени	66	17±1,7	26	40
F90-F98. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте				
F91.1 Несоциализированное расстройство поведения	11	15,8±0,6	-	11
F91.2. Социализированное расстройство поведения	19	18,6±1,2	-	19
F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций	45	14,7±0,7	25	20
Итого	274	20,6±6,8	92	182

Критерии включения в клиническую выборку: диагностированное психическое расстройство, при котором могут наблюдаться самоповреждения; уровень умственной работоспособности, интеллекта, способность к общению достаточные для понимания инструкций, ориентировки в новом материале, понимания смысла тестовых заданий; начиная с подросткового возраста.

Критерии исключения из клинической выборки: выраженное снижение интеллекта и выраженные расстройства мышления; острая психотическая симптоматика; тяжелая соматическая патология с выраженной астенизацией психической деятельности; побочные эффекты медикаментозной терапии.

Исследование в популяционной выборке проводилось с учетом социальной специфики: исследование с участием респондентов с соционормативным поведением проводилось в образовательных учреждениях г. Саратова и Сара-

товской области, г. Москвы (2007–2015); с участием социально-неблагополучных подростков и юношей – в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних «Надежда» (г. Энгельс), «Маленькая страна» (г. Саратов), детском доме №2 (г. Балаково) (2009–2010), в отделениях по делам несовершеннолетних (г. Саратов) (2008–2011); с участием респондентов, включенных в неформальные субкультурные сообщества и/или имеющих модификации тела проводилось как при личном общении, так и в сети интернет (2009–2015). *Критерии включения в популяционную выборку:* нормативное психическое развитие; начиная с подросткового возраста.

При исследовании *половозрастных факторов СП* изучалась возрастная и гендерная специфика СП в популяционной выборке (N=643, из них 338 (52,6%) женского пола и 305 (47,4%) мужского пола, $M_{\text{возр.}}=17,2\pm 2,48$).

Инструменты и участники исследования *социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов СП*, а также психопатологической симптоматики и суицидального риска представлены ниже (Таблицы 3, 4, 5).

Таблица 3. Инструменты и участники исследования социальных факторов СП

Инструменты исследования	N	Женский пол	Мужской пол	Возраст	1*	2**
Фактор социального неблагополучия						
Анкета «Риск девиантной социализации подростка» (Польская, 2007); Анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Польская, 2007); Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская, Кабанова, 2007)	247	85	162	16,9 ± 2,4	200	47
Фактор неформальной социализации						
Анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская, Кабанова, 2007)	409	245	164	19,0±2,6	379	30
Фактор виктимизации (школьный буллинг)						
Шкала школьного буллинга (Польская, Юнева, 2010).	55	26	29	14,4±0,7	55	–
Всего	711	356	355	16,8±1,9	634	77

Примечание – 1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

Таблица 4. Инструменты и участники исследования психопатологической симптоматики и суицидального риска

Оценка психопатологической симптоматики и суицидального риска	N	Женский пол	Мужской пол	Возраст	1*	2**
Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (Разуваева, 1993)	100	49	51	16,1±3,3	100	-
Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis, 1977, Тарабрина, 2001)	151	90	61	17,9±2,9	151	-

Примечание – 1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

Таблица 5. Инструменты и участники исследования когнитивно-эмоциональных и личностных факторов СП

Инструменты исследования	N	Пол		Возраст	1*	2**
		Женский	Мужской			
Когнитивно-эмоциональные факторы						
Методика оценки эмоционального интеллекта (ЭмИн) (Люсин, 2009)	722	363	359	18,0±6,2	633	89
Экспериментальная методика распознавания эмоций по фотографиям (Польская, Цыцаркина, 2010)	46	25	21	15,0±0,83	21	25
Шкала дифференциальных эмоций (Леонова, Капица, 2004)	46	25	21	15,0±0,83	21	25
Торонтская алекситимическая шкала (TAS) (Taylor, Ryan, Bagby, 1985; Ересько, Исурина, Кайдановская и др., 2005)	253	139	114	17,64±2,8	218	35
Опросник когнитивной регуляции эмоций (Garnefski et al., 2002; Рассказова, Леонова, Плужников, 2011)	199	86	113	21,2±4,8	164	35
Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма (Heim, 1988; Карвасарский и др., 1999)	190	101	89	21,1±2,75	160	30
Опросник копинг-установок подростков ACOPE (Patterson, McCubbin, 1981)	157	61	96	15,11±2,0	110	40
Тест «Способы совладающего поведения» (Lazarus, Folkman, 1988; Вассерман и соавт., 2009; Крюкова и соавт., 2004)	108	47	61	24,12±6,7	57	51
Методика временной перспективы Ф. Зимбардо (Сырцова, Митина, 2008)	142	67	75	27,1±9,65	64	78
Личностные факторы						
Шкала враждебности (Cook, Medley, 1954; Лабунская, Менджерицкая, Бреус, 2001)	491	201	290	17,07±3,0	359	132
Шкала самооценки (Heatherton, Polivy, 1991)	392	209	183	17,25±2,5	260	132
Опросник устойчивых форм я-внимания (Merz, 1986; Кондаков, 1997)	154	93	61	17,91±2,7	121	33
Методика исследования самоотношения (Пантеев, 1993)	175	99	76	17,3±2,3	100	75
Шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера (Ханин, 1976, 1988)	93	28	65	16,1±0,46	50	43
Личностная шкала проявлений тревоги J. Taylor (Taylor, 1953; в адаптации Т.А. Немчина)	135	71	64	14,6±0,77	75	50
Фрайбургский личностный опросник FPI (Fahrenberg, Selg, 1970; Крылов, Ронгинская, 1990)	159	53	106	24±5,34	102	57

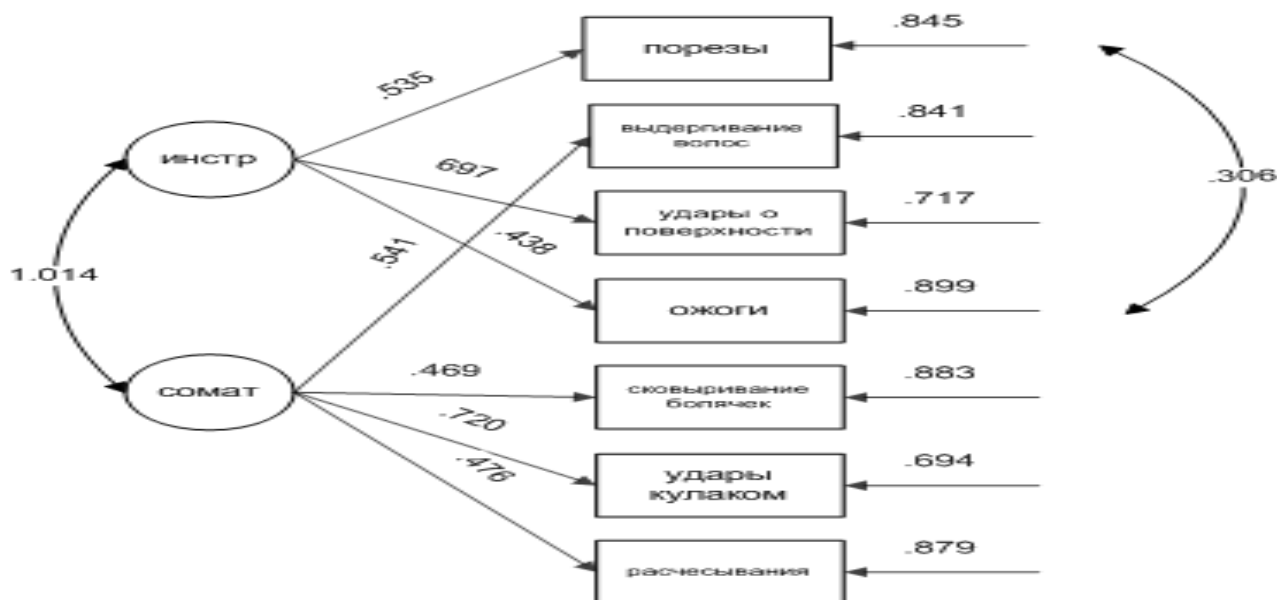
Примечание – 1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

Изучение СП осуществлялось с помощью двух шкал, разработанных на основе феноменологического анализа проблемы СП (табл. 6).

Таблица 6. Инструменты и участники исследования СП

Распределение респондентов по выборкам, полу, возрасту		Шкала самоповреждающего поведения (Польская, 2010)	Шкала причин самоповреждающего поведения (Польская, 2014)
Популяционная выборка	N	643	458
	Возраст	17,2±2,48	16,23±3,34
	Женский пол	338	268
	Возраст	17,24±2,41	18±4,51
	Мужской пол	305	190
	Возраст	17,08±2,56	19,31±2,11
Клиническая выборка	N	274	156
	Возраст	24,61±7,94	26,8±3,11
	Женский пол	92	60
	Возраст	25,12±5,14	24,4±2,32
	Мужской пол	182	96
	Возраст	18,25±4,8	25,12±4,11
Всего респондентов		917	614

Обе шкалы СП являются исследовательскими, первая направлена на определение феноменологии СП, вторая состоит из трех блоков: феноменология, время последнего самоповреждения (от нескольких дней до более года назад) и психологические причины СП. В рамках процедур валидизации были определены способы и стратегии СП. Способы – инструментальный или соматический, подтверждены с помощью конфирматорного факторного анализа на основе двухфакторной модели (Рисунок 4).



Примечание – инстр. – инструментальный способ самоповреждения; сомат. – соматический способ самоповреждения. Модель хорошо соответствует данным $\chi^2 = 27.8846$, $d(f) = 11$, $\chi^2/d(f) = 2.53$, RMSEA = 0.049, CFI = 0.952.

Рисунок 4. Структурная модель действий самоповреждающего характера

Стратегии СП были определены с помощью эксплораторного факторного анализа, на основе четырехфакторного решения (63,3% объясненной дисперсии) (Рисунок 5).

