

ОПРОСНИК «АНТИВИТАЛЬНОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ»

Сагалакова О.А.¹, Труевцев Д.В.²

¹ Сагалакова Ольга Анатольевна

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет», пр. Ленина, 61, Барнаул, 656049, Россия. Тел.: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: olgasagalakova@mail.ru

² Труевцев Дмитрий Владимирович

кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет», пр. Ленина, 61, Барнаул, 656049, Россия. Тел.: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: truevtsev@list.ru

Аннотация. Статья посвящена описанию скрининговой методики, направленной на экспресс-диагностику психологических составляющих антивиталяного поведения и сдерживающих факторов (жизнестойкость). Антивиталяное поведение обращено против биологических (виталяных) потребностей (в продолжении жизни и поддержании здоровья). Любая форма антивиталяных переживаний и действий увеличивает риск суицидаляного поведения. Актуальность разработки методики обусловлена высокой распространенностью антивиталяного поведения среди современной молодежи, расширением спектра антивиталяных действий, наносящих вред как физическому, так и психическому здоровью молодого поколения. Методика определяет стадию развития антивиталяного поведения (переживания, мысли, действия) и индивидуальную систему ресурсов жизнестойкости. Комплексность диагностики позволяет оценивать потенциал компенсации и коррекции антивиталяного поведения. Значимость представляемой диагностической методики обусловлена отсутствием диагностических инструментов, которые бы не содержали прямых формулировок о совершенных или планируемых суицидаляных действиях, одновременно измеряющих параметры как антивиталяности, так и жизнестойкости. Цель настоящей статьи — представление и описание шкал, валидизации Опросника. Материалы и методы. Опросник предназначен для измерения разных аспектов антивиталяных переживаний, мыслей и действий в молодом возрасте. Итоговое исследование, направленное на апробацию и валидизацию Опросника, построено на выборке из 1163 человек подросткового и юношеского возраста. Опросник рассчитан на обследование испытуемых молодого возраста. Результаты. Пункты Опросника и параметры антивиталяности и жизнестойкости определены на основе анализа случаев антивиталяного, суицидаляного поведения молодежи, экспертного анализа данных и интервью с испытуемыми групп риска и условной нормы, метаанализа результатов исследований и особенностей диагностических инструментов, а также собственных исследований в данной области и пошаговой апробации Опросника, математико-статистического анализа шкал и отдельных пунктов Опросника. Опросник состоит из ряда шкал (часть шкал содержит подшкалы) — параметров антивиталяности (антивиталяные мысли и действия; антивиталяные переживания; страх негативной оценки; микросоциальныи конфликт; одиночество, недоверчивость; вредные привычки; склонность к асоциальному поведению) и параметров жизнестойкости (психологическая поддержка; функциональная семья; удовлетворенность жизнью; стремление к успеху; саморегуляция/планирование; позитивныи образ будущего). Проверка согласованности пунктов показала хороший результат (альфа Кронбаха = 0,9). Внешняя валидность обнаруживает взаимные прямые корреляции параметров антивиталяности и суицидаляного риска и соответствующие обратные корреляции с параметрами жизнестойкости.

Ключевые слова: Опросник «Антивиталяность и жизнестойкость»; антивиталяные переживания, мысли, действия и поведение; жизнестойкость; суицидаляный риск.

УДК 159.9

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник «Антивиталяность и Жизнестойкость» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 2(43). – С. 4 [Электронныи ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 04.02.2017 Прошла рецензирование: 05.03.2017 Опубликована: 17.03.2017

Введение

Необходимость разработки современной скрининговой методики, направленной на экспресс-диагностику психологических составляющих антивиталяного поведения и сдерживающих факторов (жизнестойкость) обусловлена, с одной стороны, высокой распространенностью разных форм антивиталяного поведения и действий, антивиталяных переживаний среди современной молодежи, которые могут формировать основу для суицидального поведения. С другой стороны — отсутствием комплексных диагностических инструментов, которые бы не содержали прямых формулировок о совершенных или планируемых суицидальных действиях (прямолинейный характер пунктов о суицидальном поведении вызывает вопросы об этической уместности формулировок, особенно в исследованиях с несовершеннолетними испытуемыми), одновременно измеряющих параметры как антивиталяности, так и жизнестойкости в контексте актуальных для современной молодежи условий нарушения опосредствования и регуляции эмоций и поведения. На настоящий момент разработан и апробирован ряд методик, направленных на определение суицидального риска, сдерживающих факторов [2; 5; 18; 21], оценку жизнестойкости [1; 6; 7], однако они не имеют комплексного характера, не всегда учитывают современные особенности самореализации молодежи, не позволяют оценить индивидуальную картину антивиталяности в сопоставлении с системой ресурсов жизнестойкости.

Жизнестойкость понимается и как составляющая личностного потенциала (мера преодоления ситуации — Е.И. Рассказова, Д.А. Леонтьев [6; 8]), и как гибкая развивающаяся система убеждений о себе, мире, отношениях с миром для управления обстоятельствами высокого уровня сложности, состоящая из таких компонентов, как вовлеченность, контроль, принятие риска, и способствующая совладанию со стрессом (S.R. Maddi [22]), и как система содержательных (ценностных) и практических (ресурсы, навыки) составляющих (А.Н. Фомина [15]), используемых для решения задач, диктуемых средой. Феномен жизнестойкости изучается в контексте преодоления трудных жизненных и экстремальных ситуаций [13; 22], протективного воздействия на формирование тревожных и депрессивных симптомов (в том числе с учетом роли субъективного благополучия, психологической безопасности) [11; 12; 14; 20; 23; 27], суицидального поведения [2; 3; 15; 16; 17; 21; 24; 25; 26].

В ряде исследований обнаружен «сдерживающий» саморазрушительное поведение эффект жизнестойкости, однако не все авторы склонны разделять линейный характер влияния составляющих данного феномена на вероятность антивиталяного и суицидального поведения [12; 24]. Значимость вклада отдельных параметров жизнестойкости в протекцию антивиталяного и суицидального поведения может индивидуально и социокультурно варьироваться [9; 21].

Жизнестойкость выступает не единственным, но одним из важнейших факторов, сдерживающих вероятность антивиталяного поведения в молодом возрасте, однако его влияние не может быть осмыслено в рамках элементарной каузальной логики [12; 16; 23; 24]. Данный феномен понимается нами как развивающаяся система адаптивных убеждений о собственных способностях к преодолению препятствий, навыков конструктивного противостояния стрессовым влияниям и обобщения адаптивного опыта совладания и ресурсов функциональной социальной ситуации развития [11]. В методике учитывается протективный эффект отдельных составляющих жизнестойкости с учетом особенностей возрастного развития подростков и юношей (особенности структурирования актуальной системы отношений и социальной ситуации развития, реализация ведущих задач и мотивов личности, доступность включенности в ведущие типы активности и получения позитивного опыта самореализации, сформированность компенсаторных ресурсов, гибкого арсенала навыков саморегуляции и совладающих стратегий, наличие оптимистичной временной перспективы) [2; 4; 11; 12].

Методика, которая оценивает риски саморазрушительного поведения (в том числе самоповреждающего, парасуицидального и суицидального) на разных этапах его формирования, должна учитывать основной спектр современных антивитаальных паттернов и быть ориентированной как на тех, кто совершал антивитаальные действия (разного типа), так и на тех, кто находится на начальных этапах формирования антивитаальности или вообще не задумывается об этом (оценка риска в популяции) [2; 5; 11; 12]. Диагностический инструмент должен служить основой для построения обоснованного вмешательства при нарушениях адаптации с опорой на выявленные компенсаторные ресурсы психики и личности, а формулировки должны быть понятными и доступными для подростков и юношей.

В Опроснике учтены современные особенности нарушения адаптации и социализации в подростковом и юношеском возрасте [1; 2; 4; 6; 7; 10; 12; 14]. Опросник опирается на методологические положения культурно-деятельностного подхода в психологии (психологические механизмы нарушения опосредствования и регуляции эмоций и поведения, закономерности возрастного развития и др.) [2; 4; 8; 11], а также когнитивно-поведенческий подход (идеи о формировании ранних неадаптивных схем, дисфункциональных убеждений о себе, окружающем, будущем), исследования взаимосвязи дезадаптации, тревожных расстройств и суицидального риска в молодом возрасте [10; 12; 19; 27].

Цель настоящей статьи — представление и описание шкал, валидации Опросника АВиЖС.

Материалы и методы

Разработанный Опросник АВиЖС предназначен для измерения разных аспектов антивитаальных (направленных против биологических потребностей) переживаний, мыслей и действий в молодом возрасте. Итоговое исследование, направленное на апробацию и валидацию Опросника, построено на выборке из 1163 человек подросткового и юношеского возраста (от 14 до 18 лет), обучающихся в разных образовательных учреждениях Алтайского края. Опросник рассчитан на обследование, в первую очередь, испытуемых подросткового, юношеского возраста, а также периода ранней взрослости.

Исследование проведено анонимно посредством онлайн-тестирования, данные анализировались обобщенно.

Методы математико-статистической обработки данных: кластерный анализ, альфа Кронбаха, корреляционный анализ Пирсона, Хи-квадрат-критерий. Данные обработаны в программе SPSS 22.

Результаты

Пункты Опросника и соответствующие параметры антивитаальности и жизнестойкости определены на основе анализа случаев антивитаального и суицидального поведения молодежи, экспертного анализа данных и интервью с испытуемыми групп «риска» и условной нормы, метаанализа имеющихся результатов исследования и особенностей диагностических инструментов, а также собственных исследований в данной области и пошаговой апробации Опросника, математико-статистического анализа шкал и отдельных пунктов Опросника (2014—2016).

Метод кластерного анализа (метод Уорда) позволил сгруппировать пункты и выделить ряд шкал Опросника. Характеристика шкал Опросника — табл. 1. Отдельные субшкалы определены на основе содержательного анализа кластеров и входящих в них пунктов.

Наименования шкал и субшкал Опросника АВиЖС

Параметры-шкалы жизнестойкости	Параметры-шкалы антивитальности
<p>Шкала 1. Психологическая поддержка. Шкала 2. Функциональная семья. Шкала 3. Удовлетворенность жизнью. Шкала 4. Стремление к успеху. Шкала 5. Саморегуляция. Шкала 6. Позитивный образ будущего.</p>	<p>Шкала 1. Антивитальные мысли и действия 1) <i>антивитальные мысли;</i> 2) <i>антивитальные действия как совладание с напряжением;</i> 3) <i>импульсивность поведения;</i> 4) <i>демонстративность.</i></p> <p>Шкала 2. Антивитальные переживания 1) <i>негативный образ настоящего и будущего;</i> 2) <i>заброшенность;</i> 3) <i>беспомощность;</i> 4) <i>неопосредованность эмоций.</i></p> <p>Шкала 3. Страх негативной оценки 1) <i>гелотофобия;</i> 2) <i>дисморфофобия.</i></p> <p>Шкала 4. Микросоциальный конфликт 1) <i>конфликт в семье;</i> 2) <i>конфликт в группе сверстников;</i> 3) <i>конфликт с педагогами.</i></p> <p>Шкала 5. Одиночество, недоверчивость. Шкала 6. Вредные привычки. Шкала 7. Тревожные руминации. Шкала 8. Склонность к асоциальному поведению.</p>

Жизнестойкость

Шкалы жизнестойкости (табл. 1) определяют факторы, сдерживающие антивитальные тенденции, а также выявляют компенсаторные механизмы личности, ресурсы совладания с трудными жизненными ситуациями. Жизнестойкость проявляется в уровне оптимизма в области будущего, способностях к совладанию с затруднениями, конструктивных стратегиях принятия решений (с учетом последствий действий), наличии ресурсов компенсации самооценки в стрессовых ситуациях (социально-психологическая поддержка, отсутствие микросоциального конфликта, способность решать проблемы, удовлетворенность жизнью и реализация актуальных социальных мотивов, направленность личности на достижение успехов в учебе). Наиболее прогностически значимыми факторами, сдерживающими антивитальные переживания и поведение, выступают шкалы «функциональная семья», «саморегуляция», обеспечивающие стабильные и надежные отношения в ближайшем окружении, а также собственные ресурсы личности к саморегуляции и опосредствование эмоций и поведения в стрессовых ситуациях.

Шкала 1. Психологическая поддержка.

Высокие показатели по шкале свидетельствуют о наличии в ближайшем социальном окружении достаточной социально-психологической поддержки (друзей, педагогов и/или самостоятельных ресурсов совладания). Это ресурсы жизнестойкости, выступающие сдерживающими антивитальные переживания факторами и конструктивными компенсационными механизмами. Укрепление дружеских отношений с другими позволяет до определенной степени компенсировать недостаток поддержки в семье в случае дисфункций семьи.

Составляющие шкалы:

1. **Поддержка друзей.** Человеку доступны ресурсы в виде надежных и стабильных отношений с друзьями-сверстниками, к которым субъект может обратиться с любой просьбой при наличии затруднений. Наличие поддержки в виде ближайшего окружения сверстников и возможность за ней обратиться в любой момент — значимый «сдерживающий» фактор в подростковом возрасте.

2. **Поддержка педагогов.** Доступность ресурсов поддержки педагогов и педагогов-психологов. Подросток или юноша понимает, что в трудную минуту может сам проявить инициативу и обратиться за поддержкой к педагогам. Однако сам факт понимания необходимости обращения к ним за помощью может косвенно сигнализировать о наличии затруднений, с которыми трудно справиться самостоятельно или даже с помощью семьи, друзей-сверстников. К педагогам такой учащийся обратится за помощью в крайнем случае (например, в ситуации острых проблем в семье). Это важный сдерживающий фактор — способность обратиться к компетентному взрослому (вне семьи), однако сама форма просьбы о помощи может быть замаскирована (например, демонстративное или нарочитое поведение) и будет свидетельствовать о неблагополучии подростка. Если такая просьба в той или иной форме прозвучала от подростка, к нему надо быть очень внимательным, оказать всевозможную поддержку, сохраняя этические принципы в психологии.

