

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В.Ломоносова

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

На правах рукописи

Олейчик Михаил Игоревич

**Психологические особенности пациентов юношеского
возраста с несуицидальным самоповреждением**

5.3.6. Медицинская психология

Диссертация

на соискание учёной степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, доцент

Первичко Елена Ивановна

Москва – 2026

Оглавление

Введение	5
Глава 1. Анализ современных исследований несуицидальных самоповреждений	17
1.1. Определение и классификация несуицидальных самоповреждений	17
1.2. Соотношение суицидального поведения и несуицидальных самоповреждений	23
1.3. Модели суицидального поведения	26
1.4. Психологические модели несуицидальных самоповреждений	32
1.4.1. Функциональные модели	33
1.4.2. Психодинамический подход к пониманию несуицидальных самоповреждений....	37
1.4.3. Когнитивно-поведенческий подход к пониманию несуицидальных самоповреждений.....	39
1.5. Факторы риска формирования и закрепления несуицидальных самоповреждений..	45
1.5.1. Факторы пола и возраста.....	46
1.5.2. Межличностные факторы	47
1.5.3. Юношеская депрессия.....	49
1.5.4. Особенности когнитивного функционирования пациентов с юношеской депрессией	54
1.5.5. Несуицидальные самоповреждения и восприятие боли.....	57
1.6. Клинико-психологическая схема формирования и закрепления несуицидальных самоповреждений в структуре юношеских депрессий	60
Выводы по главе 1	66
Глава 2. Постановка проблемы исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	68
2.1. Подход к проблеме исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	68
2.2. Дизайн исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	72

2.2.1. Методы исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	72
2.2.2. Описание выборки исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	78
Глава 3. Эмпирическое исследование фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	87
3.1. Результаты исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями.....	87
3.1.1. Фрустрация межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и у здоровых лиц: сравнительный анализ.....	88
3.1.2. Гендерные и возрастные факторы фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с депрессией и у здоровых лиц.....	90
3.1.3. Фрустрация межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии в группах пациентов с НССП, без НССП и в группе здоровых лиц.....	96
3.1.4. Роль аттенуированной психотической симптоматики в выраженности фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии в группах пациентов с НССП и без НССП.....	105
3.1.5. Исследование фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и НССП в связи с опытом совершения суицидальной попытки и в зависимости от степени тяжести НССП.....	107
3.1.6. Анализ связи фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии: сравнение пациентов с НССП, без НССП и здоровых лиц.....	112

3.1.7. Специфика межличностных потребностей, представлений о боли и представлений о собственном самочувствии в исследованных группах пациентов и здоровых лиц: внутригрупповой анализ	123
3.1.7.1. Пациенты с юношеской депрессией и несуйцидальными самоповреждениями	124
3.1.7.2. Пациенты с юношеской депрессией без несуйцидальных самоповреждений ...	129
3.1.7.3. Условно здоровые лица	131
3.2. Обсуждение результатов исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуйцидальными самоповреждениями	134
Выводы по главе 3	159
Заключение	162
Практические рекомендации для психотерапевтической работы с пациентами с юношескими депрессиями	164
Выводы	170
Список сокращений, принятых в диссертации	172
Список литературы	173
Приложение 1. Методический инструментарий исследования	199
Приложение 2. Анализ клинического случая № 1. Результаты клинико-психологического обследования пациентки с юношеской депрессией и НССП	209
Приложение 3. Анализ клинического случая № 2. Результаты клинико-психологического обследования пациентки с юношеской депрессией и суйцидальными попытками	219
Приложение 4. Анализ клинического случая № 3. Результаты клинико-психологического обследования пациента с юношеской депрессией без НССП	227

Введение

Актуальность исследуемой темы обусловлена не только высокой распространенностью несуицидальных самоповреждений (далее НССП) среди пациентов с юношескими депрессиями (Дарьин, 2019; Евсеев и др., 2024), но и значительным влиянием этого явления на психологическое благополучие пациентов (Varo et al. 2025) и молодёжи в целом. Следует также отметить тот факт, что частота возникновения депрессий в данной возрастной когорте в последние годы неуклонно возрастает (Shorey et al., 2022), что тесно связано с повышением риска самоповреждающего поведения (Hawton et al., 2012). Среди зарубежных исследований отмечается как повышенный интерес к проблематике НССП в последние годы, так и недостаточность данных о психометрических свойствах инструментов для их оценки, что обосновывает актуальность эмпирических исследований НССП (Бохан и др., 2020).

Обычно НССП впервые возникают в возрасте от 12 до 14 лет, достигая максимума частоты проявления в юношеском периоде (15-25 лет) (Дарьин, Зайцева, 2023).

Под юношескими депрессиями понимают психические расстройства в виде состояний патологически сниженного аффекта с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 25 годами, длительностью свыше двух недель, приводящие часто к выраженной социальной дезадаптации, обладающие рядом специфических возрастных и нозологических особенностей и характеризующиеся различными исходами (Олейчик, 2011). НССП встречается в картине различных психических расстройств, однако именно в рамках юношеских депрессий они имеют самую широкую распространённость и наиболее тесную связь с риском суицидального поведения (Крылова, Кулешов, Каледа, 2023).

Целый ряд работ убедительно свидетельствует о росте распространенности НССП в общей популяции лиц юношеского возраста. Так, данные исследования 2012 года показали наличие НССП у 17,2% подростков во всем мире (Swannell et al., 2014), а более позднее исследование (2019 г.) с участием 686 672 респондентов

определяет распространённость НССП у подростков уже в 22,1% (Lim et al., 2019), а в некоторых исследованиях (2020 г.) до 37% (Shorey et al., 2022).

Несмотря на сложность установления точных эпидемиологических показателей из-за существующей вариативности критериев и методов отбора участников исследования в разных странах, специалисты отмечают высокую распространённость актов самоповреждения среди молодежи: в диапазоне от 11,5% до 33,8%, по данным разных исследователей (Дарьин, Зайцева, 2023; Plener et al., 2015; Lim et al., 2019), подчеркивая при этом, что большая часть лиц, практиковавших НССП, страдала теми или иными психическими расстройствами. К сожалению, сам факт роста распространённости несуйцидальной аутоагрессии является несомненным (Mannekote et al., 2021; Luo et al., 2024; Jiang et al., 2024), что объясняет растущий интерес специалистов различных научных областей к феномену НССП (Дарьин, Зайцева, 2023).

НССП является серьёзной психосоциальной и медицинской проблемой, поскольку связано с повышенным риском суйцидального поведения и, кроме того, может приводить к значительной степени социальной дезадаптации тех лиц, которые его практикуют (Schwartz-Mette, Lawrence, 2019). Сложности в диагностике НССП и разработке методов оказания психологической и медицинской помощи лицам, практикующим НССП, обусловлены прежде всего недостаточной изученностью механизмов возникновения НССП и их взаимосвязи с депрессивными расстройствами, в рамках которых они нередко наблюдаются (Польская, 2014).

Известно, что в обществе существует как стигматизация лиц, совершающих НССП, так и, напротив, их «романтизация», а также недостаток осведомленности об этом явлении среди лиц юношеского возраста, что является существенным препятствием для своевременного получения пациентами профессиональной медицинской и психологической помощи (Wang et al., 2023). Приведенные факты, в совокупности, свидетельствуют о значимости и актуальности дальнейших исследований этой проблемы.

Степень разработанности проблемы. Юношеский возраст является критическим этапом в развитии личности, когда наблюдаются значительные изменения во всех сферах психического и физиологического функционирования (Выготский, 2003; Эльконин, 1989; Обухова, 1996; Лебединский, 2003; Карабанова, 2016; Польская, Власова, 2015; Бардышевская, 2012; Печникова, 2009; Shao et al., 2021). Исследования в области психологии показывают, что лица данной возрастной группы часто сталкиваются с различными стрессами (преимущественно социальным и учебным), что может провоцировать развитие целого ряда психических расстройств, включая депрессию.

НССП в большинстве случаев имеет сложные причины, однако оно, как правило, ассоциировано с эмоциональным дискомфортом (Richardson et al., 2024), который, с учётом психологических особенностей подросткового возраста, может быть вызван фрустрацией потребности в сопричастности и интеграции с близкими, при страхе отвержения и невозможности выразить агрессию другими способами. Предположительно, актуализация подобного паттерна поведения будет более вероятной при наличии определённых особенностей представлений о боли, например, при снижении страха боли. Однако специальных исследований, направленных на изучение взаимосвязи представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями, сопровождающимися НССП, ранее не проводилось. Следовательно, данная проблематика нуждается в изучении, поскольку является практически не разработанной.

Цель исследования: выявление психологических особенностей пациентов с юношескими депрессиями и несуицидальными самоповреждениями и обоснование «мишеней» оказания психологической помощи этим пациентам.

Объект исследования: психологические особенности пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений.

Предмет исследования – представления о боли и признаки фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями и опытом несуицидальных самоповреждений.

Общая гипотеза: наличие специфических сочетаний представлений о боли и признаков фрустрации межличностных потребностей будет отличать пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений от пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений.

Частные гипотезы:

1. Пациенты юношеского возраста, страдающие депрессиями, будут отличаться от условно здоровых лиц особенностями представлений о боли и наличием таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы.
2. Пациенты юношеского возраста, страдающие депрессиями, сопровождающимися несуицидальными самоповреждениями, могут отличаться от пациентов юношеского возраста с депрессиями без несуицидальных самоповреждений особенностями представлений о боли (парадоксальное сочетание высокого уровня катастрофизации в отношении боли и низкого страха боли) и признаков фрустрации межличностных потребностей (переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы).
3. У пациентов с юношескими депрессиями несуицидальные самоповреждения могут закрепляться в качестве дезадаптивной стратегии совладания с негативными интенсивными эмоциональными переживаниями, что обусловлено специфическим сочетанием меньшего страха боли и таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы.

Задачи исследования:

1. Определить роль фрустрации межличностных потребностей и представлений о боли в развитии несуицидальных самоповреждений у пациентов с юношескими депрессиями на основании теоретического анализа проведенных ранее исследований психологических факторов и моделей несуицидальных самоповреждений в юношеском возрасте.

2. Выявить качественные особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями, в сравнении с группой здоровых лиц.

3. Выявить качественные особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями, по сравнению с группой пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений и группой здоровых лиц.

4. Выявить особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями с несуицидальными самоповреждениями и без несуицидальных самоповреждений, в зависимости от социодемографических характеристик, от наличия или отсутствия аттенуированной психотической симптоматики и опыта совершения суицидальных попыток.

5. Выявить и проанализировать связи между особенностями представлений о боли и выявленными признаками фрустрации межличностных потребностей в группе пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений, в группе пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений и в группе здоровых лиц.

Методологические основы исследования: положения теории деятельности А.Н. Леонтьева (Леонтьев, 1971; Леонтьев, 1975), позволяющие рассматривать совершение несуицидальных самоповреждений как действие в структуре деятельности, направленной на регуляцию своего эмоционального состояния; положения культурно-исторической теории развития Л.С. Выготского (Выготский, 1991) применительно к психосоматической проблематике (Тхостов, 2002; Николаева, Арина, 2003; Зинченко, 2011; Зинченко, Первичко, 2012; Первичко, 2020) в контексте объяснения особенностей процесса восприятия боли влиянием социального и культурального опыта; положения биопсихосоциального подхода к пониманию многофакторной природы психических расстройств (Engel, 1977), опираясь на которые становится возможным учитывать совокупное

влияние факторов, отвечающих за процессы формирования и закрепления НССП; положения интерперсональной модели суицида, рассматривающей несуицидальные самоповреждения как способ снижения страха и чувствительности к боли при формировании готовности к совершению суицида (Joiner, 2005); положения теории множественной модальности боли (Melzack, Wall, 1965), представляющей боль не как исключительно физическое явление, а как феномен, включающий также социальные и психологические компоненты (Вейн, 2001); концепция суицидального поведения как способа ухода от «душевной боли» (Шнейдман, 2001).

Методы исследования. Использован метод критического анализа исследований психологических аспектов НССП, их роли в контексте суицидальных тенденций, а также теоретических моделей, предлагающих описание взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов при формировании несуицидальных самоповреждений.

Для оценки особенностей представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей составлен методический комплекс, включающий психометрические инструменты: «Опросник межличностных потребностей» (Interpersonal Needs Questionnaire) (Van Orden, et al., 2012; Меньшикова и др., 2016), «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия» (Рассказова, Садовнича, 2023), «Краткая форма опросника страха боли» (Fear of Pain Questionary — Short Form) (Sadovnichaja, Rasskazova, Tkhostov, 2021; Asmundson et al., 2008), «Шкала интолерантности к дискомфорту» (Discomfort Intolerance Scale) (Schmidt, Richey, Fitzpatrick, 2006; Sadovnichaja, Rasskazova, Tkhostov, 2021), «Шкала катастрофизации боли» (The Pain Catastrophizing Scale) (Sullivan, Bishop, Pivik, 1995; Радчикова и др., 2020). Для оценки соответствия критериям исключения, респондентами контрольной группы заполнялась «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond, Snaith, 1983; Бевз, 1999).

Метод экспертной оценки группой специалистов (лечащий врач, врач-терапевт, заведующий клиническим отделением) применен для оценки степени

тяжести НССП. Специалисты заполняли опросник «Оценка врачом степени тяжести несуицидального самоповреждения» (Clinician-rated severity of nonsuicidal self-injury) (American Psychiatric Association, 2013; Аведисова и др., 2019). Кроме того, лечащим врачом определялись наличие и нозологическая принадлежность психического расстройства, наличие или отсутствие аттенуированной психотической симптоматики, а также осуществлялась дифференциация суицидального поведения от иных вариантов аутоагрессии.

Для оценки соответствия критериям включения и исключения со всеми респондентами клинических групп проведено полуструктурированное клиническое интервью и подробный анализ анамнестических сведений истории болезни.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica, версия 12.6. Для статистического сравнения 2-х независимых выборок использовался U-критерий Манна-Уитни (в случае неравенства дисперсий) или t-критерий Стьюдента (в случае однородности дисперсий). Для сравнения трёх групп применялся двухфакторный дисперсионный анализ при контроле возраста с апостериорным тестом Шеффе. Для сравнения номинативных переменных использовался критерий Хи-квадрат Пирсона. Для оценки связи анализируемых параметров использовался корреляционный анализ Спирмена.

Характеристика выборки. Респонденты в возрасте 16–25 лет (N = 351, средний возраст $20,35 \pm 2,9$). Среди них 224 пациента (158 женщин, 66 мужчин; средний возраст $20,2 \pm 3,11$) и 127 (40 женщин, 36 мужчин; средний возраст $20,7 \pm 2,51$) условно здоровых лиц. Нозологическое распределение пациентов общей клинической совокупности: биполярное аффективное расстройство текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3); текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.4) - 70 пациентов (31%); циклотимия (F34.0) - 44 пациента (19%); шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-F.21.4+F31.3-F31.4) - 49 пациентов (22%), специфические расстройства личности (кроме эмоционально

неустойчивого расстройства личности пограничного типа¹⁾ с фазными биполярными аффективными колебаниями, (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4) - 61 пациент (27%).