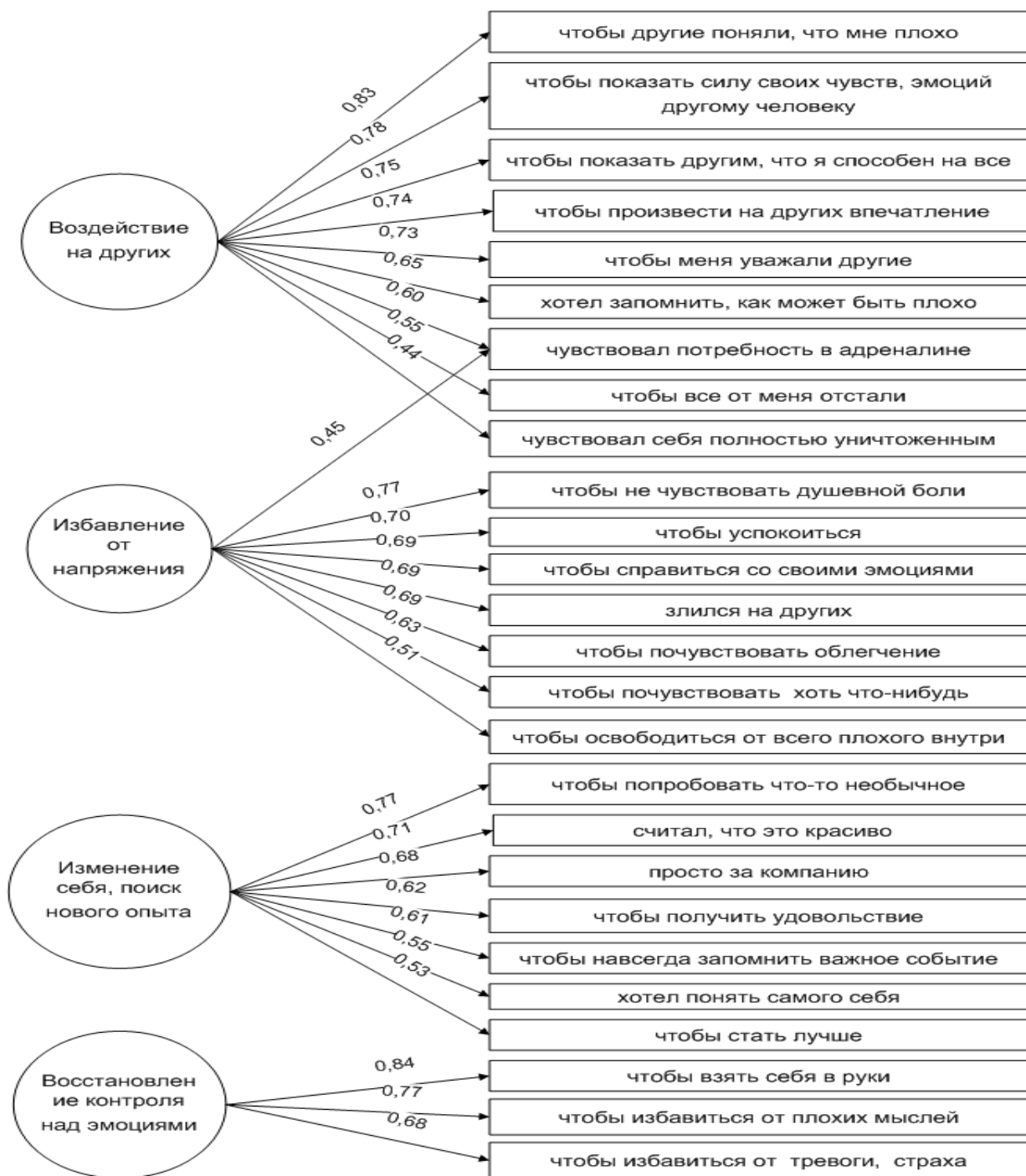


Рисунок 5. Схема факторных нагрузок по стратегиям самоповреждения

Было выделено 4 стратегии СП: 1) *восстановление контроля над эмоциями* – СП направлено на совладание с сильными эмоциями; 2) *избавление от напряжения* – СП направлено на снижение интенсивности, силы эмоций; 3) *воздействие на других* – СП направлено на привлечение внимания и получение поддержки от окружающих, 4) *изменение себя, поиск нового опыта* – СП

направлено на изменение идентичности, самовыражение, получение новых ощущений.

На основе полученной факторной структуры предложена модель контроля при СП. Выделено два варианта контроля: 1) внутренний контроль: избавление от напряжения и восстановление контроля над эмоциями; 2) внешний контроль: воздействие на других и поиск нового опыта (Рисунок 6).

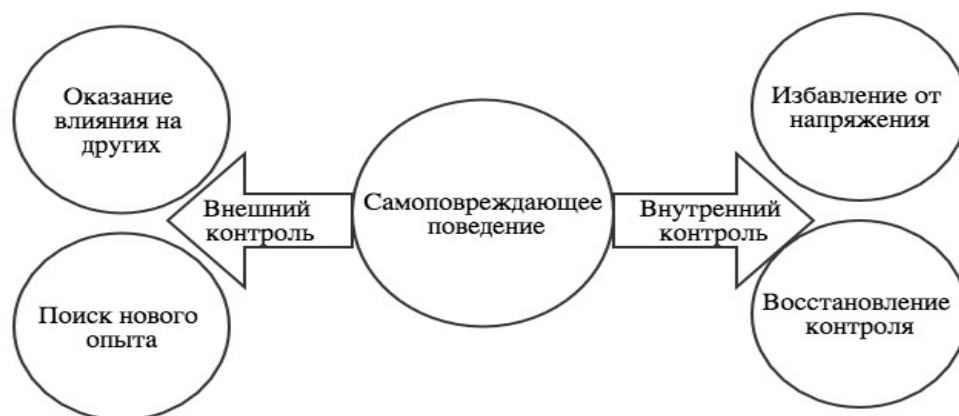
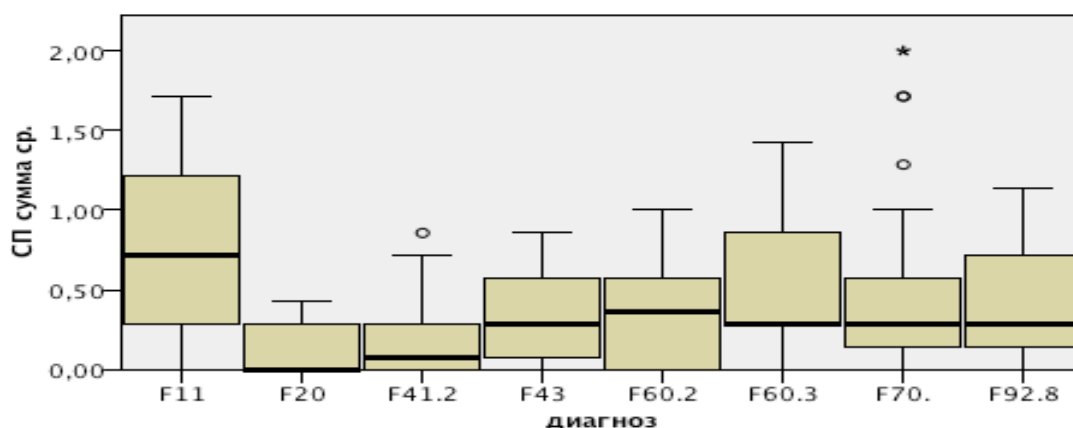


Рисунок 6. Модель контроля при СП

Внутренний контроль направлен на избавление от напряжения («снять напряжение»), либо на восстановление внутриличностного контроля («взять себя в руки»). СП, выступающее в функции внешнего контроля направлено на усиление межличностного контроля: изменение качества коммуникации через привлечение к себе внимания, стремление оказывать влияние на других, управлять ими, стремление к новым ощущениям, необычным переживаниям. Выделенные стратегии соответствуют функциям СП: контроля и идентификации.

При сравнении показателя частоты самоповреждений в клинической выборке (критерий Краскала-Уоллиса) наибольшая частота была выявлена у наркозависимых (средний ранг 125,93), у пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (средний ранг 102,6) и у пациентов со смешанными расстройствами эмоций и поведения с началом в детском и подростковом возрасте (средний ранг 92,12) (Рисунок 7).

В популяционной выборке наиболее высокая частота самоповреждений выявлена в подгруппах с неформальной субкультурной идентификацией (средний ранг 631,62) и социально неблагополучных подростков и юношей (средний ранг 462,80); у респондентов с соционормативным поведением наименьшие показатели: средний ранг – 433,72 (Рисунок 8). В возрастном отношении интенсивность актов самоповреждения как в клинической, так и в популяционной выборке была сфокусирована в двух возрастных периодах, соответствующих юношескому и подростковому возрасту.



Примечание – F11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов; F20. Шизофрения; F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство; F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации; F60.2. Диссоциальное расстройство личности; F60.3. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности; F70. Умственная отсталость легкой степени; F92.8. Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

Рисунок 7. Результаты сравнения частоты СП в клинической выборке ($p < 0,05$)

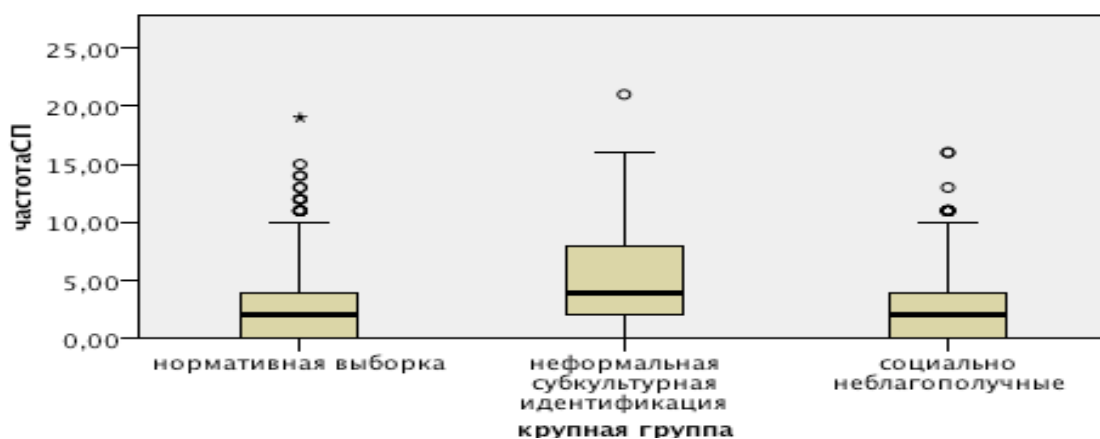


Рисунок 8. Результаты сравнения частоты СП в популяционной выборке ($p < 0,05$)

В восьмой главе «Половозрастные факторы СП» обобщены результаты исследования половозрастных факторов СП. В качестве гипотезы выступило предположение, что половозрастная специфика СП находит свое выражение: а) в различиях в феноменологии СП по полу и возрасту; б) в возрастных периодах риска СП; в) в связях пола и возраста со способами и типами СП. Исследование показало, что пик инструментальных самоповреждений отмечается в возрасте от 16 до 18 лет, тогда как для соматических самоповреждений специфической связи с возрастом не выявлено. На основе кластерного анализа (кластеризация К-средними) были выделены группы, соответствующие дисфункциональному и реактивному типам СП. В последующем анализе на основе проверки связи между полом и принадлежностью к кластеру (критерий χ -квадрат Пирсона) выявлена связь, приближенная к статистически значимой, женского пола с реактивным, а мужского – с дисфункциональным типом СП ($p = 0,058$). По отдель-

ным самоповреждениям выявлено (критерий U Манна–Уитни), что респонденты мужского пола чаще наносят себе «самоожоги» ($p=0,003$), а респонденты женского пола чаще указывали на «расчесывание кожи до крови» ($p=0,05$). Эти результаты созвучны аналогичным исследованиям, согласно которым умеренные самоповреждения свойственны девушкам-подросткам и молодым женщинам, юноши чаще совершают акты самоповреждения, приводящие к госпитализации (Klonsky, Muehlenkamp, 2007), что объясняется выбором юношами более опасных способов нанесения себе повреждений (Canetto, 1997; Cantor, 2000). Это качественная специфика по признаку пола в проявлениях СП позволяет учитывать фактор пола при понимании психологических механизмов СП: СП у мужчин связано с психологическими дисфункциями и попытками их компенсировать, усилив самоконтроль через травмирование собственного тела; СП у женщин является результатом ослабления или утраты контроля над собственным поведением, оно большей степени определяется условиями конкретной ситуации.

Сочетание инструментальных и соматических способов самоповреждения характерно для дисфункционального типа СП (критерий Краскала–Уоллиса, $p=0,000$). В возрастном отношении в кластере «самоповреждения по реактивному типу» основная часть респондентов была в возрасте 16–18 лет. Приоритета возраста в группе «самоповреждения по дисфункциональному типу» выявлено не было. Таким образом, гипотеза подтвердилась: были выявлены взаимосвязи пола и возраста со способами и типами СП. В клинической выборке выявленные возрастные риски сохраняются, однако самоповреждение как онтогенетический симптом, указывающий на проблемы психического развития (например, кризисный период развития), при психопатологии может стать привычным паттерном поведения, замещающим высокофункциональные модели поведения, а интенсивность СП определяется психопатологическим процессом.