3. **Оптимизм, «самоподдержка».** «Я»-поддержка указывает на стремление и способность подростка самостоятельно преодолевать затруднения в жизни, находить способы, которые помогут конструктивно справиться с проблемами. Самостоятельные возможности совладания связаны с позитивными убежденностью в своих силах и возможностях справляться с трудностями. Шкала представлена способностью подростка строить оптимистичные прогнозы в ситуациях затруднений и активно искать внутренние ресурсы для их преодоления. При высоких баллах по шкале можно говорить о высокой самоэффективности подростка и оптимизме в области затруднений. Однако данный ресурс не должен исключать навыка обращения за внешней помощью.

Шкала 2. Функциональная семья.

Высокие показатели по шкале образуют наиболее мощный и значимый конструктивный компенсирующий механизм, фактор, сдерживающий антивитаальные тенденции. Это стабильная психологическая поддержка, уважение и любовь членов семьи.

Наиболее значимым фактором, препятствующим возникновению антивитаальных переживаний, мыслей и действий, выступает уважение подростка/юноши членами семьи, учет его мнения при принятии решений, обеспечение стабильных и безусловных отношений, построенных на основе принятия, любви, доброжелательного отношения. Это базовая «глобальная» шкала в структуре качества «жизнестойкость». Уважение и любовь «значимых других» в микросоциальном пространстве — фундаментальная потребность в данном возрасте, фрустрация которой может приводить к серьезным последствиям для психики молодежи. Наличие в опыте таких ресурсов позволяет подростку быть психологически защищенным при столкновении с затруднениями, формируя уверенность в своих силах и стабильную позитивную самоидентичность. Функциональная семья — это благополучная семья, основанная на доверии и уважении членов семьи друг к другу, на понимании неизменности этих отношений, даже в условиях разногласий. В такой семье подросток/юноша всегда знает, как относится к нему родитель. Доверяя членам семьи, он будет стремиться решить свои проблемы сообща и конструктивно. Функциональная семья обязательно учитывает мнение, интересы и увлечения младших членов семьи, даже если до конца их не разделяет. Уважение мнения и точки зрения подростка и учет его позиции при принятии разных решений, готовность выслушать и поддержать в трудную минуту — это базовый ресурс, наличие которого обеспечивает адаптацию, формирует самоидентичность и самоэффективность молодежи. Только получая любовь и уважение семьи, готовой

взаимодействовать с ним «на равных», такие подростки и юноши и сами гордятся членами семьи и уважают своих родителей. Они способны к диалогу (как внешнему, так и внутреннему), обнаруживают большую когнитивную сложность в оценке ситуаций, принимают более обдуманные решения, они субъективно более удовлетворены жизнью и с оптимизмом смотрят в будущее.

Шкала 3. Удовлетворенность жизнью.

Высокие показатели по шкале свидетельствуют об удовлетворенности учебной деятельностью, социальным положением в группе, жизнью в целом. Этот ресурс указывает на субъективный психологический комфорт, удовлетворенность или наличие возможности реализации актуальных социальных потребностей (в принятии, в общении со сверстниками, признании, успехе и самореализации). Удовлетворенность в этих сферах жизни обеспечивает переживание положительных эмоций, реализацию мотивов, отсутствие психического напряжения. Как правило, взаимосвязана со шкалой «функциональная семья». Выступает значимым сдерживающим фактором.

Шкала 4. Стремление к успеху.

Высокие показатели характеризуют субъекта как стремящегося к успеху и признанию, самосовершенствованию. Характерны черты перфектного стиля обучения, сопровождаемые инициативностью и социальной смелостью в академических ситуациях (готовностью высказать точку зрения, выступить перед аудиторией, несмотря на возможное волнение). Социальная смелость и перфектность в обучении выступают компенсирующими ресурсами, обеспечивая целеустремленность человека, однако при фрустрации данной значимой потребности возможен рост эмоционального напряжения.

Шкала 5. Саморегуляция/Планирование.

Высокие показатели по данной шкале свидетельствуют о склонности к рациональному планированию в сочетании с гибким анализом разных способов, анализу последствий своих действий. Саморегуляция обеспечивает сформированность психологических средств для управления настроением и эмоциями. Субъект способен опосредовать сложные эмоции и переживания, оттормаживать импульсивные реакции, действовать с учетом прогнозирования. Саморегуляция и планирование противоположны импульсивному реагированию, ситуативному поведению под влиянием эмоций. Служат значимым ресурсом, обеспечивающим произвольный характер деятельности и поведения, в том числе в стрессовых ситуациях. Характерны самоконтроль, взвешенные суждения и стратегическая логика при принятии решений.

Шкала 6. Позитивный образ будущего.

Высокие показатели по шкале свидетельствуют о целеустремленности и позитивном образе будущего, надежде на успех и достижение в перспективе. У подростка/юноши есть жизненная цель, он ожидает получить успех и признание в будущем, склонен к тому, что в перспективе его ждет больше хорошего. Оптимистичность прогнозов будущего обеспечивает ресурс совладания с трудными жизненными ситуациями, выступает «сдерживающим» фактором.

Антивитальность

Шкалы «антивительности» определяют наличие антивительных (направленных против биологических потребностей в продолжении жизни и поддержании здоровья) переживаний, мыслей и действий. Антивительная направленность личности (переживания, мысли и действия) формирует антивительный вектор активности (антивительное поведение), связанный с неблагоприятной ситуацией социального развития, несформированностью и/или истощением собственных ресурсов компенсации самооценки, совладания с трудной жизненной ситуацией (конструктивного преодоления проблем). Наиболее значимыми предикторами риска антивительного или суицидального поведения (направленного не только на причинение ущерба здоровью и риск, но и на

лишение себя жизни) выступает наличие микросоциального конфликта (дисфункциональная семья, не обеспечивающая стабильных отношений на основе уважения и любви, а также конфликтные отношения и психологическая травля среди сверстников). Наличие убеждений о себе как «лишнем», о собственной беспомощности перед препятствиями, об окружающих как равнодушных или «способных предать», а о будущем как неопределенном и негативном способствует формированию антивиталяного поведения. Тревожные руминации (постситуативное обдумывание опыта неуспеха и фиксированный мысленный возврат к деталям ситуации наряду с невозможностью переключиться на другую деятельность) в контексте общего психологического неблагополучия провоцируют циклический рост эмоционального напряжения. Это истощает ресурсы психики и повышает вероятность импульсивного поведения, неопосредованного эмоционального реагирования в определенный момент [11; 12]. Чем дольше цикл накопления эмоционального напряжения, тем вероятнее, что даже объективно незначительный повод может выступить «сверхстимулом» — пусковым механизмом антивиталяного или суицидального поведения.

Шкала 1. Антивитальные мысли и действия.

Шкала антивиталяных мыслей и действий прогностически наиболее значима с точки зрения антивиталяного/суицидального риска. Включает уже не только смутные переживания, но и вполне определенные мысли и действия, имеющие саморазрушительный, аутоагрессивный характер, направленный против биологических потребностей человека. Характеризует готовность к причинению вреда своему здоровью (боль, повреждения, риск/ущерб) по тем или иным причинам. Может свидетельствовать о том, что в персональном опыте испытуемого уже есть антивиталяные поступки, либо выработаны антивиталяные намерения. Свидетельствует о несформированности конструктивных стратегий совладания с трудными ситуациями, о наличии неблагополучия, микросоциальном конфликте, неудовлетворенности актуальных социальных мотивов, нереализованности, нарушении самоидентичности, о высоком уровне психического напряжения (накопленный аффект). Чем выше показатели по этой шкале, тем вероятнее, что «пусковым» стимулом к антивиталяным действиям может послужить любой, даже объективно незначительный стрессор.

Подшкалы:

1. **Антивиталяные мысли.** Обдумывание и подготовка к антивиталяным действиям (нанесению повреждений, уходу из жизни).

2. **Антивиталяные действия.** Возможен риск ущерба здоровью или суицидальный риск (нанесение повреждений, причинение физической боли, самовреда, рисковое по отношению к здоровью поведение) как совладание с накопленным эмоциональным напряжением (в силу хронического микросоциального конфликта и невозможностью преодолеть фрустрирующие проблемы, вырваться из неблагополучной ситуации).

3. **Импульсивность поведения.** Неспособность справиться с сильными эмоциями, неопосредованность реагирования в ситуации, действие под влиянием накопленного эмоционального напряжения, в результате чего каждое последующее событие может становиться пусковым «сверхстимулом», несмотря на его объективную нейтральность.

4. **Демонстративность.**

Шкала 2. Антивитальные переживания.

Шкала — предиктор антивиталяного поведения. Нулевая стадия антивиталяного поведения и направленности личности в виде переживаний потери смысла жизни, собственной ненужности/заброшенности, симптомов депрессии. Подросток/юноша задумывается о том, что будет, если он исчезнет, его жизнь обесценивается (пока это пассивные мысли без активных действий или приготовлений), теряется осмысленность

жизни, уплощается временная перспектива (будущее расплывчато, настоящее проходит мимо). Характерны переживания ненужности даже близким людям, одиночества среди других людей. Возможно переживание сильных негативных эмоций, которые истощают психические ресурсы (обида, отчаяние, «душевная боль»), поскольку не находят путей опосредования и переключения. Характерно переживание беспомощности и неспособности справиться с навалившимися трудностями, пессимистичная оценка себя и своего будущего, восприятие окружающих как равнодушных и непонимающих. Данный параметр предшествует антивитальному поведению и мыслям и может сопровождать его. Как правило, данная шкала связана с высокими показателями по шкале «микросоциальный конфликт».

Подшкалы:

1. Негативный образ настоящего и будущего. Характерно восприятие будущего как неопределенного или негативного, настоящего как «проходящего мимо». Молодой человек не чувствует себя субъектом ситуации и не может повлиять на события. Отсутствие позитивной перспективы влияет на то, как подросток или юноша ведет себя в настоящем. Нет сдерживающего фактора «психологической перспективы». Поведение в настоящем не регулируется образом будущего, жизнь субъективно обесценивается.

2. Заброшенность. Подросток/юноша чувствует, что он никому не нужен, что он «лишний» в кругу сверстников. Атрибуция внешнего безразличия постепенно становится «внутренним» самоотношением. После переживания обиды на других может формироваться равнодушие к самому себе, своему будущему и здоровью. Характерна убежденность, что «никто не понимает», «не сопереживает», «не стремится помочь». Не свойственен навык просьбы о помощи и активности, направленной на преодоление проблем (вероятно, в результате усиления депрессивных симптомов, истощения ресурсов психики и организма в условиях хронической неблагоприятной ситуации развития). Формируются убеждения: «Я — лишний», «Я — мешающий другим, осложняющий жизнь другим».

3. Беспомощность. Переживание психологической беспомощности (убежденности в том, что препятствия непреодолимы, от собственных усилий ничего не зависит, любые действия не приведут к результату). Характерны когнитивные искажения (фокусировка на препятствиях, беспомощность, сравнение с другими не в свою пользу, уверенность в непреодолимости ситуации, сверхобобщение проблем).

4. Неопосредованность эмоций. Характерно накопление сильных негативных эмоций, не находящихся своего опосредования, не всегда понятных самому человеку. Не сформированы конструктивные способы преодоления стрессов, совладания с негативными переживаниями, механизмы компенсации самооценки в ситуациях негативного оценивания. Подросток или юноша испытывает сильные эмоции и не может их опосредовать, не способен переключиться на другие виды деятельности. Деятельность становится неэффективной, продолжает расти напряжение в психической деятельности. Такие переживания приводят к нарушению адаптации, мешают сосредоточиться на учебе. На первый план выступает переживание обиды, отчаяния, субъект переживаний страдает и не знает, как с этим справиться. Осложняет проблему то, что, чем дольше он находится в таком состоянии, тем больше появляется объективных проблем (например, в учебе), тем вероятнее, что данные эмоции найдут свое «импульсивное» воплощение в антивитальном поведении.

Шкала 3. Страх негативной оценки.

Характеризует страх негативного оценивания сверстниками («Я» и своей внешности), актуальный для современной молодежи, чья социализация сопряжена с постоянным оцениванием и высокой вероятностью ситуаций критики, осмеяния, отвержения, буллинга по любым формальным признакам, отличающим человека от других. Такие ситуации воспринимаются молодыми людьми болезненно, служат основой

разных форм дезадаптации. Гелотофобия (страх осмеяния) и дисморфофобия (психологически тягостные убеждения о дефектах внешности) могут значительно снизить удовлетворенность жизнью и собой, привести к избеганию участия в ситуациях социального взаимодействия, к нестабильности самооценки, фрустрации значимых социальных мотивов, к нарушению адаптации. Данная шкала связана с социальной тревогой как страхом негативного неодобрительного оценивания другими. Гелотофобия и дисморфофобия могут быть связаны с неуверенностью в себе, могут приводить к постепенному расширению диапазона ситуаций, в которых переживаются страх и тревога, и к усилению тенденции к изоляции. Подобные переживания могут служить основой для формирования антивитаальных переживаний. Возможен опыт публичных насмешек или негативной оценки внешности, что служит «пусковым» механизмом развития данных опасений.

Подшкалы:

1. **Гелотофобия** (или страх осмеяния) связана: 1) с повышенной подготовленностью к восприятию смеха/насмешек окружающих как относящихся к собственной персоне, к оценке другими своих качеств глобально (персонификация и глобализация значения насмешек); 2) с субъективной непереносимостью подшучиваний и насмешек, наличием опыта публичного осмеяния. Насмешки сверстников долго помнятся, переживаются тяжело, так как выступают субъективным фрустратором социальных мотивов в самореализации, уважении, принятии другими.