Респонденты разделены на три группы: основную клиническую группу (n = 148) составили пациенты с НССП в структуре юношеских депрессий (118 женщин, 30 мужчин); в клиническую группу сравнения (n = 76) включены больные с депрессиями без НССП (40 женщин, 36 мужчин); в контрольную группу (n = 127) вошли психически здоровые лица (81 женщина, 46 мужчин). У 49,3% пациентов с НССП зафиксированы суицидальные попытки; у пациентов без НССП они наблюдались значительно реже (11,8%). Аттенуированная психотическая симптоматика выявлена у 63,51% пациентов с НССП и у 60,52% пациентов без НССП. Наличие НССП определялось в соответствии с критериями DSM-5.

Исследование проводилось с соблюдением этического кодекса Российского психологического общества (2012), Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны». Согласно требованиям Хельсинской декларации, все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Испытуемые могли прекратить свое участие в исследовании в любой момент. Исследование носило конфиденциальный характер.

Критериями невключения в исследование явились: наличие органической патологии центральной нервной системы, тяжелых хронических соматических

¹⁾Пациенты с эмоциональным неустойчивым расстройством личности пограничного типа не были включены в выборку исследования, так как самоповреждения у данной когорты пациентов не соответствуют шестому критерию НССП по DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), а именно: «НССП не может быть объяснено наличием иного психического или соматического расстройства». Именно в рамках пограничного расстройства личности НССП рассматривается как сопутствующая симптоматика. Кроме того, у пациентов данной когорты не было обнаружено очерченных депрессивных состояний, что существенно отличает их от прочих респондентов клинических групп.

заболеваний, алкоголизма и зависимостей от психоактивных веществ, умственной отсталости, верифицированный диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (F60.3), наличие на момент обследования неконгруентной аффекту психотической симптоматики (за исключением аттенуированной психотической симптоматики)².

Все пациенты проходили стационарное лечение в Отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний и Отделе юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В контрольную группу вошли респонденты в возрасте от 16 до 25 лет, без диагностированных психических расстройств и без жалоб на состояние психического здоровья на момент участия в исследовании. Критериями исключения из данной группы являлось наличие эпизодов НССП, суицидальных попыток или суицидальных мыслей в течении последних 5 лет (по данным самоотчета), более 7 баллов по одной из шкал «Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии».

Научная новизна результатов исследования состоит в том, что впервые представлена клинико-психологическая схема, описывающая факторы возникновения и закрепления НССП при юношеских депрессиях, что важно для определения направлений дальнейших исследований.

Впервые описаны качественные особенности представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей, характерные как для пациентов с юношескими депрессиями в целом, так и для пациентов с юношескими депрессиями и НССП, в частности, а также взаимосвязь данных факторов.

Впервые получены эмпирические данные, подтверждающие, что НССП можно рассматривать как дезадаптивную стратегию совладания, используемую

²Наличие или отсутствие аттенуированной психотической симптоматики определялись в соответствии с пониманием аттенуированной психотической симптоматики и рассматривались как «явления, отличающихся от нормальных психических феноменов, но не достигающих психотического уровня (Attenuated Psychotic Symptoms, ASP), а также симптомов психотического уровня, продолжающихся от нескольких минут до часа (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms, BLIP)» (Омельченко и др., 2018).

пациентами в качестве способа противостояния страху потери контроля над негативным эмоциональным состоянием.

Впервые установлена роль аттенуированной психотической симптоматики в патогенезе НССП, заключающаяся в искажении процесса восприятия боли и тем самым повышающая риск закрепления НССП.

Впервые проанализированы взаимосвязи представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями с НССП в зависимости от наличия или отсутствия опыта совершения суицидальной попытки, что позволило выявить как их схожесть по параметрам фрустрации межличностных потребностей, так и различия в особенностях представлений о боли.

Теоретическая значимость результатов исследования. В результате критического анализа существующих моделей и теорий, объясняющих психологические механизмы возникновения и закрепления НССП, выделен, проанализирован и обобщен ряд ключевых факторов, важных для понимания внутренней психологической структуры НССП.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о двояком воздействии НССП на процесс формирования суицидальных тенденций: принося временное облегчение состояния, в долговременной перспективе НССП приводит к денсенсбилизации восприятия боли, что увеличивает вероятность совершения суицидальной попытки.

Практическая значимость результатов исследования заключается в выявлении «мишеней» психотерапевтической и профилактической работы с пациентами с юношескими депрессиями, в том числе сопровождающимися НССП, что позволит не только предотвратить ухудшение их психического состояния, но и способствовать полноценной реинтеграции данного контингента в общество. Результаты исследования могут быть использованы для более точной клинико-психологической квалификации состояния пациентов с депрессий и решения задач реабилитации и профилактики.

Результаты исследования используются в практической работе с пациентами, страдающими юношескими депрессиями, в Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; при преподавании курсов «Основы психиатрии и патопсихологии», «Психология здоровья» и «Психология аффективных процессов и эмоциональных состояний: междисциплинарный подход» на факультете психологии МГУ имени М.В.Ломоносова.

Надежность и достоверность результатов исследования обосновывается теоретическими и методологическими основаниями исследования; использованием комплекса методов, адекватных предмету, цели и задачам исследования; применением надежных, валидных и стандартизированных на российской выборке методик психологической диагностики; репрезентативностью выборки; использованием адекватных методов статистической обработки и качественного анализа данных.

Положения, выносимые на защиту

1. Наличие специфического сочетания фрустрации межличностных потребностей, усиливающей убеждения о беспомощности и приводящей к социальной изоляции, и снижения страха боли, в том числе и вследствие осуществления НССП, отличает пациентов с юношескими депрессиями и несуйцидальными самоповреждениями от пациентов с юношескими депрессиями, но без опыта несуйцидальных самоповреждений, и может рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуйцидальных самоповреждений при юношеских депрессиях.

2. У пациентов с юношеской депрессией и опытом несуйцидальных самоповреждений при наличии аттенуированной психотической симптоматики менее выражен страх боли, в сравнении с пациентами с юношеской депрессией и аттенуированной психотической симптоматикой, но без несуйцидальных самоповреждений.

3. Для пациентов с несуйцидальными самоповреждениями и опытом совершения суйцидальных попыток характерен наименьший страх значительной боли, наибольшая степень выраженности признаков фрустрации межличностных потребностей, при отсутствии дифференциации этих признаков, что отличает их от пациентов с несуйцидальными самоповреждениями без опыта суйцидальных попыток, от пациентов без несуйцидальных самоповреждений и от здоровых лиц.

4. Несуйцидальные самоповреждения при юношеских депрессиях как способ совладания с негативными интенсивными и субъективно непереносимыми эмоциональными переживаниями инициируются возникновением мыслей о возможной эффективности несуйцидальных самоповреждений и сопровождаются переживанием чувства эмоционального облегчения.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования представлены на научных конференциях: XVII и XVIII Международные научно-практические конференции «Подросток в мегаполисе» (Москва, 2024, 2025); Всероссийская научная конференция молодых ученых, посвященная 120-летию со дня рождения академика А.В. Снежневского (Москва, 2024); Всероссийская конференция молодых ученых, посвященная памяти академика А.В. Снежневского (Москва, 2025).

Основное содержание диссертации отражено в 8 научных публикациях (общий объем – 10,92 п.л.; авторский вклад – 6,04 п.л.); из них 6 – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных для защиты в диссертационном совете МГУ по специальности и отрасли науки (общий объем – 8,57 п.л.; авторский вклад – 4,75 п.л.).

Структура диссертации. Диссертационная работа содержит введение, три главы, заключение, выводы, список использованной литературы, 4 приложения. Работа иллюстрирована 31 рисунком, 10 таблицами. Список литературы включает в себя 234 источника, из которых 133 на иностранных языках. Диссертация изложена на 231 странице.

Глава 1. Анализ современных исследований несуицидальных самоповреждений

1.1. Определение и классификация несуицидальных самоповреждений

Несуицидальное самоповреждение (НССП; англ.: non-suicidal self-injury, NSSI, self-mutilation) определяется как «повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым» (Давидовский и др., 2022; Favazza, 1996; Nock, 2010; Nock et. al, 2009; Clarke et.al., 2019).

Для обозначения данного явления используется также термин «самоповреждение» (англ. self-harm), который имеет несколько иное определение: «сознательные и неосознанные причинения несмертельного вреда своему телесному или психическому здоровью путем разрушения или изменения любых тканей тела, независимо от мотивов или намерения умереть» (Любов и др., 2019; Klonsky et al., 2019).

Помимо упомянутых, стоит обозначить различия и с термином «Несуицидальное самоповреждающее поведение» (англ. Non-Suicidal Self-Injurious Behaviour) – «намеренное причинение вреда своему здоровью, который не осознается или не принимается во внимание при осуществлении поведения, ведущего к нему, и приводящее к повреждению тканей тела, без осознанного намерения совершить суицид» (Zlotnick et al., 1996).

Исходя из данного определения, несуицидальное самоповреждение является одним из видов несуицидального самоповреждающего поведения. В свою очередь, несуицидальное самоповреждающее поведение является крайне широким понятием и парадоксальным образом включает в себя одновременно все виды вредного для здоровья поведения (например, курение) и варианты аутодеструкции с высоким риском смерти, но не планируемые к завершению таковой (например, различные варианты парасуицидов). В отечественной парадигме эта форма ближе всего к определению аутоагрессивного поведения, представленного всеми действиями, несущими саморазрушительный характер, в том числе скрытыми, направленными на противодействие депрессивным переживаниям, или связанными с аддикциями.

Стоит отметить, что одним из ключевых критериев данных феноменов является наличие и осознанность мотива смерти, который не в полной мере доступен для выявления как специалистами, так и самим субъектом, прибегающим к самоповреждению.

Критерии, исходя из которых диагностируется наличие НССП, представлены в DSM-5 в главе «Состояния, требующие дальнейшего изучения» (секция III) и используются множеством отечественных исследователей (Бохан и др., 2020; Дарьин, Зайцева, 2022; Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков, 2021):

1. «Частота и длительность: 5 и более дней в течении последнего года совершалось преднамеренное самоповреждение без суицидальной цели.

2. Наличие одного из мотивов: облегчения негативных (невыносимых) переживаний или мыслей; разрешения межличностных проблем; достижения позитивного эмоционального состояния (удовольствия).

3. Перед совершением НССП можно наблюдать одно из следующих состояний: негативные мысли и/или чувства (депрессия, дистресс, тревога, гнев, напряжение, самокритика); озабоченность трудно контролируемым самоповреждающим поведением; частые мысли о самоповреждении.

4. Отсутствие в структуре НССП социально приемлемого компонента.

5. НССП или его последствия ведут к дезадаптации, вызывают клинически значимый дистресс или ухудшение в важных областях функционирования.

6. НССП не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом и не может быть объяснено наличием иного психического и телесного расстройства» (American Psychiatric Association, 2013).

Кроме того, в DSM-5 описаны отличительные признаки, опираясь на которые возможно отделить НССП от суицидального поведения: при осуществлении суицидального поведения индивид не нацелен на улучшение своего психологического благополучия; суицидальное поведение не осуществляется с высокой частотой. Данные признаки, как писалось ранее, характерны для НССП.

Некоторые исследователи относят ряд других особенностей также к специфической характеристике НССП, а именно: цикличность или повторяемость действий; неприемлемость формы в социальной среде; осознаваемость действия, выражающаяся в целенаправленности и преднамеренности; нарастающее чувство тревоги и напряжения, нарастающее до момента осуществления акта НССП и сменяющееся после этого на чувство облегчения (Pattison, Kahan, 1983; Favazza, 1996). В то время как формальная цель представлена повреждением собственного органа или тканей организма, фактическая выходит за рамки совершаемого действия и имеет разновыраженные модальности (Бойко, 1991; Антонян и др., 1994).

Стоит также отметить и самые распространенные формы осуществления НССП. Клиницисты традиционно относят к ним:

- Самопорезы острыми предметами, чаще всего лезвием бритвы, хотя используются также ножи, маникюрные ножницы, осколки бутылок или зеркал, ребро бумажных листов (данный вариант более характерен для женской популяции). Локацией самопорезов чаще всего выступает предплечье и бедра, но могут быть выбраны и другие части тела. Степень тяжести значительно различается: от поверхностных порезов верхних слоев эпидермиса до глубоких повреждений телесных тканей, требующих медицинского вмешательства. По данным некоторых исследований, считается самым часто используемым методом НССП (Zhong et al., 2024);
- Соматические варианты НССП: расчесывания и царапины ногтями, выдергивания волос, обкусывание кутикулы и ногтей, губ, сдирание акне;
- Самоожоги и термовоздействие (прижигание сигаретой или открытым пламенем, обливание кипятком, воздействие холодом), удары током, ожоги с использованием химических растворов;
- Нанесение ударов по телу кулаками или иными предметами, удары о различные поверхности;
- Интоксикация психоактивными веществами (далее – ПАВ) или иными веществами (чрезмерное употребление алкоголя, питье моющих средств);
- Самоудушения (посредством веревочной петли, ремня или иных предметов), сознательное препятствование нормальному процессу дыхания.

Еще два распространённых варианта аутоагрессии, относящиеся к несуицидальному самоповреждающему поведению, а не к НССП - провоцирование внешнего физического воздействия (мазохистские сексуальные практики, конфликтное поведение с целью инициировать драку), а также рискованное поведение, связанное с высокой вероятностью травматизации (изнурительные тренировки, контактные виды спорта).

Ряд авторов выделяют признаки, по которым прямо или косвенно можно установить наличие НССП (Добровидова и др., 2022; Бисалиев, 2025; Park et al., 2020). Среди них можно выделить: следы от НССП (раны, шрамы, проплешины и т.д.); чрезмерное стремление скрыть части тела, на которых чаще всего осуществляются самоповреждения (предплечья, бедра); привычку к долговременной изоляции; сохранение постоянного доступа к инструменту НССП (ношение перочинного ножа, лезвия бритвы и т.п.).

НССП классифицируется в отечественной психопатологии как подвид самоповреждений, в свою очередь являющихся формой аутоагрессивного поведения (Бойко, 1991; Положий, 2010; Кудрявцев, 2013; Лукина, 2023; Дарьин, Зайцева, 2023). В настоящее время не существует единой типологии данных форм поведения. Аутоагрессивное поведение представляет собой любой акт действия или бездействия, осознанно или неосознанно совершаемый субъектом и влекущий прямой или косвенный, моментальный или отсроченный вред физическому или психическому здоровью.

Аутоагрессия существует в разнообразных формах и демонстрирует постоянную изменчивость в своих проявлениях (Singhal et al., 2021), что создает дополнительные трудности для однозначной категоризации и строгого отграничения данного явления в рамках формально определенного наименования. Это явление представляет собой широкий спектр поведенческих паттернов, охватывающих диапазон от поведения, квалифицируемого как «крайне благоприятное» (Winnicott, 1950), до действий, приводящих к значительным физическим и психическим травмам.