В девятой главе «Социальные факторы самоповреждающего поведения» обобщены результаты эмпирического исследования социальных факторов СП. Гипотеза основывалась на предположении о влиянии факторов социального неблагополучия, неформальной социализации (участие в неформальных субкультурных группах, модификации тела) и школьного буллинга на формирование СП. Ниже представлены группы респондентов, включенные в исследование (Таблица 7).

В рамках исследования фактора социального неблагополучия ($N=255$, клиническая выборка – 47 пациентов, популяционная выборка – 208 респондентов) были изучены семейные дисфункции, девиантная социализация и психологическая травматизация на основе результатов по шкале СП и анкетам: «Риск девиантной социализации подростка», «Неблагоприятные жизненные события», «Модификации тела и самоповреждения». Частота отдельных самоповреждений составила от 12,8% до 46,8%. В Таблице 8 представлены показатели частоты утвердительных ответов и различия между клинической и популяционной выборками.

Таблица 7. Выборка по социальным факторам СП

Группы респондентов	N	%
Популяционная выборка (N=634)		
Подростки и юноши (девушки) соционормативным поведением	314	49,5
Социально неблагополучные подростки и юноши (девушки)	85	13,4
Подростки и юноши (девушки) с субкультурной идентификацией, модификациями тела	235	37,1
Клиническая выборка (N=77)		
Подростки с умственной отсталостью легкой степени	35	45,5
Подростки, пережившие сексуальное насилие (диагноз: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации)	15	19,5
Социализированное расстройство поведения	5	6,5
Наркозависимые подростки и юноши	22	28,5

Таблица 8. Частота утвердительных ответов (%) и межгрупповые различия (χ^2 Пирсона) по шкале СП и анкете «Модификации тела и самоповреждения»

Акты самоповреждения	1*	2**	Значение	Число степеней свободы	p
Самопорезы	19,2	12,8	1,084	1	0,3
Выдергивание волос	16,3	25,5	2,188	1	0,14
Самоудары о твердые поверхности	35,6	21,3	3,549	1	0,06
Самоожоги	15,87	12,8	0,284	1	0,59
Сковыривание болячек	17,8	46,8	18,155	1	0,000
Удары по собственному телу	19,2	31,9	3,646	1	0,056
Расчесывание кожи до крови	26,4	25,5	0,016	1	0,898
Наличие татуировок, пирсинга	26	6,4	8,467	1	0,004
Наличие специально сделанных шрамов	14,9	12,7	0,141	1	0,707

Примечание – 1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

На основе систематизации ответов на вопросы анкет «Риск девиантной социализации подростка» и «Неблагоприятные жизненные события» были выделены такие показатели социального неблагополучия как семейные дисфункции, психотравмирующий опыт, девиантная социализация (Таблица 9). При оценке связи социального неблагополучия с СП (коэффициент сопряженности) в совокупной выборке были выявлены значимые взаимосвязи между конкретными фактами социального неблагополучия и способом самоповреждения. В отдельно взятых подгруппах наиболее социально уязвимой и травмированной оказалась группа подростков, пострадавших от насилия, и чуть в меньшей степени группа подростков с умственной отсталостью легкой степени. У неформальных подростков были выявлены наиболее высокие значения по семейным дисфункциям, а у социально неблагополучных подростков и юношей – по девиантной социализации.

Изучение фактора неформальной социализации (N=367, клиническая выборка – 30, популяционная выборка – 337 респондентов) объединило исследования, выполненные в группах подростков и молодых людей с неформальной социальной идентификацией («эмо», «готы», «панки», «рокеры»), и/или имеющих модификации тела (татуировки, пирсинг, шрамирование и т.п.). Рассмат-

ривалось две гипотезы: 1) модификации тела взаимосвязаны с проявлениями проблемного и самоповреждающего поведения; 2) фактор неформальной социализации влияет на риск СП (Таблица 10). Использовались шкала СП и анкета «Модификации тела и самоповреждения».

Таблица 9. Частота утвердительных ответов и межгрупповые различия (χ^2 Пирсона) по анкетам «Риск девиантной социализации подростка», «Неблагоприятные жизненные события»

Пункты анкет	1*	2**	Значение	Число степеней свободы	p
Семейные дисфункции					
Проживание с одним из родителей	34,1	27,7	0,728	1	0,394
Алкоголизация или наркотизация одного или обоих родителей	14,9	29,8	5,844	1	0,016
Конфликтные взаимоотношения между родителями	15,4	36,2	10,670	1	0,001
Конфликтные взаимоотношения с родителями	34,6	57,4	8,414	1	0,004
Физические наказания со стороны родителей	9,6	27,7	11,079	1	0,001
Тюремное заключение одного или обоих родителей	9,1	4,3	1,208	1	0,272
Развод родителей	37	21,3	4,227	1	0,040
Психологическая травматизация					
Сексуальное насилие	1,9	31,9	16,152	1	0,001
Физическое насилие со стороны группы людей	29,8	17,0	3,147	1	0,076
Тяжелая болезнь	9,6	21,3	5,022	1	0,025
Тяжелая болезнь близкого человека	20,2	6,4	5,031	1	0,025
Смерть близкого человека	49,5	17	16,471	1	0,000
Катастрофы, аварии, пожары и другие бедствия	33,2	17,0	4,745	1	0,029
Разлука с близким человеком	40,9	19,1	7,768	1	0,005
Пережил тяжелые ситуации	4,8	70,2	7,528	1	0,006
Девиантная социализация					
Участие в групповых нападениях	23,1	4,3	8,616	1	0,003
Попадал в милицию	49	12,8	20,659	1	0,000
Пробовал наркотики	22,6	2,1	10,511	1	0,001
Употребление алкоголя каждую неделю	27,4	6,4	9,415	1	0,002
Курение	55,3	36,2	5,612	1	0,018
Побеги из дома	24,5	17	1,212	1	0,271

Примечание –1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

Таблица 10. Участники исследования фактора неформальной социализации

Название исследования	N	Женский пол	Мужской пол	Возраст	1*	2**
Исследование 1. Склонность к самоповреждению и модификациям тела в неформальной молодежной субкультуре	100	95	5	19,4±1,3	100	-
Исследование 2. Особенности СП при модификациях тела	135	71	64	17,5±1,7	135	-
Исследование 3. Особенности СП в субкультурных группах	132	56	76	20,2±4,8	102	30
Всего	367	222	145	19,0±2,6	337	30

Примечание –1* – популяционная выборка; 2** – клиническая выборка

В первом исследовании (N=100) на основе анкетирования были получены данные об отношении к модификациям тела и самоповреждениям представителей субкультуры («рокеры») и молодых людей с соционормативным поведением. В Таблице 11 представлены значимые корреляции между пунктами анкеты, подтверждающие взаимосвязь самоповреждений с девиациями (употребление психоактивных веществ), склонностью к риску (экстремальный спорт, повышенный интерес к экстремальным способам модификаций тела, стремление к острым ощущениям) и эмоциональными состояниями (тревога, внимание к эмоциональным последствиям собственных поступков).

Таблица 11. Значимые взаимосвязи между пунктами анкеты «Модификации тела и самоповреждения» (коэффициент Гамма)

Вопросы	Значение
Значимые взаимосвязи в группе с модификациями тела	
Случаи самоповреждения / Опыт употребления наркотиков	0,37**
Случаи самоповреждения / Внимание к эмоциональным последствиям собственных поступков	0,3*
Поверхностные самоповреждения / Опыт употребления наркотиков	0,36*
Поверхностные самоповреждения / Тревога	0,33*
Самоповреждения под влиянием эмоций / Заинтересованное отношение к экстремальным модификациям тела	0,39*
Непреодолимое желание совершить самоповреждение / Заинтересованное отношение к экстремальным модификациям тела	0,62***
Опыт самостоятельных модификаций тела / Занятия экстремальными видами спорта	0,33*
Наличие модификаций тела / Заинтересованное отношение к экстремальным модификациям тела	0,65**
Значимые взаимосвязи в группе с соционормативным поведением	
Случаи самоповреждения / Потребность в острых ощущениях	0,29*
Поверхностные самоповреждения / Курение	0,28*
Непреодолимое желание совершить самоповреждение / Представления о причинах модификаций тела как результате психологических проблем	0,49*

Примечание – * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Во втором исследовании (N=135) с целью определения роли модификаций тела в формировании СП было выделено три группы подростков и молодых людей: 1) с профессионально сделанными модификациями тела; 2) с самостоятельно сделанными модификациями; 3) без модификаций тела. Статистически достоверные связи между принадлежностью к группе и частотой самоповреждений (коэффициент сопряженности) были выявлены по следующим актам самоповреждения: самопорезы, удары о твердые поверхности, удары по собственному телу, самоожоги, сковыривание болячек (значения коэффициента сопряженности от 0,33 до 0,45, $p < 0,01$), с их наибольшей частотой в группе с самостоятельно сделанными модификациями тела. При оценке различий между группами по инструментальным и соматическим самоповреждениям (критерий Краскала-Уоллиса, $p < 0,05$) было выявлено, что чаще всего данные способы самоповреждения указывали представители группы с самостоятельно сделанными

ми модификациями тела. По результатам регрессионного анализа (линейная регрессия, метод принудительного включения) самостоятельно сделанные модификации тела были выделены в качестве предиктора СП (23,8% объясненной дисперсии, $p=0,000$).

В третьем исследовании (N=132) изучались особенности СП в неформальных субкультурных группах. Согласно результатам анкетирования, в группе представителей субкультур была выявлена наиболее высокая частота таких самоповреждений как самопорезы, самоожоги и расчесывание кожи до крови (Таблица 12).

Таблица 12. Частота утвердительных ответов и межгрупповые различия (χ^2 Пирсона) по шкале СП в популяционной выборке

Акты самоповреждения	1* (N=30)	2** (N=72)	Значение	Число степеней свободы	p
Самопорезы	23,3	47,2	10,082	3	0,018
Выдергивание волос	40	34,7	1,491	3	0,684
Удары о твердые поверхности	56,7	65,3	5,719	3	0,126
Самоожоги	3,3	36,1	16,328	2	0,000
Сковыривание болячек	36,7	26,4	3,325	3	0,344
Удары по собственному телу	23,3	45,8	5,811	3	0,121
Расчесывание кожи до крови	30	55,6	9,140	3	0,027

Примечание – 1* – респонденты с соционормативным поведением; 2** – респонденты с неформальной социальной идентификацией

Дополнительно было проведено исследование в клинической выборке (N=30). 11 пациентов идентифицировали себя с определенным субкультурным сообществом, являлись его членом и разделяли ценности конкретной неформальной молодежной группы. В клинической выборке наблюдаются особенности, выявленные в общей популяции: более высокая частота по отдельным самоповреждениям (самопорезы, удары о твердые поверхности и самоожоги) среди представителей субкультурных групп. В нозологическом отношении большее число самоповреждений указали пациенты с наркотической зависимостью (как в субкультурной группе, так и в группе пациентов, не идентифицирующих себя с какими-либо субкультурным сообществом). Другим социальным фактором, который, по мнению специалистов, оказывает влияние на развитие СП, выступил **фактор школьного буллинга**. Для оценки школьного буллинга (N=55 учащихся средней школы) была разработана шкала, направленная на оценку своего самочувствия и отношений в школьном коллективе. На основе факторного анализа были выделены 2 субшкалы: 1) негативная субъективная оценка своего самочувствия; 2) негативные отношения в школьном коллективе (запугивание, травля), с которыми выявлены связи способов СП (Таблица 13).