2. **Дисморфофобия** характеризует значимость оценивания внешности, неуверенность в собственной привлекательности, связь самооценки с оценкой внешности и убеждениями о недостаточной привлекательности собственной фигуры и внешности, представления о потенциальном сосредоточении других на данных недостатках и их негативном оценивании.

Шкала 4. Микросоциальный конфликт.

Характеризует микросоциальный конфликт в разных сферах жизни (семья, группа сверстников, педагоги). Наличие микросоциального конфликта, особенно в семье, выступает значимым предиктором антивитаального поведения. В дисфункциональной семье подросток/юноша не может получить любовь, уважение и стабильную поддержку, чувствует фрустрацию возрастных потребностей, что может провоцировать нарушение позитивной самоидентичности, тенденции к асоциальному или аутодеструктивному поведению, приводить к личностным аномалиям. Микросоциальный конфликт в семье — базовый предиктор антивитаального поведения. Конфликты со сверстниками включают ситуации психологической травли (издевательства, насмешки), которые переживаются очень болезненно, так как связаны с фрустрацией ведущих мотивов. Конфликты с педагогами, как правило, выступают последним звеном в микросоциальном конфликте, они связаны с нарушением правил образовательного учреждения, демонстративным обесцениванием нормативов уважительного отношения к другим

Подшкалы:

1. **Конфликт в семье.** Характеризует дисфункциональность семьи, неспособной обеспечить лицам подростково-юношеского возраста стабильные позитивные отношения на основе уважения, любви, терпимости, партнерства и диалога. Хронический конфликт в семье служит основой неблагополучия подростка/юноши, формирования у него неустойчивой или негативной самоидентичности, импульсивного поведения, накопления негативного эмоционального напряжения, разочарования в жизни.

2. **Конфликт в группе сверстников.** Конфликты со сверстниками включают ситуации психологической травли (издевательства, насмешки), которые переживаются болезненно, так как связаны с фрустрацией ведущих мотивов актуального возраста. Опыт издевательств среди сверстников — один из важных предикторов антивитаального поведения.

3. Конфликт с педагогами. Конфликты с педагогами, как правило, выступают последним звеном в микросоциальном конфликте, выражаются в нарушении правил, обесценивании нормативов уважительного отношения к другим. В основе конфликтов в школе/учебном заведении — неуверенность в себе, фрустрация социальных мотивов в признании и уважении в семье и среди сверстников, несформированность внутренних регуляторов негативных эмоций и импульсивного поведения, наличие острого и хронического конфликта в семье.

Шкала 5. Одиночество, недоверчивость.

Характеризует подозрительность и недоверчивость к другим, отстраненность от общения в силу представлений о других как способных причинить вред, предать. При такой системе убеждений субъект не ищет помощи и поддержки в трудной ситуации, склонен решать проблемы в одиночку, он чувствует себя одиноким, но недоверие к другим не позволяет ему непосредственно общаться с другими. Вероятно наличие в прошлом или настоящем опыта предательства/жестокости обращения, сформировавшего недоверие к другим. Склонность действовать в одиночку наряду с переживанием одиночества может служить предиктором антивитаальных действий.

Шкала 6. Вредные привычки.

Шкала характеризует вредные привычки, которые используются с целью реализации значимых социальных мотивов (в признании и принятии другими, в коммуникации). Такие способы реализации социальных мотивов личности могут быть использованы в результате несформированности более конструктивных способов совладания с напряжением в социальных ситуациях (курение «за компанию», алкоголь, «чтобы снять напряжение»). Неблагоприятный фактор в контексте повышения вероятности импульсивного поведения в ситуации стресса.

Шкала 7. Тревожные руминации.

Шкала связана с тревогой, сопровождающейся ригидной фиксацией на негативных аспектах прошедших ситуаций. Характеризует мысленное «застывание» на событиях, в которых не был достигнут образ успешного выполнения задания. Тревожные руминации — навязчивое воспроизведение в мыслях неудач или беспокоящих событий. Такие руминации сказываются на том, что человек воспринимает ретроспективные события, фокусируясь на негативном (не хватило времени, неудача). Затруднение переключения на другие виды деятельности может способствовать накоплению психического напряжения, повышая вероятность срыва деятельности/декомпенсации.

Шкала 8. Склонность к асоциальному поведению.

Характеризует склонность к асоциальному поведению, нарушению правил. Характерны представления о других как о «способе» удовлетворения собственных потребностей. Ценность другого человека снижена, сопереживание не характерно. Возможна склонность к манипулированию другими, использовать их в своих целях, самоутверждаться за их счет. В конфликте характерна внешне агрессивная реакция. При выраженных показателях по шкале человек не склонен переживать чувства вины или стыда за асоциальное поведение, наоборот, он получает удовольствие от нарушения запретов.

Методика диагностирует два параметра — «антивитальность» и «жизнестойкость». Далее данные параметры соотносятся друг с другом, в результате оценивается влияние сдерживающих факторов на вероятность перехода от переживаний и мыслей к антивитаальным действиям, собственно вероятность антивитаального поведения. Базовые параметры включают шкалы и подшкалы — это индикаторы латентных параметров («антивитальность» включает 8 шкал и «жизнестойкость» — 6 шкал). Методика содержит 72 пункта.

Тестирование позволяет не только получить диагностическую информацию, но и обратить внимание тестирующегося на те ресурсы и психологические средства, которые можно использовать при столкновении со стрессорами, в том числе, в ситуациях социального оценивания, фрустрации самооценки. Согласно обратной реакции после тестирования, психологическая диагностика способствовала психоэдукативному и отчасти терапевтически-рефлексивному эффекту, что также является задачей формирования жизнестойкости. Если тестируется школьник, то в вопросах, содержащих условие «школа/учебное заведение», в бланке опросника остается понятие «школа» («учебное заведение» удаляется), если другое учебное заведение — наоборот.

Инструкция к Опроснику: Оцените, насколько Вы согласны с данными утверждениями? Долго не задумывайтесь над ответом.

Варианты ответа: 0 — нет, 1 — скорее нет, 2 — скорее да, 3 — да.

Пункты Опросника

- | | |
|---|--|
| 1. Можно с уверенностью сказать, у меня есть надежные друзья. | 38. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела. |
| 2. Я стараюсь не доверять людям, так как они могут предать. | 39. В трудной ситуации я сначала обдумываю разные варианты, прежде чем решить, как поступлю. |
| 3. Даже среди других людей я чувствую себя одиноко. | 40. Из-за конфликтов с родными мне хотелось уйти из дома. |
| 4. У меня есть цель в жизни. | 41. Как правило, я учусь с удовольствием. |
| 5. В моей жизни есть опыт, когда со мной жестоко обращались близкие люди. | 42. Я прихожу в отчаяние, когда что-то не ладится. |
| 6. После какой-нибудь неудачи я долго думаю о том, что произошло. | 43. Моя мама (или бабушка) готова выслушать меня и поддержать во всем. |
| 7. Моя жизнь не имеет большого значения для меня. | 44. У меня был опыт публичного унижения в группе (перед большим количеством людей). |
| 8. Мне кажется, что настоящая жизнь проходит мимо меня. | 45. Никто по-настоящему не понимает меня. |
| 9. У меня случаются такие конфликты со сверстниками, после которых я долго не могу прийти в себя. | 46. Мне очень трудно смириться, если мне говорят «нет», когда я хочу чего-то от других людей. |
| 10. К моим друзьям я могу обратиться с любым затруднением – они помогут. | 47. Перед контрольными или экзаменами я думаю, что мне не хватило 1-2 дней для подготовки. |
| 11. Я считаю, что могу справиться с возникающими в жизни трудностями. | 48. Считаю, чтобы расслабиться и снять напряжение в общении, можно выпить алкогольный напиток. |
| 12. Временами я чувствую такую обиду и душевную боль, что хочется кричать. | 49. Когда я слышу критику в свой адрес и насмешки, мне хочется что-то разбить или даже ударить «обидчика». |
| 13. Я обсуждаю с членами своей семьи то, что меня беспокоит. | 50. Сейчас в моей жизни есть трудности, которые мне мешают сосредоточиться на учебе. |
| 14. В классе надо мной смеются и издеваются другие ученики. | 51. Я стремлюсь во всем достичь совершенства, быть «первым». |
| 15. Мои родители любят меня, несмотря ни на что. | 52. Бывает, я думаю о том, чтобы исчезнуть из жизни. |
| 16. В моей семье есть те, кто меня оскорбляет и унижает. | |
| 17. Мне проще общаться в социальных сетях, чем в реальной жизни. | |
| 18. Когда я сравниваю свои достижения с | |

- достижениями других, то понимаю, что окружающие гораздо более успешны.
19. В моей школе/учебном заведении есть учителя/преподаватели, к которым я могу обратиться за помощью, что бы ни случилось.
 20. Когда посторонние люди в моем присутствии начинают смеяться, мне часто кажется, что они смеются надо мной.
 21. Чтобы снять напряжение, я могу причинить себе физическую боль.
 22. В школе/учебном заведении я могу высказать свою точку зрения, и меня выслушают.
 23. Иногда тревожные мысли о том, что случилось в школе/учебном заведении, мешают мне заснуть.
 24. Если кто-то надо мной подшутил, я никогда больше не смогу непринужденно общаться с этим человеком.
 25. Я хочу добиться успеха и признания в обществе.
 26. Иногда мне доставляет удовольствие нарушать правила и делать то, что мне запрещают.
 27. Если я приложу достаточно усилий, то смогу справиться с большинством проблем.
 28. Я стараюсь решать все свои проблемы в одиночку.
 29. Иногда я думаю о том, чтобы причинить себе вред.
 30. Мои родители поддерживают мои интересы (увлечения).
 31. Я не умею справляться с эмоциями, поэтому могу навредить себе.
 32. Я удовлетворен своим статусом (положением) в классе.
 33. Мне случалось наносить себе повреждения.
 34. Мне неприятно смотреть на свою фигуру в зеркало.
 35. Чтобы испытать новые ощущения, я могу рискнуть здоровьем.
 36. В целом, я доволен тем, как складывается моя жизнь.
 37. У меня бывают конфликты с учителями/преподавателями в школе/учебном заведении.
 53. Когда я встречаюсь с трудной ситуацией, я обдумываю несколько способов разрешения.
 54. Чтобы привлечь внимание к своим проблемам, я могу нанести себе ущерб/рискнуть своим здоровьем.
 55. Меня вызывали к директору за плохое поведение.
 56. Иногда я чувствую себя лишним и никому не нужным человеком.
 57. Я получаю достаточно уважения в школе/учебном заведении.
 58. Даже когда мы ссоримся, я знаю, что моя семья любит меня.
 59. Иногда я думаю о том, как бы жили другие, если бы меня не было.
 60. Я могу поднять себе настроение тем, нахожу в повседневных делах что-то приятное.
 61. Иногда приходят мысли о том, что мне не справиться с навалившимися трудностями.
 62. Прежде чем что-то сделать, я думаю о последствиях своих действий.
 63. Я стыжусь своих родителей.
 64. При общении с людьми мне кажется, что другие обращают внимание на недостатки моей фигуры.
 65. Я горжусь своими родителями.
 66. Курение сигарет «за компанию» помогает преодолеть чувство стеснения и неловкости в ситуациях общения.
 67. Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным.
 68. Мое поведение становится рискованным, когда меня одолевают сильные эмоции.
 69. Я думаю, что у меня будет больше хорошего в жизни, чем у среднего человека.
 70. В моей семье уважают и учитывают мое мнение.
 71. В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне нравится больше всего.
 72. В трудной ситуации я смогу обратиться за помощью к психологу.

Дополнительные вопросы (отдельные параметры). Анализируются отдельно, как анкетные данные. В предварительном исследовании по анализу случаев суицида и парасуицида, самоповреждающего поведения показано, что данные формальные показатели диагностически значимы, однако их следует интерпретировать с осторожностью. Так, фактор неполной семьи (особенно когда в семье есть отчим/гражданский муж матери) влияет не сам по себе, а, скорее, сопряжен с отсутствием в обществе культуры «вхождения в семью», определенными установками женщин-матерей, связанными с воспитанием ребенка, которые препятствуют обеспечению несовершеннолетнему безусловно позитивных и взаимно-уважительных отношений, психологически комфортных и безопасных условий в семье, а также с отсутствием понимания возрастных особенностей.

Если семья неполная, но обеспечивает позитивное психологическое пространство социализации ребенка, необходимое принятие и уважение личности, то данный фактор не будет иметь решающего значения. Фактор алкоголизации родителя играет важную роль в формировании целого спектра девиантного, в том числе саморазрушительного поведения, но сам этот факт обычно идет в паттерне сопутствующих неблагоприятных особенностей, характеризующих дисфункциональную семью.

С другой стороны, формальный факт наличия полной семьи не является гарантией психологически благополучной ситуации развития, хотя усредненные данные свидетельствуют о важности для субъекта данного фактора. Полная семья также может быть дисфункциональной, равно как и неполная. Речь идет не просто о «полной» или «неполной» семье, а о факте обеспечения психологически безопасных, комфортных и адекватных потребностям и возрасту условий социализации.

Вопрос 0: Ваш пол (м/ж)

Вопрос 1: Сколько Вам лет? (___)

Ответ «да» или «нет»:

1. Кто-то из членов моей семьи злоупотребляет алкоголем.
2. Я проживаю с обоими родными родителями.
3. Я проживаю с одним из родных родителей (с мамой или с папой).
4. Я проживаю с мамой и отчимом (или гражданским мужем матери).

Проверка согласованности пунктов методики по параметру Альфа Кронбаха показала хорошую согласованность направленности методики (0,9).

Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Альфа Кронбаха на основе стандартизованных пунктов	N пунктов
0,9	0,83	72

В таблице 2 приведены статистические нормы Опросника по шкалам и субшкалам. Перевод индивидуальных значений в «стены» (стандартная шкала от 1 до 10 баллов) позволяет стандартизировать результаты и представить их в виде графика выраженности каждой шкалы. Чтобы рассчитать «стены» по каждой шкале для индивидуальных значений, необходимо данные отдельного испытуемого (X) подставить в формулу: «стен» = $2 \cdot (X - M) / S + 5,5$, где X — индивидуальный «сырой» балл по шкале, M — среднее значение по выборке, S — стандартное отклонение (табл. 1). После построения профиля индивидуальной выраженности шкал можно проводить анализ максимальной и минимальной выраженности, описывать шкалы. Обобщенный анализ связан с величиной индивидуального балла относительно выборочного среднего значения: баллы 0—3 — низкий уровень выраженности, 4—6 — средний, умеренный, а 7—10 — высокий (описание уровней выраженности баллов соответствует вышеописанному по суммарным показателям каждой шкалы).

Статистические нормы Опросника АВиЖС

Пункты Опросника	Наименование шкал	М (среднее)	S
Антивита́льность			
29, 52, 21, 33, 31, 68, 35, 54	1. Антивитальные мысли и действия	13,46	6,41
29, 52	1) <i>антивитальные мысли</i>	3,18	1,72
21, 33	2) <i>антивитальные действия как совладание с напряжением</i>	2,82	1,74
31, 68	3) <i>импульсивность поведения</i>	3,89	1,89
35, 54	4) <i>демонстративность</i>	3,57	1,95
7, 8, 59, 67, 38, 45, 56, 18, 50, 61, 12, 42	2. Антивитальные переживания	24,89	9,74
7, 8, 59, 67	1) <i>негативный образ настоящего и будущего</i>	7,46	3,52
38, 45, 56	2) <i>заброшенность</i>	6,00	3,20
18, 50, 61	3) <i>беспомощность</i>	6,46	2,66
12, 42	4) <i>неопосредованность эмоций</i>	4,96	1,77
20, 24, 49, 34, 64	3. Страх негативной оценки	9,61	4,42
20, 24, 49	1) <i>гелотофобия</i>	5,89	2,77
34, 64	2) <i>дисморфофобия</i>	3,71	1,90
5, 16, 40, 63, 9, 14, 44, 37, 55	4. Микросоциальный конфликт	16,64	4,81
5, 16, 40, 63	1) <i>конфликт в семье</i>	7,04	2,49
9, 14, 44	2) <i>конфликт в группе сверстников</i>	4,93	2,07
37, 55	3) <i>конфликт с педагогами</i>	4,68	1,91
2, 3, 17, 28	5. Одиночество, недоверчивость	7,06	2,01
48, 66	6. Вредные привычки	4,98	2,11
6, 23, 47	7. Тревожные руминации	4,67	1,92
26, 46, 49	8. Склонность к асоциальному поведению	3,51	1,51
Жизнестойкость			
1, 10, 11, 19, 27, 60, 72	1. Социально-психологическая поддержка	14,56	5,41
13, 15, 30, 43, 58, 65, 70	2. Функциональная семья	15,56	4,41
32, 36, 41, 57	3. Удовлетворенность жизнью	9,04	2,75
22, 25, 51	4. Стремление к успеху	8,98	3,11
39, 53, 62	5. Саморегуляция/планирование	6,11	2,32
4, 69, 71	6. Позитивный образ будущего	7,04	2,42

Анализ вариативности ответов среди молодежи по пунктам, наиболее тесно связан с явными формами антивита́льного поведения (причинение самовреда), показал специфическое различие в ответах между юношами и девушками.

а) Чтобы снять напряжение, я могу причинить себе физическую боль (утвердительные ответы в %)



б) Иногда я думаю о том, чтобы причинить себе вред (утвердительные ответы в %)

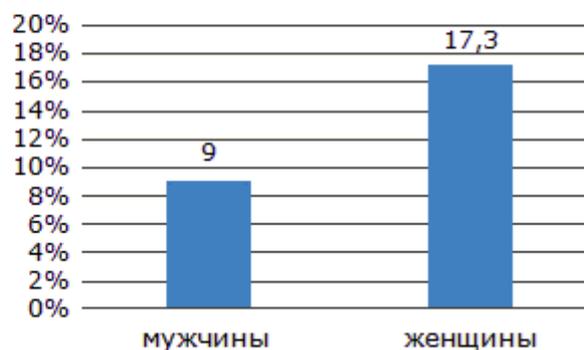


Рис. 1а и 1б. Антивитальные действия (а) и их обдумывание (б) в группе несовершеннолетних юношей и девушек.

В выборке испытуемых готовность к обдумыванию и реализации антивитальных действий при снижении регуляции психической деятельности при социальной тревоге (готовность причинить себе физическую боль и мысли о причинении себе вреда) проявляют 9,9% юношей и 17,3% девушек (обдумывание) и 9% юношей и 15,2% девушек (действия) (см. рис. 1а и 1б). Готовность к аутодеструктивным действиям, как и суицидальный риск, значимо связаны с социальной тревогой как нарушением регуляции деятельности в ситуациях оценивания. Выборки девушек и юношей различаются по выраженности антивитальных действий (таблицы сопряженности; $\chi^2 = 14,2$ — «готовность причинить себе физическую боль»; $\chi^2 = 19,6$ — «мысли о причинении себе вреда», при $p < 0,001$).

Внешняя валидность проверена взаимными корреляциями с восьмью шкалами (демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива) Опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (в адаптации Т.Н. Разуваевой) [5; 18]. Анализ корреляционных связей показывает валидность представленной методики (табл. 3, А и Б — корреляционный анализ со шкалами антивитальности; табл. 4 — со шкалами жизнестойкости).

Таблица 3 А

Корреляция Пирсона (r) шкал 1—8 Опросника суицидального риска с 1 и 2 шкалами АВИЖС

	Шкала 1. АВ мысли и действия	АВ мысли	АВ действия как совладание с напряжением	Импульсивность поведения	Демонстративность (АВ действий)	Шкала 2. АВ переживания	Негативный образ настоящего и будущего	Заброшенность	Беспомощность	Неогосредованность эмоций
$r > 0,23$ при $p < 0,08$; $r > 0,26$ при $p < 0,05$; $r > 0,35$ при $p < 0,01$; $r > 0,4$ при $p < 0,001$.										
Демонстративность	0,37**	0,31**	0,27*	0,07	0,23	0,07	0,09	-0,06	-0,01	0,24*
Аффективность	0,44**	0,26*	0,20	0,33**	0,27*	0,27*	0,23	-0,09	0,19	0,41**
Уникальность	0,33*	0,21	0,22	0,19	0,18	0,11	0,07	-0,06	0,09	0,31**

Несостоятельность	0,14	0,14	-0,07	0,20	0,07	0,10	0,16	-0,07	0,02	0,05
Социальный пессимизм	0,21	0,27*	-0,16	0,17	0,23*	0,13	0,15	0,02	0,06	0,13
Слом культурных барьеров	-0,06	0,12	0,03	-0,22	-0,10	-0,18	-0,08	-0,05	-0,19	-0,19
Максимализм	0,03	0,00	0,14	-0,10	0,02	-0,07	-0,01	-0,15	-0,12	-0,10
Временная перспектива	0,34*	0,20	0,24*	0,22	0,15	0,20	0,25*	-0,10	0,11	0,33**

Примечание: * — значимые корреляционные связи при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$.

Таблица 3 Б

Корреляция Пирсона (r) шкал 1—8 Опросника суицидального риска с 3—8 шкалами АВиЖС

$r > 0,23$ при $p < 0,08$; $r > 0,26$ при $p < 0,05$; $r > 0,35$ при $p < 0,01$; $r > 0,4$ при $p < 0,001$.	Шкала 3. Страх негативной оценки	Гелотофобия	Дисморфобия	Шкала 4. Микросоциальный конфликт	Конфликт в семье	Конфликт в группе сверстников	Конфликт с педагогами	Шкала 5. Одиночество, недоверчивость	Шкала 6. Вредные привычки	Шкала 7. Тревожные руминации	Шкала 8. Склонность к асоциальному поведению	
	Демонстративность	0,03	0,01	0,03	0,03	0,09	0,18	-0,26*	0,18	-0,05	0,33*	-0,24*
	Аффективность	0,16	0,26*	0,01	0,15	0,26*	0,16	-0,16	0,11	-0,10	0,36**	-0,06
	Уникальность	-0,04	-0,06	0,00	0,17	0,16	0,31*	-0,18	0,10	-0,12	0,31**	-0,19
	Несостоятельность	-0,01	0,13	-0,17	-0,17	-0,15	-0,13	-0,04	0,33**	-0,09	0,27*	-0,08
	Социальный пессимизм	0,10	0,07	0,11	0,05	-0,06	0,17	-0,02	0,17	0,04	0,31**	-0,04
	Слом культурных барьеров	-0,09	-0,15	0,00	-0,16	-0,12	-0,08	-0,11	0,04	0,02	-0,05	-0,06
	Максимализм	0,03	0,05	-0,01	-0,14	-0,10	0,03	-0,22	0,13	-0,08	-0,02	-0,12
	Временная перспектива	-0,03	0,05	-0,12	-0,02	0,12	-0,01	-0,19	0,33**	-0,14	0,17	-0,14

Примечание: * — значимые корреляционные связи при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$.

Наибольшее число прямых значимых взаимосвязей обнаружено между шкалами-параметрами антивитальности и шкалами Опросника суицидального риска (демонстративность, аффективность, уникальность), а параметр «тревожные руминации» (постситуативное обдумывание неудачи) значимо положительно взаимосвязан, помимо указанных шкал, со шкалами «несостоятельность», «социальный пессимизм».

Корреляционный анализ шкал, направленных на измерение жизнестойкости (Опросник АВиЖС) и шкал 1—8 Опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (в адаптации Т.Н. Разуваевой)

	Шкала 1. Социально-психологическая поддержка	Шкала 2. Функциональная семья	Шкала 3. Удовлетворенность жизнью	Шкала 4. Стремление к успеху	Шкала 5. Саморегуляция/планирование	Шкала 6. Позитивный образ будущего
$r > 0,23$ при $p < 0,08$; $r > 0,26$ при $p < 0,05$; $r > 0,35$ при $p < 0,01$; $r > 0,4$ при $p < 0,001$.						
Демонстративность	-0,22	-0,21	-0,28*	-0,28*	-0,19	-0,25*
Аффективность	0,02	-0,06	-0,28*	-0,25*	-0,08	-0,24*
Уникальность	-0,07	-0,17	-0,31**	-0,26*	-0,20	-0,26*
Несостоятельность	-0,17	-0,02	0,02	-0,04	-0,03	0,06
Социальный пессимизм	0,13	-0,02	0,10	0,14	-0,03	0,06
Слом культурных барьеров	-0,25*	-0,11	-0,13	-0,03	-0,09	-0,07
Максимализм	-0,12	-0,13	-0,16	-0,24*	-0,18	-0,12
Временная перспектива	-0,25*	-0,31**	-0,23*	-0,21	-0,15	-0,18

Примечание: * — значимые корреляционные связи при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$.

Корреляционный анализ опросников, в частности, показывает, что уплощение временной перспективы (шкала Опросника суицидального риска) отрицательно связано с рядом шкал — параметров жизнестойкости (социально-психологическая поддержка, функциональная семья, удовлетворенность жизнью). Отрицательные значимые связи обнаружены между шкалами жизнестойкости (удовлетворенность жизнью, стремление к успеху, позитивный образ будущего) и шкалами Опросника суицидального риска (демонстративность, аффективность, уникальность). «Максимализм» отрицательно взаимосвязан со шкалой «стремление к успеху».

Выводы

В статье представлен Опросник АВиЖС, который измеряет параметры как антивитаальности, так и жизнестойкости. Может быть использован для оценки данных параметров как в подростковом и юношеском возрасте, так и ранней взрослости (первичные результаты анализа в более старших группах показывают хорошую согласованность ответов). Анализ результатов возможен как по ключу Опросника, так и по отдельным ответам на пункты Опросника. Обсуждение ответов на отдельные пункты может служить основой консультативно-терапевтической беседы в том случае, если опрос проведен не анонимно и от респондента получено согласие на обсуждение результатов.

Литература

1. Алфимова М.В., Голимбет В.Е. Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 4. – С. 10–15.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М.: Мин. здрав. РСФСР, Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. – 55 с.

3. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2. – С. 35–44.
4. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций: из неопубликованных трудов. – М.: Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1960.
5. Гуренкова Т.Н., Голубева О.Ю., Тарасова А.А. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения. – М., 2009. – 108 с.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
7. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2013. – № 2. – С. 147–164.
8. Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / науч. ред. Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2011. – С. 178–209.
9. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Культурно-специфические типы социальной тревоги и антивитаальные идеации // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LXXI междунар. науч.-практ. конф. № 12(69). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 42–48.
10. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Нарушение социальной ситуации развития в подростковом возрасте и формирование антивитаального поведения // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LXXII междунар. науч.-практ. конф. № 1(70). – Новосибирск: СибАК, 2017. – С. 47–55.
11. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Сагалаков А.М. Нарушение когнитивной регуляции социальной тревоги при антивитаальном поведении: монография. – Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2016.
12. Системный подход в исследовании антивитаального и суицидального поведения / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, И.Я. Стоянова [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 6(35) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 15.12.2016).
13. Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г. Жизнестойкость – основа профилактики психосоматических расстройств у сотрудников опасной профессии // Психотерапия. – 2014. – № 4(136). – С. 71–74.
14. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, И.Я. Стоянова [и др.] // Вопр. психол. – 2016. – № 6. – С. 63–76.
15. Фомина А.Н. Жизнестойкость личности: монография. – М.: МПГУ, 2012. – 152 с.
16. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Жизнестойкость, временная перспектива личности и отношение к смерти в норме и после суицидальной попытки: тез. докл. // Сб. материалов науч. конф. «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии» (Самара, 19–21 сентября 2013 г.) / Министерство здравоохранения Российской Федерации и др. – Самара, 2013. – С. 194–195.
17. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 8–20.
18. Шмелев А.Г., Белякова И.Ю. Опросник суицидального риска // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика / под ред. С.Р. Панталева. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1992. – С. 3–8.
19. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A populationbased longitudinal study of adults / J. Sareen, B.J. Cox, T.O. Afifi [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62, № 11. – P. 1249–1257.
20. Burns R.A., Anstey K.J., Windsor T.D. Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults // The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 45, № 3. – P. 240–248.

