

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КУБАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Дарьин Евгений Владимирович

**Клинические и социально-психологические аспекты несуицидального
самоповреждающего поведения у девушек-подростков**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Бойко Елена Олеговна

Краснодар – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ.....	26
1.1 Аутоагрессия и самоповреждающее поведение: определения, классификации, границы понятий.....	26
1.2 Историко-научные подходы к несуицидальному самоповреждающему поведению: от симптома к самостоятельной категории.....	31
1.3 Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения: международные и российские данные.....	41
1.3.1 Влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на распространенность несуицидального самоповреждающего поведения.....	46
1.3.2 Гендерные и возрастные особенности несуицидального самоповреждающего поведения.....	48
1.4 Психологические факторы, ассоциированные с несуицидальным самоповреждающим поведением.....	52
1.5 Социальные и семейные детерминанты несуицидального самоповреждающего поведения.....	55
1.6 Нейробиологические факторы несуицидального самоповреждающего поведения.....	60
1.7 Теоретические модели несуицидального самоповреждающего поведения	64
1.8 Проблемы клинической диагностики несуицидального самоповреждающего поведения и необходимость стандартизации оценки...	66
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.....	72
2.1 Общий дизайн исследования.....	72
2.1.1 Условия проведения исследования.....	74
2.2 Формирование выборки исследования и обоснование ее объема.....	75
2.3 Критерии включения и исключения.....	79

2.4 Разработка и применение структурированного клинического интервью для оценки несуйцидального самоповреждающего поведения.....	81
2.4.1 Теоретическая основа.....	81
2.4.2 Принципы разработки.....	84
2.4.3 Структура интервью.....	86
2.4.4 Роль в исследовании.....	87
2.5 Характеристика выборки.....	88
2.6 Психометрические инструменты.....	90
2.7 Методы статистического анализа.....	91
2.8 Этические аспекты и доступность данных.....	92
ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	
3.1 Общие клиничко-социальные и семейные характеристики выборки.....	95
3.1.1 Семейные характеристики.....	98
3.2 Поведенческие и социальные аспекты.....	101
3.2.1 Образование и социально-поведенческие особенности.....	101
3.2.2 Употребление алкоголя и наркотиков.....	101
3.2.3 Учет в комиссии по делам несовершеннолетних.....	101
3.2.4 Модификации тела.....	101
3.2.5 Курение и экстремальные увлечения.....	102
3.2.6 Нарушения пищевого поведения.....	102
3.2.7 Интернет-сообщества с тематикой самоповреждений и школьный буллинг.....	102
3.3 Клиничко-анамнестические факторы.....	103
3.4 Характеристики, частота, формы и локализация несуйцидального самоповреждающего поведения.....	104
3.5 Мотивационные особенности самоповреждений.....	109
3.6 Результаты психодиагностических методик.....	116

3.7 Корреляции самоповреждающего поведения с демографическими, клиническими, социально-психологическими и когнитивными факторами...	137
ГЛАВА 4. ТИПОЛОГИЯ ДЕВУШЕК С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ: КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ....	146
4.1 Визуализация кластеров методом главных компонент.....	149
4.2 Профили кластеров по частоте и видам самоповреждений.....	150
4.3 Сравнительный анализ по психометрическим шкалам.....	152
4.4 Различия между кластерами по психометрическим показателям.....	153
4.5 Клинико-социальные профили кластеров.....	154
4.6 Практические рекомендации, дифференцированные с учетом типовых клинико-психологических профилей.....	156
ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	159
5.1 Интерпретация типологии несуйцидального самоповреждающего поведения.....	159
5.2 Клинические характеристики несуйцидального самоповреждающего поведения.....	161
5.3 Психологические механизмы несуйцидального самоповреждающего поведения.....	162
5.4 Социальные факторы несуйцидального самоповреждающего поведения	164
5.5 Сопоставление с литературными данными и обобщение результатов.....	165
5.6 Перспективы дальнейшей разработки темы.....	168
5.7 Ограничения исследования.....	169
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	171
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	174
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	176
Приложение А. Структурированное клиническое интервью для оценки несуйцидального самоповреждающего поведения.....	216

Приложение Б. Карта-анкета клинического и медико-социального обследования.....	220
Приложение В. Информированное добровольное согласие на участие в исследовании.....	235
Приложение Г. Информация об участии в исследовании.....	237

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) у подростков в последние годы вышла на одно из первых мест в детско-подростковой психиатрии и клинической психологии. Масштаб явления высок: по данным международных исследований, признаки такого поведения выявляются примерно у 17-18% подростков в общей популяции [1, 2]. Клинические выборки имеют иные итоговые данные, так как там показатели достигают до 40-60% и выше [3,4]. Такая разбежка в данных между клинической и общей популяцией указывает на то, что феномен нуждается в отдельном и более тщательном изучении. Общемировая коронавирусная пандемия добавила остроты в этой теме, в данном случае произошло увеличение количества случаев самоповреждения, что подтвердило, что НССП связано не только с индивидуальной психопатологией, но затрагивает более широкий социальный контекст.

В настоящее время исследования в России по данной проблеме набирают популярность, в связи с высокой медико-социальной значимостью. Подавляющее большинство работ российских авторов затрагивают темы суицидального поведения [5], либо касаются взрослых [6], или рассматривают более узкие социальные группы, такие как студенты [9] или призывники [7,8]. Подростковый же социум зачастую остается вне рамок этих исследований, особенно в условиях психиатрического стационара. Социально-психологические, психологические и клинико-анамнестические особенности подросткового периода фрагментарно изучены и нуждаются в системном подходе.

Также существует сложность с диагностическим статусом НССП. В классификациях существуют определенные расхождения. Например в DSM-5 феномен относится к состояниям, которые требуют дальнейшего изучения [10-12], а в МКБ-11 включено понятие несуицидального членовредительства. В МКБ-10

отдельная категория для НССП вообще отсутствует. Данные различия не технические сложности. Эти различия серьезно осложняют клиническую практику, осложняют сопоставление результатов разнообразных исследований и препятствует выработке подходов к обследованию подростков, с адаптацией под локальные условия.

Одним из самых обсуждаемых аспектов в современной литературе - это взаимосвязь НССП с суицидальным поведением. Неоднократно подтверждено исследованиями то, что НССП повышает риски суицидальных мыслей и попыток [13]. Нельзя ставить знак равно между этими феноменами. В связи с тем, что у НССП собственная мотивационная структура, свои функции для подростка, и всему этому требуется отдельная клинико-психологическая оценка, а в особенности в подростковой психиатрии, где любая ошибка может обойтись слишком дорого.

Природа НССП является многофакторной, так как идет плотное переплетение с тревожно-депрессивной симптоматикой, с эмоциональной дисрегуляцией, со снижением социально-психологической адаптации, с семейной дисфункцией, с нехваткой воспринимаемой социальной поддержки, а также с опытом межличностной травматизации. В связи с этим клиническая оценка не может быть ограничена фиксацией самого факта самоповреждения. Она должна включать в себя полный анализ мотивов, способов, и частоты, а также социально-психологических и клинико-анамнестических характеристик конкретного подростка.

Также отсутствуют какие-либо стандартизированные подходы к такой оценке. Практически диагностика основывается на неструктурированном клиническом интервью и на разрозненных психометрических методиках. Все это в результате дает низкую сопоставимость данных между исследованиями и сложности с внедрением единого клинического протокола, особенно применительно к подростковой группе.

До сих пор недостаточным остается количество комплексных отечественных исследований НССП у подростков, а подавляющее большинство существующих данных опираются в основном на зарубежные источники [14-17], которые зачастую не дают точной картины из-за специфики российской клинической популяции. Ощущается большая нехватка данных по работам, которые:

- учитывали российские социально-культурные особенности подростков;
- изучали клинические выборки подростков в условиях психиатрических стационаров;
- объединяли бы клинический, психологический и социально-психологический подходы.

Практическая польза изучения НССП перекликается с необходимостью разработки научно-обоснованных подходов к его выявлению и к стандартизированной клинической оценке. Также необходимо осознавать: методы, применяемые в оценке суицидального поведения, для НССП не всегда работают [18-23]. Необходимы специализированные инструменты, которые будут учитывать мотивы, способы, частоту и обстоятельства самоповреждающих эпизодов, а также особенности эмоциональной регуляции и социального функционирования подростков.

Актуальность данного исследования базируется на:

- высокой частоте НССП среди подростков;
- недостаточной изученности данного феномена в отечественной стационарной подростковой выборке;
- необходимости комплексного изучения его социально-психологических и клинических характеристик;
- отсутствии стандартизированных и локально адаптированных подходов к клинической оценке НССП.

Из всего этого возникает необходимость в проведении комплексного клинического и социально-психологического исследования, которое будет

направлено на оптимизацию клинико-диагностического подхода к оценке несуицидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время глубина научной проработки проблемы самоповреждающего поведения, учитывая также несуицидальные его формы, выглядит неоднородной. Конечно, количество разнообразных публикаций, диссертационных исследований и междисциплинарных работ значительно увеличилось, особенно за последние десятилетия, что показывает рост интереса к данной проблеме. Однако много вопросов остаются открытыми, особенно применительно к подростковому возрасту. И все это затрагивает не только клинические детали, но и сам понятийный аппарат.

Существует давняя неразбериха в терминологии. В России используется авторами разные обозначения для пересекающихся, по сути, явлений:

- «саморазрушающее поведение» [24-31],
- «аутодеструктивное поведение» [32-38],
- «суицидальное поведение» [22, 39-45].

В международных классификациях также присутствуют расхождения между собой. В МКБ-10 отсутствует для НССП самостоятельная рубрика как таковая. DSM-5 классифицирует его как состояние, которое требует дальнейшее изучение, – с уточненными и предварительными критериями [11, 12, 46, 47]. В МКБ-11 появилось описание – «несуицидальное членовредительство» (MB23.E), но и там описание больше для фиксации феномена, а не полноценная диагностическая категория [48].

Эпидемиология формирует картину широкой распространенности. Метаанализ, который охватил 597548 пациентов из 41 страны, дал показатель общей распространенности НССП в течение всей жизни на уровне 16,9%, причем четко просматривалась тенденция к росту к 2015 году [49]. Рассеивание между

отдельными исследованиями высоко. Например, в развивающихся странах данные расходятся от 11,5% до 33,8% [50], а в пандемию COVID-19 доля подростков достигала 40,9% [51]. Отечественные данные менее систематизированы, однако на некоторых данных, – в частности, работы Н.А. Польской [52] можно сделать вывод о схожести тенденций.

Пиковый возраст НССП затрагивает возрастной интервал с 12 до 16 лет [53, 54]. По гендерным различиям существуют различия: одна часть исследований отмечает преобладание НССП среди девушек [49,55], другая часть не видит каких-либо различий [56-59]. А в способах самоповреждения наблюдается устойчивое различие: юноши прибегают к ударам и ожогам [61, 62], девушки же чаще используют порезы [60].

4. К числу психологических и социальных факторов, ассоциированных с НССП, относятся:

- Эмоциональная дисрегуляция, включая руминацию и алекситимию [63-66].
- Депрессия, тревожность и импульсивность [67,68].
- Снижение самооценки и социальной поддержки [69,70].
- Семейная дисфункция и травматизация [71-73].
- Социальные факторы, такие как буллинг [74], принадлежность к ЛГБТ+ сообществу [75,76] и влияние интернет-контента [77,78], также играют значительную роль.

5. Нейробиологические исследования НССП у подростков ограничены, однако имеющиеся данные указывают на:

- Нарушения в работе гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной системы [79-81].
- Изменения в лимбических структурах и префронтальной коре [82-84].
- Сниженную чувствительность к боли у пациентов с пограничным расстройством личности [85,86].

6. Предложены несколько моделей, объясняющих НССП:

- Модель эмоционального каскада [87] – НССП как способ отвлечения от интенсивных негативных эмоций.
- Теория семейного каскада [88] – влияние семейной динамики на поддержание поведения.
- Когнитивно–эмоциональная модель [89] – роль самооффективности и ожиданий в регуляции эмоций.
- Модель преимуществ и барьеров [90] – баланс между выгодами и препятствиями для НССП.

7. В России тема НССП долгое время оставалась в тени исследований суицидального поведения. Однако за период с 2002 по 2022 г. в РФ защищено не менее 86 диссертаций, посвященных аутоагрессии, суицидальному поведению и самоповреждениям [91]. Среди данных исследований встречаются работы, посвященные клиническим, социальным и психологическим особенностям суицидального поведения у несовершеннолетних, которые подчеркивают необходимость разграничения НССП и суицидального поведения [6,7,92-95].

В современных отечественных исследованиях НССП все более активно изучается в рамках клинико-психологических и психометрических подходов. В обзорных работах подчеркивается фрагментарность имеющихся данных, отсутствие единых диагностических подходов и необходимость разработки стандартизированных инструментов оценки НССП [96].

В исследованиях, выполненных на клинических выборках, показана значимая роль аффективной симптоматики, семейных факторов и неблагоприятного детского опыта в формировании НССП [97]. При этом данные получены преимущественно на взрослых выборках и не отражают в полной мере особенности подростковой психиатрии.

Адаптация опросника ISAS подтвердила его валидность при оценке функций самоповреждающего поведения [98]. Но метод остается самоотчетным, то есть

результат зависит от готовности подростка говорить о своих проблемах, и это сужает диагностическую ценность результата.

На подростковых выборках зафиксирована связь НССП с тревожно-депрессивной симптоматикой, нарушением детско-родительских отношений и социальной дезадаптацией [99]. Однако сам феномен внутри этой группы неоднороден: авторы описывают разные механизмы его формирования, а не единый сценарий.

Отдельно изучалась роль импульсивности и особенностей самовосприятия у подростков с НССП [100]. Выборки в этих работах невелики, поэтому целостной картины клинической структуры поведения они не дают – скорее намечают отдельные грани проблемы.

При все накопленном материале часть ответов на вопросы все же найти не удастся. Среди наиболее существенных из них:

- уточнение диагностических критериев НССП применительно к подростковому возрасту;
- слабая разработанность клинических методов его оценки;
- доминирование самоотчетных методик в имеющихся работах;
- отсутствие стандартизированных подходов, которые обеспечивали бы сопоставимость результатов между исследованиями.

Складывается следующее понимание, исходя из перечисления: стандартизированная клиническая оценка НСП разработана слабо, а психометрические подходы преобладают. А значит можно сформулировать и задачу исследования – создать и апробировать структурированный инструмент оценки, который ориентируется именно на подростков.

Цель и задачи исследования

Цель исследования – на основе комплексного клинического и социально-психологического исследования оптимизировать клинико-диагностический

подход к оценке несуицидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить частоту встречаемости НССП, структуру психических и поведенческих расстройств у госпитализированных девушек-подростков с учетом диагностических критериев МКБ-10.

2. Установить мотивы, способы и частоту реализации НССП.

3. Провести комплексную оценку клинико-анамнестических и социально-психологических факторов, ассоциированных с НССП.

4. Определить типовые клинико-психологические профили для проведения дифференцированного вмешательства в рамках мероприятий по психопрофилактике.

5. Разработать и апробировать структурированное клиническое интервью СКИ-НССП для стандартизированной оценки несуицидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков.

Научная новизна

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- изучена частота встречаемости НССП и структура психических и поведенческих расстройств у девушек-подростков, госпитализированных в психиатрический стационар, с учетом диагностических критериев МКБ-10;
- определены мотивы, способы и частота реализации НССП в исследуемой клинической выборке;
- проведена комплексная оценка клинико-анамнестических и социально-психологических факторов, ассоциированных с НССП у девушек-подростков;
- выявлены индивидуально-личностные характеристики пациенток с НССП, позволившие определить типовые клинико-психологические профили как мишени

проведения дифференцированного клинико-психологического вмешательства в рамках мероприятий по психопрофилактике;

– разработано и апробировано структурированное клиническое интервью СКИ-НССП для стандартизированной оценки несуицидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков, с учетом выявленных клинико-anamnestических, социально-психологических и типологических характеристик.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретический вклад работы – в подход к оценке НССП: не как к изолированному симптому, а во взгляде как на гетерогенный клинико-психологический феномен. При этом он складывается на фоне психических и поведенческих расстройств и сцеплен с множеством клинико-anamnestических поведенческих, личностных и социально-психологических характеристик. Уточнена частота встречаемости НССП. Описана структура психических и поведенческих расстройств у госпитализированных пациенток, а также способы, частота и мотивы самоповреждений.

Полученные данные уточняют связи НССП с тревожно-депрессивной симптоматикой, особенностями социально-психологической адаптации, уровнем воспринимаемой социальной поддержки, семейными характеристиками и опытом межличностной травматизации. Выделенные типовые клинико-психологические профили девушек-подростков с НССП дают инструмент для систематизации клинической неоднородности феномена и могут рассматриваться как мишени дифференцированного вмешательства в рамках психопрофилактики.

Практическая ценность работы - в применимости полученных результатов к оптимизации клинико-диагностического подхода к оценке НССП у девушек-подростков. Разработанное структурированное клиническое интервью СКИ-НССП

унифицирует сбор сведений о наличии, частоте, способах, локализации, обстоятельствах, мотивах и суицидальной окраске самоповреждающих эпизодов.

В клинической практике СКИ-НССП пригодно как инструмент первичной структурированной оценки самоповреждающего поведения. Выделенные профили учитывают эмоциональное состояние, мотивацию, социальную адаптацию и воспринимаемую поддержку – параметры, от которых зависит выбор мишеней психопрофилактической работы и план дифференцированного сопровождения пациентки.

Результаты могут применяться для практики детской и подростковой психиатрии, а также для подготовки студентов, ординаторов и специалистов, которые в дальнейшем будут работать с подростками с самоповреждающим поведением.

Методология и методы исследования

В основу диссертации положен клинико-психологический подход. НССП здесь трактуется не как изолированный симптом, а как многофакторный феномен - результат взаимодействия психопатологических, личностных и социально-средовых детерминант, такой выбор диктуется самой природой явления. НССП транс-диагностично, встраивается в структуру самых разных психических расстройств и тесно связано с нарушениями эмоциональной регуляции, социально адаптации, системой межличностных отношений. Изолированный анализ отдельных симптомов здесь просто не работает – клиническая практика подросткового психиатрического стационара раз за разом показывает именно общую, а не мономорфную картину.

Работа строится на принципах системного анализа: НССП рассматривается как итог сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. К этому добавляется дифференцированный подход, направленный на выявление внутригрупповой неоднородности – как в клинических проявлениях, так

и в психологических характеристиках пациенток. Теоретической опорой послужили доказательная психиатрия, клиническая психология развития и эмпирическая психометрия.

Дизайн исследования – кросс-секционный, одномоментный, реализованный на базе специализированного психиатрического стационара. Такой формат позволил зафиксировать клинические и психометрические показатели на начальном периоде госпитализации.

Выборку составили 186 девушек подростков 12-17 лет, госпитализированных по разным психиатрическим основаниям. У всех в анамнезе – эпизоды НССП, верифицированные исследователем с помощью СКИ-НССП, структурированного интервью, разработанного на базе диагностических критериев DSM-5. МКБ-10 для этой задачи не подходила: отдельной рубрики для НССП в ней нет, а стандартизацию оценки нужно было на что-то опереть. Выбор в пользу DSM-5 в этой ситуации казался последовательным решением. В итоге выборка получилась феноменологически однородной по ключевому признаку, но при этом сохранила нозологическое разнообразие, типичное для подростковой психиатрической практики - без искусственного сужения клинической картины.

Ключевой инструмент исследования: авторское структурированное клиническое интервью СКИ-НССП, созданное специально для стандартизированной оценки НССП. Оно опирается на критерии DSM-5 и решает три задачи: формализует клиническую верификацию самоповреждающего поведения, снижает разброс экспертных оценок и делает данные сопоставимыми между клиническими и научными исследованиями подростковой психиатрической популяции.

Сбор информации стандартизирован с помощью специально разработанной карты социально-клинического наблюдения. Она охватывает демографические, клинические и психо-социальные параметры и делает данные пригодными для последующего анализа.

Психологическая оценка строилась на комплексе методик, в совокупности охватывающих ключевые клинико-психологические и социально-психологические компоненты изучаемого феномена. депрессивную симптоматику измеряли опросником детской депрессии М. Ковач (CDI). Он дает количественную оценку выраженности аффективных нарушений. Суицидальный риск оценивался опросников А.Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой. Тревожность изучалась методикой многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), раскладывающей общий уровень тревожности на отдельные ситуационные и межличностные компоненты.

Социально-психологическую адаптацию оценивали опросником СПА К. Роджерса в адаптации А. К. Осницкого. Он показывает особенности принятия других. себя, эмоционального комфорта и межличностного взаимодействия. Индивидуально-типологические особенности пациенток изучались опросником Л. Н. Собчик, ориентированным на личностные черты и социально-психологические тенденции.

Для анализа специфики самоповреждающего поведения применялась шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской, направленная на выявление психологических функций НССП, включая регуляцию аффекта, снижение внутреннего напряжения, самонаказание и межличностное влияние. Оценка социальной поддержки осуществлялась с использованием шкалы социальной поддержки детей и подростков CASSS К. Малецки в адаптации А.А. Лифинцевой и А.В. Рягузовой, позволяющей дифференцированно анализировать поддержку со стороны семьи, сверстников и педагогов как по субъективной значимости, так и по частоте ее получения.

Статистическая обработка данных проводилась с применением методов непараметрической статистики, что обусловлено особенностями распределения исследуемых переменных. Использовались описательные методы для характеристики выборки, критерий Крускала-Уоллиса для анализа различий между несколькими независимыми группами, U-критерий Манна-Уитни (в том числе с

поправкой Бонферрони) для попарных сравнений, а также коэффициент ранговой корреляции Спирмена для оценки взаимосвязей между психологическими и клиническими показателями.

С целью выявления типовых клинико-психологических профилей пациенток применялись методы многомерного анализа на основе количественных характеристик самоповреждающего поведения. Использование данных подходов позволило перейти от анализа отдельных переменных к изучению целостных конфигураций признаков, что позволило систематизировать клиническую неоднородность НССП и выделить типовые клинико-психологические профили пациенток.

Обработка и анализ данных осуществлялись с использованием программных средств Microsoft Excel 2019, GraphPad Prism 10.4, а также библиотек языка Python (pandas, scikit-learn, matplotlib), что обеспечило воспроизводимость результатов и расширенные возможности статистического моделирования.

Положения, выносимые на защиту

1. Несуицидальное самоповреждающее поведение остается распространенным и клинически значимым феноменом среди госпитализированных девушек-подростков. Оно фиксируется в клинически неоднородной группе пациенток с психическими и поведенческими расстройствами по МКБ-10, а его формирование связано преимущественно с эмоциональными, поведенческими, аффективными и тревожными нарушениями.

2. Способы, частота и локализация самоповреждений при этом варьируется довольно широко. Что касается мотивов, здесь на первый план выходят эмоционально-регуляторные механизмы – снижение внутреннего напряжения, регуляция аффекта, самонаказание. а порой и способ коммуникации с окружающими.

3. Выраженность самоповреждающего поведения связана с клинико-анамнестическими и социально-психологическими характеристиками пациенток. Наибольший вес среди них имеют: тревожно-депрессивная симптоматика, снижение социально-психологической адаптации, особенности семейного функционирования, дефицит воспринимаемой социальной поддержки и опыт межличностной травматизации.

4. По индивидуально-личностным и клинико-психологическим характеристикам девушек-подростков с НСПП выделены три типовых профиля – эпизодический, компульсивно-регуляторный и полиформный дезадаптивный. Профили различаются по частоте и разнообразию самоповреждений, уровню тревожности, депрессивной симптоматики, социальной адаптации и воспринимаемой социальной поддержки, а потому могут служить мишенями дифференцированного клинико-психологического вмешательства в психопрофилактике.

5. Структурированное клиническое интервью СКН-НСПП, разработанное согласно DSM-5 с учетом выявленных клинико-анамнестических, социально-психологических и типологических характеристик, стандартизирует первичную клиническую оценку НСПП у девушек-подростков. Интервью может применяться как инструмент структурированного клинико-психологического обследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Основные научные положения диссертации соответствуют п. 1 «Решение задач в области социально-психологических основ психических, наркологических и сексуальных расстройств. Этнические, транскультуральные и онтогенетические, экологические и этологические закономерности развития и течения психических, наркологических заболеваний, сексуальных расстройств», п. 4 «Клиника психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимических аддикций» и п. 5 «Диагностические и прогностические критерии и

маркеры заболеваний. Диагностика и прогноз ранних проявлений, течения и исхода психических и наркологических расстройств, оценка достоверности, доказательности и эффективности медицинских вмешательств и технологий с помощью математико-статистического моделирования или иных методов оценки» паспорта научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обеспечивается обоснованным выбором дизайна исследования (кросс-секционный дизайн исследования), использованием разработанного структурированного клинического интервью (СКИ-НССП), обеспечивающего стандартизированную клиническую оценку, применением стандартизированных психометрических методик: опросника детской депрессии М. Ковач (CDI), опросника суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой, методики многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), опросника социально-психологической адаптации (СПА), индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчик, шкалы «Причины самоповреждающего поведения» Н.А. Польской и шкалы социальной поддержки детей и подростков CASSS, статистической обработкой данных с применением современных методов анализа (критерии Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса, корреляционный анализ Спирмена, а также методов многомерного статистического анализа), а также достаточной по объему клинической выборкой из 186 девушек-подростков, госпитализированных в специализированное психиатрическое учреждение.

Результаты диссертационного исследования были представлены и обсуждены на следующих научных мероприятиях:

1. Заседание ассоциации психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников Ставропольского края г. Ставрополь, 30 марта 2023 г.

2.Межрегиональная научно-практическая конференция памяти Глазуновой Т.И. «Мультидисциплинарный подход к выявлению и лечению психических расстройств. Психиатрия и дерматология» г. Краснодар, 17 мая 2023 г.

3.XIII Всероссийская межвузовская онлайн научно-практическая конференция «Самоповреждения и самоубийства: современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации» 25 мая 2023 г.

4.Научно-практическая конференция с международным участием «Инновационные технологии в психиатрии и наркологии: диагностика, лечение, реабилитация и организация помощи» г. Екатеринбург, 28-29 сентября 2023 г.

5.Межрегиональная научно-практическая конференция «Персонализированный подход в диагностике и терапии психических и наркологических расстройств» г. Краснодар, 4 октября 2023 г.

6.VIII Всероссийская с международным участием научная конференция молодых ученых «Будущее нейронаук» в рамках Нейрофорума «Неделя Нейронаук в Казани 2024» г. Казань, 11 марта 2024 г.

7.Всероссийский конгресс с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» г. Санкт-Петербург, 24-25 мая 2024 г.

8.Межрегиональная научно-практическая конференция «Современные медико-социальные проблемы психических и поведенческих расстройств, междисциплинарный аспект» г. Краснодар, 3 октября 2024 г.

9.XX Межрегиональная научно-практическая конференция «Современные вызовы и новые возможности психиатрии» г. Краснодар, 3 апреля 2025 г.

10.V Южно-Российский медицинский конгресс «Медицинские технологии - настоящее и будущее» г. Краснодар, 4-6 июня 2025 г.

11.IV международная научно-практическая конференция молодых ученых «Здоровьесберегающие технологии: опыт современности и перспективы будущего», г. Краснодар, 12 декабря 2025 г.

Результаты публиковались в рецензируемых изданиях из Перечня ВАК Минобрнауки Российской Федерации, индексируемых в международных

библиографических базах. Это еще одно подтверждение их научной апробации. Через процедуру рецензирования прошли основные этапы работы: анализ клинико-психологических, социально-психологических и поведенческих характеристик НССП, результаты отдельных психометрических методик, кластерный анализ и разработка СКИ-НССП. Замечания рецензентов на каждом из этих этапов учитывались при доработке текста и интерпретации данных.

Обезличенные базы данных исследования размещены в открытом доступе в репозитории Mendeley Data и зарегистрированы в Роспатенте. Это делает результаты прозрачными, воспроизводимыми и открытыми для независимой проверки.

Личный вклад автора

Цель, задачи исследования, дизайн и программу его проведения автор определил самостоятельно.

Структурированное клиническое интервью СКИ-НССП для стандартизированной оценки НССП у девушек-подросток также разработано и апробировано автором.

Отбор и клинико-психопатологическое обследование пациенток, анализ медицинской документации, проведение структурированного клинического интервью и психометрического тестирования по стандартизированным методикам – все проведено лично автором.

Систематизация и статистическая обработка данных, включая сравнительный анализ и кластеризацию современными статистическими методами, также выполнены автором.

Самостоятельно проведена интерпретация полученных результатов, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации.

Автор принимал непосредственное участие в подготовке научных публикаций по теме диссертационного исследования.

Публикации по теме диссертации

По результатам диссертационного исследования автором опубликовано 20 научных работ, в том числе: 7 научных статей в изданиях, включенных в Перечень ВАК при Минобрнауки России; 2 научные статьи в международной базе данных Scopus; 9 иных публикаций; 2 свидетельства о государственной регистрации базы данных.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования внедрены в лечебную практику Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Наркологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края, где используются при выявлении и стандартизированной клинической оценке несуицидального самоповреждающего поведения у подростков. Полученные результаты также внедрены в учебный процесс кафедры психиатрии № 1 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России и используются в преподавании дисциплин «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология», а также при подготовке студентов и ординаторов.

Структура и объем диссертации

Объем диссертации – 238 страниц машинописного текста. Структурно работа включает введение, пять глав (обзор литературы, материалы и методы, результаты

собственных исследований, обсуждение и интерпретация данных), заключение, список сокращений и условных обозначений, список литературы и приложения.

Введение содержит обоснование актуальности темы, анализ степени ее разработанности, цель и задачи исследования, научную новизну, теоретическую и практическую значимость работы, методологию и методы, положения. выносимые на защиту. Также во введении представлены сведения о соответствии паспорту научной специальности, достоверности и апробации результатов, личном вкладе автора, публикациях и внедрении результатов.

Первая глава представляет собой обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме НССП у подростков: терминология, классификация и границы понятий, историко-научные подходы, эпидемиологические данные (в том числе влияние пандемии коронавируса), гендерные и возрастные особенности, психологические, социальные и нейробиологические факторы. теоретические модели и проблемы клинической диагностики.

Вторая глава описывает материалы и методы: дизайн исследования, условия его проведения, формирование выборки и обоснование ее объема, критерии включения и исключения. Здесь же представлена разработка и применение СКИ-НССП. характеристика выборки. использованные психометрические инструменты и методы статистического анализа, этические аспекты работы и вопросы доступности данных.

Третья глава — результаты по клинико-психологическим и социальным характеристикам девушек-подростков с НССП: клинико-социальные и семейные характеристики выборки, поведенческие и социальные особенности, клинико-анамнестические факторы, формы и частота самоповреждений и их мотивы, данные психодиагностики, корреляционные связи с демографическими. клиническими и социально-психологическими параметрами.

В четвертой главе на основе кластерного анализа выстроена типология девушек-подростков с НССП: визуализация кластеров, их характеристика по частоте и видам самоповреждений. сравнение по психометрическим шкалам,

визуализация кластерного анализа и описание клинико-социальных профилей выделенных групп.

Пятая глава объясняет полученные данные и сопоставляет их с результатами отечественных и зарубежных исследований. В главе разбираются клинические, психологические и социальные аспекты НССП, а также очерчивает ограничения работы и перспективы дальнейшего изучения темы.

Заключение содержит основные выводы исследования.

Список литературы – 334 источника, из них 187 зарубежных и 147 отечественных. В работе 19 таблиц (18 в тексте, 1 в Приложении) и 31 рисунок.

Приложения содержат дополнительные материалы, иллюстрирующие результаты исследования.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ

1.1 Аутоагрессия и самоповреждающее поведение: определения, классификации, границы понятий

Аутоагрессивное поведение подростков давно перестало быть узкоспециальной темой отдельных психиатрических школ – сейчас это один из наиболее обсуждаемых сюжетов возрастной клинической психологии. За внешне разнородными формами аутоагрессии стоит общий механизм: подросток направляет разрушительную энергию не вовне, а на себя. Эта особенность блокирует нормальное развитие – личностное, физическое, нравственное. чаще всего высокий уровень такой аутоагрессии – не случайность, а симптом. Такое поведение указывает на то, что в ближайшем окружении подростка накопились серьезные социально-психологические сбои.

При этом сама терминология остается спорной, несмотря на десятилетия работы психиатров, суицидологов и психологов над этой проблематикой. При этом, единой систем понятий как не было, так и нет. Из-з этого сравнивать эмпирические данные разных исследований непросто, а выработать общие подходы к диагностике и терапии – еще сложнее.

В отечественной научной литературе наиболее распространены термины «саморазрушающее поведение» [24-31], «аутодеструктивное поведение» [32-38], «суицидальное поведение» [22,39-45]. Эти понятия нередко используются как синонимичные и охватывают широкий спектр аутоагрессивных действий - от легких форм несуйцидального самоповреждения до тяжелых суицидальных попыток и завершенных суицидов.

Анализ различных источников показывает, что на протяжении длительного времени аутоагрессивное поведение отождествлялось преимущественно с суицидальными проявлениями – суицидальными мыслями, попытками и завершенными суицидами. Во многих работах термины «аутоагрессия» и

«суицидальное поведение» фактически использовались как синонимы. При этом несуйцидальные формы саморазрушающего поведения трактовались как ситуативно обусловленные реакции, не имеющие под собой глубинной аутоагрессивной мотивации [101].

С течением времени представление о структуре аутоагрессии существенно расширилось. Под аутоагрессивным поведением в настоящее время понимается преднамеренная активность (осознаваемая или неосознаваемая), направленная на причинение вреда себе в физической или психической сфере. Такие проявления могут носить:

Психологический характер (самообвинение, самоуничужение),

Опосредованный характер (злоупотребление психоактивными веществами, рискованное поведение, агрессивное вождение, участие в экстремальных видах спорта и др.),

Прямой физический характер (самоповреждения, отказ от удовлетворения базовых потребностей, суицидальные действия) [25,102].

Понятие «аутоагрессия» шире, чем «суицидальное поведение» — оно включает действия, не обязательно связанные с намерением уйти из жизни, а также те, что не имеют демонстративной цели.

Суицидальное поведение представляет собой умышленное или совершаемое в измененном состоянии сознания самоповреждение, потенциально приводящее к серьезным медицинским последствиям или смерти. Оно включает в себя внутреннюю и внешнюю активность: от суицидальных мыслей до угроз, попыток и завершенных актов [15].

Современные теоретические модели рассматривают суицидальное поведение как многофакторный и динамически развивающийся процесс, формирующийся под влиянием биологических, клинических, психологических, социальных, культурных и стрессовых (ситуационных) факторов [103]. Типично выделяют несколько стадий суицидального процесса: суицидальные мысли (идеация), планирование, попытка и собственно завершенный суицид [104-107].

Термин «суицидальная попытка» (*suicide attempt*, также парасуицид) используется для обозначения любых форм намеренного самоповреждения (отравления, травм и др.), которые могут сопровождаться как наличием, так и отсутствием летального намерения [108].

В клинической практике дифференцируют:

Истинную суицидальную попытку, при которой наличие твердого намерения умереть очевидно, а неудача акта объясняется внешними обстоятельствами;

Демонстративную попытку, при которой действия имеют аутоагрессивную форму, но не сопровождаются подлинным стремлением к смерти и, как правило, выполняются с целью привлечения внимания, выражения протеста или просьбы о помощи [103].

В классификации **МКБ-10** суицидальное поведение отражено в рубрике «Внешние причины заболеваемости и смертности», в блоке X60-X84 «Преднамеренное самоповреждение». В этой рубрике охвачен весь спектр преднамеренных действий, направленных на самоповреждение: как с целью суицида, так и без нее, включая отравления и травматические воздействия различной степени тяжести.

В **DSM-5** представлена отдельная диагностическая категория – *Suicidal Behavior Disorder* (Расстройство суицидального поведения), критерии которой включают:

- А.** Совершение суицидальной попытки в течение последних 24 месяцев;
- В.** Действие не соответствует критериям несуйцидального самоповреждения (например, нанесение себе порезов с целью регуляции эмоций);
- С.** Диагноз не применяется при наличии только суицидальных мыслей;
- Д.** Поведение не должно быть результатом делирия или спутанности сознания;
- Е.** Поведение не может быть полностью объяснено политическими или религиозными мотивами.

Психологическим аспектам аутоагрессии посвящено значительное количество исследований. Подростковые кризисы и закономерности развития личности в этот период рассматривались в работах Л.С. Выготского, С. Холла, З. Фрейда. Вопросы агрессии исследовали Ю.М. Шайгородский, И.М. Шаблинский, Ф. Зимбардо, а феномены аутоагрессии – Д. Клонский, А. Погорелко, К. Скегг, К. Хевтон и др.

В отечественной науке значительный вклад в разработку проблемы внесла А.Г. Амбрумова – основоположница школы отечественной суицидологии. Согласно А.Г. Амбрумовой и Е.Г. Трайниной, одним из центральных психологических механизмов аутоагрессии выступает субъективная интерпретация индивидом жизненной ситуации как критической, провоцирующей «механизм преодоления» с последующим переходом к суицидальному поведению [109-111].

В современной медицинской науке можно выделить два ключевых направления исследования аутоагрессивного поведения:

Эпидемиологический подход, ориентированный на выявление распространенности аутоагрессии и факторов риска ее возникновения в популяции. Этот подход лежит в основе разработки стратегий первичной профилактики, включая антисуицидальные меры на уровне общества.

Клинико-экспериментальный подход, направленный на изучение патобиологических, патопсихологических и психопатологических закономерностей формирования аутоагрессии, что служит основой для персонализированных лечебных и коррекционных вмешательств [112-115].

Несмотря на интенсивное развитие исследований в сфере суицидологии, до сих пор отсутствуют объективизированные критерии индивидуальной оценки риска формирования аутоагрессивного поведения. Это связано, прежде всего, с доминированием психопатологического подхода, в то время как биологическим механизмам часто уделяется недостаточное внимание [116-123].

Согласно актуальным исследованиям, можно выделить следующие положения:

1. Аутоагрессивное поведение – это не самостоятельный клинический синдром, а поведенческая форма, отражающая дезадаптивное функционирование психики в условиях стресса. Его диагностическая фиксация без понимания патогенеза часто не приводит к эффективной коррекции.

2. Аутоагрессия, несмотря на внешнюю поведенческую форму, имеет выраженную биологическую компоненту. Поэтому ее редукция исключительно к патопсихологическим механизмам некорректна, даже если она проявляется у соматически здоровых лиц.

Каждый из патогенетических уровней – нейробиологический, психопатологический, клинический – вносит вклад в развитие аутоагрессии и обуславливает ее феноменологическое многообразие [124-133].

Таким образом, аутоагрессивное поведение – это многофакторный и потенциально летальный феномен, обусловленный взаимодействием биологических, психологических и социальных механизмов. В клинической практике оно может проявляться в форме суицидального, парасуицидального, псевдосуицидального или асуицидального поведения. Эффективная диагностика требует индивидуализированной оценки для подбора терапевтической и профилактической стратегии.

У подростков аутоагрессия приобретает специфические формы в силу особенностей возраста, связанных с становлением системы ценностей, формированием идентичности и ориентацией на будущую самореализацию [134-138]. Затруднения в решении возрастных задач могут вызывать чувство утраты смысла жизни [139,140], провоцировать хронический стресс и психологические трудности в образовательной среде [141,142], которые сами подростки нередко обозначают как пусковые факторы самоповреждений.

При этом важно учитывать, что большинство подростков, демонстрирующих девиантные формы поведения, в действительности не стремятся к смерти.

Аутоагрессия в их случае является попыткой избежать психоэмоционально невыносимых обстоятельств - следствием дефицита навыков разрешения проблем, отсутствия поддержки, внимания и принятия со стороны семьи и сверстников[143,144].

Картина, которая вырисовывается из рассмотренных подходов, сложнее, чем кажется на первый взгляд: аутоагрессия – не единое явление. Аутоагрессия – это спектр, где суицидальные и несуйцидальные формы самоповреждений соседствуют, но подчиняются разной логике. Именно поэтому современные исследователи все чаще настаивают на индивидуальной оценке каждого случая. А именно делают выводы с учетом биологических, психологических и социальных факторов, а также возрастных особенностей подросткового периода.

Один феномен внутри этого спектра заслуживает отдельного разговора – несуйцидальное самоповреждающее поведение, или НССП. Внешне оно похоже на суицидальные действия, но логика у него другая: собственные мотивационные механизмы, собственная клиническая картина. выделение НССП в отдельную категорию – это не прихоть, а практическая необходимость. Это уточняет диагностику, делает вмешательства точнее и снижает риск того, что аутоагрессия у подростка, делает вмешательства точнее и снижает риск перехода в хроническую стадию.

1.2 Историко-научные подходы к несуйцидальному самоповреждающему поведению: от симптома к самостоятельной категории

Долгое время самоповреждающее поведение изучали внутри суицидологии и психопатологии – как один из вариантов общего аутоагрессивного спектра, не более того. Но еще в ранних теоретико-клинических работах прозвучала мысль, что это упрощение. авторы предлагали выделить НССП в отдельную категорию – с иной мотивацией и другой феноменологией по сравнению с собственно суицидальным поведением [145-147].

Интерес в проблеме НССП за последние десятилетия вырос заметно – и в зарубежной литературе, и в отечественной [158, 148, 149]. Термин закрепился за довольно конкретным кругом явлений: повторяющимися, преднамеренными и прямыми телесными повреждениями, которые человек наносит себе без намерения умереть, которые не одобряются социально и служат способом снизить психологический дистресс. Формы разные – порезы, ожоги, удары о твердые предметы, царапины, укусы и прочие действия, объединенные одной целью: причинить себе физическую боль [4, 15, 25, 102, 150-153].

Терминология НССП в зарубежной литературе варьирует. В англоязычном научном дискурсе используются обозначения: *non-suicidal self-injury* (NSSI), *self-harm*, *deliberate self-harm* (DSH), *self-injury* (SI), *self-poisoning*, *cutting* и др. В Великобритании и Австралии чаще применяется обобщенный термин *deliberate self-harm*, включающий как суицидальные, так и несуицидальные действия [154]. Вместе с тем, современные диагностические подходы все чаще акцентируют необходимость четкого разграничения между НССП и суицидальным поведением, а также исключения из круга НССП таких явлений, как косвенные формы самоповреждения (например, злоупотребление ПАВ), социально приемлемые формы телесной модификации (татуировки, пирсинг) и несчастные случаи [155].

Исторически первое научное описание членовредительства появилось в немецкоязычной литературе в 1846 году [156]. Однако целенаправленные клинико-психологические исследования НССП начались лишь в 1960-х годах и были связаны с изучением так называемого *синдрома порезов запястья* [157,158].

При этом важно учитывать, что культурно-религиозные формы самоповреждений имеют древние корни. Ритуальные акты членовредительства известны еще в культовых практиках античного мира (например, культ Аттиса), а в современных условиях сохраняются в виде религиозных обрядов (самобичевание) и традиционных практик у ряда коренных народов [159]. Также исследователями обсуждаются пограничные формы между НССП и эстетически мотивированной модификацией тела. Так, Фавацца и соавт. указывали на

распространенность самоповреждений в рамках определенных субкультур, включая случаи с эстетической или идентификационной мотивацией [160]. Наблюдения подтверждаются и другими авторами, отмечающими более высокую частоту НССП среди представителей альтернативных субкультур, таких как готы [161,162].

Особое внимание исследователи уделяют возрастным особенностям проявления НССП: наибольшая распространенность фиксируется в раннем подростковом возрасте (12-14 лет) [54]. Это делает проблему НССП крайне актуальной для специалистов детской и подростковой психиатрии, психотерапии, педагогики, социальной работы и семейного консультирования. В связи с этим количество научных публикаций и междисциплинарных исследований, посвященных НССП, продолжает стремительно расти.

В классификации МКБ-10 несуйцидальное самоповреждающее поведение не представлено отдельно. МКБ-10 не содержит диагностических критериев членовредительства и часто данный феномен рассматривается только как отдельный симптом в основном заболевании [163], но по мнению некоторых авторов также может встречаться и без сопутствующей психопатологии [164] что усложняет классификацию и диагностику. Чаще всего в ранее принятых классификационных системах (DSM-IV-TR и МКБ-10) расстройство НССП (NSSI) рассматривается как симптом пограничного расстройства личности (ПЛР). Однако по мнению ряда авторов NSSI может быть выявлено у лиц, без диагноза ПЛР, как и не все люди с диагнозом ПЛР, демонстрирует самоповреждающее поведение [165]. По мнению исследователей различия между пациентами с NSSI и группой пациентов с ПЛР обуславливают определение NSSI как отдельного синдрома [166,167]. Недавнее исследование на крупной выборке немецких подростков показало, что НССП как самостоятельный диагноз (без сопутствующей патологии) встречался редко (всего 3,7%), ассоциировался с низкой тяжестью заболевания и психопатологическим дистрессом и проспективно был довольно нестабильным. По мнению авторов NSSI следует рассматривать как неспецифический

предшественник психопатологического развития в целом и суицида в частности, но он может иметь ограниченное значение как «чистый и единственный» диагностический объект [168].

Кроме того, остается дискуссионным вопрос о правомочности установления диагноза ПРЛ подросткам и молодым взрослым [169,170]. На данном этапе критерии МКБ-10 не предусматривают подобной возможности, что нашло отражение в сложившейся отечественной клинической практике детских врачей психиатров. В то же время в иностранных публикациях представлены результаты исследований непосредственно подростков с диагнозом пограничного расстройства личности, в том числе указывается на взаимосвязь самоповреждающего поведения с симптомами ПРЛ [171-173]. Некоторыми отечественными авторами высказывается мнение о возможности развития расстройств личности у подростков, несмотря на незавершенный процесс формирования личности [174], и указывается на характерную взаимосвязь наличия самоповреждений и клинической картины пограничного расстройства личности у подростка [175]. Зарубежные авторы сообщают, что три четверти (75,7%) молодых людей с ПРЛ сообщили о NSSI, а две трети (66,4%) сообщили о попытках самоубийства в течение предыдущих 12 месяцев [171]. Распространенность NSSI и суицидальных попыток среди молодых людей, впервые обращающихся за лечением ПРЛ, кажется опасно высокой, значительно выше, чем у взрослых с ПРЛ. Полученные данные свидетельствуют о том, что при оценке риска суицидальных попыток клиницисты должны придавать большее значение уровням импульсивности и депрессии, а не абсолютной частоте и тяжести NSSI. Несмотря на это, относительное увеличение частоты и тяжести NSSI взаимосвязано с риском предстоящей попытки самоубийства [176].

На данном этапе дебаты относительно правомочности установления диагноза расстройства личности у детей продолжаются [177]. В современных обзорах подчеркивается недостаток данных, доступных для изучения связи между NSSI и ПРЛ в выборках подростков. Таким образом, невозможно достоверно оценить

связь NSSI и ПРЛ во времени. Будущие исследования должны будут уточнить измерения симптомов ПРЛ в раннем подростковом возрасте и взаимосвязь с NSSI, а также других форм суицидального поведения в подростковом возрасте [178].

В Международную классификацию болезней (МКБ-11) в настоящее время не включено каких-либо предложений по независимой диагностике NSSI как отдельного заболевания, но включается описание NSSI как «преднамеренного самоповреждения тела, чаще всего в виде порезов, ожогов, укусов или ударов, с расчетом на то, что данная травма приведет лишь к незначительному физическому вреду» [48].

В классификации МКБ-11 NSSI представлен в разделе 21 «Симптомы, признаки или клинические данные, не классифицированные в других рубриках» в подразделе «Психические или поведенческие симптомы, признаки или клинические данные» MB23 Симптомы или признаки, связанные с внешним видом или поведением – «MB23.E Несуицидальное членовредительство».

Данное нововведение в международную классификацию болезней позволяет практикующим специалистам включать элементы «функционального диагноза» и использовать феноменологический подход к выявлению проблем психического здоровья. Любая современная система документации и статистики будет использовать упрощения в связи со спецификой работы с большими массивами данных. Но высказывается обоснованное мнение, что практикующие специалисты должны избегать формализма и приветствовать методы, способствующие улучшению качества оказания психиатрической помощи. По их мнению [179] использование дополнительных кодов МКБ позволит получить дополнительные общенациональные данные о взаимосвязях и феноменологии сопутствующих психопатологических расстройств.

Долгое время дискуссионным оставался вопрос включения несуйцидального самоповреждения (NSSI-D) в качестве отдельной нозологической единицы «Статистического и диагностического руководства по психическим расстройствам» (DSM-5) [11,12,46,47].

Критерии данного расстройства были неоднократно пересмотрены, что обусловлено, как их неполным набором, так и неадекватными размерами исследовательских выборок и межкритериальной надежностью [180-182].

В настоящее время NSSI отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения и включено в раздел 3 DSM-5. Разработаны критерии NSSI, которые представлены ниже:

Предлагаемые критерии.

А. За последний год индивид в течение 5 или более дней занимался преднамеренным нанесением самому себе повреждений кожного покрова, для того чтобы вызвать кровотечение, кровоподтеки или боль (например, нанесение себе порезов, уколов, ударов, чрезмерное трение), с ожиданием того, что травма приведет к легкой или средней степени физического вреда.

Немецкие статистические руководства также рассматривают появление самоповреждений в течение пяти или более дней в течение 12 месяцев как повторяющийся NSSI [183].

В. Индивид совершает акты самоповреждений с одной или несколькими целями [183]:

- 1) для отвлечения от негативного эмоционального состояния или неприятных мыслей;
- 2) для устранения межличностных трудностей;
- 3) для достижения более хорошего настроения.

С. Преднамеренное самоповреждение характеризуется по крайней мере одним из следующих аспектов:

- 1) межличностные трудности или негативные чувства или мысли, такие как депрессия, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед началом самоповреждающего акта;
- 2) до совершения акта самоповреждения период поглощенности мыслями об этом настолько интенсивен, что возникают трудности самоконтроля;

3) размышления о самоповреждении возникают часто, даже вне периода их нанесений.

Д. Поведение социально не санкционировано (например, пирсинг, татуировки, проявления религиозного или культурно-обусловленного ритуала) и не ограничено тем, что человек обдирает коросты или грызет ногти.

Е. Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или влияют на межличностные, учебные или другие важные области социального функционирования.

Ф. Поведение не возникает исключительно во время психотических эпизодов, делирия, наркотического или алкогольного опьянения. У лиц с нарушением развития нервной системы поведение не является частью паттерна повторяющихся стереотипий.

Поведение не связано с другим психическим расстройством или медицинским состоянием (например, психотическим расстройством, расстройствами аутистического спектра, нарушением умственного развития, синдромом Лех-Шихана, стереотипным двигательным расстройством с самоповреждением, трихотилломанией).

В настоящее время, появились эмпирические исследования, в которых критерии расстройства проверялись на различных группах (выборках детей, подростков, молодых людей и взрослых) [184].

Исследования расстройства NSSI показали, что высокий процент тех, кто наносит себе телесные повреждения, соответствует предложенным критериям DSM-5 [185,186]. В выборке сообщества из 3097 шведских подростков Zetterqvist М и соавторы. обнаружили, что 6,7% соответствовали критериям [155], в то время как в выборке подростков – психиатрических пациентов распространенность по некоторым данным составила 50% [185].

Эмпирические данные о потенциальном расстройстве NSSI были собраны среди клинических и общественных выборок подростков и взрослых, используя различные версии предлагаемых критериев [187,188]. В комбинированных

выборках стационарных и амбулаторных пациентов 85,5% соответствовали критерию А [186]. Так же в клинической выборке подростков и взрослых была обнаружена высокая степень достоверности для критерия В [155,165,186], а также подтвердилась в общих выборках взрослых [189,190].

Почти все подростки (99,5%), которые соответствуют критериям NSSI сообщили о проведении NSSI для снятия внутриличностных и межличностных проблем [155], кроме того, большинство пациентов прибегает к NSSI с расчетом на то, чтобы избавиться от негативного чувства или когнитивного состояния (82.0%) или разрешение межличностные проблемы (57,1%) [186]. Автоматические функции регистрируются значительно чаще, чем социальные функции, у подростков и взрослых [155,189]. В работе Washburn et al. (2015), также редко встречалось соответствие критерию В без соответствия критерию С:С1 [186], который был наиболее часто встречающимся симптомом, но пациенты также сообщили о высокой составляющей (62,4%) всех трех симптомов С-критерия.

Клиницисты и эксперты-исследователи NSSI описали переживание негативных чувств до поведения NSSI как прототипический симптом, сопровождающийся озабоченностью. Критерий D – поведение, совершаемое в целях, не санкционированных обществом, было выявлено в 88% случаев, как соответствующая характеристика расстройства [191]. Наличие клинически значимого расстройства или нарушения (критерий E) считается трудным для оценки, поведение NSSI приведет скорее к облегчению, чем к ухудшению.

Группа пациентов с NSSI сообщила о большем количестве расстройств и нарушений в функционировании, чем группа без самоповреждений [189,190]. В нескольких исследованиях критерий F оценивался с использованием косвенных методов и его можно считать не достаточно точным [165,189].

В 2013 году DSM-5 признал NSSI отдельным клиническим явлением и призвал к более систематическим исследованиям, включив несуицидальное самоповреждающее расстройство (NSSI-D) в качестве состояния, требующего дальнейших исследований. Во многих исследованиях изучалась

распространенность NSSI-D у подростков с использованием точных критериев DSM-5. В тоже время в некоторых доступных исследованиях критиковались некоторые из предложенных диагностических критериев и указывалось, что необходимы дополнительные исследования.

В итоге опубликованы результаты исследования, где проводится анализ критериев DSM-5 для несуицидального самоповреждающего расстройства в выборке подростков из сообщества [192]. Коллектив авторов изучил показатели распространенности NSSI-D и исследовал четыре наиболее спорных критерия (т. е. критерии А, В/С и Е) в большой выборке подростков (N=2130; 54% женского пола; средний возраст=15 лет). Результаты показывают, что общий уровень распространенности NSSI-D в популяции подростков составляет 7,6%, причем диагноз поставлен значительно большему количеству девочек (11,7%), чем мальчиков (2,9%). Распространенность NSSI-D снизилась до 5,5%, когда был применен альтернативный критерий А (т.е. ≥ 10 случаев самоповреждений в прошлом году). В выборке 87% и 99% подростков с анамнезом NSSI соответствовали критериям В и С, что ставит под сомнение клиническую полезность этих критериев для диагностики NSSI-D по DSM-5. Важно то, что хотя критерий Е и получил относительно низкую распространенность, он достоверно отличал подростков с NSSI-D и без него. Представленные авторами результаты показывают, что NSSI-D распространен среди подростков. Авторами делается вывод о признании несуицидального самоповреждающего расстройства (NSSI-D) отдельным клиническим явлением. Критерии оценки расстройства признаны валидными и дана рекомендация о включении расстройства «NSSI-D» в DSM-5.

В последние два десятилетия российскими авторами также был внесен значительный вклад в изучение феноменов аутоагрессии, самоповреждающего и суицидального поведения. Согласно обзору диссертационных исследований, в период последних 20 лет в Российской Федерации было защищено не менее 86 диссертаций, посвященных данным темам, из которых 66 напрямую рассматривали вопросы аутоагрессии, суицидального поведения и самоповреждений, включая

несуицидальные формы, а еще 15 содержали важные данные по этим аспектам в разделе результатов или обсуждения [8,9,92-95].

Среди исследований, фокусирующихся на детско-подростковой и юношеской выборке, следует выделить работы Хмелевой Ю.Б., Куликова А.В., Бруга А.В. и Пичикова А.А., посвященные клиническим, социальным и психологическим особенностям суицидального поведения у несовершеннолетних [92-95]. Кроме того, исследование Мыльниковой Ю.А. касалось аутоагрессивных проявлений у юношей призывного возраста, а работа Самохина Д.В. была направлена на выявление суицидальных тенденций среди студентов. [8,9].

Интерес к несуицидальным самоповреждениям как к самостоятельной проблеме также растет. Например, Левина С.Д. посвятила свое исследование НССП у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, отдельно подчеркивая диагностические сложности и необходимость четкого разграничения данного феномена от суицидального поведения [6]. В свою очередь, Лобов Г.А. изучал проявления аутоагрессии у призывников, акцентируя внимание на различии между НССП и действиями с суицидальной мотивацией [7].