С помощью кластерного анализа (кластеризация K-средними) по фактору буллинга были определены три группы подростков: уязвимые (подвергающиеся буллингу), нестабильные (с эпизодами буллинга) и нейтральные (не подвергающиеся буллингу). Основную группу подростков, осуществляющих само-

повреждения, составили нестабильные и уязвимые в отношении буллинга подростки (коэффициент Гамма 0,56, при $p=0,03$).

Таблица 13. Взаимосвязь факторов буллинга и способов СП

Факторы буллинга	Инструментальные самоповреждения	Соматические самоповреждения
Негативная субъективная оценка своего самочувствия	0,62*	0,79*
Негативные отношения в школьном коллективе	0,88*	0,82*

Примечание – * $p<0,05$

Гипотеза подтвердилась: факторы социального неблагополучия, неформальной социализации и школьного буллинга связаны с усилением частоты действий самоповреждающего характера и выбором как инструментальных, так и соматических способов самоповреждения. Выявленные корреляции между модификациями тела и инструментальными и соматическими самоповреждениями подтверждают определение модификаций тела как социально санкционированных самоповреждений в рамках идентификационного типа СП. Самостоятельно сделанные модификации можно рассматривать как предиктор СП.

В десятой главе «**Психологические факторы самоповреждающего поведения**» обобщены результаты эмпирического исследования когнитивно-эмоциональных и личностных факторов СП в популяционной и клинической выборках. В рамках этого исследования были сформулированы две гипотезы: 1) психологическая специфика СП может быть раскрыта через изучение когнитивно-эмоциональных факторов (эмоциональный интеллект, алекситимия, копинг-стратегии, временная перспектива) и личностных факторов (я-концепция, нейротизм, тревожность, враждебность); 2) существуют различия между клинической и популяционной выборками по данным факторам в их связи с СП.

В рамках **исследования когнитивно-эмоциональных факторов СП** изучались эмоциональный интеллект, алекситимия, копинг-стратегии и временная перспектива. В исследовании *эмоционального интеллекта* (ЭИ) приняли участие 722 респондента, из них 363 – женского пола, 359 – мужского пола, в возрасте от 13 до 35 лет; N=89 – клиническая выборка; N=633 – популяционная выборка. При сравнении показателей ЭИ в нозологически однородных группах клинической выборки (критерий U Манна-Уитни), различающихся по СП в анамнезе, были выявлены различия с более высокими значениями у пациентов с СП: у больных шизофренией по шкале управление своими эмоциями ($p=0,005$); у пациентов с расстройствами личности и поведения – понимание своих эмоций ($p=0,005$) и управление своими эмоциями ($p=0,01$); у пациентов с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами – понимание эмоций ($p=0,05$) и управление эмоциями ($p=0,05$); у пациентов с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися в детском и подростковом возрасте – по шкалам внутриличностный эмоциональный интеллект ($p=0,04$), межличностный эмоциональный интеллект ($p=0,001$), понимание эмоций ($p=0,02$) и управление эмоциями ($p=0,05$).

При сравнении показателей ЭИ в популяционной выборке (критерий U Манна-Уитни) по критерию СП были получены следующие различия с более высокими значениями у лиц с самоповреждениями: у респондентов с соционормативным поведением по шкале «управление своими эмоциями» ($p=0,001$); у социально неблагополучных подростков и юношей (девушек) по шкалам «межличностный ЭИ» ($p=0,05$), «управление эмоциями» ($p=0,02$), «понимание эмоций» ($p=0,04$); у респондентов с неформальной социализацией «межличностный ЭИ» ($p=0,05$) и «внутриличностный ЭИ» ($p=0,05$).

Значимые корреляции между шкалами эмоционального интеллекта и стратегиями СП были выявлены только в клинической группе. На основе регрессионной модели (линейная регрессия, метод принудительного включения) нарушения управления эмоциями можно рассматривать как предиктор СП (23,1% объясненной дисперсии, $p=0,002$). Однако для клинической выборки более актуальной является шкала понимания эмоций, что косвенно отражается в результатах корреляционного анализа: обнаружен ряд отрицательных связей между пониманием, управлением эмоциями и стратегиями СП. Недостаточность понимания эмоций находит свое выражение в трудностях оценки и релевантного реагирования на собственные переживания и эмоции других людей. В популяционной выборке самоповреждение в большей мере связано с управлением и выражением эмоций, что проявляется в поведенческих проблемах саморегуляции и реактивном характере актов самоповреждения. Эти данные согласуются с исследованиями Ким Грац и ее коллег, в которых отмечаются связи частоты СП и таких нарушений эмоциональной регуляции, как принятие собственных эмоций и их осознание (Gratz, Gunderson, 2006; Gratz, Roemer, 2008).

Для респондентов с умственной отсталостью ($N=46$, из них 25 – женского пола и 21 – мужского пола, $M_{\text{возр}}=15,0\pm 0,83$) оценка распознавания и понимания эмоций осуществлялась с помощью экспериментальной процедуры *распознавания эмоций по фотографиям* и *шкалы дифференциальных эмоций*. Выявлено, что подростки с легкой умственной отсталостью при определении выраженности той или иной эмоциональной характеристики тяготеют к выбору положительных оценочных суждений, тогда как у нормативно развивающихся подростков обнаруживается большая вариативность выборов и тенденция к выбору средних оценок. Наибольшие трудности умственно отсталых подростков пришлось на определение эмоций печали, презрения, стыда/вины. Их выбор по шкале дифференциальных эмоций и демонстрируемая тенденция к положительным значениям отражают ситуативную зависимость эмоций и неспособность к тонкой дифференциации, что обусловлено слабой сформированностью концептуального мышления при умственной отсталости. Низкая дифференциация эмоций коррелирует с частотой СП. Чем выше частота как соматических, так и инструментальных самоповреждений у подростков с умственной отсталостью, тем более ограничен диапазон распознаваемых эмоций, тем более упрощена идентификация собственных эмоциональных состояний.

По фактору *алекситимии* ($N=253$, 130 – женского пола и 123 – мужского пола, $M_{\text{возр}}=17,64\pm 2,81$, из них $N=35$ – клиническая выборка, $N=218$ – популяционная выборка) были получены значимые различия между клиниче-

ской и популяционной выборками (критерий U Манна-Уитни, $p=0,000$). Наиболее высокое средне-ранговое значение алекситимии в подгруппе с эмоциональными и поведенческими расстройствами (195,05), чуть ниже в подгруппе с реакцией на стресс (153,37), самое низкое значение в подгруппе с неформальной социализацией (114,20). Респонденты клинической выборки с самоповреждениями имеют более высокий уровень алекситимии, чем пациенты без СП; аналогичная ситуация в популяционной выборке (в обоих случаях применялся критерий U Манна-Уитни, $p<0,05$). На основе регрессионного анализа было подтверждено, что фактор алекситимии может рассматриваться в качестве предиктора СП.

Исследование *копинг-стратегий* ($N=240$, 126 – женского пола, 114 – мужского пола в возрасте от 13 до 35 лет, $M_{\text{возр.}}=19,3\pm 4,8$, $N=78$ – клиническая выборка, $N=162$ – популяционная выборка) выявило приоритет малоадаптивных копингов в группах, выделенных по критерию наличия/отсутствия самоповреждений как в клинической, так и в популяционной выборках. По опроснику когнитивной регуляции эмоций выявлен ряд значимых взаимосвязей между копингами и СП (отрицательные корреляции СП с адаптивными и положительные с неадаптивными стратегиями). Согласно модели, полученной на основе линейной регрессии, были определены предикторы СП: руминация, самообвинение и обвинение других (62,3% объясненной дисперсии, $p<0,01$).

По тесту «Способы совладающего поведения» в клинической выборке были получены высокие, статистически значимые корреляции между шкалами бегство-избегание, положительная переоценка, конфронтационный копинг, принятие ответственности и стратегиями СП: восстановление контроля над эмоциями, избавление от напряжения и воздействие на других (Рисунок 9).

По способу и общему показателю самоповреждения в клинической выборке, были получены отрицательные корреляции между инструментальными самоповреждениями и поиском социальной поддержки ($\rho=-0,75$); положительной переоценкой и соматическими самоповреждениями ($\rho=-0,71$), общим показателем СП ($\rho=-0,71$). В популяционной выборке была выявлена связь поиска социальной поддержки с соматическими самоповреждениями ($\rho=0,78$) и общим показателем СП ($\rho=0,57$). Различия между группами были выявлены по поиску социальной поддержки (средний ранг в клинической выборке 15,38, в популяционной выборке – 9,29; $p=0,03$).

По тесту *Хайма* выявлено преобладание непродуктивных копинг-стратегий на эмоциональном уровне (эмоциональная разрядка, подавление эмоций, самообвинение, агрессивность) как в клинической, так и в популяционной выборках. Получены различия между ними по когнитивным и поведенческим стратегиям с менее продуктивным уровнем реализации копинг-стратегий в клинической выборке ($p=0,000$). В клинической выборке на когнитивном уровне преобладают такие неадаптивные когнитивные копинги как смирение, растерянность и относительно адаптивные – диссимуляция и сохранение самообладания; на поведенческом уровне – активное избегание (неадаптивный копинг).



Рисунок 9. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста «Способы совладающего поведения» и стратегиями самоповреждения ($p < 0,05$)

По тесту предпочитаемых *копинг-стратегий* *ASCOPE* акты самоповреждения коррелировали с такими стратегиями, как релаксация, избегание проблем, поиск социальной поддержки. Наиболее высокие показатели по малоадаптивным копингам выявлены у пациентов с эмоциональными и поведенческими расстройствами – выброс чувств, избегание проблем и релаксация. Различия между клинической и популяционной выборками были получены по шкалам: выброс чувств, избегание проблем, поиск социальной поддержки, поиск профессиональной поддержки, усиленные занятия, релаксация.

Совокупная выборка в исследовании *временной перспективы* составила 142 респондента, $M_{\text{возр}} = 27,07 \pm 9,65$, из них 67 – женского пола и 75 – мужского пола; $N=78$ – клиническая выборка (невротические и соматоформные расстройства и наркозависимые), $N=64$ – популяционная выборка. Согласно средним показателям по шкалам временной перспективы, в подгруппе наркозависимых пациентов наиболее высокие показатели по шкалам негативного прошлого, гедонистического настоящего и фаталистического настоящего. У наркозависимых пациентов соматические самоповреждения связаны с негативным прошлым и фаталистическим настоящим; у пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами – с будущим и негативным прошлым; у респондентов с нормативным развитием связи между СП и временной перспективой не выявлено. Различия были получены по инструментальным самоповреждениям ($p=0,00$) и общему показателю СП ($p=0,43$) с наиболее высокими среднеранговыми значениями у наркозависимых пациентов. Для проверки гипотезы о том, что предикторами СП являются факторы временной перспективы: гедонистическое настоящее, негативное прошлое, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее, будущее, была проведена линейная регрессия (метод принудительного включения). Модель получилась только в подгруппе наркозависимых. Со-

гласно полученной модели, предикторами СП выступают негативное прошлое и фаталистическое настоящее (20% объясненной дисперсии, $p < 0,05$).

Исследования **личностных факторов** исходило из гипотезы о взаимосвязи структурных компонентов Я-концепции, нейротизма, тревожности и враждебности с СП.