21. Fang J., Freedenthal S., Osman A. Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 with American and Chinese college students // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2015. – Vol. 45, № 1. – P. 51–64.
22. Maddi S.R. Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context // *Military Psychology*. – 2007. – Vol. 19, № 1. – P. 61–70.
23. Nagra G.S., Lin A., Uptegrove R. What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 241. – P. 78–82.
24. Psychological Resilience provides no independent protection from suicidal risk / D.W.Y. Liu, A.K. Fairweather-Schmidt, R. Burns [et al.] // *Crisis*. – 2016. – Vol. 37, № 2. – P. 130–139.
25. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS) / J. Johnson, P.A. Gooding, A.M. Wood [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010. – Vol. 48, № 3. – P. 179–186.
26. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis / J. Johnson, A.M. Wood, P. Gooding [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2011. – Vol. 31, № 4. – P. 563–591.
27. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Sagalakov A.M. Cognitive and perceptual selectivity and target regulation of mental activity in personal evaluation situations of social anxiety disorder // *International Journal of Environmental and Science Education*. – 2016. – Vol. 11, № 12. – P. 5049–5057.

Anti-Vitality and Resilience Questionnaire

Sagalakova O.A.¹, Truevtsev D.V.²

¹ *Sagalakova Ol'ga Anatol'evna*

candidate of psychological Sciences, associate Professor, associate Professor of the Department of clinical psychology; Altai State University, pr. Lenina 61, Barnaul, 656049, Russia. Phone: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: olgasagalakova@mail.ru

² *Truevtsev Dmitrii Vladimirovich*

candidate of psychological Sciences, associate Professor, head of Department of clinical psychology; Altai State University, pr. Lenina 61, Barnaul, 656049, Russia. Phone: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: truevtsev@list.ru

Abstract. The article is devoted to the description of a screening technique for rapid diagnostics of psychological components of anti-vital behavior and constraints (resilience). Anti-vital behavior is directed against biological (vital) needs (prolonging life and keeping health). Any form of anti-vital behavior and actions increases the risk of suicidal behavior. High frequency of anti-vital behavior among modern young people and a wider range of anti-vital actions damaging both physical and mental health of young generation make the elaboration of the technique relevant. The technique defines the stage of anti-vital behavior (experiences, thoughts, actions) development and the individual system of resilience resources. Complex diagnostics enables to evaluate the potential of compensation and correction of anti-vital behavior. The significance of our diagnostic technique is conditioned by the lack of diagnostic instruments without direct statements about performed or planned suicidal action for measuring the parameters of both anti-vitality and resilience. The goal of this paper is to represent and describe the scales of the Questionnaire and its validation. Materials and methods. The Questionnaire aims at measuring various aspects of anti-vital behavior, thoughts, and actions in youth. The final study aimed at approbation and validation of the Questionnaire is based on the sample of 1163 adolescents and young people. The Questionnaire is designed for examining young people. Results. The points of the Questionnaire and the parameters of anti-vitality and resilience are defined basing on analysis of the cases of anti-vital and suicidal behavior of young people, expert analysis of data and an

interview with subjects from the "risk" group and the group of conditional norm, meta-analysis of the results of research and peculiarities of diagnostic instruments as well as our research in this field and stage-by-stage approbation of the Questionnaire, scales of mathematical-statistical analysis and some points of the Questionnaire. The Questionnaire has a number of scales (some scales have subscales) — parameters of anti-vitality (anti-vital thoughts and actions; anti-vital experiences; fear of negative evaluation; microsocial conflict; loneliness, suspiciousness; bad habits; proneness to asocial behavior) and parameters of resilience (psychological support; functional family; satisfaction with life; pursuit of success; self-regulation / planning; positive image of the future). The verification of concordance between the points has shown a good result (Cronbach's $\alpha = 0.9$). External validity shows mutual direct correlations between the parameters of anti-vitality and suicidal risk, and corresponding reverse correlations with the parameters of resilience.

Key words: Anti-Vitality and Resilience Questionnaire; anti-vital experiences; thoughts; actions and behavior; resilience; suicidal risk.

For citation

Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Anti-Vitality and Resilience Questionnaire. *Med. psihol. Ross.*, 2017, vol. 9, no. 2(43), p. 4 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

Received: February 4, 2017

Accepted: March 5, 2017

Publisher: March 17, 2017

The work is supported by a grant from the Russian Science Foundation (Project 14-18-01174) and the Russian Humanitarian Scientific Foundation (Project 15-16-22017)

Introduction

The necessity of elaborating a modern screening technique for rapid diagnostics of psychological components of anti-vital behavior and constraints (resilience) is conditioned, on the one hand, by high frequency of various forms of anti-vital behavior, actions, and experiences among modern young people, which can form the basis for suicidal behavior. On the other hand, we see the lack of complex diagnostic instruments without direct statements about performed or planned suicidal actions (straightforwardness of the paragraphs on suicidal behavior raises questions about ethical appropriateness of the statements, especially in the research of minors) for measuring the parameters of both anti-vitality and resilience in the context of the impaired mediation and regulation of emotions and behavior relevant for modern young people. Nowadays, some techniques for defining suicidal risk and constraints [ex: 2; 5; 18; 21] and assessing resilience [ex: 1; 6; 7] have been elaborated and probed; however they are not complex and do not always account for modern peculiarities of young people's self-realization. Besides, they do not allow us to assess the individual picture of anti-vitality in juxtaposition with a system of resilience resources.

Resilience is understood as a component of personal potential (degree of overcoming a situation) (E.I. Rasskazova, D.A. Leontiev) [6; 8] and a flexible developing system of beliefs about oneself, the world, and relations with the world for managing very complex circumstances. It consists of such components as involvement, control, risk taking, and contribution to coping with stress (S.R. Maddi [22]). It is also understood as a system of meaningful (value) and practical (resources, skills) components (A.N. Fominova [15]) used for solving tasks imposed by environment. The phenomenon of resilience is studied in the context of overcoming difficult life and emergency situation [13; 22], protective impact on the development of anxious and depressive symptoms (among other things, with account for the role of subjective well-being and psychological safety) [11; 12; 14; 20; 23; 27], suicidal behavior [2; 3; 15; 16; 17; 21; 24; 25; 26].

Some research has found the effect of resilience that "constrains" self-destructive behavior; however, some authors do not divide the linear influence of the components of this phenomenon on the probability of anti-vital and suicidal behavior [12; 24]. Significance of the contribution of some parameters of resilience to the protection of anti-vital and suicidal behavior may vary individually and socio-culturally [9; 21].

Resilience is one the crucial (though not the only) factors that constrain the probability of anti-vital behavior in youth; however, its influence cannot be comprehended within a framework of elementary causal logic [12; 16; 23; 24]. We understand this phenomenon as a developing system of adaptive beliefs of one's abilities to overcome obstacles, skills of constructive overcoming of stress impacts and generalizing adaptive experience of coping and resources of a functional sociocultural situation of development [11]. The technique accounts for a protective effect of some components of resilience with account for the peculiarities of age development of adolescents and young people (peculiarities of structuring the relevant system of relations and social situation of development, realization of leading tasks and motives of personality, availability of involvement into the leading types of activity and obtaining positive experience of self-realization, development of compensatory resources, flexible arsenal of self-regulation skills and coping strategies, and the existence of optimistic time perspective) [2; 4; 11; 12].

The technique for estimating the risks of self-destructing behavior (including self-damaging, para-suicidal and suicidal behavior) at different stages of its development should account for a basic range of modern anti-vital patterns and be focused on those who performed anti-vital actions (of various type) and those who are at the initial stages of anti-vitality development or do not think of it at all (assessing risk in the population) [2; 5; 11; 12]. A diagnostic instrument should serve a basis for building reasonable intervention in cases of impaired adaptation and rely on the revealed compensatory resources of psyche and personality. Besides, its statements should be clear and available for adolescents and young people.

The Questionnaire accounts for modern peculiarities of impaired adaptation and socialization in adolescence and youth [1; 2; 4; 6; 7; 10; 12; 14]. The Questionnaire is based on methodological provisions of a cultural-activity approach in psychology (psychological mechanisms of impaired mediation and regulation of emotions and behavior, regularities of age development etc.) [2; 4; 8; 11] as well as a cognitive-behavioral approach (ideas of the development of early dysfunctional beliefs of oneself, environment, the future), and the research of interactions between maladaptation, anxiety disorders and suicidal risk in youth [10; 12; 19; 27].

The **goal** of this paper is to represent and describe the scales of the Anti-Vitality and Resilience Questionnaire and its validation.

Materials and methods

The elaborated Anti-Vitality and Resilience Questionnaire aims at measuring various aspects of anti-vital (directed against biological needs) experiences, thoughts and actions in youth. The final study aimed at approbation and validation of the Questionnaire is based on the sample of 1163 adolescents and young people (from 14 to 18 years old), the students of various educational institutions in the Altai Region. The Questionnaire is primarily designed for examining adolescents and young people as well as early adults.

The study has been conducted anonymously by means of on-line testing; the data has been analyzed generally.

The methods of mathematical and static data processing are cluster analysis, Cronbach's alpha, Pearson's correlation analysis, and Chi-square criterion. The data has been processed in the SPSS Statistics 22.

Results

The paragraphs of the Questionnaire and corresponding parameters of anti-vitality and resilience are defined basing on the analysis of the cases of young people's anti-vital and suicidal behavior, expert analysis of data and an interview with subjects from the "risk" group and the group of conditional norm. Besides, meta-analysis of available results of research and peculiarities of diagnostic instruments, as well as our research in this field and stage-by-stage approbation of the Questionnaire, scales of mathematical and statistical analysis and some points of the Questionnaire (2014—2016) have been used.

The method of cluster analysis (Ward's method) has enabled to group the points and to identify some scales of the Questionnaire. Characteristic of the Questionnaire scales — Table 1. Some subscales are defined basing on meaningful analysis of clusters and their paragraphs.

Table 1

Names of scales and subscales of the Anti-vitality and Resilience Questionnaire

Parameters of "Resilience" scale	Parameters of "Anti-Vitality" scale
<p>Scale 1. Psychological support</p> <p>Scale 2. Functional family</p> <p>Scale 3. Satisfaction with one's life</p> <p>Scale 4. Pursuit of success</p> <p>Scale 5. Self-regulation</p> <p>Scale 6. Positive image of the future</p>	<p>Scale 1. Anti-vital thoughts and actions</p> <p>1) <i>anti-vital thoughts</i></p> <p>2) <i>anti-vital actions as coping with tension</i></p> <p>3) <i>impulsive behavior</i></p> <p>4) <i>demonstrativeness</i></p> <p>Scale 2. Anti-vital experiences</p> <p>1) <i>negative image of the present and future</i></p> <p>2) <i>abandonment</i></p> <p>3) <i>helplessness</i></p> <p>4) <i>non-mediated emotions</i></p> <p>Scale 3. Fear of negative evaluation</p> <p>1) <i>gelotophobia</i></p> <p>2) <i>dysmorphophobia</i></p> <p>Scale 4. Microsocial conflict</p> <p>1) <i>conflict in the family</i></p> <p>2) <i>conflict in the group of peers</i></p> <p>3) <i>conflict with pedagogues</i></p> <p>Scale 5. Loneliness, suspiciousness</p> <p>Scale 6. Bad habits</p> <p>Scale 7. Anxious ruminations</p> <p>Scale 8. Proneness to asocial behavior</p>

Resilience

Scales of resilience (Table 1) define the factors that constrain anti-vital tendencies and reveal personality's compensatory mechanisms and resources of coping with difficult life situations. Resilience is manifested in the level of optimism about the future, abilities to cope with difficulties, constructive strategies of decision making (with account for the effects caused by actions), and existence of resources for compensating self-esteem in stressful situations (social-psychological support, lack of microsocial conflict, ability to address issues, satisfaction with life and realization of relevant social motives, personality's focus on achieving success in studies). The scales "functional family" and "self-regulation" that provide stable and reliable resources in the closest environment and personality's resources for self-regulation and mediation of emotions and behavior in stressful situations are the most significant factors in terms of forecast that constrain anti-vital experiences and behavior.

Scale 1. Psychological support

High scores on this scale indicate sufficient social and psychological support (friends, pedagogues, and/ or independent coping resources) in the closest social environment. These are the resources of resilience, which are factors to restrain anti-vital experiences and constructive compensatory mechanisms. Strengthening friendly relations with others enable to compensate somehow the lack of support in the family in case of family dysfunctions.

Scale components:

1. **Support from friends.** A person has resources in the form of reliable and stable relations with friends-peers, to whom he can address with any request if he has difficulties. Support from the closest environment of peers and opportunity to address to it at any moment is a significant "constraint" in adolescence.

2. **Support from pedagogues.** Available resources of support from pedagogues and pedagogues- psychologists. An adolescent or a young person understands that he can take the initiative and address to pedagogues for support in emergency. However, the very fact that he understands the necessity of addressing to them for assistance can indirectly indicate that he has difficulties, with which he cannot cope independently or even with the help of family and friends-peers. Such a student will address to pedagogues for assistance as a last resort (for example, in case of urgent problems in the family). The ability to address to a competent adult (outside the family) is an important constraint; however, the very form of asking for help can be camouflaged (for example, demonstrative behavior or attitudinizing) and indicate adolescent's ill-being. If an adolescent somehow expresses such a request, we should be very attentive to him and give him all possible support preserving ethic principles in psychology.