В общем контексте аутоагрессивное поведение определяется как разновидность агрессивных действий, характеризующихся нанесением целенаправленного нелетального ущерба собственному физическому или

психическому здоровью. Аутоагрессия, в этой связи, может рассматриваться как категория агрессивного поведения, при котором субъект и объект действия идентичны (Ениколопов, 2001). Данное понятие охватывает как суицидальные действия различной степени осознанности, так и аутодеструктивное поведение и умышленные самоповреждения. Разделение аутоагрессивного поведения на 4 категории – суицидальное поведение, суицидальные эквиваленты, аутодеструктивное поведение и несуицидальное аутоагрессивное поведение (Амбрумова и др., 1990) - позволяет более сфокусировано рассмотреть различные по своим механизмам и своей сути феномены.

В общем виде классификация вариантов аутоагрессии, учитывающая и обобщающая существующие типологии, представлена на рисунке 1:



Рисунок 1 - Общая классификация аутоагрессии

Как отображено на рисунке 1, НССП является узкой категорией внутри несуицидального самоповреждающего поведения, в свою очередь являющегося подвидом аутоагрессивного поведения.

На сегодняшний день существует множество вариантов классификаций НССП исходя из характеристик различных составляющих данного явления:

1. По степени нанесенного вреда с разделением на малую, среднюю и тяжелую. При этом учитывается социальная приемлемость и специфика актуального на момент совершения психического состояния (Walsh, Rosen, 1988).

2. Классификация, представленная Н.А. Польской, выделяющая следующие типы самоповреждений: реактивный – осуществляемые индивидами без патологии психического развития вследствие особенностей когнитивной сферы; дисфункциональный – индивид находится в ситуации хронической фрустрации, вследствие чего прибегает к НССП как к варианту копинга; идентификационный - осуществляемый в рамках самоопределения социальной роли (Польская, 2017).

3. Разделение на основании соответствия или несоответствия социокультурным традициям (подкреплённые социокультурными традициями и девиантные варианты). В данной классификации дополнительно представлено разделение самоповреждений на компульсивные, эпизодические и систематические (Руденко и др., 2020).

4. Классификация, опирающаяся на содержание категории цели субъекта и включающая в себя 7 групп: релаксационная, манипулятивная, инфантильно-демонстративная, призывная, инфантильно-подражательная, инфантильно-мазохистическая, симулятивная (Руженков и др., 2008). В данной классификации также предлагается разделение аутоагрессивного поведения на категории исходя из цели осознанности: разделяется на суицидальное поведение и аутодеструктивное поведение, которое в свою очередь делится на прямую и косвенную аутодеструкцию. В такой классификации НССП будет относиться к варианту прямой аутодеструкции.

В рамках МКБ-10 (МКБ-10, 1995) НССП классифицируется как вариант симптоматики при иных психических расстройствах («F32» - депрессивные расстройства, «F60.31» - пограничные расстройства, «F84.0» - детский аутизм, «F98.4» - стереотипные двигательные расстройства) и входит в состав следующих рубрик:

- X72–X83 «Внешние причины заболеваемости и смертности».

- X60-84 «Преднамеренное самоповреждение».
- Y26-30 «Повреждения с неопределенными намерениями».
- Y87.0 «Последствия умышленных самоповреждений».

В классификации DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) НССП определяется как отдельная диагностическая единица и помещено в главу «Состояния, требующие дальнейшего изучения» (секция III) с описанием 6 критериев (описанных ранее), исходя из которых может быть поставлен диагноз (Plener et al., 2014; Zetterqvist et al., 2020).

1.2. Соотношение суицидального поведения и несуйцидальных самоповреждений

Проблема соотношения суицидального и несуйцидального самоповреждения приводит к необходимости выделения четких критериев и классификации самоповреждений в целом, что обуславливает актуальность изучения различных факторов в качестве оснований для создания соответствующих типологий.

Дифференциация феноменов НССП и суицидального поведения является крайне важной как с практической, так и с теоретической точек зрения (Кибитов, Мазо, 2023). Выше нами было отмечено, что согласно DSM-5, самоповреждения выделены в независимую диагностическую категорию, при дифференциальной диагностике несуйцидальных самоповреждений и суицида специфическим отличием последнего является отсутствие намерения совершения самоповреждений с целью облегчения состояния, отмечается их меньшая частота совершения (при НССП она составляет от 5 и больше раз в год). Примечательно, что единственным заболеванием, согласно критериям DSM-5, для которого совершение самоповреждений является диагностическим критерием (в силу частоты встречаемости), является пограничное расстройство личности (American Psychiatric Association, 2013).

Кроме того, одним из основных критериев, отделяющим НССП от суицидального поведения, является отсутствие стремления субъекта к гибели в

рамках совершаемого акта, определение чего в рамках дифференциальной диагностики крайне затруднено. Стоит также отметить, что наличие в картине заболевания пациентов НССП не подразумевает при этом отсутствия у них суицидальных тенденций. Напротив, у многих пациентов с НССП присутствуют суицидальные мысли и намерения, а также имеются суицидальные попытки в анамнезе (Laye-Gindhu, Schonert-Reichl, 2005; Liang et al., 2025). Кроме того, требуется различать намерения субъекта уйти из жизни и желание прервать свои страдания, свойственное пациентам с депрессией и приобретающее внешний характер суицидальных намерений в случае отсутствия надежды на выздоровление или облегчения состояния («так плохо, что я хотел бы уснуть и не проснуться» и т.п.). В первом случае самоповреждения приобретают характер парасуицида, подготовки к предстоящей суицидальной попытке, а во втором - являются средством саморегуляции и направлены на предотвращение суицидальных действий (Stanley et al., 2001).

Традиционное представление о суицидальном и несуйцидальном самоповреждениях как о различных степенях аутоагрессивного поведения достоверно отражает клиническую картину этих явлений, однако не способно обозначить ключевые различия, лежащие в основе формирования данных паттернов поведения (Бойко, 1991).

Несмотря на значительно разнящиеся эпидемиологические данные касательно НССП и суицидальных тенденций, подавляющее число авторов сходится в том, что в настоящее время происходит рост распространенности данных явлений (Дарьин, Зайцева, 2023; Бохан и др., 2020; Lim et al., 2019). Причиной рассогласования полученных в разных исследованиях данных является отсутствие единой типологии и критериев изучаемых феноменов, использования инструментов с различной психометрической чувствительностью, региональная специфика внутренних механизмов и внешних проявлений НССП и суицидальных тенденций. К примеру, ряд авторов подчеркивают большую распространенность НССП и суицидов на территории Азии по сравнению с Европой и Северной

Америкой (Farkas et al., 2024). В то время как в другом систематическом обзоре можно обнаружить обратную тенденцию (Moloney et al., 2024).

Диапазон оценки пересечения суицидального поведения и НССП крайне широк, что предопределяется как сложностью дифференциации данных поведенческих актов (Кузнецова и др., 2023), так и клинической неоднородностью выборок респондентов, и широкой вариативностью данных, полученных в различных исследованиях (Liang et al., 2014). Однако можно с уверенностью утверждать, что НССП и суицидальное поведение имеют сложную, разнонаправленную и неоднородную связь (Wang et al., 2025).

Изучение данного вопроса существенно затруднено тем фактом, что нередко наблюдается сочетание суицидальных и несуйцидальных вариантов самоповреждений. Пациенты, госпитализированные в психиатрический стационар после совершенной суицидальной попытки, склонны отрицать свой первоначальный мотив, дабы избежать пристального внимания со стороны персонала клиники или чтобы сократить срок своей госпитализации. В то время как ряд пациентов с демонстративными чертами личности, напротив, могут приписывать своему аутоагрессивному поведению более радикальные цели (Гончарова, 2023).

Кроме того, самоповреждения могут быть разделены на импульсивные (реактивные) и стереотипные варианты (Strong, 1998). В случае импульсивного самоповреждения представляется крайне сложным определить первоначальный мотив, так как в подобном случае действия осуществляются в состоянии аффекта. Так, аффективная составляющая импульсивности имеет наибольшую связь с НССП в течение жизни и в большей степени отвечает за инициацию самоповреждений, в то время как когнитивные аспекты импульсивности (сниженные концентрация внимания и способность продумывать свои действия) связаны с поддержанием НССП (Lockwood et al., 2017).

Кроме того, не существует прямой связи между выраженностью суицидальных тенденций и степенью тяжести депрессии: суицидальные попытки

могут отмечаться при депрессивных состояниях умеренной тяжести и отсутствовать при тяжелых формах депрессий (Амбрумова, 1997).

Ряд исследований указывают на роль несуицидальных самоповреждений в качестве подготовки к совершению действий, направленных на уход из жизни. НССП в этом случае выступают в качестве десенсибилизации, снижающей страх перед болью и столкновением со смертью (Moloney et al., 2024; Joiner, 2005; Nock et al., 2006; Plener et al., 2009). Среди молодых людей с НССП наибольший риск суицидальных попыток наблюдается при более длительном опыте совершения, большем разнообразии методов и высокой частоты самоповреждения (Каневский, Розанов, 2019).

1.3. Модели суицидального поведения

Интерперсональная модель суицидального поведения (Joiner, 2005)

В контексте вопроса сочетания НССП и суицидальных тенденций безусловно важной является «Интерперсональная модель суицидального поведения», разработанная Т. Джойнером (Joiner, 2005). Исходя из данной модели, индивид совершает суицидальную попытку при сочетании стремления и способности к этому.

Формирование стремления происходит за счет длительного переживания «душевной боли», состоящей, согласно данной теории, с одной стороны из чувства нарушенной принадлежности к референтным группам (чувство «брошенности» или оставленности) и восприятия себя как обузы для других, а с другой стороны, – негативными представлениями о собственном самочувствии. Стоит также отметить, что «душевная боль» будет формироваться любыми интенсивными негативными эмоциональными переживаниями, как экзогенной, так и эндогенной природы, в том числе и сниженным аффективным фоном в следствии депрессивного состояния любого генеза. Формирование возможности, или приобретение способности к суициду, происходит за счет снижения чувствительности и страха перед болью и смертью, что осуществляется путем многократного соприкосновения с соответствующими стимулами, в том числе и

«благодаря» НССП (Joiner et al., 2010). Возможно как формирование толерантности к отдельным видам болевых стимулов, например, самопорезам, так и ко всем стимулам в целом. Кроме того, снижение страха смерти может достигаться не только за счет физического соприкосновения с соответствующими стимулами, но и вследствие представлений и размышлений о смерти. Такие размышления могут быть как в рамках суицидальных мыслей при длительной депрессии, так и в рамках рискованных ситуаций в обыденной жизнедеятельности, например, в ряде профессий, сопряженных с насилием и риском для жизни (силовые органы, пенитенциарная система, службы спасения и другие).

Помимо этого, социальная изоляция, возникающая в том числе из-за чувства нарушенной принадлежности к социуму и зачастую предшествующая суициду, ведет к выраженному снижению уровня психологического благополучия, что усиливает воспринимаемую индивидом «душевную» боль (Anestis, Joiner, 2011). Пациенты с юношеской депрессией испытывают негативное интенсивное эмоциональное состояние, не имеют при этом достаточно ресурсов и навыков саморегуляции, а также ограничены в возможности запрашивать помощь от других людей, из-за чего могут возникать такие дезадаптивные способы совладания как НССП, несущие временное облегчение благодаря переключению внимания и высвобождению эндогенных опиоидов, в том числе β -эндорфина (Попов, Лепик, 2026). Мотив НССП в качестве «выражения душевной боли через физическую», несущий в себе функцию регуляции состояния, является одним из самых распространенных среди пациентов юношеского возраста, страдающих депрессией. Вероятно, чувство «душевной» боли нарастает у данных пациентов до критической точки, до уровня, на котором становится субъективно непереносимым, после чего они прибегают к НССП как к способу сменить модальность боли (Бион, 2010).

Трехступенчатая теория суицидального поведения (Klonsky, May, 2014)

Трехступенчатая теория суицидального поведения или «Теория трех шагов» (Three-Step Theory, 3ST) (Klonsky et al., 2017; May, Victor, 2018), представляет собой попытку системного разделения факторов, способствующих возникновению суицидальных мыслей, и факторов, обуславливающих переход от этих мыслей к суицидальным действиям.

Согласно данной теории, возникновение суицидальных мыслей происходит за счет сочетания «душевной» боли (psychache) и чувства безнадежности. В отличие от более ранних теорий, 3ST подчеркивает, что сама по себе «душевная» боль редко приводит к возникновению суицидальных мыслей. Только когда индивид воспринимает свои страдания как невыносимые и не имеющие конца, суицидальная идеация начинает оформляться как способ прервать эти страдания.

Кроме того, важным компонентом 3ST является процесс влияния на выраженность суицидальных тенденций социальной изоляции и отсутствия чувства сопричастности с другими людьми (connectedness). Согласно положениям теории, даже если человек испытывает выраженную «душевную» боль и безнадежность, но при этом сохраняет значимые связи с близкими людьми или интегрирован в рабочий коллектив, суицидальные тенденции не будут доходить до активных планов и действий, а эти связи будут являться мощным протективным фактором от совершения суицида. И наоборот, когда «душевная боль» ощущается длительное время, а чувство сопричастности с другими нарушено, суицидальные мысли развиваются и доходят до конкретных планов.

Важно отметить, что даже наличие крайне выраженных суицидальных тенденций недостаточно для совершения акта суицида, поскольку у человека существует врожденный инстинкт самосохранения и биологически обусловленный страх перед физической болью. Для совершения суицидальной попытки необходимо возникновение «способности к суициду» (suicidal capacity), которая подразделяется на три вида:

1. Диспозиционная (генетические особенности, такие как низкая чувствительность к боли).

2. Приобретенная (привыкание к боли и страху через опыт насилия, травм или прошлых попыток).

3. Практическая (наличие знаний о методах и доступа к средствам совершения суицида).

Таким образом, теория 3ST предлагает четкую иерархическую структуру: сочетание «душевной» боли и чувства безнадежности с отчужденностью от других людей приводят к реализации суицидального замысла в случае наличия способности к этому. Данная модель имеет высокую прогностическую ценность для клинической практики, позволяя специалистам дифференцировать группы риска не только по степени тяжести депрессии, но и по уровню фактической готовности к суициду. Исследования подтверждают, что именно оценка «способности» является наиболее точным маркером для прогнозирования летальных исходов в следствии заверенных суицидов.

Интегрированная мотивационно-волевая модель суицидального поведения (O'Connor, 2011)

Интегрированная мотивационно-волевая модель (Integrated Motivational-Volitional Model), предложенная Р. О'Коннором в 2011 году (O'Connor, 2011), представляет собой одну из наиболее разработанных теоретических концепций в современной суицидологии. Она основывается на предположении, что суицидальное поведение является результатом сложного взаимодействия биологических, когнитивных, социальных и средовых факторов. Основная ценность модели заключается в четком разграничении факторов, способствующих возникновению суицидальных мыслей, и факторов, определяющих переход к конкретным действиям.

Структура модели разделена на три фазы: премотивационную, мотивационную и волевою.

Премотивационная фаза (Pre-motivational Phase) описывает диатез-стрессовые факторы, включая генетическую уязвимость, ранний негативный опыт, когнитивные стили (например, перфекционизм) и текущие стрессовые

жизненные события. Эти факторы создают почву, на которой может развиваться кризис, однако сами по себе они не формируют суицидальные намерения.