В исследовании *структурных компонентов Я-концепции* участвовали 679 респондентов, 349 – женского пола, 330 – мужского пола, в возрасте от 13 до 29 лет ($M_{\text{возр.}} = 20,2 \pm 5,2$). Из них $N=604$ – популяционная выборка, $N=75$ – клиническая выборка. Выявлено, что недостаточность уровня самопринятия и низкие показатели самооценки взаимосвязаны с усилением частоты СП. Получены отрицательные корреляции между инструментальными самоповреждениями и факторами «зеркальное Я» и «самопринятие» (методика самоотношения Панталеева), субшкалами шкалы самооценки (Хетертона и Поливи); отрицательные корреляции между общим показателем СП и устойчивыми формами явнивания. Обращает внимание усиление силы связи к зрелому возрасту, что указывает на дисфункциональный характер СП. На основе регрессионного анализа в качестве предикторов СП были определены низкий уровень самопринятия, низкая оценка действий и конфликтность (17,2% объясненной дисперсии, $p < 0,05$). Выявлено, что такой компонент Я-концепции как персональное явнивание, ниже в клинической группе (критерий U Манна-Уитни, $p < 0,05$) и у лиц с СП как в популяционной, так и в клинической выборках (критерий U Манна-Уитни, $p < 0,05$). Полученные результаты подтверждают, что чем чаще осуществляются самоповреждения, тем ниже уровень конструктивных и выше уровень потенциально разрушительных аспектов самоотношения и самооценки.

В рамках исследования *личностных характеристик* в клинической и популяционной выборках в качестве **гипотезы** рассматривалось предположение о взаимосвязи показателей враждебности, тревожности, нейротизма с СП. Совокупная выборка – 636 респондента, 301 – женского пола, 335 – мужского пола, в возрасте от 13 до 29 лет ($M_{\text{возр.}} = 26,2 \pm 2,2$), $N=491$ – популяционная выборка, $N=132$ – клиническая выборка.

Оценка результатов по шкале *враждебности* выявила значимые различия между группами по шкалам враждебности, цинизма и агрессивности с наиболее высокими показателями в группах социально неблагополучных подростков и юношей (девушек) и пациентов с эмоциональными и поведенческими расстройствами. Построение на совокупной выборке регрессионной модели не дало значимых результатов. Однако в отдельных возрастных и выделенных по нозологическим и социальным признакам группах модели с предикторами враждебности, цинизма и агрессивности и зависимой переменной СП оказались более достоверны. Были построены модели (линейная регрессия, метод шагового отбора) для пациентов с эмоциональными и поведенческими расстройствами и наркозависимых пациентов. Цинизм был определен в качестве предиктора СП: в группе пациентов с эмоциональными и поведенческими расстройствами данный предиктор имеет отрицательное значение, в группе наркозависимых – положительное. В возрастных группах при проведении аналогичной процедуры шкала цинизма выступила предиктором СП для зрелого возраста.

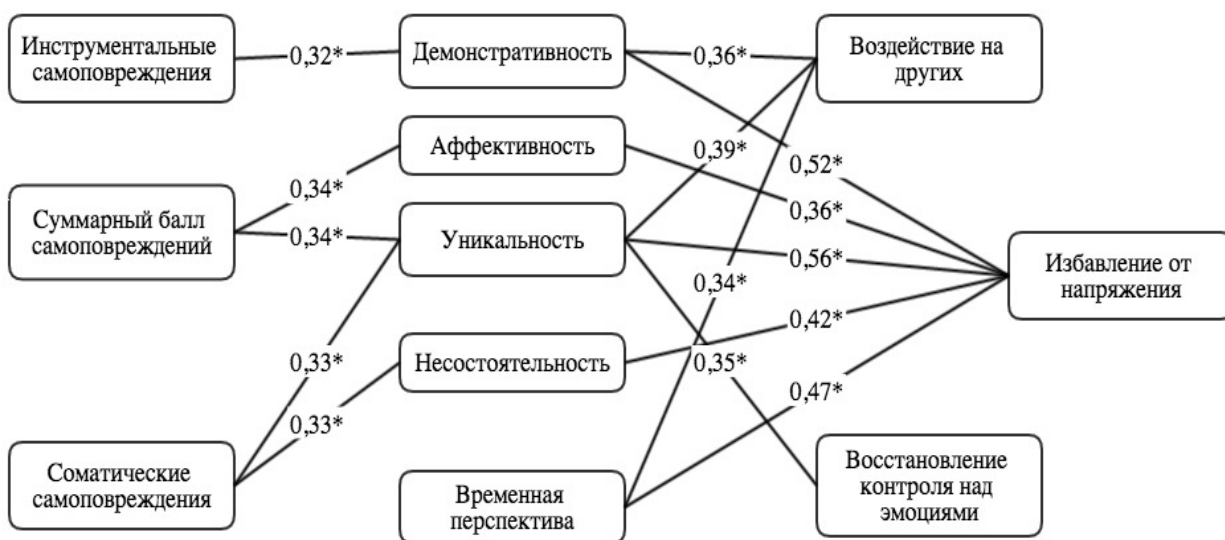
Оценка уровня тревожности по *личностной шкале проявлений тревоги Дж. Тейлор* (N=135) и *шкале тревожности Спилбергера-Ханина* (N=93) проводилась в клинической выборке (пациенты с эмоциональными, поведенческими расстройствами и пациенты с легкой умственной отсталостью) и популяционной выборке (респонденты с соционормативным поведением). Были выявлены межгрупповые различия по обеим шкалам с более высокими показателями тревожности в клинической выборке. С целью оценки влияния проявлений тревоги (шкала Дж. Тейлор) на риск СП был проведен регрессионный анализ (метод принудительного включения), данный показатель был определен в качестве предиктора СП (17,8% объясненной дисперсии, $p=0,000$).

При изучении *невротических черт личности* (опросник FPI, N=102, 57 наркозависимых пациентов и 102 респондента с соционормативным поведением) были выявлены значимые межгрупповые различия (критерий Манна-Уитни) по шкалам: раздражительность ($p<0,05$); эмоциональная лабильность ($p<0,05$); спонтанная агрессивность ($p<0,001$), невротичность ($p<0,001$). На основе регрессионного анализа (линейная регрессия, метод принудительного включения) шкалы депрессивность, раздражительность и невротичность определены в качестве предикторов СП (28,6% объясненной дисперсии, $p<0,05$).

Таким образом, гипотеза о взаимосвязи структурных компонентов Я-концепции, нейротизма, тревожности и враждебности с СП подтвердилась, сила выявленных взаимосвязей и влияний обладает высокой индивидуальной вариативностью и возрастной спецификой.

При исследовании **суицидального риска и психопатологической симптоматики** на доклиническом уровне (N=251, 139 – женского пола и 112 – мужского пола, $M_{\text{возр}}=17,15\pm 2,55$) были выявлены значимые ($p<0,05$), хотя и невысокие корреляции между способами, стратегиями СП и шкалами суицидального риска. Была обнаружена связь между инструментальными самоповреждениями и демонстративностью; соматическими самоповреждениями и двумя шкалами опросника суицидального риска – уникальность и несостоятельность. (Рисунок 10). Наиболее сильные связи между показателями СП и шкалами психопатологической симптоматики выявлены между шкалами соматизации, тревожности, психотизма, общим числом ответов по опроснику психопатологической симптоматики и всеми стратегиями СП (Таблица 14).

Взаимосвязь психопатологической симптоматики с СП выражается через три показателя – соматизация, тревожность и психотизм. Соматизация как симптом телесного неблагополучия (или физического дистресса), тревожность как совокупность соматических и эмоциональных симптомов нервозности, психотизм как совокупность симптомов, характеризующих избегающий стиль жизни, могут быть отнесены к симптомам, наблюдаемым у лиц с СП. Степень их выраженности может рассматриваться как фактор психопатологизации СП.



Примечание – * $p < 0,05$

Рисунок 10. Статистически значимые связи между способами, стратегиями самоповреждения и шкалами суицидального риска

Таблица 14. Статистически значимые взаимосвязи между способами и стратегиями СП и шкалами психопатологической симптоматики

Шкалы психопатологической симптоматики	Способы и стратегии СП						
	Инструментальные самоповреждения	Соматические самоповреждения	Восстановление контроля над эмоциями	Воздействие на других	Избавление от напряжения	Изменение себя	Общий показатель СП
Соматизация	0,72**			0,83**	0,64*	0,66*	0,56*
Сенситивность	0,58*						
Тревожность	0,64*	0,61*		0,75*	0,74**	0,71**	0,77**
Враждебность	0,62*						
Фобия	0,67**						
Психотизм		0,81**	0,68**	0,85**	0,82**	0,81**	0,77**
Общее число ответов	0,71**				0,58*	0,60*	0,66*

Примечание – * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

На основе регрессионной модели (линейная регрессия, метод принудительного включения) тревожность выступает предиктором СП (27,1% объясненной дисперсии, $p < 0,001$), а общий показатель СП может рассматриваться как предиктор тяжести психопатологической симптоматики (31,6% объясненной дисперсии, $p < 0,05$).

В одиннадцатой главе «Мишени психологической помощи при самоповреждающем поведении» на основе обобщения результатов эмпирического исследования СП в общей и клинической популяциях и соотнесения полученных результатов с существующими моделями психологической помощи, систематизированы мишени психологической помощи при СП. Выбор пути коррекционного воздействия или терапевтического вмешательства должен основываться на системной оценке влияния и взаимодействия всех основных факто-

ров, влияющих на риск СП: половозрастных, социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных. Кризис подростково-юношеского возраста, пол как фактор, указывающий на возможный тип СП, нарушения я-концепции, дисрегуляция эмоций, тревожность и нейротизм, сниженная способность к распознаванию эмоций, деструктивные влияния социальной среды, субкультурные деструктивные ценности – приоритет тех или иных факторов или их сочетаний оказывает влияние на выделение мишеней и выбор стратегии коррекционной помощи. В зависимости от этого определяется фокус психологической помощи: в одних случаях, это развитие способности к самопониманию, самоанализу, пониманию и интерпретации собственных психических состояний и эмоций других людей, переосмысление травматичного прошлого опыта, формирование адаптивных копингов, в других случаях – формирование навыков конструктивного межличностного взаимодействия, снижение уровня общего невротического напряжения. При разработке превентивных программ необходимо учитывать, что подростки из групп высокого риска (из неблагополучных семей, детских домов) отличаются от подростков с низким риском СП не только по психологическим характеристикам, влияющим на развитие СП, но и по составу социального окружения, поэтому необходимо многообразие превентивных мер как в работе с подростком, так и при работе с родителями, учителями и медицинскими/социальными работниками. В соответствии с этим предложена модель профилактики СП с подростками и их окружением (Таблица 15).

Системный характер программы профилактики СП предполагает учет и оценку влияния различных факторов: социальных (например, социальное неблагополучие), гендерных, возрастных, психологических (дисфункциональная я-концепция, нарушенная регуляция эмоций, тревожность и нейротизм и т.п.). Условием разработки такой программы является ее комплексность, что предполагает: а) выделение групп риска по СП и разработку превентивных мероприятий с учетом специфики группы риска; б) работу разных специалистов (психологов, педагогов, врачей, социальных работников) с группой риска по СП; в) сочетание разных форм работы с целевыми группами: информационно-обучающая – с педагогами, медицинским персоналом и родителями; обучающая – с психологами и другими специалистами, работающими с группами риска по СП; психолого-развивающая – с подростками и взрослыми из группы риска; информационно-аналитическая – с административными и государственными структурами.

Обсуждение результатов. В проведенном исследовании была осуществлена работа по ряду направлений: результатом теоретического анализа и обобщения стала функционально-генетическая концепция СП, были разработаны шкалы измерения СП, проведено популяционное и клиническое исследование с оценкой специфики самоповреждения в разных выборках, изучены социальные, половозрастные и психологические факторы с выявлением коррелятов и предикторов СП. Полученные результаты хорошо согласуются с современными представлениями о сложной многофакторной природе СП, внося свой вклад в понимание специфики СП при нормативном и нарушенном психическом развитии.