3. **Optimism, "self-support".** Self-support indicates adolescent's desire and ability to overcome life difficulties independently and find ways to cope with problems constructively. Independent coping abilities are associated with positive beliefs of one's forces and abilities to cope with difficulties. The scale is represented by adolescent's ability to make optimistic forecasts in the situations of difficulties and be active in looking for internal resources to overcome them. High scores on this scale indicate adolescent's high self-efficiency and optimism about difficulties. However, this resource should not exclude a skill of addressing for external assistance.

Scale 2. Functional family.

High scores on this scale create the most powerful and significant constructive compensatory mechanism and a factor to constrain anti-vital tendencies — stable psychological support and respect and love of family members.

Respect to an adolescent / young person by family members, account for his opinion in decision making, providing stable and unconditional relations based on acceptance, love, and friendly attitude is the most significant factor that prevents anti-vital experiences, thoughts and actions from occurring. This is a basic "global" scale in the structure of a quality called "resilience". Respect and love of significant others in a microsocial space is a fundamental need in this age. The frustration of this need can lead to serious circumstances for young people's psyche. The experience of such resources makes a person psychologically protected when he faces difficulties and gives him assurance in his forces and stable positive self-identity. A functional family is a successful family based on trust and respect of its members to each other. The understanding of these relations will remain unchanged even in case of disputes. In such a family, an adolescent / young person is always aware of his parent's attitude to him. If he trusts the members of his family, he will try to address his issues collectively and constructively. A functional family certainly accounts for the opinion, interests, and hobbies of its junior members, even if it does not fully share them. Respect for adolescent's opinion and viewpoint and account for his position in taking various decisions, readiness to listen to him and support him in a difficult situation is a basic resource to provide adaptation and develop young people's self-identity and self-efficiency. Such

adolescents and young persons are proud of the members of their family and respect their parents only if they receive love and support of the family, which is ready to interact with him on an equal footing. They are capable of a dialogue (both external and internal), show much cognitive complexity in assessing situations, and take more weighted decisions. Subjectively, they are more satisfied with life and look at the future with optimism.

Scale 3. Satisfaction with one's life.

High scores on this scale indicate the satisfaction with learning activity and social position in the group and life in general. This resource indicates subjective psychological comfort, satisfaction, or possibility to realize relevant social needs (in acceptance when communicating with peers, recognition, success, and self-realization). Satisfaction with these spheres of life provides the experience of positive emotions, realization of motives, and lack of psychological tension. This scale is usually related to the "functional family" scale. This is a significant constraint.

Scale 4. Pursuit of success.

High scores indicate that an individual is trying to achieve success and recognition and to improve himself. It is characterized by the traits of perfective style of learning accompanied by initiative and social courage in academic situations (readiness to express one's viewpoint, to make a public speech in spite of possible anxiety). Social courage and perfectionism in learning are compensatory resources that provide person's ambitions; however, if this significant need is frustrated, emotional tension can grow.

Scale 5. Self-regulation / Planning.

High scores on this scale indicate proneness to rational planning accompanied by a flexible analysis of various ways and analysis of the circumstances of one's actions. Self-regulation provides the maturation of psychological methods to control mood and emotions. An individual is capable of mediating complex emotions and experiences, disinhibiting impulsive responses and acting basing on forecast. Self-regulation and planning are opposite to impulsive responding and contextual behavior under the influence of emotions. It is a significant resource to provide voluntary activity and behavior including in stressful situations. It is characterized by self-control, weighted judgements, and strategic logics in decision making.

Scale 6. Positive image of the future.

High scores on the scale indicate ambitions and a positive image of the future as well as hope for success and achievements in the perspective. An adolescent / youth has a life goal, he expects to achieve success and recognition in the future, and he is inclined to think that more good things await him in the perspective. Optimistic forecasts of the future are provided by the resource of coping with difficult life situations, which is a "constraint".

Anti-vitality

The scales of "anti-vitality" determine anti-vital (directed against biological needs for prolonging life and keeping health) experiences, thoughts and actions. Anti-vital focus of personality (experiences, thoughts, and actions) creates an anti-vital vector of activity (anti-vital behavior) associated with an unfavorable situation of social development, immaturity and/or exhaustion of one's resources of self-esteem compensation, and coping with a difficult life situation (constructive overcoming of a problem). A microsocial conflict (dysfunctional family, which does not provide stable relations based on respect and love, and conflict relations and psychological bullying by peers) is one of the most significant predictors of the risk of anti-vital or suicidal behavior (directed at not only damaging one's health and risk, but also at killing oneself). Beliefs of oneself as an "outsider", one's helplessness in front of obstacles, beliefs of other people as indifferent or "capable of betraying" and beliefs of the future as uncertain and negative contribute to the development of anti-vital behavior.

Anxious ruminations (post-situation consideration of the experience of failure and fixed mental return to the details of the situation together with inability to shift to another activity) in the context of general psychological ill-being stimulate cyclic growth of emotional tension. This exhausts mental resources and increases the experience of impulsive behavior and non-mediated emotional responding at a certain moment [11; 12]. The longer is the cycle of accumulating emotional tension, the more possible is the situation when even objectively insignificant cause can be a "superstimulus" — a trigger mechanism of anti-vital or suicidal behavior.

Scale 1. Anti-vital thoughts and actions.

The scale of anti-vital thoughts and action is the most significant in the context of forecast from the viewpoint anti-vital / suicidal risk. It includes not only vague experiences but also well-defined specific self-destructive and self-aggressive thoughts and actions directed against person's biological needs. It is characterized by readiness to damage one's health (pain, injuries, risk / damage) for certain reasons. The scale may indicate that subject's personal experience already contains anti-vital actions or anti-vital intentions. It indicates that there are immature constructive strategies of coping with difficult situations, ill-being, a microsocial conflict, unsatisfied relevant social motives, non-realization, impaired self-identity, and high level of mental tension (accumulated affect). The higher are the scores on this scale, the more possible is the situation when any, even objectively insignificant, stressor can become a trigger stimulus for anti-vital actions.

Subscales:

1. **Anti-vital thoughts.** Consideration of anti-vital actions and preparation for them (injuring oneself, killing oneself).

2. **Anti-vital actions.** Possible risk of damage to health or suicidal risk (injuring oneself, hurting oneself physically, self-damage, behavior that is risky in terms of health) as coping with accumulated emotional tension (due to a chronic microsocial conflict and inability to overcome frustrating problems and escape from unfavorable situation).

3. **Impulsive behavior.** Inability to cope with strong emotions, non-mediated responding in the situation, and actions under the influence of accumulated emotional tension; consequently; each following event can become a trigger "super-stimulus" in spite of his objective neutrality.

4. **Demonstrativeness.** Proneness to risk toward one's health and readiness for unusual behavior dangerous for life. Acts as a demonstrative behavior or a way to receive new feelings and impressions due to psychological ill-being, immature constructive ways to cope with stress, and ways to satisfy significant social needs.

Scale 2. Anti-vital experiences.

Scale — predictor of anti-vital behavior. Zero stage of anti-vital behavior and personality's focus in the form of experiences of the loss of life meaning, one's uselessness / isolation, and symptoms of depression. An adolescent / young person begins to think about what will happen if he disappears, his life loses its value (for now, there are passive thoughts without activity or preparations), the meaningfulness of life is lost, time perspective is simplified (the future is vague, the present passes by). He feels that he is useless even for close people; he is lonely among other people. He may experiences strong negative emotions, which exhaust mental resources (offence, despair, "mental pain") because they do not find ways of mediation and shifting. Adolescents / young people experience uselessness and inability to cope with overwhelming difficulties. Besides, they are pessimistic about themselves and their future and perceive other people as indifferent and ignorant. This parameter precedes anti-vital behavior and thoughts and may accompany it. This scale is usually associated with high scores on the "microsocial conflict" scale.

Subscales:

1. **Negative image of the present and the future.** It is characterized by perception of the future as uncertain or negative and perception of the present as "passing by". A young person does not feel that he is a subject of the situation and cannot influence the events. The lack of positive perspective influences the way an adolescent or a young person behaves in the present. There is no constraint of a "psychological perspective". The behavior in the present is not regulated by the image of the future; life subjectively loses its value.

2. **Abandonment.** An adolescent / youth feels that no one needs him and he is an "outsider" among his peers. Attribution of external indifference gradually becomes "internal" self-attitude. After a person has experienced an offense towards other people, he may become indifferent to oneself, his future, and health. He is usually convinced that "no one understands him", "no-one sympathizes with him" and "no one tries to help him". The skill of asking for help and activity aimed at overcoming difficulties is usually missed (probably, due to enhancing depressive symptoms, exhaustion of the resources of psyche and organism in the conditions of chronic unfavorable situation of development). There are beliefs like "I am an outsider", "I disturb others", "I make life of others more difficult".

3. **Helplessness.** The experience of psychological helplessness (a belief that obstacles are unsurmountable, that person's own efforts do not have any effect, that any actions will be ineffective). There is cognitive bias (focusing on obstacles, helplessness, comparison with others not in one's favor, belief that the situation is unsolvable, excessive generalization of problems).

4. **Non-mediated emotions.** Strong negative emotions that are not mediated and not always clear to a person himself are accumulated. The constructive ways of overcoming stresses, coping with negative experiences, and mechanisms of self-esteem compensation in case of negative evaluation are immature. An adolescent or a young person experiences strong emotions and cannot mediate them. He is incapable of shifting to other activities. Activity becomes inefficient; the tension in mental activity is still growing. Such experiences lead to the impairment of adaptation and prevent from concentrating on studies. The experience of offence and despair come to the foreground, a subject of experiences suffers and does not know how to cope with it. The longer a person experiences such a state, the more objective problems are manifested (for example, in studies) and the more these emotions are likely to find their impulsive embodiment in anti-vital behavior. This makes a problem more complicated.

Scale 3. Fear of negative evaluation.

Characterizes the fear of negative evaluation by peers (of oneself and one's appearance), which is relevant for modern youth, whose socialization is associated with constant evaluation and high probability of the situations of criticism, ridicule, denial, and bullying for any formal signs that distinguish a person from others. Such situations are painful for young people and serve a basis for various forms of maladaptation. Gelotophobia (fear of ridicule) and dysmorphophobia (psychologically painful beliefs of the defects in appearance) may largely reduce satisfaction with one's life and oneself and lead to the avoidance of participation in the situations of social interaction, unstable self-esteem, frustration of significant social motives and impairment of adaptation. This scale is associated with social anxiety as a fear of negative disapproving evaluation by others. Gelotophobia and dysmorphophobia may be associated with the lack of self-assurance. They may gradually enlarge the range of situations, in which a person experiences fear and anxiety, and strengthen tendency to isolation. Such experiences can serve a basis for the development of anti-vital experiences. The experience of public mockery or negative evaluation of appearance is possible, which serves a trigger mechanism for the development of these fears.

Subscales:

1. In case of **gelotophobia** (or fear of ridicule), a person is predisposed to perceive laugh / mockery of others as related to him. He is inclined to think that others evaluate his qualities globally (personification and globalization of the meaning of mockery). He does not tolerate jokes and mockery and has the experience of public mockery. The mockery by peers are remembered long and are hard to experience, since they are a subjective frustrator of social motives in self-realization, respect, and acceptance by others.

2. In case of **dysmorphophobia**, the evaluation of appearance is significant for a person. He is not sure in his attractiveness; his self-esteem is associated with the evaluation of appearance. He believes that his body and face are not quite attractive. He thinks that others may focus on these drawbacks and evaluate them negatively.

Scale 4. Microsocial conflict.

Characterizes a microsocial conflict in various life spheres (family, group of peers, pedagogues). A microsocial conflict, especially in the family, is a significant predictor of anti-vital behavior. In a dysfunctional family, an adolescent / a young person cannot get love, respect and stable support, he feels that his age-related needs are frustrated, which can stimulate the impairment of positive self-identity, personal anomalies and tendencies to asocial or self-destructive behavior. A microsocial conflict, especially in the family, is a basic predictor of anti-vital behavior. Conflicts with peers include the situations of psychological bullying (abuse, mockery), which are hard to bear, since they are associated with the frustration of leading motives. Conflicts with pedagogues are usually a final element in a microsocial conflict, they are associated with the violation of the educational establishment rules and demonstrative devaluation of the standards of respect for others.

Subscales:

1. **Conflict in the family.** It characterizes the dysfunctionality of a family incapable of providing adolescents and young people with positive relations based on respect, love, tolerance, partnership, and dialogue. A chronic conflict is a basis for adolescent's / young person's ill-being, the development of unstable or negative self-identity, impulsive behavior, accumulation of negative emotional tension, disappointment with life.

2. **A conflict in a group of peers.** Conflicts with peers include the situations of psychological bullying (abuse, mockery), which are hard to bear, since they are associated with the frustration of leading motives of the relevant age. The experience of abuse by peers is one of the important predictors of anti-vital behavior.

3. **A conflict with pedagogues.** Conflicts with pedagogues are usually a final element in a microsocial conflict; they are expressed in the violation of rules and devaluation of the standards of respect for others. The conflicts in a school / educational establishment are based on the lack of self-assurance, frustration of social motives in recognition and respect in the family and among peers, immature internal regulators of negative emotions and impulsive behavior and an acute and chronic conflict in the family.

Scale 5. Loneliness, suspiciousness.

It characterizes suspiciousness to others, isolation from communication due to representation of others as capable of damaging and betraying. If a person has such a system of beliefs, he does not seek help and support in a difficult situation, he is inclined to address his issues alone, he feels lonely, but distrust to others does not allow him to communicate with them directly. Probably, there is an experience of betrayal / violence in the past or the present, which caused distrust to others. Proneness to act alone together with an experience of loneliness can be a predictor of anti-vital actions.