Также в ряде диссертационных работ, посвященных девиантному и дезадаптивному поведению подростков, были выявлены устойчивые связи между поведенческими расстройствами и выраженной аутоагрессией [193-199]. В исследовании Пережогойной Л.О. на крупной выборке неблагополучных подростков была зафиксирована повышенная частота суицидальных попыток по сравнению с контрольной группой [193]. Эти данные подчеркивают необходимость комплексного междисциплинарного подхода к проблеме аутоагрессии, включая феномен НССП, особенно в клинически и социально уязвимых группах подростков [200-208].

1.3 Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения: международные и российские данные

Согласно литературным данным, с феноменом несуицидального поведения, и непосредственно суицидального поведения сталкиваются специалисты со всего мира. Проведенный анализ публикаций после 2017 года позволил уточнить данные по распространенности изучаемого явления, в том числе в различных странах и регионах мира.

Командой исследователей под руководством Donna Gillies [49] был представлен масштабный метаанализ с целью оценки членовредительства из всех общественных исследований подростков по данным за 1990 по 2015 год. Анализировались уровни оценки суицидального риска и характеристики, включая возрастной профиль, частоту, типы, обращение за помощью и причины. В метаанализ было включено 172 набора данных о самоповреждениях, всего 597548 пациентов из 41 страны. Общая распространенность в течение жизни составила 16,9%, причем авторами отмечен рост показателя к 2015 году.

В обзоре представленном Mannekote Thippaiah et al [50] из 1094 статей были отобраны 13 и включены в обзор для получения информации о распространенности и методах NSSI в развивающихся странах. По данным авторов показатели NSSI сильно варьируются от 11,5% до 33,8%, в зависимости от характера выборки и дизайна исследования, но данные однозначно показывают тенденцию к увеличению во всем мире, в том числе в развивающихся странах.

Метаанализ Lim et al [209] предоставляет данные о распространенности суицидального поведения, преднамеренной аутоагрессии и несуицидального самоповреждения у детей и подростков в течение жизни и за 12 месяцев в период с 1989 по 2018 год. Был проведен систематический поиск соответствующих статей, опубликованных в период с 1989 по 2018 год, в нескольких электронных базах данных. Полученные данные согласуются с имеющимися представлениями. Всего было включено 686672 детей и подростков. Совокупная распространенность

суицидальных попыток в течение жизни и 12 месяцев составила 6% и 4,5% соответственно. Совокупная распространенность суицидального плана в течение жизни и 12 месяцев составила 9,9% и 7,5% соответственно. Совокупная распространенность суицидальных мыслей в течение жизни и 12 месяцев составила 18% и 14,2% соответственно. Совокупная распространенность несуицидального самоповреждения в течение жизни и 12 месяцев составила 22,1% и 19,5% соответственно. Совокупная распространенность преднамеренной аутоагрессии в течение жизни и 12 месяцев составила 13,7% и 14,2% соответственно.

В материалах Gandhi et al [53] представлены данные о возрасте начала несуицидального самоповреждения у подростков и взрослых на массиве объединенных данных. Одиннадцать наборов данных, измеряющих возраст при первом NSSI в сообществе и клинических выборках, собранных исследователями в нидерландоязычной части Бельгии, были объединены вместе. Окончательный набор данных состоял из 1973 мужчин из сообщества, 1901 женщины из сообщества и 505 женщин пациентов стационара. Двадцать один процент (21%) подростков из выборки сообщества перенесли хотя бы один эпизод NSSI к возрасту 25 лет. Независимо от типа выборки вероятность начала заболевания достигала пика в возрасте 14-15 лет. Второй пик наблюдался в возрасте 20 и 24 лет в выборке из сообщества и психиатрической больницы соответственно.

В крупном исследовании под руководством Jing Wang et al [210] сравниваются различия в показателях умышленной аутоагрессии в США в 2018 году среди сельских и городских жителей. Данные получены из выборки и переписи общенационального отделения неотложной помощи на масштабе 488000 посещений отделений неотложной помощи по поводу членовредительства в США. Согласно результатам 80,5% пациентов были городскими жителями, а 18,3% – сельскими жителями. В обоих случаях отравление было наиболее распространенным механизмом аутоагрессии, но вторыми по распространенности были порезы. Тяжкие случаи аутоагрессии такие как удушение и огнестрельное ранение составляют <2% от общего числа случаев аутоагрессии. Показатели

аутоагрессии среди сельских жителей были выше в 1,5 раза, чем среди городских, как для мужчин, так и для женщин, для всех возрастных групп, кроме лиц в возрасте ≥ 65 лет.

Помимо масштабных метаанализов оценить распространенность проблем аутоагрессии и НССП позволяют отдельные публикации исследователей из различных регионов мира.

Исследование, проведенное Poudel et al среди подростков Непала, подтвердило взаимосвязь между НССП и суицидальной активностью и предоставило данные по распространенности НССП у непальских подростков в репрезентативной выборке населения в целом [211]. Исследование проводилось среди 730 подростков, обучающихся в 9-12 классах государственных и частных школ города Покхара, административного центра района Каски, Непал. Почти половина выборки: 327 человек (44,8%) сообщили о НССП в анамнезе в течение последнего года. Кроме того, 25,8% ($n=188$) от общей выборки участвовали только в незначительном NSSI и 3,42% ($n=25$) участвовали по крайней мере в одном акте умеренного/тяжелого NSSI. Стоит отметить, что подростки характеризовались разнообразием способов самоповреждения. В среднем число типов NSSI составило $2,63 \pm 1,71$. Наиболее распространенным типом используемого метода NSSI были экскориаии ран (27,3%), укусы себя (20,3%), выдергивание волос (11,8%), порезы кожных покровов (11,1%) что идет несколько в разрез с западными публикациями и сообщениями исследователей из РФ, где отмечается, что самыми популярными способами самоповреждений остаются порезы.

Команда авторов из Англии под руководством Sally McManus [55] сообщает об увеличении количества людей, обращающихся в отделения неотложной помощи больниц после членовредительства. В тоже время авторы отмечают, что неизвестно, увеличилась ли скрытая распространенность несуицидального членовредительства (NSSI) или суицидального поведения, или того и другого. Исследователи проанализировали данные взрослого населения в 2000 г. ($n=7243$), 2007 г. ($n=6444$) и 2014 г. ($n=6477$), выбрав лиц в возрасте 16-74 лет, проживающих

в Англии. Представленные данные указывают что, распространенность NSSI увеличилась в Англии, но обращения за помощью к специалистам остаются низкими. Распространенность NSSI в течение жизни, с которой пациенты обратились за помощью, увеличилась с 2,4% в 2000 г. до 6,4% в 2014 г.

Исследование проведенное в Сингапуре Shahwan et al [212] ставило перед собой основную цель в выявлении распространенности преднамеренного членовредительства (DSH) в выборке молодых амбулаторных пациентов, посещающих государственную психиатрическую больницу в Сингапуре. Исследование ограничилось выборкой в общей сложности 400 амбулаторных пациентов Института психического здоровья. Общая распространенность DSH в клинической популяции составила 58,8%. Порезы/резьба (25,4%) и удары (20,4%) были наиболее распространенными формами DSH за последние 12 месяцев. Самоповреждения наносились в первую очередь для регуляции эмоций.

Данные по обращениям в больницу в Западном Сиднее, Австралия, опубликовали Piumee Bandara et al [213]. В исследовании анализировались случаи членовредительства, поступившие в отделение неотложной помощи (с октября 2017 г. по август 2020 г.). Среднегодовой стандартизированный по возрасту уровень самоповреждений составил 110,4 на 100000 (120,8 на 100000 для женщин; 100,1 на 100000 для мужчин). Самые высокие показатели по возрасту и полу были у женщин в возрасте 15-19 лет (375 на 100000) и мужчин в возрасте 20-24 лет (175 на 100000). Помимо эпидемиологических данных, авторы делают вывод о пользе кодирования информации о самоповреждениях в медицинской документации, с целью выявления скрытой патологии и упрощения агрегирования данных.

По данным представленным Yuhui Wan с соавторами [69] в период с 2013 по 2014 год в трех провинциях Китая было проведено школьное обследование здоровья. В общей сложности 14820 учащихся в возрасте 10-20 лет заполнили стандартные анкеты, для выявления NSSI, суицидальных мыслей и попыток самоубийства. Согласно результатам исследования 12-месячная

распространенность NSSI, суицидальные мысли и суицидальные попытки составили – 26,1%, 17,5% и 4,4% соответственно.

Еще более масштабное исследование опубликовано Jie Tang et al [214] где представлены результаты общенационального исследования в Китае. Всего было опрошено 15623 подростка из сельской местности Китая с использованием многоэтапного метода выборки. NSSI определялся предложенными критериями DSM-5, в соответствии с которыми расстройство определялось при членовредительстве более 5 раз в год. Предложенным критериям DSM-5 соответствовали 12,2% подростков ($n = 1908$). В то же время приблизительно 29% сообщили об истории NSSI по крайней мере один раз в течение последнего года. Среди подростков, имевших опыт NSSI, в тройку основных видов аутоагрессии, входили удары по себе, щипание и выдергивание волос, с уровнем распространенности 16,7%, 14,1% и 11,2% соответственно.

Результаты обследования подростков городского населения Китая, представленные Kaili Liang et al [215], также сообщают в схожем уровне распространенности НССП. Исследование, включающее 8611 детей и подростков раннего возраста (4409 (51,2%) детей, 4202 (48,8%) подростков раннего возраста), было основано на исходных данных Chengdu Positive Child Development (CPCD) в Китае. Авторы заявляют, что распространенность NSSI в течение жизни у детей и подростков раннего возраста составляет по их данным 29,26%.

Имеется дефицит данных по африканскому континенту. Одним из недавних исследований является публикация Yedong et al [216] где проводится опрос среди подростков, посещающих школу или университет, в августе 2019 года в Бамако, столице Мали. Анкеты заполнили 606 респондентов; их средний возраст составлял 16,1 года. 44,4% сообщили о причинении себе вреда в какой-то момент своей жизни, при этом 21% сообщают о суицидальных мыслях и 9,7% о реальных попытках самоубийства.

Данные о распространенности несуицидальных самоповреждений у студентов колледжей представил Glenn Kiekens [217, 218]. Годовая заболеваемость

первым проявлением NSSI составила 10,3% в 1-й год и 6,0% в 2-й год. При этом в общей сложности 8,6% сообщили об эпизодическом NSSI (1-4 раза в год) и 7,0% сообщили о повторяющемся NSSI (≥ 5 раз в год) в течение первых двух лет обучения в колледже.

В работе Lili O. Horváth [219] делается акцент на изучении подростков, обучающихся в профессионально-технических училищах, так как считается что данная образовательная среда, обычно ассоциируемая с более низким социально-экономическим статусом. Произвольно выбранная выборка исследования «SEYLE» в венгерских средних школах (N=995) была дополнена случайно выбранной выборкой профессиональных школ (N=140) в Будапеште, Венгрия. Включались подростки в возрасте от 14 до 17 лет. Распространенность самоповреждений в течение жизни была значительно выше (29,4%) в группе профессионального училища по сравнению с группой старшей школы (17,2%), что актуально для разработки программ профилактики среди данного контингента населения.

1.3.1 Влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на распространенность несуицидального самоповреждающего поведения

Существенный рост распространенности НССП произошел в период пандемии COVID-19, на что указывают данные публикации ведущего мирового исследователя Maria Zetterqvist с соавторами [220]. Результаты актуального исследования в Швеции показали очень схожую распространенность NSSI в 2011 и 2014 годах (17,2% против 17,7%) и выявили существенное увеличение до 27,6% во время пандемии 2020-2021 гг.

Ретроспективное когортное исследование пациентов из 23 отделений неотложной помощи больниц в десяти странах в период пандемии было представлено Ougrin et al [221]. Авторы изучили данные о 2073 неотложных госпитализациях 1795 детей и подростков в возрасте до 18 лет. Доля детей и

подростков, причинивших себе вред, увеличилась с 50% в 2019 г. до 57% в 2020 г., но не было никакой разницы в доле участников с серьезным членовредительством. В выборке подростков с членовредительством доля детей и подростков с эмоциональными расстройствами увеличилась с 58 до 66%.

Поступают актуальные данные из Азиатско-Тихоокеанского региона о распространенности членовредительства среди подростков по материалам Tang et al [51]. Данное исследование проведено во время вспышки COVID-19 среди учащихся младших классов средней школы на Тайване. В исследование было включено 1060 участников (Средний возраст 14,66 года). Было обнаружено, что распространенность NSSI составила 40,9% (95% доверительный интервал, 37,9%-43,9%). Основные результаты этого исследования показали, что NSSI и до пандемии был чрезвычайно распространен среди подростков, в то же время распространенность значительно выросла во время вспышки COVID-19.

Материалы исследования Jiayu Xiao с соавторами [222] содержат результаты об обследовании китайских студентов в период с 10 по 20 апреля и с 20 по 30 мая 2020, в разгар вспышки COVID 19. Было обследовано в общей сложности 1955 студентов (средний возраст 19,64 года, 51,4% мужчин) Частота обнаружения NSSI составила 24,90% (n=486).

Схожие данные по увеличению числа самоповреждений за период пандемии COVID-19 получены Sara Grant et al в Австралии [223]. Исследователи изучили сообщения о членовредительстве и суицидальных мыслях у лиц от 10 до 24 лет в отделениях неотложной помощи Нового Южного Уэльса, чтобы сравнить годовой рост до COVID (с 2015 г. по февраль 2020 г.) и после COVID (с марта 2020 г. по июнь 2021 г.). До появления COVID-19 доля обращений по поводу самоповреждения была в пределах 8,4% в год. Отмечена тенденция к росту после COVID до 19,2% в год, в первую очередь из-за увеличения количества обращений женщин в возрасте 13-17 лет (47,1% в год после COVID, с 290 на 10000 в 2019 г. до 466 на 10000 в 2021 г.). В то время как распространенность у мужчин в возрасте 10-

24 лет не сильно увеличились после COVID (105,4 на 10000 в 2019г., 109,8 на 10000 в 2021г).

Подобный рост обращений по поводу самоповреждающего поведения отмечает Michela Gatta в Италии, анализируя показатели работы педиатрического отделения психоневрологической больницы за год работы в условиях пандемии COVID-19 с февраля 2019 года по март 2021 года [224]. Автор также сообщает о росте суицидального и самоповреждающего поведения среди подростков по сравнению с предыдущим годом.

Коллектив авторов Park, S. J. et al, национального центра психического здоровья, академии медицинских наук Республики Корея [225] представил данные об уровне распространенности самоповреждающего поведения в краткосрочный период пандемии COVID-19 в Корею. Всего в когортное исследование было включено 328373 человека. Из них 212678 были протестированы на COVID-19, и 7713 из них оказались положительными. Представленные результаты показывают, что люди, прошедшие тестирование на COVID-19, подвергаются высокому риску самоповреждений во время пика пандемии COVID-19. Поэтому для этих групп высокого риска необходимы скрининг на риск самоубийства и психологические вмешательства.

1.3.2 Гендерные и возрастные особенности несуйцидального самоповреждающего поведения

Эпидемиологические исследования распространенности несуйцидального самоповреждения (NSSI) показывают противоречивые результаты с точки зрения гендерных различий: некоторые исследования показывают более высокую распространенность среди женщин по сравнению с мужчинами, а другие исследования не показывают никакой разницы.

В ранних исследованиях предполагалось, что НССП проявляется преимущественно у представительниц женского пола – превалирующая на тот момент точка зрения. [226-228].

Более поздние исследования показали, что показатели по мужскому и женскому полу могут отличаться в значительно меньшей степени, чем ранее предполагалось, так как ряд работ совсем не показывает значимых различий по полу в оценках показателей по проявлениям НССП в течении жизни [56-59]. В последующих исследованиях, изучающих НССП не было выявлено значимых различий по половому признаку в истории проявлений поведения в течении жизни; однако, когда речь заходит о том, как часто поведение проявляется, у представительниц женского пола наблюдается большая частота проявлений НССП [229].

В соответствии с данными, показывающими, что НССП может различаться по частоте проявлений у различных полов, показатели также говорят о различиях в использовании различных методов самоповреждения.

Хотя несуицидальное самоповреждение (NSSI) распространено как среди мужчин, так и среди женщин, исследования, изучающие взаимосвязь NSSI и пола, до недавнего времени были ограничены использованием небольших выборок мужчин, взятых в основном из неклинических групп населения. В связи с необходимостью устранить эти ограничения, был проведен метаанализ, К. Bresin и М. Schoenleber (2015) [230], который показал, что женщины несколько чаще, чем мужчины, участвуют в NSSI. Анализ показал, что гендерная разница была больше для клинических выборок по сравнению с выборками колледжей/сообществ, где различия сглаживаются. Различия касаются также типа выбранного способа: самопорезы являются наиболее распространенным среди женщин, которые более склонны, чем мужчины, к методам NSSI, которые обычно связаны с кровью [60], в то время как удары и ожоги более распространены среди мужчин [61,62].

Метаанализ проведенный Donna Gillies [49] в последующем подтвердил, что девочки чаще наносят себе самоповреждения. Средний возраст начала

членовредительства составлял 13 лет, при этом 47% сообщили только об 1 или 2 эпизодах, причем порезы были наиболее распространенным типом (45%).

Метаанализ 39 исследований проведенный Valencia-Agudo et al [231] также указывает на женский пол как на достоверный проспективный фактор риска развития NSSI.

По данным Sally McManus [55] имеется тенденция к увеличению количества людей, обращающихся в отделения неотложной помощи больниц после членовредительства. Тенденция к увеличению отмечена у представителей обоих полов и в разных возрастных группах, но особенно среди женщин и девушек в возрасте 16-24 лет, у которых распространенность увеличилась с 6,5% в 2000 г. до 19,7% в 2014 г.

По результатам исследования Ellen Townsend [232] в большой выборке детей и подростков, которые нанесли себе вред, были представлены данные за период с 2000 по 2013 год (до 2014 года) из многоцентрового исследования членовредительства в Англии по лицам в возрасте от 11 до 18 лет, которые обратились в одну из пяти исследовательских больниц после членовредительства: из 5648 пациентов (12261 эпизод членовредительства) 75,5% составляли женщины подросткового возраста (средний возраст 16,1 года).

Chris Nicholson, ссылаясь на данные врачей общей практики Великобритании, указывает, что за период с 2014 по 2017 годы частота самоповреждений у девочек 13-16 лет возросла на 68%. Среди девочек в три раза чаще встречались самоповреждения, чем среди мальчиков. [233].

Напротив в публикации Sarah E.Victor и Jennifer J.Muehlenkamp [234] проанализировали данные большой выборки пациентов, включенных в программу частичной госпитализации NSSI (аналог дневного стационара), чтобы сравнить мужчин и женщин по нескольким переменным, включая характеристики NSSI, корреляты и характеристики до и после лечения. Результаты показали схожие характеристики NSSI и результаты лечения для мужчин и женщин, но результаты

подчеркивают необходимость скрининга мужчин на NSSI, так как данная категория имеет большее значение скрытой патологии.

Данные о гендерных и возрастных особенностях НССП представляет Wilkinson et al., [235] на основании исследования с помощью анкетирования в общинном исследовании 2368 молодых людей в возрасте 14-25 лет; пропорции для каждого возраста и каждого пола были примерно равными. NSSI чаще встречался у женщин в возрасте 16-19 лет, но не было значительных гендерных различий в младшем/старшем возрасте.

Согласно материалам исследования Польской Н.А. на выборке российских подростков у девушек самоповреждения распространены чаще, но у юношей они более тяжелые [52].

В то же время у непальских подростков по сообщению Poudel et al [211] отмечены гендерные особенности самоповреждений, отличающиеся от западных публикаций. Указывается что юноши (52,6%) чаще занимались НССП, чем девочки (47,4%) ($\chi^2=10,298$, $p=0,002$). Практически равные доли среди юношей и девушек в данном исследовании отличаются от результатов западных исследователей. В качестве сравнения можно привести публикацию исследователей из Канады, Baiden, Stewart и Fallon представили результаты [236] где авторы указывают на большую склонность к несуицидальным самоповреждениям у девочек-подростков, с симптомами депрессии, диагнозом СДВГ и расстройствами настроения.

В уже упомянутом исследовании Tang et al [51] имеются данные по гендерному составу подростков вовлеченных в NSSI. Результаты показали, что группа самоагрессоров состояла в основном из женщин.

Дополнительные данные предоставляет публикация Maryam Izadi-Mazidi из Ирана [237]. Автор сообщает, что по данным исследования 646 старшеклассников со средним возрастом $16,55 \pm 0,7$ года не было никаких существенных различий между мужчинами и женщинами по тяжести NSSI, частоте NSSI, размышлениям о NSSI до вступления в акт и возрасту начала.

Последующие исследования должны будут выявить как варьируются различные особенности НССП (такие как метод самоповреждения, выбор места и степень повреждения) и частота его проявлений в зависимости от пола.

1.4 Психологические факторы, ассоциированные с несуицидальным самоповреждающим поведением

Одним из существенных факторов, предрасполагающих к НССП, многие авторы называют руминацию (Rumination). Повторяющиеся мысли (руминации) о негативных событиях и переживаниях все чаще рассматриваются как трансдиагностический процесс, лежащий в основе различных форм психической патологии [63]. Согласно [64] руминация и связанная с эмоциями импульсивность достоверно связаны с суицидальными мыслями, суицидальными попытками и несуицидальными самоповреждениями (NSSI).

Кроме того в современных исследованиях обращается внимание на самосострадание (Self-compassion) [238] (Самосострадание – это проявление сострадания к самому себе в случаях воспринимаемой неадекватности, неудач или общих страданий). Кристин Нефф определила, что сострадание к себе состоит из трех основных элементов – доброты к себе, человечности и внимательности.

В работе [239] исследовали, смягчают ли размышления и сострадание к себе, или усугубляют проявления как несуицидального самоповреждения (NSSI), так и суицидальных мыслей. Как руминация, так и сострадание к себе были взаимосвязаны с аффективными проявлениями и прижизненным анамнезом NSSI и суицидальными мыслями.

К подобным заключениям приходят [240] кроме того делается вывод что NSSI может играть значительную роль в усилении дистресса и руминации.

Немаловажным остается фактор алекситимии [65]. Роль трудностей в идентификации и описании чувств при несуицидальном самоповреждающем поведении (NSSI) также описывают [66].

В публикации [241] на выборке девочек подростков показывается что членовредительство можно рассматривать как компульсивное, а не импульсивное расстройство, что представляет собой новый взгляд на поведение. Авторами выявлено несколько основных факторов: регулирование эмоций; компульсивное влечение; межличностные триггеры. Делается вывод о важности межличностных отношений как фактора снижения риска НССП и суицидального риска.

Указывается на взаимосвязь проявлений тревоги, враждебностью, депрессией, импульсивностью, застенчивостью и ранимостью с проявлениями НССП [67]. Подростки страдающие депрессией также чаще совершают НССП и смеют схожие психологические особенности [68]. В группе подростков с депрессивным расстройством сочетающимся с НССП, значительно чаще проявлялись суицидальные мысли, эмоциональная дисрегуляция, сильнее были выражены симптомы депрессии и симптомы тревоги. NSSI, по-видимому, характеризует более тяжелые фенотипы подростковой депрессии, претендуя на потенциальную роль «спецификатора» депрессивного расстройства.

Важными психологическими особенностями так же являются модели избегания и принятия риска, особенно актуальные в подростковом возрасте. Согласно новым данным членовредительство в подростковом возрасте связано с большим уклонением от поведенческого риска, а не с принятием риска [242].

По мнению многих авторов для подростков актуальными психологическими факторами НССП является невротизм, депрессии [243], импульсивность, алекситимия, виртуальная социальная поддержка, неудовлетворенность школьной успеваемостью, а также снижение субъективного благополучия, снижение самооценки, снижение фактической и ощущаемой социальной поддержки [69] и семейная дисфункция.

Социальная поддержка (social support) остается важным антисуицидальным фактором, но также оказывает влияние как защитный фактор против разнообразных форм аутоагрессии [70].

Стыд и вина могут, в частности, быть важными эмоциями при членовредительстве. Согласно метаанализу [244] подтверждается связь между стыдом и членовредительством, особенно NSSI. Особенности выявленной взаимосвязи еще предстоит установить, однако клинически следует учитывать роль стыда среди людей с NSSI.

Актуальным является вопрос стигматизации пациентов с NSSI, что может усиливать клинические проявления, дистресс и усугублять состояние [245].

Согласно масштабному метасинтезу из 20 исследований подростков [246], основными психологическими факторами самоповреждающего поведения названы четыре «метатемы» которые были связаны с субъективным опытом участников в отношении членовредительства: получить освобождение, контролировать тяжелые чувства, представить неприемлемые чувства и установить связь с окружающими. Метатемы поддерживают самоповреждение как функцию регуляции аффекта, но также членовредительство может содержать важное эмоциональное и связанное с отношениями содержание, намерение или желание установить связь и общаться с другими. Результаты данного исследования подчеркивают важность связи членовредительства с психологическими потребностями и проблемами развития в подростковом возрасте, такими как разлука, автономия и формирование личности. Членовредительство в подростковом возрасте может быть результатом конфликта между потребностью выражать аффективные переживания и потребностью в заботе в отношениях.

Метасинтез проведенный [247] представил результаты поиска и обработки всех статей в электронных базах данных с даты создания до ноября 2020 года. Всего в окончательный обзор было включено 30 статей. Были обнаружены две всеобъемлющие темы. В рамках «Мощной динамики отношений» NSSI был назван ответом на то, что участники застревают в неприязненных или лишаящих силы отношениях с другими. В рамках подтемы «Взять дело в свои руки» NSSI был описан как способ удовлетворения межличностных и эмоциональных потребностей участников.

Данные крупные исследования подтверждаются метаанализом, который в том числе описывает распределение функций несуицидального самоповреждения. Чаще всего, лица, занимающиеся NSSI, сообщают о внутриличностных функциях (66-81%), и особенно о тех, которые касаются регуляции эмоций (63-78%). Межличностные функции (например, выражение дистресса) встречаются реже (33-56%) [248].

1.5 Социальные и семейные детерминанты несуицидального самоповреждающего поведения

В проспективном исследовании, длившемся 2,5 года [71] показано, что дисфункциональные отношения являются значимыми факторами риска NSSI. В этой же связи неоднократно было показано, что буллинг является фактором риска для развития NSSI. Выявлено [74], что издевательства со стороны сверстников в детстве и раннем подростковом возрасте представляют больший риск самоповреждения во взрослом возрасте, чем жестокое обращение со стороны родителей в двух больших продольных выборках (Продольное исследование родителей и детей в Великобритании (ALSPAC) и исследование Great Smoky Mountains в США (GSMS)).

Издевательства и эмоциональное насилие в значительной степени связаны с поведением, причиняющим вред самому себе и влияют на агрессивное поведение и суицидальные мысли подростков [249].

Систематический обзор и метаанализ [72] так же подтверждает, что жестокое обращение в детстве и его подвиды связаны с несуицидальным самоповреждением. Скрининг истории жестокого обращения в детстве при оценке риска несуицидального самоповреждения может иметь особое значение в условиях сообщества, и повышенное внимание к эмоциональному насилию в детстве необходимо.

Социальное общение со сверстниками, близкие и дружеские отношениях подростков могут влиять как положительно, так и отрицательно на развитие и течение NSSI. Эмоционально нестабильные подростки чаще попадают под влияние друзей. Частота NSSI у друзей является важным и уникальным предиктором увеличения собственной частоты NSSI подростков с течением времени.

Результаты [250] показывают, что связь между проблемами со сверстниками (например, стрессом в дружбе, одиночеством) и NSSI может быть в значительной степени объяснена общими основополагающими факторами; тем не менее, некоторые данные также свидетельствуют о том, что участие в NSSI может увеличить риск возникновения у подростков трудностей в отношениях со сверстниками, отчасти из-за усиления симптомов депрессии.

Однако нельзя отрицать важность социальных отношений с родителями и сверстниками как фактора при оценке НССП. Согласно [251] НССП связано с проблемами в отношениях с членами семьи и сверстниками. Жесткие родительские наказания, слабый родительский контроль и низкая привязанность к родителю предсказывали повышенную вероятность последующего развития NSSI в подростковом возрасте. Молодежь, которая сообщала о более частой виктимизации сверстников, более низкой социальной самооценке и самокомпетентности, а также о негативном восприятии сверстников, также подвергалась повышенному риску возникновения NSSI.

Риск проявления аутоагрессии повышается из-за пережитого опыта неблагоприятных событий в детстве, таких как пренебрежение родителей, жестокое обращение или существенные ограничения в детском возрасте.

Это согласуется с данными метаанализа, который демонстрирует, что опыт переживания сексуального надругательства незначительно связан с развитием несуицидального аутоагрессивного поведения [252]. В другом исследовании только косвенное жестокое обращение в детстве (т.е. домашнее насилие) было в значительной степени связано с несуицидальным аутоагрессивным поведением, а прямые формы жестокого обращения (физическое или сексуальное насилие) не

были. Эмоциональное насилие в этом исследовании не рассматривалось). Кроме того, неоднократно была показана сильная связь с повышенной родительской критикой или родительской апатией [73]

По данным [253] у подростков имевших в семье опыт суицидального поведения одного из родителей повышены риски всех типов аутоагрессивного поведения. Наблюдалась конкордантная картина более высоких показателей того же типа суицидального поведения, что и у одного из родителей, в том числе по типу суицидального метода.

Согласно [254] социальные факторы играют роль в возникновении и поддержании NSSI у подростков. Низкая воспринимаемая социальная поддержка (PSS) достоверно связана с вовлеченностью в NSSI. Также отмечается взаимосвязь пограничных черт личности и NSSI в многофакторном анализе. Пограничные черты личности характерны и взаимосвязаны с низкой воспринимаемой социальной поддержкой и NSSI.

Ряд исследований показал, что негетеросексуальная ориентация тесно связана с риском участия в NSSI. Данное утверждение расширяется за счет исследований разнообразных групп меньшинств. Данные показывают что принадлежность к меньшинствам повышает риски всех вариантов аутоагрессивного поведения [75].

Систематический обзор и метаанализ [76] представляет распространенность и корреляты несуицидального самоповреждения среди лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров. Согласно результатам, показатели распространенности NSSI были довольно высокими среди представителей сексуальных (29,68% в течение жизни) и гендерных (46,65% в течение жизни) меньшинств по сравнению с гетеросексуальными и/или цисгендерными сверстниками (14,57% в течение жизни), среди трансгендеров (46,65% в течение жизни) и бисексуалов (41,47% в течение жизни). Молодежь из числа сексуальных меньшинств оказалась особенно уязвимой группой населения.

В настоящее время количество исследований в данной области возрастает по всему миру [76,255,256].

Что касается распространения NSSI по всему миру, то использование интернета и особенно социальных сетей вызывает все больший интерес у исследователей для понимания распространения контента NSSI.

Стоит повторить, что по сообщениям, опыт «свидетеля» в наблюдении за самоповреждения другого человека может являться триггером для обращения к такому поведению [77], первоначальное участие в NSSI может сильно повлиять социальное заражение (т. е. друзья или знакомые, участвующие в NSSI, или подвергающиеся воздействию NSSI в средствах массовой информации, особенно в интернете), в то время как продолжение NSSI, скорее всего, связано с внутриличностными функциями. [257].

Социальные сети являются важным средством для социального взаимодействия, особенно среди подростков, причем «Instagram» является самой популярной платформой в этой возрастной группе в мире (на данный момент запрещена деятельность американской транснациональной холдинговой компании Meta Platforms Inc. по реализации продуктов – социальных сетей Facebook и Instagram на территории РФ по основаниям осуществления экстремистской деятельности.). Фотографии и сообщения о членовредительстве часто можно увидеть в публикациях подростков в социальной сети [78]. Чаще всего на фотографиях изображались раны, полученные в результате порезов на руках или ногах, и они оценивались как травмы легкой или средней степени тяжести. Изображения с увеличивающейся степенью ранения и изображения нескольких методов NSSI вызвали повышенное количество комментариев. В то время как большинство комментариев были нейтральными или сочувствующими, некоторые предлагали помощь, лишь немногие комментарии были враждебными. Снимки в основном публиковались в вечерние часы, с небольшим пиком ранним утром. Несмотря на то, что по воскресеньям был небольшой пик публикации фотографий, публикации были довольно равномерно распределены по неделе.

Опираясь на, имеющиеся данные исследователи выдвинули гипотезу о том, что просмотр этого контента может быть риском членовредительства и самоубийства для уязвимых групп населения. Коллектив авторов [77] проверил эту гипотезу с помощью двухэтапного панельного опроса молодых людей в США.). Анализ показал, что просмотр публикаций с членовредительством в Instagram был связан с суицидальными мыслями, членовредительством и эмоциональными расстройствами, даже с учетом воздействия других источников информации с аналогичным содержанием. Как и предполагалось, воздействие самоповреждений в Instagram во время первой волны исследования проспективно предсказывало результаты, связанные с членовредительством и суицидом, во второй волне через 1 месяц. Эти результаты свидетельствуют о том, что такое воздействие может привести к заражению уязвимых пользователей и подтверждаются публикациями других исследователей [258,259].

В анализе базы данных «Yahoo!» было показано, что большинство вопросов, связанных с самоповреждениями (30,6%), были опубликованы с намерением получить помощь, что гипотетически объясняет причины размещения такого контента. Эта гипотеза подтверждается недавним исследованием, в котором утверждается, что треть молодых людей (от 14 до 25 лет) с эпизодами аутоагрессивного поведения сообщили об обращении за помощью в Интернете [257,260].

Вызывает беспокойство романтизация аутоагрессии, суицидов и других психических расстройств в литературе и искусстве, что может негативно влиять на развитие и состояние молодых людей [261].

Возможности и проблемы регулирования Интернета для предотвращения членовредительства и самоубийств в своей работе освещают [262], в контексте обсуждения нового закона о регулировании информационного пространства сети интернет. Вопросы регулирования становятся все более актуальными, в том числе на фоне сообщений о широко распространенных в сети интернет онлайн-сообществах, пропагандирующие суицид [263], а также отдельных сообщениях о

целенаправленных зловердных действиях неустановленных лиц в сети интернет, направленных на подстрекание к агрессии к окружающим либо аутоагрессии [264].

Таким образом, онлайн-активность относительно несуйцидального аутоагрессивного поведения можно с оговорками рассматривать как полезную (например, снижение социальной изоляции, получение поддержки для выздоровления, уменьшение побуждений к самоповреждению) но нельзя отрицать факторы способствующие распространению НССП (например, запуск побуждений к самоповреждению, социальное усиление) [258,265,266].

1.6 Нейробиологические факторы несуйцидального самоповреждающего поведения

Исследования нейробиологических факторов, касающихся развития и продолжения аутоагрессивного поведения, преимущественно проводились у взрослых с пограничным расстройством личности [267]. Представленные исследования ограничены малыми объемами выборки. И были сосредоточены на исследованиях болевой чувствительности. Однако некоторые исследования были сосредоточены на нейробиологических изменениях у подростков с эпизодами аутоагрессивного поведения.

Поскольку нанесение самоповреждений часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями, а гипоталамо-гипофизарная адренкортикальная система принимает участие в преодолении стрессовых ситуаций, были проведены исследования взаимосвязи между проявлениями несуйцидального аутоагрессивного поведения и показателями гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы. В каждом из исследований было выявлено нарушение в функционировании регулирования гипоталамо-гипофизарной адренкортикальной системы [79-81].

В исследовании [268] было показано снижение уровня кортизола у подростков с несуйцидальным аутоагрессивным поведением в ответ на

социальный стресс-тест Трира, что может указывать на гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы у подростков с несуицидальным аутоагрессивным поведением в стрессовых ситуациях. Ограничением данного исследования также можно назвать малый набор выборки в 14 пациентов и 14 пациентов контрольной группы.

В другом исследовании, посвященном социально-стрессовым ситуациям, изучались отличия в нейронной обработке ситуации социальной изоляции с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ). В этом исследовании Groschwitz и соавт. обнаружили отличия в обработке социальной изоляции у подростков с депрессией с несуицидальным аутоагрессивным поведением по сравнению с подростками с простой депрессией и здоровой контрольной группой [83]. Эти отличия в основном преобладали в медиальной префронтальной коре и вентролатеральной префронтальной коре, что может указывать на то, что подростки с несуицидальным аутоагрессивным поведением более склонны к социальному отчуждению. Участниками были 28 подростков с депрессией (14 с сопутствующей NSSI, 79% девочки) и 15 здоровых людей из контрольной группы, средний возраст которых составлял 15,2 года. Исследование продемонстрировало, что подростки с NSSI значительно отличаются от подростков с депрессией. А также подростки с NSSI значительно отличаются от здоровых контролей.

Особенности возбуждения некоторых зон коры головного мозга продемонстрированы [82] с помощью фМРТ. В этом пилотном исследовании оценивались различия в обработке эмоций между 18 девочками-подростками с NSSI и без него с использованием вербальных ответов и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ). Реакции на изображения из Международной системы аффективных изображений и слайды с привязкой к NSSI регистрировали как, по вербальной оценке, валентности и возбуждения, так и по фМРТ. Группа NSSI оценила изображения с самоповреждением как значительно более возбуждающие, чем контрольная группа. Для эмоциональных изображений

группа NSSI показала значительно более сильную реакцию мозга в миндалевидном теле, гиппокампе и передних отделах мозга. поясная кора с двух сторон . Депрессия объяснила различия между группами в лимбической области. Кроме того, группа NSSI также показала повышенную активность в средней орбитофронтальной коре, а также в нижней и средней лобной коре при просмотре графического материала NSSI. Участники с NSSI показали снижение активности в зависимости от возбуждения в затылочной коре и валентности в нижней лобной коре при просмотре эмоциональных картинок. Данные фМРТ подтверждают мнение о том, что люди с NSSI демонстрируют измененный нейронный паттерн для эмоциональных изображений и изображений NSSI. Поведенческие данные указывают на склонность к волнению по поводу тем NSSI. Это исследование фМРТ предоставляет доказательства дефицита регуляции эмоций в развивающемся мозге подростков с NSSI, то также было рассмотрено в немногих исследованиях по поиску генетических факторов развития аутоагрессивного поведения [269].

Что касается восприятия и обработки физической боли, данные, полученные на подростковых выборках, показывают довольно противоречивые результаты. Одно исследование подростков с пограничным расстройством личности показало повышенный болевой порог [85]. Были обнаружены различия во время ощущения боли (сильнее чувство облегчения), а также по данным нейровизуализации (в областях, связанных с вознаграждением) [86]. Основными функциями несуицидального аутоагрессивного поведения считаются интраперсональные функции (66-81%), особенно касающиеся регуляции эмоций и межличностные функции (например, выражение дистресса), которые были менее частыми (33-56%) [270].

В своем исследовании [271] рассматривают биологические факторы роли воспаления (иммунологическая реакция) в суицидальном поведении у подростков подвергшихся жестокому обращению. Было обнаружено, что системное воспаление положительно связано с суицидальными мыслями, что подтверждает уникальную роль системного воспаления в патогенезе суицидальных мыслей, хотя гипотеза о

взаимосвязи с жестоким обращением в детстве не подтвердилась. Это исследование дает новое представление о потенциальной иммунобиологической модели развития суицидальных мыслей у молодых людей.

Объектом исследования [272] выступила группа подростков с биполярным расстройством (БР). Данные фМРТ в состоянии покоя были проанализированы для 141 подростка в возрасте 13-20 лет, в том числе 38 с БР и членовредительством в течение жизни. Это исследование предоставляет предварительные доказательства изменения функциональных связей покоя (rsFC), связанного с вознаграждением, в отношении членовредительства у подростков с БР. Необходимы дополнительные для оценки изменений в rsFC в ответ на лечение и связанных с этим изменений в самоповреждении.

Коллективом авторов [84] предпринята попытка обобщить и систематизировать имеющиеся публикации, в результате чего представлен обзор. Публикация фокусируется на исследованиях магнитно-резонансной томографии, сообщающих о структурных и функциональных нейронных коррелятах STB и NSSI у подростков. Было проанализировано 47 статей (STB=27; NSSI=20), причем 63% статей STB и 45% статей NSSI были опубликованы за предыдущие 3 года. Исследование структурной магнитно-резонансной томографии демонстрирует уменьшение объема вентральной префронтальной и орбитофронтальной коры у молодых людей, сообщающих о STB. Имеется уменьшенный объем передней поясной коры, проявляющийся и при STB и NSSI. Что касается функциональных изменений, притупленная активация полосатого тела может характеризовать молодежь с STB и NSSI, а у лиц, инициирующих и пытающихся совершить суицид, снижено лобно-лимбическое взаимодействие. Результаты функциональной связи показывают, что у лиц, наносящих себе повреждения, наблюдаются лобно-лимбические изменения. Вместе суицидальное и несуйцидальное поведение связано с нисходящими и восходящими нейронными изменениями, которые могут поставить под угрозу системы подхода, избегания и регуляции.

На данный момент можно сделать вывод, что не существует определенного нейронного маркера суицидальных мыслей и поведения (STB) или несуицидального самоповреждения (NSSI), имеются лишь единичные исследования с помощью МРТ и фМРТ, данные которых противоречивы. По сравнению со взрослыми исследования у молодежи еще более ограничены. В будущем необходимы новые лонгитюдные исследования нейробиологических особенностей, с более крупными и хорошо охарактеризованными выборками, особенно те, которые включают оценку амбулаторных больных.

1.7 Теоретические модели несуицидального самоповреждающего поведения

В настоящее время предложено несколько моделей для описания самоповреждений в рамках НССП. Одна из представленных моделей названа «модель эмоционального каскада» [87]. Модель эмоционального каскада постулирует, что несуицидальное самоповреждение (NSSI) служит для отвлечения внимания от каскадов интенсивных негативных эмоций и размышлений.

Так же предложена Теория семейного каскада «The NSSI Family Distress Cascade Theory» [88] Автор предлагает перспективное направление исследований НССП. Согласно сложившимся представлениям несуицидальное самоповреждение (NSSI) представляет собой сложное поведение и чаще всего возникает в подростковом возрасте. Этот период развития характеризуется стремлением установить равновесие между личной автономией и связью с основными опекунами. Когда подросток наносит себе травмы, родители (опекуны) часто не понимают, как реагировать. Сообщения о чувстве вины, страха и стыда являются обычным явлением после того, как они узнают о самоповреждении ребенка. Этот каскад негативных чувств и самооценки может привести к чрезмерной бдительности и усилению усилий по контролю за поведением ребенка. Подросток может воспринять это как вторжение, в результате ведущее к дальнейшему ухудшению функционирования семьи и повышенному риску NSSI. Этот каскад

недостаточно хорошо известен и не сформулирован в современной литературе, что открывает перспективы для дальнейших исследований.

Имеются публикации с попытками применения новой когнитивно-эмоциональной модели к НССП. Недавно предложенная когнитивно-эмоциональная модель несуицидального самоповреждения (NSSI) опирается на модели регуляции эмоций и социальную когнитивную теорию. [89]. Авторы проверили предсказание модели о том, что взаимосвязь между эмоциональной реактивностью и NSSI регулируется специфическими представлениями о самоповреждении (т. е. самоэффективностью для сопротивления NSSI, ожиданиями результата NSSI), регуляцией эмоций и размышлениями. Исследователи обнаружили, что эмоциональная реактивность достоверно связана с NSSI, особенно у людей со слабой самоорганизацией чтобы сопротивляться NSSI. Однако, была обнаружена обратная зависимость эмоциональной реактивности с NSSI у людей, которые чаще использовали подавление для регуляции эмоций.

В процессе исследований NSSI, коллектив авторов [90] представил новую модель – модель преимуществ и барьеров NSSI. Эта модель основана на поддерживаемых элементах предыдущих моделей, объединяет информацию из недавних экспериментальных и лонгитюдных исследований NSSI и тесно связана с достижениями в области фундаментальной психологии. Основные принципы этой модели заключаются в том, что (а) NSSI обладает множеством мощных преимуществ, доступных большинству людей, но (б) большинство людей не имеют доступа к этим преимуществам, потому что существует несколько естественных или инстинктивных барьеров, которые побуждают их избегать членовредительства. Предварительная работа, основанная на этой модели, выявила новые факторы риска NSSI и на их основе разрабатывается эффективный подход к лечению NSSI.

1.8 Проблемы клинической диагностики несуицидального самоповреждающего поведения и необходимость стандартизации оценки

DSM-5 предложил свои критерии для диагноза НСПП [188], и вслед за этим в научной литературе заметно оживился интерес к психометрическим инструментам – авторы один за другим пытаются найти способ измерить то, что раньше оценивалось скорее описательно. Число публикаций растет, а вот ясности в теоретико-методологических и диагностических вопросах прибавилось меньше, чем можно было ожидать. Границы диагноза остаются размытыми, единого подхода к клинической оценке нет, и потребность в стандартизации процедур никуда не делась [96]. В подростковой психиатрии это ощущается острее всего: клиническая картина здесь настолько вариабельна, что сама диагностика превращается в отдельную проблему.

Высокая распространенность НСПП и его роль в дальнейшем суицидальном риске подтолкнули разработчиков еще в 1990-е годы к созданию целого набора диагностических методик – от структурированных интервью до опросников самоотчета [273-276]. Замысел понятен: уточнить клиническую картину, определиться с диагностической и терапевтической тактикой, сделать результаты разных исследований сопоставимыми [275, 277, 278]. На практике же инструменты получились очень разными – по структуре, по объему, по диагностической направленности и психометрическим характеристикам.

Системный анализ существующих инструментов представлен в работе Н.А. Бохана и соавт. [279], где на основе метааналитического подхода были проанализированы 18 исследований, посвященных разработке или адаптации 11 шкал оценки НСПП. Показано, что большинство инструментов разработаны в США и Канаде, часть прошла кросс-культурную адаптацию, однако исследования существенно различаются по дизайну, характеристикам выборок и методам статистического анализа [279]. Это приводит к значительной вариабельности результатов и ограничивает их сопоставимость.

Среди наиболее часто используемых инструментов – как структурированные интервью, так и опросники самоотчета. список получился достаточно внушительным: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) [280,281], Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ) [282], Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) [153,283,284], Self-Injury Motivation Scale Adolescent (SIMS-A) [285], Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI) [186], Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale (ABUSI) [286], Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) [287], Risk-taking and Self-harm Inventory for Adolescents (RTSHIA) [143], Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire (R-NSSI-Q) [288], Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A) [289]. Задачи при этом у них разные: одни методики считают частоту и способы самоповреждений. другие пытаются уловить функции и мотивацию, третьи фиксируют сопутствующую психопатологию.

Есть и другая группа методик – они не измеряют НССП напрямую, а оценивают смежные аспекты. Опросник агрессивности Басса-Перри (BPAQ), например, раскладывает агрессию на компоненты: физическую, вербальную, гнев, враждебность [290]. Шкалы тревоги и депрессии (BAI, BDI-II) вместе со шкалой глобальной клинической оценки (CGI) применяются для анализа сопутствующей аффективной симптоматики [99]. Но специфичности им не хватает: структуру, функции и поведенческие особенности самого НССП эти инструменты не улавливают.

Отдельное направление – инструменты для изучения мотивации и функций самоповреждения. Опросник ISAS показал хорошую внутреннюю согласованность и охватывает широкий спектр функций НССП; в России его адаптировали Кибитов с соавторами [98]. Проблема та же, что и у большинства самоотчетных методик, включая DSHI [291] – зависимость от субъективных ответов пациента. Для клинической диагностики этого мало. Однозначно, верифицировать поведение объективно такой опросник не позволяет.

Ограничения находятся даже у самых комплексных инструментов. SITBI информативен, но громоздок – до 169 пунктов, в рутинной практике это неудобно. FASM хорош для анализа мотивационных аспектов, зато факторная структура у него нестабильна. ABUSI измеряет интенсивность побуждения к самоповреждению – и только ее, охватывая лишь один аспект НССП. ISSIQ-A устроен многомернее остальных, но требует культурной адаптации и рассчитан скорее на исследовательские, чем на клинические задачи [279].

В отечественной традиции здесь выделяются работы Н.А. Польской: разработанная ею методика позволяет анализировать причины и функции НССП [292, 293].

Если собрать эти инструменты в одну картину, ограничения повторяются слишком часто, чтобы считать их случайностью. Гетерогенность диагностических подходов, фрагментарность оценки – отдельно функции, частота и мотивация, – разброс психометрических характеристик, слабая валидизация на клинических выборках и недостаточная адаптация к отечественной практике. разные параметры оценки и разные методы анализа означают, что результаты разных исследований плохо сопоставимы друг с другом, а иногда и искажены [2, 294].

В совокупности данные обстоятельства свидетельствуют о сохраняющемся дефиците стандартизированных клинических методов оценки НССП, обеспечивающих его верификацию в соответствии с диагностическими критериями и учитывающих особенности подростковой популяции. Это определяет необходимость разработки структурированного клинического инструмента, позволяющего стандартизировать диагностику НССП и повысить ее воспроизводимость в клинической практике.

Таким образом, анализ существующих инструментов оценки несуицидального самоповреждающего поведения показывает, что, несмотря на их значительное разнообразие, большинство методик ориентированы на самоотчет и направлены на оценку отдельных аспектов НССП (частоты, функций, мотивации), что ограничивает возможности их применения в клинической практике.

Существенным ограничением является также их значительный объем и длительность проведения, что делает их преимущественно инструментами научных исследований и затрудняет использование в условиях рутинного психиатрического обследования, особенно при необходимости скрининга и быстрой оценки состояния пациента.

Еще одно ограничение – происхождение. Большинство инструментов разработаны за рубежом и адаптированы к отечественной клинической практике не полностью. Переведенные и валидированные русскоязычные версии есть лишь у отдельных методик, да и те применяются в основном в исследовательских, а не клинических целях. Заметный вклад в отечественную традицию внесла Н.А. Польская – ее шкала причин самоповреждающего поведения позволяет детально разработать мотивационные и функциональные аспекты НССП. Но и здесь есть цена за информативность: методичка объемная и рассчитана на углубленное исследование, поэтому для быстрой клинической оценки она подходит плохо.

Структурированных клинических инструментов, которые позволяли бы стандартизировано оценивать НССП по критериям DSM-5, в отечественных исследованиях мало. Ситуацию осложняет еще один фактор: в российской практике по-прежнему действует МКБ-10, где НССП не выделено в отдельную диагностическую категорию, а переход на МКБ-11 на момент выполнения исследования приостановлен. Клиническую верификацию НССП это затрудняет, а унификацию диагностических подходов делает практически невозможной. Отсюда и логика исследования – разработать клинически ориентированный инструмент, который операционализирует диагностические критерии и дает стандартизированную воспроизводимую оценку НССП. В рамках исследования такой структурированный клинический инструмент был создан и апробирован; он адаптирован для подростковой популяции и рассчитан на практическое применение при психиатрическом обследовании.

Выводы по главе 1

1. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) представляет собой распространенный и клинически значимый феномен подросткового возраста, характеризующийся широким спектром проявлений – от импульсивных актов аутоагрессии до целенаправленного поведения с выраженными психологическими функциями.

2. Формирование НССП обусловлено комплексом взаимосвязанных факторов, включающих эмоциональную дисрегуляцию, индивидуальные патопсихологические особенности, нарушения адаптации, а также влияние семейных, социальных и культурных условий.

3. НССП выполняет ряд психологических функций, среди которых ведущими являются регуляция эмоционального состояния, снижение внутреннего напряжения, выражение дистресса и восстановление субъективного контроля, что отражает его роль как дезадаптивного способа совладания.

4. Классификационные системы расходятся во взгляде на НССП: МКБ-10 видит в нем симптом в составе других расстройств, DSM – самостоятельную диагностическую категорию с четко прописанными критериями. Внедрение МКБ-11 в Российской Федерации приостановлено, и это дополнительно осложняет клиническую верификацию такого поведения.

5. Эпидемиологические данные показывают: НССП широко распространено среди подростков, особенно в клинических выборках, с пиком в 12-16 лет, и тесно связано с психической коморбидностью – депрессивными и тревожными расстройствами личности, нарушениями пищевого поведения.

6. Для НССП характерна повторяемость, которая связана с повышенным риском последующего суицидального поведения и хронизации психических нарушений, отсюда его прогностическая значимость.

7. Психометрических инструментов накоплено немало, но в клинической практике их применение ограничено: преобладают самоотчетные методики,

многие из них громоздки, а адаптация к отечественной системе здравоохранения недостаточна – стандартизированная диагностика НССП от этого только страдает.

8. Клинически ориентированных инструментов, которые операционализировали бы диагностические критерии НССП и дали воспроизводимую оценку в подростковой популяции, по-прежнему не хватает. Это и определяет необходимость разработки и апробации структурированного клинического интервью.

Проведенный анализ литературы складывается в достаточно ясную картину: НССП у подростков – явление распространенное, клинически значимое, многофакторное по происхождению и крайне неоднородное по клиническим проявлениям. И при этом диагностировать его по-прежнему сложно – мешают расхождения классификационных подходов, отсутствие единого диагностического стандарта и ограниченные возможности существующих психометрических инструментов в условиях практического здравоохранения.

Отсюда и практическая задача – стандартизировать диагностику НССП у подростков, создать инструменты, которые операционализируют диагностические критерии и обеспечивают воспроизводимую клиническую оценку, пока в России действует МКБ-10, а отдельной диагностической категории для НССП там нет, клинико-психологический подход к систематизации диагностических признаков и их практической верификации становится особенно значимым.

В этой связи, данное исследование направлено на комплексное изучение клинико-психологических и социально-психологических особенностей несуицидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков, а также на разработку и апробацию структурированного клинического инструмента для его стандартизированной оценки. Реализация указанных задач определяет выбор дизайна исследования, характеристику выборки, используемые методы и инструменты, изложенные в следующей главе.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1 Общий дизайн исследования

Данное исследование представляет собой кросс-секционный (одномоментный) анализ клинических и психопатологических особенностей несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) у девушек-подростков, госпитализированных в психиатрический стационар. Дизайн исследования определялся задачами выявления частоты, мотивов и клинико-психопатологических коррелятов НССП в условиях реальной клинической выборки, при этом внимание уделялось описанию поведенческих паттернов, социально-демографических факторов и эмоционального состояния обследуемых.

Работа строилась в несколько этапов – сбор клинических, поведенческих и психометрических данных, затем их анализ. На этапе рекрутинга сплошному скринингу подвергалась медицинская документация всех госпитализированных за период исследования несовершеннолетних – именно так удалось установить распространенность НССП в рамках одного учреждения и собрать выборку. Каждая из включенных девушек проходила углубленное клинико-психологическое обследование. В его состав вошли структурированное клиническое интервью «СКИ-НССП» (представлено в Приложении А), изучение истории болезни, заполнение статистической карты (представлено в Приложении Б) и набор стандартизированных опросников.

В выборку сознательно допускались пациентки с начальными формами НССП – единичными или нерегулярными эпизодами самоповреждений. Такое решение открывало возможность увидеть феномен на ранних стадиях формирования, а не только в его развернутом виде. Оно же отражало исходную, феноменологическую установку исследования: важно не число эпизодов, а то, какой субъективный мотив и какую функцию несет поведение для самой

пациентки. Отсюда и выход за пределы чисто диагностической задачи – к изучению психологических и межличностных характеристик, связанных с НССП.

Наблюдение велось в стационаре и совместно - лечащим врачом, клиническим психологом и исследователем. Данные фиксировались на 3-5 дней после поступления, когда состояние пациентки уже стабилизировалось. Карта исследования охватывала возраст, диагноз, длительность заболевания, ситуацию в семье, адаптацию в школе, локализацию и форму самоповреждений, провоцирующие факторы, эмоциональный фон, а также мотивы и то, как сама пациентка относилась к своему поведению. К этому добавлялись стандартизированные психометрические методики – их результаты затем сопоставлялись с клинико-социальными и поведенческими данными.

Исследование не ограничивалось какой-либо одной нозологической категорией, а отражало реальную структуру госпитализированной в учреждение популяции. Кроме того подобный подход позволил получить представляющие научный интерес данные о некоторых особенностях эпидемиологии психических расстройств среди детского населения, организации психиатрической помощи детскому населению в учреждении и Краснодарском крае [295,296].

Это позволило изучить НССП в контексте разных психических расстройств, что расширяет обобщаемость выводов. Для последующего анализа также предусматривалась возможность стратификации выборки по возрастным подгруппам, выраженности симптоматики, частоте самоповреждений и наличию коморбидных состояний.