Мотивационная фаза (Motivational Phase) сосредоточена на механизмах формирования суицидальных мыслей и намерений. Ключевым пусковым механизмом здесь выступает чувство поражения (идеи несостоятельности, восприятие себя «неудачником») (defeat) и ощущение «безвыходности» («нахождение в ловушке», субъективная убежденность в отсутствии способности повлиять на ситуацию) (entrapment). Переживание негативного жизненного события может приводить к возникновению суицидальных мыслей в тех случаях, когда человек воспринимает ситуацию как «тупиковую», из которой нет выхода. Так, после психогенной провокации и субъективного восприятия ситуации как безысходной, происходит формирование суицидальных намерений, что обусловлено «мотивационными посредниками» (threat-focused-mitigating factors), такими как низкий уровень социальной поддержки, отсутствие чувства принадлежности к референтным группам или сниженная способность к проблемно-решающему поведению.

Волевая фаза (Volitional Phase) является наиболее специфичной частью модели. Она объясняет «разрыв» между суицидальными мыслями и действиями: даже крайне выраженное суицидальное намерение не приводит к совершению попытки без наличия волевых факторов (volitional moderators). К этим факторам относятся: доступ к средствам совершения суицида; приобретенная способность (снижение страха смерти и повышение толерантности к боли); длительное планирование и наличие конкретных «подготовительных» действий; негативное влияние окружения (например, суицидальное поведение в кругу близких); повышенная импульсивность; специфические когнитивные искажения.

Опираясь на положения Интегрированной мотивационно-волевой модели, психотерапевтическими «мишенями» могут выступать субъективное чувство безысходности (в мотивационной фазе), либо противодействие волевым факторам (в волевой фазе). Модель подчеркивает, что суицид — это не просто следствие депрессии, а динамический процесс, где волевой компонент требует отдельной

психотерапевтической работы. объясняет возникновение стремления к уходу из жизни как следствие ощущения собственного провала или поражения. Реализация суицидальных замыслов происходит при приобретении способности к реализации суицида или из-за внешней, или внутренней провокации.

Теория изменчивой уязвимости (Rudd, 2006)

Теория изменчивой уязвимости (в некоторых переводах: Теория «текучей» уязвимости Fluid Vulnerability Theory) (Rudd et al., 2006) представляет собой важную веху в понимании динамической природы суицидального поведения. В отличие от традиционных моделей, рассматривающих уязвимость как относительно стабильную характеристику, Теория изменчивой уязвимости исходит из предположения, что риск совершения суицида является динамическим (изменчивым) процессом, зависящим от взаимодействия факторов предрасположения и актуализации (интенсивные негативные эмоциональные переживания).

В основе данной теории лежит разграничение между базовым и повышенным риском. Базовый уровень уязвимости определяется долгосрочными факторами: генетической предрасположенностью, детскими психотравмами, психическими расстройствами, опытом НССП и предыдущими попытками суицида. Эти параметры задают «порог» чувствительности индивида. Однако сам по себе высокий базовый риск не означает немедленного совершения суицидального акта. Переход в тяжелое кризисное состояние происходит при активации специфических когнитивных схем под воздействием стрессогенных факторов провокации.

Ключевым когнитивным конструктом в модели является «суицидальный модус» (suicidal mode), подразумевающий временную, но интенсивную психобиологическую систему, которая объединяет: убеждения о непереносимости боли, безнадежности и суицид как единственное решение; наличие актуального интенсивного негативного эмоционального переживания; физиологический

компонент (соматическое возбуждение, нарушение сна); поведенческий компонент (подготовка средств, поиск способов совершения суицида).

Когда суицидальный модус актуализируется, вероятность перехода к суицидальным действиям резко повышается, причем острая фаза характеризуется краткосрочностью и высокой интенсивностью - теория изменчивой уязвимости объясняет, почему риск суицида может быстро нарастать и так же быстро снижаться после минования кризиса или оказания своевременной помощи.

Теория изменчивой уязвимости обосновывает необходимость мониторинга не только стабильных признаков патологии, но и текущего состояния «готовности» суицидального модуса. Кроме того, теория подчеркивает важность обучения пациента управлению кризисными состояниями (например, через разработку планов безопасности), что позволяет деактивировать модус до того, как он приведет к необратимому действию. Теория изменчивой уязвимости переводит фокус внимания с предсказания суицида на понимание механизмов его эскалации и затухания в реальном времени.

Таким образом, на сегодняшний день нет единого понимания роли НССП в контексте суицидального поведения. Выступая в роли инструмента снижения субъективного психологического неблагополучия, НССП способно приносить временное облегчение, но оказывает при этом негативное воздействие на депрессивное состояние, увеличивая тем самым риск совершения суицидальной попытки в будущем.

Наиболее перспективными для пристального и детального изучения представляются клинические и личностные уязвимости, такие как отношение и чувствительность к физической боли и фрустрация межличностных потребностей, формирующие аутоагрессивные тенденции, в том числе НССП.

1.4. Психологические модели несуйцидальных самоповреждений

На современном уровне научного знания уже разработано и еще разрабатывается множество моделей НССП, объясняющих механизмы возникновения, закрепления и развития данной формы самоповреждений.

1.4.1. Функциональные модели

Четырёхфункциональная модель (Nock, Prinstein, 2004)

Авторы данной модели предложили классификацию, основанную на принципах функционального анализа поведения. Они разделили функции НССП по двум осям: тип подкрепления (положительное или отрицательное) и источник подкрепления (интраперсональное или интерперсональное).

НССП возникает как ответ на внешний раздражитель, незадолго до этого воздействующий на индивида и направлено на регуляцию эмоциональных переживаний или межличностного взаимодействия (Давидовский и др., 2019). Кроме того, НССП несет в себе определенную функцию, имеющую выражение в субъективном мотиве самоповреждения. Формирование приверженности НССП происходит за счет отрицательного или положительного подкрепления, имеющего интраперсональный или интерперсональный характер (Nock, Prinstein, 2004).

Если после осуществления НССП происходит снижение интенсивности или купирование непереносимых для индивида мыслей или чувств, то подкрепление имеет интраперсональную негативную функцию, если НССП приводит к возникновению или повышению интенсивности желаемых индивидом эмоций и переживаний – это интраперсональное положительное подкрепление (Nock, Prinstein, 2005). Интерперсональная функция направлена на регуляцию социального взаимодействия, если НССП направлено на формирование желаемого для индивида события (привлечение внимания, поддержка близких людей) – это позитивная функция, а если она направлена на уход или снижение социального воздействия (межличностные конфликты, требования со стороны окружающих и т.п.), то является отрицательной (Nock, 2010).

Данная модель обладает высокой прогностической ценностью и единой простой структурой, что позволило создать на её базе надежный инструмент диагностики — Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM). Она универсальна и легко применима в клинической практике. Однако, стоит отметить, что модель сводит сложное человеческое поведение к бихевиоральным схемам стимул-

реакция, порой упуская глубинные смыслы и символизм акта самоповреждения, что является её явным недостатком.

Семифункциональная модель несуицидальных самоповреждений (Klonsky, 2007)

Исходя из этой модели, НССП несет в себе возможность реализации семи различных функциональных мотивов (Klonsky, 2007):

1. Регуляция эмоций и аффекта – НССП используется как инструмент для прерывания тревожных, затяжных депрессивных, агрессивных или панических состояний. Не имея иных способов повлиять на свое текущее состояние, индивид наносит самоповреждение, в результате чего переключается внимание и происходит нормализация аффекта. Наиболее типичные мотив для личностных расстройств и для пациентов с высокой импульсивностью

2. Попытка прервать явления деперсонализации (ощущение собственной измененности, отчужденности от своей личности или от своего тела) или дереализации (ощущение измененности окружающей реальности, чувство подстроинности происходящего) Нанося НССП, пациент стремится прервать описанные или квазипсихотическое состояния, «прийти в себя», «вернуться в реальность». Данный мотив в большей степени свойственен для пациентов с депрессией, коморбидной с заболеваниями психотического спектра. Однако, в рамках исключительных кризисных ситуаций может наблюдаться как у других нозологических групп, так и (в некоторой форме) среди здоровых лиц («ущипнул себя, вдруг я сплю»).

3. НССП как метод защиты от суицидальных тенденций. Зачастую, даже долго испытывающие суицидальные мысли пациенты не теряют при этом полностью инстинкт самосохранения, поэтому, не имея возможности полностью купировать суицидальные мысли, они могут прибегать к НССП как к способу временно прервать цепочку суицидальных руминаций.

4. Определение границ личности (самоидентификация) – НССП наносится как способ маркировать предел между внутренним и внешним миром, подтверждая реальность собственного существования через физический отклик.

Кожа в данном контексте становится барьером, определяющим границы идентичности.

5. Манипулятивный мотив - направлен на трансформацию социального окружения. В данном случае НССП превращаются в невербальное сообщение, которое крайне сложно игнорировать. Целью может выступать получение внимания, возвращение значимого другого в контакт или, напротив, предотвращение нежелательного взаимодействия. НССП выступает в роли наиболее радикального способа контроля поведения окружающих, когда вербальные способы коммуникации воспринимаются субъектом как неэффективные.

6. Мотив поиска новых впечатлений – в данном случае НССП не является воплощением стремления к боли как таковой, а скорее попыткой преодолеть невыносимое чувство пустоты, скуки, ангедонии и «оцепенения» через экстремальный физиологический опыт. Не имея собственного опыта относительно НССП и сталкиваясь при этом с романтизированным образом в медиапространстве, индивид может начать воспринимать НССП как приемлемый и функциональный метод. Кроме того, в контексте данного мотива значимую роль играет феномен «социального заражения», по аналогии с иными девиантными формами поведения.

7. Мотив самонаказания является следствием идей виновности и малоценности. Индивид направляет агрессию на себя как на объект, вызывающий отвращение или допустивший ошибку. НССП выполняет функцию искупления: через страдание субъект стремится снизить уровень когнитивного диссонанса и эмоционального напряжения, вызванного самообвинением. В таком случае боль воспринимается как «справедливое» возмездие, приносящее временное облегчение (Волкова, 2025).

Основным преимуществом данной модели является выделение критически важных для психотерапевтической работы аспектов, позволяющих дифференцировать психотерапевтические «мишени» при работе с пациентами с НССП. Так, автор подчеркивает крайне важную функцию противодействия

суицидальным интенциям, которую необходимо «перенести» в альтернативную и адаптивную копинг-стратегию, прежде чем приступать к купированию НССП. В противном случае у пациента может значительно возрасти риск суицида.

Однако данная модель обладает и рядом недостатков, ключевым из которых является пересечение выделенных категорий (например, регуляция аффекта и самонаказание), что затрудняет их статистическую дифференциацию и использование в научных исследованиях.

Функционально-генетическая модель (Польская, 2017)

Модель, предложенная Наталией Анатольевной Польской, рассматривает НССП как динамическую систему, выполняющую задачи адаптации личности на разных уровнях. В данной модели акцент сделан на генезисе функции: от поиска способа совладания до формирования устойчивого деструктивного паттерна. Данная модель обозначает связь формы, типов, функций НССП с особенностями и этапами психического развития. НССП рассматривается как сложный механизм адаптации, который формируется в ответ на невозможность переработать тяжелые эмоциональные состояния иными способами. В основе этой модели лежит представление о том, что повреждение тела выполняет ряд жизненно важных для психики индивида, помогая ему поддерживать внутренний гомеостаз. В качестве основных форм, характерных для разных стадий онтогенеза, выделяются импульсивные/стереотипные НССП (ранний этап) и волевые самоповреждения (более поздний этап). При этом, сохраняется потенциальное явление психического регресса, обуславливающее возникновение НССП на разных этапах развития индивида.

Функциональные блоки модели: инструментальная функция (регуляция аффекта), коммуникативная функция (включает манипулятивный компонент и регуляцию социальных контактов), символическая функция (обозначение принадлежности к референтной группе), организующая функция (прерывания диссоциации).

Типы НССП разделяются исходя из этапов онтогенеза: наиболее ранний этап связан с реактивным типом НССП (самоповреждения как ответ на воздействие стимула), затем формируется дисфункциональный тип – НССП как проявление хронических нарушений психологического функционирования. Для более позднего этапа онтогенеза характерен идентификационный тип НССП, обусловленный определением идентификации личности в ходе динамических изменений.

В свою очередь, функции самоповреждений разделяются исходя из трех уровней психологической дифференциации: для слабой дифференциации это сенсорная стимуляция организации моторного поведения, для более развитой – сигнальная функция. Функции контроля и идентификации характерны для наиболее развитой психологической дифференциации (Польская, 2017).

Модель глубоко контекстуальна и учитывает культурно-социальные особенности индивида. Она объясняет, как одна и та же функция может трансформироваться с течением времени (от «крика о помощи» к «способу выжить») и объединяет клинико-психологический и социокультурный подходы. Стоит также отметить, что высокая теоретическая сложность модели может затруднять её операционализацию для статистических исследований и затруднять использование в клинической практике.

1.4.2. Психодинамический подход к пониманию несуицидальных самоповреждений

Согласно модели нарушенной привязанности и дефицита ментализации (Bateman, Fonagy) НССП можно рассматривать как метод разрушения своего «Я», используемый индивидуумом в случае фрустрации потребности сопричастности и интеграции со значимыми другими (Bateman, Fonagy, 2004). В подростковом возрасте определяются будущие границы данной интеграции. В случае нарушенной связи, особенно с родительскими фигурами, формируются паттерны девиантного поведения, подкрепляемые в дальнейшем увеличением нестабильности межличностных отношений. Так, для успешной поведенческой

адаптации ребенку важно иметь сопричастную и последовательную материнскую фигуру, отсутствие которой воспринимается как хроническая стрессовая ситуация. НССП в данном контексте может рассматриваться как вариант патологического реагирования, направленного на психоэмоциональную регуляцию, однако формирующего при этом аддиктивную личностную модель (Короленко, Дмитриева, 2000).

Кроме того, в описанных обстоятельствах нельзя исключать формирование нездорового типа привязанности и дисфункциональной идентичности, оказывающих влияние на формирование склонности и закрепление НССП по следующему механизму: субъект из-за непереносимого страха отвержения и разрыва созависимой привязанности запрещает себе выражать негативные переживания и агрессию на вызвавший их объект. Затем данные переживания подавляются и накапливаются, достигая непереносимой степени и, в завершении, эмоциональная разрядка достигается единственным доступным методом – через совершение НССП (Cassels et al., 2019; Ghorbani, Najafi, 2020; Gander et al., 2021; Короленко, Дмитриева, 2000).

Стоит также отметить, что данная поведенческая схема обретает подкрепление – достигается эмоциональная разрядка, завершается поведенческий гештальт, а дополнительно может присутствовать реакция родительской фигуры, причем любой модальности, так как в контексте нарушенной привязанности это воспринимается как укрепление диады (Левковская и др., 2017).