Scale 6. Bad habits.

The scale characterizes bad habits used to realize significant social motives (in recognition and acceptance by others, communication). Persons can use such ways of

realization their social motives because more constructive ways of coping with tension in social situations (smoking for the company, alcohol "to remove tension") are not developed. This is an unfavorable factor in the context of higher probability of impulsive behavior in a stressful situation.

Scale 7. Anxious ruminations.

The scale is associated with anxiety accompanied by rigid fixation on the negative aspects of the situations that took place. Characterizes mental "sticking" to the events, where the image of successful performance of the task was not achieved. Anxious ruminations are a compulsive reproduction of failures or troublesome events in mind. Such ruminations make a person focus on negative things (not enough time, failure) when he perceives retrospective events. Difficulty with shifting to other activities can lead to the accumulation of mental tension and thus increases the probability of activity failure / decompensation.

Scale 8. Proneness to asocial behavior.

Characterizes proneness to asocial behavior and violation of rules. Characterized by the representations of others as a "way" to satisfy one's needs. The value of another person is reduced, sympathy is not typical. The proneness for manipulating others, using others for one's purposes and asserting themselves at the expense of others are possible. A conflict is characterized by an external aggressive response. In case of manifest scores on the scale, a person is not inclined to feel guilty or ashamed for asocial behavior; on the contrary, he enjoys violating the prohibitions.

The technique involves and diagnoses two parameters of anti-vitality and resilience. Further, these parameters are juxtaposed with each other and enable to evaluate the effect of constraints on the probable transition from experiences and thoughts to anti-vital actions and the probability of anti-vital behavior itself. Basic parameter include scales and subscales — these are indicators of latent parameters ("anti-vitality" includes 8 scales, while "resilience" contains 6 scales). The technique includes 72 paragraphs.

The testing not only enables to receive a diagnostic information, but also draws subjects' attention to the resources and psychological means that can be used when facing stressors including the situations of social evaluation and frustration of self-esteem. The feedback after the testing shows that psychological diagnostics has contributed to psychoeducative and partly therapeutic-reflexive effect, which is also a task of resilience creation. If we test a schoolchild, we have the notion "school" in the questions with the condition "school / educational institution" ("educational institution" is removed). If we test a student, we have the notion "educational establishment".

Instruction to the Questionnaire: Evaluate the extent to which you agree with these statements. Give a quick answer.

Variants of the answer: 0 — no, 1 — rather no, 2 — rather yes, 3 — yes.

Paragraphs of the Questionnaire

- | | |
|--|---|
| 1. I can confidently say that I have reliable friends. | 38. Sometimes, I feel that no one has any concern for me. |
| 2. I try not to trust people because they can betray. | 39. In a difficult situation, I consider different variants before I choose what to do. |
| 3. I feel lonely even among other people. | 40. I wanted to leave home because of conflicts with relatives. |
| 4. I have a goal in life. | 41. I usually enjoy studying. |
| 5. I have an experience of abuse by close people. | 42. I flow into despair when something goes wrong. |

6. After I have failed in something, I think for a long time about what has happened.
7. My life is not of much importance for me.
8. I think that real life passes by.
9. It takes me a lot of time to come around after conflicts with peers.
10. I can address to my friends with any difficulty, because they will help me.
11. I think that I can cope with difficulties that occur in life.
12. Sometimes, I feel such an offence and mental pain that I want to cry.
13. I discuss the things that disturb me with the members of my family.
14. My fellow students laugh at me and abuse me.
15. My parents love me no matter what may happen.
16. There are people in my family that insult and humiliate me.
17. It is easier for me to communicate in social networks than in real life.
18. When I compare my achievements with achievements of others, I understand that they are much more successful.
19. In my school/education establishment, there are teachers/professors to whom I can address no matter what happens.
20. When unknown people began to laugh in my presence, I often think that they laugh at me.
21. I can hurt myself physically to remove tension.
22. In school/education establishment, I can express my opinion and other people will listen to me.
23. Sometimes, I cannot get to sleep because of anxious thoughts about what has happened in school/education establishment.
24. If someone mocks me, I will never be able to communicate easily with this person.
25. I want to achieve success and recognition by society.
26. Sometimes, I enjoy violating rules and doing things that are prohibited.
27. If I make enough efforts, I will be able to cope with most problems.
28. I try to address all my issues alone.
29. Sometimes, I think about damaging
43. My mother (or grandmother) is ready to listen to me and support me in everything.
44. I had an experience of public humiliation in a group (in front of many people).
45. No one really understands me.
46. When I want something from other people, it is very difficult to me to accept their negative answer.
47. Before the review works or examinations, I feel that I needed 1-2 extra days for training.
48. I think that people can drink an alcoholic drink to relax and remove tension.
49. When I hear criticism and mockery directed at me, I want to break something or even hit an "offender".
50. Now, I have difficulties that do not allow me to concentrate on studies.
51. I try to be perfect in everything, to be "the first".
52. Sometimes, I think about disappearing from life.
53. When I face a difficult situation, I consider several ways to solve it.
54. I can damage/risk my health to attract attention to my problems.
55. I was summoned to the headmaster for improper behavior.
56. Sometimes, I feel that I am outsider, a useless person.
57. I enjoy enough respect in school/ educational establishment.
58. I know that the members of my family love me even if we have quarrels.
59. Sometimes, I imagine how other people would live without me.
60. I can feel better when I find something pleasant in common things.
61. Sometimes, I think that I am not able to cope with overwhelming difficulties.
62. Before doing something, I feel about the consequences of my actions.
63. I am ashamed of my parents.
64. When I communicate with other people, it seems to me that they pay attention to the drawbacks of my body.
65. I am proud of my parents.
66. Smoking cigarettes "for a company" helps to overcome some discomfort in the situations of communication.

- oneself.
30. My parents support my interests (hobbies).
31. I can damage myself because cannot cope with my emotions.
32. I am satisfied with my status (position) in the class.
33. I used to injure myself.
34. I'm not pleased by looking at my body in the mirror.
35. I can risk my health to experience new feelings.
36. Generally, I am satisfied with my life.
37. Sometimes, I have conflicts with teachers / professors in a school/educational establishment.
67. The future seems vague and uncertain to me.
68. My behavior becomes risky when I am overwhelmed with strong emotions.
69. I think that I will have more good things in life than an average person will.
70. My family respects my opinion and accounts for it.
71. In the future, I hope to reach success in what I like best.
72. In a difficult situation, I will be able to address to a psychologist for assistance.

Extra questions (particular parameters). They are analyzed separately as the data of the questionnaire. The preliminary study devoted to the analysis of suicidal and parasuicidal cases and self-damaging behavior has shown that these formal scores are diagnostically significant; however, we should be cautious in interpreting them. Thus, the factor of incomplete family (especially, if there is a stepfather / mother's cohabiting partner) is of no influence itself. It is rather associated with the lack of culture of "entering a family" in society, certain mindsets of women-mothers associated with the upbringing of a child, which does not provide a minor with unconditionally positive relations based on mutual respect, psychologically comfort and safe conditions in the family, and ignorance of age-related peculiarities.

If an incomplete family provides a positive psychological space of child's socialization, necessary acceptance, and respect for personality, this factor will not be crucial. The factor of parent's addiction to alcohol is important in the development of a whole range of deviant behavior including self-destructive behavior; however, this fact is usually involved in the pattern of co-occurring unfavorable peculiarities of a dysfunctional family.

On the other hand, the formal fact of a complete family does not guarantee a psychologically favorable situation of development; however, average data indicates the importance of this factor for a subject. Both complete and incomplete families can be dysfunctional. This does not refer to a simply "complete" or "incomplete" family, but to the fact of providing psychologically safe and comfortable conditions of socialization adequate to needs and age.

Question 0: Your sex (m / f)

Question 1: How old are you? (___)

The answer yes or no:

1. Some members of my family abuse alcohol.
2. I live with both biological parents.
3. I live with one of my biological parents (mother or father)
4. I live with mother and stepfather (or mother's cohabiting partner).

The validation of concordance between the points by the Cronbach's alfa parameter has shown good concordance of the technique's focus (0.9).

Statistics of reliability

Cronbach's alpha	Cronbach's alpha based on standardized points	N of points
0.9	0.83	72

Table 2 represents statistical norms of the questionnaire by scales and subscales. The translation of individual values in "stans" (a standard scale from 1 to 10 points) enables to standardize the results and represents them in the chart of each scale manifestation. To calculate "stans" for individual values on each scale, we should place the data of a particular subject (X) in the formula: "stan" = $2 \cdot (X - M) / S + 5.5$, where X is an individual "raw" point in the scale, M is a mean value throughout the sample, and S is a standard deviation (Table 1). Having built the profile of individual manifestation of scales, we can analyze maximal and minimal manifestation and describe scales. The generalized analysis is associated with the value of an individual point toward a mean sampled value: 0–3 points — low level of manifestation, 4–6 points — average, moderate, 7–10 points — high (the description of the levels of point manifestation corresponds to the above by the summative scores of each scale).

Table 2

Statistic norms of the AV&R Questionnaire

Paragraphs of the Questionnaire	Name of the scales	M (mean)	S
Anti-vitality			
29, 52, 21, 33, 31, 68, 35, 54	1. Anti-vital thoughts and actions	13.46	6.41
29, 52.	1) <i>anti-vital thoughts</i>	3.18	1.72
21, 33	2) <i>anti-vital actions as coping with tension</i>	2.82	1.74
31, 68	3) <i>impulsive behavior</i>	3.89	1.89
35, 54	4) <i>demonstration</i>	3.57	1.95
7, 8, 59, 67, 38, 45, 56, 18, 50, 61, 12, 42	2. Anti-vital experiences	24.89	9.74
7, 8, 59, 67	1) <i>negative image of the present and the future</i>	7.46	3.52
38, 45, 56	2) <i>abandonment</i>	6.00	3.20
18, 50, 61	3) <i>helplessness</i>	6.46	2.66
12, 42	4) <i>non-mediated emotions</i>	4.96	1.77
20, 24, 49, 34, 64	3. Fear of negative evaluation	9.61	4.42
20, 24, 49	1) <i>gelotophobia</i>	5.89	2.77
34, 64	2) <i>dysmorphophobia</i>	3.71	1.90
5, 16, 40, 63, 9, 14, 44, 37, 55	4. Microsocial conflict	16.64	4.81
5, 16, 40, 63	1) <i>conflict in the family.</i>	7.04	2.49
9, 14, 44	2) <i>conflict in the group of peers</i>	4.93	2.07
37, 55	3) <i>conflict with pedagogues</i>	4.68	1.91
2, 3, 17, 28	5. Loneliness, suspiciousness	7.06	2.01
48, 66	6. Bad habits	4.98	2.11

6, 23, 47	7. Anxious ruminations	4.67	1.92
26, 46, 49	8. Proneness to asocial behavior	3.51	1.51
Resilience			
1, 10, 11, 19, 27, 60, 72	1. Social-psychological support	14.56	5.41
13, 15, 30, 43, 58, 65, 70	2. Functional family	15.56	4.41
32, 36, 41, 57	3. Satisfaction with one's life	9.04	2.75
22, 25, 51	4. Pursuit of success	8.98	3.11
39, 53, 62	5. Self-regulation / planning	6.11	2.32
4, 69, 71	6. Positive image of the future	7.04	2.42

The analysis of variability of answers made by young people to the paragraphs best associated with obvious forms of anti-vital behavior (damaging oneself) has shown specific difference in the answers between boys and girls.

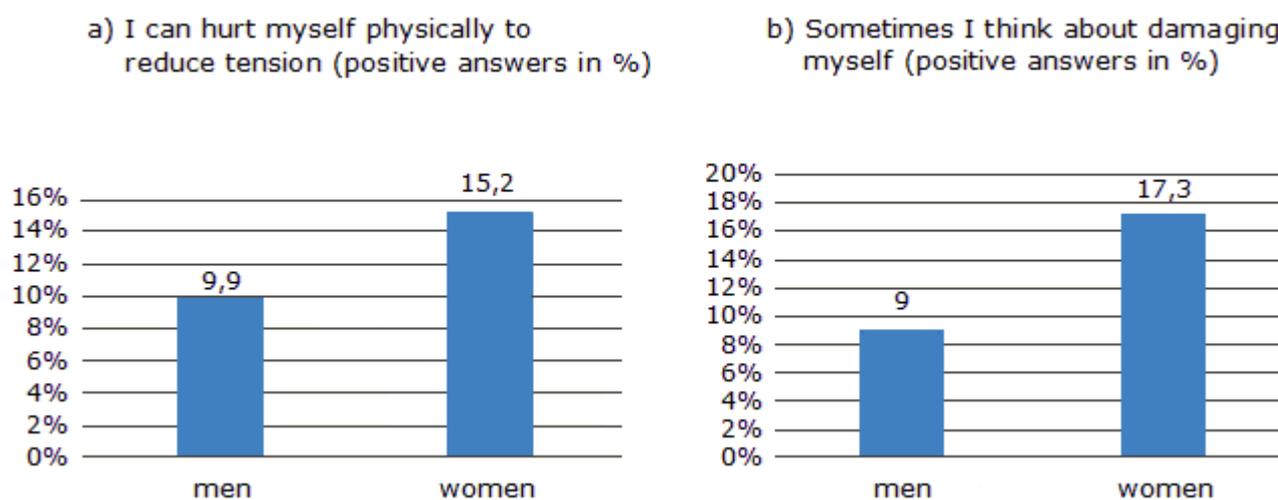


Figure 1 a and 2 b. Anti-vital actions (a) and their consideration (b) in the group of minor boys and girls.