Таким образом, разработанный дизайн позволил совместить возможности клинического наблюдения, психометрической оценки и ретроспективного анализа, обеспечив как качественное, так и количественное описание феномена НССП у девушек-подростков в условиях психиатрического стационара.

2.1.1 Условия проведения исследования

Исследование выполнено на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная психоневрологическая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ СПНБ, ул. Садовая, д. 1, пос. Заречный, Выселковский район, Краснодарский край). В структуре учреждения функционируют два общепсихиатрических детских отделения: на 80 и 50 коек соответственно, что обеспечивает непрерывное оказание специализированной психиатрической помощи несовершеннолетним пациентам.

Несмотря на наличие еще одного детского психиатрического отделения в г. Краснодаре, ГБУЗ СПНБ является одним из ведущих специализированных стационарных учреждений региона. В клинику направляются пациенты со всего Краснодарского края, включая удаленные и сельские территории, что обеспечивает широту охвата и разнообразие клинического контингента. В соответствии с приказом о маршрутизации несовершеннолетних в Краснодарском крае, в стационар принимаются мальчики в возрасте от 0 до 14 лет и девушки от 0 до 17 лет, вне зависимости от формы обращения (экстренная, плановая, по направлению из образовательных учреждений, КДН, органов опеки и других служб)¹.

Исследование охватывало весь поток госпитализаций девушек-подростков в возрасте 12-17 лет за двухлетний период (с сентября 2022 по сентябрь 2024 года). Благодаря использованию принципа сплошного включения всех пациенток, соответствующих критериям, выборка отличается высокой степенью репрезентативности для детско-подростковой популяции региона. Данные собирались в рамках планового диагностического обследования в первые 3-5 дней после поступления, при условии стабилизации состояния.

¹ приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края от 11 июня 2021 г. N 2920 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края от 8 апреля 2019 г. N 2108 «О маршрутизации пациентов при оказании специализированной медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Краснодарского края»

Все этапы проводились в штатном режиме без вмешательства в лечебный процесс, с участием лечащих врачей, клинического психолога и исследователя.

2.2 Формирование выборки исследования и обоснование ее объема

Предварительный расчет размера выборки не проводился. Количество участниц определялось организационными факторами, включая демографию региона [296], маршрутизацию пациентов и коечную мощность учреждения. Дизайн исследования представлен на Рисунке 1.

Всего за 2 года исследования в учреждение были госпитализированы 1901 пациент (обоих полов) (893 – в первый год, 1008 – во второй).

Из них:

- 693 пациентки были девочки в возрасте от 12 до 17 лет;
- 194 девушки соответствовали критериям включения в исследование, в частности, имели подтвержденные эпизоды несуицидального самоповреждающего поведения (НССП), стабильное состояние и возможность участия в обследовании;
- 8 пациенток отказались от участия (самостоятельно или по решению законных представителей);

в итоге в исследование были включены 186 девушек 12-17 лет.

Все участницы прошли клинико-психологическое обследование и заполнили ключевые опросники. Пропущенные значения по отдельным шкалам были выявлены у 12 участниц. Для обеспечения полноты выборки и возможности включения всех данных в анализ, недостающие значения были восполнены методом средних значений (mean imputation) на основе распределения баллов по соответствующим субшкалам в диагностических подгруппах.

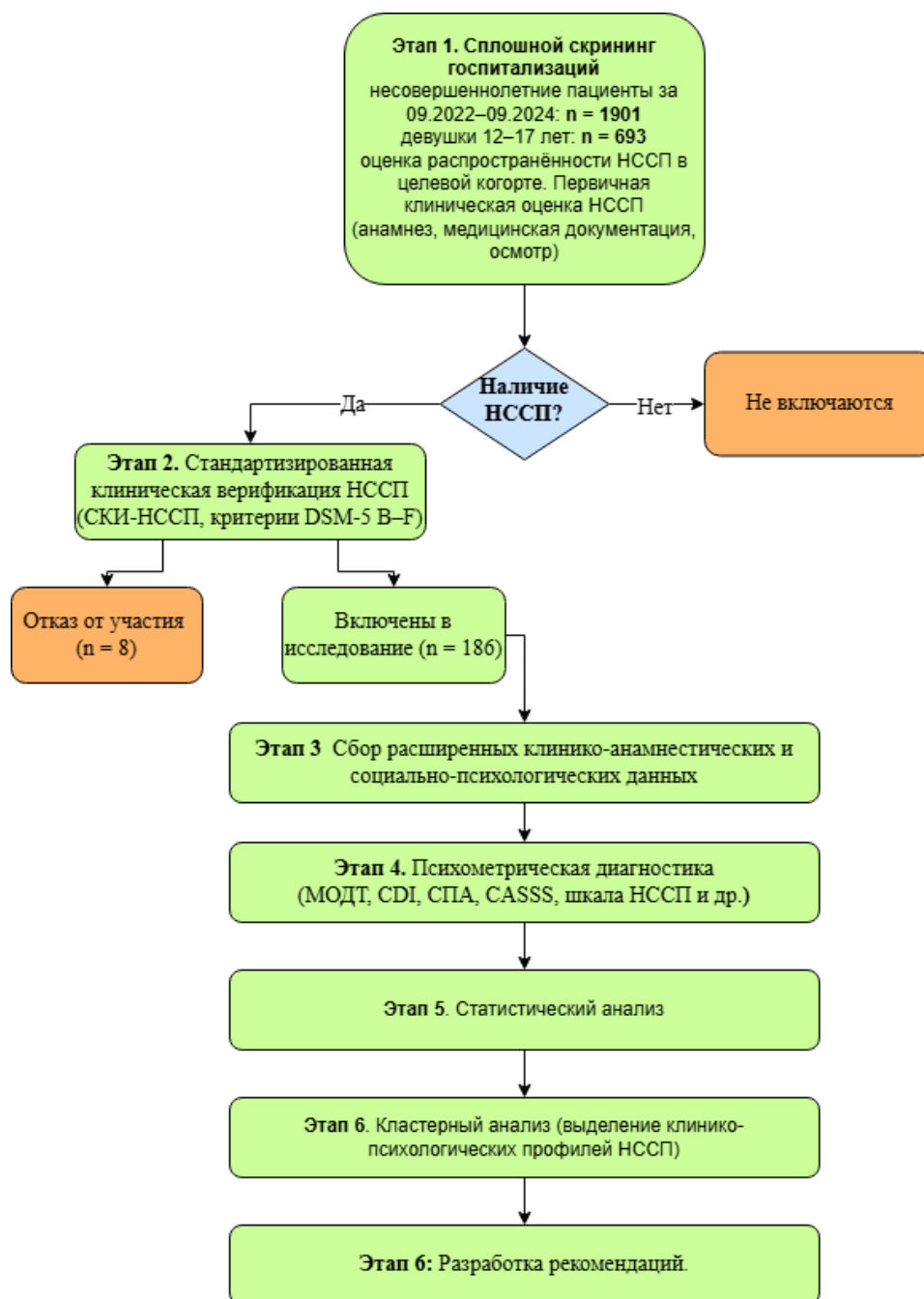


Рисунок 1 – Блок-схема дизайна исследования

Анализ места проживания 693 госпитализированных девушек 12-17 лет выявил выраженную территориальную неравномерность (Рисунок 2). Данные подтверждают обратную корреляцию между количеством госпитализаций и расстоянием до стационара ($r=-0.389$, $p<0.001$): чем дальше район расположен от ГБУЗ СПНБ, тем меньше пациенток из него поступает. Максимальная концентрация случаев зафиксирована в близлежащих районах:

- Павловский (7%, n=48),
- Курганинский (7%, n=47),
- Кореновский (6%, n=44),
- Усть-Лабинский (5%, n=34).
- В отдаленных районах (Туапсинский, г.–к. Сочи) госпитализации единичны или отсутствуют.

Точность верификации места жительства составила 99% (данные отсутствовали для 4 пациенток). Итоговая выборка исследования (n=186) формировалась из этой географически верифицированной когорты.



Рисунок 2 – Распределение госпитализированных девушек-подростков по муниципальным образованиям Краснодарского края (n=693)

Точно определить, какую часть эта выборка составляет от общей численности больных исследуемого возраста в Краснодарском крае сложно. Приходится ориентироваться на общее число больных, находящихся под наблюдением врача психиатра в 2023 году Ф-10² гр.7 (подростки) 11592 и на сообщаемые в литературе данные о частоте несуйцидальных самоповреждений. Согласно данным государственной статистики численности населения по полу и возрасту на 1 января 2023 года³ в крае зарегистрировано 631286 мальчик от 0 до 17 лет и 598023 девочки от 0 до 17 лет, всего 1229309 детей. Таким образом мальчиков на $\approx 5,56\%$ больше, чем девочек. Статистическая форма 10 не предполагает разделения по полу, можно лишь предположить, что среди 11592 зарегистрированных в крае пациентов 12-17 лет 5638 человек является девочками. Всего в крае в 2023г проживало 192117 девочек 12-17 лет. Расчетная численность больных изучаемой категории в крае определяется, таким образом: согласно данным метаанализа Lim et al самоповреждающее поведение встречается $\approx 20\%$ от всех девушек 12-17 лет [209]. $192117 \times 0,2 = 38423$ человека. Изученная в данной работе выборка составляет $186/38423 = 0,48\%$ от теоретической численности больных с изучаемым явлением в КК. Если же отталкиваться от численности зарегистрированных больных указанных возрастных групп, то 693 девушек-подростков, госпитализированных за два года (2022-2024), составляет 12,29% от числа пациенток 12-17 лет, состоящих на учете в психиатрической службе края на конец 2023 года. Велика или мала эта доля для обсуждения репрезентативности выборки в строгом теоретическом смысле не столь важно. Очевидно, что 12,29% от общего числа больных девочек и 0,48% от теоретического количества целевой когорты исследования – это относительно небольшие значения. Однако стоит отметить, что фактический размер выборки целевой группы в итоге составляет 186

² Приказ Росстата от 30.06.2014 N 459 (ред. от 25.07.2023) «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения» Документ предоставлен КонсультантПлюс www.consultant.ru Дата сохранения: 28.08.2024

³ Оценка численности постоянного населения по муниципальным образованиям Краснодарского края на 1 января 2023 г. Электронный ресурс [https://23.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/01.01.2023\(1\).htm](https://23.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/01.01.2023(1).htm)

человек. С точки зрения статистики, этих данных достаточно для проверки гипотез с мощностью критериев на уровне $1-\beta > 90\%$ и статистической значимостью $\alpha = 0.05$. Тем не менее, это не делает исследование эпидемиологическим (сплошным) для всего региона.

2.3 Критерии включения и исключения

В исследование включались девушки в возрасте от 12 до 17 лет, у которых имелись эпизоды несуицидального самоповреждающего поведения (НССП), соответствующие критериям В-Е диагностического руководства DSM-5. Критерий А (повторяемость ≥ 5 эпизодов в течение года) не применялся, что позволило включить участниц с редкими или начальными проявлениями НССП и проанализировать поведение на ранних этапах.

Диапазон 12-17 лет задан не просто так, это обусловлено структурной психиатрической помощи в России: совершеннолетние в 18 лет – это по большому счету административная граница между детской и взрослой службой. Из-за этого за пределами исследования остались пациентки 18-19 лет – по критериям ВОЗ они еще подростки, но в российской практике попадают уже во взрослое отделение.

Основанием для включения служило документально подтвержденное наличие НССП: жалобы пациентки, записи в истории болезни, результаты клинического интервью и видимые следы самоповреждений на коже – в том числе уже заживающие.

В стационар пациентки попадали по самым разным поводам – острые эффективные эпизоды, тревожные расстройства, нарушения поведения, конфликты в семье или школе [295]. Собственно НССП при этом почти никогда не было основным поводом госпитализации: чаще оно выявлялось как сопутствующий симптом или поведенческий синдром на фоне диагноза.

Мотив самоповреждений (например, регуляция негативных эмоций, реакция на межличностное напряжение) не рассматривался как жесткое отсеивающее

условие включения, однако у большинства пациенток он был выявлен при первичной оценке. Наличие суицидальных попыток в анамнезе не являлось критерием исключения, при условии отсутствия суицидальных намерений в момент эпизодов, что подтверждалось в ходе клинического интервью. Все участницы (и/или их законные представители) предоставили письменное информированное согласие на участие (Приложение В и Приложение Г).

Критерии исключения:

Из исследования исключались пациентки с:

- Исключались пациентки с острыми психотическими состояниями, сопровождавшимися выраженной дезорганизацией мышления и поведения, препятствующей проведению интервью и психометрического обследования;
- Исследование исключало пациенток с F71, F72, F73 (умеренная, тяжелая, глубокая УО), нарушающими возможность прохождения тестирования;
- трихотилломанией, двигательными стереотипиями и другими ритуальными формами самоповреждений, характерными для расстройств аутистического спектра (F84) или глубокой умственной отсталости;
- отсутствием согласия на участие (самих пациенток или законных представителей);
- возрастом младше 15 лет при отсутствии согласия родителей или законных представителей.

Пациентки с легкой умственной отсталостью (F70) могли быть включены при условии сохранной способности к пониманию инструкций; участие верифицировалось клиническим психологом.

2.4 Разработка и применение структурированного клинического интервью для оценки несуицидального самоповреждающего поведения

Для оценки несуицидального самоповреждающего поведения у подростков в исследовании применялось специально разработанное структурированное клиническое интервью – СКИ-НССП. Его задача – стандартизировать клиническую оценку и подтвердить (или исключить) случаи НССП по единой процедуре. В основу легли диагностические критерии DSM-5 (A-F), переведенные в последовательность вопросов и сгруппированные в семь тематических модулей (N-1 - N7); каждый модуль раскрывает отдельную грань клинической картины. Критерий частоты А примелься здесь только описательно – для фиксации повторяемости эпизодов, но не как обязательное условие включения в выборку. Собственно интервью использовалось на этапе отбора пациенток: оно унифицировало критерии включения и позволяло отделить НССП от суицидальных действий.

2.4.1 Теоретическая основа

Теоретической и практической предпосылкой разработки структурированного клинического интервью для оценки несуицидального самоповреждающего поведения (СКИ-НССП) послужили особенности клинической диагностики данного феномена в условиях психиатрического стационара.

На этапе формирования выборки для данного исследования проводился ретроспективный анализ историй болезни пациенток с целью выявления случаев самоповреждающего поведения. В ходе ретроспективного анализа историй болезни было установлено, что наличие телесных повреждений, в частности порезов в области предплечий, не всегда становилось основанием для направления пациентки на дополнительную клинико-психологическую оценку или включение в

исследование. В отдельных случаях указанные повреждения не выделялись в медицинской документации как проявления самоповреждающего поведения либо интерпретировались в рамках общей клинической картины без уточнения их мотивационной и аффективной составляющих. В ряде случаев такие эпизоды интерпретировались лечащими врачами как суицидальные попытки, исходя из формального признака нанесения порезов («порезала вены»), без детального анализа мотивационной и аффективной составляющей поведения.

В то же время при последующей клинической беседе с пациентками нередко выявлялось, что указанные действия не сопровождались сформированным намерением лишить себя жизни и соответствовали критериям несуицидального самоповреждающего поведения. Даже при наличии жалоб на нежелание жить, сами эпизоды самоповреждения зачастую не ассоциировались пациентками с суицидальными намерениями, что указывает на необходимость более дифференцированного клинического подхода.

Выявленная вариативность интерпретации самоповреждающего поведения среди врачей свидетельствовала об отсутствии единых операционализированных критериев оценки НССП в рутинной клинической практике. Первоначально рассматривалась возможность создания методических рекомендаций (памятки) с описанием диагностических критериев. Однако на пилотном этапе исследования стало очевидно, что даже при наличии таких рекомендаций сохраняется доля субъективной интерпретации и вариативности клинических решений.

В связи с этим была сформулирована идея разработки стандартизированного инструмента в виде набора последовательных вопросов, исключающего произвольные отклонения от диагностической логики и обеспечивающего единообразие клинической оценки.

Методологической основой для структурирования инструмента послужили диагностические критерии несуицидального самоповреждающего поведения, представленные в DSM-5, которые были выбраны в связи с отсутствием отдельной

рубрики НССП в МКБ-10 и отложенным внедрением МКБ-11 в клиническую практику Российской Федерации.

Идея оформления разработанного инструмента в формат структурированного клинического интервью была заимствована из практики использования стандартизированных диагностических интервью в психиатрии, в частности Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), разработанного D. V. Sheehan и соавт [297]. Указанный подход предполагает последовательное предъявление строго формализованных вопросов, соответствующих диагностическим критериям, и направлен на повышение воспроизводимости и надежности клинической оценки.

Следует отметить, что разработка полноформатного диагностического интервью, охватывающего широкий спектр психических расстройств, требует значительных ресурсов и выходит за рамки данного исследования. В связи с этим был реализован более узкий, но клинически обоснованный подход – создание специализированного структурированного интервью, ориентированного на диагностику одного феномена – несуицидального самоповреждающего поведения.

После разработки первичной версии инструмента его содержание было обсуждено и уточнено в рамках работы кафедры с привлечением специалистов в области детской психиатрии. По результатам экспертной оценки была сформирована рабочая версия СКИ-НССП, которая и применялась в данном исследовании. Результаты разработки и апробации СКИ-НССП изложены в отдельной методической статье «Структурированное клиническое интервью для первичной оценки несуицидального самоповреждающего поведения у подростков на основе критериев DSM-5», принятой к публикации в журнале «Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева».

Разработанная версия СКИ-НССП предназначена для стандартизированной клинической оценки НССП и формирования исследовательской выборки. Дальнейшее развитие инструмента может быть связано с его расширенной апробацией на независимых клинических выборках, оценкой психометрических

характеристик и уточнением возможностей применения в исследованиях подростков с различными вариантами самоповреждающего поведения.

2.4.2 Принципы разработки

Разработка структурированного клинического интервью для оценки несуицидального самоповреждающего поведения (СКИ-НССП) основывалась на двух ключевых принципах –

1. Операционализации диагностических критериев НССП.
2. Их адаптации к возрастным и коммуникативным особенностям подростковой выборки.

В качестве теоретической основы были использованы диагностические критерии несуицидального самоповреждающего поведения, представленные в DSM-5 (критерии A-F). Указанные критерии были трансформированы в систему конкретных, однозначно интерпретируемых вопросов, обеспечивающих стандартизацию процедуры обследования.

Операционализация проводилась с учетом следующих методологических положений, представленных в Таблице 1.

Таблица 1 – Методологические положения операционализации

Принципы	Содержание
Принцип однозначности формулировок	Каждый диагностический критерий был представлен в виде одного или нескольких вопросов, исключающих двусмысленность интерпретации как со стороны интервьюера, так и со стороны пациента.
Принцип поведенческой конкретизации	Абстрактные диагностические категории (например, «самоповреждающее поведение», «эмоциональная регуляция») были преобразованы в вопросы, ориентированные на конкретные действия, частоту и контекст (например, наличие порезов, их повторяемость, обстоятельства возникновения).
Принцип временной определенности	Вопросы формулировались с указанием четких временных рамок (например, за последний год, за определенный период), что соответствует диагностической логике DSM-5 и позволяет сопоставлять ответы между пациентами.

Продолжение Таблицы 1

Принципы	Содержание
Принцип разграничения суицидального и несуйцидального поведения	Отдельный блок вопросов был нужен именно для того, чтобы отличить НССП от суицидального поведения – через выяснение, было ли в момент самоповреждения намерение умереть, и через анализ того, какой смысл сама пациентка вкладывала в свое действие.
Модульный принцип построения	Интервью разбито на последовательные модули, и за каждым закреплён свой аспект диагностики – скрининг, частота эпизодов, функция поведения, исключаяющие условия и так далее. Такое деление задает логику всей процедуре и делает ее воспроизводимой от пациентки к пациентке.

Целевая группа исследования – девушки-подростки, и формулировки, и сама структура интервью с самого начала выстраивалась с оглядкой на возраст этой категории пациенток.

Эта адаптация затронула несколько сторон:

1. Для простоты и доступности из формулировок убрали сложную медицинскую и психологическую терминологию, заменив ее словами, близкими к тому, как говорят сами подростки, – при этом диагностическая точность вопроса не терялась.

2. Для уменьшения формальности и давления вопросы составлены мягче, ближе к обычному разговору, чем к допросу, – это снижает тревогу и сопротивление у пациентки во время интервью.

3. Подростки обычно чувствительны к оценке и склонны скрывать то, что действительно их тревожит. поэтому интервью выстроено по нарастающей: сначала – нейтральные, менее болезненные темы, и только потом – личные и потенциально травмирующие вопросы.

4. В вопросы включены уточнения, привязанные к типичным подростковым ситуациям – конфликтам с родителями, сложностям со сверстниками, школьной обстановке. Это делает ответы более достоверными.

5. Формулировки построены с учетом когнитивных особенностей возраста: без сложных логических конструкций и двойных отрицаний – это снижает риск того, что вопрос будет понятен неверно и повышает надежность ответов.

6. Вопросы сконструированы нейтральным эмоциональным тоном. Это необходимо, чтобы не звучали они как оценка и не вызывали чувство вины или стыда, – а это особенно важно, когда речь идет о самоповреждениях.

В итоге критерии DSM-5 превратились в последовательность из семи структурированных модулей (N1-N7) - единый алгоритм клинической оценки, а не разрозненный набор вопросов.

2.4.3 Структура интервью

СКИ-НССП состоит из семи блоков – N1-N7, и за каждым закреплён свой диагностический критерий DSM-5 (представлено в Таблице 2). Логика движения по интервью повторяет клинический алгоритм: скрининг (N1), оценка частоты (N2), затем дифференциальная диагностика (N3, N4), анализ психологических механизмов (N5, N6), и, наконец, оценка клинических последствий (N7).

Соответствие модулей СКИ-НССП критериям DSM-5 показано в Таблице 2.

Таблица 2 – Соотнесение модулей структурированного клинического интервью для оценки НССП (СКИ-НССП) с диагностическими критериями DSM-5

Модуль СКИ-НССП	Соответствующий критерий DSM-5	Цель оценки
N1. Скрининговый вопрос	Установление факта поведения	Выявление наличия НССП за отчетный период (12 месяцев)
N2. Частота	Критерий А (≥ 5 эпизодов)	Количественная оценка повторяемости поведения
N3. Исключение социально принятых форм	Критерий D	Дифференциация НССП от пирсинга, татуировок, обрядов и т.д.
N4. Дифференциальная диагностика	Критерий F	Исключение психотической симптоматики, интоксикации, стереотипий

Продолжение Таблицы 2

Модуль СКИ-НССП	Соответствующий критерий DSM-5	Цель оценки
N5. Мотивы поведения	Критерий В (≥ 1 из 3 функций)	Определение психологической функции самоповреждений (эмоциональная регуляция, межличностное влияние, генерация чувств)
N6. Предшествующие мысли/аффект	Критерий С (≥ 1 из 3 симптомов)	Оценка когнитивно-аффективного контекста, предшествующего акту НССП
N7. Наличие дистресса/нарушений	Критерий Е	Определение клинической значимости поведения и его влияния на функционирование

Полный текст СКИ-НССП со стандартизированными формулировками вопросов и алгоритмом проведения – приведен в Приложении А.

2.4.4 Роль в исследовании

В исследовании СКИ-НССП выполняло несколько важных функций: с его помощью стандартизированно оценивалось и подтверждалось наличие НССП у девушек-подростков. Психометрической шкалой инструмент не является, и оценка надежности и валидности в классическом смысле для него не проводилась.

Интервью подключалось уже на этапе отбора пациентов - после этого как признаки самоповреждающего поведения были замечены по анамнезу, документации или при осмотре. Его задачей было уточнить характер этого поведения и проверить, соответствует ли оно критериям НССП.

Для включения в исследование было достаточно одного эпизода самоповреждающего поведения, соответствующего критериям НССП по данным СКИ-НССП, а при отсутствии критериев исключения. Количественный порог частоты (критерий А DSM-5, пять и более эпизодов за год) намеренно не применялся: задача состояла в том, чтобы увидеть не только сформированное, но и раннее НССП. Такой выбор избавил выборку от искусственного сужения и дал более полную картину того, как самоповреждающее поведение проявляется у подростков.

Применение СКИ-НССП дало возможность:

- привести процедуру клинической оценки самоповреждающего поведения к единому стандарту;
- разграничить несуицидальное самоповреждающее поведение и суицидальные действия, опираясь на анализ мотивов и аффективного состояния пациентки;
- сохранить единые критерии включения пациенток на протяжении всего набора выборки;
- снизить разброс в интерпретации одних и тех же случаев разными специалистами.

Следует подчеркнуть, что в рамках данного исследования СКИ-НССП выполняло двойную функцию – инструмента клинической верификации и инструмента формирования исследовательской выборки. При этом интервью не использовалось для количественной оценки тяжести или прогноза, а применялось исключительно для стандартизированного определения наличия НССП.

Полученные с использованием СКИ-НССП данные в дальнейшем интегрировались с результатами клинико-анамнестического анализа и психометрических методик, что обеспечивало комплексный подход к изучению исследуемого феномена.

2.5 Характеристика выборки

Средний возраст участниц составил 14,88 лет ($SD=1,46$), с диапазоном от 12 до 17 лет, медианой 15 лет [$Q1:14$; $Q3:16$]. Все пациентки были условно распределены на две возрастные группы: 12-14 лет ($n=74$; 39,8%) и 15-17 лет ($n=112$; 60,2%).

По нозологической структуре выборки наибольшую долю составили пациентки с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися в детском и подростковом возрасте (F90-F98), – 125 человек

(67,2%). Легкая умственная отсталость (F70) была диагностирована у 19 пациенток (10,2%). Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09) и невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) были представлены одинаково – по 14 участниц (по 7,5%). Аффективные расстройства (F30-F39) выявлены у 11 пациенток (5,9%). У трех пациенток (1,6%) диагностировались расстройства шизофренического спектра (F20-F29).

Для проведения межгруппового статистического анализа использовались пять укрупненных диагностических подгрупп. Три пациентки с расстройствами шизофренического спектра (F20-F29) были включены в аналитическую группу F90-F98 с учетом уточненной клинической оценки в динамике госпитализации. В результате численность указанной аналитической подгруппы составила 128 пациенток. Пациентка с расстройством пищевого поведения учитывалась в группе F00-F09 в связи с наличием соответствующей клинической симптоматики. Таким образом, для сравнительного анализа использовали группы F00-F09 (n=14), F30-F39 (n=11), F40-F48 (n=14), F70-F79 (n=19) и F90-F98 (n=128).

Все участницы являлись гражданками России (n=186, 100%).

Большинство пациенток (n=134, 72%) родились в Краснодарском крае. 50 человек (26,9%) прибыли из других регионов РФ. Лишь 2 участницы (1,1%) были уроженками других государств (p=0,001).

По месту проживания 43,5% (n=81) жили в городе, а 56,5% (n=105) – в сельской местности, различия оказались статистически значимыми (p=0,04).

Уточнение по клиническим категориям:

При анализе подгрупп 4 пациентки были включены в другие диагностические категории: одна пациентка с диагнозом F50 (расстройство пищевого поведения) была включена в группу F00-F09, поскольку, несмотря на основной диагноз, в клинической картине отмечались признаки органического заболевания. три пациентки с диагнозами F20-F29 демонстрировали полиморфную клиническую картину и широкую вариативность симптоматики. Их диагноз изначально был установлен на ранних этапах госпитализации, но впоследствии уточнен

консилиумом при выписке. Они были включены в группу F90-F98 и двое из них, дополнительно рассмотрены в рамках отдельных клинических наблюдений [298,299].

2.6 Психометрические инструменты

Для оценки клинических, когнитивных и социально-психологических характеристик применялись следующие психометрические тесты.

1.Тест IQ Равена – оценка общего уровня интеллектуальных способностей [300].

2.Опросник детской депрессии М. Ковач – измерение выраженности депрессивной симптоматики у подростков [301].

3.Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) – оценка уровня риска суицидальных намерений [302].

4.Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) – клинически апробированный опросник для диагностики тревожных расстройств у детей и подростков [303].

5.Опросник социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса (адаптация А.К. Осницкого) – выявление степени адаптации/дезадаптации личности, включая самопринятие, принятие других, эмоциональный комфорт и уровень доминирования [304].

6.Индивидуально–типологический опросник (ИТО/ИТОД) Л.Н. Собчик – количественная оценка личностных черт и социально-психологических тенденций у детей 10-15 лет [305].

7.Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской - анализ факторов, обуславливающих самоповреждающее поведение [293].

8.Шкала социальной поддержки детей и подростков К. Малецки (CASSS, адаптация А.А. Лифинцевой и А.В. Рягузовой) – оценка субъективной значимости и частоты социальной поддержки [306].

2.7 Методы статистического анализа

Статистическая обработка данных включала методы предварительной подготовки данных, описательной и инференциальной статистики, а также процедуры кластерного анализа. Все количественные и категориальные переменные анализировались с учетом их распределения и структуры выборки.

Для количественных переменных рассчитывались следующие показатели:

- среднее значение (M),
- стандартное отклонение (SD),
- медиана (Me),
- первый и третий квартили ($Q1$ и $Q3$),
- минимальные и максимальные значения (min , max).

Категориальные переменные описывались через абсолютные (n) и относительные (%) частоты. Проверка нормальности распределения осуществлялась с помощью теста Шапиро-Уилка.

Для оценки различий между независимыми группами использовались:

- U -критерий Манна-Уитни (две группы), с последующим использованием поправки Бонферрони при множественных сравнениях.
- H -критерий Крускала-Уоллиса (несколько групп)
- Корреляционный анализ выполнялся с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).
- Уровень статистической значимости во всех тестах установлен на $p < 0,05$.

Для выявления типологических групп пациенток применялись:

- иерархическая кластеризация (метод полной связи, евклидово расстояние),
- кластеризация методом K -средних, после определения оптимального количества кластеров (метод локтя, визуализация PCA).

До проведения кластерного анализа данные были Z -стандартизированы, переменные с долей пропущенных значений более 50% – исключены.

Программное обеспечение:

Исследование проведено с использованием следующих программных средств:

Microsoft Excel 2019 (Microsoft, США) – подготовка БД и базовая описательная статистика;

GraphPad Prism 10.4.0 (GraphPad Software, США) – разведывательный анализ;

Python 3.x – библиотеки *pandas* (структурирование таблиц), *scikit-learn* (кластеризация), *matplotlib*, *seaborn* (визуализация);

Mendeley Desktop 1.19.8 - управление библиографией и автоматизация ссылок.

Визуализация тепловой карты Краснодарского края в программе Gimp 2.10 (GNU Image Manipulation Program Авторские права © 1995-2023 Spencer Kimball, Peter Mattis и команда разработчиков GIMP).

2.8 Этические аспекты и доступность данных

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края (протокол № 204 от 14.06.2022) а также независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (протокол заседания №148 от 09.09.2025). Все участницы и/или их законные представители подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании: подростки в возрасте 15 лет и старше – самостоятельно, а при возрасте до 15 лет согласие оформлялось родителями или иными законными представителями. Личность участниц в исследовательских материалах полностью обезличена. Образец информированного согласия представлен в Приложении В. Образец информации об исследовании представлен в приложении Г.

Набор обезличенных агрегированных данных, включающий краткие характеристики всех 1901 несовершеннолетних пациентах учреждения,

госпитализированных в течение двух лет (сентябрь 2022 - сентябрь 2024), зарегистрирован в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент) в качестве оригинальной базы данных [307]. Для обеспечения научной открытости и воспроизводимости анализа обезличенные данные опубликованы в репозитории Mendeley Data по годам наблюдения [308,309]. Набор включает индивидуальные и агрегированные показатели по полу, возрасту, диагнозам, району проживания, статусу опеки и параметрам поведенческих нарушений.

Результаты анализа всей популяции госпитализированных детей в первый год наблюдения (01.09.22-01.09.23) и аналогичный отчет за второй год (01.09.23-01.09.24) представлены в опубликованных статьях [295,310]

Набор обезличенных первичных данных девушек с НССП, включенных в исследование, зарегистрирован в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент); свидетельство о государственной регистрации базы данных выдано 3 июля 2025 года, регистрационный номер № 2025622861, правообладатель – Дарьин Е.В [311]. Для обеспечения открытости результатов, воспроизводимости и возможности проведения последующего сравнительного анализа, обезличенные табличные данные по 186 участницам дополнительно опубликованы в репозитории Mendeley Data, с указанием индивидуальных и групповых показателей по психометрическим шкалам, клинико-демографическим характеристикам и параметрам самоповреждающего поведения [312], использование данных разрешается при цитировании публикаций ассоциированных с представленным исследованием автора.

На основании указанного набора данных опубликован цикл оригинальных исследований, отражающих основные этапы анализа клинических, социальных, психологических и поведенческих характеристик девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением. В предварительной публикации представлены пилотные результаты изучения НССП в условиях психиатрического стационара [313]. Последующие работы посвящены анализу клинико-социальных и поведенческих характеристик самоповреждающего

поведения [314], его распространенности среди госпитализированных девушек-подростков [310], клинического и семейного профиля пациенток [315], а также взаимосвязей самоповреждающего поведения с тревожностью, депрессивной симптоматикой, социальной адаптацией и воспринимаемой социальной поддержкой [316-318]. Методологическую и теоретическую основу исследования дополняют обзорные публикации автора, посвященные определению, классификации, эпидемиологии, этиологии и факторам риска несуицидального самоповреждающего поведения у подростков [91,319-323]. Отдельные клинические наблюдения, ранее опубликованные автором, иллюстрируют различные варианты самоповреждающего поведения и использованы как дополнительный клинический контекст [298,299,324].

Выводы по главе 2

В итоге, в главе 2 описаны дизайн, условия исследования, формирование выборки, критерии включения и исключения, разработка и применение СКИ-НССП, психометрические инструменты, статистические методы и этические аспекты работы. За двухлетний период из 693 госпитализированных девушек-подростков 12-17 лет 194 соответствовали критериям НССП (27,99%); после отказа 8 пациенток итоговая выборка составила 186 участниц. Выборка далее была изучена с применением клинико-психологических, социально-анамнестических и психометрических методов для анализа распространенности, структуры, факторов и типологических вариантов НССП.

ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

Анализ клинико-психологических характеристик девушек-подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением, сформированной с использованием СКИ-НССП, включал оценку распределения показателей, сравнение подгрупп и исследование корреляционных связей между ключевыми переменными.

3.1 Общие клинико-социальные и семейные характеристики выборки

Выборка девушек-подростков с НССП оказалась клинически и социально неоднородной. В структуре психических и поведенческих расстройств доминировали эмоциональные расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90-F98) - 67,2% случаев, хотя были представлены и пациентки с легкой умственной отсталостью и другие диагностические группы. Эта пестрота диагностической картины сама по себе утверждает высокую клиническую гетерогенность НССП в подростковой стационарной выборке.

Среди девушек-подростков преобладали пациентки в возрасте 15 лет (n=42, 22,58%), 41 (22,04%) девушка была в возрасте 16 лет, 38 (20,43%) – в возрасте 14 лет, 29 (15,59%) – в возрасте 17 лет, 24 (12,9%) – в возрасте 13 лет. В наименьшей степени выборка была представлена девушками-подростками в возрасте 12 лет (n=12, 6,45%) (Рисунок 3).

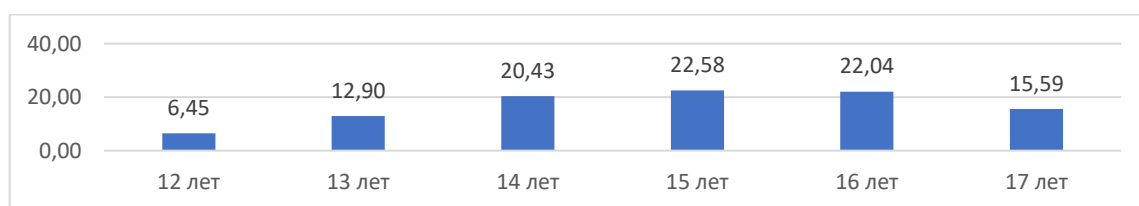


Рисунок 3 – Долевое соотношение девушек-подростков в разрезе возраста

Средний медианный возрастной показатель в анализируемой выборке составил 15 лет (12-17 лет) [$Q_1 14 - Q_3 16$] ($14,88 \pm 1,46$ лет ДИ 95% 14,67:15,09).

По нозологической структуре выборки наибольшую долю составили пациентки с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися в детском и подростковом возрасте (F90-F98), – 125 человек (67,2%). Легкая умственная отсталость (F70) была диагностирована у 19 пациенток (10,2%). Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09) и невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) были представлены одинаково – по 14 участниц (по 7,5%). Аффективные расстройства (F30-F39) выявлены у 11 пациенток (5,9%). У трех пациенток (1,6%) диагностировались расстройства шизофренического спектра (F20-F29).

Для проведения межгруппового статистического анализа использовались пять укрупненных диагностических подгрупп. Три пациентки с расстройствами шизофренического спектра (F20-F29) были включены в аналитическую группу F90-F98 с учетом уточненной клинической оценки в динамике госпитализации. В результате численность указанной аналитической подгруппы составила 128 пациенток. Пациентка с расстройством пищевого поведения учитывалась в группе F00-F09 в связи с наличием соответствующей клинической симптоматики. Таким образом, для сравнительного анализа использовали группы F00-F09 ($n=14$), F30-F39 ($n=11$), F40-F48 ($n=14$), F70-F79 ($n=19$) и F90-F98 ($n=128$).

Для дальнейшего сравнительного анализа использовали указанные пять диагностических подгрупп, суммарно включавших 186 девушек-подростков. Распределение пациенток по диагностическим категориям представлено на Рисунке 4.

Все участницы являлись гражданками России ($n=186$, 100%). Большинство пациенток ($n=134$, 72%) родились в Краснодарском крае. 50 человек (26,9%) прибыли из других регионов РФ. Лишь 2 участницы (1,1%) были уроженками других государств ($p=0,001$).

По месту проживания 43,5% (n=81) жили в городе, а 56,5% (n=105) – в сельской местности, различия оказались статистически значимыми ($p=0,04$).



Рисунок 4 – Долевое соотношение девушек-подростков в разрезе установленного диагноза (МКБ-10)

Уточнение по клиническим категориям

При анализе подгрупп 4 пациентки не соответствовали указанным клиническим категориям: одна пациентка с диагнозом F50 (расстройство пищевого поведения) была включена в группу F00-F09, поскольку, несмотря на основной диагноз, в клинической картине отмечались признаки органического заболевания. три пациентки с диагнозами F20-F29 демонстрировали полиморфную клиническую картину и широкую вариативность симптоматики. Их диагноз был установлен на ранних этапах госпитализации, но впоследствии уточнен консилиумом при выписке. Они были включены в группу F90-F98.

3.1.1 Семейные характеристики

Большая доля девушек-подростков ($n=57$, 30,65%) воспитывались в полной семье (имеются оба родителя), либо только матерью (Рисунок 5).

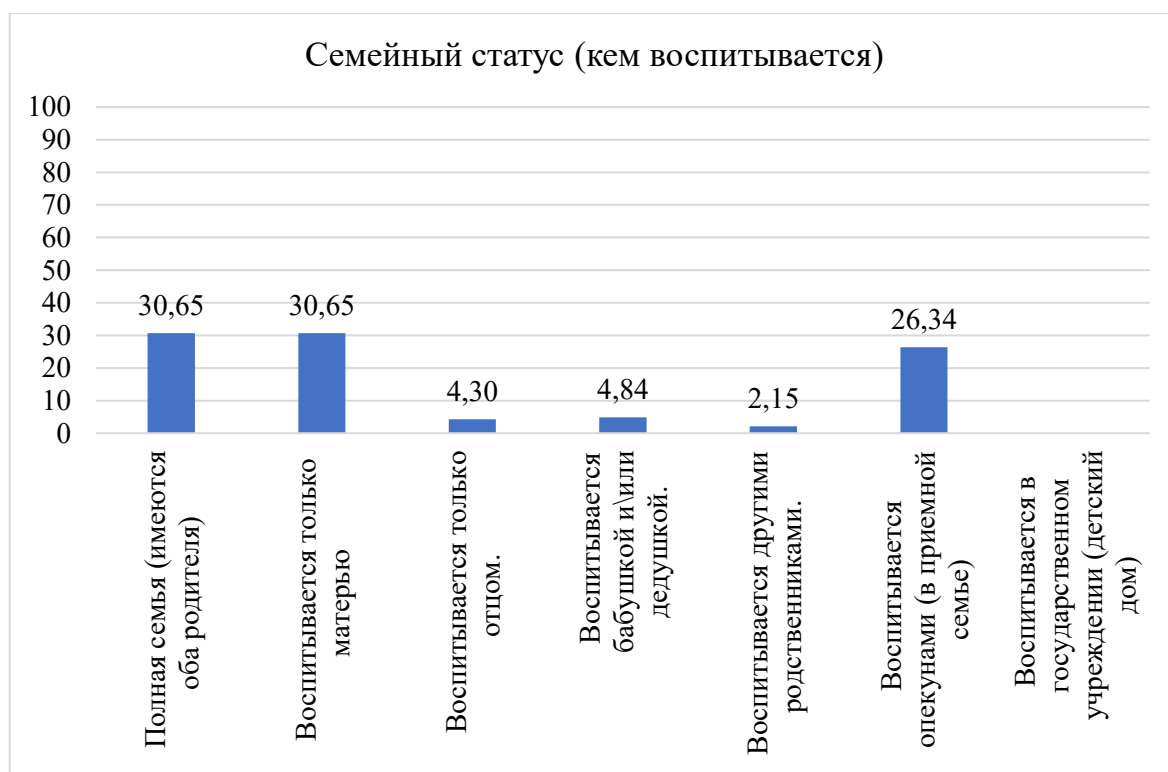


Рисунок 5 – Долевое соотношение девушек-подростков в зависимости от того, кем воспитывается

Большая доля девушек-подростков ($n=73$, 39,25%) воспитывались в многодетной семье, где воспитывались 3-5 детей. Распределение по количеству детей в семье представлено следующими значениями: один ребенок: 35 человек (18,8%), два ребенка: 55 человек (29,6%), три ребенка: 47 человек (25,3%), четыре ребенка: 18 человек (9,7%), пять и более детей: 30 человек (16,1%). В большей доле случаев девушки-подростки ($n=96$, 51,61%) были первыми, либо 2 или 3 ($n=78$, 41,94%) по счету детьми в семье. К основным причинам отсутствия матери было лишение ее родительских прав ($n=38$, 20,43%), отца - развод ($n=42$, 22,58%) (Рисунок 6).

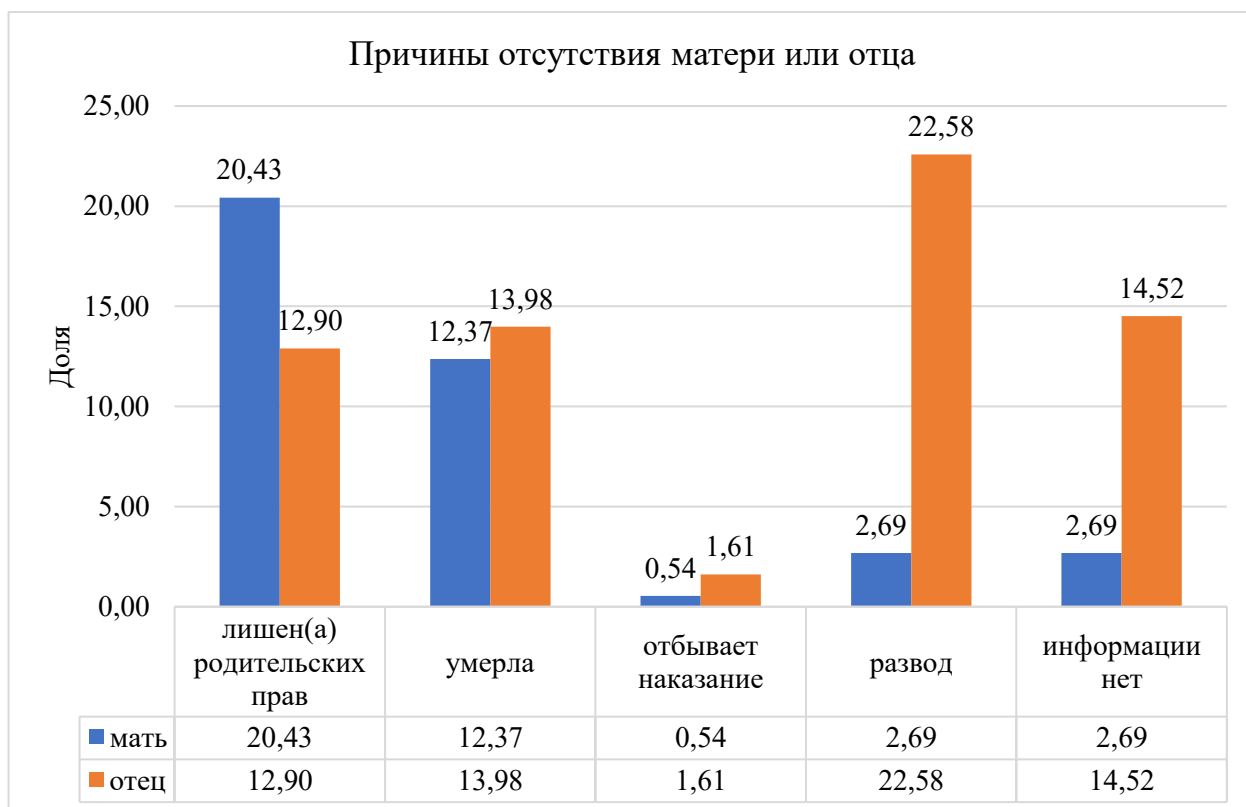


Рисунок 6 – Долевое соотношение девушек-подростков в зависимости от причины отсутствия матери или отца

В связи с наличием в исследовании девушек-подростков из неполных семей, оценка отношений между родителями учитывалась только в полных семьях. Доли распределились следующим образом: хорошие: 52 человека (28%), нейтральные: 18 человек (9,7%), неустойчивые: 22 человека (11,8%), конфликтные: 8 человек (4,3%), неполная семья: 66 человек (35,5%). Отсутствие родителей: 20 человек (10,8%).

Большая доля матерей (47,85%) и отцов (34,95%) были со средним специальным образованием. Мать: высшее образование 49 человек (26,3%), среднее специальное образование: 89 человек (47,8%), информации нет: 23 человека (12,4%). Отец: высшее образование: 35 человек (18,8%), среднее специальное образование: 65 человек (34,9%), информации нет: 57 человек (30,6%).

У большей доли матерей (62,9%) и отцов (43,55%) асоциальное поведение отсутствовало, доли распределились следующим образом (представлено на Рисунке 7).

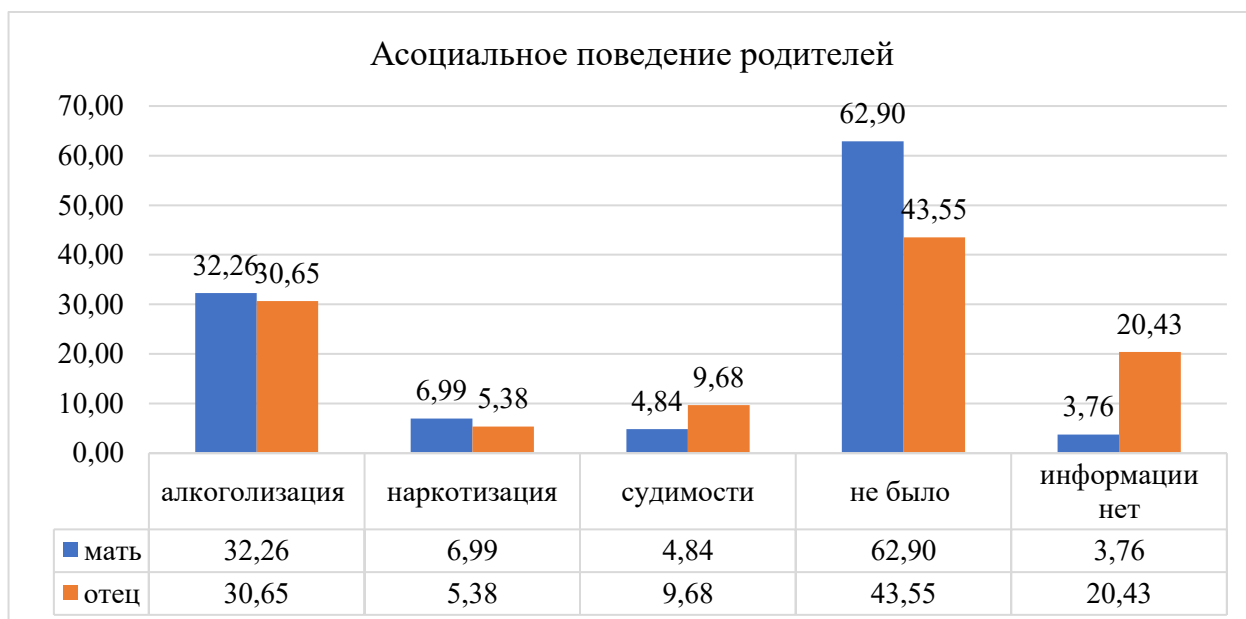


Рисунок 7 – Долевое соотношение девушек-подростков в зависимости от асоциального поведения матери/отца

Проживают с родителями/опекунами: 161 человек (86,6%). С бабушкой/дедушкой: 12 человек (6,5%), в государственном учреждении: 3 человека (1,6%), проживает отдельно: 7 человек (3,8%). Жилищные условия характеризовались следующим образом: имеют отдельную комнату в частном домовладении: 73 человека (39,2%). Не имеют отдельной комнаты в частном домовладении: 44 человека (23,7%), живут в перенаселенной квартире/общежитии: 3 человека (1,6%).

Наиболее распространенные стили воспитания включают: ограничивающий: 41 человек (22%). снисходительный: 27 человек (14,5%). потворствующий: 28 человек (15,1%). Менее распространены такие стили, как жестокое обращение (3 человека, 1,6%) и жесткое обращение (4 человека, 2,2%).

Аутоагрессивные тенденции у родителей были выявлены в следующих случаях: у обоих родителей: 1 случай (0,5%), у отца 4 случая (2,2%), у матери 16 случаев (8,6%), не было аутоагрессивных действий 107 случаев (57,5%), нет сведений в 59 случаях (31,7%).

3.2 Поведенческие и социальные аспекты

3.2.1 Образование и социально-поведенческие особенности

Большинство обследуемых посещали дошкольные учреждения (75,8%) и обучались по общеобразовательной программе (85,5%). Уровень образования: менее 9 классов (66,1%), неполное среднее (15,1%), среднее специальное или техническое (16,7%), неполное высшее (1,1%). Хорошая успеваемость отмечена у 26,9%, удовлетворительная – у 54,8%, плохая – у 15,6%; классы дублировали 2,7%.

3.2.2 Употребление алкоголя и наркотиков

Употребление алкоголя указали 31,7% участников (эпизодически – 24,7%, периодически – 6,5%, систематически – 0,5%), тогда как 68,3% сообщили об отсутствии употребления. Наркотические вещества никогда не употребляли 92,5% обследуемых; разовое или эпизодическое употребление отмечено у 5,4%, в ремиссии находятся 2,2%.

3.2.3 Учет в комиссии по делам несовершеннолетних

Приводы в полицию имели 45 человек (24,2%), остальные 141 человек (75,8%) – не имели. На учете в комиссии по делам несовершеннолетних (КДН) находятся 40 человек (21,5%), в то время как 146 человек (78,5%) не состоят на учете.

3.2.4 Модификации тела

Большинство девушек (66,7%) не имели модификаций тела. Среди участниц с модификациями отмечены: пирсинг в видимых зонах (11,3%), пирсинг в

интимных зонах (1,1%), татуировки на видимых частях тела (25,3%) и в интимных зонах (2,7%). Также зафиксированы случаи декоративных шрамов (0,5%), необычных стрижек или окрашивания волос (1,6%), и других модификаций (0,5%).

3.2.5 Курение и экстремальные увлечения

Курение указали 40,9% участниц, 58,6% не курят. Увлечением экстремальными видами спорта отметились лишь 1,1%, тогда как 98,9% такого интереса не проявляют.

3.2.6 Нарушения пищевого поведения

Сопутствующие основному диагнозу расстройства пищевого поведения выявлены у 15,1% девушек. Из них: нервная анорексия (10,2%), атипичная анорексия (1,6%), булимия (3,2%), переедание, связанное с психологическими расстройствами (0,5%). У 84,9% нарушений пищевого поведения не выявлено.

3.2.7 Интернет-сообщества с тематикой самоповреждений и школьный буллинг

О таких сообществах слышали 22% (видели в рекомендациях), целенаправленно искали информацию 3,2%, состояли, по собственным словам, 5,4%, а по словам родителей – 1,6%. Не состояли 44,6%, имеют знакомых или друзей в таких сообществах 11,3%, достоверная информация отсутствует у 22%.

Травлю в школе испытывали 34,4% участниц (по их словам), по данным родителей или опекунов – 1,1%. Об отсутствии травли заявляли 64% обследованных девушек-подростков. Информация о травле в школе отсутствует у 1,6%.

3.3 Клинико-анамнестические факторы

Группа инвалидности по психическому заболеванию: 5,9% обследуемых имели статус ребенка-инвалида, у 94,1% инвалидности не было.

Наследственная отягощенность: у 47,3% отсутствовала, алкоголизм отмечен у 41,9%, наркомания родителей – у 10,8%, психические заболевания у родственников – у 14%. Отягощенность по линии матери: у 69,4% не установлена, алкоголизм у матери выявлен у 27,4%, наркомания – у 4,8%, психические заболевания – у 2,7%. Отягощенность по линии отца: у 67,7% не установлена, алкоголизм выявлен у 30,1%, наркомания – у 6,5%, психические заболевания – у 2,2%. Отягощенность по линии других родственников: у 84,9% отсутствовала, алкоголизм выявлен у 5,4%, наркомания – у 2,2%, психические заболевания – у 9,1%.

Патология перинатального периода: у 18,3% отмечены патологии беременности, у 12,4% – родов, у 2,2% – раннего постнатального периода. У 37,1% патологии отсутствовали, у 32,3% информация отсутствует.

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ): у 89,8% ЧМТ не зарегистрированы, у 8,1% была одна травма, у 2,1% – две и более.

Перенесенные нейроинфекции: у 99,5% нейроинфекции отсутствовали, выявлены у одного подростка (0,5%).

Оперативные вмешательства: у 81,7% наркозов не было, у 16,7% отмечен однократный наркоз, у 1,6% – два и более.

Сопутствующие заболевания: у 75,3% сопутствующие патологии отсутствовали. Наиболее частыми были болезни нервной системы (4,8%), эндокринные нарушения (3,2%) и заболевания костно-мышечной системы (2,7%).

ЭЭГ-обследование: Патология на ЭЭГ выявлена у 28,4% подростков, очаги эпилептической активности – у 0,5%, у 5,9% патологий не было. У большинства (65,6%) ЭЭГ не проводилось.

История лечения в психиатрических учреждениях

У большинства подростков (70,4%) стационарное лечение ранее не проводилось. Однократные госпитализации зафиксированы у 15,1%, двукратные – у 4,3%, многократные – у 10,2%. Амбулаторное наблюдение отсутствовало у 50,5% участников, 47,8% наблюдались у психиатра, данные отсутствуют у 1,6%. Наибольшее число госпитализаций произошло в марте 16,13% (см. Рисунок 8).