Таблица 15. Модель профилактической работы с подростком и его окружением в разных группах риска

Уровень риска \ Группы	Подростки	Родители или опекуны	Педагоги и медицинские работники
Подростки с высоким уровнем социального риска	Групповые тренинги, направленные на развитие навыков эмоциональной регуляции, продуктивных копинг-стратегий; индивидуальная работа с травматичным опытом	Информирование о феноменологии и функциях СП; тренинги, направленные на обучение эффективным способам общения с ребенком, пережившим травму; обучение способам оказания срочной психологической помощи детям в ситуации самоповреждения	
Подростки с высоким уровнем риска по медицинским параметрам	Функциональный поведенческий тренинг	Информирование; обучение способам прекратить или ограничить стереотипное СП	Информирование; обучение способам прекратить или ограничить стереотипное СП
Подростки с высоким уровнем риска по результатам психологической диагностики	Групповые тренинги, направленные на развитие навыков эмоциональной регуляции и общения для детей и родителей (отдельно); семейная терапия, нацеленная на изменение практик взаимодействия членов семьи		Информирование о феномене, причинах и механизмах СП; обучение приемам выявления детей с СП и стратегиям помощи
Подростки с идентификационным СП (члены субкультур)	Групповые тренинги, направленные на повышение качества саморегуляции и коммуникативных взаимодействий	Информирование об особенностях подросткового возраста и возможных факторах риска СП; обучение приемам коммуникативного взаимодействия с ребенком	Информирование о сходстве и различиях между СП и модификациями тела
Подростки с низким уровнем риска	Информирование о психологических особенностях подросткового возраста и возможных трудностях в общении между подростком и родителями, подростком и окружающим миром, и путях преодоления этих трудностей.		Информирование о феномене СП, его возможной связи с суицидальным поведением и факторах риска

В основании *теоретической модели* СП лежит принцип развития, причем СП определяется как регрессивное поведение, обусловленное характером психического развития, депривацией, межличностными и внутриличностными кризисами, дефицитом когнитивных стратегий регуляции эмоций, недостатком когнитивно-эмоциональных и личностных ресурсов, обеспечивающих самопонимание и понимание психологического мира других людей. Эта позиция реализуется в ряде теоретических обобщений, охватывающих широкий пласт работ по психологии психического онтогенеза и дизонтогенеза, рассмотренных с точки зрения дифференциации, культурного опосредования психических процессов, эмоций, личности и поведения при нормативном и нарушенном развитии (Ананьев, 1980; Выготский, 1986; Мясищев, 1964; Стерн, 2006; Werner,

1957; Witkin, 1965), роли регресса в психическом развитии (Выготский, 1986; Хартманн, 2002; Rutter, 1995; Шпиц, 2001; Werner, 1957) и влияния отдельных социальных, половозрастных, клинических факторов на формирование СП (Ковалев, 1979; Мухамедрахимов, 1999; Jeffreys, 2000; Pitts, 2003 и др.).

Теоретические обобщения, осуществленные в рамках функционально-генетической концепции СП, верифицируются в программе эмпирического исследования, направленного на изучение половозрастных, социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных взаимосвязей и предикторов СП. Для эмпирической проверки модели были разработаны и апробированы методики, направленные на фиксацию феноменов и причин СП. Обе шкалы, показавшие высокую внутреннюю согласованность и конвергентную валидность, родственны аналогичным шкалам, используемым для оценки СП (Gratz, 2001; Klonsky, Glenn, 2009; Lloyd et al., 1997; Nixon et al., 2015; Vandereycken, 1997).

Впервые систематизированные на русскоязычной популяционной выборке данные о *половозрастной специфике* СП поддерживаются результатами аналогичных исследований, выполненных в разных странах (Corcoran et al., 2015; Nixon, Cloutier, Jansson, 2008; Brunner, Parzer, Haffner et al., 2007; Ross, Heath, 2003; Gratz, 2006; Whitlock et al., 2006; Lloyd-Richardson et al., 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2007 и др.). Нами выявлено, что старший подростковый и юношеский возраст наиболее уязвимы к развитию СП. Для мужского пола свойственны потенциально более опасные, повторяющиеся самоповреждения по дисфункциональному типу, для женского – поверхностные, эпизодические самоповреждения по реактивному типу.

Исследование *социальных факторов*, которые детерминируют СП уже на ранних этапах психического развития (Мухамедрахимов, 1999; Шпиц, 2001; Rutter, Bartak, 1973; Rutter, Behrendt, 2004), продемонстрировало множественные связи СП с семейными дисфункциями, девиантной социализацией, психологической травматизацией, модификациями тела как маркером принадлежности к неформальным субкультурным сообществам, а также виктимизацией (школьный буллинг). Это согласуется с предикторами СП, выявленными другими авторами: бездомностью, девиантным окружением (Tyler, Whitbeck, Hoyt et al., 2003), физическим, сексуальным насилием и пренебрежением со стороны родителей (Gratz, Chapman, 2007; Klonsky, Moyer, 2008). Школьный буллинг оценивается как предиктор не только СП (Juhnke, 2011; Hay, Meldrum, 2010; Winsper et al., 2012), но и суицидального поведения (Воликова, Нифонтова, Холмогорова, 2013).

Обобщая результаты исследования когнитивно-эмоциональных и личностных факторов, следует отметить, что клиническая и социальная специфичность обследованных групп во многом определяла исследуемые показатели. В целом, в клинической выборке выявлены более высокие по силе корреляции СП с психологическими факторами, но в популяционной выборке отдельные группы (например, социально неблагополучные подростки и юноши) демонстрировали высокие значения по СП и более сильные связи с низкофункциональными психологическими характеристиками.

По *эмоциональному интеллекту* были получены значимые различия, касающиеся связи СП со шкалами эмоционального интеллекта в отдельных нозологических и социальных группах. Выявлено, что фактор управления эмоциями выступает отрицательным предиктором СП, но для клинической выборки приоритетным оказывается фактор понимания эмоций, как в наибольшей мере отражающий базовые проблемы дифференциации эмоций, обуславливающие нарушения социальной компетентности и ментализации. Близкие результаты представлены в работах, подтверждающих связь СП с низкими показателями ЭИ (Mikolajczak et al., 2009) и такими нарушениями эмоциональной регуляции, как неспособность принять собственные эмоции и осознать их (Gratz, Gunderson, 2006; Gratz, Roemer, 2008), неспособность выразить собственные эмоции (Gratz, 2007).

При исследовании связи *алекситимии* с проявлениями СП ее наиболее высокие показатели были выявлены в клинической выборке. В выполненном в возрастной подгруппе «17–21 год» регрессионном анализе фактор алекситимии был выделен в качестве предиктора СП. Указание на более высокие значения алекситимии при СП присутствуют в работах, выполненных на разных выборках (Anderson, Crowther, 2012; Oyefeso et al., 2008; Zlotnick et al., 1996).

По результатам исследования *копинг-стратегий* и их связи с СП, следует отметить, что СП поддерживается малоадаптивными когнитивными стратегиями регуляции эмоций и копингами; руминация, самообвинение и обвинение других выступают предикторами СП. Связь руминации с СП описана в других исследованиях (Hoff, Muehlenkamp, 2009; Voon et al., 2014), более того, руминация и катастрофизация занимают центральное место в модели эмоциональных каскадов, объясняющей СП как импульсивное поведение, связанное с попыткой завершить цикл негативных эмоциональных переживаний (Arbuthnott et al., 2015; Selby et al., 2008, 2009).

Исследование *временной перспективы* выявило ее особенности в нозологических группах, в частности, у наркозависимых пациентов, что подтверждает искажения временной перспективы при аддиктивных расстройствах (Jaffe, Archer, 1987; Keough, Zimbardo, Boyd, 2009; Федоров, 2005). В качестве предикторов СП выделены негативное прошлое и фаталистическое настоящее.

Результаты исследования *Я-концепции* продемонстрировали ее дисфункциональный характер при СП. Учитывая сложность сравнения результатов данного исследования с другими из-за разнообразия определений и способов операционализации понятия Я-концепция, отметим выделяемую рядом исследователей связь СП с тем или иным аспектом деструктивного самоотношения: самонаказание, чувство вины, самокритика (Hooley, Germain, 2014; Klonsky, 2007; Glassman et al., 2007). Это подтверждается и полученной в нашем исследовании регрессионной моделью, согласно которой низкая оценка действий, низкое самопринятие и высокая внутренняя конфликтность выступают предикторами СП.

Исследование *нейротизма, враждебности и тревожности* показали наличие корреляций для шкал, соответствующих этим конструктам (для шкал враждебности – только в подростковом и частично в зрелом возрасте); шкалы

цинизма, тревожности, депрессивности, раздражительности и невротичности были определены как предикторы СП. Эти результаты могут быть соотнесены с моделью враждебности, согласно которой СП возникает в результате невозможности выражать гнев, и моделью тревоги, согласно которой СП используется для контроля и избегания депрессии и тревоги (Ross, Heath, 2003).

В проведенном исследовании факторов СП, *суицидального риска и психопатологической симптоматики* подтверждается их взаимосвязь и взаимовлияние через предикторы – несостоятельность и тревогу, что находит свое подтверждение в работах близкой направленности (Brown et al., 2002; Chartrand et al., 2012; Klonsky et al., 2012; Muehlenkamp, Gutierrez, 2004; Nock et al., 2006; Plener et al., 2009).

Модель психологической помощи и превенции СП основывается на выделенных факторах риска СП и разработке, исходя из этого, программы превенции (для разных групп риска по СП), а также стратегии психологической помощи, направленной на повышение качества психологической дифференциации в разных сферах – повышение эмоционального интеллекта и качества саморегуляции (выработка адаптивных копинг-стратегий), качественные преобразования Я-концепции, связанные с сепарацией и индивидуализацией личности, повышение качества когнитивно-личностных способностей, связанных с пониманием и релевантной оценкой собственных ресурсов и их соотнесением с желаемыми качествами. Эта работа основывается на традиционных и современных моделях психотерапии: когнитивно-бихевиоральной (Холмогорова, 2011; Evans et al., 1999; Gratz, 2007; Hawton et al., 2016; Linehan et al., 2006; Muehlenkamp, 2007), психодинамической (Кернберг, 1998; Меннингер, 2003), семейной терапии, основанной на теории привязанности (Brown, 1999; Kissil, 2011; Thapar et al., 2015) и др.

В **заключении** подводятся итоги исследования, отмечаются ограничения и перспективы дальнейших исследований СП. В качестве ограничений отмечены трудности выявления фактов самоповреждения в популяционной выборке, высокая индивидуальная специфичность актов самоповреждения, что приводит к трудностям оценки рисков СП и сложностям экстраполяции полученных данных. Приоритетными направлениями исследования данной проблемы являются изучение влияния семейных взаимоотношений на формирование СП (включая особенности психологического взаимодействия на ранних этапах развития, стратегии семейного воспитания, стратегии саморегуляции эмоций и поведения членов семьи), исследование СП в группах депривированных детей и подростков и изучение социальных и культурных детерминант СП.

ВЫВОДЫ

1. Функционально-генетическая концепция самоповреждающего поведения, базирующаяся на системном биопсихосоциальном подходе к психическому развитию и его нарушениям, позволяет систематизировать феномены и функции СП с описанием их качественного своеобразия на разных этапах психического онтогенеза. Специфика СП определяется половозрастными, социальными и психологическими факторами. К наиболее важным из них относятся:

социальное неблагополучие, семейные дисфункции, виктимизация, возрастные кризисы, девиации, нарушения саморегуляции, низкая самооценка, нейротизм.