Модель депривации (Hartmann, 1991)

С современных позиций психодинамического подхода, целесообразно также будет рассмотреть модель депривации в контексте формирования НССП. Хартманн описывает ситуацию «структурной депривации», при которой индивид обладает чрезмерно «проницаемыми» психическими границами (Hartmann, 2011). В этой модели самоповреждение выступает как попытка компенсировать дефицит защитных механизмов. Из-за ранней эмоциональной депривации субъект не может интегрировать интенсивные аффективные переживания, и физическая боль

становится способом искусственно создать границу между «Я» и миром, которую не сформировали в детстве значимые фигуры. Согласно данным актуальных научных исследований в формировании любой зависимости также участвуют субъекты переживания внутри семейной системы (Касьянова, 2024). При негативном психологическом состоянии подростка внутри данной системы нарушается структура взаимодействия и доверия к окружающему миру. Эмоциональное неблагополучие на этом этапе формирования личности ведет к появлению дезадаптивного интропсихического реагирования (Fonagy, Target, 1995). В случае дистантных отношений со значимым взрослым ребенок прибегает к поиску объекта для слияния, которым может выступать инструмент эмоциональной регуляции, задействованный при НССП. Подобная среда формирования личности является фундаментальным основанием зависимого поведения (Короленко и др., 2011).

Модель депривации также является важной для формирования НССП. Круг социального взаимодействия выступает в роли источника эмоциональной регуляции. В случае отсутствия или невозможности использовать данный базовый инструмент субъект вынужден прибегать к саморегуляции с помощью НССП. Кроме того, классической является теория формирования самоповреждений вследствие неспособности выразить агрессию на внешний объект. Эта неспособность может быть вызвана как отсутствием подходящего объекта в поле взаимодействия, так и внутренним или внешним запретом. Или же невозможностью подобрать стратегию для этого выражения (Султанова, Чут, 2023).

1.4.3. Когнитивно-поведенческий подход к пониманию несуицидальных самоповреждений

Модель социального научения (Bandura, 1969)

В рамках модели социального научения (social learning hypothesis), сформированной Альбертом Бандурой (Bandura, 1969), НССП могут быть рассмотрены как патологическая форма поведения, осваиваемая в результате

наблюдения за субъектами референтной группы. Особую значимость в данном контексте имеют воспринимаемые паттерны родительского поведения.

Ребенок стремится к идентификации себя с фигурой значимого взрослого, зачастую осуществляя это путем моделирования и имитации поведения этой фигуры. Если данное поведение патологично, например, связано с агрессией, злоупотреблением ПАВ или иной формой девиантного поведения, имитация также будет приобретать патологический характер, что может выражаться в стремлении к осуществлению НССП и его реализации. Кроме того, в контексте данной модели значимым является влияние социальных групп сверстников, к идентификации с которыми подросток также стремится, что может приводить к эффекту «социального заражения» НССП.

Модель избегания опыта (Chapman, Gratz, Brown, 2006)

Одной из наиболее влиятельных когнитивно-поведенческих моделей, объясняющих этиологию и механизмы поддержания НССП, является Модель избегания опыта (Experiential Avoidance Model), предложенная А. Чепменом и его коллегами в 2006 году (Chapman, Gratz, Brown, 2006). Данная модель рассматривает самоповреждение как дезадаптивную стратегию эмоциональной регуляции, направленную на немедленное прекращение или редукцию интенсивных негативных эмоциональных переживаний.

В рамках Модели избегания опыта НССП классифицируются как один из вариантов избегающего поведения. Согласно положениям данной модели, склонные к НССП индивиды сталкиваются с «избеганием опыта» (experiential avoidance) — в виду субъективной непереносимости определенных переживаний или их компонентов (мыслей, эмоций, физиологических ощущений, воспоминаний), предпринимается попытка изменить их форму или частоту возникновения, даже если это приводит к выраженному вреду в долгосрочной перспективе. НССП в данном случае возникает и функционирует по следующему механизму:

1. Воздействие экзогенного или эндогенного стимула, в результате чего у индивида возникает интенсивное негативное эмоциональное состояние, чаще всего характеризующееся высоким уровнем аффекта и проявляющееся, например, в форме гнева, доходящей до паники тревоги или страха, чувства вины или субъективно непереносимого чувства «душевной боли».

2. Из-за дефицита навыков саморегуляции, возникающего в следствии биологической уязвимости, особенностей раннего развития, наличия психического расстройства или иных причин, индивид не способен справиться с этим переживанием, так как не обладает достаточным репертуаром адаптивных стратегий для совладания с аффектом.

3. Далее возникает потребность в избегании, выражающаяся в стремлении немедленно прервать негативное интенсивное эмоциональное состояния, вызванная восприятием его как субъективно непереносимого.

4. Затем совершается акт НССП, что вызывает резкое изменение фокуса внимания и специфические нейрхимические изменения в организме, в совокупности, приводящие к мгновенному, но кратковременному снижению эмоционального напряжения.

5. На завершающем этапе происходит отрицательное подкрепление: наступающее быстрое облегчение и «уход» от воздействия негативного стимула закрепляют данную поведенческую реакцию по принципу оперантного обусловливания. Именно эффективность НССП в краткосрочном купирование аффекта делает этот паттерн поведения устойчивым и приводит к его закреплению, даже в случаях, когда индивид способен оценить его отсроченные негативные последствия.

Важным аспектом модели Чепмена является акцент на функциональной эквивалентности: самоповреждение может заменять другие формы избегания, такие как злоупотребление ПАВ, паталогическое фантазирование или социальная изоляция. Происходит это в том случае, если НССП оказывается более доступным, приемлемым или кажется индивиду более эффективным в актуальный момент.

Таким образом, согласно Модели избегания опыта, физическая боль при самоповреждении выполняет роль «эмоционального гомеостаза», позволяя индивиду модулировать интенсивность внутреннего опыта и негативных переживаний. С точки зрения психотерапевтического вмешательства, данная модель обосновывает необходимость смещения фокуса внимания с подавления самого симптома на развитие психологической гибкости, саморегуляции и навыков принятия (acceptance) своего эмоционального опыта, что позволяет отказаться от деструктивных попыток его избегания.

Модель эмоционального каскада (Selby, Anestis, Joiner, 2008)

Модель эмоционального каскада (The Emotional Cascade Model), предложена Э. Селби и соавторами в 2008 году (Selby, Anestis, Joiner, 2008). В отличие от моделей, фокусирующихся исключительно на дефиците навыков, данная концепция предлагает рассматривает НССП через призму синергетического взаимодействия между эмоциональной дисрегуляцией и когнитивными процессами. Центральным звеном данной модели является понятие «эмоционального каскада» — механизма положительной обратной связи между интенсивным негативным эмоциональным переживанием и руминациями (навязчивыми, повторяющимися размышлениями о причинах и последствиях своего состояния). Процесс развития «каскада» можно представить в виде следующих последовательных этапов:

1. Сперва возникает стимул, провоцирующий появление цепочки руминаций. В процессе переработки стрессового события индивид начинает интенсивно обдумывать ситуацию, однако в рамках этого процесса вместо поиска решения проблемы фокус внимания может быть направлен на негативные эмоции. Важно отметить, что такие цепочки руминаций со временем лишь увеличивают интенсивность негативных переживаний.

2. В дальнейшем происходит рост интенсивности эмоций, что «подпитывает» дальнейшее развитие руминаций, которые, в свою очередь, еще больше усиливают аффект. Этот процесс самоподдерживающегося усиления и

называется каскадом, который быстро доводит эмоциональное состояние до субъективно непереносимого уровня.

3. Когда интенсивность аффекта достигает критического значения, когнитивные ресурсы индивида оказываются полностью вовлечены в цепочки руминаций. В этот момент возникает потребность в мощном, альтернативном стимуле, способном прервать этот поток, чем зачастую и является НССП.

4. НССП в данной модели рассматривается как форма физического отвлечения. Интенсивная физическая боль и вид крови создают мощный сенсорный стимул, который принудительно переключает внимание с ментальных руминаций на актуальные физические ощущения.

Ключевое теоретическое положение Селби заключается в том, что НССП эффективно «разрывает» эмоциональный каскад именно за счет своей физиологической интенсивности. Боль выполняет задачу обрыва цикла руминаций благодаря тому, что физическая травма требует немедленной когнитивной обработки, что ведет к резкому спаду эмоционального напряжения.

Модель эмоционального каскада вносит свой вклад в формирование психотерапевтической стратегии при работе с пациентами с НССП, подчеркивая, что такая работа требует не только развития навыков саморегуляции эмоций, но и специфического вмешательства в процесс руминаций. Таким образом, психотерапевтическая мишень смещается на ранние этапы каскада, когда когнитивный контроль еще возможен, до того, как система войдет в стадию неуправляемого развития.

Когнитивно-эмоциональная модель (Hasking, Whitlock, Voon, Rose, 2017)

Когнитивно-эмоциональная модель НССП (Cognitive-Emotional Model of NSSI) предлагает комплексный взгляд на этиологию НССП через интеграцию особенностей эмоционального реагирования и специфической дефицитарности в системе переработки информации (Hasking et al., 2017). Основной концептуальный каркас модели базируется на взаимодействии четырех ключевых компонентов:

1. Эмоциональная уязвимость и дисрегуляция. Основанием модели служит высокая чувствительность индивида к эмоциональным стимулам. Пациенты с высокой склонностью к НССП демонстрируют низкий порог возникновения эмоциональных реакций и замедленный возврат к эмоциональному плато (базовому состоянию). Эмоции переживаются ими как недифференцированные, поглощающие и не поддающиеся когнитивной оценке в момент возникновения.

2. Когнитивные ошибки. Важнейшим аспектом модели является наличие специфических когнитивных ошибок, у пациентов с НССП чаще всего отмечается высокая степень самокритики (идеи вины, малоценности и несостоятельности, восприятие себя как дефектного или заслуживающего наказания), что может формировать стремление выразить эмоциональную боль через физическую и катастрофизация - преувеличение значимости негативных событий, что ускоряет переход от легкого стресса к состоянию аффективного кризиса. Кроме того, в модели отмечается роль ригидности когнитивных схем, понимаемой как неспособность переключаться между различными стратегиями решения проблем, что ограничивает выбор инструментов самопомощи, увеличивая тем самым вероятность использования наиболее радикальных инструментов саморегуляции.

3. Формирование порочного круга «Оценка — Эмоция». Когнитивно-эмоциональная модель подчеркивает, что НССП не является изолированным актом - процесс запускается интерпретацией внешнего или внутреннего события как угрожающего или субъективно невыносимого, после чего эта когнитивная оценка приводит к возникновению интенсивного негативного эмоционального переживания, например, стыда, гнева или вины, которая, в свою очередь, подтверждает первоначальную негативную когнитивную схему («Я плохой, поэтому мне так больно»). НССП выступает как способ прервать данную когнитивно-эмоциональную цепочку.

4. Подкрепление через когнитивное облегчение. Модель объясняет устойчивость НССП тем, что после акта наступает временное улучшение не только эмоционального, но и когнитивного состояния. Субъективное ощущение контроля над физической болью когнитивно интерпретируется как «решение проблемы» или «обретение власти над ситуацией», что фиксирует паттерн

самоповреждения в долгосрочной памяти как эффективный (хотя и дезадаптивный) механизм.

В контексте нашей работы данная модель позволяет обосновать необходимость включения когнитивной реструктуризации в программы психологической коррекции. Работа с НССП, согласно когнитивно-эмоциональному подходу, должна быть направлена не только на поиск альтернативных способов выражения чувств, но и на модификацию когнитивных схем, провоцирующих эмоциональную нестабильность.

1.5. Факторы риска формирования и закрепления несуицидальных самоповреждений

Существует ряд психологических особенностей, наличие которых может расцениваться как фактор риска НССП. К таким особенностям относят неразвитую способность к распознаванию и регуляции эмоций, чувство уязвимости, низкую самооценку, высокий уровень негативных эмоций, склонность к подавлению негативных переживаний, пониженную толерантность к стрессу (Paul, 2013; Klonsky, Muehlenkamp, 2007).

Может отмечаться поведенческая и эмоциональная лабильность, склонность к принятию импульсивных решений, низкий уровень контроля (Chapman, Gratz, Brown, 2006; Najmi et al., 2007; Lang, Sharma-Patel, 2011; Maniglio, 2011). Среди признаков предрасположенности к НССП также выделяют частые упоминания о чувстве безнадежности, беспомощности, одиночества, бессмысленности жизни, собственной малоценности.

Основываясь на изученных научных концепциях и теориях, целесообразно выделить с точки зрения наибольшей практической и теоретической значимости основные факторы риска формирования и закрепления НССП. К ним относятся:

- Гендерные и возрастные характеристики;
- Нарушения в сфере межличностного взаимодействия;
- Психопатологические детерминанты;
- Личностные особенности;
- Когнитивные нарушения;
- Особенности отношения к боли.

1.5.1. Факторы пола и возраста

Самоповреждающее поведение встречается и у мужчин, и у женщин всех возрастных групп (Hawton, Fagg, 1990). В связи с появлением новых научных данных, представляется необходимым анализ половозрастных особенностей НССП, который проводился как эмпирически, так и с использованием сравнительных зарубежных и отечественных мета-анализов.

По данным некоторых исследований, в женской части популяции юношеского возраста наблюдается большая выраженность, частота, разнообразие мотивов и способов осуществления НССП, нежели у молодых людей (Faura-García et al., 2022).

Как в ранних работах, так и в современных исследованиях приводится ряд данных относительно большей распространенности самоповреждений и суицидальных попыток среди женщин (Hawton, 2000). В недавно проведенном мета-анализе, включавшем более 97 исследований, выявлена тенденция к более высокому риску суицидального и самоповреждающего поведения у женщин, особенно подростково-юношеского возраста. По данным этого исследования, средняя распространенность несуйцидальных самоповреждений составила в среднем 16%. При этом отмечалось значительное различие между женщинами и мужчинами – 19,4% против 12,9% соответственно (Farkas et al., 2024).

В психологии юношеский возраст определяется как переходный, связанный с изменением установок и еще неполной зрелостью личности (Golombek et al., 1989), что влечет повышенный риск совершения НССП (Deng et al., 2023). Именно в юношеском возрасте наиболее часто происходит первое НССП (Jiang et al., 2022).

В возрастной группе лиц юношеского возраста прослеживается особенно выраженная связь НССП как реакции на переживание острого стресса, чего не наблюдается в иных возрастных группах (Akbari et al., 2024). Отмечается связь между низким уровнем стрессоустойчивости и наличием, и большей степенью тяжести НССП в группе лиц юношеского возраста (Weedage et al., 2025). Ряд

исследователей выделяют гендерную специфичность предикторов НССП – для юношей характерна реакция на перенесенное наказание, а в женской популяции более значимыми являются факторы учебного давления, межличностных взаимоотношений и трудностей адаптации к новым условиям (Xin et al., 2022).

Следует отметить, что в исследованиях используются различные подходы в методологии, в связи с чем затруднена объективная оценка параметров изучаемых самоповреждений и, соответственно, ограничена возможность сопоставления полученных данных. Несмотря на этот факт, ряд авторов подчеркивает, что легкие, поверхностные самоповреждения чаще совершают девушки-подростки и молодые женщины (Klonsky, Muehlenkamp, 2007; Польская, 2017).