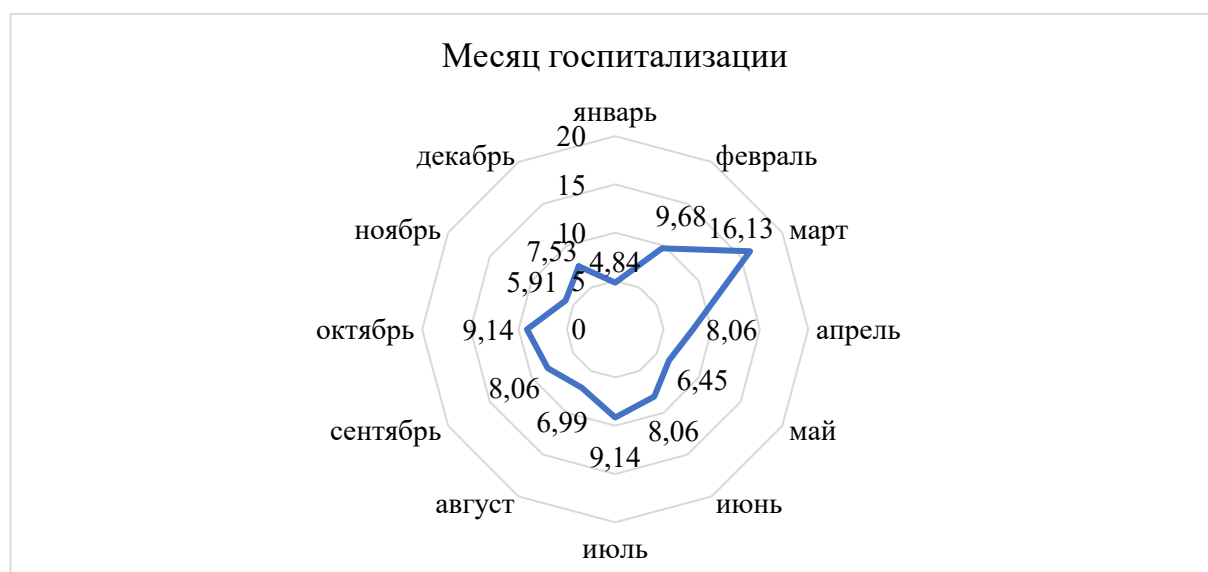


Рисунок 8 – Долевое соотношение девушек-подростков в разрезе месяца госпитализации

3.4 Характеристики, частота, формы и локализация несуицидального самоповреждающего поведения

Наиболее частые эпизоды NSSI происходили в возрасте 13-14 лет: 38,2% для первого, 37,6% для второго и 33,3% для последующих эпизодов. Возраст 11-12 лет занимал второе место, ранняя манифестация до 10 лет встречалась редко (менее 2%). Полное распределение возрастов представлено на Рисунке 9.

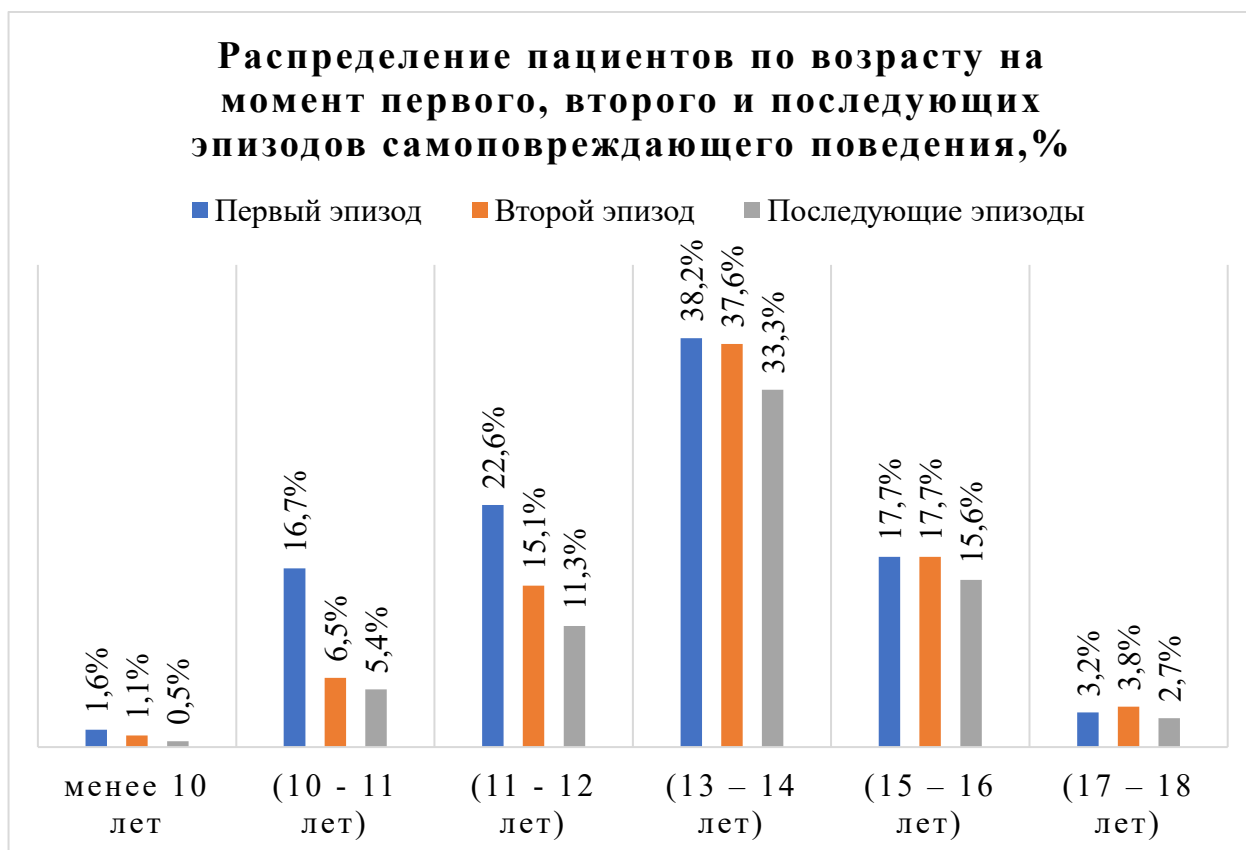


Рисунок 9 – Долевое соотношение девушек-подростков в разрезе возраста на момент последующих эпизодов самоповреждающего поведения

Наибольшая доля девушек совершали самоповреждающие действия с помощью порезов режущими предметами, только 3 пациентки из выборки сообщили что никогда не наносили себе самопорезы но имели прочие варианты менее травматичных форм самоповреждений (данные представлены в Таблице 3).

Таблица 3 – Наличие и частота самоповреждающих действий (шкала причин самоповреждающего поведения Польской Н.А.)

Параметры	Частота самоповреждающих действий							
	никогда		один раз		иногда		часто	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Порезы режущими предметами	3	1,61	28	15,05	79	42,47	76	40,86
Уколы или проколы кожи острыми предметами	133	71,51	25	13,44	20	10,75	8	4,30
Самоожоги	144	77,42	30	16,13	8	4,30	4	2,15
Удары кулаком по своему телу	118	63,44	24	12,90	30	16,13	14	7,53

Продолжение Таблицы 3

Параметры	Частота самоповреждающих действий							
	никогда		один раз		иногда		часто	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям	89	47,85	45	24,19	39	20,97	13	6,99
Выдергивание волос	139	74,73	24	12,90	15	8,06	9	4,84
Расчесывание кожи	110	59,14	23	12,37	32	17,20	21	11,29
Обкусывание ногтей	75	40,32	14	7,53	49	26,34	46	24,73
Сковыривание струпов	93	50,00	19	10,22	44	23,66	30	16,13
Обкусывание губ	51	27,42	22	11,83	50	26,88	57	30,65
Прикусывание щек или языка	89	47,85	18	9,68	42	22,58	42	22,58
другое	—	0,00	1	0,54	13	6,99	3	1,61

В Таблице 4 представлены различия в выраженности форм самоповреждающего поведения по диагностическим подгруппам на основе данных, полученных с помощью методики «Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской». Значимых различий между возрастными подгруппами не было найдено. Результаты попарных сравнений представлены в Таблице 5.

Таблица 4 – Результаты оценки частоты самоповреждающего поведения в диагностических подгруппах

Способ самоповреждения	Вся выборка (n=186)	F00-F09 (M, SD, Me [Q1; Q3])	F30-F39 (M, SD, Me [Q1; Q3])	F40-F48 (M, SD, Me [Q1; Q3])	F70-F79 (M, SD, Me [Q1; Q3])	F90-F98 (M, SD, Me [Q1; Q3])	p-value (Kruskal-Wallis)
Порезы режущими предметами	3.23 (0.76)/ 3 [2.50; 3.50]	3.07 (0.62)/ 3.00 [3.00; 3.00]	3.36 (0.50)/ 3.00 [2.50; 3.50]	3.43 (0.85)/ 4.00 [3.50; 4.50]	2.63 (0.90)/ 2.00 [1.50; 2.50]	3.29 (0.73)/ 3.00 [2.50; 3.50]	*0,0148
Уколы или проколы острыми предметами кожи	1.48 (0.85)/ 1 [0.50; 1.50]	1.57 (0.85)/ 1.00 [0.50; 1.50]	1.64 (1.12)/ 1.00 [0.50; 1.50]	1.93 (1.07)/ 1.50 [0.50; 2.50]	1.42 (0.90)/ 1.00 [1.00; 1.00]	1.40 (0.78)/ 1.00 [0.50; 1.50]	0,2069
Самоожоги	1.31 (0.65)/ 1 [1.00; 1.00]	1.07 (0.27) / 1.00 [1.00; 1.00]	1.73 (1.10) / 1.00 [0.25; 1.75]	1.43 (0.51) / 1.00 [0.50; 1.50]	1.16 (0.37) / 1.00 [1.00; 1.00]	1.31 (0.68)/ 1.00 [1.00; 1.00]	0,1371

Продолжение Таблицы 4

[illegible]

Таблица 5 – Результаты попарных сравнений частоты самоповреждающего поведения между диагностическими подгруппами

	F30- F39 / F00- F09	F40- F48 / F00- F09	F40- F48 / F30- F39	F70- F79 / F00- F09	F70- F79 / F30- F39	F70- F79 / F40- F48	F90- F98 / F00- F09	F90- F98 / F30- F39	F90- F98 / F40- F48	F90- F98 / F70- F79
Порезы режущими предметами	1.000	1.000	1.000	0.787	0.213	0.121	1.000	1.000	1.000	
Уколы или проколы кожи острыми предметами	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.344	1.000
Самоожоги	0.654	0.347	1.000	1.000	1.000	0.938	1.000	1.000	1.000	1.000
Удары кулаком по своему телу	1.000	0.393	1.000	1.000	1.000	0.226	1.000	1.000	0.209	1.000
Удары по твердым поверхностям	0.660	1.000	1.000	1.000	0.287	0.901	1.000	0.333	1.000	1.000
Выдергивание волос	0.256	0.120	1.000	1.000	0.629	0.288	1.000	1.000	0.328	1.000
Расчесывание кожи	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Обкусывание ногтей	0.455	1.000	0.393	1.000	1.000	0.590	1.000	0.455	1.000	1.000
Сковыривание струпов	1.000	0.347	0.455	0.120	0.076	1.000	0.001*	0.016*	0.096	0.455
Обкусывание губ	0.016*	0.793	0.063	0.037*	1.000	0.455	0.011*	0.455	1.000	1.000
Прикусывание щек или языка	1.000	0.076	1.000	0.096	1.000	1.000	0.370	1.000	1.000	1.000
Другое	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.393	0.393	0.393	0.393

Примечание: * – значения, достигшие статистической значимости после коррекции Бонферрони ($p < 0,05$)

У большей доли девушек (81,18%) самоповреждения были нанесены на кожу предплечья левой руки (Рисунок 10).

Наличие застарелых рубцов от прошлых самоповреждений выявлено в 77,96% случаев.

Подавляющее большинство подростков (97,3%) не употребляли психоактивные вещества перед эпизодом самоповреждений, только 2,7% сообщили о их употреблении ($p=0,001$). В 90,3% случаев подростки находились в одиночестве, лишь 9,7% эпизодов произошли в присутствии свидетелей ($p=0,001$).

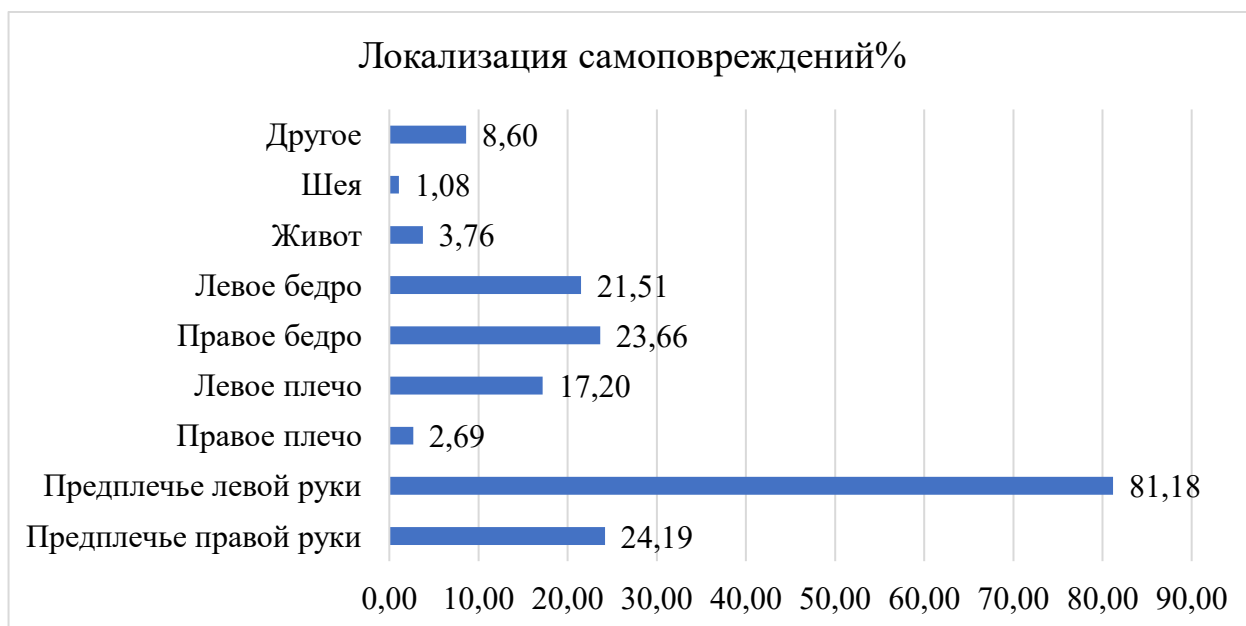


Рисунок 10 – Долевое соотношение девушек-подростков в разрезе локализации самоповреждения кожи

Большинство эпизодов (83,9%) произошло дома, реже – на улице (3,8%), в общежитии (5,9%), в школе (3,2%) или стационаре (0,5%). Наибольшее количество эпизодов отмечено в пятницу (19,9%), а наименьшее – в воскресенье (5,9%, $p=0,03$).

Пиковое время эпизодов приходилось на вечерние часы: 16:00-20:00 (38,7%) и 20:00-24:00 (28,5%). Наименее характерным был ранний утренний период (04:00-08:00), когда зафиксировано лишь 1,6% случаев ($p=0,001$).

У 28% участников прошло более 29 дней с момента последнего акта, у 24,7% – от 8 до 14 дней, а у 18,8% – от 3 до 7 дней ($p=0,008$).

3.5 Мотивационные особенности самоповреждений

Шкала причин самоповреждающего поведения (часть 2) включает 26 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале (от 1 – «совсем не похоже на меня» до 5 – «очень похоже на меня»). В общей выборке ($n=186$) средние значения варьировали от $M=1,40$ до $M=3,67$. Подробные статистики по всей выборке и диагностическим подгруппам, а также результаты анализа различий с помощью критерия Крускала-Уоллиса представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Результаты оценки мотивов самоповреждающего поведения в диагностических подгруппах

Причина	Вся выборка (n=186)	F00-F09 (n=14)	F30-F39 (n=11)	F40-F48 (n=14)	F70-F79 (n=19)	F90-F98 (n=128)	p-value (Kruskal-Wallis)
Чтобы взять себя в руки	2.75 (1.24), 3.0 [2.0; 4.0]	2.79 (1.05), 3.0 [2.0; 3.8]	2.73 (0.79), 3.0 [2.5; 3.0]	3.57 (1.09), 4.0 [3.0; 4.0]	2.79 (1.32), 3.0 [1.5; 3.5]	2.66 (1.28), 3.0 [2.0; 4.0]	0.1523
Чтобы избавиться от плохих мыслей	2.96 (1.36), 3.0 [2.0; 4.0]	3.07 (1.14), 3.0 [3.0; 4.0]	3.82 (0.87), 4.0 [3.5; 4.0]	3.36 (1.39), 3.0 [3.0; 4.8]	3.11 (1.41), 3.0 [2.5; 4.0]	2.80 (1.39), 3.0 [1.8; 4.0]	0.0888
Чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку	2.08 (1.19), 2.0 [1.0; 2.0]	2.07 (1.21), 2.0 [1.0; 2.0]	1.73 (0.65), 2.0 [1.0; 2.0]	1.79 (0.80), 2.0 [1.0; 2.0]	1.89 (1.37), 1.0 [1.0; 2.0]	2.17 (1.23), 2.0 [1.0; 3.0]	0.5818
Хотел запомнить, как может быть плохо	1.92 (1.12), 2.0 [1.0; 2.0]	1.43 (0.51), 1.0 [1.0; 2.0]	2.18 (1.25), 2.0 [1.0; 3.0]	2.14 (1.46), 2.0 [1.0; 2.0]	2.00 (1.20), 2.0 [1.0; 2.0]	1.91 (1.11), 2.0 [1.0; 2.0]	0.6034
Чтобы успокоиться	3.67 (1.42), 4.0 [3.0; 5.0]	4.07 (2.73), 3.5 [3.0; 4.0]	4.18 (1.17), 4.0 [4.0; 5.0]	4.21 (0.89), 4.0 [4.0; 5.0]	3.16 (1.21), 3.0 [3.0; 4.0]	3.60 (1.29), 4.0 [3.0; 5.0]	*0.0272
Чтобы освободиться от всего плохого внутри	3.28 (1.26), 3.0 [3.0; 4.0]	3.14 (0.95), 3.0 [3.0; 3.8]	4.36 (0.50), 4.0 [4.0; 5.0]	3.36 (1.01), 3.0 [3.0; 3.8]	3.05 (1.35), 3.0 [2.5; 4.0]	3.23 (1.32), 3.0 [3.0; 4.0]	*0.0286
Чувствовал потребность в адреналине	1.91 (1.07), 2.0 [1.0; 2.0]	1.71 (0.83), 1.5 [1.0; 2.0]	2.18 (0.98), 2.0 [1.5; 3.0]	2.07 (0.83), 2.0 [2.0; 2.0]	1.84 (0.90), 2.0 [1.0; 2.0]	1.91 (1.15), 2.0 [1.0; 2.0]	0.516
Чтобы все от меня отстали	1.8 (1.1), 1.0 [1.0; 2.0]	1.64 (0.84), 1.5 [1.0; 2.0]	2.27 (1.10), 2.0 [2.0; 2.5]	1.50 (0.65), 1.0 [1.0; 2.0]	2.16 (1.01), 2.0 [1.5; 3.0]	1.75 (1.16), 1.0 [1.0; 2.0]	*0.0274
Чтобы справиться со своими эмоциями	3.35 (1.23), 4.0 [3.0; 4.0]	3.07 (0.92), 3.0 [3.0; 4.0]	4.27 (0.65), 4.0 [4.0; 5.0]	3.71 (1.20), 4.0 [3.0; 4.8]	2.68 (1.25), 3.0 [2.0; 4.0]	3.37 (1.25), 4.0 [3.0; 4.0]	*0.0043
Злился на других	2.51 (1.26), 2.0 [1.0; 3.0]	2.93 (1.07), 3.0 [3.0; 3.0]	3.00 (1.18), 3.0 [3.0; 3.5]	2.07 (1.21), 2.0 [1.0; 2.0]	2.32 (1.29), 2.0 [1.0; 3.0]	2.50 (1.28), 2.0 [1.0; 4.0]	0.1718
Чтобы почувствовать облегчение	3.36 (1.36), 4.0 [2.0; 4.0]	2.71 (1.14), 2.5 [2.0; 4.0]	4.27 (1.01), 5.0 [4.0; 5.0]	3.71 (0.99), 3.5 [3.0; 4.8]	2.32 (1.29), 2.0 [1.0; 3.5]	3.47 (1.36), 4.0 [3.0; 5.0]	*0.0004

Продолжение Таблицы 6

Причина	Вся выборка (n=186)	F00- F09 (n=14)	F30- F39 (n=11)	F40-F48 (n=14)	F70-F79 (n=19)	F90-F98 (n=128)	p-value (Kruskal- Wallis)
Чтобы почувствовать хоть что- нибудь	2.63 (1.35), 3.0 [1.0; 3.75]	2.64 (1.15), 3.0 [2.0; 3.0]	3.18 (1.47), 3.0 [2.5; 4.5]	2.93 (1.33), 3.0 [2.0; 3.0]	2.16 (1.26), 2.0 [1.0; 2.5]	2.62 (1.38), 3.0 [1.0; 4.0]	0.3102
Просто за компанию	1.47 (0.98), 1.0 [1.0; 1.75]	1.79 (0.89), 2.0 [1.0; 2.0]	1.00 (0.00), 1.0 [1.0; 1.0]	1.50 (1.09), 1.0 [1.0; 1.8]	1.79 (1.13), 1.0 [1.0; 2.0]	1.42 (0.99), 1.0 [1.0; 1.0]	*0.009
Чтобы другие поняли, что мне плохо	2.1 (1.21), 2.0 [1.0; 3.0]	1.71 (1.27), 1.0 [1.0; 1.8]	2.00 (1.00), 2.0 [1.0; 2.5]	1.57 (0.85), 1.0 [1.0; 2.0]	2.16 (1.17), 2.0 [1.0; 2.5]	2.20 (1.26), 2.0 [1.0; 3.0]	0.1777
Чтобы стать лучше	2.02 (1.15), 2.0 [1.0; 2.0]	2.14 (0.86), 2.0 [2.0; 2.8]	2.00 (1.18), 2.0 [1.0; 2.5]	2.14 (0.86), 2.0 [2.0; 2.8]	1.74 (1.10), 1.0 [1.0; 2.0]	2.04 (1.21), 2.0 [1.0; 2.0]	0.4483
Чтобы произвести на других впечатление	1.59 (1.02), 1.0 [1.0; 2.0]	1.57 (1.09), 1.0 [1.0; 1.8]	1.18 (0.40), 1.0 [1.0; 1.0]	1.07 (0.27), 1.0 [1.0; 1.0]	1.58 (1.02), 1.0 [1.0; 2.0]	1.69 (1.08), 1.0 [1.0; 2.0]	0.1116
Чтобы попробовать что-то необычное	1.56 (1.02), 1.0 [1.0; 2.0]	1.50 (1.02), 1.0 [1.0; 1.0]	1.36 (0.67), 1.0 [1.0; 1.5]	1.07 (0.27), 1.0 [1.0; 1.0]	1.89 (1.15), 1.0 [1.0; 2.5]	1.59 (1.07), 1.0 [1.0; 2.0]	0.1424
Чтобы навсегда запомнить важное событие	1.62 (0.94), 1.0 [1.0; 2.0]	2.14 (0.95), 2.0 [1.2; 3.0]	1.45 (0.69), 1.0 [1.0; 2.0]	1.21 (0.43), 1.0 [1.0; 1.0]	1.58 (0.90), 1.0 [1.0; 2.0]	1.62 (0.99), 1.0 [1.0; 2.0]	0.0533
Чтобы получить удовольствие	1.94 (1.09), 2.0 [1.0; 2.0]	1.71 (0.83), 1.5 [1.0; 2.0]	2.45 (1.13), 2.0 [2.0; 3.0]	1.64 (0.93), 1.0 [1.0; 2.0]	2.00 (1.20), 2.0 [1.0; 2.0]	1.94 (1.11), 2.0 [1.0; 2.0]	0.2924
Чтобы не чувствовать душевной боли	3.55 (1.31), 4.0 [3.0; 4.75]	3.29 (1.27), 3.5 [3.0; 4.0]	4.64 (0.67), 5.0 [4.5; 5.0]	4.21 (0.80), 4.0 [4.0; 5.0]	2.79 (1.51), 3.0 [1.0; 4.0]	3.53 (1.29), 4.0 [3.0; 4.0]	*0.0005

Продолжение Таблицы 6

Причина	Вся выборка (n=186)	F00-F09 (n=14)	F30-F39 (n=11)	F40-F48 (n=14)	F70-F79 (n=19)	F90-F98 (n=128)	p-value (Kruskal- Wallis)
Чтобы показать другим, что я способен на все	1.7 (0.99), 1.0 [1.0; 2.0]	1.57 (1.09), 1.0 [1.0; 1.8]	1.64 (0.92), 1.0 [1.0; 2.0]	1.07 (0.27), 1.0 [1.0; 1.0]	1.79 (1.23), 1.0 [1.0; 2.0]	1.77 (0.98), 2.0 [1.0; 2.0]	*0.0361
Чувствовал себя полностью уничтоженным	2.74 (1.34), 3.0 [1.0; 4.0]	2.50 (0.94), 2.5 [2.0; 3.0]	4.18 (0.75), 4.0 [4.0; 5.0]	3.07 (1.21), 3.0 [3.0; 3.8]	2.05 (1.27), 2.0 [1.0; 2.5]	2.71 (1.36), 3.0 [1.0; 4.0]	*0.0006
Чтобы меня уважали другие	1.4 (0.85), 1.0 [1.0; 2.0]	1.57 (1.09), 1.0 [1.0; 1.8]	1.09 (0.30), 1.0 [1.0; 1.0]	1.07 (0.27), 1.0 [1.0; 1.0]	1.47 (0.70), 1.0 [1.0; 2.0]	1.44 (0.90), 1.0 [1.0; 2.0]	0.2137
Хотел понять самого себя	2.32 (1.19), 2.0 [1.0; 3.0]	2.43 (1.09), 2.0 [2.0; 3.0]	2.55 (0.93), 2.0 [2.0; 3.0]	2.21 (0.97), 2.0 [2.0; 2.8]	2.53 (1.50), 2.0 [1.0; 4.0]	2.27 (1.20), 2.0 [1.0; 3.0]	0.8028
Чтобы избавиться от тревоги, страха	2.96 (1.27), 3.0 [2.0; 4.0]	2.93 (1.00), 3.0 [2.2; 3.0]	3.73 (1.01), 4.0 [3.0; 4.5]	3.57 (1.16), 4.0 [3.0; 4.0]	2.16 (0.90), 2.0 [1.5; 3.0]	2.95 (1.32), 3.0 [2.0; 4.0]	*0.0032
Считал, что это красиво	1.91 (1.12), 2.0 [1.0; 2.0]	1.86 (0.77), 2.0 [1.0; 2.0]	1.36 (0.50), 1.0 [1.0; 2.0]	1.79 (0.97), 1.5 [1.0; 2.0]	1.79 (1.03), 2.0 [1.0; 2.0]	1.99 (1.21), 2.0 [1.0; 2.0]	0.5703
Примечание: * – статистически значимые различия между диагностическими подгруппами (p<0,05)							

Попарные сравнения между подгруппами, выполненные с использованием U-критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони, приведены в Таблице 7; статистически значимые различия выделены символом*

У большинства подростков (70,4%) во время самоповреждений не было суицидальных мыслей, однако 15,6% отмечали нежелание жить, а 4,8% испытывали желание умереть (p=0,001).

Часто самоповреждения сопровождалась депрессией (21%), тревогой (18,3%), гневом (29%), напряжением (18,8%) и самокритикой (31,7%). У 31,7% подростков наблюдался общий дистресс, а у 18,8% – трудности самоконтроля.

Таблица 7 – Попарные сравнения диагностических подгрупп по шкале причин самоповреждающего поведения (U-критерий Манна-Уитни, поправка Бонферрони)

Причина	F00- F09 / F30- F39	F00- F09 / F40- F48	F00- F09 / F70- F79	F00- F09 / F90- F98	F30- F39 / F40- F48	F30- F39 / F70- F79	F30- F39 / F90- F98	F40- F48 / F70- F79	F40- F48 / F90- F98	F70- F79 / F90- F98
Чтобы взять себя в руки	1.000	0.826	1.000	1.000	0.551	1.000	1.000	0.947	0.123	1.000
Чтобы избавиться от плохих мыслей	0.837	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.145	1.000	1.000	1.000
Чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Хотел запомнить, как может быть плохо	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Чтобы успокоиться	0.581	0.636	1.000	1.000	1.000	0.114	0.905	0.084	0.839	0.723
Чтобы освободиться от всего плохого внутри	0.010*	1.000	1.000	1.000	0.084	0.048*	0.029*	1.000	1.000	1.000
Чувствовал потребность в адреналине	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Чтобы все от меня отстали	0.787	1.000	0.936	1.000	0.405	1.000	0.216	0.426	1.000	0.157
Чтобы справиться со своими эмоциями	0.019*	0.887	1.000	1.000	1.000	0.012*	0.146	0.262	1.000	0.259
Злился на других	1.000	0.325	0.923	1.000	0.483	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Чтобы почувствовать облегчение	0.025*	0.351	1.000	0.325	1.000	0.007*	0.447	0.033*	1.000	0.013*
Чтобы почувствовать хоть что-нибудь	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.600	1.000	0.744	1.000	1.000

Продолжение Таблицы 7

Причина	F00- F09 / F30- F39	F00- F09 / F40- F48	F00- F09 / F70- F79	F00- F09 / F90- F98	F30- F39 / F40- F48	F30- F39 / F70- F79	F30- F39 / F90- F98	F40- F48 / F70- F79	F40- F48 / F90- F98	F70- F79 / F90- F98
Просто за компанию	0.037 *	1.000	1.00 0	0.08 0	0.64 8	0.159	0.941	1.00 0	1.000	0.51 9
Чтобы другие поняли, что мне плохо	1.000	1.000	1.00 0	0.69 2	1.00 0	1.000	1.000	1.00 0	0.799	1.00 0
Чтобы стать лучше	1.000	1.000	1.00 0	1.00 0	1.00 0	1.000	1.000	1.00 0	1.000	1.00 0
Чтобы произвести на других впечатление	1.000	1.000	1.00 0	1.00 0	1.00 0	1.000	1.000	0.51 5	0.195	1.00 0
Чтобы попробовать что-то необычное	1.000	1.000	1.00 0	1.00 0	1.00 0	1.000	1.000	0.12 7	0.531	1.00 0
Чтобы навсегда запомнить важное событие	0.612	0.045 *	0.64 9	0.15 1	1.00 0	1.000	1.000	1.00 0	1.000	1.00 0
Чтобы получить удовольствие	0.887	1.000	1.00 0	1.00 0	0.46 1	1.000	0.694	1.00 0	1.000	1.00 0
Чтобы не чувствовать душевной боли	0.037 *	0.277	1.00 0	1.00 0	1.00 0	0.011 *	0.017 *	0.05 8	0.445	0.39 4
Чтобы показать другим, что я способен на все	1.000	1.000	1.00 0	1.00 0	0.30 0	1.000	1.000	0.26 7	0.024 *	1.00 0
Чувствовал себя полностью уничтоженны м	0.004 *	1.000	1.00 0	1.00 0	0.15 2	0.003 *	0.005 *	0.15 8	1.000	0.40 0
Чтобы меня уважали другие	1.000	1.000	1.00 0	1.00 0	1.00 0	1.000	1.000	0.51 4	0.872	1.00 0
Хотел понять самого себя	1.000	1.000	1.00 0	1.00 0	1.00 0	1.000	1.000	1.00 0	1.000	1.00 0

Продолжение Таблицы 7

Причина	F00- F09 / F30- F39	F00- F09 / F40- F48	F00- F09 / F70- F79	F00- F09 / F90- F98	F30- F39 / F40- F48	F30- F39 / F70- F79	F30- F39 / F90- F98	F40- F48 / F70- F79	F40- F48 / F90- F98	F70- F79 / F90- F98
Чтобы избавиться от тревоги, страха	0.691	0.934	0.336	1.000	1.000	0.007*	0.701	0.011*	0.863	0.083
Считал, что это красиво	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Чтобы другие поняли, что мне плохо	1.000	1.000	1.000	0.692	1.000	1.000	1.000	1.000	0.799	1.000
Примечание: * – значения, достигшие статистической значимости после коррекции Бонферрони ($p < 0,05$)										

У 62,9% участниц мысли о самоповреждении не эпизодов отсутствовали полностью. Однократно они возникали у 12,9% девушек, многократно – у 18,8%, а постоянный характер приобретали у 4,8% ($p = 0,001$).

За последние 24 месяца суицидальные попытки зафиксированы у 25,8% подростков: 18,8% предпринимали их однократно, 7% – неоднократно. У остальных 73,7% попыток в анамнезе не было. Чаще всего использовалась интоксикация медикаментами (19,4% случаев), реже – порезы предплечий (4,3%) и повышение (3,8%). Случаев с применением колюще-режущих предметов или огнестрельного оружия в выборке не встретилось.

По диагностическим подгруппам (F00-F09, F30-F39, F40-F48, F70-F79, F90-F98) самоповреждающее поведение девушек-подростков различалось статистически значимо – и по формам, и по мотивам. Часть 1 шкалы, отражающая частоту НССП, выявила межгрупповые различия по порезам ($p = 0,0148$), обкусыванию губ ($p = 0,01$), прикусыванию щек или языка ($p = 0,0295$) и выдергиванию волос ($p = 0,02$). Эти формы чаще встречались у пациенток с эмоциональными и тревожными расстройствами – группы F30-F39 и F40-F48. По части 2, где оценивалась мотивация, критерий Краскела-Уоллиса дал значимые

различия ($p < 0,05$) по нескольким эмоционально окрашенным причинам: «чтобы почувствовать облегчение», «чтобы справиться с эмоциями», «чтобы успокоиться», «чтобы не чувствовать душевной боли», «чтобы избавиться от тревоги». Попарное сравнение в Таблице 7 подтвердило: у подростков с аффективными (F30-F39) и тревожными (F40-F48) расстройствами значения этих мотивов выше, чем в остальных подгруппах. Иными словами, аффективная и тревожная симптоматика не просто сопутствует более частому и разнообразному самоповреждению. Она задает и специфический эмоциональный смысл, вкладываемый подростками в этот способ совладения.

3.6 Результаты психодиагностических методик

По шкале депрессии М. Ковач (Рисунок 11) средний показатель депрессии по выборке составил ($61,5 \pm 17,6$ (мин. 34, макс. 100, ДИ 95%: 59,0-64,1, Q1-Q3: 49,0-70,8). наиболее выражены оказались межличностные проблемы – Ме 64 (мин. 39, макс. 95; Q1-Q3: 40-64). Это указывает на склонность подростков к негативизму и агрессивным поведенческим реакциям.

По шкале А (негативное настроение) медиана составила 59,6 (мин. 37, макс. 92; Q1-Q3: 48-70) – сниженный фон настроения, тревожность, ожидание неприятностей.

Шкала С (неэффективность) дала Ме 57,2 (мин. 38, макс. 95; Q1-Q3: 45-66), что говорит о выраженной неуверенности в учебной деятельности.

По шкале Е (негативная самооценка) медиана – 57,1 (мин. 39, макс. 95; Q1-Q3: 40-64); подростки воспринимают собственную результативность преимущественно негативно.

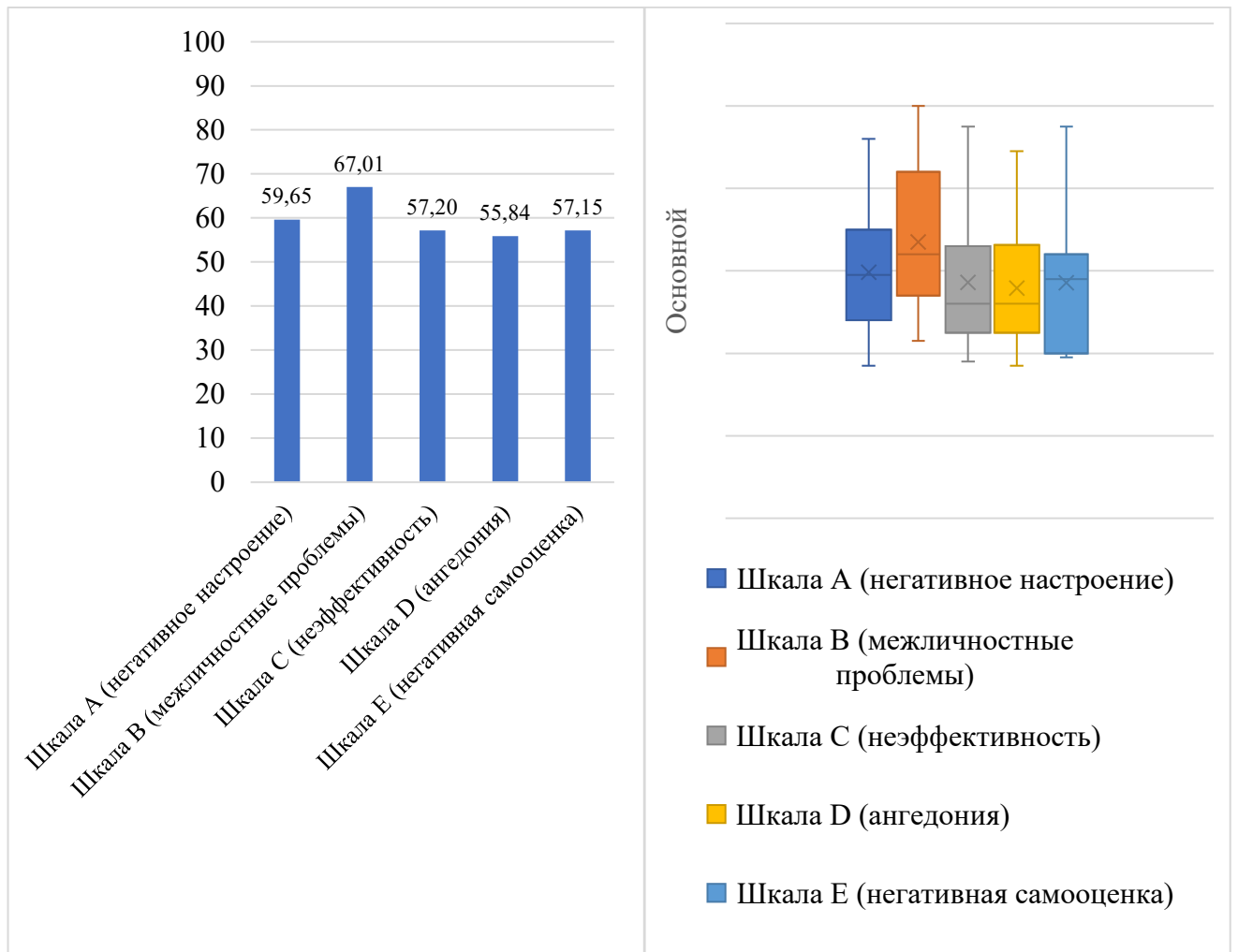


Рисунок 11 – Средние баллы по шкалам методики психодиагностики депрессии М. Ковач

Когнитивные способности по тесту Матрицы Равена составили в среднем $79,4 \pm 7,2$ (мин. 63, макс. 99, ДИ 95%: 78,4-80,4, Q1-Q3: 75,0-85,0).

Девушки демонстрировали высокий уровень социального пессимизма (4 балла, Q1-Q3: 3-5) и аффективности (3,3 балла, Q1-Q3: 2-5), при низких показателях максимализма, слома культурных барьеров, уникальности и антисуицидального фактора (Рисунок 12).

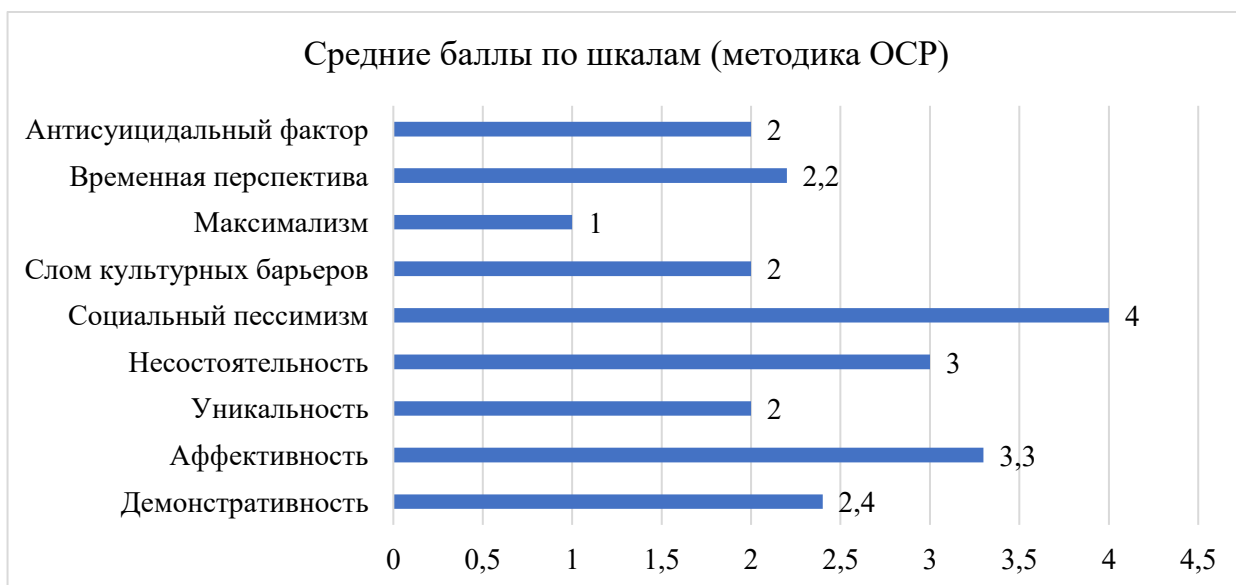


Рисунок 12 – Средние баллы по шкалам опросника суицидального риска (ОСП)

Индивидуально-типологический опросник (ИТО) выявил дезадаптирующие свойства, включая экстраверсию (1.08%), интроверсию (9.14%), тревожность (5.38%) и другие черты (Таблица 8).

Таблица 8 – Результаты психодиагностики по индивидуально-типологическому опроснику ИТО

Шкала	в пределах нормы (3-4 балла)		выраженные умеренно (5-7 баллов)		выраженные избыточно (8-9 баллов)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Экстраверсия	109	58,60	75	40,32	2	1,08
Спонтанность	136	73,12	43	23,12	7	3,76
Агрессивность	133	71,51	45	24,19	8	4,30
Ригидность	130	69,89	50	26,88	6	3,23
Интроверсия	118	63,44	51	27,42	17	9,14
Сензитивность	98	52,69	81	43,55	7	3,76
Тревожность	108	58,06	68	36,56	10	5,38
Лабильность	125	67,20	57	30,65	4	2,15

Продолжение Таблицы 8

Шкала	в пределах нормы (3-4 балла)		выраженные умеренно (5-7 баллов)		выраженные избыточно (8-9 баллов)	
	абс	%	абс	%	абс	%
—	Достоверный результат		—	—	Недостоверный результат	
Шкала искренности	179	96,24	—	—	Шкала искренности	179
Шкала аггравации	184	98,92	—	—	Шкала аггравации	184

Средний профиль группы показал акцентуированную экстраверсию (5,04 балла), указывающую на эмоциональную напряженность и внутренний конфликт (Рисунок 13).

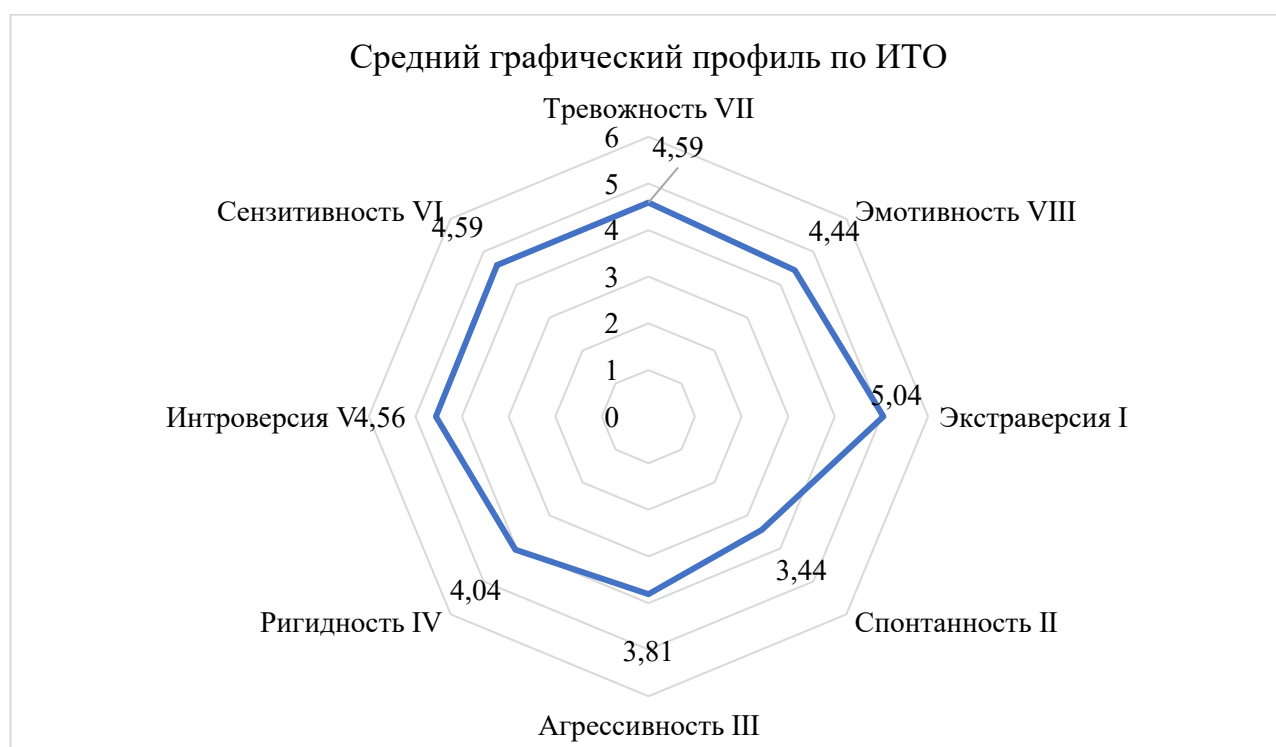


Рисунок 13 – Средний графический профиль по ИТО

Для оценки уровня тревожности у девушек-подростков с НССП использовалась Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), позволяющая проанализировать тревожность как в целом, так и по ее отдельным когнитивным, поведенческим и ситуативным проявлениям.

Результаты свидетельствуют о высоком уровне тревожности в изучаемой выборке. Наибольшие значения средних баллов отмечены по шкале общей тревожности ($M=5,12$, $SD=2,78$, $Me=6,0$), а также в шкалах, связанных с тревогой в ситуациях самовыражения, проверки знаний, оценки окружающих и в отношениях с родителями и сверстниками.

Результаты анализа различий между возрастными группами (12-14 лет и 15-17 лет) по шкалам методики МОДТ (критерий Крускала-Уоллиса) показали: ни по одной из шкал не выявлено статистически значимых различий ($p>0,05$). Наименьшее значение p наблюдается по шкале «Тревога в отношениях с учителями» ($p=0,0762$), что может указывать на тенденцию, но все еще не достигает уровня статистической значимости. Таким образом, уровень тревожности по шкалам МОДТ в возрастных группах статистически сопоставим. Графическое распределение значений по шкалам – на Рисунке 14.

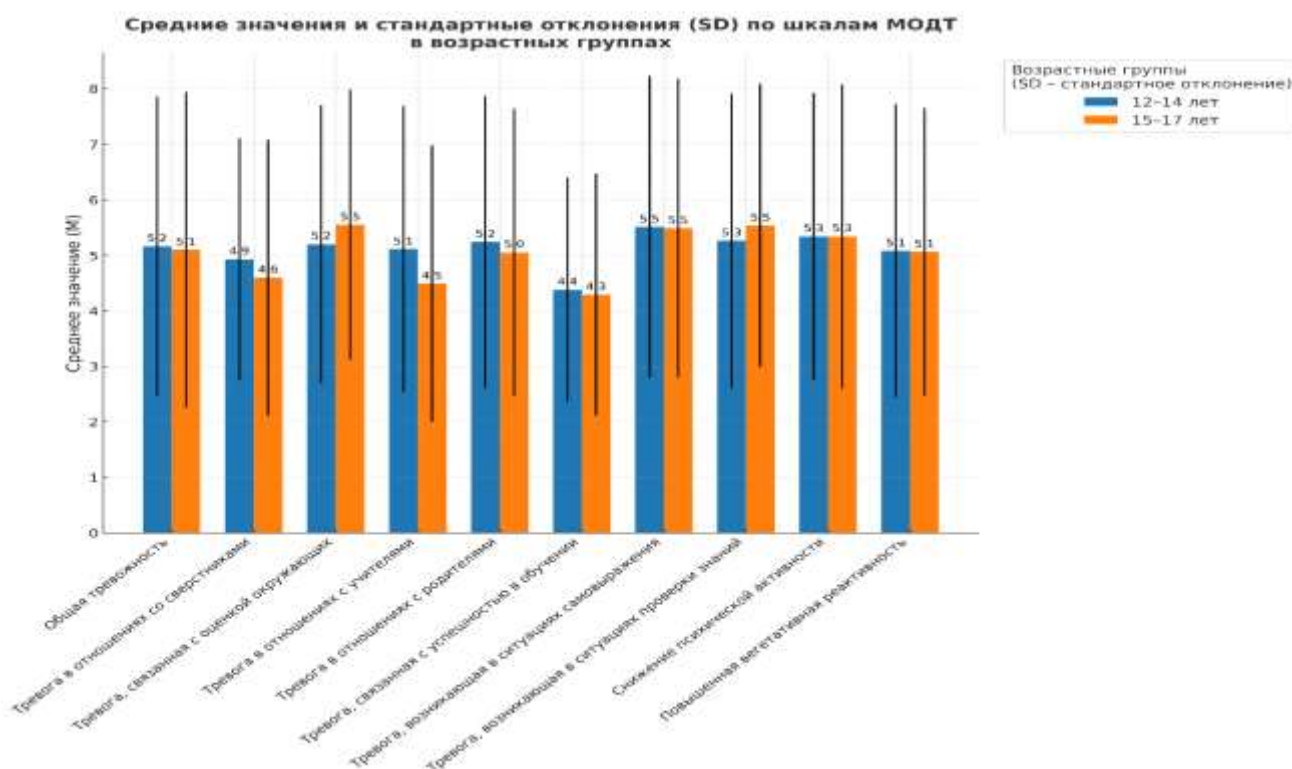


Рисунок 14 – Средние значения тревожности по шкалам методики МОДТ в возрастных подгруппах

Ниже представлена сводная Таблица 9 по методике МОДТ с разделением по диагностическим группам и значениями p-value (Крускал-Уоллис). Формат: $M \pm SD$ | Me [Q1; Q3]. Статистически значимые различия ($p < 0.05$) выявлены по большинству шкал.

Таблица 9 – Результаты оценки тревоги по методике МОДТ в диагностических подгруппах

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1, Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1, Q3)	p-value (Kruskal-Wallis)
Общая тревожность	5.12±2.7 7, 6.0 [3.0; 7.0]	7.0±2.72, 8.0 [7.0; 8.0]	7.64±2.7 7, 8.0 [6.5; 10.0]	5.5±2.35, 6.5 [4.5; 7.0]	3.79±2.4 2, 5.0 [1.5; 5.0]	4.86±2.6 8, 6.0 [3.0; 6.0]	0.0001
Тревога в отношениях со сверстниками	4.73±2.3 6, 5.0 [3.0; 6.0]	5.93±2.0 6, 6.0 [5.0; 6.75]	6.18±2.3 6, 6.0 [5.0; 8.0]	5.0±2.45, 6.0 [4.25; 6.0]	4.58±2.3 9, 5.0 [3.0; 6.0]	4.47±2.3 3, 5.0 [2.0; 6.0]	0.0524
Тревога, связанная с оценкой окружающих	5.41±2.4 5, 6.0 [3.0; 7.0]	7.14±1.2 9, 7.0 [6.25; 8.0]	6.64±2.4 6, 7.0 [5.5; 8.0]	5.64±2.5, 6.0 [3.75; 7.0]	4.47±2.1 2, 5.0 [3.0; 5.5]	5.23±2.5, 6.0 [3.0; 7.0]	0.004
Тревога в отношениях с учителями	4.74±2.5 3, 5.0 [3.0; 6.0]	6.21±1.7 6, 6.5 [5.0; 7.0]	6.18±2.4 8, 8.0 [4.0; 8.0]	4.71±2.5 5, 5.5 [3.0; 6.0]	4.21±2.7 8, 4.0 [2.0; 6.5]	4.53±2.5 1, 5.0 [3.0; 6.0]	0.0336
Тревога в отношениях с родителями	5.13±2.5 9, 6.0 [3.0; 7.0]	6.43±1.9 1, 7.0 [5.25; 7.75]	6.45±2.6 2, 6.0 [5.0; 8.0]	4.36±2.3 1, 5.0 [3.25; 5.0]	4.63±2.4 8, 5.0 [3.0; 6.0]	5.03±2.6 6, 6.0 [3.0; 6.0]	0.0445
Тревога, связанная с успешностью в обучении	4.32±2.1 1, 5.0 [3.0; 5.0]	6.36±1.9 5, 6.5 [5.25; 7.75]	5.18±2.2 7, 6.0 [3.5; 7.0]	3.86±1.9 9, 4.5 [2.25; 5.0]	3.32±1.6 7, 3.0 [2.5; 4.0]	4.23±2.0 5, 5.0 [3.0; 5.0]	0.0005
Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	5.5±2.69, 6.0 [3.0; 7.0]	6.93±2.4, 8.0 [7.0; 8.0]	7.27±2.8 3, 8.0 [5.0; 10.0]	5.93±2.9 5, 7.0 [3.75; 7.75]	4.21±2.2, 5.0 [2.5; 5.0]	5.34±2.6 4, 6.0 [3.0; 7.0]	0.0028
Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	5.42±2.5 8, 6.0 [4.0; 7.0]	6.5±2.24, 7.0 [6.0; 7.75]	7.55±3.1 7, 9.0 [7.0; 9.5]	5.43±2.2 8, 6.0 [4.25; 6.0]	4.53±2.5, 5.0 [2.5; 6.0]	5.26±2.5 2, 6.0 [3.0; 7.0]	0.0039

Продолжение Таблицы 9

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1, Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1, Q3)	p-value (Kruskal-Wallis)
Снижение психической активности	5.34±2.67, 6.0 [3.0; 7.0]	6.64±1.98, 7.0 [5.25; 8.0]	8.09±1.92, 9.0 [8.0; 9.0]	6.21±2.49, 7.0 [4.75; 7.75]	3.53±2.12, 4.0 [2.0; 4.5]	5.13±2.65, 6.0 [3.0; 6.25]	0.001
Повышенная вегетативная реактивность	5.07±2.6, 6.0 [3.0; 7.0]	6.0±2.75, 7.0 [3.5; 7.0]	7.36±2.2, 7.0 [6.5; 9.0]	5.79±2.72, 7.0 [4.5; 7.0]	3.95±2.48, 5.0 [2.0; 5.0]	4.86±2.49, 6.0 [3.0; 6.0]	0.0011

Попарные сравнения по U-критерию Манна-Уитни с поправкой Бонферрони в Таблице 10 обнаружили значимые различия на уровне тревожности между диагностическими подгруппами. Сильнее всего расходились группы F30-F39 (аффективные расстройства) и F70-F79 (умственная отсталость) – по общей тревожности ($p = 0,022$), снижению психической активности ($p = 0,0007$) и вегетативной реактивности ($p = 0,0108$). F30-F39 также значимо отличалась от F90-F98 (эмоциональные и поведенческие расстройства) по тревоге в ситуациях проверки знаний ($p = 0,038$). Группа F00-F09 (органические расстройства), в свою очередь, показала более высокую тревожность, чем F70-F79 ($p < 0,05$ – как по общей тревожности, так и по тревоге, связанной с успеваемостью). Рисунок 15 наглядно показывает эту картину: профиль тревожности заметно различается в зависимости от нозологии. Разброс значений между плюсами – от аффективных расстройств с самой высокой тревожностью до умственной отсталости с самой низкой – очерчивает клинический континуум, на который стоит опираться при дифференцированной психокоррекционной работе.