In the sample of subjects, readiness to consider anti-vital actions and perform them in case of reduced regulation of mental activity in case of social anxiety (proneness to hurt oneself physically and thoughts about damaging oneself) is reported by 9.9% of boys and 17.3% of girls (consideration) and 9% of boys and 15.2% of girls (actions) (see Fig. 2a and 2b). Both proneness to self-destructive actions and suicidal risk significantly relate to social anxiety as impaired regulation of activity in the situations of evaluation. Samples of boys and girls differ in the severity of anti-vital actions (tables of contingency; $\chi^2 = 14.2$ — "readiness to hurt oneself physically and $\chi^2 = 19.6$ — "thoughts about damaging oneself", at $p < 0.001$).

The external validity is verified by mutual correlations with the eight scales (demonstrative, affectivity, uniqueness, inconsistency, social pessimism, breaking the cultural barriers, perfectionism and time perspective) A.G. Shmelev's Suicidal Risk Questionnaire (adapted by T.N. Razuvaeva) [5; 18]. The analysis of correlations shows the validity of the technique (Table 3 A and B — correlation analysis with anti-vitality scales, Table 4 — correlation analysis with resilience scales).

Table 3 A

Pearson's correlation (r) of the Suicidal Risk Questionnaire scales with scales 1 and 2 of the AV&R Questionnaire

	Scale 1. Anti-vital thoughts and actions					Scale 2. Anti-vital experiences				
	Anti-vital thoughts	Anti-vital thoughts	Anti-vital actions as coping with tension	Impulsive behavior	Demonstration (anti-vitality of actions)	Negative image of the present and the future	Abandonment	Helplessness	Non-mediation of emotions	
	r>0.23 at p<0.08; r=0.26 at p<0.05; r>0.35 at p<0.01; r>0.4 at p<0.001.									
Demonstrativeness	0.37**	0.31**	0.27*	0.07	0.23	0.07	0.09	-0.06	-0.01	0.24*
Affectivity	0.44**	0.26*	0.20	0.33**	0.27*	0.27*	0.23	-0.09	0.19	0.41**
Uniqueness	0.33*	0.21	0.22	0.19	0.18	0.11	0.07	-0.06	0.09	0.31**
Incapability	0.14	0.14	-0.07	0.20	0.07	0.10	0.16	-0.07	0.02	0.05
Social pessimism	0.21	0.27*	-0.16	0.17	0.23*	0.13	0.15	0.02	0.06	0.13
Breaking cultural barriers	-0.06	0.12	0.03	-0.22	-0.10	-0.18	-0.08	-0.05	-0.19	-0.19
Maximalism	0.03	0.00	0.14	-0.10	0.02	-0.07	-0.01	-0.15	-0.12	-0.10
Time perspective	0.34*	0.20	0.24*	0.22	0.15	0.20	0.25*	-0.10	0.11	0.33**

Note: * – Significant correlations at p<0.05; ** – at p<0.01.

Table 3 B

Pearson's correlation (r) of the Suicidal Risk Questionnaire scales with scales 3–8 of the AV&R Questionnaire

	Scale 3. Fear of negative evaluation	Gelotophobia	Dysmorphophobia	Scale 4. Microsocial conflict	Conflict in the family	Conflict in the group of peers	Conflict with pedagogues	Scale 5. Loneliness, suspiciousness	Scale 6. Bad habits	Scale 7. Anxious ruminations	Scale 8. Prone to asocial behavior
	r>0.23 at p<0.08; r=0.26 at p<0.05; r>0.35 at p<0.01; r>0.4 at p<0.001.										
Demonstrativeness	0.03	0.01	0.03	0.03	0.09	0.18	-0.26*	0.18	-0.05	0.33*	-0.24*
Affectivity	0.16	0.26*	0.01	0.15	0.26*	0.16	-0.16	0.11	-0.10	0.36**	-0.06
Uniqueness	-0.04	-0.06	0.00	0.17	0.16	0.31*	-0.18	0.10	-0.12	0.31**	-0.19
Incapability	-0.01	0.13	-0.17	-0.17	-0.15	-0.13	-0.04	0.33**	-0.09	0.27*	-0.08
Social pessimism	0.10	0.07	0.11	0.05	-0.06	0.17	-0.02	0.17	0.04	0.31**	-0.04

Breaking cultural barriers	-0.09	-0.15	0.00	-0.16	-0.12	-0.08	-0.11	0.04	0.02	-0.05	-0.06
Maximalism	0.03	0.05	-0.01	-0.14	-0.10	0.03	-0.22	0.13	-0.08	-0.02	-0.12
Time perspective	-0.03	0.05	-0.12	-0.02	0.12	-0.01	-0.19	0.33**	-0.14	0.17	-0.14

Note: * — Significant correlations at $p < 0.05$; ** — at $p < 0.01$.

The greatest number of direct significant interrelations is found between the scales — parameters of anti-vitality and scales of the Suicidal Risk Questionnaire (demonstrativeness, affectivity, uniqueness); the parameter "anxious ruminations" (post-situation consideration of a failure) has a significant positive relation, apart from other scales, to the scales "incapability" and "social pessimism".

Table 4

Correlation analysis of scales for measuring anti-vitality (AV&R Questionnaire) and A.G. Shmelev's Suicidal Risk Questionnaire (adapted by T.N. Razuvaeva)

$r > 0.23$ at $p < 0.08$; $r = 0.26$ at $p < 0.05$; $r > 0.35$ at $p < 0.01$; $r > 0.4$ at $p < 0.001$.	Scale 1. Social-psychological support	Scale 2. Functional family	Scale 3. Satisfaction with one's life	Scale 4. Pursuit of success	Scale 5. Self-regulation / planning	Scale 6. Positive image of the future
Demonstrativeness	-0.22	-0.21	-0.28*	-0.28*	-0.19	-0.25*
Affectivity	0.02	-0.06	-0.28*	-0.25*	-0.08	-0.24*
Uniqueness	-0.07	-0.17	-0.31**	-0.26*	-0.20	-0.26*
Incapability	-0.17	-0.02	0.02	-0.04	-0.03	0.06
Social pessimism	0.13	-0.02	0.10	0.14	-0.03	0.06
Breaking cultural barriers	-0.25*	-0.11	-0.13	-0.03	-0.09	-0.07
Maximalism	-0.12	-0.13	-0.16	-0.24*	-0.18	-0.12
Time perspective	-0.25*	-0.31**	-0.23*	-0.21	-0.15	-0.18

Note: * — Significant correlations at $p < 0.05$; ** — at $p < 0.01$.

Thus, correlation analysis of the questionnaires shows that simplification of time perspective (scale of the Suicidal Risk Questionnaire) negatively relates to some scales — parameters of resilience (social-psychological support, functional family, satisfaction with life). We have found negative significant associations between the scales of resilience (satisfaction with one's life, a pursuit of success, positive image of the future) and scales of the Suicidal Risk Questionnaire (demonstration, affectivity, uniqueness). "Maximalism" negatively relates to the scale "pursuit of success".

Conclusions

The article represents the AV&R Questionnaire for measuring the parameters of both anti-vitality and resilience. It can be used for assessing these parameters in adolescence and youth as well as in early adulthood (primary results of the analysis of older groups show good concordance of answers). The results can be analyzed by the Questionnaire's key and by particular answers to the points of the Questionnaire. The discussion of answers to particular paragraphs can serve a basis for a consultative-therapeutic interview if the questioning is not anonymous and a respondent gives consent for the discussion of results.

References

1. Alfimova M.V., Golimbet V.E. A Russian Version of Short Resilience Scale. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya*, 2012, no. 4, pp. 10–15 [in Russian].
2. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. *Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya. Metodicheskie rekomendatsii* [Diagnostics of Suicidal Behavior. Methodic Recommendations]. Moscow, Min. zdrav. RSFSR, Moskovskii NII psixhiatrii MZ RSFSR Publ., 1980. 55 p.
3. Borisov I.V., Gladysheva A.G., Lyubov E.B. Ontological View: Suicidal Behavior and a Phenomenon of Resilience. *Suitsidologiya*, 2013, vol. 4, no. 2, pp. 35–44 [in Russian].
4. Vygotskii L.S. *Razvitie vysshikh psikhicheskikh funktsii: iz neopublikovannykh trudov* [Development of Higher Mental Functions]. Moscow, Izdatel'ctvo Akademii pedagogicheskikh nauk RSFSR Publ., 1960.
5. Gurenkova T.N., Golubeva O.Yu., Tarasova A.A. *Metodicheskie rekomendatsii po diagnostike suitsidal'nogo povedeniya* [Methodic Recommendations on the Diagnostics of Suicidal Behavior]. Moscow, 2009. 108 p.
6. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. *Test zhiznestoikosti* [Resilience Test]. Moscow, Smysl Publ., 2006. 63 p.
7. Osin E.N., Rasskazova E.I. Short Version of Resilience Test: Psychometric Characteristics and Application in the Context of Organization. *Vestn. Mosk. un-ta. Ser. 14. Psikhologiya*, 2013, no. 2, pp. 147–164 [in Russian].
8. Rasskazova E.I., Leont'ev D.A. *Zhiznestoikost' kak sostavlyayushchaya lichnostnogo potentsiala* [Resilience as a Component of Personal Potential]. In Leont'ev D.A., ed. *Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika* [Personal Potential: Structure and Diagnostics]. Moscow, Smysl Publ., 2011, pp. 178–209.
9. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Kul'turno-spetsificheskie tipy sotsial'noi trevogi i antivital'nye ideatsii [Types of Social Anxiety and Anti-Vital Ideation Specific for a Culture]. *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii: sb. st. po mater. LXXI mezhdunar. nauch.-prakt. konf. № 12(69)*. Novosibirsk, SibAK Publ., 2016, pp. 42–48.
10. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Narushenie sotsial'noi situatsii razvitiya v podrostkovom vozraste i formirovanie antivital'nogo povedeniya [Impairment of the Social Situation of Development in Adolescence and Formation of Anti-Vital Behavior]. *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii: sb. st. po mater. LXXII mezhdunar. nauch.-prakt. konf. № 1(70)*. Novosibirsk, SibAK Publ., 2017. pp. 47–55.
11. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Sagalakov A.M. *Narushenie kognitivnoi regulyatsii sotsial'noi trevogi pri antivital'nom povedenii* [Impairment of Cognitive Regulation of Social Anxiety in Case of Anti-Vital Behavior]. Tomsk, Izd-vo Tomsk. un-ta Publ., 2016.
12. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya., Sagalakov A.M. System approach in the study of anti-vital and suicidal behavior. *Med. psiol. Ross.*, 2015, no. 6(35), p. 2 [in Russian]. Available at: <http://mprj.ru> (accessed: 15 December 2016).
13. Sokolov E.Yu., Magurdumova L.G. Resilience – a Basis for the Prevention of Psychosomatic Disorders in Persons Engaged in Dangerous Professions. *Psikhoterapiya*, 2014, no. 4(136), pp. 71–74 [in Russian].
14. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya., Terekhina O.V., Shukhlova Yu.A. Social Anxiety in Adolescence and Youth in the Context of Psychological Security. *Voprosy psikhologii*, 2016, no. 6, pp. 63–76 [in Russian].
15. Fominova A.N. *Zhiznestoikost' lichnosti* [Personality's Resilience]. Moscow, MPGU Publ., 2012. 152 p.
16. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Zhiznestoikost', vremennaya perspektiva lichnosti i otnoshenie k smerti v norme i posle suitsidal'noi popytki: tez. dokl. [Zhiznestoikost', Vremennaya Perspektiva Lichnosti i Otnoshenie k Smerti v Norme Resilience, Time perspective of Personality and Attitude to Death Before and After a Suicidal Attempt: abstracts of the report]. *Sbornik materialov nauchnoi konferentsii "Translyatsionnaya meditsina – innovatsionnyi put' razvitiya sovremennoi psixhiatrii" (Samara, 19–21 sentyabrya 2013 g.)*. Samara, 2013, pp. 194–195.

17. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Attitude to Death After a Suicidal Attempt: Stigmatization of Suicidal Patients. *Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii*, 2015, vol. 11, no. 1, pp. 8–20 [in Russian].
18. Shmelev A.G., Belyakova I.Yu. *Oprosnik suitsidal'nogo riska* [Suicidal Risk Questionnaire]. In Pantileev S.R., ed. *Praktikum po psikhodiagnostike. Prikladnaya psikhodiagnostika* [Practice on psychodiagnosics. Applied Psychodiagnosics]. Moscow, Izd-vo Mosk. un-ta Publ., 1992, pp. 3–8.
19. Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., de Graff R., Asmundson G.J., ten Have M., Stein M.B. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a populationbased longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 2005, vol. 62, no. 11, pp. 1249–1257.
20. Burns R.A., Anstey K.J., Windsor T.D. Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 45, no. 3, pp. 240–248.
21. Fang J., Freedenthal S., Osman A. Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 with American and Chinese college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2015, vol. 45, no. 1, pp. 51–64.
22. Maddi S.R. Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context. *Military Psychology*, 2007, vol. 19, no. 1, pp. 61–70.
23. Nagra G.S., Lin A., Upthegrove R. What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 241, pp. 78–82.
24. Liu D.W.Y., Fairweather-Schmidt A.K., Burns R., Roberts R.M., Anstey K.J. Psychological Resilience provides no independent protection from suicidal risk. *Crisis*, 2016, vol. 37, no. 2, pp. 130–139.
25. Johnson J., Gooding P.A., Wood A.M., TARRIER N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. 48, no. 3, pp. 179–186.
26. Johnson J., Wood A.M., Gooding P., Taylor P.J., TARRIER N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 2011, vol. 31, no. 4, pp. 563–591.
27. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Sagalakov A.M. Cognitive and perceptual selectivity and target regulation of mental activity in personal evaluation situations of social anxiety disorder. *International Journal of Environmental and Science Education*, 2016, vol. 11, no. 12, pp. 5049–5057.