Исследования мотивов совершения НССП у молодых мужчин и женщин показали разницу в выражении эмоций: мужчины чаще проявляют гнев в форме гетероагрессии, в то время как девушки склонны к аутоагрессии (Whitlock et al., 2006). Вне зависимости от пола НССП значительно чаще несут в себе внутриличностные, а не межличностные функции. При этом наиболее распространенными мотивами является самонаказание и регуляция аффекта (Lutz et al., 2024). У девушек чаще встречается самоповреждающее поведение с мотивом «самонаказания» (Evans et al., 2005) или мотивом «привлечения внимания» (Peterson et al., 2008).

1.5.2. Межличностные факторы

Существует ряд социальных факторов риска НССП, таких как развод родителей, смерть близкого человека, деструктивные паттерны поведения внутри семьи, приводящих к склонности к самоповреждениям в условиях, когда индивид неспособен справиться со сложными жизненными ситуациями. Факторами риска аутоагрессии также могут быть семейная конфронтация, регулярная и избыточная критика со стороны родителей, наличие опыта физического, эмоционального или сексуального насилия (Calvo et al., 2024). Благоприятный семейный климат является значимым фактором протекции от НССП (Deng et al., 2025), особенно для женской части популяции юношеского возраста (Xue et al., 2024).

Микросоциальные взаимодействия со сверстниками также играют существенную роль в формировании готовности к совершению НССП. Так, например, было показано, что нахождение в компании друзей, склонных к самоповреждающему поведению, может выступать в качестве фактора риска возникновения НССП (Lang, Sharma-Patel, 2011; Maniglio, 2011).

Современные исследования показывают, что особенно значимыми факторами риска НССП становятся не только конфликты в семейной среде, но и наличие депрессивных состояний у родителей (Zhou et al., 2024). К другим факторам риска относят буллинг, злоупотребление ПАВ, а также наличие психических расстройств: пограничного расстройства личности, депрессии, посттравматического стрессового расстройства, тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения (Esposito-Smythers et al., 2012). Переживание психотравмирующего события в детстве и школьная травля могут не только влиять на возникновение НССП, но и косвенно усугублять степень их тяжести (Liu et al., 2024). Напротив, надежные социальные связи и чувство сопричастности к обществу, например, вовлеченность в школьную/студенческую активность, могут выступать в роли факторов протекции от совершения НССП (Predescu et al., 2024).

Существует ряд личностных особенностей, которые обуславливают трудности межличностного взаимодействия, тем самым, обостряя чувство одиночества, являющееся предиктором НССП (Blacutt, Ammerman, 2025). В первую очередь к ним относятся шизоидные черты, проявляющиеся в эмоциональной отгороженности и недостаточной способности к сопереживанию, а также зависимые черты с повышенной потребностью в глубоких эмоциональных связях и сверхзависимостью от мнения и поддержки лиц, с которыми данная связь устанавливается (Польская, 2014).

По результатам недавнего исследования, в группе респондентов с НССП выявляется более высокий уровень застенчивости и более выраженная негативная эмоциональная реакция на будничные стрессоры, нежели в группе респондентов без НССП (Haliczer, Dixon-Gordon, 2023).

Вместе с тем, свойственный юношескому возрасту максимализм, проявляющийся в бескомпромиссности и ригидности установок, затрудняет для молодых людей взаимодействие в социуме и ведет к социальной дезадаптации. Чувство «брошенности» в сочетании с восприятием себя как обузы считается одним из ведущих факторов возникновения в данный возрастной период переживаний, способствующих аутоагрессии (Joiner, 2005).

1.5.3. Юношеская депрессия

Под юношескими депрессиями понимают психические расстройства в виде состояний патологически сниженного аффекта с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 25 годами, длительностью свыше 2 недель, приводящие часто к выраженной социальной дезадаптации, обладающие рядом интернозологических особенностей и характеризующиеся различными исходами в зависимости от нозологической принадлежности. Аффективный фон имеет независимую связь с НССП, в частности, ровный аффективный фон смягчает связь между реакцией на дистресс и склонностью к НССП (Slabbert et al., 2022). Актуальность НССП (наличие актов самоповреждений в течение последних 12 месяцев) имеет последовательную связь с депрессивной симптоматикой (Dierickx et al., 2023).

В юношеском возрасте наблюдается высокая частота манифестации расстройств настроения, что во многом обусловлено специфическими особенностями психики в данный период. Прежде всего такими, как: выраженная эмоциональная неустойчивость, повышенная реактивность с особой интенсивностью и подвижностью эмоциональных реакций (так называемая пубертатная лабильность настроения) и большая полюсность чувств (Наджаров, Цуцуйковская, 1977; Masterson, 1966).

Кроме того, в контексте НССП важно оценивать роль нестабильности аффективного фона в целом, что позволит с большей точностью определить влияния диапазона эмоционального реагирования на НССП (Bruckbauer-Schwed et al., 2025).

Клиницистами выделяется ряд психопатологических особенностей, характерных для юношеских депрессий (Цуцульковская и др., 2003; Achim et al., 2011; Parker, Roy, 2001; Цуцульковская и др., 2000):

➤ Стертость и атипичность классической депрессивной триады, невыраженность аффекта тоски, преобладание апатии, адинамии и нарушений типа «unlust» (угрюмое недовольство собой и окружающими).

➤ Доминирование в структуре депрессивного синдрома особых когнитивных расстройств (от легкой рассеянности, забывчивости, невозможности сосредоточиться до выраженных трудностей осмысления учебного материала).

➤ Высокая частота сверхценных расстройств религиозного, философского и иного абстрактного содержания в виде метафизических доктрин с формированием особого депрессивного мировоззрения.

➤ Нестабильность аффекта с многократной сменой его на протяжении одной фазы и даже суток с высокой частотой смешанных аффективных состояний.

➤ Частое наличие психопатоподобных расстройств в том числе как эквивалентов депрессии (с конфликтностью, грубостью, оппозицией к родным, токсикоманическими проявлениями, в формировании которых принимают участие наряду с аффективными и такие кризовые проявления, как стремление к самостоятельности, игнорирование авторитетов, неравномерность и противоречивость созревающих влечений).

➤ Частое включение в клиническую картину сложных деперсонализационных компонентов.

➤ Затяжной характер депрессивных расстройств.

➤ Высокий удельный вес целенаправленных суицидальных тенденций с максимализмом в принятии решений.

При юношеских депрессиях отмечается высокая частота возникновения аутоагрессивных и суицидальных намерений и действий, что связано с низким суицидальным порогом и легкостью возникновения чувства отчаяния. Кроме того, неустойчивость представлений о себе и мире и склонность к самообвинению,

характерные для юношеских депрессий, имеют связь с повышенным риском НССП в случае отсутствия позитивного отношения к своему телу, выступающего в роли фактора протекции (Kruzan et al., 2022). Недавнее исследование, проведенное на общей популяции подростков, показало, что среди пациентов с расстройствами пищевого поведения НССП встречается значительно чаще, нежели у лиц без данных расстройств (Juli et al., 2024).

НССП в структуре депрессий подростково-юношеского возраста имеют различные функции, мотивы и механизмы. Важно учитывать, что при высокой длительности заболевания вероятно иерархическое развитие идей и убеждений, связанных с депрессивным состоянием и внутренними мотивами НССП, от навязчивого до сверхценного и даже бредоподобного уровня, что ведет к закреплению самоповреждений как устоявшегося паттерна поведения.

Данный процесс будет затруднять психотерапевтические интервенции и, вероятно, будет связан с НССП большей степени тяжести. Так, бредовые идеи виновности или малоценности, часто присутствующие в картине юношеской депрессии, с одной стороны, приводят к ухудшению актуального эмоционального состояния, с другой – могут выступать в роли субъективного мотива НССП. Оба варианта приводят к усилению стремлений к самоповреждениям.

В зависимости от особенностей клинической картины исследователями предлагается следующая типология юношеских депрессий: экзистенциальные депрессии, депрессии с картиной юношеской астенической несостоятельности, гебоидные депрессии, истеродепрессии с бредоподобным фантазированием, деперсонализационные депрессии, дисморфофобические депрессии, психастеноподобные депрессии.

Исследователями выявлена крайне высокая частота совершения НССП среди госпитализированных пациенток юношеского возраста, страдающих депрессиями: от 66,8% до 94,4%, при этом частота аутоагрессии зависела от типа депрессивного состояния. Также выявлены различия в мотивах совершения НССП.

При экзистенциальных депрессиях НССП носили саморегуляционный характер - выражение боли душевной через физическую. При депрессиях с картиной юношеской астенической несостоятельности НССП преимущественно несли мотив самонаказания. При гебоидных депрессиях аутоагрессия носила манипуляционный характер или осуществлялась в рамках расстройств влечений. При дисморфофобических депрессиях самоповреждения осуществлялись для «нанесения ущерба ненавистному элементу тела». При истеродепрессиях доминировал демонстративный мотив, а при деперсонализационных - желание «вернуться в реальность», ощутить себя внутри своего тела или ощутить хоть какие-то эмоции (Левченко, Олейчик, 2021).

Важной как с прогностической точки зрения, так и в контексте взаимосвязи депрессии и НССП является фактор наличия в структуре заболевания аттенуированной психотической симптоматики (далее - АПС). Степень выраженности АПС должна быть, с одной стороны, достаточной для проведения их распознавания, а, с другой стороны, не удовлетворяющей критериям полноценных, развернутых симптомов, позволяющих верифицировать текущий шизофренический процесс (Румянцев, 2018).

Под АПС понимаются «отдельные позитивные симптомы в структуре юношеской депрессии, не достигающие при этом принятой степени выраженности и/или продолжительности» (Омельченко, Каледа, 2023). Клиницисты выделяют два регистра АПС.

Первый – бредовой: ощущение надвигающейся угрозы, подстроенности обстановки, отрывочные несистематизированные идеи внешнего контроля/наблюдения/преследования, повышенная мнительность и подозрительность, сензитивные идеи отношения, заинтересованность в конспирологических теориях, ипохондрические идеи, магическое мышление, явления деперсонализации и дереализации и т.д.

Второй - галлюцинаторный: оклики по имени, неясные шумы, озвученность собственных мыслей, видоизменение внешних объектов, силуэты на периферии зрения, ощущения прикосновений, странных запахов и вкусов и т.п.

Зачастую критическое отношение к АПС у пациентов сохраняется, в виду чего они стремятся скрывать данную симптоматику. Выявляется она в ходе подробного психопатологического обследования с фокусом на дифференциальную диагностику.

Нарушения мышления, наблюдаемые при депрессиях с аттенуированной психотической симптоматикой, существенно отличаются от идеаторного торможения, которое традиционно рассматривается как один из компонентов аффективной триады и качественно приближены к диссоциативному патопсихологическому симптомокомплексу.

Так, для пациентов свойственно расстройство операционального компонента мышления, по типу снижения уровня и искажения процесса обобщений, проявляющиеся в опоре на латентные признаки понятий и/или конкретно-ситуативном типе мышления, и расстройство мотивационного компонента мышления, проявляющееся в разноплановости и склонности к резонерству. При этом, данные расстройства представлены в малой степени, зачастую в единичных ошибках, не достигающих до уровня патопсихологического симптомокомплекса.

Важно учитывать, что наличие в картине депрессии АПС существенно усложняет процесс психотерапии и, в большинстве случаев, требует применения методов психофармакотерапии.

Склонность к НССП у данной когорты пациентов характеризуется большей стойкостью и рядом своеобразных мотивов, обычно не свойственных пациентам с депрессией без АПС.

Так, для пациентов без аттенуированной психотической симптоматики в большей степени свойственны мотивы самонаказания и регуляции аффекта, в то время как пациенты с АПС чаще прибегают к НССП с целью преодоления явлений дереализации/деперсонализации или для получения удовольствия (в рамках расстройств влечений).

1.5.4. Особенности когнитивного функционирования пациентов с юношеской депрессией

В настоящий момент исследования когнитивных особенностей пациентов с депрессивными состояниями являются достаточно разрозненными по своей методологии и терминологии. В отечественной традиции при изучении когнитивной сферы пациентов с различными аффективными заболеваниями долгое время отдавалось предпочтение качественным исследованиям высших психических функций с помощью нестандартизированных нейропсихологических методик.

Нейрокогнитивный дефицит при депрессивных состояниях не может быть сведен к нейропсихологическим синдромам, возникающим в результате локальных поражений нейроанатомических структур, и его следует рассматривать в качестве системных нарушений церебральной деятельности, функциональных нарушений нейронных связей (Ершов и др., 2015).

В отечественной клинической психологии предпринимались попытки разработки оценки суицидального риска при депрессии через анализ нейропсихологических и психофизиологических особенностей пациентов, совершавших суицидальные и несуйцидальные самоповреждения. Нейропсихологическое исследование показало у пациентов с истинными суицидальными попытками дефицитарность исполнительных функций – систем планирования и контроля, а также снижение параметров памяти и неполноту двигательных навыков (Антохин, 2018; Антохина, и др., 2020).

Результаты нейропсихологических исследований дополняются и подтверждаются рядом нейровизуализационных методов, таких как магнитно-резонансная томография, функциональная магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография и др. Ряд исследователей выделяют общие тенденции, которые прослеживаются у пациентов с депрессией.

При этом выделяют структурные изменения нейроанатомических образований, такие как атрофические изменения височно-лобно-базальных

морфофункциональных комплексов: миндалины, гиппокампа, энторинальной коры, префронтальной, орбитофронтальной и медиально-фронтальной коры, поясной извилины и базальных ганглиев. К функциональным нарушениям относят дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-адреналиновой системы, а также нарушения метаболизма ряда нейротрансмиттеров в центральной нервной системе, в особенности серотонина, норадреналина, дофамина, ГАМК и глутамата (Вассерман и др., 2013).

Несмотря на значительный объем накопленного в научной литературе материала исследований когнитивных функций нейропсихологическими, психометрическими и нейровизуализационными методами, остается невозможным определение нейрокогнитивных расстройств в рамках одного из классических нейропсихологических синдромов. Однако возможно выделение своеобразного специфического нейрокогнитивного профиля, отражающего работу отдельных психических процессов и когнитивных функций деятельности головного мозга в целом. Некоторые исследователи склоняются к мнению, что в подобных исследованиях наиболее адекватен набор стандартизованных нейропсихологических методик (Вассерман и др., 2013). В то время как другие указывают на значительные ограничения и недостаток разработанности методологии в подобных исследованиях (Плужников и др., 2013).

При анализе ряда исследований когнитивных функций у пациентов с депрессивными состояниями можно выделить ряд специфичных нарушений, таких как дефицитарность исполнительных функций, функций планирования и организации познавательной деятельности, межполушарного взаимодействия (Ершов и др., 2015; Сагалакова и др., 2017).

Некоторые исследования показали нарушения нейродинамики психической деятельности в виде замедления или флуктуации продуктивности психической деятельности. В отдельных работах были получены результаты, указывающие на зависимость продуктивности психической деятельности от степени необходимости произвольной саморегуляции (Пуговкина, 2006). У пациентов с

депрессивными состояниями обнаруживается снижение концентрации и сужение объема внимания, замедление темпа психических процессов.