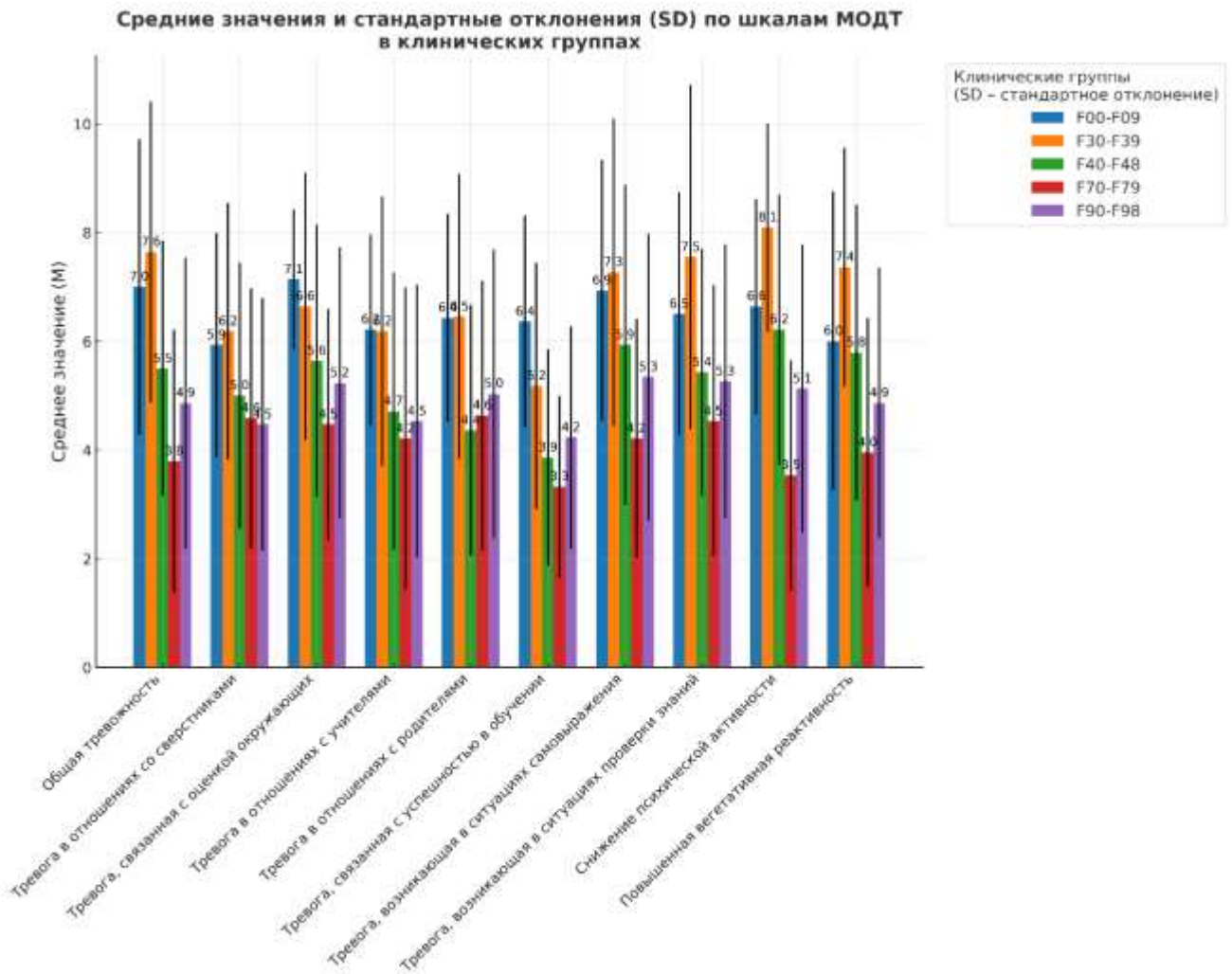


Рисунок 15 – Средние показатели тревожности по шкалам методики МОДТ в клинических подгруппах

Социально-психологическую адаптацию девушек подростка с НССП оценивали методикой СПА в адаптации А. К. Осницкого - она позволяет измерить в интегральные, и компонентные показатели адаптивности. при сравнении возрастных групп (12-14 лет и 15-17 лет) по критерию Крускала-Уоллиса ни одна субшкала значимых различий не показал ($p > 0,05$). Ближе всего к границе значимости оказались «Интегральный показатель интернальности» ($p = 0,070$), «Ведомость» ($p = 0,069$), «Внешний контроль» ($p = 0,063$), «Эскапизм» ($p = 0,082$) и «Дезадаптивность» ($p = 0,174$). Формально ни одно из различий не достигло порога значимости, но сама близость этих значений к границе подсказывает: возрастная динамика адаптации у девушек с НССП, вероятно, выражена слабее, чем это

обычно наблюдается в общей подростковой популяции, и нуждается в проверке на более крупной выборке.

Таблица 10 – Попарные сравнения между диагностическими подгруппами по уровням тревожности (по методике МОДТ), выполненные с использованием U-критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони

[illegible]

Средние значения интегральных показателей методики визуализированы на Рисунке 16.

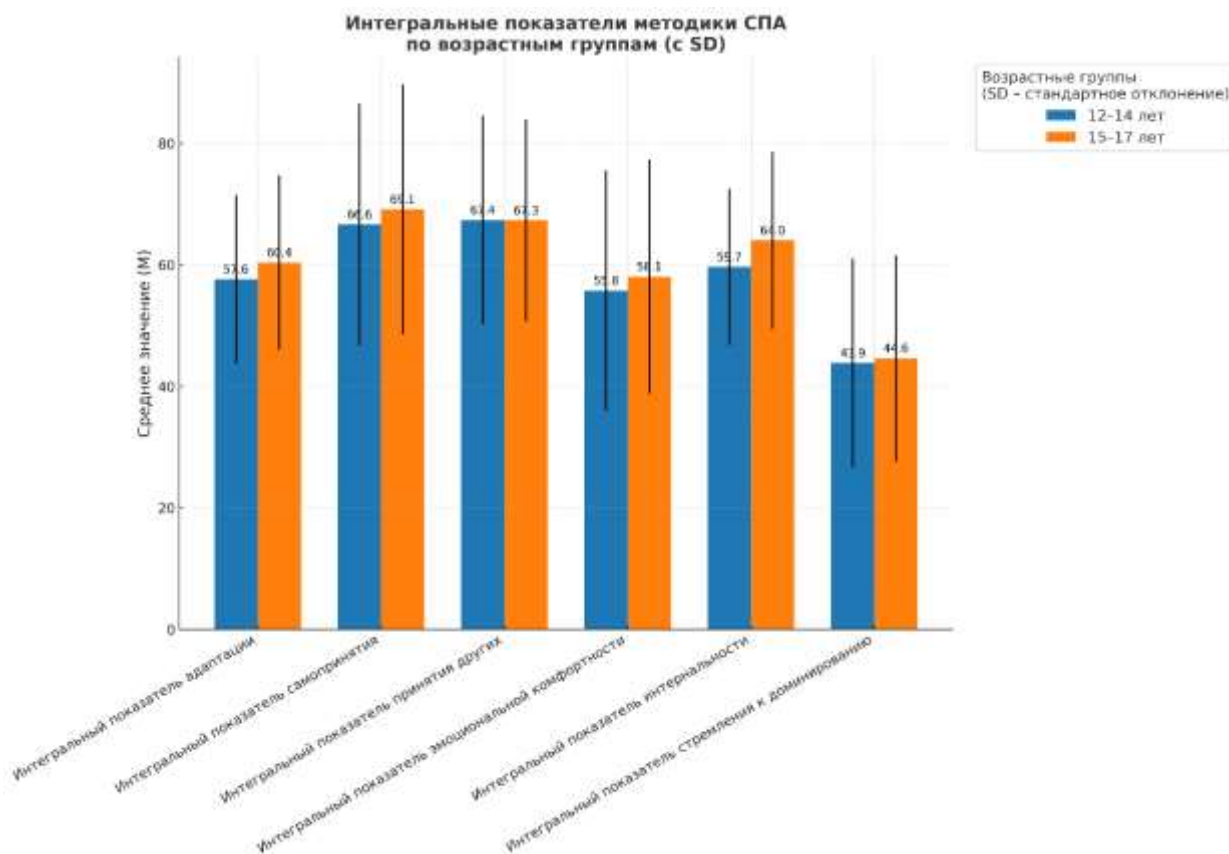


Рисунок 16 – Средние значения по шкалам методики СПА в возрастных подгруппах

В общей выборке среднее значение интегрального показателя адаптации составило 59,28 балла ($SD=14,19$, $Me=59,0$). Средний уровень адаптивности – 133,1 ($SD=25,59$), дезадаптивности – 94,41 ($SD=38,74$). Интегральный показатель самопринятия составил 68,14 ($SD=20,3$), принятие себя – 45,09 ($SD=11,73$), а непринятие себя – 16,75 ($SD=10,64$). Показатель принятия других составил 23,96, непринятия других – 18,87, а интегральный показатель по этому блоку – 67,35 ($SD=16,82$). Эмоциональный комфорт в выборке в среднем составил 24,56 ($SD=6,47$), эмоциональный дискомфорт – 20,21 ($SD=10,3$), интегральный показатель эмоциональной комфортности – 57,16 ($SD=19,48$). Интернальность по общей шкале – 62,31 ($SD=14,06$), при этом внутренний контроль оценивался в среднем на 52,64, а внешний – на 24,47. Интегральный показатель стремления к

доминированию составил 44,32 (SD=17,03), по шкалам доминирования и ведомости – 8,38 и 19,44 соответственно. Среднее значение по шкале эскапизма (уход от проблем) составило 15,66 (SD=5,65), по шкале искренности – 28,35 (SD=16,26). Средние значения интегральных показателей в диагностических подгруппах представлены на Рисунке 17.

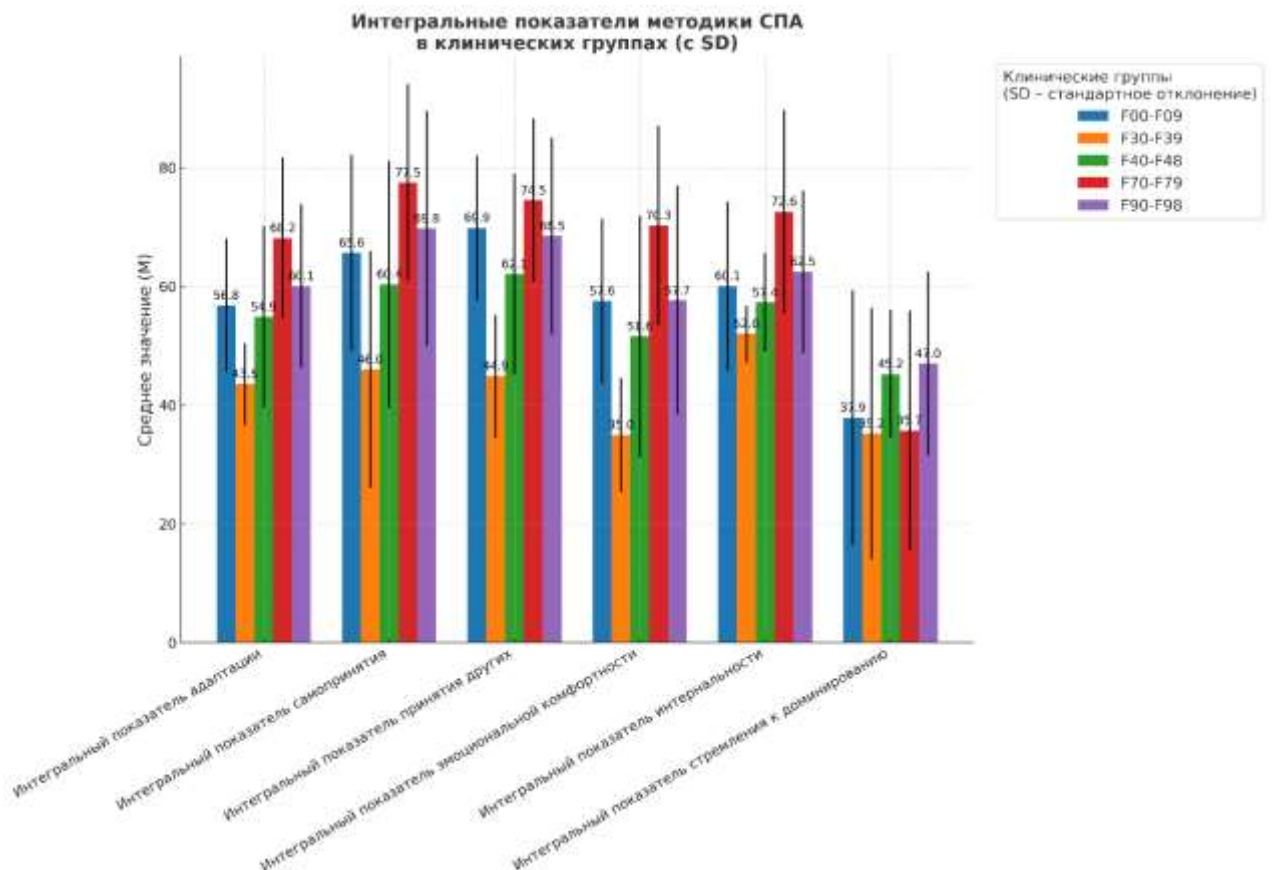


Рисунок 17 – Средние значения по шкалам методики СПА в диагностических подгруппах

Ниже представлена сводная Таблица 11 по методике СПА с разделением по диагностическим группам и значениями p-value (Крускал-Уоллис). Формат: $M \pm SD$ | Me [Q1; Q3]. Статистически значимые различия ($p < 0.05$) выявлены по большинству шкал.

Попарные сравнения с использованием U-критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони выявили значимые различия в показателях социально-

психологической адаптации (СПА) между диагностическими подгруппами (см. Таблицу 12).

Таблица 11 – Сводная таблица по методике оценки социально-психологической адаптации (СПА) у девушек-подростков с НССП: сравнение диагностических подгрупп по субшкалам и интегральным показателям

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1,Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1,Q3)	p-value (Kruskal-Wallis)
Интегральный показатель адаптации	59.28±14.19, 59.0 [51.0; 67.0]	56.79±11.26, 58.0 [50.5; 61.2]	43.55±6.92, 43.0 [41.0; 48.0]	54.86±15.35, 52.5 [49.8; 62.8]	68.16±13.55, 66.0 [59.0; 73.0]	60.08±13.77, 59.0 [52.8; 69.0]	0.0
Адаптивность	133.10±25.59, 132.0 [120.0; 151.0]	137.21±21.58, 141.0 [121.2; 143.0]	106.91±17.82, 105.0 [104.0; 118.0]	120.86±23.08, 119.0 [118.0; 132.5]	150.26±15.25, 152.0 [144.0; 157.5]	133.70±25.91, 132.0 [126.0; 148.2]	0.0
Деадаптивность	94.41±38.74, 93.0 [66.5; 119.8]	107.57±37.79, 104.0 [84.5; 122.5]	137.73±24.99, 137.0 [125.5; 154.0]	104.64±41.29, 107.0 [85.0; 127.2]	74.53±37.05, 78.0 [56.5; 96.5]	91.08±36.86, 92.0 [58.8; 115.0]	0.0002
Интегральный показатель самопринятия	68.14±20.30, 73.0 [54.0; 80.8]	65.64±16.53, 71.0 [63.2; 73.0]	46.00±19.95, 47.0 [38.5; 50.5]	60.36±20.82, 62.5 [53.5; 66.8]	77.53±16.50, 78.0 [74.0; 88.0]	69.77±19.81, 73.0 [57.0; 84.0]	0.0004
Принятие себя	45.09±11.73, 45.0 [39.0; 53.8]	45.07±11.34, 46.0 [37.2; 51.5]	31.27±9.13, 33.0 [28.0; 36.5]	37.57±9.39, 37.0 [36.0; 41.0]	52.47±8.81, 53.0 [49.0; 60.0]	46.00±11.36, 45.0 [44.0; 54.0]	0.0
Непринятие себя	16.75±10.64, 17.0 [9.0; 23.8]	20.36±10.73, 19.0 [13.0; 24.2]	26.64±10.11, 28.0 [23.5; 32.0]	20.36±11.39, 22.0 [13.0; 26.5]	11.68±8.30, 13.0 [5.0; 14.0]	15.86±10.29, 16.5 [8.0; 22.0]	0.001
Интегральный показатель принятия других	67.35±16.82, 68.0 [55.0; 77.0]	69.86±12.23, 73.5 [64.0; 76.0]	44.91±10.34, 51.0 [39.5; 52.0]	62.07±16.89, 66.5 [52.8; 70.0]	74.53±13.76, 79.0 [63.5; 83.0]	68.52±16.61, 72.0 [56.8; 77.0]	0.0001
Принятие других	23.96±5.74, 24.0 [21.0; 28.8]	24.79±5.47, 26.0 [21.2; 27.5]	17.91±5.49, 18.0 [14.5; 20.0]	20.93±4.03, 21.0 [19.5; 22.0]	28.74±4.60, 30.0 [29.0; 30.0]	24.01±5.50, 24.0 [22.0; 28.0]	0.0

Продолжение Таблицы 11

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1,Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1,Q3)	p-value (Krusk al- Wallis)
Непринятие других	18.87±7.4 1, 18.0 [15.2; 24.0]	20.14±7.8 6, 21.0 [16.0; 25.8]	27.27±5.2 0, 28.0 [23.5; 32.0]	21.86±7.7 5, 21.0 [21.0; 28.0]	16.89±5.7 0, 18.0 [15.5; 18.0]	17.97±7.2 1, 18.0 [14.8; 23.0]	0.0002
Интегральн ый показатель эмоциональн ой комфортност и	57.16±19. 48, 55.0 [46.0; 66.8]	57.57±13. 83, 60.0 [48.5; 62.8]	35.00±9.6 2, 35.0 [33.0; 39.0]	51.57±20. 33, 48.0 [42.2; 54.8]	70.26±16. 82, 67.0 [61.5; 73.5]	57.69±19. 28, 55.0 [47.0; 65.2]	0.0
Эмоциональ ный комфорт	24.56±6.4 7, 24.0 [21.0; 28.0]	28.29±5.8 6, 28.5 [24.2; 29.0]	19.00±6.3 1, 18.0 [18.0; 21.0]	22.00±5.5 7, 21.0 [21.0; 24.8]	27.58±4.4 9, 28.0 [25.0; 30.0]	24.46±6.4 8, 24.0 [23.0; 28.0]	0.0002
Эмоциональ ный дискомфорт	20.21±10. 30, 20.0 [14.0; 27.0]	21.43±9.1 4, 19.0 [18.2; 22.8]	33.73±5.0 8, 36.0 [31.0; 36.0]	22.71±10. 60, 23.0 [19.2; 28.5]	13.53±8.9 3, 14.0 [8.0; 18.5]	19.63±9.8 8, 20.0 [13.0; 25.2]	0.0
Интегральн ый показатель интернально сти	62.31±14. 06, 61.0 [53.0; 69.0]	60.07±14. 28, 59.5 [52.2; 61.0]	52.00±4.8 2, 51.0 [50.5; 51.5]	57.36±8.3 0, 56.0 [53.5; 59.8]	72.58±17. 12, 69.0 [59.0; 86.0]	62.45±13. 73, 61.0 [54.8; 69.2]	0.0006
Внутренний контроль	52.64±8.7 2, 52.0 [49.0; 58.0]	55.00±8.0 9, 55.0 [50.5; 58.0]	52.64±9.3 3, 54.0 [48.0; 58.5]	52.21±5.1 5, 51.0 [50.2; 52.0]	54.63±8.6 6, 55.0 [53.0; 56.0]	52.13±9.0 8, 52.0 [48.0; 58.0]	0.4576
Внешний контроль	24.47±11. 36, 24.0 [18.0; 32.0]	27.93±12. 74, 28.0 [23.2; 33.2]	34.27±6.6 5, 36.0 [31.0; 39.0]	28.50±8.2 7, 29.0 [24.2; 32.0]	17.26±11. 90, 18.0 [7.0; 28.5]	23.88±11. 01, 24.0 [16.0; 31.2]	0.0007
Интегральн ый показатель стремления к доминирова нию	44.32±17. 03, 48.0 [38.2; 52.0]	37.86±21. 45, 37.5 [31.0; 51.0]	35.18±21. 16, 35.0 [27.0; 40.5]	45.21±10. 83, 43.0 [41.2; 43.0]	35.74±20. 17, 39.0 [27.0; 47.5]	46.98±15. 50, 50.0 [42.0; 52.0]	0.0021
Доминирова ние	8.38±3.90 , 9.0 [6.0; 10.0]	8.36±5.51 , 8.0 [5.0; 12.0]	6.73±4.03 , 7.0 [5.0; 8.5]	8.21±1.37 , 8.0 [8.0; 8.8]	6.11±4.62 , 6.0 [2.5; 8.0]	8.88±3.64 , 9.0 [7.0; 10.0]	0.0195

Продолжение Таблицы 11

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1, Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1, Q3)	p-value (Kruskal-Wallis)
Ведомость	19.44±5.84, 19.0 [16.0; 23.0]	23.57±6.62, 23.0 [22.0; 28.2]	22.64±6.48, 25.0 [22.0; 26.0]	20.57±5.26, 21.0 [21.0; 22.0]	18.47±6.86, 19.0 [12.5; 21.5]	18.73±5.37, 18.0 [16.0; 22.0]	0.0012
Эскапизм (уход от проблем)	15.66±5.65, 15.0 [13.0; 19.0]	18.64±5.73, 18.0 [14.2; 24.0]	19.91±5.56, 22.0 [18.0; 22.5]	14.43±7.39, 15.0 [11.2; 18.0]	14.47±6.01, 15.0 [12.5; 17.0]	15.27±5.19, 15.0 [13.0; 18.0]	0.0106

Наиболее выраженные различия наблюдались между группами F30-F39 (аффективные расстройства) и F70-F79 (умственная отсталость) по интегральному показателю адаптации (*p*=0,00016), адаптивности (*p*=0,00020), принятию других (*p*=0,00053) и эмоциональной комфортности (*p*=0,000087). Группа F30-F39 также достоверно отличалась от F90-F98 (эмоциональные и поведенческие расстройства) по дезадаптивности (*p*=0,0014) и внешнему контролю (*p*=0,0097). При этом группа F00-F09 (органические расстройства) демонстрировала более высокие показатели принятия других (*p*=0,0033) и эмоционального комфорта (*p*=0,0040) по сравнению с F30-F39.

Таблица 12 – Попарные сравнения между диагностическими подгруппами по показателям социально-психологической адаптации (СПА), выполненные с использованием U-критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони

Шкала	F00-F09 / F30-F39	F00 - F09 / F40 - F48	F00-F09 / F70-F79	F00 - F09 / F90 - F98	F30-F39 / F40-F48	F30-F39 / F70-F79	F30-F39 / F90-F98	F40-F48 / F70-F79	F40-F48 / F90-F98	F70-F79 / F90-F98
Интегральный показатель адаптации	0.0364*	1.0	0.2037	1.0	0.2988	0.0002*	0.0003*	0.1836	0.8004	0.2447
Адаптивность	0.0176*	1.0	0.3753	1.0	0.8919	0.0002*	0.0015*	0.0025*	0.3508	0.0495*

Продолжение Таблицы 12

Шкала	F00- F09 / F30- F39	F00- F09 / F40- F48	F00- F09 / F70- F79	F00- F09 / F90- F98	F30- F39 / F40- F48	F30- F39 / F70- F79	F30- F39 / F90- F98	F40- F48 / F70- F79	F40- F48 / F90- F98	F70- F79 / F90- F98
Деадаптивнос ть	0.171 4	1.0	0.286 1	1.0	0.183	0.0011 *	0.0014 *	0.3264	1.0	1.0
Интегральный показатель самопринятия	0.148 1	1.0	0.225 5	1.0	0.4249	0.0061 *	0.0064 *	0.2259	0.6475	0.5059
Принятие себя	0.043 7*	0.972 8	0.408 2	1.0	0.9383	0.0006 *	0.0004 *	0.002*	0.0193 *	0.0757
Непринятие себя	0.662 9	1.0	0.245 2	1.0	0.9243	0.0059 *	0.0154 *	0.2429	1.0	0.7013
Интегральный показатель принятия других	0.003 3*	1.0	1.0	1.0	0.0844	0.0002 *	0.0002 *	0.4477	1.0	1.0
Принятие других	0.113 8	0.578 1	0.232 1	1.0	1.0	0.0005 *	0.0085 *	0.0012 *	0.0411 *	0.0084 *
Непринятие других	0.242 7	1.0	1.0	1.0	0.6747	0.0011 *	0.0004 *	0.1994	0.3949	1.0
Интегральный показатель эмоционально й комфортности	0.004 *	1.0	0.184 9	1.0	0.0757	0.0001 *	0.0002 *	0.0239 *	1.0	0.0417 *
Эмоциональн ый комфорт	0.011 5*	0.064 2	1.0	0.5287	0.8381	0.0051 *	0.0382 *	0.0253 *	0.6287	0.2483
Эмоциональн ый дискомфорт	0.020 4*	1.0	0.182 4	1.0	0.0223 *	0.0002 *	0.0001 *	0.0512	1.0	0.0799
Интегральный показатель интернальност и	1.0	1.0	0.358 1	1.0	0.2912	0.0061 *	0.0184 *	0.0542	0.9299	0.1901
Внутренний контроль	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Внешний контроль	1.0	1.0	0.409 4	1.0	0.8283	0.0031 *	0.0097 *	0.0976	1.0	0.3975
Интегральный показатель стремления к доминировани ю	1.0	1.0	1.0	0.7039	0.3535	1.0	0.0815	0.8529	1.0	0.0527
Доминировани е	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.4012	0.3551	1.0	0.0736
Ведомость	1.0	0.593 2	0.115 3	0.0235 *	0.8641	0.291	0.0681	1.0	0.7309	1.0

Продолжение Таблицы 12

Шкала	F00- F09 / F30- F39	F00- F09 / F40- F48	F00- F09 / F70- F79	F00- F09 / F90- F98	F30 - F39 / F40 - F48	F30- F39 / F70- F79	F30- F39 / F90- F98	F40- F48 / F70- F79	F40- F48 / F90- F98	F70- F79 / F90- F98
Эскапизм (уход от проблем)	1.0	1.0	1.0	0.89 8	0.17 59	0.0597	0.0117 *	1.0	1.0	1.0
Шкала искренности	0.61 49	1.0	0.447 2	1.0	0.01 8*	0.0027 *	0.2579	0.995 8	0.426 1	0.002 6*

Для анализа особенностей социальной поддержки у девушек-подростков с НССП были использованы данные по двум частям опросника ШСПДП К. Малецки: часть 1 оценивает частоту получения поддержки от значимых фигур, а часть 2 – ее субъективную значимость. Полученные показатели были проанализированы в общей выборке и с учетом диагностических подгрупп. Сводные таблицы (Таблица 13 и Таблица 14) содержат числовые характеристики по каждому источнику поддержки, а также значения p по критерию Крускала-Уоллиса. Для визуализации межгрупповых различий по каждой шкале были построены столбчатые диаграммы, отражающие средние значения в подгруппах, что позволяет наглядно оценить вклад клинических факторов в восприятие и наличие социальной поддержки, визуализация результатов представлена на Рисунках 18-21.

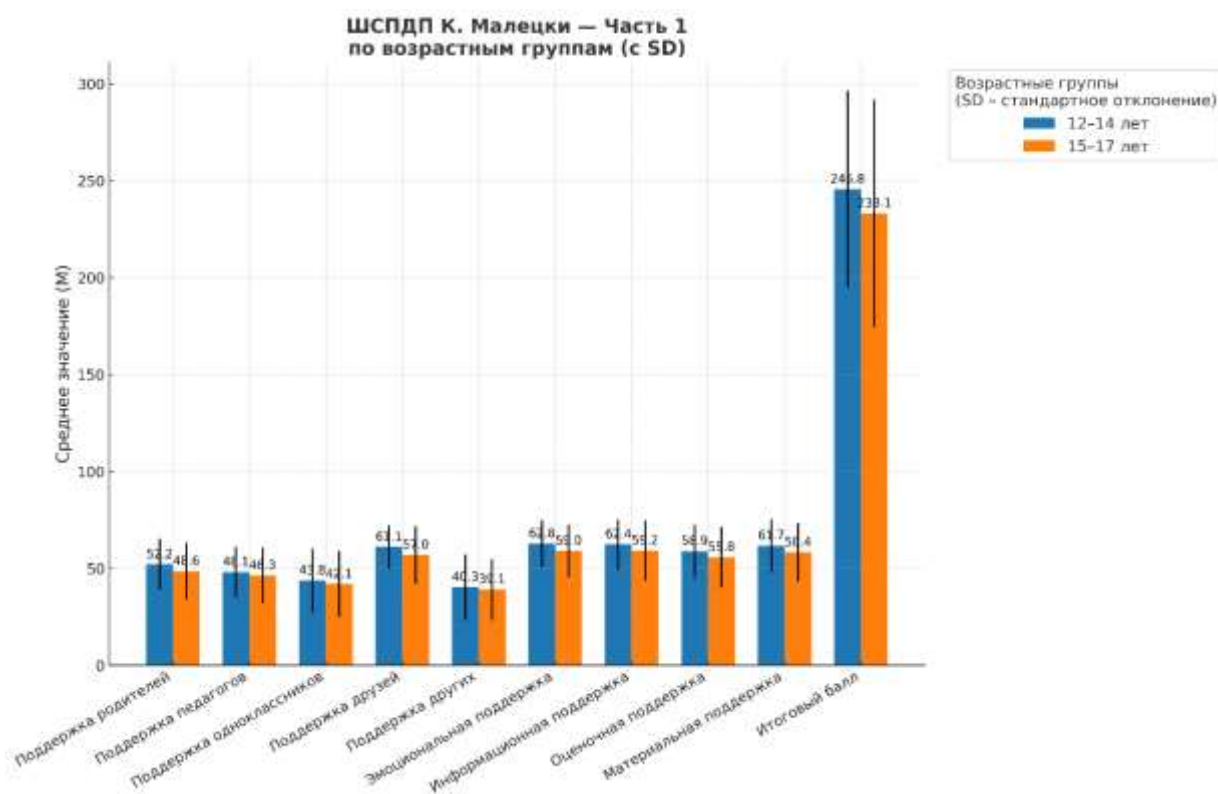


Рисунок 18 – Средние значения по методике ШСПДП (часть 1) в возрастных подгруппах

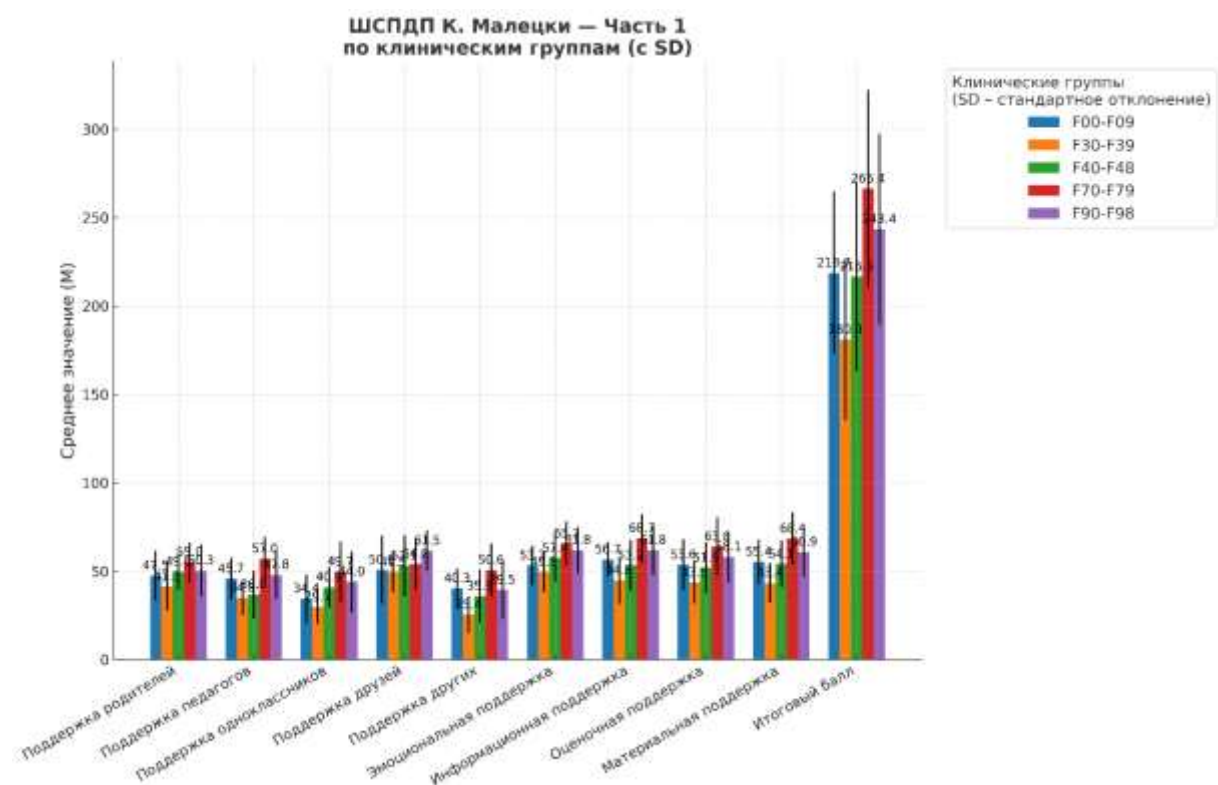


Рисунок 19 – Средние значения по методике ШСПДП (часть 1) в диагностических подгруппах

Таблица 13 – Сводная таблица по шкале частоты социальной поддержки (ШСПДП К. Малецки – Часть 1) в общей выборке и диагностических подгруппах

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1,Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1,Q3)	p- value (Krusk al- Wallis)
Поддержка родителей	50.02±14. 15, 51.0 [44.0; 60.0]	47.50±14. 13, 52.0 [45.5; 54.5]	41.27±13. 48, 39.0 [32.0; 48.0]	49.79±10. 24, 50.0 [50.0; 53.75]	55.00±11. 27, 55.0 [52.5; 59.0]	50.34±14. 73, 51.0 [45.5; 62.0]	0.0807
Поддержка педагогов	47.01±13. 88, 48.0 [37.0; 58.75]	45.71±11. 70, 47.5 [40.0; 51.25]	34.82±9.5 7, 35.0 [29.0; 40.5]	36.79±13. 45, 35.0 [30.0; 38.0]	57.05±12. 23, 61.0 [55.5; 62.5]	47.83±13. 39, 48.0 [40.0; 57.25]	0.0000
Поддержка одноклассни ков	42.75±16. 89, 44.0 [29.0; 55.75]	34.36±13. 64, 34.0 [25.25; 45.5]	29.73±9.6 7, 28.0 [24.5; 32.0]	40.93±11. 44, 41.0 [38.75; 41.0]	49.74±17. 21, 54.0 [44.5; 61.0]	43.95±17. 39, 44.0 [31.75; 58.0]	0.0029
Поддержка друзей	58.61±13. 62, 62.0 [53.25; 68.0]	50.86±19. 33, 56.5 [45.25; 63.25]	49.55±11. 51, 51.0 [40.5; 55.0]	53.07±17. 24, 52.0 [51.0; 63.75]	54.21±14. 45, 59.0 [49.5; 63.5]	61.50±11. 54, 63.0 [61.0; 69.0]	0.0001
Поддержка других	39.56±16. 28, 39.0 [28.0; 50.0]	40.29±11. 38, 42.0 [37.0; 47.0]	25.45±10. 41, 24.0 [20.0; 29.0]	35.93±15. 12, 37.0 [21.5; 37.0]	50.63±15. 02, 55.0 [48.0; 59.0]	39.45±16. 48, 39.0 [29.5; 48.25]	0.0004
Эмоциональ ная поддержка	60.52±13. 18, 62.0 [56.0; 67.0]	53.29±10. 97, 58.0 [50.0; 58.75]	49.45±11. 28, 50.0 [41.0; 58.0]	57.43±13. 15, 57.0 [57.0; 61.5]	65.68±12. 50, 69.0 [63.0; 72.5]	61.83±12. 96, 62.0 [57.5; 68.0]	0.0001
Информацио нная поддержка	60.49±14. 66, 62.0 [51.0; 71.0]	56.71±9.6 4, 61.0 [53.25; 62.75]	44.82±13. 31, 43.0 [38.0; 47.5]	53.21±14. 38, 54.0 [43.0; 57.75]	68.68±13. 83, 72.0 [66.0; 77.0]	61.84±14. 17, 62.0 [55.5; 69.5]	0.0001
Оценочная поддержка	57.02±14. 95, 58.0 [47.0; 65.5]	53.57±14. 54, 59.0 [43.5; 61.0]	43.55±11. 96, 43.0 [36.5; 50.5]	51.93±14. 23, 52.0 [43.25; 53.75]	63.84±16. 66, 68.0 [55.5; 73.5]	58.09±14. 30, 58.0 [50.0; 63.0]	0.0019
Материальн ая поддержка	59.68±14. 58, 60.0 [51.0; 69.5]	55.36±12. 56, 58.0 [54.25; 59.75]	43.36±11. 31, 42.0 [36.0; 48.0]	54.14±13. 24, 55.0 [47.75; 57.75]	68.42±14. 89, 72.0 [67.0; 73.5]	60.86±13. 89, 61.0 [53.0; 68.0]	0.0000
Итоговый балл	238.16±5 5.86, 242.0 [207.0; 275.0]	218.71±4 6.13, 232.0 [202.25; 247.75]	180.91±4 5.56, 180.0 [149.0; 205.0]	216.50±5 3.37, 217.0 [203.75; 218.75]	266.37±5 5.69, 282.0 [255.0; 288.0]	243.39±5 3.94, 242.0 [219.75; 273.0]	0.0001

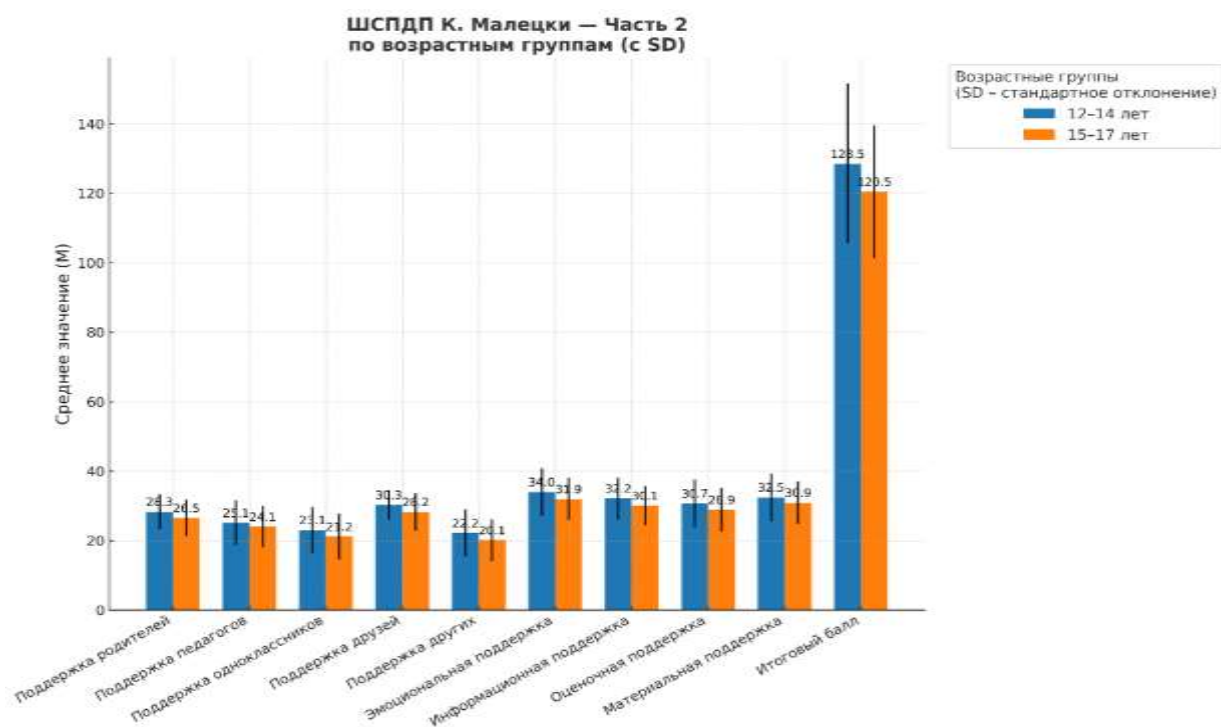


Рисунок 20 – Средние значения по методике ШСПДП (часть 2) в возрастных подгруппах

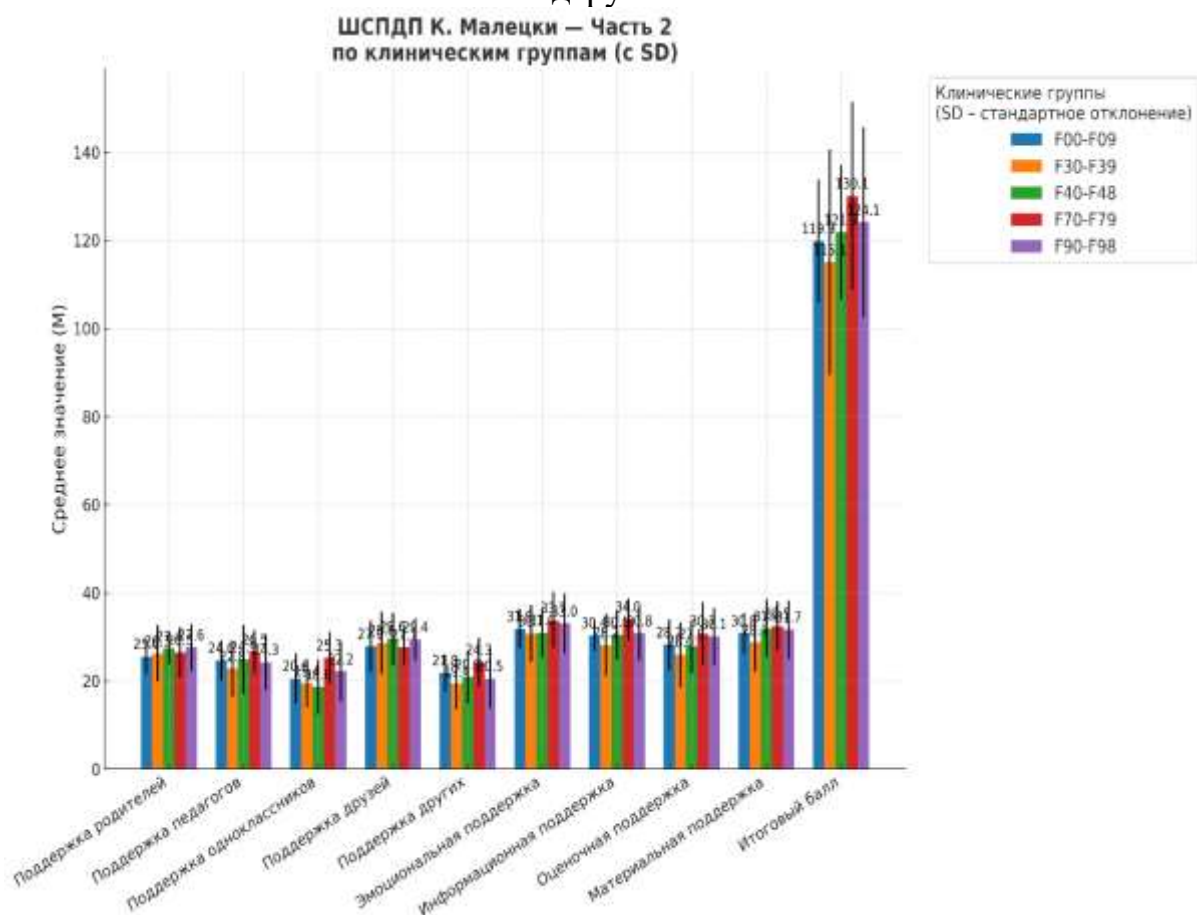


Рисунок 21 – Средние значения по методике ШСПДП (часть 2) в диагностических подгруппах

Таблица 14 – Сводная таблица по шкале значимости социальной поддержки (ШСПДП К. Малецки – Часть 2) в общей выборке и диагностических подгруппах

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1,Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1,Q3)	p-value (Kruska l- Wallis)
Поддержка родителей	27.24±5.2 8, 27.0 [24.0; 31.0]	25.57±3.9 2, 25.5 [24.2; 26.8]	26.27±6.4 8, 26.0 [23.0; 31.0]	27.36±3.5 9, 26.0 [25.2; 30.5]	26.47±5.7 8, 27.0 [22.0; 31.0]	27.60±5.4 0, 28.0 [24.0; 32.0]	0.5183
Поддержка педагогов	24.48±6.1 8, 24.0 [20.0; 28.0]	24.64±4.5 2, 24.0 [22.0; 26.5]	22.82±6.4 3, 23.0 [17.0; 28.5]	24.86±7.8 3, 23.5 [17.8; 32.0]	26.53±5.0 4, 26.0 [23.5; 29.0]	24.26±6.2 9, 24.0 [20.0; 28.0]	0.5170
Поддержка одноклассни- ков	21.95±6.6 7, 21.0 [18.0; 26.0]	20.57±5.6 8, 19.0 [17.0; 23.0]	19.45±5.4 7, 19.0 [15.0; 22.0]	18.64±6.2 7, 18.0 [18.0; 21.0]	25.26±5.9 0, 26.0 [23.5; 29.5]	22.19±6.8 2, 21.0 [18.0; 25.2]	0.0309
Поддержка друзей	29.08±5.0 8, 29.0 [27.0; 33.0]	27.86±5.8 2, 28.0 [24.2; 32.0]	28.64±7.0 7, 30.0 [25.5; 33.5]	29.57±5.9 6, 29.5 [29.0; 32.8]	27.68±4.2 2, 28.0 [26.5; 29.5]	29.40±4.8 4, 29.0 [27.8; 34.0]	0.2412
Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1,Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1,Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1,Q3)	p-value (Kruska l- Wallis)
Поддержка других	20.96±6.4 1, 21.0 [16.0; 25.8]	21.79±4.2 5, 21.0 [19.2; 25.5]	19.36±5.8 4, 20.0 [14.5; 22.0]	20.93±5.9 9, 21.5 [16.0; 25.0]	24.26±5.4 7, 25.0 [21.0; 27.5]	20.52±6.7 3, 20.0 [14.8; 25.0]	0.0817
Эмоциональ- ная поддержка	32.72±6.4 8, 33.0 [29.0; 37.0]	31.86±4.4 9, 31.5 [30.0; 35.0]	30.73±6.4 2, 32.0 [27.5; 35.0]	31.00±5.6 3, 32.5 [31.0; 34.8]	33.74±6.3 9, 34.0 [29.0; 38.5]	33.02±6.7 7, 33.0 [29.0; 38.0]	0.6464
Информацион- ная поддержка	30.91±5.9 0, 31.0 [27.0; 35.0]	30.36±3.5 6, 30.5 [28.0; 33.0]	28.18±6.9 7, 30.0 [22.5; 33.5]	30.50±5.5 9, 30.0 [27.0; 34.8]	33.95±4.6 6, 35.0 [32.5; 36.5]	30.80±6.1 0, 31.0 [26.0; 34.2]	0.0717
Оценочная поддержка	29.62±6.6 1, 30.0 [25.0; 35.0]	28.21±5.6 9, 27.5 [24.2; 32.5]	26.00±7.3 8, 27.0 [21.0; 30.5]	27.86±5.9 7, 28.5 [23.2; 32.5]	30.74±7.1 7, 32.0 [25.5; 36.0]	30.11±6.5 5, 30.0 [25.0; 35.0]	0.2553
Материальная поддержка	31.53±6.4 3, 32.0 [27.0; 36.0]	30.79±4.7 3, 30.5 [28.2; 33.0]	28.73±6.5 9, 30.0 [25.0; 33.0]	31.93±6.5 6, 31.5 [29.2; 33.0]	32.47±5.5 6, 33.0 [29.0; 36.0]	31.66±6.6 9, 32.0 [27.0; 36.0]	0.6301

Продолжение Таблицы 14

Переменная	Вся выборка (n=186) (M, SD, Me, Q1, Q3)	F00-F09 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F30-F39 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F40-F48 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F70-F79 (M, SD, Me, Q1, Q3)	F90-F98 (M, SD, Me, Q1, Q3)	p-value (Kruskal-Wallis)
Итоговый балл	123.67±21.03, 123.0 [111.2; 137.0]	119.86±13.92, 116.5 [109.5; 130.8]	115.09±25.61, 120.0 [100.0; 130.0]	121.86±15.25, 120.5 [116.0; 131.2]	130.05±21.33, 129.0 [121.0; 146.0]	124.07±21.67, 123.5 [110.8; 137.2]	0.3779

Сравнение подгрупп

Сравнительный анализ возрастных и клинических подгрупп по шкалам тревожности, адаптации и социальной поддержки представлен в Таблице 15.

Таблица 15 – Сводная таблица сравнения подгрупп

Показатель	Возрастные подгруппы (12-14 / 15-17 лет)	Клинические подгруппы (МКБ-10)	Комментарии
Общая тревожность (МОДТ)	Нет различий	F30-F39>F90-F98 (p=0.0024) F30-F39>F00-F09 (p=0.0020)	Повышена при аффективных расстройствах
Тревожность в отношениях с учителями	Тенденция p=0.0764	F40-F48>F70-F79 (p=0.0232)	Выше у младших и при невротических расстройствах
Интернальность (СПА)	Тенденция: выше у старших (p=0.0702)	Нет значимых различий	–
Адаптация (СПА)	Нет различий	F30-F39<F90-F98 (p<0.001) F40-F48<F70-F79 (p=0.0184)	Ниже при F30-39 и F40-48
Частота поддержки родителей (CASSS ч.1)	p=0.0774 (чаще у младших)	F30-F39<F90-F98 (p=0.0355)	Ниже при аффективных расстройствах
Частота поддержки друзей (CASSS ч.1)	p=0.0955 (чаще у младших)	Нет различий	–
Значимость поддержки родителей (CASSS ч.2)	p=0.0118 (выше у младших)	Нет различий	–

Продолжение Таблицы 15

Показатель	Возрастные подгруппы (12-14 / 15-17 лет)	Клинические подгруппы (МКБ-10)	Комментарии
Значимость поддержки одноклассников (CASSS ч.2)	$p=0.0342$ (выше у младших)	Нет различий	–
Значимость поддержки друзей (CASSS ч.2)	$p=0.0059$ (выше у младших)	Нет различий	–

3.7 Корреляции самоповреждающего поведения с демографическими, клиническими, социально-психологическими и когнитивными факторами

В рамках исследования был проведен анализ корреляционных связей между различными формами и мотивами самоповреждающего поведения (по частям 1 и 2 шкалы причин самоповреждающего поведения.) и рядом демографических, клинических, эмоциональных и социально-психологических характеристик. В целях повышения интерпретативной значимости в тексте представлены только статистически значимые корреляции с умеренной и высокой силой связи ($r > 0,3$). Все приведенные связи имеют уровень значимости $p < 0,05$. Для визуального представления результатов были построены тепловые карты, отражающие наиболее значимые взаимосвязи.

Наиболее выраженные связи были получены по следующим направлениям:

Эмоциональные и депрессивные проявления. Мотив «Чувствовал себя полностью уничтоженным» положительно коррелировал с межличностными проблемами по шкале депрессии Ковач ($r=0,47$), а стремление «Почувствовать хоть что-нибудь» – с ангедонией ($r=0,34$). Это подтверждает, что самоповреждающее поведение у ряда пациенток может выполнять функцию эмоционального самостимулирования на фоне депрессивной симптоматики.

Показатели тревожности (МОДТ). Тревожность, связанная с оценкой окружающих, достоверно коррелировала с расчесыванием кожи ($r = 0,44$), тревожность в ситуациях проверки знаний – с расчесыванием кожи ($r = 0,40$), а общая тревожность – с выдергиванием волос ($r = 0,30$). Среди мотивов наибольшую

связь с тревожностью показали причины «Избавиться от плохих мыслей» ($r = 0,38$) и «Успокоиться» ($r = 0,38$).

Шкала социально-психологической адаптации (СПА). Отрицательные корреляции умеренной силы отмечены между уровнем адаптации и мотивацией к самоповреждению. Например, общий балл СПА обратно коррелировал с мотивами «Успокоиться» ($r = -0,45$) и «Избавиться от плохих мыслей» ($r = -0,41$). Эмоциональная комфортность, самопринятие и принятие других также имели обратную связь с выраженностью этих мотивов (до $r = -0,44$).

Шкала социальной поддержки (CASSS / ШСПДП по К. Малецки). Итоговый уровень воспринимаемой поддержки отрицательно коррелировал с порезами режущими предметами ($r = -0,33$). Наибольшая выраженность была у связи между поддержкой родителей и самоповреждениями по типу ударов по поверхности ($r = -0,37$). Это указывает на потенциальную защитную роль родительской и эмоциональной поддержки в контексте самоповреждающего поведения.

Суицидальный риск (ОСР). Наиболее выраженные положительные корреляции обнаружены между шкалами ОСР и следующими параметрами: «Чувство уничтожения» ($r = 0,32$), «Фиксация важного события» ($r = 0,30$), а также выдергиванием волос ($r = 0,37$) и расчесыванием кожи ($r = 0,38$).

Визуальные обобщения корреляционных взаимосвязей представлены на следующих тепловых картах (Рисунок 22, Рисунок 23, Рисунок 24).