2. На основе теоретического анализа концепций психического развития в их связи с формированием СП было показано, что в процессе онтогенеза СП существенно изменяется: от неосознанных действий в рамках аффективно-моторного комплекса на ранней стадии развития до намеренных актов самоповреждения на последующих этапах онтогенеза. Качественный характер этих изменений может быть определен через дескриптивный анализ форм (импульсивной, стереотипной, волевой), типов (реактивного, дисфункционального, идентификационного) и функций СП (моторной, сенсорной стимуляции, сигнальной, контроля, идентификации). Основным механизмом, обуславливающим проявления СП, выступает механизм психического регресса, возникающий в условиях кризисов развития, депривации, фрустрации и стрессогенных воздействий.

3. Проведенное эмпирическое исследование подтвердило валидность разработанных шкал СП, с помощью которых были выделены способы и стратегии СП. Различия между инструментальными и соматическими способами основаны на феноменологии нанесения самоповреждений: при инструментальном способе используются инструменты (порезы бритвой или ножом, проколы острыми предметами и т.п.); соматический способ характеризует самоповреждения, наносимые собственным телом (расчесывание, укусы, выдергивание волос, удары по телу и т.п.). Выделенные стратегии СП: избавление от напряжения, восстановление контроля над эмоциями, воздействие на других, поиск нового опыта – взаимосвязаны с социальными, когнитивно-эмоциональными и личностными факторами. Эти взаимосвязи опосредованы разными траекториями развития системы отношений личности в рамках нормативного и нарушенного психического развития.

4. Изучение половозрастных факторов СП показало, что наиболее часто СП наблюдается в старшем подростковом и юношеском возрасте. Кризисный характер подростково-юношеского периода, сопровождающийся снижением психологической дифференциации и, как следствие этого, повышением вероятности регресса в ситуациях психоэмоциональной нагрузки и стресса, повышает риск СП. СП девушек наиболее соответствует реактивному типу: самоповреждения являются результатом ослабления или утраты контроля над эмоциями и поведением и в большей степени определяются условиями конкретной ситуации. СП юношей более соответствует дисфункциональному типу: оно связано с психологическими дисфункциями и попытками их компенсировать, усилив самоконтроль через травмирование собственного тела. В клинической выборке выявленные риски сохраняются, однако самоповреждение как онтогенетический симптом, указывающий на проблемы психического развития (например, кризисный период развития), при психопатологии может стать привычным паттерном поведения, замещающим высокофункциональные модели поведения, а интенсивность СП определяется психопатологическим процессом.

5. Выявленные в ходе эмпирического исследования особенности социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов и специфика их

связи с актами, способами и стратегиями СП, позволяют определить наиболее значимые взаимосвязи и предикторы СП. При исследовании социальных факторов выявлены взаимосвязи между СП и семейными дисфункциями, фактами психологической травматизации и девиантной социализации, включенностью в неформальные субкультурные сообщества и школьным буллингем.

6. При исследовании когнитивно-эмоциональных и личностных факторов выявлены взаимосвязи СП и эмоционального интеллекта, алекситимии, копинг-стратегий, временной перспективы, Я-концепции, нейротизма, враждебности и тревожности. В качестве предикторов СП определены: нарушения управления эмоциями, алекситимия, фиксация на негативном прошлом и фаталистическом настоящем, руминация, самообвинение и обвинение других, снижение самооценки, низкий уровень самопринятия, внутренняя конфликтность, депрессивность, цинизм, раздражительность, невротичность и тревожность.

7. Психологическая помощь при СП основывается на знании многофакторной природы СП, причин и механизмов нарушений психического и личностного развития на разных этапах онтогенеза и фокусируется на повышении эмоционального интеллекта, формировании эффективных копинг-стратегий, развитии навыков межличностного взаимодействия, совершенствовании способности к самоанализу и рефлексии и усилении позитивного самопринятия. Комплексная модель профилактики СП исходит из оценки уровня риска СП, что обуславливает выбор стратегий и методик превенции в зависимости от степени риска СП и конкретных агентов превентивного воздействия.

Основное содержание диссертационного исследования отражено в публикациях автора, общим объемом – 47,1 п.л.

Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:

1. *Польская, Н.А.* Психически больной в современном обществе: проблема стигмы [Текст] / Н.А. Польская // Социологический журнал. – 2004. – № 1-2. – С. 145–158 (0,9 п.л.).

2. *Польская, Н.А.* Психопатология: от “истории болезни” к “истории жизни” [Текст] / Н.А. Польская // Человек. – 2004. – № 5. – С. 160–170 (0,7 п.л.).

3. *Польская, Н.А.* Взаимосвязь склонности к модификациям тела с копинг-стратегиями. [Текст] / Н.А. Польская // Вопросы психологии. – 2007. – № 6. – С. 43–53 (0,7 п.л.).

4. *Польская, Н.А.* Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) [Текст] / Н.А. Польская // Психологический журнал. – 2009. – Т. 30. – № 1. – С. 96–105 (0,6 п.л.).

5. *Польская, Н.А.* Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте [Текст] / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика, выпуск 1. – 2010. – Т. 10. – С. 92–97 (0,4 п.л.).

6. *Польская, Н.А.* Взаимосвязь самооценки с самоповреждающим поведением [Текст] / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика, выпуск 3. – 2010. – Т. 10. – С. 82–86 (0,4 п.л.).
7. *Польская, Н.А.* Акты самоповреждения в ритуальных практиках [Текст] / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика, выпуск 3. – 2011. – Т. 11. – С. 88–91 (0,3 п.л.).
8. *Польская Н.А.* Самоповреждающее поведение в клинической практике [Текст] / Н.А. Польская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 2. – С. 4–8 (0,3 п.л.).
9. *Польская, Н.А.* Взаимосвязь временной перспективы и личностных черт с актами самоповреждения больных опийной наркоманией [Текст] / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика, выпуск 3. – 2012. – Т. 12. – С. 87–91 (0,3 п.л.).
10. *Польская, Н.А.* Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте [Текст] / Н.А. Польская // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 1. – С. 39–49 (0,7 п.л.).
11. *Польская, Н.А.* Взаимосвязь эмоционального интеллекта и толерантности к неопределенности в группе ВИЧ-инфицированных осужденных [Текст] / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия Философия. Психология. Педагогика, вып. 4. – 2013. – Т.13. – С. 75–79 (0,3 п.л.).
12. *Польская, Н.А.* Структура и функции самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. – № 2. – С. 45–56 (0,8 п.л.).
13. *Польская, Н.А.* Эмоционально-личностные корреляты модификаций тела [Текст] / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета. Новая серия Философия. Психология. Педагогика, вып. 2. – 2014. – Т. 14. – С. 84–90 (0,4 п.л.).
14. *Польская, Н.А.* Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) [Текст] / Н.А. Польская // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – №2 (81). – С. 140–152 (0,8 п.л.).
15. *Польская, Н.А.* Зависимость частоты и характера несуицидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) [Текст] / Н.А. Польская // Вопросы психологии. – 2015. – № 1. – С. 97–109 (0,8 п.л.).
16. *Польская, Н.А.* Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами [Текст] / Н.А. Польская // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. – № 3. – С. 129–144 (1,0 п.л.).
17. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте [Текст] / Н.А. Польская, Н.В. Власова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 4. – С. 176–190 (0,3 п.л. / авт. не разделено).
18. *Польская Н.А.* Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения [Текст] // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – № 3. – С. 110–125 (0,7 п.л.).

Монографии:

19. *Польская, Н.А.* Психопатология: от переживания к нарративу [Текст] / Н.А. Польская. – Саратов: Саратовский государственный университет, 2004. – 96 с. (6 п.л.).
20. *Польская, Н.А.* Психология самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская. – М.: URSS, 2017 – 319 с. (19,9 п.л.).

Научные публикации в других изданиях:

21. *Польская, Н.А.* Психология самоповреждающего поведения: направления исследований [Текст] / Н.А. Польская // Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества. 18–21 сентября 2007 г. В 3-х т. – Т. III. – Москва–Ростов-на-Дону: Изд-во «Кредо», 2007. – С. 60–61 (0,1 п.л.).
22. *Польская, Н.А.* Смысл агрессии при самоповреждающем поведении [Текст] / Н.А. Польская // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – М.: Изд-во Медпрактика, 2007. – С. 250 (0,1 п.л.).
23. *Польская, Н.А.* Психологические концепции самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Современные подходы в биомедицинской, клинической и психологической антропологии: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Томск, 22–24 апреля 2008 г. В 2-х частях. Часть I. Вопросы биомедицинской, клинической и психологической антропологии / Под ред. проф. Н.А. Корнетова. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. – С. 302–306 (0,3 п.л.).
24. *Польская, Н.А.* Психологические факторы самоповреждающего поведения в подростковом возрасте [Текст] / Н.А. Польская // Тезисы I Межрегиональной научно-практической конференции «Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте» 4–6 марта 2008 года. – Новосибирск, 2008. С. 23–24 (0,1 п.л.).
25. *Польская, Н.А.* Возрастные и гендерные особенности самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Девиантное поведение: проблемы профилактики, диагностики и коррекции: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 28–29 ноября 2008 года / Под науч. ред. Н.А. Польской. – Саратов: ИЦ «Наука», 2008. – С. 241–246 (0,4 п.л.).
26. *Польская, Н.А.* Когнитивный аспект модификаций тела [Текст] / Н.А. Польская // Третья Международная Конференция по Когнитивной Науке: Тезисы докладов: в 2-х т. Москва, 20–25 июня 2008 г. Т. 2. – М.: Художественно-издательский центр, 2008. – С. 417–418 (0,1 п.л.).
27. *Польская, Н.А.* Направления профилактики аддиктивного поведения подростков [Текст] / Н.А. Польская // Психологическое здоровье как условие самореализации личности: Материалы научно-практической конференции / Под ред. М.И. Кошеновой, В.М. Физикова. – Омск: Изд-во ОмГПУ, 2008. – С. 58–63 (0,4 п.л.).
28. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). К изучению копинг-установок в подростковом возрасте [Текст] / 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. Хрусталевой. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – С. 785–787 (0,2 п.л.).
29. *Польская, Н.А.* Постмодернистские интерпретации психопатологии [Текст] / Н.А. Польская // Вестник НГУ. Серия: Психология. – 2008. – Т. 2. – Вып. 1. – С. 27–30 (0,3 п.л.).
30. *Польская, Н.А.* (в соавторстве) Влияние самоотношения на склонность к самоповреждающему поведению несовершеннолетних заключенных [Текст] / Н.А. Польская, Ю.С. Некрученкова // Социальный мир человека – Вып. 2: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Человек и мир: социальные миры в

изменяющейся России», 25–26 июня 2008 г. / Под ред. Н.И. Леонова. – Ижевск: ERGO, 2008. – С. 343–344 (0,1 п.л. / авт. не разделено).

31. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). Взаимосвязь самоотношения с временной перспективой девиантных подростков/ [Текст] / Н.А. Польская, А.А. Мытько // Девиантное поведение: проблемы профилактики, диагностики и коррекции: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 28–29 ноября 2008 года / Под науч. ред. Н.А. Польской. – Саратов: ИЦ «Наука», 2008. – С. 92–94 (0,1 п.л. / авт. не разделено).