Мнестические процессы характеризуются снижением вербальной рабочей памяти, сужением ее объема, выраженной неустойчивостью к интерференции. Выявляется также снижение речевой и невербальной беглости, сужение словарного запаса, расстройство вербально-логического мышления и нарушение конструктивных навыков (Czobor et al., 2007; Austin et al., 2001; Lam et al., 2014). Так, ряд исследований, представленных в недавнем мета-анализе, указывают на связь руминаций и НССП (Coleman et al., 2022). Авторы приходят к выводу, что вероятность возникновения НССП положительно коррелирует с наличием в картине аффективного расстройства руминаций, тогда как связь с частотой нанесения самоповреждений представляется сомнительной.

Несмотря на активный интерес научного сообщества к вопросу о роли особенностей когнитивного функционирования в процессе формирования и закрепления НССП, данная тема представляется недостаточно изученной. Работы, посвященные значению высокого уровня импульсивности в склонности к НССП, с большой долей достоверности объясняют процесс закрепления данного феномена (Сагалакова и др., 2017). Существует предположение, что переход «от мысли к действию» связан с формированием из мысли определенного намерения, что в свою очередь может быть связано с уровнем развития способности индивида к планированию, программированию своей деятельности и принятию решений (Chu et al., 2017).

Однако, обращаясь к дефинициям несуицидальных самоповреждений, необходимо обозначить лежащие внутри феномена различия. Так, исходя из скорости реакции на внешнее воздействие, предшествующие акту мысли и чувства, а также последующую реакцию индивида, целесообразным представляется условное разделение НССП на импульсивный и компульсивный варианты.

Импульсивный вариант НССП предполагает совершение самоповреждающих действий как избыточной реакции на раздражители, такие

как фрустрация потребностей, дистрессовые ситуации и другие без учета возможных последствий.

Компульсивный вариант НССП связан с предполагаемым последствием, (например, эмоциональная разрядка или привлечение внимания) и будет усиливаться тогда, когда формирование конкретных планов увеличивает вероятность осуществления намерений (Chu et al., 2017; Gollwitzer, 1999).

Кроме того, опираясь на описанные ранее эффекты действия НССП, следует предположить, что привнесенное временное облегчение состояния за счет изменения модальности тягостного чувства несет за собой ряд негативных последствий, ощущаемых индивидом со временем. Так, молодые люди, склонные к НССП, демонстрируют повышенную чувствительность и предпочтение немедленных вознаграждений, в сравнении с другими возрастными группами (Jiang et al., 2025).

Из этого следует, что для закрепления НССП необходимо снижение способности к долгосрочному планированию, что одновременно с ригидностью когнитивных схем препятствует возможности смены дезадаптивной копинг-стратегии на более зрелые механизмы совладания (Сагалакова и др., 2016). Так, у пациентов с депрессией и НССП наблюдаются более низкие показатели в тестах на вербальную беглость и меньшая активизация лобных отделов, что связано с увеличением частоты НССП (Peng et al., 2024).

Таким образом, исследование соотношения когнитивных особенностей и несуицидальных самоповреждений у пациентов с психическими расстройствами представляет собой важную научно-практическую задачу с точки зрения прогнозирования факторов риска при формировании и закреплении НССП, а также создания превентивных и терапевтических мер, развития научных представлений о психологических механизмах НССП.

1.5.5. Несуицидальные самоповреждения и восприятие боли

Восприятие боли – это сложный и многофакторный процесс, который включает в себя как физиологические, так и психологические аспекты. Данное

индивидуальное переживание зависит от биологических, генетических, гендерных, культурных, социальных и личностных факторов (Бехтерев, 1991; Холмогорова, 2002).

В последние десятилетия в исследованиях всё больше акцентируется внимание на том, как психологические факторы влияют на восприятие и переживание боли (Табеева, 2013). Эта проблема становится особенно актуальной в контексте несуицидальных самоповреждений, тесно связанных как с хроническим болевым синдромом, так и с аффективными состояниями, влияющими на сензитивность восприятия.

Одна из ключевых теорий, описывающая особенности восприятия болевых ощущений, касается множественной модальности боли (Melzack, Wall, 1965). Данная теория была разработана в процессе сопоставления более ранних концепций: теории специфичности и теории паттерна боли, взаимоисключающих друг друга. Центральная идея, лежащая в основе теории множественной модальности боли, заключена в том, что боль воспринимается не только сенсорной модальностью, но и за счет эмоциональных и когнитивных компонентов, имеющих множество взаимосвязанных нейробиологических и психологических механизмов.

Влияние эмоциональной сферы играет важную роль в восприятии боли как у пациентов с аффективными расстройствами, так и у общей популяции. Так, высокий уровень генерализованной тревоги или сниженный фон настроения увеличивают интенсивность восприятия болевых ощущений (Franqueiro et al., 2023).

Ряд исследований также фокусируются на аналогичном воздействии хронического стресса (Gerdle et al., 2023). Для пациентов с аффективными расстройствами характерна более высокая чувствительность к физической боли, что выражается как в сензитивности, так и в интенсивности (Dickens et al., 2003). В научной литературе существуют противоположные данные, указывающие на отсутствие связи между чувствительностью к боли, аффективными расстройствами и НССП (Kao et al., 2024).

Катастрофизация боли, особенно руминация усиления боли, может приводить как к усилению чувствительности к болезненным ощущениям, так и к увеличенному риску инвалидности (Sullivan et al., 1998). Данная связь прослеживается как у пациентов с аффективными расстройствами, так и у условно здоровых лиц.

Кроме того, на восприятие боли также влияет социальный компонент, однако это влияние не является однозначным. Так, по данным некоторых исследований, вызванное болью возбуждение становится меньше при присутствии другого человека, однако восприятие степени боли не изменяется. Мимическое выражение болевых ощущений увеличивается в случае присутствия близкого человека, а при взаимодействии с романтическим партнером (вербально или тактильно) производит значимый обезболивающий эффект (Che et al., 2018).

Взаимосвязь процесса восприятия боли и аффективных расстройств является сложноорганизованной, так как они оба являются фактором риска друг для друга.

Однако, если снижение способности переносить боль и усиление сензитивности и интенсивности её восприятия при тревожных расстройствах подтверждается во многих исследованиях, то о связи с депрессивными состояниями информация противоречивая: отмечается как снижение болевого порога, так и его повышение. При этом, ухудшение регуляции настроения при острой боли считается достаточно подтвержденным (Michaelides, Zis, 2019).

Разделение болевых ощущений на «физические» и «психические» представляется необходимым для полноценного понимания влияния данного феномена на течение аффективных расстройств, особенно в контексте НССП. Концепция суицидального поведения, предложенная Шнейдманом, базируется на данном разделении и подразумевает суицидальное поведение как способ ухода от «душевной» боли (Шнейдман, 2001). Данный мотив часто прослеживается в картине НССП. Пациенты выделяют субъективный мотив «выражение душевной боли через физическую» как один из основных.

Феномен «модуляции боли» также изучается в контексте аффективных расстройств. В некоторых исследованиях было показано, что у пациентов с депрессией нарушается нормальная способность организма регулировать болевые ощущения.

Другие данные свидетельствуют о том, что депрессивные состояния могут снижать эффективность эндогенной анальгезии, что приводит к усилению болевых переживаний (Campbell et al., 2003).

Особенности восприятия боли у людей с аффективными расстройствами и неоднородность имеющейся на данный момент информации указывают на важность более полного понимания и учета психологических аспектов в клинической практике. Аффективные расстройства могут не только усилить болевые ощущения, но и изменять ответ организма на боль, влияя на качество жизни пациентов.

1.6. Клинико-психологическая схема формирования и закрепления несуицидальных самоповреждений в структуре юношеских депрессий

Таким образом, на основании существующих исследований нам представляется наиболее адекватной следующая схема комплексного изучения НССП с целью полноценного понимания их структуры (рисунок 2).

В предлагаемой нами клинико-психологической схеме возникновения и закрепления НССП представлено три группы факторов:

1. Предрасполагающие, включающие в себя сниженный или неустойчивый аффективный фон, особенности юношеского возраста (неустойчивость представлений о себе и мире, демонстративность, повышенная сензитивность, максимализм, динамический процесс трансформации личности в психологическом и физиологическом аспектах), гендерный фактор (женский пол ассоциирован с увеличением вероятности НССП, мужской пол – с потенциальным возрастанием степени тяжести), конфликтные семейные взаимоотношения, особенности воспитания (ненадежный тип привязанности, запрет на выражение

эмоций), а также ситуативные (актуальное негативное эмоциональное переживание) и социальные (чувство «брошенности», восприятие себя обузой).

2. Обостряющие риск негативное интенсивное эмоциональное переживание с убеждением о непереносимости этого состояния, предвосхищающие убеждения (НССП может быть способом совладания), дефицит саморегуляции (повышенная импульсивность) и планирования (затруднение оценки последствий), наличие разрешающих и отсутствие запрещающих мыслей о возможности совершения НССП, особенности отношения к боли (сниженный страх и болевой порог), чувство «брошенности» и восприятие себя обузой.

3. Факторы поведенческого закрепления НССП включают в себя: наступающие после акта НССП эмоциональное облегчение и изменение физиологического состояния, переключение внимания с негативных эмоциональных переживаний, привнесение иллюзорного чувства контроля, оказываемое на других людей манипулятивное воздействие, символизация (значение) депрессии, НССП может нести в себе функцию запроса о помощи и поддержке или быть методом поиска решения проблемных ситуаций.

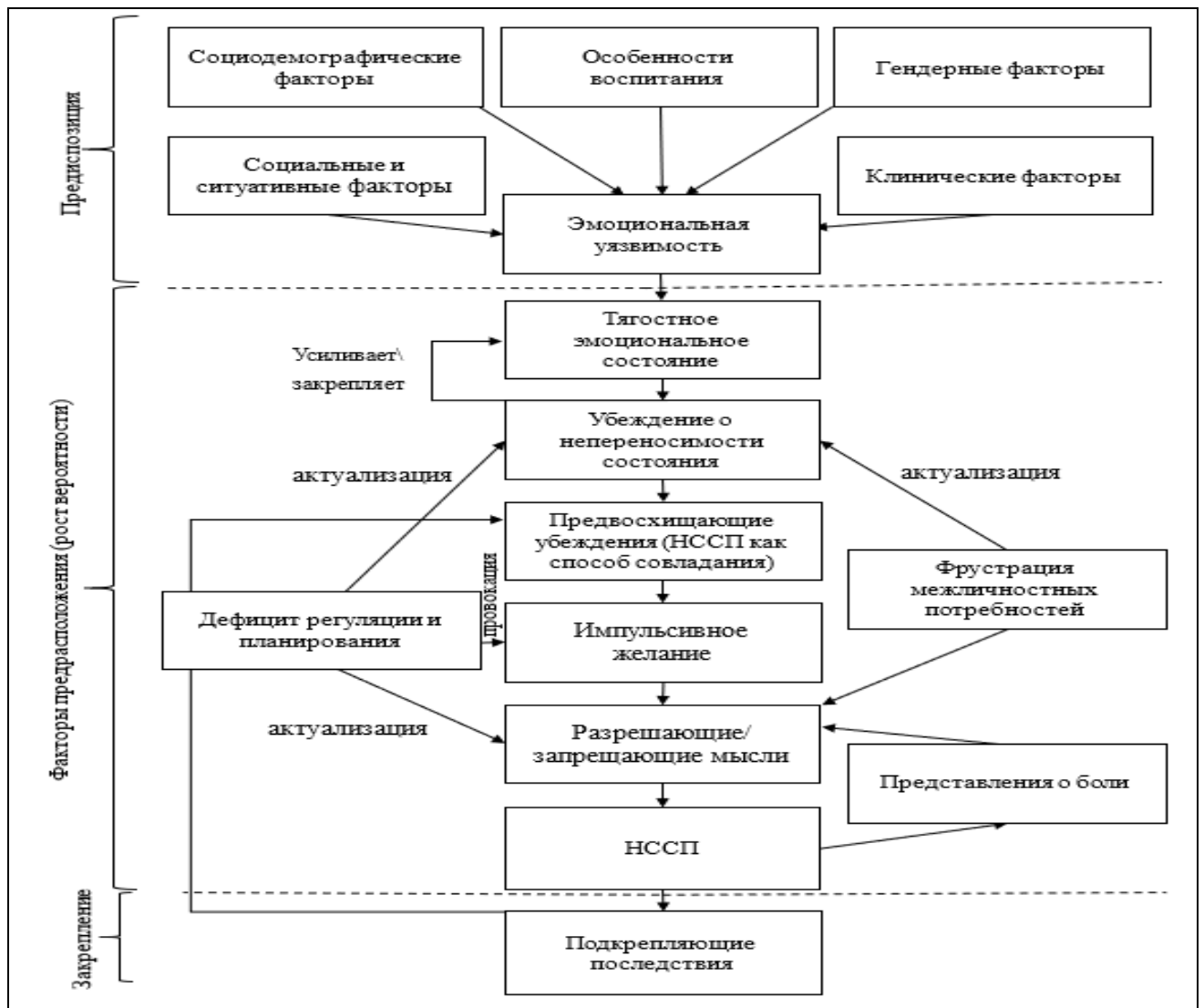


Рисунок 2 - Клинико-психологическая схема формирования и закрепления НССП в структуре юношеской депрессии

Примечание:

- > Взаимодействие факторов при формировании и закреплении НССП
- Разделение этапов формирования и закрепления НССП

Важным для данной работы выступает предположение, выдвинутое в рамках когнитивно-поведенческого подхода, однако получившее лишь теоретическое обоснование, что НССП представляет собой дисфункциональную стратегию **совладания** с субъективно непереносимым эмоциональным состоянием. Последнее в дальнейшем может получать **подкрепление** (рисунок 3) благодаря резкому изменению физиологического состояния (которое сопряжено с изменением эмоционального состояния) и переключению внимания, переживанию эмоционального облегчения (включающее физиологический компонент – соответствующую активацию гормональной системы).



Рисунок 3 - Подкрепляющие НССП последствия

Субъективно непереносимое эмоциональное состояние может получить также подкрепление благодаря иллюзорному чувству контроля (самостоятельно себе причиняемая боль), представлению о том, что неразрешимая проблема имеет решение, будет «восстановлена справедливость» или НССП повлияют требуемым образом на других. Подкреплению может способствовать также и символизация своей болезни (поскольку является внешним выражением проблемы как имеющей явное материальное выражение), получение признания, помощи, поддержки и сочувствия косвенным (т.е. более легким) способом от других людей.

Говоря метафорически, НССП выступает для пациента не проблемой, а средством для решения другой проблемы – совладания с эмоциональными переживаниями, которые субъективно воспринимаются как непереносимые.

Таким образом, триггером НССП выступает негативное интенсивное эмоциональное состояние пациента («душевная боль» в терминах Т. Joiner), при котором такое поведение воспринимается как «лучшая» стратегия совладания. Частота, выраженность и вероятность этого состояния определяется общей

эмоциональной уязвимостью, выступающей предпосылкой дальнейшего развития НССП у пациентов. Следует отметить, что теоретически острое эмоциональное состояние, которое спровоцирует НССП, может возникать и в отсутствие эмоциональной уязвимости. В таком случае хотя и срабатывают те же механизмы, но негативное интенсивное эмоциональное состояние проявляется лишь в единичных случаях.