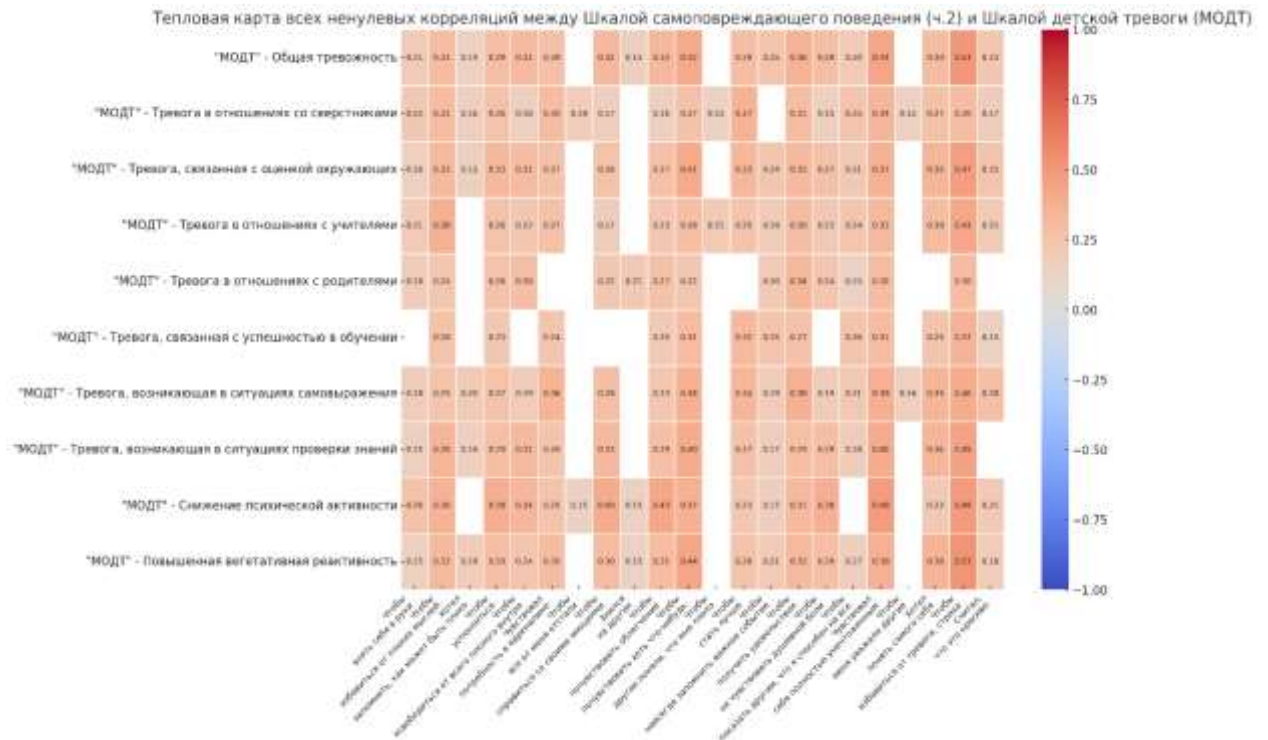


Рисунок 22 – Тепловая карта корреляций между показателями части 2 шкалы самоповреждающего поведения и показателями МОДТ

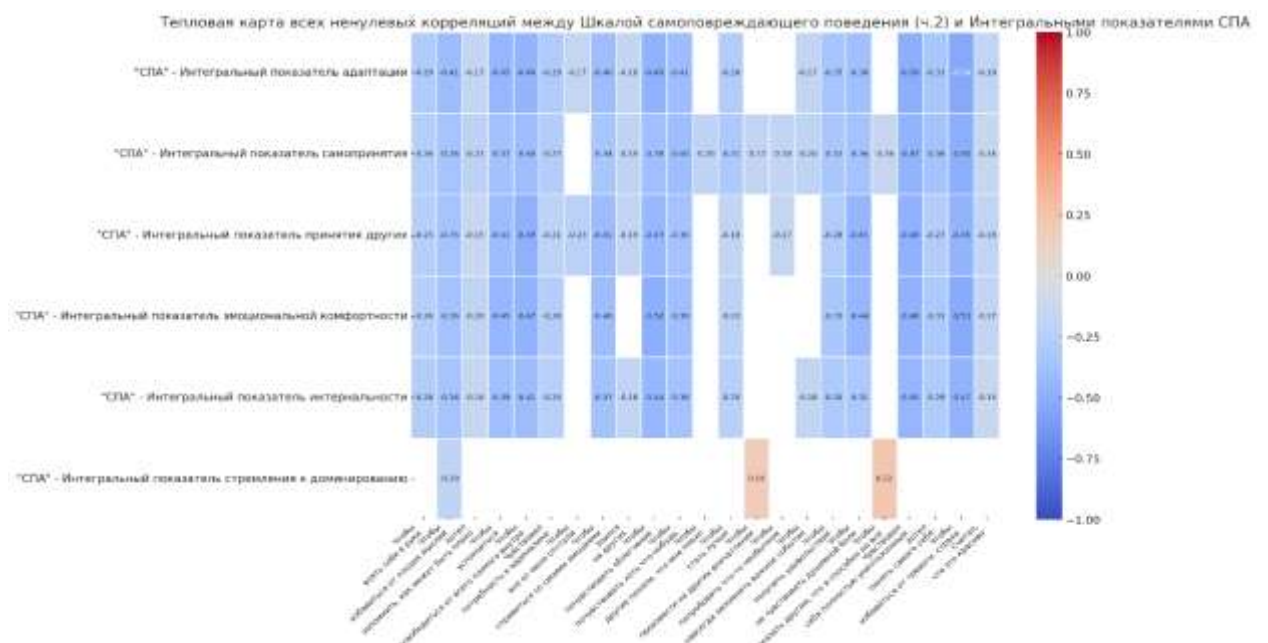


Рисунок 23 – Тепловая карта взаимосвязей причин самоповреждающего поведения с результатами шкалы социально-психологической адаптации К. Роджерса (СПА)

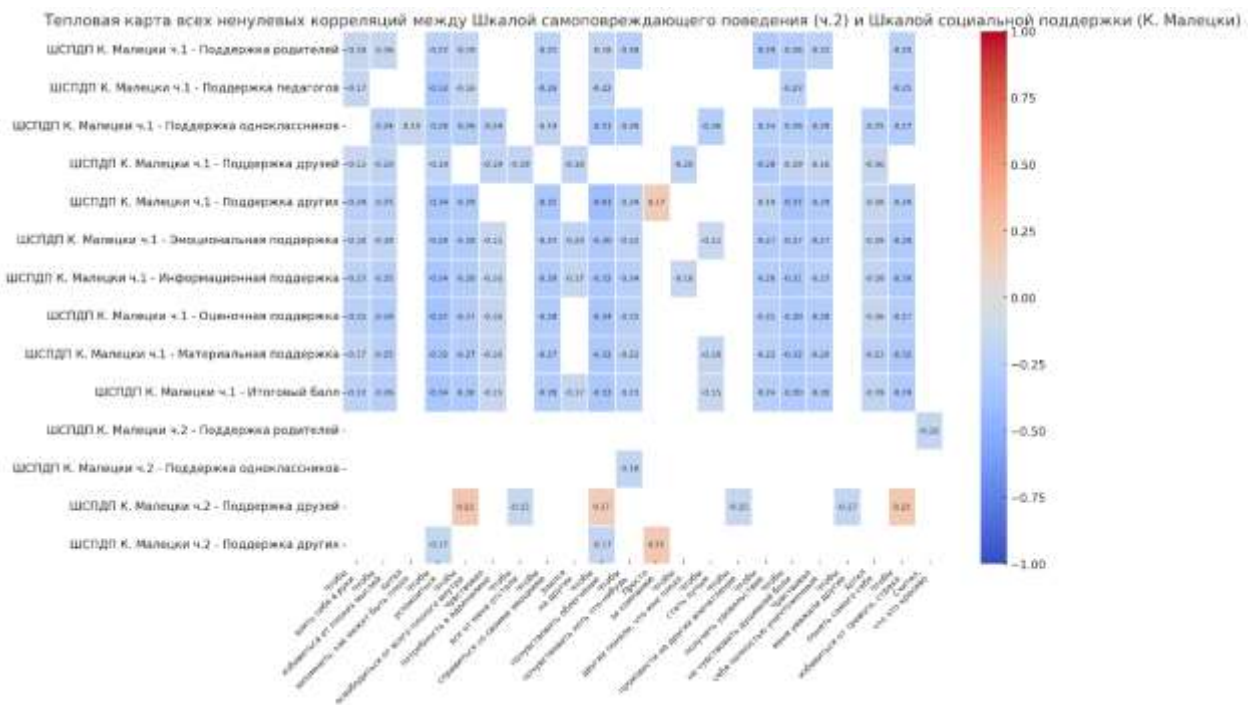


Рисунок 24 – Тепловая карта значимых корреляций причин самоповреждающего поведения с результатами шкалы оценки социальной поддержки К. Малецки

Корреляционный анализ между шкалами МОДТ и интегральными показателями социальной адаптации по шкале СПА выявил ряд выраженных статистических связей. Наиболее высокие коэффициенты корреляции зафиксированы между общей тревожностью и адаптацией ($r = -0,74$), снижением психической активности и адаптацией ($r = -0,73$), общей тревожностью и эмоциональной комфортностью ($r = -0,69$), а также общей тревожностью и интернальностью ($r = -0,67$). Существенная обратная связь также наблюдается между общей тревожностью и самопринятием ($r = -0,62$). Расширенное представление результатов корреляционного анализа между шкалами тревожности и интегральными компонентами адаптации представлено на Рисунке 25.

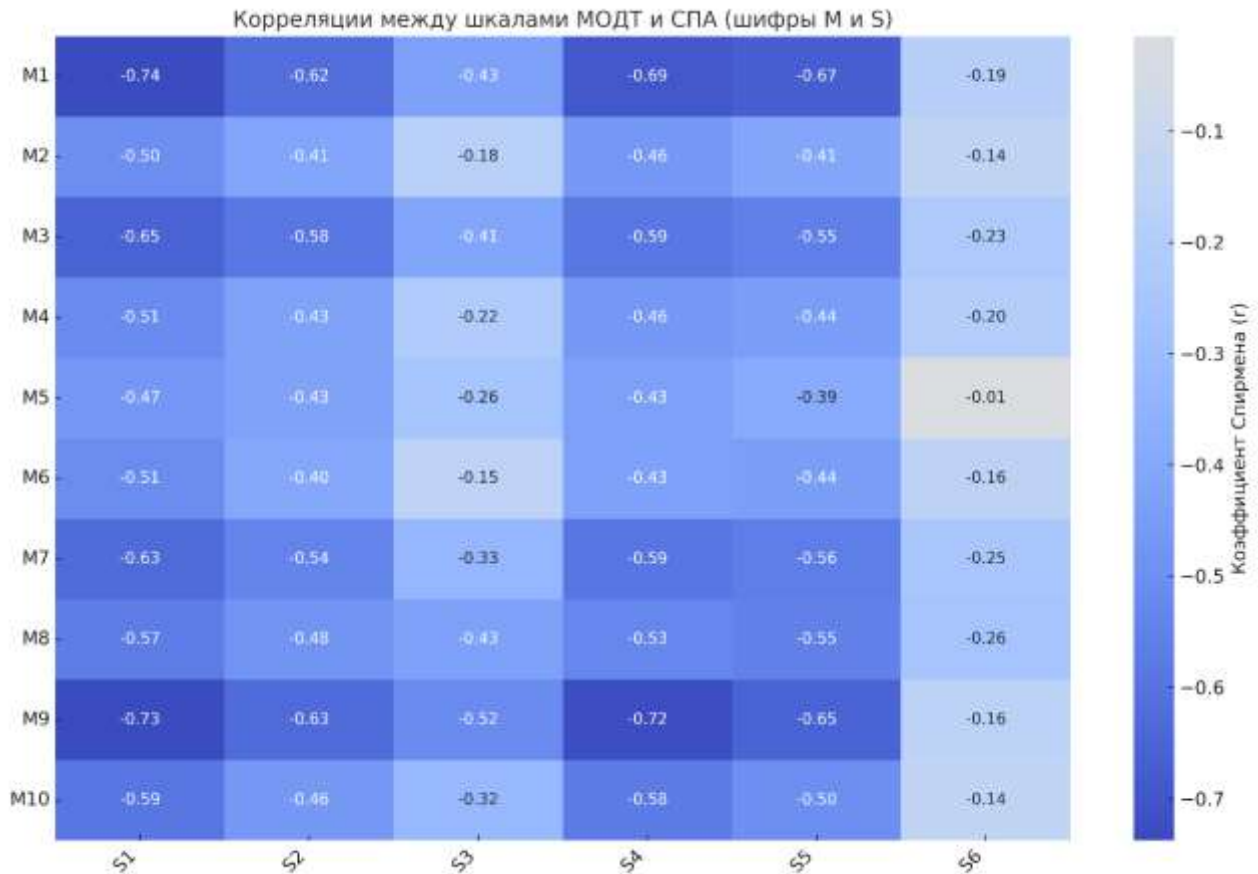


Рисунок 25 – Тепловая карта корреляций между шкалами тревожности (МОДТ) и интегральными показателями социальной адаптации (СПА); условные обозначения: M1-M10 – шкалы МОДТ, S1-S6 – интегральные показатели СПА

Анализ взаимосвязей между шкалами тревожности по методике МОДТ и параметрами социальной поддержки, измеренной с помощью шкалы CASSS (ШСПДП К. Малецки), проводился отдельно для двух частей опросника: первая отражает частоту получаемой поддержки, вторая – ее субъективную значимость.

В первой части шкалы обнаружили выраженные отрицательные связи между тревожностью и основными источниками социальной поддержки. Сильнее всего они выражены между тревогой в отношениях с родителями и фактической поддержкой родителей ($r = -0,65$). Отрицательно коррелируют также тревога в отношениях со сверстниками и материальная поддержка ($r = -0,47$), общая тревожность и эмоциональная поддержка одноклассников ($r = -0,41$), общая тревожность и эмоциональная поддержка ($r = -0,40$). остальные шкалы дают

умеренные связи, преимущественного того же, отрицательного, знака. Условные обозначения здесь и далее: M1-M10 – шкалы МОДТ, P1_1-P1_10 – часть 1 CASSS.

В целом характер этих связей подтверждает: чем менее доступной ощущается поддержка близких, тем выше уровень тревожности практически по всем измеренным параметрам.

Во второй части шкалы оценивается значимость социальной поддержки и связь заметна уже меньше, часть коэффициентов положительна, но многие статистической значимости не достигают. Из значимых выделяют слабые, но достоверные корреляции: тревога, связанная с оценкой окружающих, и значимость поддержки педагогов ($r=0,18$, $p=0,015$); тревога в отношениях со сверстниками и поддержка одноклассников ($r = -0,20$, $p = 0,006$). Отдельно фиксируется положительная связь общей тревожности с субъективной значимостью поддержки друзей ($r = 0,19$, $p = 0,010$).

В целом это говорит о том, что субъективная ценность поддержки со стороны отдельных фигур (учителей, друзей, одноклассников, сверстников) формируется по своей логике, слабо связанной с общим уровнем тревожности.

Полный свод данных по всем шкалам – в таблицах корреляций для обеих частей CASS, на Рисунках 26 и 27, где шкалы обозначим цифровыми шифрами (M1-M10 и P1_1-P2_10).

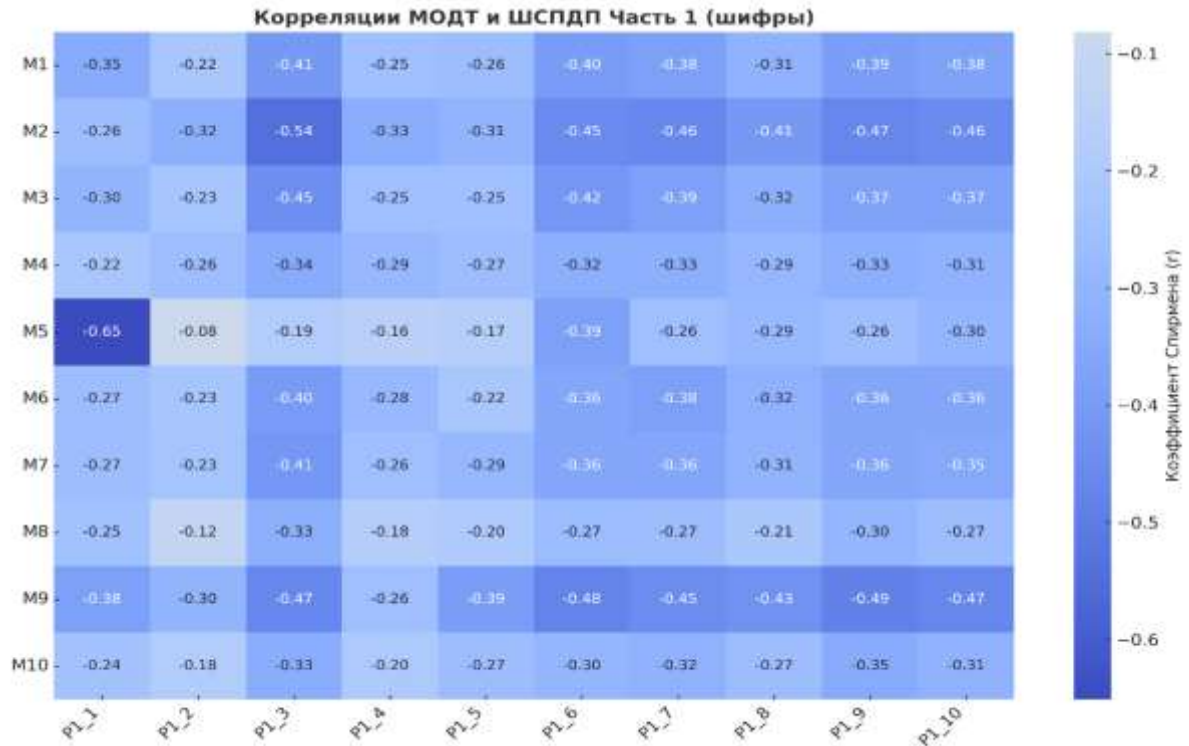


Рисунок 26 – Тепловая карта корреляций между шкалами тревожности (МОДТ) и частотой получаемой социальной поддержки (CASSS, часть 1); условные обозначения: M1–M10 – шкалы МОДТ, P1_1–P1_10 – шкалы частоты социальной поддержки по методике Малецки (CASSS, ч. 1)

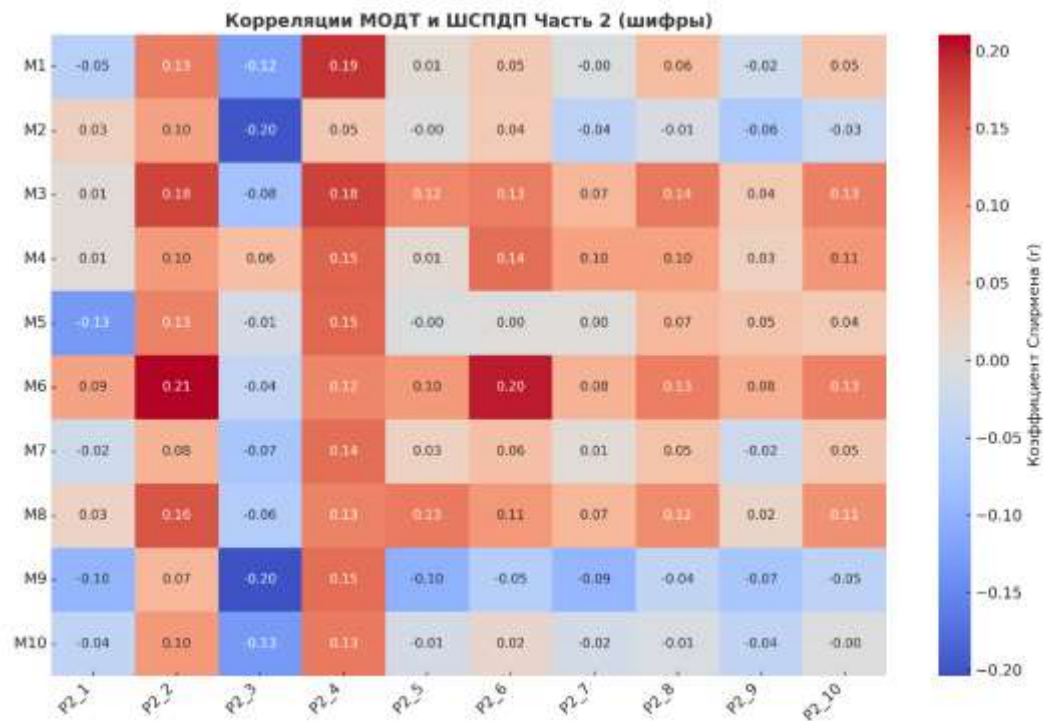


Рисунок 27 – Тепловая карта корреляций между шкалами тревожности (МОДТ) и значимостью социальной поддержки (CASSS, часть 2); условные обозначения: M1–M10 – шкалы МОДТ, P2_1–P2_10 – шкалы значимости социальной поддержки по методике Малецки (CASSS, ч. 2)

Выводы по главе 3

Выборка девушек-подростков с НССП характеризовалась клинической и социальной неоднородностью. В структуре психических и поведенческих расстройств преобладали эмоциональные и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90-F98; 67,2%), при этом также были представлены пациентки с легкой умственной отсталостью, расстройствами. Это подтверждает высокую клиническую неоднородность НССП в подростковой стационарной выборке.

Не менее показателен и социально-семейный профиль пациенток – он указывает на выраженную психо-социальную уязвимость. У значительной части девушек фиксировались признаки семейного неблагополучия, нарушения школьной адаптации, опыт травли со стороны сверстников, а также поведенческие проблемы вплоть до приводов в полицию или постановки на учет в комиссии по делам несовершеннолетних. Такое сочетание факторов подтверждает: НССП нельзя рассматривать только как клинический феномен – это в равной мере социально-психологическая проблема.

Клиническая картина самого поведения тоже складывается в устойчивую модель. Преобладали самопорезы с локализацией на предплечьях, а застарелые рубцы у большинства пациенток говорили о повторяемости и хронизации этого поведения. Эпизоды чаще происходили в одиночестве, дома, без употребления психоактивных веществ – есть речь идет скорее об аффективно-регуляторном механизме, чем об интоксикационно-импульсивном. Мотивационная структура это подтверждает: подростки стремились успокоиться, справиться с эмоциями, избавиться от тревоги, внутреннего напряжения и душевной боли. причем эмоционально-регуляторные мотивы были особенно выражены у пациенток с аффективным и тревожными расстройствами.

психодиагностика выявила у обследованных высокий уровень тревожности, признаки депрессивной симптоматики, сниженную социально-психологическую

адаптацию и общий эмоциональный дискомфорт. Хуже всего показатели адаптации, самопринятия и эмоциональной комфортности выглядели именно в подгруппе с аффективными расстройствами – ее можно считать наиболее уязвимой клинически. похожая картина обнаружилась и в оценке социальной поддержки: ее субъективная значимость оставалась стабильной у всех, а вот фактическая доступность заметно различалась между диагностическими подгруппами. и наиболее выраженный дефицит воспринимаемой поддержки отмечался все у той же группы с аффективной патологией.

В совокупности результаты третьей главы показывают: НССП – не изолированный поведенческий симптом, а явление, разворачивающееся на пересечении клинических, эмоциональных, семейных и социально-психологических факторов именно эта неоднородность выборки задает направление дальнейшей работы –многомерный анализ, который позволит выделить типовые клинико-психологические профили пациенток с НССП.

ГЛАВА 4. ТИПОЛОГИЯ ДЕВУШЕК С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ: КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ

Кластерный анализ проводился на выборке девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением, сформированной с использованием структурированного клинического интервью СКИ-НССП и охарактеризованной в предыдущих главах. В качестве переменных для кластеризации использовались показатели, отражающие ключевые клинико-психологические и социальные характеристики пациенток, включая выраженность самоповреждающего поведения, уровень тревожности и депрессии, показатели социально-психологической адаптации, а также параметры воспринимаемой социальной поддержки.

Применение методов многомерной статистики позволило перейти от анализа отдельных показателей к выявлению интегративных структур внутри выборки, отражающих различные варианты сочетания психологических и социальных факторов при НССП. Это обеспечивает возможность выделения типовых клинико-социальных профилей, характеризующих неоднородность исследуемой группы и имеющих значение для последующей интерпретации результатов.

Для выделения групп пациенток, различающихся по интенсивности и формам НССП, использовался иерархический кластерный анализ на основе данных психометрических инструментов описанных в главе 2. Однако с целью соблюдения методологической точности ниже приведено описание применения методик для целей кластерного анализа.

– Тест IQ Равена [300]. Использовался на предварительном этапе исследования. Поскольку в ходе анализа не выявилось значимого влияния этого показателя на выраженность самоповреждающего поведения, результаты не вошли в представленный этап исследования.

– Опросник детской депрессии М. Ковач оценивался уровень депрессивных симптомов. Использовался общий суммарный балл по методике, отражающий общий уровень депрессии [301].

– Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (в модификации Т.Н. Разуваевой) использовался в исследовании, но не включался в кластерный анализ ввиду ограниченной интерпретируемости субшкал [302].

– Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) [303] включает 10 шкал, отражающих различные аспекты тревожности (например, тревога в отношениях со сверстниками, тревога в отношениях с учителями и родителями, тревога, связанная с оценкой окружающих, и т.д.). В кластерном анализе в качестве основного интегрального показателя тревожности использовался показатель «Общая тревожность», объединяющий все отдельные шкалы. Выбор интегрального показателя был обусловлен целью сравнить группы по обобщенному уровню тревожности без дробления анализа на отдельные компоненты.

– Опросник социально-психологической адаптации (СПА) [304]. Включает несколько интегральных показателей: адаптация, эмоциональная комфортность, принятие себя и других, интернальность и стремление к доминированию. В этом исследовании использовались интегральные показатели «Адаптация» и «Эмоциональная комфортность», поскольку они наиболее полно и обобщенно отражают социально-психологическое функционирование подростков.

– Индивидуально-типологический опросник (ИТО) [305]. Был использован также на предварительном этапе для общей психолого-типологической характеристики испытуемых. В ходе первичного анализа не было выявлено устойчивых значимых различий между кластерами по этим типологическим характеристикам, поэтому результаты опросника ИТО не вошли в текущий раздел результатов.

– Шкала причин самоповреждающего поведения (автор: Н.А. Польская) [293] Использовалась для оценки типов и частоты самоповреждений (например, порезы,

самоожоги, выдергивание волос и т.д.). Результаты методики использовались полностью для проведения кластерного анализа и формирования групп с разной частотой и тяжестью самоповреждающего поведения.

– Шкала социальной поддержки детей и подростков CASSS (К. Malecki, адаптация: А.А. Лифинцева, А.В. Рягузова) [306] оценивала восприятие подростками социальной поддержки со стороны значимых окружений (родители, друзья, педагоги). При кластеризации анализировались итоговые суммарные баллы по обеим частям методики (ч.1 – частота поддержки, ч.2 – значимость поддержки).

Оптимальное количество кластеров определялось с помощью метода локтя (Elbow method), основанного на анализе сумм квадратов расстояний до центроидов (within-cluster sum of squares, WCSS). Снижение WCSS отмечалось при трех кластерах, что обеспечивало оптимальный баланс между внутрикластерной однородностью и межкластерными различиями (Рисунок 28).

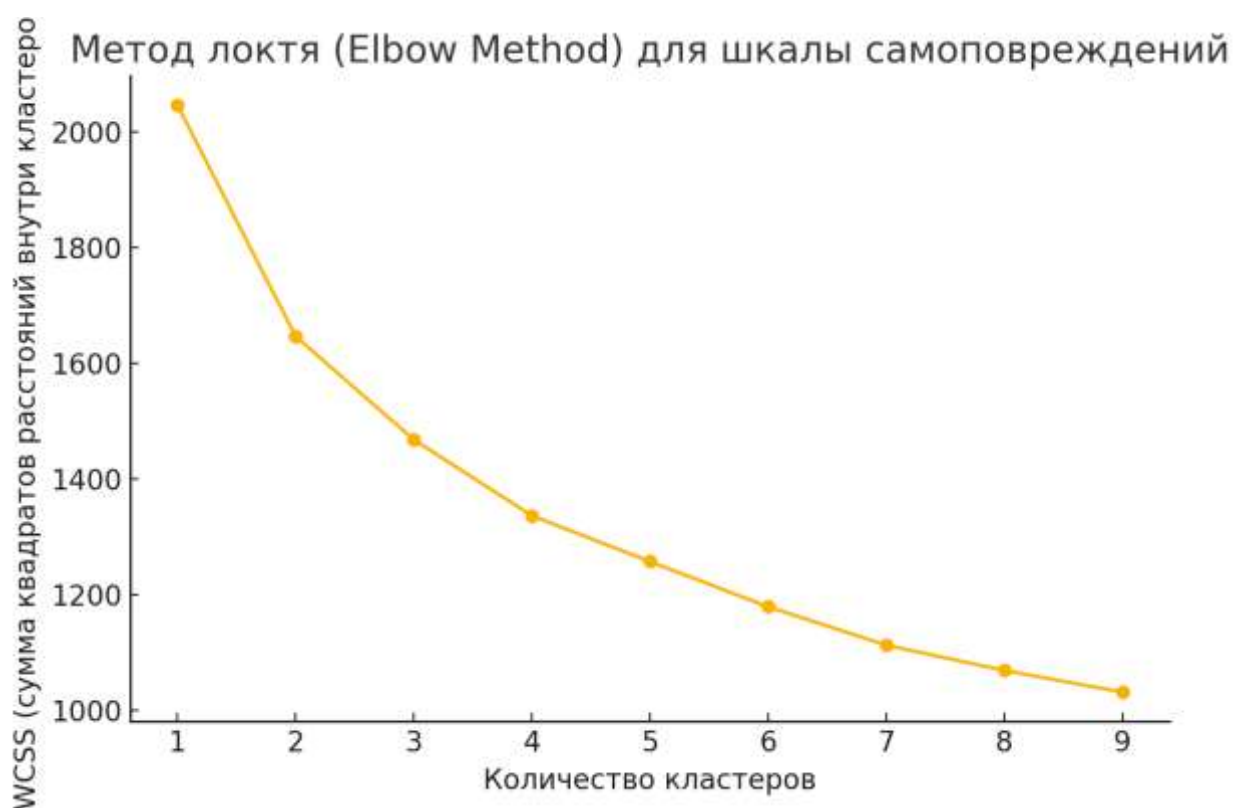


Рисунок 28 – Определение оптимального числа кластеров методом локтя

Дендограмма на Рисунке 29 наглядно показывает, как объединяются в группы. В ней выделяются три подгруппы пациенток, которые различаются выраженностью самоповреждающего поведения:

Кластер 1 – низкая частота. Наблюдаются единичные эпизоды самоповреждений;

Кластер 2 – умеренная частота. У наблюдаемых преобладают легкие формы, а именно: обкусывание губ или ногтей, расчесывание кожи;

Кластер 3 – высокая частота. Включает также разнообразие форм самоповреждений, включающие такие как самоожоги и порезы.

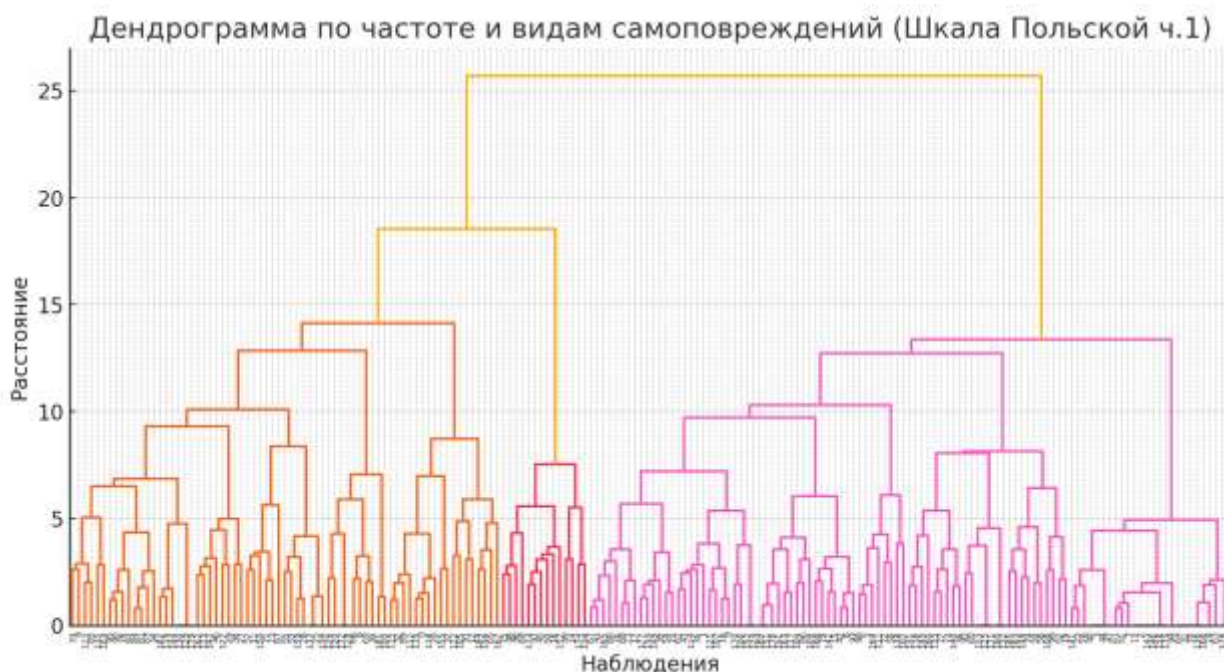


Рисунок 29 – Дендограмма кластеризации по формам и по выраженности самоповреждающего поведения

4.1 Визуализация кластеров методом главных компонент

Используя метод главных компонент (РСА) – проводилась дополнительная проверка отдельности кластеров друг от друга. Согласно методу, проводилось сжатие многомерного пространства признаков до двух измерений, при этом

сохраняя основную часть дисперсии и позволяя увидеть, насколько визуально разделены группы.

Результат оказался весьма наглядным. На диаграмме рассеяния (представлено на Рисунке 30) кластеры 1 и 3 находятся в противоположных и в слабо пересекающихся областях. Кластер 2 находится между ними и частично перекрывается с соседними обеими группами, что полностью согласуется с его переходным и промежуточным характером по выраженности самоповреждений.

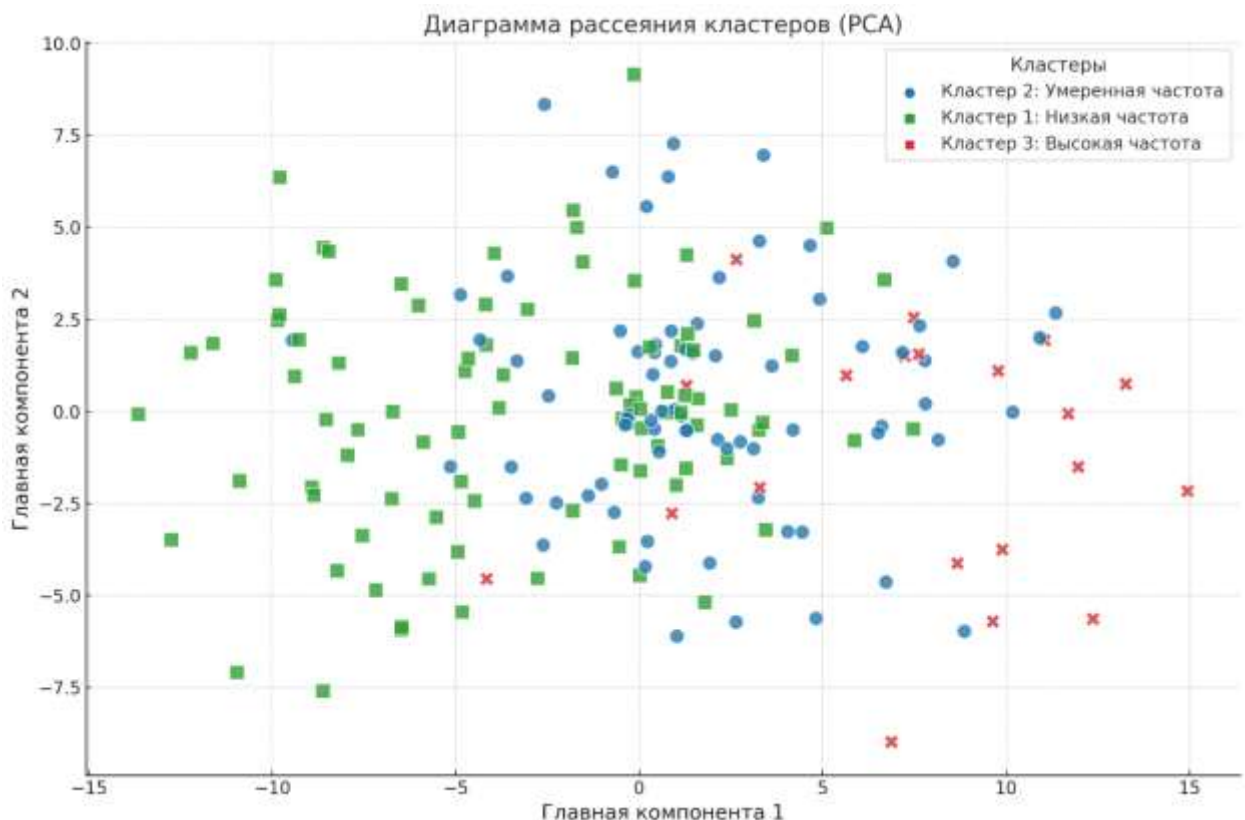


Рисунок 30 – Пространственное распределение кластеров самоповреждающего поведения (диаграмма рассеяния, PCA)

4.2 Профили кластеров по частоте и видам самоповреждений

По данным Шкалы причин самоповреждающего поведения Польской Н.А. (часть 1), кластеры заметно расходятся между собой, причем, не только по частоте эпизодов, а также по преобладающим формам аутоагрессии.

Кластер 1. Кластер с низкой выраженностью самоповреждений, где поведение сводится к единичным эпизодам.

Кластер 2. Чаще выражены компульсивные формы, то есть пациентки кусают губы или ногти, расчесывают кожу и сковыривают струпья.

Кластер 3. Самый тяжелый кластер по своему составу. В данном кластере постоянно наблюдаются порезы, уколы острыми предметами, самоожоги, удары по телу или по окружающим предметам. Разнообразие форм всегда максимально среди всех трех групп.

Профиль на Рисунке 31 доказывает данную картину графически. Тяжелые формы концентрируются в группе с высокой выраженностью. Умеренная же группа уже демонстрирует менее опасные, но более регулярные паттерны поведения. У группы с низкой выраженностью снижены все показатели.

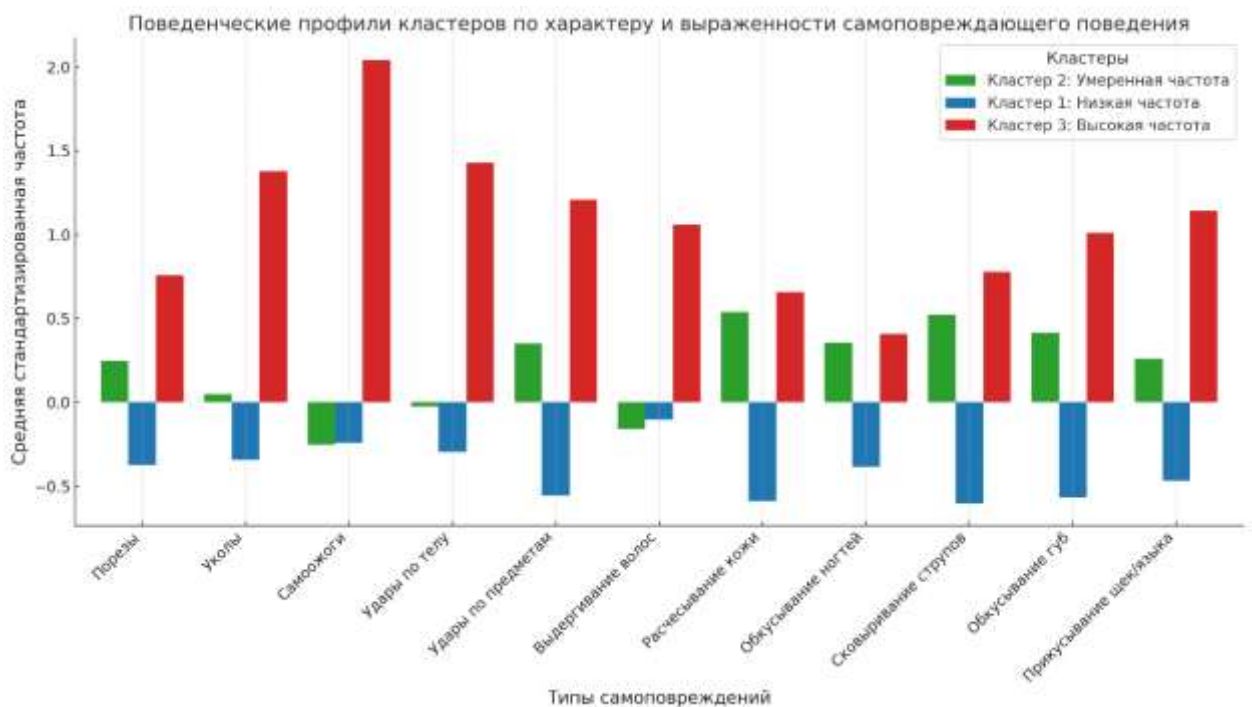


Рисунок 31 – Профили кластеров по выраженности и по характеру самоповреждающих форм поведения

4.3 Сравнительный анализ по психометрическим шкалам

Сравнение кластеров формировалось на шести психометрических показателях: депрессии (CDI), общей тревожности (МОДТ), адаптации и эмоциональном комфорте (СПА), на воспринимаемой социальной поддержке и ее значимости (ШСПДП, часть 1 и часть 2).

Другие методики не включались в основную модель, или из-за ограниченной диагностической ценности на этом этапе, или потому что не было обнаружено значимых различий между группами. Но они были использованы ранее: при скрининге, при описании выборки и при анализе подгрупп.

Для сравнений применялся критерий Крускала-Уоллиса, результаты - в Таблице 16.

Таблица 16 – Результаты анализа различий между кластерами по психометрическим показателям (критерий Крускала-Уоллиса)

Показатель	Статистика	р-значение	Значимость
«МОДТ» – Общая тревожность	35,68	<0,001	*
Шкала депрессии М. Ковач	33,57	<0,001	*
«СПА» – Интегральный показатель адаптации	33,64	<0,001	*
«СПА» – Интегральный показатель эмоциональной комфортности	34,01	<0,001	*
ШСПДП К. Малецки ч.1 – Итоговый балл	29,6	<0,001	*
ШСПДП К. Малецки ч.2 – Итоговый балл	1,22	0,544	—
Примечание: Значимые различия ($p < 0,05$) отмечены звездочкой			

По всем шкалам, за исключением ШСПДП ($p = 0,544$), различия между кластерами оказались весьма значимыми ($p < 0,001$) – больше всего разнятся показатели депрессии, тревожности, адаптации и первой части социальной поддержки.

Уточняет картину Пост-кох анализ. U-критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферони показывает, что основа этих различий – это контраст между крайними группами – кластерами с низкой и высокой выраженностью НССП.

4.4 Различия между кластерами по психометрическим показателям

В основе психологических профилей каждой группы лежат стандартизированные значения по пяти шкалам: по тревожности, по депрессии, по адаптации, по эмоциональному комфорту и по социальной поддержке.

Кластер 1. (Эпизодический тип). У девушек этого кластера показатели тревожности (МОДТ=-0,43) и депрессии (Ковач=-0,41), что ниже среднего по выборке. В тот же момент адаптация (СПА=+0,41) и эмоциональный комфорт (СПА=+0,39) - выше среднего. Также пациентки воспринимают лучше остальных социальную поддержку - ШСПДП ч.1=+0,29, ч.2=+0,11.

Кластер 2. (Компульсивно-регуляторный тип). В данном кластере умеренно повышены показатели тревожности (МОДТ=+0,33) и депрессия (Ковач=+0,22). Показатели эмоционального комфорта (СПА=-0,27) и адаптации (СПА=-0,28) в данном кластере умеренно снижены. А восприятие поддержки (ШСПДП ч.1=-0,04; ч.2=-0,06) в кластере близко к среднему уровню выборки.

Кластер 3. (Полиформный дезадаптивный тип). Является самой неблагополучной группой по всем показателям сразу. Тревожность увеличена до МОДТ=+0,71; депрессия - до Ковач=+1,04. Адаптация снижена до СПА=-0,82, а эмоциональный комфорт - до СПА=-0,74. Поддержка воспринимается, наименее доступной по всей выборке: ШСПДП ч.1=-1,17, ч.2=-0,29. Сводная Таблица 17.

Таблица 17 – Стандартизированные психометрические показатели у пациенток с различной выраженностью самоповреждающего поведения

Психометрический показатель	Кластер 1 (эпизодический тип)	Кластер 2 (компульсивно-регуляторный)	Кластер 3 (полиформный дезадаптивный)
Общая тревожность (МОДТ)	-0,43	0,33	0,71
Депрессия (шкала Ковач)	-0,41	0,22	1,04
Адаптация (СПА)	0,41	-0,28	-0,82
Эмоциональный комфорт (СПА)	0,39	-0,27	-0,74
Социальная поддержка (ШСПДП, ч.1)	0,29	-0,04	-1,17
Социальная поддержка (ШСПДП, ч.2)	0,11	-0,06	-0,29
Примечание: Указаны стандартизированные значения. Положительные значения отражают более благополучный профиль, отрицательные – сниженные показатели			

4.5 Клинико-социальные профили кластеров

Демографические, семейные и поведенческие характеристики также использовались при формировании клинико-социальных профилей групп. Сводка представлена в Таблице 18.

Кластер 1. Эпизодический тип НССП считается самой социально-благополучной группой: 87% девушек из семей опекунов или родных родителей, преимущественно из сельской местности. 92% не употребляли алкоголь. У 89% не было черепно-мозговых травм. 77% не имеют хронических заболеваний. Самоповреждения осались в прошлом – рубцы отмечены только у 76%, при полном отсутствии текущих эпизодов. У 57% участниц удовлетворительная школьная успеваемость и высокое восприятие социальной поддержки. Работа с этим кластером должна быть более профилактического характера из-за низкого риска.

Кластер 2. Компульсивно-регуляторный тип – при среднем уровне адаптации наблюдается преобладание компульсивных форм самоповреждений. Живут с родителями и учатся по общеобразовательной программе 88% девушек, но имеют низкую успеваемость. Удовлетворительная успеваемость только у 51% девушек. Чаще встречаются первенцы среди участниц. Тяжелых соматических нарушений не наблюдаются, но заметна эмоциональная неустойчивость. Тут риск умеренный, необходимо: регулярная поддержка и профилактика способов совладания.

Кластер 3. Полиформный дезадаптивный тип – данный кластер является самой уязвимой частью выборки. Тут девушки чаще являются жителями города. Самоповреждения у них тяжелые и частые и сопровождаются выраженной самокритикой и ранним началом – в 13-14 лет. Эмоциональные и поведенческие расстройства наблюдаются у 60%, а застарелые рубцы у 90%. Несмотря на высокую частоту НССП, суицидальной настрой отрицают лишь 60%. Группе необходимо интенсивное вмешательство, а именно: работа с эмоциональной регуляцией, работа с самокритикой, а также развитие адаптационных ресурсов.

Таблица 18 – Клинико-социальные характеристики пациенток с разной выраженностью самоповреждающего поведения

Признак	Кластер 1 (эпизодический тип)	Кластер 2 (компульсивно- регуляторный)	Кластер 3 (полиформный дезадаптивный)
Проживание с родителями	87%	88%	80%
Уроженки Краснодарского края	69%	77%	65%
Сельская местность	58%	61%	30% (преимущественно город)
Удовлетворительная успеваемость	57%	51%	60%
Обучение по общеобразовательной программе	85%	84%	95%
Отсутствие употребления алкоголя	92%	92%	95%
Отсутствие черепно-мозговых травм	89%	91%	90%
Отсутствие соматических заболеваний	77%	73%	75%
Наличие застарелых рубцов	76%	77%	90%
Отсутствие суицидального настроения	73%	71%	60%
Эмоциональные/поведенческие расстройства	69%	67%	60%
Отсутствие асоциального поведения матери	59%	61%	85%
Самокритика перед актом НССП	низкая	умеренная	высокая
Возраст дебюта НССП	не характерно	умеренно выражено	чаще 13-14 лет

То что было невозможно при работе с отдельными показателями по главе 3, при кластерном анализе стало возможно – перейти к интегративным профилям, в которых сочетаются несколько факторов несуицидального самоповреждающего поведения. Данные профили описывают не только частоту и формы самоповреждений, но и системные особенности психического функционирования и социальной адаптации каждой группы пациенток.

4.6 Практические рекомендации, дифференцированные с учетом типовых клинико-психологических профилей

Профили, которые выделены кластерным анализом, пригодны не для диагностики самой по себе, а выступают в качестве ориентира. Они помогают понять, первоочередную направленность профилактической и клинико-психологической работы с конкретной пациенткой. Профили не заменяют лечебные протоколы – итоговые решения всегда должны учитывать текущее психическое состояние девушек, их основной диагноз, риск суицидальных намерений, ситуации в семьях и то, как организованы дальнейшие наблюдения.

При эпизодическом типе НССП идет фокусировка на структурированной оценке: при каких обстоятельствах и что именно произошло. Далее следует психообразовательная работа с подростком и с его родителями. Беседы о безопасных способах справляться с эмоциями. Наблюдение за тем, не будет ли повторения эпизода. Так как адаптация у данной группы сохранна, а поддержка воспринимается как доступная, то основной упор делается на профилактику. А именно раннее замечание эмоционального неблагополучия, для недопущения закрепления самоповреждения, как привычного способа совладания.

При компульсивно-регуляторном типе необходима немного другая фокусировка. Тут необходимо понять, как повторяющиеся формы самоповреждений связаны с внутренним напряжением, с тревогой, привычными способами саморегуляции. Работа выстраивается вокруг нескольких основных задач. Необходимо научить распознавать нарастающее эмоциональное напряжение, предложив взамен адаптивные способы его снижения. Проработка импульсивных и компульсивных реакций. Дополнительно – на регулярной основе поддержка связи с семьей и со специалистами по месту жительства.

При полиформном дезадаптивном типе, как самом тяжелом, должна проводиться расширенная оценка. А именно оценка частоты, способов, локализаций, обстоятельств самоповреждений. В обязательном порядке - наличие

суицидальных мыслей, намерений или прошлых попыток. Работа ведется в нескольких направлениях одновременно. Снижение тревожно-депрессивной симптоматики. Коррекция самокритики. Развитие эмоциональной регуляции. Повышение социально-психологической адаптации, а также восстановление доступа к поддержке. В данной группе обязательно подключение семьи, лечащего врача, клинического психолога и амбулаторных специалистов. Решения о дальнейшей помощи принимаются коллегиально.

В основном типологический подход смещает акцент. Выделенные профили не являются отдельными диагнозами, а клинически значимые варианты НССП, которые оказывают помощь в структурировании оценки состояния пациентки. Также помогают понять первоочередную направленность психопрофилактической и клинико-психологической работы.

Выводы по главе 4

1. Многомерный статистический анализ определил три статистически обоснованных профиля девушки-подростка с НССП, а именно эпизодический, компульсивно-регуляторный и полиморфный дезадаптивный. Профили различаются по степени выраженности самоповреждающего поведения. Профили также полностью подтверждают клиническую неоднородность обследованной группы.

2. В эпизодическом профиле самоповреждения у девушек единичны или очень редки. Депрессивная симптоматика и тревожность снижены. Восприятие социальной поддержки и социально-психологическая адаптация выше чем в остальных группах.

3. В компульсивно-регуляторном профиле самоповреждение используется как способ снятия внутреннего напряжения. В данном профиле преобладают компульсивные формы, а тревожно-депрессивная симптоматика выражена

умеренно. Адаптация снижена, но не так сильно как в третьей группе. Поэтому, данный профиль находится в промежуточном положении.

4. Полиформный дезадаптивный профиль имеет наименее благоприятную картину. Формы и частота НССП в нем максимальны. Депрессия и тревожность выражены ярче всего. Эмоциональный комфорт, восприятие поддержки и социально-психологическая адаптация более снижены, чем в остальных группах.

5. Группы различны в том, насколько доступной кажется поддержка, а не в том, насколько она имеет ценность для самих пациенток. То есть, различия значимы ($p < 0,001$) по таким показателям как, по тревожности, по депрессии, по эмоциональному комфорту и по частоте, с которой воспринимается социальная поддержка, но не по ее субъективной значимости.

6. НССП у девушек подростков являет собой гетерогенный феномен: он суммируется из взаимодействия поведенческих, эмоциональных и социально-психологических факторов. Выделенные профили можно использовать в качестве типовых клинико-психологических вариантов НССП, а также в качестве мишени для последующей разработки дифференциальных методик в клинической оценке, в психопрофилактике и в сопровождении пациенток.

ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

5.1 Интерпретация типологии несуицидального самоповреждающего поведения

Особое значение для интерпретации полученных данных имеет выделенная типология девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением (НССП). В отличие от большинства исследований, ограничивающихся анализом отдельных клинических, психологических или социальных показателей, в этой работе реализован интегративный подход, предполагающий объединение данных различных уровней в рамках единой многомерной модели. Такой подход позволяет перейти от анализа изолированных факторов к выявлению целостных клинико-социальных профилей, отражающих различные механизмы формирования НССП.

Эпизодический, компульсивно-регуляторный и полиформный дезадаптивный – эти три выделенных кластера различны между собой не только по разнообразию и частоте самоповреждений. За этими различиями стоят различные способы психологической организации поведения, а также различные механизмы, которые вероятно запускают НССП и поддерживают его. Такая дифференциация встраивается в современный взгляд на НССП, как на неоднородное явление с несколькими функциональными вариантами [69, 243, 325].

Эпизодический тип являет собой кластер с минимально выраженными самоповреждениями. Это схоже с реакцией на стресс, но не на устойчивую модель поведения. В данном типе сохранена психосоциальная адаптация. Согласно существующим моделям самоповреждающего поведения, данные случаи рассматриваются как ситуативная дезадаптация, которая не закрепляется в стойкий паттерн [59, 326].

Устройство компульсивно-регуляторного типа немного сложнее. В нем самоповреждение уже зачастую закреплено в форме способа снятия

эмоционального напряжения. В данной группе преобладают менее травматичные формы, такие как обкусывание ногтей, расчесывание кожи. Депрессия и тревожность находятся на умеренном уровне. Таким образом сформирована устойчивая, но, в своем роде, «контролируемая» стратегия совладания. Она хорошо укладывается в концепцию функционального самоповреждения, где НССП выступает в форме способа снижения интенсивности негативных переживаний. [292].

Самым тяжелым в клиническом отношении является полиформный дезадаптивный тип. В нем соединены одновременно несколько неблагоприятных признаков: разнообразие повреждений, их высокая частота, тревога и выраженная депрессия, явное снижение социальной адаптации и ощущаемой поддержки. Данная картина близка к описаниям хронических, тяжелых форм НССП в работах [59,326]. Ее логично рассматривать, в качестве итога длительной эмоциональной дезрегуляции при нехватке адаптационных ресурсов.

Различия между разными типами формируются не только по тяжести НССП, но по природе его формирования. Из полученной картины можно предположить, что фактором для эпизодического типа является острый стресс. Недостаточные навыки эмоциональной регуляции - для компульсивно-регуляторного. А для полиформного дезадаптивного одновременно вероятнее имеют место несколько факторов: дефицит поддержки, социальная дезадаптация и психологическая симптоматика. Данный градиент удобно рассматривать в качестве единого процесса, при котором НССП смещается от ситуативных эпизодов к устойчивым патологическим формам.

Предложенная типология не только описывает НССП у подростков, она также демонстрирует, что социальные, психологические и клинические данные гипотетически стоит объединять в единую систему координат. Однако данные утверждения нуждаются в будущей проверке. На данной основе видится перспективным дифференцированный подход не только к диагностике, но и к

психотерапевтическому сопровождению пациентов с различными вариантами самоповреждающего поведения.

5.2 Клинические характеристики несуицидального самоповреждающего поведения

Полученные данные в этом исследовании, уточняют клиническую картину НССП у девушек подростков и позволяют провести сравнительный анализ с результатами отечественных и зарубежных работ.

Средний возраст участниц –15 лет. Это согласуется с данными литературы, так как подростковый возраст описан как критический период формирования самоповреждающего поведения [23]. В предварительном этапе того же исследования средний возраст составил 14,69 года. Эти данные близки, что говорит не только о стабильности возрастных характеристик выборки, но и о воспроизводимости результатов. [313]

Нозологическая структура выборки явно смещена в сторону эмоциональных и поведенческих расстройств (F90-F98) – они были диагностированы у 67,2% пациенток. Эти данные подтверждает то, на что указывает ряд авторов [2]: НССП не имеет привязки ни к одной нозологии. НССП встречается при разных формах психических патологий подросткового возраста. Доля данной категории все же снизилась в сравнении с предварительным этапом (78%), вероятно вследствие расширения выборки, так как она стала клинически более разнородной.

В выборке самоповреждающее поведение следует устойчивым паттернам. Самой частой локализацией повреждений остается левое предплечье, что составляет (81,18% случаев). Основным инструментом – режущие предметы. Эти два показателя совпадают с данными множества исследований [16, 327], а именно, характеристика воспроизводится в разных выборках. Объяснение следующее: эта область тела более доступная, также среди подростков сформировались определенные стереотипы.

Частая встреча застарелых рубцов является прямым указанием на повторяемость самоповреждений, а также склонность к переходу в хроническую форму. Данная картина вписывается в представление о НССП, как о процессе: при отсутствии адекватных стратегий эмоциональной регуляции он способен смещаться от единичных эпизодов к устойчивому поведенческому паттерну [59, 326].

В итоге в данной выборке клинические характеристики НССП формируются из типичной для подросткового возраста психопатологии и уже закрепившихся поведенческих паттернов самоповреждения. Необходим комплексный клинико-психологический анализ, так как для понимания данного явления одного клинического среза недостаточно.

5.3 Психологические механизмы несуицидального самоповреждающего поведения

Психометрический анализ обозначил явные особенности эмоционального функционирования у девушек-подростков и НССП. Все они обозначают один аспект – центральную роль эмоциональной дисрегуляции в формировании этого поведения.

Одним из ярких показателей является высокий уровень депрессивной симптоматики, что хорошо наблюдается по средним данным шкалы Ковач. Взаимосвязь между частотой самоповреждений и депрессией четко видна в других исследованиях [328, 329].

В современных моделях НССП депрессия давно перестала учитываться как сопутствующее состояние. Она давно стала фактором повышающим уязвимость к деструктивным способам совладания.

Не менее значимым является высокий уровень тревожности, выявленный по данным многомерной оценки детской тревожности (МОДТ). Сочетание тревожной и депрессивной симптоматики формирует состояние хронического внутреннего

напряжения, которое требует разрядки и может реализовываться через самоповреждающее поведение. Подобная интерпретация соответствует функциональным моделям НССП, в которых самоповреждение рассматривается как способ краткосрочного снижения интенсивности негативных эмоциональных переживаний [292, 330].