32. *Польская, Н.А.* К проблеме самоповреждающего поведения в психологии [Текст] / Н.А. Польская // 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. Хрусталевой. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – С. 783–785 (0,2 п.л.).

33. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). Взаимосвязь стратегий пищевого поведения с копинг-стратегиями и механизмами психологической защиты [Текст] / Н.А. Польская, Н.А. Новикова // Ананьевские чтения–2009: Современная психология: методология, парадигмы, теория / Материалы научной конференции Ананьевские чтения – 2009, Выпуск 2. Методологический анализ теорий, исследований и практики в различных областях психологии / Под ред. Л. А. Цветковой, В. М. Аллахвердова.– СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2009. – С. 417–418 (0,1 п.л. / авт. не разделено).

34. *Польская, Н.А.* Некоторые психологические особенности аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте [Текст] / Н.А. Польская // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / Под ред. В.Я. Семке. – Барнаул, 17–18 июня 2009 г. – Барнаул: Изд-во Алт. Ун-та, 2009. – С. 194–195 (0,1 п.л.).

35. *Польская, Н.А.* Типы самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте [Текст] / Н.А. Польская // Второй Балтийский конгресс по детской неврологии: тезисы / Под ред. проф. Гузеевой В.И. – СПб.: Изд-во «Стикс», 2009. – С. 76–77. (0,1 п.л.).

36. *Польская, Н.А.* Самоповреждающее поведение в подростковом и юношеском возрасте: классификации, формы, теоретические модели и исследовательские подходы [Текст] / Н.А. Польская // Материалы IV Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Киров, 22–24 сентября 2009 г. / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. – М.: ООО «ЗЕТ-СТИЛ», 2009. – С. 265–266 (0,1 п.л.).

37. *Польская, Н.А.* Понимание эмоций как предиктор самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Четвёртая международная конференция по когнитивной науке: Тезисы докладов: В 2 т. Т. 2. Томск, 22–26 июня 2010 г. – Томск: Томский государственный университет, 2010. – С. 483–485 (0,2 п.л.).

38. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). Исследование взаимосвязи показателей перфекционизма и агрессивности [Текст] / М.С. Косороткина, Н.А. Польская // Ананьевские чтения – 2010. Современные прикладные направления и проблемы психологии: Материалы научной конференции, 19–21 октября 2010 г. Часть I / Отв. ред. Л.А. Цветкова. – СПб: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2010. – С. 212–214 (0,2 п.л. / авт. не разделено).

39. *Польская, Н.А.* Самоповреждение в молодежных субкультурах (по результатам исследований) [Текст] / Н.А. Польская // Теоретические проблемы этнической и кросс-культурной психологии: Материалы Второй Международной научной конференции 26-27 мая 2010 г. В 2 т. Т.1. / Отв. ред. В.В. Гриценко. – Смоленск: Универсум, 2010. – С.214–217 (0,3 п.л.).
40. *Польская, Н.А.* Самоповреждение как копинг [Текст] / Н.А. Польская // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г. В 2 т. Т. 1. / Отв. ред.: Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – С. 105–107 (0,2 п.л.).
41. *Польская, Н.А.* Самоповреждение: к проблеме границ [Текст] / Н.А. Польская // Психология индивидуальности: материалы III Всерос. науч. конф., г. Москва, 1–3 декабря 2010 г. [Текст]: в 2 ч. / Отв. ред. А.Б. Орлов. – М.: Изд. дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики, 2010. – С. 162–164 (0,2 п.л.).
42. *Польская, Н.А.* (в соавторстве) Виртуальная самопрезентация подростков с самоповреждающим поведением [Текст] / Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева // Генезис категории виртуальная реальность: Материалы международной научной конференции (25–26 июня 2010 г.) / Под ред. А.В. Захряпина и др. – Саранск: Тип. «Рузаевский печатник», 2010. – С. 62–65 (0,3 п.л. / авт. не разделено).
43. *Польская, Н.А.* К проблеме эмпирического изучения самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы / Под ред. В.А. Барабанщикова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – С. 714–720 (0,4 п.л.).
44. *Польская, Н.А.* К теоретическим проблемам изучения самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Будущее клинической психологии: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. (8 апреля 2011 г.) / Науч. ред. А.Ю. Бергфельд, С.В. Вайнштейн, С.А. Щebetенко. Вып. 5. – Пермь: Перм. гос. нац. иссл. ун-т, 2011. — С. 165-169 (0,3 п.л.).
45. *Польская, Н.А.* Школьный буллинг как фактор риска развития самоповреждающего поведения в подростковом возрасте [Текст] / Н.А. Польская // На пороге взросления. Сборник тезисов участников Третьей Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития / Ред. Л.Ф. Обухова, И.А. Корепанова – М.: МГППУ, 2011. – С. 255–257 (0,2 п.л.).
46. *Польская, Н.А.* Идентичность в ситуации психического заболевания [Текст] / Н.А. Польская // Опыт и перспективы развития университетской психологии в Саратове: материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 40-летию кафедры психологии СГУ (9–10 декабря 2011 г.). – Саратов: Издательский дом «Дельта», 2011. – С. 140–154 (0,9 п.л.).
47. *Польская, Н.А.* Онтогенетические основы самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, 3–4 февраля 2011 г., Санкт-Петербург / Под общей редакцией профессоров Н.Г. Незнанова и Б.Д. Карвасарского. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. С. 163–164 (0,1 п.л.).
48. *Польская, Н.А.* Особенности распознавания эмоций подростками со снижением интеллекта [Текст] / Н.А. Польская // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения: Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции Москва, 23 сентября 2011 г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. – М.: МГППУ, 2011. – С. 120–124 (0,3 п.л.).

49. *Польская, Н.А.* Влияние показателей я-концепции на риск самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Ананьевские чтения-2011. Социальная психология и жизнь: Материалы научной конференции, 18–20 октября 2011 г., Санкт-Петербург / Отв. ред. А.Л. Свенцицкий. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011. – С. 154–156 (0,2 п.л.).
50. *Польская, Н.А.* Феноменология актов самоповреждения у подростков с нарушениями развития [Текст] / Н.А. Польская // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья: Материалы I Всероссийской научно-практической конференции (17–18 октября 2011). – М.: МГППУ, 2011. – С. 129–131 (0,2 п.л.).
51. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). Взаимосвязь показателей самооценки и перфекционизма у подростков с аутоагрессивным поведением [Текст] / Н.А. Польская, М.С. Косороткина, А.А. Маслова // Материалы международной научной конференции «Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения». – Чебоксары: Изд-во Чувашского университета, 2012. – С. 61–62 (0,1 п.л. / авт. не разделено).
52. *Польская, Н.А.* Влияние темпераментальных характеристик на факты самоповреждения подростков с легкой умственной отсталостью [Текст] / Н.А. Польская // Материалы 4-ой Всероссийской научной конференции «Психология индивидуальности». М.: Логос, 2012. – С. 342 (0,1 п.л.).
53. *Польская, Н.А.* Феномен самоповреждения в фило- и онтогенезе [Текст] / Н.А. Польская // V съезд Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество». Материалы участников съезда. Т. I. – М.: Российское психологическое общество, 2012. – С. 157–158 (0,1 п.л.).
54. *Польская, Н.А.* (в соавторстве). Сходство и различие между аддиктивным и самоповреждающим поведением [Текст] / Н.А. Польская, А.Ю. Развальяева // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» / Под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупицкого. СПб: СПбНИПНИ, 2012. – С. 108–109. (0,1 п.л. / авт. не разделено).
55. *Польская, Н.А.* Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 2. Режим доступа: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52626.shtml> (дата обращения: 15.10.2016) – (0,8 п.л.).
56. *Польская, Н.А.* Взаимосвязь модификаций тела с самоповреждениями в юношеском возрасте (на основе шкал самоотчета) [Текст] / Н.А. Польская // Материалы V международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. – С. 236–237 (0,1 п.л.).
57. *Польская, Н.А.* Нейробиологическая регуляция самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Эволюционная и сравнительная психология в России: традиции и перспективы / Под ред. А.Н. Харитоновна. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – С. 384–390 (0,4 п.л.).
58. *Польская, Н.А.* Самоповреждающее поведение в группе ВИЧ-инфицированных осужденных [Текст] / Н.А. Польская // Ананьевские чтения - 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 г., Санкт-Петербург / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2013. – С. 299–301 (0,2 п.л.).

59. *Польская, Н.А.* Типологии и классификации самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // «Организационная психология: люди и риски»: сб. материалов IV российско-американской научно-практической конференции (10-11 мая 2013 г.) / Под ред. проф. Л.Н. Аксеновской. – Саратов: ИЦ «Наука», 2014. – С. 187–191 (0,3 п.л.).
60. *Польская, Н.А.* (в соавторстве) Тревога и депрессия как факторы самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская, О.А. Дерябина, Е.Н. Середенко // Ананьевские чтения – 2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20–22 октября 2015 г. / отв. ред. В.М. Аллахвердов. – СПб.: СПбГУ. Скифия-принт, 2015. – С. 88–89 (0,1 п.л. / авт. не разделено).
61. *Польская, Н.А.* Практики отношения к телу в субкультурных группах [Текст] / Н.А. Польская // «Изменяющийся мир: общество, государство, личность»: сб. материалов IV Международной научной конференции (09 апреля 2015 г.). – Часть 1 (разделы 1–10). – Саратов: ИЦ «Наука», 2015. – С. 177–180 (0,3 п.л.).
62. *Польская, Н.А.* Эмоциональная саморегуляция у пациентов с пограничными психическими расстройствами [Текст] / Н.А. Польская // Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – С. 467–469 (0,2 п.л.).
63. *Польская, Н.А.* Тревожность и переживание одиночества как факторы нарушения эмоциональной саморегуляции в подростковом возрасте [Текст] / Н.А. Польская // Ананьевские чтения - 2016. Психология: вчера, сегодня, завтра: Материалы международной научной конференции, 25–29 октября 2016 г. / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. – СПб.: ИД ФАРМиндекс, 2016. – С. 128–129 (0,1 п.л.).
64. *Польская, Н.А.* Методы и методики исследования самоповреждающего поведения [Текст] / Н.А. Польская // Процедуры и методы экспериментально-психологических исследований Сер. «Интеграция академической и университетской психологии». – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – С. 837–843 (0,5 п.л.).
65. *Польская, Н.А.* Модели исследования эмоциональной саморегуляции при самоповреждающем поведении [Текст] / Н.А. Польская // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн): Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 29–30 ноября 2016 г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. – Москва: ООО «Сам Полиграфист», 2016. – С. 280–283 (0,3 п.л.).
66. *Polskaya, N.A.* Body modification: self-expression or self-injury? [Text] / N.A. Polskaya // *Obsession and Addiction. An International Cultural Intersections Symposium.* 9–11 July 2008. Kingston University, UK. 2008. – P. 15–16. URL: <http://fass.kingston.ac.uk/downloads/conference-ao-abstracts.pdf> (Accessed 15.10.2016) (0,1 п.л.).
67. *Polskaya, N.A.* Psychology of self-injurious behaviour [Text] / N.A. Polskaya // *ICTP-2008: Third International Conference on the Teaching of Psychology.* 12–16 July 2008, St.Petersburg, Russia. URL: http://ictp2008.interteachpsy.org/presentations/participant_idea_exchange_session2/psychology_of_self_injurious_behaviour.php (Accessed 15.10.2016) (0,1 п.л.).
68. *Polskaya, N.A.* Body modification in adolescence. [Text] / N.A. Polskaya // *18th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP).* Abstract book for oral & poster presentations. April 30–May 3, 2008. Istanbul Convention & Exhibition. – P.92. (0,1 п.л.).