Ключевым психологическим механизмом, объединяющим выявленные показатели, является эмоциональная дисрегуляция. Полученные результаты подтверждают, что у значительной части подростков с НССП наблюдается дефицит адаптивных стратегий управления эмоциями, что приводит к использованию самоповреждения как доступного и эффективного способа регуляции аффекта. Данный вывод согласуется с концепцией Н.А. Польской [292,330], а также с данными нейробиологических исследований, указывающих на особенности функционирования систем регуляции эмоций у лиц с самоповреждающим поведением [331].

В разных типах разная выраженность эмоциональной дисрегуляции. При эпизодическом типе самоповреждение остается ситуативными эпизодами и механизмы регуляции в целом сохранены. При компульсивно-регуляторном она является частью регулярного механизма снятия напряжения. При полиформном дезадаптивном типе происходит наложение нескольких вещей. Устойчивая привычка справляться через самоповреждение с выраженной эмоциональной нестабильностью и с депрессивной симптоматикой.

Все эти данные обозначают одно: НССП у подростков представляет собой не изолированный поведенческий симптом, а индикатор более глубоких нарушений в эмоциональной сфере. Исходя из этого можно сделать вывод – стоит развивать терапевтические программы эмоциональной регуляции и предлагать альтернативные варианты борьбы с тяжелыми переживаниями, а не купировать симптомы.

Эти данные встраиваются в современные концепции НССП, как неоднородного явления с несколькими функциональными подтипами. И также

дополняют: биопсихосоциальные факторы соединены в единую типологическую модель, а не изучаются по отдельности.

5.4 Социальные факторы несуицидального самоповреждающего поведения

По результатам анализа социальных характеристик девушек-подростков с НССП были обнаружены некоторые закономерности, которые указывали на то, что социальный контекст является не только участником возникновения НССП, но и поддерживает самоповреждающее поведение.

Одним из ключевых факторов является семейная среда. Чем сильнее нарушено семейное функционирование, тем выраженнее формы самоповреждения. Что подтверждает отрицательная корреляция между структурой семьи и частотой НССП. Это пересекается с исследованиями, в которых дефицит эмоциональной поддержки, сбой в внутрисемейной коммуникации и нестабильность семейной системы называются факторами риска аутоагрессивного подросткового поведения [332, 333].

Опыт межличностной травматизации и прежде всего буллинг является еще одним значимым фактором. Он встречается у 34,4% участниц и эти данные близки к данным зарубежных и отечественных исследований [327, 334]. Вероятно данный механизм имеет следующую структуру: буллинг формирует хронический стресс. Стресс наносит удары по самооценке, снижая ее, усиливая тем самым социальную изоляцию. В результате на основе нарастающей эмоциональной дезрегуляции самоповреждение становится более вероятной стратегией совладания.

Стоит отметить то, как оценивается социальная поддержка. Вопрос не только в том, существуют ли поддерживающие отношения объективно, важна еще и субъективная оценка их действий, которая вносит в формирование НССП не меньший вклад. В самых тяжелых формах самоповреждения происходит нечто схожее с разрывом. Реальная поддержка снижается, а субъективная значимость поддержки остается прежней. Возникает несоответствие между тем, в чем

нуждается подросток, и тем, к чему он имеет доступ. Если эти данные наложить на типологию, то роль социальных факторов оказывается разной для каждой группы. Эпизодический тип – окружение в основном благополучное, поддерживающее окружение есть и все это сдерживает переход к устойчивым формам поведения. Комппульсивно-регуляторный тип – качество социальных связей уже немного снижено, базовые структуры поддержки сохранены. Полиформный дезадаптивный тип – происходит наложение одновременно нескольких неблагоприятных обстоятельств: нарушения в семье, дефицит социальной поддержки, более частые стрессовые социальные воздействия. Все это и усиливает самоповреждающее поведение.

Социальные факторы являются активным компонентом патогенеза, который взаимодействует напрямую с клинической и психологической картиной, а не просто фоном. Следует вывод: при проведении диагностики и при разработке программ помощи подросткам с самоповреждающим поведением необходимо учитывать наравне с клиническим и социальный контекст, включая работу над реанимированием поддерживающих отношений и над снижением влияния стрессовых социальных факторов.

5.5 Сопоставление с литературными данными и обобщение результатов

В основном формируется картина следующего плана: НССП – являет собой мультифакторный феномен, который формируется на пересечении психологических, клинических и социальных факторов. Высокая распространенность депрессии и тревоги, центральная роль эмоциональной дисрегуляции, значения буллинга и семейного неблагополучия – это все совпадает с выводами зарубежных и отечественных авторов [328-330,332,333].

Следует отметить, что результаты данного исследования частично коррелируют с данными, полученными в отечественных работах последних лет, в частности в диссертационном исследовании Ю.В. Шапошниковой [99], в котором

автором также изучались клинические и социальные особенности несуицидального самоповреждающего поведения у подростков женского пола. Примечательно, что в указанной работе неоднократно используются и цитируются ранее опубликованные результаты исследования, что отражает их включенность в современное научное поле. Полученные автором данные о распространенности НССП сопоставимы с результатами данного исследования, несмотря на различия в дизайне выборок (амбулаторная в работе Ю.В. Шапошниковой и стационарная в данном исследовании), что дополнительно подтверждает устойчивость выявленных закономерностей в различных клинических условиях.

В то же время различия в исследовательском дизайне (наличие контрольной группы в работе Ю.В. Шапошниковой и углубленный клинико-психологический анализ с использованием структурированного интервью и кластеризации в данном исследовании) определяют различную направленность научных результатов. Если работа Ю.В. Шапошниковой ориентирована на разработку лечебно-реабилитационной модели, то в данном исследовании решается задача стандартизации диагностики и типологизации НССП, что позволяет рассматривать данные исследования как взаимодополняющие, а не дублирующие.

Вместе с тем данное исследование вносит дополнительный вклад в развитие существующих представлений за счет перехода от анализа отдельных переменных к их интеграции в рамках типологических профилей. В отличие от большинства работ, где НССП рассматривается через призму отдельных факторов риска или функциональных характеристик, в данной работе продемонстрирована возможность выделения целостных клинико-социальных типов, отражающих различные варианты сочетания этих факторов.

Также стоит отметить несоответствие тяжести самоповреждающего поведения и наличия суицидальных намерений. Доля выборки показывала выраженные и частые НССП, но большая часть этих пациенток суицидальные намерения отрицала. Это в очередной раз доказывает сложность разграничения НССП и суицидального поведения, что совпадает с данными современных

исследований. [59,326] Практический вывод отсюда прямой – более точной должна стать диагностика и дифференцированным подход к оценке риска.

Данные также детализируют роль социальной поддержки – она является одним из ключевых факторов, которые модифицируют НССП. И в связи с расхождением субъективной значимости поддержки с ее фактическим уровнем, необходимо при оценивании состояния подростка учитывать не только объективные показатели социального функционирования, но и субъективные.

Следовательно возникает требование к стандартизированной клинической оценке НССП у девушек-подростков. Оценка должна охватывать частоту, способы, обстоятельства, локализацию, суицидальную окраску эпизодов самоповреждения и их мотивы. Также должна учитывать психологические, социально-психологические и клинико-анамнестические характеристики пациенток. Только на основании такого объема данных можно увидеть неоднородность НССП и отметить то, на чем стоит акцентировать внимание в дальнейших клинико-психологической и психопрофилактической работах.

СКИ-НССП, разработанное в рамках данной работы, является инструментом для таких первичных стандартизированных оценок. Он позволяет унифицировать сбор клинически значимых сведений, позволяет сопоставлять данные между пациентками, помогает определять цели для дальнейшей психопрофилактической и клинико-психологической работы, учитывая уже описанные типовые клинико-психологические профили.

Результаты проведенного исследования подтверждают: НССП у девушек-подростков гетерогенно, а его клинические, социально-психологические и психологические характеристики имеют значительные различия между типами. Выделенные типовые профили формируют более дифференцированное понимание данного феномена и клинико-диагностический базис для того, чтобы мишени психопрофилактической и клинико-психологической работ определять более точно.

5.6 Перспективы дальнейшей разработки темы

Одним из перспективных направлений является расширение области применения СКИ-НССП. В настоящее время, данный инструмент прошел апробацию только в условиях психиатрического стационара и это определило его клиническую направленность и глубину оценки. Как он проявит себя в условиях амбулаторной практики, в популяционных выборках, в учреждениях первичной психиатрической и психологической помощи подросткам – это вопрос, который требует отдельного изучения.

Нынешняя версия СКИ-НССП настроена на проведение первичной стандартизированной оценки и для проведения феноменологической верификации НССП. Она проводит систематизацию сведений о способах, о частоте, о локализации, об обстоятельствах, о суицидальной окраске эпизодов самоповреждения и о мотивах. Только пока нет функций по проведению интегральной шкалированной оценки выраженности НССП и по формализованной оценке клинически значимых характеристик поведения.

Перспективным направлением является разработка дополнительного шкалированного модуля СКИ-НССП, позволяющего количественно оценивать выраженность и разнообразие самоповреждающего поведения, его повторяемость, мотивационные особенности, степень функциональных нарушений и отдельные клинические признаки, требующие повышенного внимания при оценке состояния подростка. Создание такого модуля потребует самостоятельной психометрической разработки с последующей оценкой внутренней согласованности, воспроизводимости, конструктивной и критериальной валидности, а также определением пороговых значений для практического применения.

Таким образом, данное исследование формирует основу для дальнейшего развития СКИ-НССП как стандартизированного клинического инструмента и для последующих исследований, направленных на уточнение типологических

вариантов НССП, разработку шкалированной оценки его выраженности и совершенствование клинико-психологической помощи подросткам.

5.7 Ограничения исследования

Основное ограничение исследования связано с особенностями выборки. Работа проводилась на базе специализированного психиатрического стационара и включала только девушек-подростков, поэтому распространить выводы на более широкие группы – амбулаторных пациентов, подростков без госпитализации, лиц мужского пола – напрямую нельзя. Клиническая выборка изначально отличалась высокой выраженностью психопатологической симптоматики, и это могло сказаться на характере выявленных закономерностей.

Есть и методические ограничения. Самоотчетные психометрические методики и данные медицинской документации не защищены от субъективных искажений. Сюда относится влияние социальной желательности и вероятные точности при регистрации клинических данных.

Поперечный дизайн исследования не позволяет говорить о причинно-следственных связях между выявленными факторами и формированием НССП. То, что получено, – корреляционные зависимости, отражающие статистические взаимосвязи на момент обследования. Подтверждать и уточнять их предстоит в дальнейших исследованиях.

Отдельная оговорка касается инструментария. СКИ-НССП использовался как рабочий прототип структурированного инструмента. Чтобы получить полноценную количественную систему выраженности НССП, потребуются отдельные исследования – с расширенными выборками и более специализированным статистическим аппаратом.

Кроме того, интервью применялось в клиническом контексте и не может рассматриваться как самостоятельный диагностический инструмент. Оно выполняет вспомогательную функцию, направленную на структурирование

первичной оценки, и должно использоваться в сочетании с комплексным психиатрическим обследованием.

Таким образом, указанные ограничения определяют необходимость осторожной интерпретации полученных результатов и указывают на направления дальнейших исследований, включая расширение выборок и проведение лонгитюдных или многоцентровых наблюдений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота НССП среди госпитализированных девушек-подростков составила 27,99%. Этот показатель был получен при анализе структуры психических и поведенческих расстройств в исследуемой выборке, с опорой на диагностические критерии МКБ-10. В структуре психических расстройств преобладали поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98), – 67,2%. Реже выявлялись умственная отсталость легкой степени (F70) – 10,2%, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) и органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09) – по 7,5%, расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39) – 5,9%. Это подтверждает, что неоднородность в выборке.

Клиническая картина НССП в исследованной выборке имеет четкие закономерности по частоте, способам, локализации и мотивам. Дебют чаще всего приходился на 13-14 лет – это возрастной диапазон охватывал до 38,2% случаев. Среди способов самоповреждения безусловно преобладали самопорезы (83% отмечены иногда и часто), причем почти в четырех случаях из пяти локализация приходилась на предплечья (81,2%). Рубцовые изменения к моменту обследования выявились у 77,9% пациенток - показатель, который сам по себе говорит о хроническом, повторяющемся характере поведения, а не о единичном эпизоде.

Обстоятельства, в которых происходили эпизоды, также складывались в устойчивую картину. В подавляющем большинстве случаев (90,3%) самоповреждение происходило в социальной изоляции, практически без участия психоактивных веществ (97,3% – без ПАВ). Мотивы при этом оказались преимущественно эмоционально-регуляторными: подростки описывали свои действия как способ «успокоиться», «не чувствовать душевной боли», «почувствовать облегчение», «справиться с эмоциями». То есть НССП выступало

не столько демонстративным жестом, сколько инструментом совладения с внутренним состоянием.

Комплексная оценка клинико-анамнестических и социально-психологических факторов подтвердила и более широкую связь: НССП оказалось сопряжено с тревожно-депрессивной симптоматикой, сниженной социально-психологической адаптацией и дефицитом социальной поддержки, которую подростки готовы воспринимать.

У 70,4% подростков суицидальные мысли во время эпизодов отсутствовали. Самые выраженные отрицательные корреляции – между тревожностью и адаптацией, r до -0,74. Слабее, но статистически значимо, адаптация связана с мотивами НССП: «успокоиться» ($r = -0,45$), «избавиться от плохих мыслей» ($r = -0,41$).

4. Типовые клинико-психологические профили – их три: эпизодический, компульсивно-регуляторный и полиформный дезадаптивный, различия между ними прослеживаются по частоте и разнообразию самоповреждений, по уровню тревожности и депрессионной симптоматики, по показателям социально-психологической адаптации и воспринимаемой поддержки. Хуже всего дело обстоит в полиформном дезадаптивном профиле: тревожность (МОДТ $z = +0,71$), депрессивная симптоматика выражена (шкала Ковач $z = +1,04$), адаптивная снижена (СПА $z = -0,82$), а поддержка воспринимается как дефицитная ($z = -1,17$). Каждый из профилей – потенциальная мишень для дифференцированной психопрофилактической и клинико-психологической работы.

5. По результатам исследования разработано и апробировано структурированное клиническое интервью – СКИ-НССП, инструмент для стандартизированной оценки несуицидального самоповреждающего поведения. В основе – критерии DSM-5. Интервью последовательно охватывает сам факт самоповреждающего поведения, его частоту, элементы дифференциальной диагностики, мотивы, аффективно-когнитивный контекст и клинически значимые последствия. За счет этого первичная клиническая беседа становится более

структурированной, клинические данные – сопоставимыми между собой, а диагностический подход к оценке НССП у девушек-подростков – более точным.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ГБУЗ СПбБ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Специализированная психоневрологическая больница»
- ИТО/ИТОД – Индивидуально-типологический опросник (Л. Н. Собчик)
- КДН – Комиссия по делам несовершеннолетних
- МКБ-10/11 – Международная классификация болезней 10-го/11-го
пересмотра
- МОДТ – Методика многомерной оценки детской тревожности
- НССП – Несуицидальное самоповреждающее поведение
- ПАВ – Психоактивные вещества
- ПРЛ – Пограничное расстройство личности
- СПА – Опросник социально-психологической адаптации (К. Роджерса)
- фМРТ – Функциональная магнитно-резонансная томография
- ЧМТ – Черепно-мозговая травма
- ЭЭГ – Электроэнцефалография
- CASSS – Child and Adolescent Social Support Scale, шкала социальной
поддержки детей и подростков (К. Малецки)
- DSH – Deliberate Self-Harm (преднамеренное самоповреждение)
- DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition,
Диагностическое и статистическое руководство по психическим
расстройствам,
5-е издание
- F00–F09 – органические, включая симптоматические, психические
расстройства
- F20–F29 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F30–F39 – аффективные расстройства
- F40–F48 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные
расстройства

F50–F59 – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями

F70–F79 – умственная отсталость

F90–F98 – эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

H-критерий – критерий Крускала–Уоллиса

M (SD) – среднее значение (стандартное отклонение)

Me [Q1; Q3] – медиана [первый квартиль; третий квартиль]

n (%) – количество наблюдений (процент от выборки)

NSSI – Non-Suicidal Self-Injury (несуицидальное самоповреждение)

p – уровень статистической значимости

PCA – Principal Component Analysis (анализ главных компонент)

r – коэффициент корреляции

r_s – коэффициент ранговой корреляции Спирмена

STB – Suicidal Thoughts and Behavior (суицидальные мысли и поведение)

U-критерий – критерий Манна–Уитни

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study / G. Geulayov, D. Casey, K. C. McDonald [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5. – № 2. – P. 167-174.

2. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm / J. J. Muehlenkamp, L. Claes, L. Havertape, P. L. Plener // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2012. – Vol. 6. – Art. 10.

3. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression / S. V. Swannell, G. E. Martin, A. Page [et al.] // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2014. – Vol. 44. – № 3. – P. 273-303.

4. Klonsky, E. D. Self-injury: a research review for the practitioner / E. D. Klonsky, J. J. Muehlenkamp // *Journal of Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 63. – № 11. – P. 1045-1056.

5. Ефремов, В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – Санкт-Петербург : Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.

6. Левина, С. Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Левина София Даниловна ; Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Москва, 2007. – 183 с.

7. Лобов, Г. А. Аутоагрессивное поведение юношей призывного возраста (клинические характеристики и медицинское психиатрическое освидетельствование) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Лобов Геннадий Александрович ; ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет». – Москва, 2008. – 135 с.

8. Мыльникова, Ю. А. Клинические и социально-психологические предикторы аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста

: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Мыльникова Юлия Андреевна ; ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Краснодар, 2015. – 157 с.

9.Самохин, Д. В. Клиника и профилактика суицидального поведения в молодом возрасте : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Самохин Дмитрий Владимирович ; ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России. – Москва, 2015. – 102 с.

10.Nock, M. K. Nonsuicidal self-injury: definition and classification / M. K. Nock, A. R. Favazza // *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* / ed. by M. K. Nock. – Washington, DC : American Psychological Association, 2009. – P. 9-18.

11.Favazza, A. R. Diagnostic issues in self-mutilation / A. R. Favazza, R. J. Rosenthal // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1993. – Vol. 44. – № 2. – P. 134-140.

12.Herpertz, S. Self-injurious behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers / S. Herpertz // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1995. – Vol. 91. – № 1. – P. 57-68.

13.Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study / B. Mars, J. Heron, E. D. Klonsky [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2019. – Vol. 6. – № 4. – P. 327-337.

14.Любов, Е. Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть I / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов // *Суицидология*. – 2020. – Т. 11. – № 3 (40). – С. 44-71.

15.Любов, Е. Б. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов, Г. С. Банников // *Суицидология*. – 2019. – Т. 10. – № 4 (37). – С. 16-46.

16.Любов, Е. Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть II / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов // *Суицидология*. – 2020. – Т. 11. – № 4 (41). – С. 26-55.

17.Любов, Е. Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть III / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов // Суицидология. – 2021. – Т. 12. – № 1 (42). – С. 23-46.

18.Менделевич, В. Д. Классификация психических расстройств / систематика поведенческих девиаций: медиализация как тренд / В. Д. Менделевич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2016. – № 1. – С. 10-16.

19.Менделевич, В. Д. Особенности заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей в Российской Федерации / В. Д. Менделевич // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 11. – № 3. – С. 7.

20.Психология девиантности: дети, общество, закон : монография / Д. В. Адамчук, Е. Г. Дозорцева, С. Н. Ениколопов [и др.] ; под редакцией А. А. Реана. – Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2016. – 478 с.

21.Любов, Е. Б. Намеренные несуйцидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далекий до Типперери» / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов // Суицидология. – 2020. – Т. 11. – № 2 (39). – С. 15-32.

22.Десятилетний эпидемиологический анализ суйцидального поведения психиатрических пациентов России / Е. Б. Любов, Ю. Е. Шматова, В. Б. Голланд, П. Б. Зотов // Суицидология. – 2019. – Т. 10. – № 1 (34). – С. 84-90.

23.Любов, Е. Б. Намеренное самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве. Часть III: диагноз и лечение / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов // Суицидология. – 2024. – Т. 15. – № 1 (54). – С. 53-82.

24.Попов, Ю. В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности / Ю. В. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 6-13.

25.Руженков, В. А. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение» / В. А. Руженков, Г. А. Лобов, А. В. Боева // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – № 32. – С. 20-24.

26.Гильбурд, О. А. Социобиология, психология и психопатология саморазрушающего поведения / О. А. Гильбурд // Вестник СурГУ. Медицина. – 2010. – № 2 (5). – С. 39-49.

27.Алехин, А. Н. Саморазрушающее поведение подростков как феномен и научная проблема / А. Н. Алехин, Е. Е. Малкова // Universum: Вестник Герценовского университета. – 2012. – № 2. – С. 191-198.

28.Алехин, А. Н. Феномен саморазрушающего поведения подростков в современных российских условиях / А. Н. Алехин, Н. Н. Королева // Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. – 2013. – Т. 5. – № 3. – С. 83-90.

29.Жукова, Н. Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков / Н. Ю. Жукова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – № 4 (17). – С. 27-33.

30.Малкова, Е. Е. Психофизиологические и психологические предпосылки саморазрушающего поведения в подростковом возрасте / Е. Е. Малкова // Клинико-психологические аспекты саморазрушающего поведения у подростков : монография / А. Н. Алехин, И. М. Богдановская, Н. Н. Королева, Е. Е. Малкова ; под редакцией А. Н. Алехина, Е. А. Дубининой. – Санкт-Петербург : Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 2018. – С. 53-57.

31.Сычева, Н. Б. Типы и виды саморазрушающего поведения обучающихся / Н. Б. Сычева // Педагогическое образование в России. – 2018. – № 3. – С. 66–72.

32.Лапшин, В. Е. Аутодеструктивное поведение подростков: причины, приводящие к суициду / В. Е. Лапшин // Вестник Владимирского юридического института. – 2008. – № 1 (6). – С. 172–173.

33.Соколова, Е. Т. Аутодеструктивное поведение молодежи: клинико-психологические и социокультурные ракурсы проблемы / Е. Т. Соколова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – № 2. Приложение. – С. 225–226.

34.Головина, А. Г. Несуицидальное аутодеструктивное поведение подростков с расстройствами личности / А. Г. Головина // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2021. – Т. 23. – № 11. – С. 18–26.

35.Ефимова, О. И. Научные подходы к анализу аутодеструктивного поведения / О. И. Ефимова // Профилактика зависимостей. – 2019. – № 1 (17). – С. 226–242.

36.Польская, Н. А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н. А. Польская, Н. В. Власова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23. – № 4. – С. 176–190.

37.Меметова, З. Аутодеструктивное поведение при посттравматическом стрессовом расстройстве / З. Меметова // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – № 62, ч. 20. – С. 23–25.

38.Краснопольская, Ю. А. Основы проявления аутодеструктивного поведения у подростков / Ю. А. Краснопольская // Энигма. – 2020. – № 22, ч. 1. – С. 195–200.

39.Паровая, О. И. Что такое гендерный парадокс суицидального поведения? / О. И. Паровая // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 3 (5). – С. 85–92.

40.Рахимкулова, А. С. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков / А. С. Рахимкулова, В. А. Розанов // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 31–32.

41.Белоусов, П. В. Суицидальное поведение в структуре психосоматических расстройств / П. В. Белоусов // Медицинская экспертиза и право. – 2013. – № 2. – С. 43–46.

42.К вопросу о суицидальном поведении подростков – реалии скорпомощного стационара / В. И. Быкова, Ю. П. Полухина, Е. А. Львова [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31. – № 2. – С. 68–83.

43.Безносилова, Н. В. К проблеме суицидального поведения подростков (завершённый суицид как крайняя форма дезадаптивного поведения) / Н. В.

Безносикова, И. Б. Ольнева, О. В. Холичева // Актуальные проблемы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения высшего образования: интеграция науки и практики : материалы IV межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, Хабаровск, 23 ноября 2017 г. / сост. О. В. Сысоева. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2018. – С. 138-142.

44. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации / Н. А. Бохан, А. Ф. Аболонин, А. И. Мандель [и др.] // Суицидология. – 2018. – Т. 9. – № 2 (31). – С. 50-60.

45. Предикторы суицидального поведения у подростков с депрессивными расстройствами / Н. Н. Осипова, Е. В. Дмитриева, Н. И. Беглянкин, Л. М. Барденштейн // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 1-2. – С. 28-33.

46. Muehlenkamp, J. J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome / J. J. Muehlenkamp // American Journal of Orthopsychiatry. – 2005. – Vol. 75. – № 2. – P. 324–333.

47. Pattison, E. M. The deliberate self-harm syndrome / E. M. Pattison, J. Kahan // The American Journal of Psychiatry. – 1983. – Vol. 140. – № 7. – P. 867–872.

48. Fung, K. W. The new International Classification of Diseases 11th edition: a comparative analysis with ICD-10 and ICD-10-CM / K. W. Fung, J. Xu, O. Bodenreider // Journal of the American Medical Informatics Association. – 2020. – Vol. 27. – № 5. – P. 738–746.

49. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015 / D. Gillies, M. A. Christou, A. C. Dixon [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2018. – Vol. 57. – № 10. – P. 733–741.

50. Non-suicidal self-injury in developing countries: a review / S. Mannekote Thippaiah, M. Shankarapura Nanjappa, J. G. Gude [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. – 2021. – Vol. 67. – № 5. – P. 472–482.

51. Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak / W. C. Tang, M. P. Lin, J. You [et al.] // *Current Psychology*. – 2023. – Vol. 42. – № 20. – P. 17270–17279.

52. Польская, Н. А. Структура и функции самоповреждающего поведения / Н. А. Польская // *Психологический журнал*. – 2014. – Т. 35. – № 2. – С. 45–56.

53. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data / A. Gandhi, K. Luyckx, I. Baetens [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2018. – Vol. 80. – P. 170–178.

54. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA / P. L. Plener, G. Libal, F. Keller [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2009. – Vol. 39. – № 9. – P. 1549–1558.

55. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population / S. McManus, D. Gunnell, C. Cooper [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2019. – Vol. 6. – № 7. – P. 573–581.

56. Briere, J. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions / J. Briere, E. Gil // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 1998. – Vol. 68. – № 4. – P. 609–620.

57. Klonsky, E. D. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates / E. D. Klonsky, T. F. Oltmanns, E. Turkheimer // *The American Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160. – № 8. – P. 1501–1508.

58. Gratz, K. L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates / K. L. Gratz, A. L. Chapman // *Psychology of Men & Masculinity*. – 2007. – Vol. 8. – № 1. – P. 1–14.

59. Skegg, K. Self-harm / K. Skegg // *The Lancet*. – 2005. – Vol. 366. – № 9495. – P. 1471–1483.

60. Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents / M. J. Sornberger, N. L. Heath, J. R. Toste, R. McLouth // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2012. – Vol. 42. – № 3. – P. 266–278.

61.Laye-Gindhu, A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm / A. Laye-Gindhu, K. A. Schonert-Reichl // *Journal of Youth and Adolescence*. – 2005. – Vol. 34. – № 5. – P. 447–457.

62.Claes, L. Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation / L. Claes, W. Vandereycken, H. Vertommen // *Personality and Individual Differences*. – 2007. – Vol. 42. – № 4. – P. 611–621.

63.Когнитивная терапия депрессивных руминаций / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко, В. М. Ялтонский [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. – 2019. – Т. 119. – № 1-2. – С. 62–68.

64.Emotion-related impulsivity and rumination: unique and conjoint effects on suicidal ideation, suicide attempts, and nonsuicidal self-injury across two samples / S. L. Johnson, M. Robison, S. Anvar [et al.] // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2022. – Vol. 52. – № 4. – P. 642–654.

65.Haywood, S. B. We have so much in common: does shared variance between emotion-related constructs account for relationships with self-injury? / S. B. Haywood, P. Hasking, M. E. Boyes // *Journal of Affective Disorders Reports*. – 2022. – Vol. 8. – Art. 100332.

66.Cerutti, R. The role of difficulty in identifying and describing feelings in non-suicidal self-injury behavior (NSSI): associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation / R. Cerutti, A. Zuffianò, V. Spensieri // *Frontiers in Psychology*. – 2018. – Vol. 9. – Art. 318.

67.Wester, K. Nonsuicidal self-injury: increased prevalence in engagement / K. Wester, H. Trepal, K. King // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2018. – Vol. 48. – № 6. – P. 690–698.

68.Assessing clinical features of adolescents suffering from depression who engage in non-suicidal self-injury / M. Serra, A. Presicci, L. Quaranta [et al.] // *Children*. – 2022. – Vol. 9. – № 2. – Art. 201.

69. Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents / Y. Wan, R. Chen, S. Ma [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 214. – № 3. – P. 146–152.

70. Does social support prevent suicidal ideation in women and men? Gender-sensitive analyses of an important protective factor within prospective community cohorts / D. Otten, M. Ernst, A. N. Tibubos [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2022. – Vol. 306. – P. 157–166.

71. Hankin, B. L. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study / B. L. Hankin, J. R. Z. Abela // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol. 186. – № 1. – P. 65–70.

72. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis / R. T. Liu, K. M. Scopelliti, S. K. Pittman, A. S. Zamora // *The Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5. – № 1. – P. 51–64.

73. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth / M. Kaess, P. Parzer, M. Mattern [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2013. – Vol. 206. – № 2–3. – P. 265–272.

74. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries / S. T. Lereya, W. E. Copeland, E. J. Costello, D. Wolke // *The Lancet Psychiatry*. – 2015. – Vol. 2. – № 6. – P. 524–531.

75. Benton, T. D. Suicide and suicidal behaviors among minoritized youth / T. D. Benton // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. – 2022. – Vol. 31. – № 2. – P. 211–221.

76. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: a systematic review and meta-analysis / R. T. Liu, A. E. Sheehan, R. F. L. Walsh [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2019. – Vol. 74. – Art. 101783.

77. Arendt, F. Effects of exposure to self-harm on social media: evidence from a two-wave panel study among young adults / F. Arendt, S. Scherr, D. Romer // *New Media & Society*. – 2019. – Vol. 21. – № 11–12. – P. 2422–2442.

78.#cutting: non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram / R. C. Brown, T. Fischer, A. D. Goldwisch [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2018. – Vol. 48. – № 2. – P. 337-346.

79.Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psychosocial stress in female patients with borderline personality disorder / U. M. Nater, M. Bohus, E. Abbruzzese [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2010. – Vol. 35. – № 10. – P. 1565-1572.

80.Beauchaine, T. P. Post-dexamethasone cortisol, self-inflicted injury, and suicidal ideation among depressed adolescent girls / T. P. Beauchaine, S. E. Crowell, R. C. Hsiao // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2015. – Vol. 43. – № 4. – P. 619-632.

81.Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury / C. Reichl, A. Heyer, R. Brunner [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2016. – Vol. 74. – P. 203-211.

82.Prone to excitement: adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material / P. L. Plener, N. Bubalo, A. K. Fladung [et al.] // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2012. – Vol. 203. – № 2-3. – P. 146-152.

83.Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: an fMRI study / R. C. Groschwitz, P. L. Plener, G. Groen [et al.] // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2016. – Vol. 255. – P. 43-49.

84.Neural correlates associated with suicide and nonsuicidal self-injury in youth / R. P. Auerbach, D. Pagliaccio, G. O. Allison [et al.] // *Biological Psychiatry*. – 2021. – Vol. 89. – № 2. – P. 119-133.

85.Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder / P. Ludäscher, C. von Kalckreuth, P. Parzer [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 24. – № 3. – P. 351-357.

86.Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury / psychiatric controls / E. Osuch, K. Ford, A. Wrath [et al.] // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2014. – Vol. 223. – № 2. – P. 104-112.

87.Hatzopoulos, K. Relationships between dimensions of emotional experience, rumination, and nonsuicidal self-injury: an application of the Emotional Cascade Model / K. Hatzopoulos, M. Boyes, P. Hasking // *Journal of Clinical Psychology*. – 2022. – Vol. 78. – № 4. – P. 692-709.

88.The NSSI family distress cascade theory / L. Waals, I. Baetens, P. Rober [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2018. – Vol. 12. – Art. 52.

89.Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury / J. C. Dawkins, P. A. Hasking, M. E. Boyes [et al.] // *Stress and Health*. – 2019. – Vol. 35. – № 1. – P. 39-48.

90.Hooley, J. M. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury / J. M. Hooley, J. C. Franklin // *Clinical Psychological Science*. – 2018. – Vol. 6. – № 3. – P. 428-451.

91.Darin, E. Auto-aggressive behavior as a medical and social problem of our time: definitions, concepts, and retrospective of research by Russian authors, narrative review / E. Darin // *Current Psychiatry Research and Reviews*. – 2025. – Vol. 21. – № 1. – P. 15-40.

92.Хмелева, Ю. Б. Клиническая динамика, ранняя диагностика и реабилитация пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Хмелева Юлия Борисовна ; Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН». – Томск, 2004. – 253 с.

93.Куликов, А. В. Клинико-психопатологические аспекты суицидального поведения при эндогенных заболеваниях у детей и подростков : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Куликов Антон Владиславович ; ГУ «Научный центр психического здоровья РАМН». – Москва, 2008. – 174 с.

94.Бруг, А. В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Бруг Анна Валерьевна ; ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева». – Санкт-Петербург, 2008. – 176 с.

95.Пичиков, А. А. Половые различия суицидального поведения у подростков (клиника, диагностика, профилактика рецидивов) : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Пичиков Алексей Александрович ; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Санкт-Петербург, 2015. – 232 с.

96.Бисалиев, Р. В. Клинико-диагностические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения / Р. В. Бисалиев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2025. – Т. 59. – № 2. – С. 8-20.

97.Ассоциация семейной отягощенности и неблагоприятного детского опыта с несуицидальным и суицидальным самоповреждающим поведением у пациентов с аффективными расстройствами / А. А. Кибитов, А. П. Горбунова, Я. В. Яковлева [и др.] // Психиатрия. – 2025. – Т. 23. – № 5. – С. 28-41.

98.Psychometric properties and factor structure analysis of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS) in a Russian non-clinical sample / A. A. Kibitov, S. S. Potanin, O. M. Yagina [et al.] // Consortium Psychiatricum. – 2025. – Vol. 6. – № 1. – P. 18-29.

99.Шапошникова, Ю. В. Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте. Факторы риска и особенности течения (обзор литературы) / Ю. В. Шапошникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2024. – № 1 (122). – С. 72-79.

100.Зайцева, Д. М. Несуицидальные самоповреждения у подростков с психическими расстройствами: связь с импульсивностью / Д. М. Зайцева, О. В.

Лепик, М. Ю. Попов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2025. – Т. 35. – № 3. – С. 43-51.

101.Калашникова, А. С. Личностные особенности лиц, совершивших гетеро- и аутоагрессивные действия / А. С. Калашникова // Неврологический вестник. Журнал имени В. М. Бехтерева. – 2008. – Т. 40. – № 1. – С. 14-16.

102.Руженков, В. А. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения / В. А. Руженков, В. В. Руженкова // Суицидология. – 2014. – Т. 5. – № 1 (14). – С. 41-51.

103.Положий, Б. С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний / Б. С. Положий // Суицидология. – 2017. – Т. 8. – № 4 (29). – С. 3-9.

104.Организация профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению : методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций / Н. В. Калинина, С. А. Игумнов, Е. Г. Артамонова [и др.]. – Москва : ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. – 48 с.

105.Suicide and suicide prevention from a global perspective / E. Arensman, V. Scott, D. De Leo, J. Pirkis // Crisis. – 2020. – Vol. 41. – Suppl. 1. – P. S3-S7.

106.Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология : монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.

107.Горбушина, А. В. Суицидальное поведение подростков: диагностика и профилактика : учебное пособие / А. В. Горбушина, А. С. Власов. – Киров : Изд-во МЦИТО, 2021. – 1 электрон. опт. диск (CD-R).

108.Preventing suicide: a global imperative / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2014. – 89 p.

109.Амбрумова, А. Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова. – Москва, 1978. – 13 с.

110.Амбрумова, А. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков / А. Г. Амбрумова, Е. Г. Трайнина // Саморазрушающее поведение у подростков :

сборник научных трудов / под ред. А. Е. Личко, Ю. В. Попова. – Ленинград : Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1991. – С. 29-36.

111. Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – Москва, 1978. – Т. 82. – С. 6-28.

112. Wasserman, D. Global suicide rates among young people aged 15-19 / D. Wasserman, Q. Cheng, G. X. Jiang // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – № 2. – P. 114-120.

113. Harkavy-Friedman, J. M. Can early detection of psychosis prevent suicidal behavior? / J. M. Harkavy-Friedman // The American Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – № 5. – P. 768-770.

114. Wasserman, D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study / D. Wasserman // Psychiatria Polska. – 2016. – Vol. 50. – № 6. – P. 1093-1107.

115. Onset of substance use: deviant peer, sex, and sympathetic nervous system predictors / J. B. Hinnant, B. T. Gillis, S. A. Erath, M. El-Sheikh // Development and Psychopathology. – 2022. – Vol. 34. – № 4. – P. 1506-1515.

116. Pelkonen, M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention / M. Pelkonen, M. Marttunen // Paediatric Drugs. – 2003. – Vol. 5. – № 4. – P. 243-265.

117. Afifi, T. O. The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents / T. O. Afifi, B. J. Cox, L. Y. Katz // The Canadian Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 52. – № 10. – P. 666-674.

118.Mehlum, L. Continuity of care in the treatment of suicide attempters--current challenges / L. Mehlum, M. Ramberg // Archives of Suicide Research. – 2010. – Vol. 14. – № 2. – P. 105-108.

119.Important variables when screening for students at suicidal risk: findings from the French cohort of the SEYLE study / J. P. Kahn, A. Tubiana, R. F. Cohen [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2015. – Vol. 12. – № 10. – P. 12277-12290.

120.Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour / J. Koenig, R. Brunner, G. Fischer-Waldschmidt [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2017. – Vol. 26. – № 3. – P. 345-354.

121.Thompson, M. P. Epidemiology of suicide attempts among youth transitioning to adulthood / M. P. Thompson, K. Swartout // Journal of Youth and Adolescence. – 2018. – Vol. 47. – № 4. – P. 807-817.

122.Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study / R. Uddin, N. W. Burton, M. Maple [et al.] // The Lancet Child & Adolescent Health. – 2019. – Vol. 3. – № 4. – P. 223-233.

123.Comorbidity between non-suicidal self-injury disorder and borderline personality disorder in adolescents: a graphical network approach / T. Buelens, G. Costantini, K. Luyckx, L. Claes // Frontiers in Psychiatry. – 2020. – Vol. 11. – Art. 580922.

124.Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study / M. Bernal, J. M. Haro, S. Bernert [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2007. – Vol. 101. – № 1-3. – P. 27-34.

125.Kanchan, T. Suicidal poisoning in Southern India: gender differences / T. Kanchan, R. G. Menezes // Journal of Forensic and Legal Medicine. – 2008. – Vol. 15. – № 1. – P. 7-14.

126.Burrows, S. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention / S. Burrows, L. Laflamme // *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. – 2010. – Vol. 17. – № 1. – P. 23-40.

127.Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005 / S. Burrows, N. Auger, M. Roy, C. Alix // *Public Health*. – 2010. – Vol. 124. – № 2. – P. 78-85.

128.Prevalence and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring study / S. de Klerk, M. S. van Noorden, A. E. van Giezen [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 133. – № 1-2. – P. 257-264.

129.Kalmár, S. The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors / S. Kalmár // *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. – 2013. – Vol. 15. – № 1. – P. 27-39.

130.Suicidal thoughts and attempts among U.S. high school students: trends and associated health-risk behaviors, 1991-2011 / R. Lowry, A. E. Crosby, N. D. Brener, L. Kann // *Journal of Adolescent Health*. – 2014. – Vol. 54. – № 1. – P. 100-108.

131.What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries / R. Mergl, N. Koburger, K. Heinrichs [et al.] // *PLoS ONE*. – 2015. – Vol. 10. – № 7. – Art. e0129062.

132.Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants: multicentre study of European adolescents / E. M. McMahon, P. Corcoran, H. Keeley [et al.] // *BJPsych Open*. – 2017. – Vol. 3. – № 6. – P. 291-299.

133.Pompili, M. Suicide prevention in the European Region / M. Pompili, R. C. O'Connor, K. van Heeringen // *Crisis*. – 2020. – Vol. 41. – Suppl. 1. – P. S8-S20.

134.Steinberg, L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking / L. Steinberg // *Biosocial Theories of Crime* / ed. by K. M. Beaver, A. Walsh. – London : Routledge, 2017. – P. 435-463.

135. Is adolescent bullying an evolutionary adaptation? / A. A. Volk, J. A. Camilleri, A. V. Dane, Z. A. Marini // *Aggressive Behavior*. – 2012. – Vol. 38. – № 3. – P. 222-238.

136. Lower parental socioeconomic status in childhood and adolescence predicts unhealthy health behaviour patterns in adolescence in Northern Finland / K. Marttila-Tornio, N. Männikkö, H. Ruotsalainen [et al.] // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2021. – Vol. 35. – № 3. – P. 742-752.

137. Is adolescence a time of heightened risk taking? An overview of types of risk-taking behaviors across age groups / T. Willoughby, T. Heffer, M. Good, C. Magnacca // *Developmental Review*. – 2021. – Vol. 61. – Art. 100980.

138. Applying an evolutionary approach of risk-taking behaviors in adolescents / J. Salas-Rodríguez, L. Gómez-Jacinto, I. Hombrados-Mendieta, N. Del Pino-Brunet // *Frontiers in Psychology*. – 2022. – Vol. 12. – Art. 694134.

139. Ro, E. Psychosocial functioning in the context of diagnosis: assessment and theoretical issues / E. Ro, L. A. Clark // *Psychological Assessment*. – 2009. – Vol. 21. – № 3. – P. 313-324.

140. Skodol, A. E. Impact of personality pathology on psychosocial functioning / A. E. Skodol // *Current Opinion in Psychology*. – 2018. – Vol. 21. – P. 33-38.

141. Relationships of adolescents with suicidal behavior with social support networks / É. V. Simões, A. M. N. Oliveira, L. B. Pinho [et al.] // *Revista Gaúcha de Enfermagem*. – 2022. – Vol. 43. – Art. e20210033.

142. Sociodemographic and clinical characteristics of youths and parents seeking psychological treatment for school attendance problems / D. B. Johnsen, J. J. Lomholt, D. Heyne [et al.] // *PLoS ONE*. – 2022. – Vol. 17. – № 1. – Art. e0261449.

143. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation / I. Vrouva, P. Fonagy, P. R. Fearon, T. Roussow // *Psychological Assessment*. – 2010. – Vol. 22. – № 4. – P. 852-865.

144. Two pathways to self-harm in adolescence / S. Uh, E. S. Dalmaijer, R. Siugzdaite [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2021. – Vol. 60. – № 12. – P. 1491-1500.

145. Амбрумова, А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / А. Г. Амбрумова // *Комплексные исследования в суицидологии : сборник научных трудов / отв. ред. В. В. Ковалев*. – Москва : Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 7-25.

146. Шустов, Д. И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью : пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д. И. Шустов, А. В. Меринов. – Москва, 2000. – 20 с.

147. Вольнов, Н. М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы (клиника, типология, факторы риска) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Вольнов Николай Михайлович ; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2003. – 186 с.

148. Зинчук, М. С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М. С. Зинчук, А. С. Аведисова, А. Б. Гехт // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2019. – Т. 119. – № 3. – С. 108-119.

149. Townsend, E. Time to take self-harm in young people seriously / E. Townsend // *The Lancet Psychiatry*. – 2019. – Vol. 6. – № 4. – P. 279-280.

150. Nock, M. K. Self-injury / M. K. Nock // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2010. – Vol. 6. – P. 339-363.

151. Favazza, A. R. Varieties of pathological self-mutilation / A. R. Favazza, R. J. Rosenthal // *Behavioral Neurology*. – 1990. – Vol. 3. – № 2. – P. 77-85.

152. Давидовский, С. В. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения / С. В. Давидовский, С. А. Игумнов // *Суицидология*. – 2020. – Т. 11. – № 3 (40). – С. 33-43.

153.Nock, M. K. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior / M. K. Nock, M. J. Prinstein // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – № 5. – P. 885-890.

154.Interventions for self-harm in children and adolescents / K. G. Witt, S. E. Hetrick, G. Rajaram [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2021. – № 3. – Art. CD013667.

155.Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder / M. Zetterqvist, L. G. Lundh, O. Dahlström, C. G. Svedin // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2013. – Vol. 41. – № 5. – P. 759-773.

156.Bergmann, G. H. Ein Fall von religiöser Monomanie / G. H. Bergmann // *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. – 1846. – Vol. 3. – P. 365-380.

157.Weissman, M. M. Wrist cutting. Relationship between clinical observations and epidemiological findings / M. M. Weissman // *Archives of General Psychiatry*. – 1975. – Vol. 32. – № 9. – P. 1166-1171.

158.Graff, H. The syndrome of the wrist cutter / H. Graff, R. Mallin // *The American Journal of Psychiatry*. – 1967. – Vol. 124. – № 1. – P. 36-42.

159.Favazza, A. R. The coming of age of self-mutilation / A. R. Favazza // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1998. – Vol. 186. – № 5. – P. 259-268.

160.Favazza, A. R. Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry / A. R. Favazza. – 2nd ed. – Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1996. – 373 p.

161.Lewis, S. P. A double-edged sword: a review of benefits and risks of online nonsuicidal self-injury activities / S. P. Lewis, Y. Seko // *Journal of Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 72. – № 3. – P. 249-262.

162.Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity / R. Young, N. Sproeber, R. C. Groschwitz [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2014. – Vol. 14. – Art. 137.

- 163.Fox, C. Deliberate self-harm in adolescence / C. Fox, K. Hawton. – London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. – 143 p.
- 164.Stanford, S. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm / S. Stanford, M. P. Jones // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2009. – Vol. 50. – № 7. – P. 807-815.
- 165.In-Albon, T. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates / T. In-Albon, C. Ruf, M. Schmid // Psychiatry Journal. – 2013. – Vol. 2013. – Art. 159208.
- 166.Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study / E. A. Selby, T. W. Bender, K. H. Gordon [et al.] // Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. – 2012. – Vol. 3. – № 2. – P. 167-175.
- 167.Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity / B. J. Turner, K. L. Dixon-Gordon, S. B. Austin [et al.] // Psychiatry Research. – 2015. – Vol. 230. – № 1. – P. 28-35.
- 168.Non-suicidal self-injury disorder as a stand-alone diagnosis in a consecutive help-seeking sample of adolescents / D. Ghinea, A. Edinger, P. Parzer [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2020. – Vol. 274. – P. 1122-1125.
- 169.Cailhol, L. Borderline personality disorder in adolescents / L. Cailhol, L. Gicquel, J.-P. Raynaud // IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health / ed. by J. M. Rey. – Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015. – P. 1-17.
- 170.Sharp, C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults / C. Sharp, C. Romero // Bulletin of the Menninger Clinic. – 2007. – Vol. 71. – № 2. – P. 85-114.
- 171.Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder / H. E. Andrewes, C. Hulbert, S. M. Cotton [et al.] // Early Intervention in Psychiatry. – 2019. – Vol. 13. – № 2. – P. 194-201.

172. Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms / D. Ghinea, J. Koenig, P. Parzer [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2019. – Vol. 273. – P. 127-133.

173. Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: the significance of identity disturbance / M. Sekowski, M. Gambin, E. Sumlin, C. Sharp // *Psychiatry Research*. – 2022. – Vol. 312. – Art. 114558.

174. Корень, Е. В. «Пограничное личностное расстройство» в детском психиатрическом стационаре / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. – 2020. – Т. 20. – № 4. – С. 87-94.

175. Крылова, Е. С. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением / Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // *Суицидология*. – 2019. – Т. 10. – № 1 (34). – С. 48-57.

176. Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults / M. Olfson, M. Wall, S. Wang [et al.] // *Pediatrics*. – 2018. – Vol. 141. – № 4. – Art. e20173517.

177. Schmeck, K. Debate: Should CAMHs professionals be diagnosing personality disorder in adolescents - 'No rationale to deprive adolescents of effective treatment' / K. Schmeck // *Child and Adolescent Mental Health*. – 2022. – Vol. 27. – № 2. – P. 192-193.

178. Stead, V. E. Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: a literature review / V. E. Stead, K. Boylan, L. A. Schmidt // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. – 2019. – Vol. 6. – Art. 3.

179. Kinderman, P. Non-diagnostic recording of mental health difficulties in ICD-11 / P. Kinderman, K. Allsopp // *The Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5. – № 12. – P. 966.

180. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches / D. E. Clarke, W. E. Narrow,

D. A. Regier [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 170. – № 1. – P. 43-58.

181.DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses / D. A. Regier, W. E. Narrow, D. E. Clarke [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 170. – № 1. – P. 59-70.

182.DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5 / W. E. Narrow, D. E. Clarke, S. J. Kuramoto [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 170. – № 1. – P. 71-82.

183.Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (S/) im DSM-5 / P. L. Plener, N. D. Kapusta, R. Brunner, M. Kaess // Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. – 2014. – Vol. 42. – № 6. – P. 405-411.

184.Zetterqvist, M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature / M. Zetterqvist // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. – 2015. – Vol. 9. – Art. 31.

185.Glenn, C. R. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients / C. R. Glenn, E. D. Klonsky // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2013. – Vol. 42. – № 4. – P. 496-507.

186.Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample / J. J. Washburn, L. M. Potthoff, K. R. Juzwin, D. M. Styer // Psychological Assessment. – 2015. – Vol. 27. – № 1. – P. 31-41.

187.Shaffer, D. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder / D. Shaffer, C. Jacobson. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2009. – 21 p.

188.Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.

189.Andover, M. S. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults / M. S. Andover // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 219. – № 2. – P. 305-310.

190.Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index / K. L. Gratz, K. L. Dixon-Gordon, A. L. Chapman, M. T. Tull // *Assessment*. – 2015. – Vol. 22. – № 5. – P. 527-539.

191.Lengel, G. J. Nonsuicidal self-injury disorder: clinician and expert ratings / G. J. Lengel, S. N. Mullins-Sweatt // *Psychiatry Research*. – 2013. – Vol. 210. – № 3. – P. 940-944.

192.Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents / T. Buelens, K. Luyckx, G. Kiekens [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 260. – P. 314-322.

193.Пережогин, Л. О. Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних воспитанников социальных учреждений: правонарушителей и беспризорных / Л. О. Пережогин // *Практическая медицина*. – 2009. – № 6 (38). – С. 43-47.

194.Резаков, А. А. Синдром уходов и бродяжничества у детей и подростков с непсихотическими и психотическими формами заболеваний (клиника и реабилитация) : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Резаков Артем Александрович ; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2011. – 174 с.

195.Гречаный, С. В. Расстройства поведения у подростков, сочетающиеся с употреблением психоактивных веществ (клинико-динамический и адаптационно-личностный аспекты) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06, 14.01.27 / Гречаный Северин Вячеславович ; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России. – Санкт-Петербург, 2015. – 716 с.

196.Шереметьева, И. И. Суицидальное поведение у современных подростков (клинико-социальный патоморфоз) / И. И. Шереметьева, В. Н. Ведяшкин // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2018. – № 1 (98). – С. 68-74.

197. Раева, Т. В. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения / Т. В. Раева, М. Г. Фомушкина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 4 (97). – С. 44-48.

198. Гранкина, И. В. Психопатоподобное поведение у детей с психическими расстройствами: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Гранкина Ирина Валерьевна ; Омский государственный медицинский университет Минздрава России. – Омск, 2017. – 243 с.

199. Клинова, М. А. Психическое здоровье подростков Забайкальского края, совершивших противоправные действия : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Клинова Майя Анатольевна ; Читинская государственная медицинская академия Минздрава России. – Чита, 2020. – 193 с.

200. Логинов, И. П. Клинические особенности и факторы риска непсихотических депрессивных расстройств у подростков / И. П. Логинов, Е. В. Солодка // Дальневосточный медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 54-57.

201. Катерная, Ю. Е. Особенности психического здоровья подростков, имеющих соматическую патологию / Ю. Е. Катерная // Медицинский альманах. – 2017. – № 5 (50). – С. 139-143.

202. Лабутьева, И. С. Гигиеническая оценка влияния современных условий жизнедеятельности учащихся подростков на формирование эмоциональных расстройств и расстройств поведения : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01, 14.01.06 / Лабутьева Ирина Сергеевна ; Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России. – Москва, 2018. – 193 с.

203. Румянцев, А. О. Атенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты) / А. О. Румянцев, М. А. Омельченко, В. Г. Каледа // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 61-70.

204.Егорова, П. Л. Состояние психического здоровья подростков-сирот и подростков, оставшихся без попечения родителей, обучающихся в учреждениях среднего профессионального образования : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Егорова Полина Львовна ; Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России. – Москва, 2017. – 130 с.

205.Зяблов, В. А. Клинико-психопатологические особенности континуального течения эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте / В. А. Зяблов // Психиатрия. – 2017. – № 4 (76). – С. 37-44.

206.Соколов, Р. Е. Манифестные шизофренические психозы у девушек-подростков (клинико-психопатологические и терапевтические аспекты) : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Соколов Роман Евгеньевич ; Научный центр психического здоровья РАМН. – Москва, 2011. – 190 с.

207.Олейчик, И. В. Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Олейчик Игорь Валентинович ; Научный центр психического здоровья РАМН. – Москва, 2011. – 334 с.

208.Дейч, Р. В. Патологические увлечения у детей и подростков: варианты, динамика, социальная дезадаптация : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Дейч Роман Витальевич ; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова. – Москва, 2012. – 164 с.

209.Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis / K. S. Lim, C. H. Wong, R. S. McIntyre [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2019. – Vol. 16. – № 22. – Art. 4581.

210.Rural-urban comparisons in the rates of self-harm, U.S., 2018 / J. Wang, M. M. Brown, A. Z. Ivey-Stephenson [et al.] // American Journal of Preventive Medicine. – 2022. – Vol. 63. – № 1. – P. 117-120.

211. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors / A. Poudel, A. Lamichhane, K. R. Magar, G. P. Khanal // *BMC Psychiatry*. – 2022. – Vol. 22. – № 1. – Art. 96.

212. Deliberate self-harm in psychiatric outpatients aged 14-35 years in Singapore / S. Shahwan, E. Abdin, Y. Zhang [et al.] // *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. – 2018. – Vol. 47. – № 9. – P. 360-372.

213. Surveillance of hospital-presenting intentional self-harm in Western Sydney, Australia, during the implementation of a new self-harm reporting field / P. Bandara, A. Page, T. E. Hammond [et al.] // *Crisis*. – 2023. – Vol. 44. – № 2. – P. 135-145.

214. Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: results from a nationwide survey in China / J. Tang, G. Li, B. Chen [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 226. – P. 188-195.

215. Nonsuicidal self-injury behaviour in a city of China and its association with family environment, media use and psychopathology / K. Liang, L. Zhao, Y. Lei [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2022. – Vol. 115. – Art. 152311.

216. Self-harm, suicidal ideation and attempts among school-attending adolescents in Bamako, Mali / Y. Wu, S. P. Coulibaly, A. M. Sidibe, T. Hesketh // *Children*. – 2022. – Vol. 9. – № 4. – Art. 542.

217. The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: prevalence and associations with 12-month mental disorders and suicidal thoughts and behaviors / G. Kiekens, P. Hasking, L. Claes [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2018. – Vol. 35. – № 7. – P. 629-637.

218. Predicting the incidence of non-suicidal self-injury in college students / G. Kiekens, P. Hasking, L. Claes [et al.] // *European Psychiatry*. – 2019. – Vol. 59. – P. 44-51.

219. Direct self-injurious behavior (D-SIB) and life events among vocational school and high school students / L. O. Horváth, M. Balint, G. Ferenczi-Dallos [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. – Vol. 15. – № 6. – Art. 1068.

220. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during COVID-19: a comparison of data from three different time points during 2011-2021 / M. Zetterqvist, L. S. Jonsson, Å. Landberg, C. G. Svedin // *Psychiatry Research*. – 2021. – Vol. 305. – Art. 114208.

221. Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study / D. Ougrin, B. H. C. Wong, M. Vaezinejad [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2022. – Vol. 31. – № 7. – P. 1-13.

222. Impacts of the psychological stress response on nonsuicidal self-injury behavior in students during the COVID-19 epidemic in China: the mediating role of sleep disorders / J. Xiao, R. Wang, Y. Hu [et al.] // *BMC Psychology*. – 2022. – Vol. 10. – № 1. – Art. 87.

223. Growth in emergency department self-harm or suicidal ideation presentations in young people: comparing trends before and since the COVID-19 first wave in New South Wales, Australia / G. Sara, J. Wu, J. Uesi [et al.] // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2023. – Vol. 57. – № 1. – P. 58-68.

224. Sociodemographic and clinical characteristics of paediatric patients admitted to a neuropsychiatric care hospital in the COVID-19 era / M. Gatta, A. Raffagnato, F. Mason [et al.] // *Italian Journal of Pediatrics*. – 2022. – Vol. 48. – № 1. – Art. 23.

225. Self-injurious behavior rate in the short-term period of the COVID-19 pandemic in Korea / S. J. Park, S. J. Rim, M. Jo [et al.] // *Journal of Korean Medical Science*. – 2022. – Vol. 37. – № 6. – Art. e45.

226. Suyemoto, K. L. Self-cutting in female adolescents / K. L. Suyemoto, M. L. MacDonald // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. – 1995. – Vol. 32. – № 1. – P. 162-171.

227. Zlotnick, C. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients / C. Zlotnick, J. I. Mattia, M. Zimmerman // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1999. – Vol. 187. – № 5. – P. 296-301.

228.Darche, M. A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females / M. A. Darche // *Psychiatric Hospital*. – 1990. – Vol. 21. – P. 31-35.

229.Whitlock, J. Self-injurious behaviors in a college population / J. Whitlock, J. Eckenrode, D. Silverman // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 117. – № 6. – P. 1939-1948.

230.Bresin, K. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis / K. Bresin, M. Schoenleber // *Clinical Psychology Review*. – 2015. – Vol. 38. – P. 55-64.

231.Nonsuicidal self-injury in community adolescents: a systematic review of prospective predictors, mediators and moderators / F. Valencia-Agudo, G. C. Burcher, L. Ezpeleta, T. Kramer // *Journal of Adolescence*. – 2018. – Vol. 65. – P. 25-38.

232.Life problems in children and adolescents who self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England / E. Townsend, J. Ness, K. Waters [et al.] // *Child and Adolescent Mental Health*. – 2022. – Vol. 27. – № 4. – P. 352-360.

233.Nicholson, C. More teenage girls are self harming than ever before - here's why / C. Nicholson // *The Conversation*. – 2017. – URL: <https://theconversation.com/more-teenage-girls-are-self-harming-than-ever-before-heres-why-86010> (дата обращения: 03.05.2026).

234.Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: evidence from a large clinical sample of adolescents and adults / S. E. Victor, J. J. Muehlenkamp, N. A. Hayes [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2018. – Vol. 82. – P. 53-60.

235.Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress / P. O. Wilkinson, T. Qiu, C. Jesmont [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2022. – Vol. 306. – P. 240-245.

236.Baiden, P. The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings / P. Baiden, S. L. Stewart, B. Fallon // *Child Abuse & Neglect*. – 2017. – Vol. 69. – P. 163-176.

237. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: factor analysis of Functional Assessment of Self-Mutilation among adolescents / M. Izadi-Mazidi, H. Yaghubi, P. Mohammadkhani, H. Hassanabadi // *Iranian Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 14. – № 3. – P. 184-191.

238. Neff, K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion / K. D. Neff // *Self and Identity*. – 2003. – Vol. 2. – № 3. – P. 223-250.

239. Common pathways to NSSI and suicide ideation: the roles of rumination and self-compassion / P. Hasking, M. E. Boyes, A. Finlay-Jones [et al.] // *Archives of Suicide Research*. – 2019. – Vol. 23. – № 2. – P. 247-260.

240. Non-suicidal self-injury in adolescence: longitudinal associations with psychological distress and rumination / T. Buelens, K. Luyckx, A. Gandhi [et al.] // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2019. – Vol. 47. – № 9. – P. 1569-1581.

241. Miller, M. A qualitative study of understanding reasons for self-harm in adolescent girls / M. Miller, M. Redley, P. O. Wilkinson // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Vol. 18. – № 7. – Art. 3361.

242. Self-injury in adolescence is associated with greater behavioral risk avoidance, not risk-taking / A. K. Dillahun, D. A. Feldman, L. R. Thomas [et al.] // *Journal of Clinical Medicine*. – 2022. – Vol. 11. – № 5. – Art. 1288.

243. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed adolescents: impact of peer victimization and bullying / G. A. Vergara, J. G. Stewart, E. A. Cosby [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2019. – Vol. 245. – P. 744-749.

244. An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: a systematic review and meta-analysis / K. Sheehy, A. Noureen, A. Khaliq [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2019. – Vol. 73. – Art. 101779.

245. The stigmatization of nonsuicidal self-injury / T. A. Burke, M. L. Piccirillo, S. L. Moore-Berg [et al.] // *Journal of Clinical Psychology*. – 2019. – Vol. 75. – № 3. – P. 481-498.

246.Stänicke, L. I. How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm / L. I. Stänicke, H. Haavind, S. E. Gullestad // *Adolescent Research Review*. – 2018. – Vol. 3. – № 2. – P. 173-191.

247.The interpersonal processes of non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-synthesis / K. M. Peel-Wainwright, S. Hartley, A. Boland [et al.] // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2021. – Vol. 94. – № 4. – P. 1059-1082.

248.A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury / P. J. Taylor, K. Jomar, K. Dhingra [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 227. – P. 759-769.

249.You hurt me, so I hurt myself and others: how does childhood emotional maltreatment affect adolescent violent behavior and suicidal ideation? / X. Wang, R. Xie, W. Ding [et al.] // *Journal of Interpersonal Violence*. – 2022. – Vol. 37. – № 23-24. – P. NP22647-NP22672.

250.Reciprocal associations between peer problems and non-suicidal self-injury throughout adolescence / L. De Luca, M. Giletta, E. Menesini, M. J. Prinstein // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2022. – Vol. 63. – № 12. – P. 1486-1495.

251.Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset / S. E. Victor, A. E. Hipwell, S. D. Stepp, L. N. Scott // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2019. – Vol. 13. – Art. 1.

252.Klonsky, E. D. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis / E. D. Klonsky, A. Moyer // *The British Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 192. – № 3. – P. 166-170.

253.Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal behaviour: a retrospective, nationwide, register-based cohort study of 4 419 642 individuals in Denmark / A. Ranning, T. Madsen, K. Hawton [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2022. – Vol. 9. – № 5. – P. 363-374.

254.Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents / I. Mendez,

A. Sintes, J. C. Pascual [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2022. – Vol. 302. – P. 204-213.

255. Suicidal ideation and self-injury in LGB youth: a longitudinal study from urban Switzerland / D. Garcia Nuñez, N. Raible-Destan, U. Hepp [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2022. – Vol. 16. – № 1. – Art. 21.

256. Suicidal and nonsuicidal self-harming thoughts and behaviors in clinically referred children and adolescents with gender dysphoria / A. Hartig, C. Voss, L. Herrmann [et al.] // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2022. – Vol. 27. – № 3. – P. 716-729.

257. Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: a longitudinal cohort study / L. Bowes, R. Carnegie, R. Pearson [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2015. – Vol. 2. – № 9. – P. 793-800.

258. Arendt, F. Investigating suicide-related subliminal messages on Instagram / F. Arendt, A. Markiewicz, S. Scherr // *Crisis*. – 2021. – Vol. 42. – № 4. – P. 263-269.

259. Impact of web-based sharing and viewing of self-harm-related videos and photographs on young people: systematic review / A. Marchant, K. Hawton, L. Burns [et al.] // *Journal of Medical Internet Research*. – 2021. – Vol. 23. – № 3. – Art. e18048.

260. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube / S. P. Lewis, N. L. Heath, J. M. St Denis, R. Noble // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – № 3. – P. e552-e557.

261. Scalvini, M. 13 Reasons Why: can a TV show about suicide be ‘dangerous’? What are the moral obligations of a producer? / M. Scalvini // *Media, Culture & Society*. – 2020. – Vol. 42. – № 7-8. – P. 1564-1574.

262. Morrissey, J. The opportunities and challenges of regulating the Internet for self-harm and suicide prevention / J. Morrissey, L. Kennedy, L. Grace // *Crisis*. – 2022. – Vol. 43. – № 2. – P. 77-82.

263. Temporal and geographic patterns of social media posts about an emerging suicide game / S. A. Sumner, S. Galik, J. Mathieu [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. – 2019. – Vol. 65. – № 1. – P. 94-100.

264.Darin, E. Clinical case of organic pseudopsychopathic disorder in a teenager in terms of differential diagnostics with childhood schizophrenia / E. Darin // *Current Psychiatry Research and Reviews*. – 2021. – Vol. 17. – № 1. – P. 57-64.

265.Lavis, A. #Online harms or benefits? An ethnographic analysis of the positives and negatives of peer-support around self-harm on social media / A. Lavis, R. Winter // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2020. – Vol. 61. – № 8. – P. 842-854.

266.Suicide and self-harm content on Instagram: a systematic scoping review / J. Picardo, S. K. McKenzie, S. Collings, G. Jenkin // *PLoS ONE*. – 2020. – Vol. 15. – № 9. – Art. e0238603.

267.Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour / S. Reitz, R. Kluetsch, I. Niedtfeld [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 207. – № 2. – P. 165-172.

268.Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury / M. Kaess, M. Hille, P. Parzer [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2012. – Vol. 37. – № 1. – P. 157-161.

269.5-HTTLPR $\times$ interpersonal stress interaction and nonsuicidal self-injury in general community sample of youth / B. L. Hankin, A. L. Barrocas, J. F. Young [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2015. – Vol. 225. – № 3. – P. 609-612.

270.Feeling worse to feel better: pain-offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect / J. C. Franklin, K. M. Lee, E. K. Hanna, M. J. Prinstein // *Psychological Science*. – 2013. – Vol. 24. – № 4. – P. 521-529.

271.Testing the role of inflammation in the relation of childhood maltreatment and suicidal ideation among young adults / J. H. Walker, A. Venta, J. Bechelli [et al.] // *Journal of Clinical Psychology*. – 2022. – Vol. 78. – № 12. – P. 2484-2496.

272.Resting-state functional connectivity indicators of risk and resilience for self-harm in adolescent bipolar disorder / M. K. Dimick, M. A. Hird, A. A. Sultan [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2023. – Vol. 53. – № 8. – P. 3377-3386.

273. Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder using exploratory data mining / B. A. Ammerman, R. Jacobucci, E. M. Kleiman [et al.] // *Psychological Assessment*. – 2017. – Vol. 29. – № 2. – P. 221-231.

274. Guan, K. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample / K. Guan, K. R. Fox, M. J. Prinstein // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2012. – Vol. 80. – № 5. – P. 842-849.

275. Nonsuicidal self-injury disorder: the path to diagnostic validity and final obstacles / E. A. Selby, A. Kranzler, K. B. Fehling, E. Panza // *Clinical Psychology Review*. – 2015. – Vol. 38. – P. 79-91.

276. Wilkinson, P. Non-suicidal self-injury / P. Wilkinson // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2013. – Vol. 22. – Suppl. 1. – P. S75-S79.

277. Klonsky, E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions / E. D. Klonsky // *Psychological Medicine*. – 2011. – Vol. 41. – № 9. – P. 1981-1986.

278. The Oxford handbook of suicide and self-injury / ed. by M. K. Nock. – New York : Oxford University Press, 2014. – xvi, 516 p.

279. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI / Н. А. Бохан, В. Д. Евсеев, А. И. Мандель, А. Г. Пешковская // *Суицидология*. – 2020. – Т. 11. – № 1 (38). – С. 70-83.

280. The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder / G. Fischer, N. Ameis, P. Parzer [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2014. – Vol. 14. – Art. 265.

281. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample / M. K. Nock, E. B. Holmberg, V. I. Photos, B. D. Michel // *Psychological Assessment*. – 2007. – Vol. 19. – № 3. – P. 309-317.

282. Muehlenkamp, J. J. Validity of the Self-Harm Behavior Questionnaire with diverse adolescents / J. J. Muehlenkamp, M. L. Cowles, P. M. Gutierrez // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2010. – Vol. 32. – № 2. – P. 236-245.

283. Functions of nonsuicidal self-injury: exploratory and confirmatory factor analyses in a large community sample of adolescents / Ö. Dahlström, M. Zetterqvist, L. G. Lundh, C. G. Svedin // *Psychological Assessment*. – 2015. – Vol. 27. – № 1. – P. 302-313.

284. Leong, C. H. Measurement of perceived functions of non-suicidal self-injury for Chinese adolescents / C. H. Leong, A. M. Wu, M. M. Poon // *Archives of Suicide Research*. – 2014. – Vol. 18. – № 2. – P. 193-212.

285. Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: development of a self-report measure / S. Swannell, G. Martin, J. Scott [et al.] // *Australasian Psychiatry*. – 2008. – Vol. 16. – № 2. – P. 98-103.

286. Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample / J. J. Washburn, K. R. Juzwin, D. M. Styer, D. Aldridge // *Psychiatry Research*. – 2010. – Vol. 178. – № 3. – P. 540-544.

287. The Ottawa Self-Injury Inventory: evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents / M. K. Nixon, C. Levesque, M. Preyde [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2015. – Vol. 9. – Art. 26.

288. Manca, M. Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury / M. Manca, F. Presaghi, R. Cerutti // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 215. – № 1. – P. 111-119.

289. Mapping non suicidal self-injury in adolescence: development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A) / C. B. Carvalho, C. Nunes, P. Castilho [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2015. – Vol. 227. – № 2-3. – P. 238-245.

290. Психометрический анализ опросника агрессивности Басса-Перри / М. М. Лобаскова, Т. В. Адамович, В. И. Исмагуллина [и др.] // *Теоретическая и экспериментальная психология*. – 2021. – Т. 14. – № 4. – С. 28-38.

291. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates / H. Fliege, R. D. Kocalevent, O. B. Walter [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2006. – Vol. 61. – № 1. – P. 113-121.

292. Польская, Н. А. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения / Н. А. Польская // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2018. – Т. 26. – № 4. – С. 65-82.

293. Польская, Н. А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Польская Наталия Анатольевна ; [место защиты: Санкт-Петербургский государственный университет]. – Москва, 2017. – 423 с.

294. Butler, A. M. Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? / A. M. Butler, K. Malone // *The British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 202. – № 5. – P. 324-325.

295. Динамика госпитализации пациентов детского возраста в психиатрический стационар, годовой анализ клинико-демографических характеристик и психопатологии / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // *Российский психиатрический журнал*. – 2024. – № 1. – С. 45-56.

296. Демография и эпидемиология психических расстройств в возрастных группах Краснодарского края в 2023 г. / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Ю. А. Захарченко [и др.] // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2025. – Т. 16. – № 1. – С. 63-76.

297. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 / D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. H. Sheehan [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59. – Suppl. 20. – P. 22-33.

298. Дарьин, Е. В. Акцентуация характера и самоповреждающее поведение у подростка: клинический случай / Е. В. Дарьин, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2023. – Т. 14. – № 2. – С. 196-208.

299. Case report: a teenager girl with an accentuated personality and self-injurious behavior / E. Darin, E. Boyko, O. Zaitseva [et al.] // *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. – 2023. – Vol. 14. – № 3. – P. 310-327.

300. Давыдов, Д. Г. Применение теста Стандартные прогрессивные матрицы Равена в режиме ограничения времени / Д. Г. Давыдов, Е. В. Чмыхова // *Вопросы психологии*. – 2016. – № 4. – С. 129-139.

301. Kovacs, M. *The Children's Depression Inventory (CDI) Manual* / M. Kovacs. – North Tonawanda, NY : Multi-Health Systems, Inc., 1992. – vii, 101 p.

302. Диагностика личности / сост. Т. Н. Разуваева. – Шадринск : Исеть, 1993. – 26 с.

303. Психодиагностическая методика для многомерной оценки детской тревожности : пособие для врачей и психологов / авт.-сост. Е. Е. Малкова (Ромицына) ; науч. ред. Л. И. Вассерман ; ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева». – Санкт-Петербург, 2007. – 34 с.

304. Осницкий, А. К. Определение характеристик социальной адаптации / А. К. Осницкий // *Психология и школа*. – 2004. – № 1. – С. 43-56.

305. Собчик, Л. Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики / Л. Н. Собчик. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – 621, [1] с.

306. Лифинцева, А. А. Адаптация методики «Шкала социальной поддержки детей и подростков» К. Малецки / А. А. Лифинцева, А. В. Рягузова // *Клиническая и специальная психология*. – 2013. – Т. 2. – № 2. – Art. 7.

307. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2025623086 Российская Федерация. Структурированная база данных о клинко-социальных характеристиках несовершеннолетних, госпитализированных в психиатрическое учреждение: двухлетний период наблюдения : заявл. 08.07.2025 : опубл. 21.07.2025 / Е. В. Дарьин. – URL: https://www1.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet?DB=DB&DocNumber=2025623086&TypeFile=html (дата обращения: 01.09.2026).

308.Darin, E. Dataset: Hospitalization Trends, Yearly Examination of Clinical and Demographic Features, and Psychopathology in Pediatric Patients at a Psychiatric Hospital [Data set] / E. Darin // Mendeley Data. – 2024. – Version 4. – DOI: 10.17632/g8swfjrfnp.4. – URL: <https://data.mendeley.com/datasets/g8swfjrfnp/4> (дата обращения: 01.09.2026).

309.Darin, E. Incidence of non-suicidal self-harm among hospitalized adolescent girls: a prospective cohort study. Data for Year 2 [Data set] / E. Darin // Mendeley Data. – 2024. – Version 1. – DOI: 10.17632/m52ndyj5kt.1. – URL: <https://data.mendeley.com/datasets/m52ndyj5kt/1> (дата обращения: 01.09.2026).

310.Распространенность несуицидального самоповреждения у госпитализированных девушек-подростков / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 3. – С. 43-56.

311.Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2025622861 Российская Федерация. Результаты кросс-секционного исследования девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением : заявл. 21.06.2025 : опубл. 03.07.2025 / Е. В. Дарьин. – URL: https://www1.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet?DB=DB&DocNumber=2025622861&TypeFile=html (дата обращения: 01.09.2026).

312.Darin, E. Self-harm among hospitalized adolescent girls. A cross-sectional study [Data set] / E. Darin // Mendeley Data. – 2025. – Version 4. – DOI: 10.17632/f3hkb9vg6h.4. – URL: <https://data.mendeley.com/datasets/f3hkb9vg6h/4> (дата обращения: 01.09.2026).

313.Дарьин, Е. В. Несуицидальные самоповреждения у девушек-подростков, предварительные результаты исследования в психиатрическом стационаре: распространенность, клинико-социальные факторы и характеристики самоповреждающего поведения / Е. В. Дарьин, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18. – № 9. – С. 33-38.

314. Несуицидальное самоповреждающее поведение у девушек-подростков: клинико-социальные и поведенческие характеристики / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко [и др.] // Неврологический вестник. – 2025. – Т. 57. – № 2. – С. 113-123.

315. Клинический и семейный профиль девушек-подростков с несуицидальными самоповреждениями: данные специализированного психиатрического учреждения / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2025. – Т. 59. – № 4-2. – С. 70-77.

316. Клинико-психологические характеристики девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // Психиатрия. – 2026. – Т. 24. – № 1. – С. 24-34.

317. Связь тревожности, социально-психологической адаптации и социальной поддержки у девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2026. – Т. 60. – № 1. – С. 98-107.

318. Самоповреждающее поведение девушек-подростков: клинические, социальные и психологические корреляты / Е. В. Дарьин, И. С. Король, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева // Психиатрия. – 2025. – Т. 23. – № 5. – С. 42-54.

319. Дарьин, Е. В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков / Е. В. Дарьин // Медицинский вестник Юга России. – 2019. – Т. 10. – № 4. – С. 6-14.

320. Дарьин, Е. В. Феномен несуицидального самоповреждающего поведения в классификациях МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 / Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева // Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 4. – С. 73-82.

321. Дарьин, Е. В. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор) / Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2023. – Т. 57. – № 2. – С. 8-19.

322.Дарьин, Е. В. Взаимосвязь и единство аутоагрессии и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, повествовательный обзор / Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева, А. Н. Гафурова // Наркология. – 2022. – Т. 21. – № 10. – С. 66-74.

323.Дарьин, Е. В. Этиология и факторы риска несуицидального самоповреждающего поведения / Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева // Медицинский вестник Юга России. – 2023. – Т. 14. – № 1. – С. 13-23.

324.Дарьин, Е. В. Отчет о клиническом случае: самоповреждающее поведение с ранним началом у девочки-подростка / Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева, А. Н. Гафурова // Психическое здоровье. – 2022. – Т. 17. – № 11. – С. 59-66.

325.Антохина, Р. И. Отклоняющееся поведение у подростков: роль несуицидального самоповреждения, депрессии и стремления к поиску новых ощущений / Р. И. Антохина, Е. Ю. Антохин, Е. К. Немцева // Неврологический вестник. – 2023. – Т. 55. – № 4. – С. 50-55.

326.Frey, L. M. Testing the psychometric properties of the self-harm and suicide disclosure scale / L. M. Frey, G. E. Higgins, A. Fulginiti // Psychiatry Research. – 2018. – Vol. 270. – P. 134-142.

327.Скрябин, Е. Г. Основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь) / Е. Г. Скрябин, П. Б. Зотов // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16. – № 3 (86). – С. 62-64.

328.Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Patterns in Adolescents from a Romanian Child Psychiatry Inpatient Clinic / L. E. Andrei, M. Efrim-Budisteanu, I. Mihailescu [et al.] // Children. – 2024. – Vol. 11. – № 3. – Art. 297.

329.Менделевич, В. Д. Самоповреждающее (селф-харм) поведение: иерархический и сетевой анализ / В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2021. – Т. 53. – № 2. – С. 5-9.

330.Польская, Н. А. Нарушения эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении / Н. А. Польская // Психологический журнал. – 2018. – Т. 39. – № 4. – С. 27-37.

331.Клинико-нейробиологические корреляции у пациенток юношеского возраста с несуицидальным самоповреждающим поведением / Е. В. Изнак, А. Ф. Изнак, И. В. Олейчик, С. А. Зозуля // Физиология человека. – 2021. – Т. 47. – № 6. – С. 18-24.

332.Гречаный, С. В. Несуицидальные самоповреждения и расстройства пищевого поведения: клинико-динамические закономерности в подростковом, молодом и среднем возрасте / С. В. Гречаный, Ю. В. Хуторянская, В. В. Суворова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2024. – Т. 124. – № 11-2. – С. 43-50.

333.The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population / R. C. Brown, S. Heines, A. Witt [et al.] // BMC Psychiatry. – 2018. – Vol. 18. – № 1. – Art. 181.

334.Зотов, П. Б. Суицидальные действия подростков в Тюменской области в 2017-2022 гг. (стратегия превенции) / П. Б. Зотов, Е. П. Гарагашева, Е. М. Уманский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2023. – № 4 (121). – С. 97-109.

Приложение А. Структурированное клиническое интервью для оценки несуицидального самоповреждающего поведения

В данном приложении представлен полный текст интервью, структурированный в виде Таблицы А.1.

Таблица А.1 – Структурированное клиническое интервью для оценки
несуицидального самоповреждающего поведения

Модуль / Критерий DSM-5	Инструкция для интервьюера (НЕ ЗАЧИТЫВАТЬ)	Текст вопроса/утверждения для пациента (ЗАЧИТАТЬ ДОСЛОВНО)	Варианты ответа для пациента (Отметить)	Действие интервьюера / Оценка
N1. Скрининг овый вопрос	ЗАЧИТАЙТЕ ВОПРОС ДОСЛОВНО.	«За последний год ты когда-нибудь специально причинял(а) себе боль или повреждения? Например, резал(а), царапал(а), жег(гла) или бил(а) себя - но не для того, чтобы умереть, а по другим причинам?»	○ НЕТ ○ ДА	○ НЕТ → не выявлено. ОЦЕНКА ЗАВЕРШЕН А ○ ДА → ПЕРЕЙТИ К N2.
N2. Критерий А (Частота)	УТОЧНИТЕ ЧАСТОТУ. ОТМЕТИТЕ ОДИН ПОДХОДЯЩИ Й ВАРИАНТ.	«Как часто такое случалось за последний год?»	[] Только один раз. [] Несколько раз (2-4 раза) [] Много раз (5 раз или больше).	Продолжить независимо от ответа.
N3. Критерий D (Исключе ние)		«Когда ты это делал(а), ты хотел(а) именно причинить себе вред? Или это было что-то другое – например, просто сделать пирсинг, татуировку или часть обряда?»	○ НЕТ ○ ДА	○ НЕТ → Поведение может иметь иную природу. УТОЧНИТЬ. ○ ДА → ПЕРЕЙТИ К N4.

Продолжение Таблицы А.1

Модуль / Критерий DSM-5	Инструкция для интервьюера (НЕ ЗАЧИТЫВАТЬ)	Текст вопроса/утверждения для пациента (ЗАЧИТАТЬ ДОСЛОВНО)	Варианты ответа для пациента (Отметить)	Действие интервьюера / Оценка
N4. Критерий F (Диф. диагностика)		«Давай уточним. В тот момент, когда ты себе вредил(а)... 1. Ты слышал(а) голоса, которые приказывали тебе это сделать, или видел(а) то, чего не видели другие? 2. Ты был(а) сильно пьян(а) или под действием наркотиков? 3. Ты делал(а) это не специально, а просто как привычное движение, от которого не мог(ла) удержаться (например, раскачивался(ась) или бился(ась) головой)?»	○ НЕТ ○ ДА	○ Если на все три вопроса ответ «НЕТ» → ПЕРЕЙТИ К N5. Если хотя бы на один вопрос ответ «ДА» → Поведение, вероятно, связано с другим состоянием (психоз, интоксикация, стереотипии)
N5. Критерий В (Мотивы)	ЗАЧИТАЙТЕ КАЖДЫЙ ПУНКТ. МОЖНО ОТМЕТИТЬ НЕСКОЛЬКО.	«Обычно, когда ты это делал(а), ты хотел(а)...» 1. ...избавиться от плохого состояния? (например, от тоски, тревоги, злости). 2. ...повлиять на других или что-то им показать? (например, чтобы тебя поняли или оставили в покое). 3. ...вызвать приятное или особое внутреннее состояние? (например, почувствовать удовольствие, подъем, приятное возбуждение или хотя бы не пустоту).	Отметить подходящие: [] B1 [] B2 [] B3	ОЦЕНКА: хотя бы один отмеченный пункт → КРИТЕРИЙ В ВЫПОЛНЕН (ДА).

Продолжение Таблицы А.1

Модуль / Критерий DSM-5	Инструкция для интервьюера (НЕ ЗАЧИТЫВАТЬ)	Текст вопроса/утверждения для пациента (ЗАЧИТАТЬ ДОСЛОВНО)	Варианты ответа для пациента (Отметить)	Действие интервьюера / Оценка
N6. Критерий С (Аффект/Мысли)	ЗАЧИТАЙТЕ КАЖДЫЙ ПУНКТ.	«Обычно перед тем, как это сделать, у тебя...» 1. ...было очень плохое настроение или мысли? (сильная грусть, тревога, злость на себя). 2. ...были навязчивые мысли о самоповреждении, от которых не мог(ла) отвлечься? 3. ...часто возникали мысли о самоповреждении, даже когда ты этого не делал(а)?	Отметить подходящие: ☐ C1 ☐ C2 ☐ C3	ОЦЕНКА: хотя бы один отмеченный пункт → КРИТЕРИЙ С ВЫПОЛНЕН (ДА).
N7. Критерий Е (Последствия)		«из-за повреждений (или из-за мыслей о них) тебе было очень тяжело? Это мешало тебе общаться с друзьями, учиться или жить так, как ты хочешь?»	☐ НЕТ ☐ ДА	☐ ДА → КРИТЕРИЙ Е ВЫПОЛНЕН .

Перед началом модуля необходимо установить контакт и объяснить подростку процедуру. Рекомендуемый ввод: *«Сейчас я задам тебе несколько конкретных вопросов о том, как ты справляешься с трудными чувствами. Отвечай, пожалуйста, как можно честнее. На некоторые вопросы нужно будет ответить «да» или «нет», на другие – выбрать подходящий вариант из списка. Если вопрос непонятен, обязательно переспроси».*

Скрининговый вопрос (N1) определяет, требуется ли углубленная оценка. Последующие вопросы (N3, N4) служат для дифференциальной диагностики – ответы на них указывают на необходимость оценки в рамках другой нозологии (например, психотического расстройства).

– Текст в основном формате – это точные формулировки вопросов для пациента. Их необходимо зачитывать дословно для стандартизации.

– Текст, написанный ВЕРХНИМ РЕГИСТРОМ – это инструкции для интервьюера. Их не зачитывают пациенту. Они содержат указания по процедуре, оценке и логическим переходам.

– Пояснения в круглых скобках () – это клинические примеры. Их можно использовать для разъяснения вопроса, если пациент его не понял.

Правила заполнения и оценки

1. Типы ответов:

– В вопросах формата «Да» / «Нет» (N1, N3, N4, N7) выбранный ответ обводится кружком.

– В вопросах со списком вариантов (N2, N5, N6) все подходящие ответы отмечаются галочкой (✓) или крестиком (X) в квадратных скобках.

2. Клиническое суждение: кодировка ответов осуществляется на основе клинического суждения интервьюера. Для уточнения можно просить пациента привести конкретные примеры («Расскажи, как это было в последний раз»).

Ключевая задача – дифференциация. Данный модуль оценивает именно несуйцидальное поведение. Если в ходе беседы выявляются четкие суицидальные намерения в момент акта, необходимо проводить оценку суицидального риска.

**Приложение Б. Карта-анкета клинического и медико-социального
обследования**

**КАРТА-АНКЕТА КЛИНИЧЕСКОГО И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Исследование выполняет: Дарьин Евгений Владимирович

Карта Пациента № _____

Место заполнения –ГБУЗ СПНБ

Дата заполнения –

Место для шифра показателя	Социально-демографический блок	
	№ ИБ	
1	Дата рождения	Вписать
2	Возраст лет (полных)	2.1 – 12 лет 2.2 – 13 лет 2.3 – 14 лет 2.4 – 15 лет 2.5 – 16 лет 2.6 – 17 лет
3	Гражданство	3.1 – Россия 3.2 – другое государство
4	Внутренняя миграция	4.1 – уроженец Краснодарского края 4.2 – прибыл в край из другого региона РФ 4.3 – прибыл в край из другого государства. 4.4 – неизвестно (нет данных)
5	Проживает Город \Сельская местность	5.1 – Город 5.2 – Сельская местность
6	Кем воспитывается больной	6.1 – Полная семья (имеются оба родителя) 6.2 – Воспитывается только матерью 6.3 – Воспитывается только отцом. 6.4 – Воспитывается бабушкой и\или дедушкой. 6.5 – Воспитывается другими родственниками. 6.6 – Воспитывается опекунами (в приемной семье) 6.7 – Воспитывается в государственном учреждении (детский дом)

7	Причина отсутствия матери	7.1 – лишена родительских прав 7.2 – умерла 7.3 – отбывает наказание 7.4 – развод 7.5 – информации нет 7.6 – полная семья 7.7 – мать есть			
8	Причина отсутствия отца	8.1 – лишен родительских прав 8.2 – умер 8.3 – отбывает наказание 8.4 – развод 8.5 – информации нет 8.6 – полная семья 8.7 – отец есть.			
9	Количество детей в семье /братья, сестры, приемные дети в семье/ обследуемого	9.1 – один ребенок 9.2 – два 9.3 – три 9.4 – четыре 9.5 – пять 9.6 – шесть 9.7 – семь 9.8 – восемь 9.9 – девять 9.10 – десять и более 9.11 – информации нет			
10	Каким по счету родился	10.1 – первым 10.2 – вторым - третьим 10.3 – четвертым - шестым 10.4 – седьмым - восьмым 10.5 – девятым - десятым 10.6 – информации нет.			
11	Наследственная отягощенность	11.1 – не установлено 11.2 – алкоголизм 11.3 – наркомания 11.4 – психич.забол.	Отец 11.1.1 11.2.1 11.3.1 11.4.1	Мать 11.1.2 11.2.2 11.3.2 11.4.2	др.родств 11.1.3 11.2.3 11.3.3 11.4.3
12	Группа инвалидности по психическому заболеванию	12.1 – ребенок инвалид (<18 лет) 12.2 – Инвалидности не имеет			

13	Посещение ДДУ обследуемым	13.1 – да 13.2 – нет
14	Образование обследуемого	14.1 – не имеет 14.2 – менее 9 классов (в процессе обучения) 14.3 – неполное среднее (закончил 9 классов) 14.4 – среднее общее (закончил 11 классов) 14.5 – среднее специальное (в процессе обучения) 14.6 – среднее техническое (в процессе обучения) 14.7 – неполное высшее (в процессе обучения)
15	Вид обучения в школе обследуемого	15.1 – общеобразовательная программа 15.2 – коррекционная программа 15.3 – не обучался
16	Учебная успеваемость обследуемого	16.1 – хорошая 16.2 – удовлетворительная 16.3 – плохая 16.4 – дублировал классы.
Характер госпитализации в стационар.		
17	Дата госпитализации	
18	Месяц госпитализации	18.1 – январь 18.2 – февраль 18.3 – март 18.4 – апрель 18.5 – май 18.6 – июнь 18.7 – июль 18.8 – август 18.9 – сентябрь 18.10 – октябрь 18.11 – ноябрь 18.12 – декабрь
19	Установленный при госпитализации диагноз (МКБ 10).	19.1 – F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства 19.2 – F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ 19.3 – F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

		19.4 – F30-F39 Расстройства настроения (Аффективные расстройства) 19.5 – F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 19.6 – F50-F55 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами 19.7 – F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте 19.8 – F70-F79 Умственная отсталость 19.9 – F80-F89 Нарушения психологического развития 19.10 – F90-F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.
20	Ранее лечился в ПБ	20.1 – нет 20.2 – да (единожды) 20.3 – да (2 раза) 20.4 – да (многократно – 3 и более раз)
21	Амбулаторное наблюдение у специалиста по психическому здоровью	21.1 – Никогда не обращался 21.2 – Наблюдение у участкового психиатра 21.3 – Нет данных
Данные дополнительных методов исследования (из–консультации мед. психолога)		
22	22.0 – шкала (депрессии М. Ковач) балл _____	22.1 – Свыше 70 Очень значительно превышает средний уровень (группа риска) 22.2 – 66-70 Значительно выше среднего уровня (группа риска) 22.3 – 61-65 Выше среднего уровня 22.4 – 56-60 Чуть выше среднего уровня 22.5 – 45-55 Средний уровень 22.6 – 40-44 Чуть ниже среднего уровня 22.7 – 35-39 Ниже среднего уровня 22.8 – 30-34 Много ниже среднего уровня 22.9 – Ниже 30 Значительно ниже среднего уровня 22.10 – Шкала А (негативное настроение) _____ 22.11 – Шкала В (межличностные проблемы) _____ 22.12 – Шкала С (неэффективность) _____ 22.13 – Шкала D (ангедония) _____ 22.14 – Шкала Е (негативная самооценка) _____

23	23 – Матрицы Равена	(IQ _____)
24	ОСР	24.1. Демонстративность _____ 24.2. Аффективность _____ 24.3. Уникальность _____ 24.4. Несостоятельность _____ 24.5. Социальный пессимизм _____ 24.6. Слом культурных барьеров _____ 24.7. Максимализм _____ 24.8. Временная перспектива _____ 24.9. Антисуицидальный фактор _____
Расширенный социально – демографический блок		
25	Отношения между родителями (опекунами)	25.1 – хорошие 25.2 – нейтральные 25.3 – неустойчивые 25.4 – конфликтные 25.5 – информации нет 25.6 – неполная семья 25.7 – родители отсутствуют
26	Стиль воспитания обследуемого [324]	26.1 – Авторитарная гиперпротекция 26.2 – Доминирующая гиперпротекция 26.3 – Требовательная гиперпротекция 26.4 – Ограничивающая гиперпротекция 26.5 – Снисходительной гиперпротекции 26.6 – Потворствующая гиперпротекция 26.7 – Потворствующая гипопротекция. 26.8 – Скрытая гипопротекция 26.9 – Гипопротекция с жестоким обращением 26.10 – Скрытая гипопротекция с жестоким обращением 26.11 – Жесткая гипопротекция 26.12 – Жестокая гипопротекция 26.13 – Эмоциональное отвержение 26.14 – Повышенная моральная ответственность 26.15 – Требовательное обращение 26.16 – Жесткое обращение 26.17 – Жестокое обращение 26.18 – Воспитание вне семьи
27	Проживание совместно с родственниками	27.1 – Проживает с родителями (родителем)/опекунами 27.2 – Проживает с бабушкой/дедушкой 27.3 – Проживает с другими родственниками. 27.4 – Проживает отдельно. 27.5 – Сожительство.

		27.6 – Проживает в учреждении (воспитывается государством) 27.7 – «БОМЖ» 27.8 – Нет информации.
28	Характеристика жилищных условий	28.1 – живет самостоятельно в отдельной квартире 28.2 – имеет отдельную комнату в квартире 28.3 – не имеет отдельной комнаты в квартире 28.4 – живет в перенаселенной квартире\общежитие 28.5 – живет самостоятельно в частном домовладении 28.6 – имеет отдельную комнату в частном домовладении 28.7 – не имеет отдельной комнаты в частном домовладении 28.8 – живет в перенаселенном частном домовладении 28.9 – школа-интернат 28.10 – не имеет жилья
29	Образование матери	29.1 – высшее 29.2 – незаконченное высшее 29.3 – среднее специальное 29.4 – неполное среднее 29.5 – начальное 29.6 – неграмотная 29.7 – информации нет 29.8 – нет матери
30	Образование отца	30.1 – высшее 30.2 – незаконченное высшее 30.3 – среднее специальное 30.4 – неполное среднее 30.5 – начальное 30.6 – неграмотный 30.7 – информации нет 30.8 – нет отца
31	Асоциальное поведение матери	31.1 – алкоголизация 31.2 – наркотизация 31.3 – судимости 31.4 – не было 31.5 – информации нет
32	Асоциальное поведение отца	32.1 – алкоголизация 32.2 – наркотизация 32.3 – судимости 32.4 – не было 32.5 – информации нет
	Расширенный клинический блок.	
33	Патология перинатального и постнатального периода	33.1 – патология беременности у матери 33.2 – патология родов

		33.3 – патология раннего постнатального периода 33.4 – без патологии 33.5 – информации нет
34	ЧМТ в анамнезе	34.1 – не было 34.2 – 1 34.3 – 2 34.4 – 3 и более
35	Перенесенные нейроинфекции в анамнезе	35.1 – нет 35.2 – да
36	Длительный (повторный) наркоз	36.1 – не было 36.2 – 1 36.3 – 2 36.4 – 3 и более
37	Другие инфекционные заболевания (исключая ОРВИ)	37.1 – не было 37.2 – в тяжелой форме 37.3 – в средней степени тяжести
38	Установленный Клинический диагноз (Шифр МКБ 10)	
39	Установленный клинический диагноз по нозологическим группам.	39.1 – F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства 39.2 – F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ 39.3 – F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства 39.4 – F30-F39 Расстройства настроения (Аффективные расстройства) 39.5 – F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 39.6 – F50-F55 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами 39.7 – F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте 39.8 – F70-F79 Умственная отсталость 39.9 – F80-F89 Нарушения психологического развития 39.10 – F90-F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.
40	Имеющиеся сопутствующие заболевания	40.1 – болезни эндокринной системы, обмена веществ, иммунитета 40.2 – болезни крови и кроветворных органов

		40.3 – болезни нервной системы и органов чувств 40.4 – болезни сердечно-сосудистой системы 40.5 – болезни органов дыхания 40.6 – болезни органов пищеварения 40.7 – болезни мочеполовой системы 40.8 – болезни кожи и подкожной клетчатки 40.9 – венерические болезни 40.10 – болезни костно-мышечной системы 40.11 – врожденные аномалии 40.12 – онкологические заболевания 40.13 – Другие сопутствующие заболевания 40.14 – сопутствующего заболевания нет			
41	употребление Алкоголя (по данным анамнеза)	41.1 –Да 41.2 – Нет			
42	Частота употребления алкоголя	42.1 – эпизодическое 42.2 – периодическое 42.3 – систематическое 42.4 – не употребляет			
43	Употребление наркотических веществ в анамнезе	43.1 – разово 43.2 – эпизодически 43.3 – регулярно 43.4 – не употребляет			
44	Приводы в полицию	44.1 –Да 44.2 – Нет			
45	Учет в КДН	45.1 –Да 45.2 – Нет			
46	Патология на ЭЭГ	46.1 – очаги Эпи Активности. 46.2 – Умеренно выраженные изменения на ЭЭГ 46.3 – Выраженные изменения на ЭЭГ 46.4 – Нет патологических изменений 46.5 – Не проводилось.			
		Характеристики самоповреждающего поведения.			
47	Возраст на момент эпизода самоповреждающего поведения	1 эпизод	2 эпизод	Последующие	
	47.1 (10 - 11 лет)	47.1.1	47.1.2	47.1.3	
	47.2 (11 - 12 лет)	47.2.1	47.2.2	47.2.3	
	47.3 (13 - 14 лет)	47.3.1	47.3.2	47.3.3	
	47.4 (15 - 16 лет)	47.4.1	47.4.2	47.4.3	
	47.5 (17 - 18 лет)	47.5.1	47.5.2	47.5.3	
48	Наличие и частота самоповреждающих действий [325]: 48.1 – Порезы режущими предметами	1 никогда	2 один раз	3 иногда	4 часто
		48.1.1	48.1.2	48.1.3	48.1.4
		48.2.1	48.2.2	48.2.3	48.2.4

	48.2 – Уколы или проколы кожи острыми предметами 48.3 – Самоожоги 48.4 – Удары кулаком по своему телу 48.5 – Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям 48.6 – Выдергивание волос 48.7 – Расчесывание кожи 48.8 – Обкусывание ногтей 48.9 – Сковыривание струпов 48.10 – Обкусывание губ 48.11 – Прикусывание щек или языка 48.12 – Другое	48.3.1 48.4.1 48.5.1 48.6.1 48.7.1 48.8.1 48.9.1 48.10.1 48.11.1 48.12.1	48.3.2 48.4.2 48.5.2 48.6.2 48.7.2 48.8.2 48.9.2 48.10.2 48.11.2 48.12.2	48.3.3 48.4.3 48.5.3 48.6.3 48.7.3 48.8.3 48.9.3 48.10.3 48.11.3 48.12.3	48.3.4 48.4.4 48.5.4 48.6.4 48.7.4 48.8.4 48.9.4 48.10.4 48.11.4 48.12.4
49	Прием алкоголя или наркотических веществ во время или незадолго до последнего акта самоповреждающего поведения	49.1 – Да 49.2 – Нет			
50	Присутствие свидетелей	50.1 – Да 50.2 – Нет			
51	Место самоповреждающего поведения	51.1 – Дома. 51.2 – В стационаре 51.3 – В Школе 51.4 – В общежитии 51.5 – На улице 51.6 – Другое			
52	Стратегии самоповреждающего поведения	52.1 – «Восстановление контроля над эмоциями» _____ 52.2 – «Воздействие на других» _____ 52.3 – «Избавление от напряжения» _____ 52.4 – «Изменение себя, поиск нового опыта» _____ 52.5 – стратегия «Самоконтроль» – сумма Фактор 1+ Фактор 3 _____ 52.6 – стратегия «Межличностный контроль» – сумма Фактор 2 + Фактор 4 _____			
53	Локализация свежих самоповреждений кожи.	53.1 – Предплечье правой руки 53.2 – Предплечье левой руки 53.3 – Правое плечо 53.4 – Левое плечо 53.5 – Правое бедро 53.6 – Левое бедро 53.7 – Живот 53.8 – Шея 53.9 – Грудь			

		53.10 – Другое
54	Наличие застарелых рубцов от прошлых самоповреждений	54.1 – Да 54.2 – Нет
55	День недели последнего эпизода самоповреждений	55.1 – понедельник 55.2 – вторник 55.3 – среда 55.4 – четверг 55.5 – пятница 55.6 – суббота 55.7 – воскресенье
56	Время последнего эпизода самоповреждений	56.1 – 00.00-04.00 56.2 – 04.00-08.00 56.3 – 08.00-12.00 56.4 – 12.00-16.00 56.5 – 16.00-20.00 56.6 – 20.00-24.00
57	Сколько прошло времени после последнего эпизода самоповреждений	57.1 – 1-3 дня 57.2 – 3-7 дней 57.3 – 8-14 дней 57.4 – 15-21 дней 57.5 – 21-28 дней 57.6 – более 29 дней
58	Наличие суицидальных мыслей в момент самоповреждения	58.1 – Нет 58.2 – Мысли о нежелании жить 58.3 – Желание совершить суицид (умереть) 58.4 – Дифференцировать мотивы невозможно.
	Результаты патопсихологического исследования	
59	Многомерная оценка детской тревожности, МОДТ	59.1 – Общая тревожность _____ 59.1.1 – Тревога в отношениях со сверстниками _____ 59.1.2 – Тревога, связанная с оценкой окружающих _____ 59.1.3 – Тревога в отношениях с учителями _____ 59.1.4 – Тревога в отношениях с родителями _____ 59.1.5 – Тревога, связанная с успешностью в обучении _____ 59.1.6 – Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения _____ 59.1.7 – Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний _____ 59.1.8 – Снижение психической активности _____ 59.1.9 – Повышенная вегетативная реактивность _____

60	Индивидуально– типологический опросник, ИТО	60.1 – Экстраверсия _____ 60.2 – Спонтанность _____ 60.3 – Агрессивность _____ 60.4 – Ригидность _____ 60.5 – Интроверсия _____ 60.6 – Сензитивность _____ 60.7 – Тревожность _____ 60.8 – Лабильность _____ 60.9 – Шкала искренности _____ 60.10 – Шкала аггравации _____
61	Социально– психологическая адаптация, СПА	61.1. – Интегральный показатель адаптации _____ 61.1.1 – Адаптивность _____ 61.1.2 – Деадаптивность _____ 61.2 – Интегральный показатель самопринятия _____ 61.2.1 – Принятие себя _____ 61.2.2 – Непринятие себя _____ 61.3 – Интегральный показатель принятия других _____ 61.3.1 – Принятие других _____ 61.3.2 – Непринятие других _____ 61.4 – Интегральный показатель эмоциональной комфортности _____ 61.4.1 – Эмоц. комфорт _____ 61.4.2 – Эмоц. дискомфорт _____ 61.5 – Интегральный показатель интернальности _____ 61.5.1 – Внутренний контроль _____ 61.5.2 – Внешний контроль _____ 61.6 – Интегральный показатель стремления к доминированию _____ 61.6.1 – Доминирование _____ 61.6.2 – Ведомость _____ 61.7 – Эскапизм (уход от проблем) _____ 61.8 – Шкала искренности _____
62	шкала социальной поддержки детей и подростков К. Малецки[306] (субъективная оценка частоты социальной поддержки)	62.1 – Поддержка родителей балл _____ 62.1.1 – Низкий 62.1.2 – Средний 62.1.3 – Высокий 62.2 – Поддержка педагогов балл _____ 62.2.1 – Низкий 62.2.2 – Средний

		62.2.3 –Высокий 62.3 – Поддержка одноклассников) балл _____ 62.3.1 –Низкий 62.3.2 –Средний 62.3.3 –Высокий 62.4 – Поддержка друзей балл _____ 62.4.1 –Низкий 62.4.2 –Средний 62.4.3 –Высокий 62.5 – Поддержка других балл _____ 62.5.1 –Низкий 62.5.2 –Средний 62.5.3 –Высокий 62.6 – Эмоциональная поддержка балл _____ 62.6.1 –Низкий 62.6.2 –Средний 62.6.3 –Высокий 62.7 – Информационная поддержка балл _____ 62.7.1 –Низкий 62.7.2 –Средний 62.7.3 –Высокий 62.8 – Оценочная поддержка балл _____ 62.7.1 –Низкий 62.7.2 –Средний 62.7.3 –Высокий 62.9 – Материальная поддержка балл _____ 62.9.1 –Низкий 62.9.2 –Средний 62.9.3 –Высокий 62.10 – Итоговый балл _____ 62.10.1 –Низкий 62.10.2 –Средний 62.10.3 –Высокий
63	шкала социальной поддержки детей и подростков К. Малецки (субъективная оценка значимости социальной поддержки)	63.1 – Поддержка родителей балл _____ 63.1.1 –Низкий 63.1.2 –Средний 63.1.3 –Высокий 63.2 – Поддержка педагогов балл _____ 63.2.1 –Низкий 63.2.2 –Средний 63.2.3 –Высокий 63.3 – Поддержка одноклассников) балл _____ 63.3.1 –Низкий

		63.3.2 –Средний 63.3.3 –Высокий 63.4 – Поддержка друзей балл _____ 63.4.1 –Низкий 63.4.2 –Средний 63.4.3 –Высокий 63.5 – Поддержка других балл _____ 63.5.1 –Низкий 63.5.2 –Средний 63.5.3 –Высокий 63.6 – Эмоциональная поддержка балл _____ 63.6.1 –Низкий 63.6.2 –Средний 63.6.3 –Высокий 63.7 – Информационная поддержка балл _____ 63.7.1 –Низкий 63.7.2 –Средний 63.7.3 –Высокий 63.8 – Оценочная поддержка балл _____ 63.7.1 –Низкий 63.7.2 –Средний 63.7.3 –Высокий 63.9 – Материальная поддержка балл _____ 63.9.1 –Низкий 63.9.2 –Средний 63.9.3 –Высокий 63.10 – Итоговый балл _____ 63.10.1 –Низкий 63.10.2 –Средний 63.10.3 –Высокий
	Дополнительные факторы исследования	
64	Наличие аутоагрессивных тенденций у родителей	64.1 – у обоих родителей 64.2 – у отца 64.3 – у матери 64.4 – не было 64.5 – нет сведений
65	Модификации тела	65.1 – пирсинг – видимые зоны тела; 65.2 – пирсинг – интимные зоны тела; 65.3 – постоянная татуировка – видимые зоны тела; 65.4 – постоянная татуировка – интимные зоны тела; 65.5 – декоративные шрамы; 65.6 – Необычные (вычурные) стрижки или цвет волос. 65.7 – другие модификации тела 65.8 – нет

66	Увлечение экстремальными видами спорта	66.1 – Да 66.2 – Нет
67	Курение	67.1 – Да 67.2 – Нет
68	Нарушение пищевого поведения	68.1 – Да 68.2 – Нет 68.3 – F50.0 Нервная анорексия 68.4 – F50.1 Атипичная нервная анорексия 68.5 – F50.2 Нервная булимия 68.6 – F50.3 Атипичная нервная булимия 68.7 – F50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами 68.8 – F50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами 68.9 – F50.8 Другие расстройства приема пищи 68.10 – F50.9 Расстройство приема пищи неуточненное
69	Участие в интернет–сообществах с тематикой самоповреждений.	69.1 – Видел в рекомендациях. 69.2 – Целенаправленно искал информацию или сообщества. 69.3 – Да состоял, по словам самого обследуемого. 69.4 – Да состоял, по словам родителей или лиц их замещающих. 69.5 – Не состоял, по словам самого обследуемого 69.6 – Имеются знакомые и друзья, состоящие в сообществах. 69.7 – Нет достоверной информации
70	Имели ли место эпизоды «травли» в школе.	70.1 – Да, по словам самого обследуемого 70.2 – Да, по словам родителей или лиц их замещающих. 70.3 – Нет, по словам самого обследуемого 70.4 – Нет, по словам родителей или лиц их замещающих 70.5 – Нет достоверной информации
71	Наличие суицидальных попыток в анамнезе за последние 24 месяца:	71.1 – Да однократно 71.2 – Да многократные (2 и более) 71.3 – Нет 71.4 – Нет достоверной информации
72	Метод реализации суицидальных попыток (при наличии)	72.1 – повешение 72.2 – утопление 72.3 – отравление медикаментами 72.4 – использование колюще–режущих предметов 72.5 – использование огнестрельного оружия 72.6 – падение с высоты 72.7 – порезы предплечий

		72.8 – другие способы
73	межличностные трудности или негативные чувства или мысли, возникающие в период непосредственно перед началом самоповреждения:	73.1 – сниженное настроение 73.2 – тревога 73.3 – напряжение 73.4 – гнев 73.5 – самокритика 73.6 – чувство вины 73.7 – трудности самоконтроля 73.8 – не может дифференцировать чувства.
74	размышления о самоповреждении возникают вне периода их нанесений?	74.1 – Да однократно 74.2 – Да многократные (2 и более) 74.3 – Да постоянно 74.4 – Нет 74.5 – Нет достоверной информации

Приложение В. Информированное добровольное согласие на участие в исследовании

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на участие в исследовании**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

«_____» _____ года рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

В соответствии с требованиями статьи 13, статьи 20 Федерального закона от 21. 11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 4, статьи 5 Закона Российской Федерации от 02. 07. 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» **даю информированное добровольное согласие** на виды медицинских вмешательств, а именно на участие _____

(слово «меня» либо Ф.И.О. гражданина, законным представителем которого являюсь)

в исследовании: «Клинические и социально-психологические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков», проводимом кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края
(полное наименование медицинской организации)

врачом-психиатром _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы, характер и продолжительность данного исследования, возможные варианты медицинских вмешательств.

Добровольно даю свое согласие на проведение видов медицинских вмешательств: проведение анонимного опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза; проведение анонимного экспериментально - психологического тестирования по ряду показателей психоэмоционального состояния.

Разрешаю доступ к моей медицинской документации с обезличенными персональными данными.

Добровольно даю свое согласие на информирование моего лечащего врача и других врачей, оказывающих мне медицинскую помощь в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, о моем участии в данном исследовании.

Врачом - психиатром в доступной форме, с учетом моего психического состояния, мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, что не повлечет никаких нежелательных последствий для моего дальнейшего обследования.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. врача-психиатра, контактный телефон)

(подпись)

Дата оформления: « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение Г. Информация об участии в исследовании

ИНФОРМАЦИЯ

*для гражданина, либо законного представителя
об участии в исследовании*

Кафедра психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России предлагает Вам принять участие в клинико-социальном исследовании «Клинические и социально-психологические аспекты несуйцидального самоповреждающего поведения у девушек-подростков», с Вашего согласия и согласия Вашего законного представителя (опекуна).

Участие в исследовании добровольное, без использования Ваших персональных данных. Вы вправе самостоятельно принять решение об участии в этом исследовании. Если Вы принимаете решение об участии в исследовании, Вас попросят заполнить, подписать и датировать предоставленную форму информации и согласие на участие в исследовании.

Вы сможете в любой момент отказаться от дальнейшего участия в исследовании (ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Исследование проводит кафедра психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, под руководством главного исследователя Бойко Елены Олеговны.

Целью исследования является: Выявление и комплексная оценка клинико-эпидемиологических аспектов несуйцидального самоповреждающего поведения у девушек подростков с целью разработки мероприятий, направленных на снижение риска развития самоповреждающего поведения.

Если Вы согласитесь принять участие в исследовании, Вас включат в группу обследуемых, и с Вами будут проведены: на первом этапе анонимный опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; на втором - тестирование по ряду показателей вашего психоэмоционального состояния, согласно стандарту

проведения клинического интервью не более 50 минут, что не предусматривает дополнительной нагрузки на обследуемого.

Обезличенные данные, полученные в ходе исследования, будут использоваться в научных целях, и опубликованы с условием соблюдения правил конфиденциальности, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закону РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральному закону «О персональных данных» от 27.07.2006 N 152-ФЗ. Информация будет рассматриваться как конфиденциальная без раскрытия персональных данных.

Ваша медицинская документация будет передаваться исследователям с обезличенными персональными данными и будет рассматриваться как конфиденциальная информация и храниться в защищенном компьютерном файле.

Представители контролирующих органов здравоохранения и этического комитета могут иметь доступ только к медицинским документам с обезличенными персональными данными.

Вы можете получить дополнительную информацию на кафедре психиатрии, находящуюся по адресу г. Краснодар, ул. Красная,1 на базе ГБУЗ «СКПБ №1», ответственный исполнитель Ложникова Лариса Евгеньевна, телефон 8 (961) 515-03-79, Дарьин Евгений Владимирович, телефон 8(918)275-34-34.

Спасибо, что Вы рассматриваете возможность участия в этом исследовании.