Эмоциональная уязвимость определяется совокупностью факторов: клиническими (в частности, наличием депрессивного состояния), демографическими (пол, возраст), социальными и ситуационными (например, переживанием длительного стресса, актуальным конфликтом и пр.), генетическими, а также особенностями воспитания. Эти факторы создают условия для формирования диспозициональной эмоциональной уязвимости у пациента как предпосылки актуализации острых эмоциональных состояний.

В соответствии с когнитивно-поведенческой моделью, интенсивное негативное эмоциональное состояние («душевная боль» терминах Т. Joiner) сопряжено с актуализацией когнитивных убеждений, усиливающих это состояние и делающих его субъективно непереносимым. Сюда относятся представления о непереносимости этого состояния (например, «это будет непереносимо», «я погибну»), неконтролируемости и катастрофизации («мое состояние выходит из-под контроля», «случится катастрофа», «если я испытываю печаль, она дорастет до полного отчаяния и безнадежности», «это будет длиться вечно»), бессилия («это безвыходно», «я не справлюсь», «я ничего не могу сделать»). Кроме того, на этом этапе могут актуализироваться и другие дисфункциональные представления о мире, себе и людях («моя жизнь бессмысленна», «я одинок», «я ничто», «я никому не нужен»), которые также обостряют эмоциональное состояние.

Это состояние провоцирует предвосхищающие убеждения, которые указывают человеку на способ решения проблемы («мне нужно облегчить свое состояние любой ценой», «я нанесу порезы и станет легче») и приводят к импульсу или сильному желанию совершить поступок.

Поскольку человек, как правило, воспринимает самоповреждающее поведение как проблемное, то осуществление этих действий зависит от актуализации разрешающих или запрещающих мыслей. К разрешающим могут относиться мысли типа: «мне так плохо, подойдет что угодно, что облегчит мою жизнь», «мое тело – мое дело», «зато я врежу себе, а не другим», «зато они поймут, каково мне», «я все равно не заслуживаю того, чтобы жить», «моя жизнь все равно бессмысленна/разрушена». К запрещающим могут относиться мысли о недопустимости этих действий, своих близких, смысле своей жизни, морали, страхе боли и за дальнейший внешний вид (привлекательность) и прочее.

Выводы по главе 1

1. Несмотря на широкую представленность в научной литературе проблематики НССП, на сегодняшний день не существует единой психологической модели формирования и закрепления НССП, или достаточно комплексной и всеобъемлющей концепции, которые объясняли бы все входящие в данный феномен аспекты, а также его механизмы и факторы риска. Данный факт обуславливает важность и актуальность комплексного исследования, направленные на изучение клинико-психологических факторов, связанных с проявлением аутоагрессии в структуре юношеской депрессии.

2. Клинико-психологическая схема НССП при юношеских депрессиях включает в себя следующие факторы: predispositions (демографические, социальные и ситуативные, гендерные, клинические, а также особенности воспитания), которые участвуют в формировании эмоциональной уязвимости; predispositions (интенсивное негативное эмоциональное состояние, убеждения о непереносимости состояния, предвосхищающие убеждения, импульсивное желание, разрешающие и запрещающие мысли, дефицит регуляции и планирования, фрустрация межличностных потребностей, субъективные компоненты боли, которые увеличивают вероятность НССП); закрепление (подкрепляющие последствия: резкое изменение физиологического состояния и переключение внимания, эмоциональное облегчение, иллюзорное чувство контроля, представление о том, что неразрешимая проблема имеет решение, влияние на других, символизация своей болезни, получение признания, помощи, поддержки и сочувствия косвенным способом от других).

3. Существующие исследования позволяют предположить, что дефицит регуляторных функций и планирования способствует актуализации убеждений о непереносимости негативного интенсивного эмоционального состояния, затрудняет актуализацию запрещающих мыслей и повышает вероятность импульсивного поведения.

4. Фрустрация межличностных потребностей способствует актуализации убеждений о беспомощности, одиночестве и ненужности, а также препятствуют актуализации запрещающих мыслей («никому не важно мое поведение»). Низкий страх физической боли, который усиливается в результате НССП, дополнительно «разрешает» переход к аутоагрессивным действиям.

5. Допустимо предположить, что НССП может быть рассмотрено в качестве дисфункциональной стратегии совладания с субъективно непереносимой «душевной болью». Поведение в этом случае получает подкрепление через быстрое изменение физиологического состояния, переключение внимания, чувство облегчения, иллюзорный контроль и получение внимания или помощи от других. Триггером НССП становится тягостное эмоциональное переживание; частота и выраженность таких состояний зависят от эмоциональной уязвимости, сформированной клиническими, социодемографическими, социальными и генетическими факторами, а также факторами воспитания. В состоянии «душевной боли» усиливаются катастрофизирующие идеи, мысли об обречённости и другие размышления депрессивного характера, которые на определенном этапе становятся субъективно непереносимыми, что может породить стремление к самоповреждению. Решение действовать зависит от баланса разрешающих (например, «мне станет легче») и запрещающих мыслей (страх боли, моральные запреты, забота о внешности или близких людях).

Глава 2. Постановка проблемы исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

2.1. Подход к проблеме исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

Для определения роли НССП в структуре юношеской депрессии и обобщения его психологических аспектов возможно рассмотрение данного феномена в контексте анализа внутренней картины болезни (ВКБ). Как известно, концепция ВКБ (Николаева, 1987; Николаева, Арина, 1998; Тхостов, 2002) предполагает выделение всех четырех компонентов ВКБ: сензитивного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного. «Чувственная ткань» депрессии может быть представлена как характеризующаяся общим неблагоприятным изменением самочувствия («недомогание») и не имеющая четких проявлений. Допустимо предположить, что НССП и возникающая при этом боль могут способствовать «дистраиванию» ВКБ, структурируя её «чувственную ткань». Наличие НССП у пациента «означивает» больному и окружающим его людям степень значимости проблемы, выполняя функции «призыва о помощи».

Кроме того, в процессе возникновения и закрепления НССП значимую роль играет его культуральный образ, по сути дела миф, транслируемый средствами массовой информации и существующий в молодежной среде. В социальных представлениях не только «драматизируется», но и «романтизируется» НССП, задавая представления о том, что нанесение самоповреждений эффективно и приемлемо для снятия эмоционального напряжения и уменьшения переживания «душевной боли».

Кроме того, выстраивается специфическая ассоциированность НССП с депрессией: если индивид испытывает страдания, сталкивается с тяжелыми

кризисными переживаниями, он зачастую выражает это, нанося самоповреждения.

Допустимо предположить, что когда субъект не обладает достаточным количеством психологических ресурсов для совладания с интенсивным аффектом, он может прибегать к воздействию на тело как на наиболее доступный материальный объект. Это может быть объяснимо исходя из следующих предположений. Во-первых, внешняя агрессия является социально неодобряемым явлением. Во-вторых, выражая свою агрессию вовне, человек всегда рискует столкнуться с ответной агрессией другого лица. В-третьих, при направлении агрессии на самого себя, субъект не сталкивается с ограничениями, касающимися негативной стигматизации агрессивного поведения («я злой»; «я плохой человек» и т.п.), которая в случае направления агрессии на другого была бы неизбежна. И, наконец, в-четвертых. Тело человека оказывается вовлеченным в процесс отреагирования эмоций еще на этапе их возникновения в силу «двойственной» специфики эмоций как психической функции: они возникают по психологическим причинам, но всегда имеют телесное выражение (Cannon, 1925). Именно поэтому тело способно становится тем внешним «полем», где возможно создавать и размещать знаки, позволяющие «опредметить» невыносимую «душевную боль», переведя её из психического плана в физический, который легче представлять и контролировать. То, что субъект прибегает к подобному способу «опредмечивания» и управления эмоциями, лишний раз подтверждает факт сложности регуляции эмоций как психической функции и сигнализирует о трудностях в интериоризации адаптивных и социально-приемлемых способов управления эмоциями у пациентов с юношеской депрессией.

При интерпретации с позиций теории деятельности А.Н. Леонтьева (Леонтьев, 1959), самоповреждение может быть рассмотрено действия в структуре деятельности, направленной на решение задачи по купированию аффекта и снятию эмоционального напряжения. Если такое действие приносит временное облегчение, оно может фиксироваться в индивидуальном опыте субъекта,

приобретая личностный смысл «спасительного» акта, что может приводить к формированию устойчивого, хотя и деструктивного паттерна поведения.

С этих позиций, закономерным будет в клинико-психологической схеме формирования НССП в структуре юношеской депрессии выделить две группы факторов, роль которых в процессе формирования и закрепления НССП требует пристального изучения:

1. Фрустрация межличностных потребностей, усиливающая убеждения о беспомощности, препятствующая возникновению «запрещающих» мыслей относительно нанесения НССП и приводящих к социальной изоляции, не позволяя при этом обратиться за поддержкой к значимым близким людям.

2. Снижение страха боли, в том числе вследствие продолжительного осуществления НССП, которое может увеличивать вероятность его закрепления и, потенциально, приводить к увеличению частоты и степени тяжести НССП.

Допустимо предположить, что сниженный страх боли и фрустрация межличностных потребностей выполняют различные функции в процессе формирования и закрепления НССП: у пациентов со сниженным страхом боли чаще встречаются разрешающие мысли о предпочтительности НССП как способа совладания с эмоциональным состоянием, у пациентов с восприятием себя как обузы и чувством «брошенности» характерна актуализация убеждений о непереносимости негативного интенсивного эмоционального состояния и разрешающих НССП мыслей. Обозначенные теоретические положения реализовываются в данном диссертационном исследовании.

Таким образом, целью данного исследования стало выявление психологических особенностей пациентов с юношескими депрессиями и несуицидальными самоповреждениями и обоснование «мишеней» оказания психологической помощи этим пациентам.

Объектом исследования являются психологические особенности пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений.

Предметом исследования - представления о боли и признаки фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями и опытом

несуицидальных самоповреждений, в сравнении с пациентами с юношескими депрессиями без несуициальных самоповреждений и со здоровыми лицами.

Исходя из изложенных положений, закономерным будет предположить, что наличие специфических сочетаний представлений о боли и признаков фрустрации межличностных потребностей будет отличать пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений от пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений.

Кроме того, из данной общей гипотезы можно также выделить следующие частные гипотезы:

1. Пациенты юношеского возраста, страдающие депрессиями, будут отличаться от условно здоровых лиц особенностями представлений о боли и наличием таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы.

2. Пациенты юношеского возраста, страдающие депрессиями, сопровождающимися несуицидальными самоповреждениями, могут отличаться от пациентов юношеского возраста с депрессиями без несуицидальных самоповреждений особенностями представлений о боли (парадоксальное сочетание высокого уровня катастрофизации в отношении боли и низкого страха боли) и признаков фрустрации межличностных потребностей (переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы).

3. У пациентов с юношескими депрессиями несуицидальные самоповреждения могут закрепляться в качестве дезадаптивной стратегии совладания с негативными интенсивными эмоциональными переживаниями, что обусловлено специфическим сочетанием меньшего страха боли и таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы.

2.2. Дизайн исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

2.2.1. Методы исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

Выбранная схема проведения исследования включала несколько последовательных этапов: клиническая беседа с целью выявления активных и пассивных жалоб; анализ историй болезни пациентов для оценки анамнестических сведений; экспертная оценка лечащим врачом, обеспечивающая определение нозологической принадлежности депрессивного состояния; дополнительные критерии деления внутри групп (наличие или отсутствие аттенуированной психотической симптоматики, суицидальных попыток).

Исходя из поставленной цели исследования, сформулированы следующие задачи исследования:

1. Выявить качественные особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями, в сравнении с группой здоровых лиц.

2. Выявить качественные особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями, по сравнению с группой пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений и группой здоровых лиц.

3. Выявить особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями с несуицидальными самоповреждениями и без несуицидальных самоповреждений, в зависимости от социодемографических характеристик, от

наличия или отсутствия аттенуированной психотической симптоматики и опыта совершения суицидальных попыток.

4. Проанализировать связи между особенностями представлений о боли и выявленными признаками фрустрации межличностных потребностей в группе пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений, в группе пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений и в группе здоровых лиц.

Исходя из описанного подхода к проблеме изучения фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями, а также для выполнения поставленных эмпирических задач, использованы следующие психодиагностические методики:

1. *«Краткая форма опросника страха боли»* (Fear of Pain Questionary — Short Form, FPQ_SF) (Asmundson, 2008; Sadovnichaja et al., 2021) (текст опросника и ключи для статистической обработки представлены в приложении 1.1.). Инструмент представляет собой укороченную версию опросника FPQ-III и направлен на оценку субъективного страха физической боли. Включает четыре субшкалы: «Страх малой боли», «Страх значительной боли», «Страх боли от инъекций» и «Страх зубной боли». В опроснике приводятся различные по степени выраженности физически травматичные ситуации, такие как порез от бумаги (малая боль), перелом конечностей (значительная боль), мышечная инъекция (боль от инъекций), удаление зуба (зубная боль) и другие. Респондентам предлагается решить, в какой степени для них было бы страшно столкнуться с подобными переживаниями. Ответы даются по пятибалльной шкале Лайкерта от 1 («Совсем не страшно») до 5 («Экстремально страшно»). Структура опросника позволяет подсчет общего балла. Альфа Кронбаха в данном исследовании 0,73-0,84.

2. *«Шкала катастрофизации боли»* (The Pain Catastrophizing Scale, PCS) (Sullivan et al., 1995; Радчикова и др., 2020) (текст опросника и ключи для статистической обработки представлены в приложении 1.2.). Оценивает

склонность рассматривать последствия физической боли как чрезмерные, опасные и катастрофичные. Респонденту предлагается, опираясь на свои представления о моменте, когда он испытывал физическую боль, оценить 13 утверждений по пятибалльной системе (0- совсем нет; 4 – постоянно), описывающих разные чувства и мысли, которые могут возникать при физической боли. Инструмент имеет три субшкалы: «Руминации по поводу боли» (отображает субъективно оцененную степень к навязчивым мыслям по поводу переживаемой физической боли), «Тревога в связи с возможным усилением боли» (отображает субъективно оцениваемую степень возрастания тревоги по поводу усиления физической боли) и «Беспомощность перед болью» (отображает выраженность субъективных представлений о собственном бессилии в совладании с физической болью). Структура опросника позволяет подсчет общего балла. Альфа Кронбаха в данном исследовании 0,61-0,88.

3. *«Опросник межличностных потребностей»* (Interpersonal Needs Questionnaire, INQ) (Van Orden et al., 2012) (текст опросника и ключи для статистической обработки представлены в приложении 1.3.). Инструмент предназначен для оценки степени фрустрации межличностных потребностей, имеет две субшкалы: «Восприятие себя как обузы» и «Чувство брошенности». Респондентам требуется оценить степень своего согласия с предложенными утверждениями исходя из актуальных («В последнее время...») субъективных представлений, ответы даются по семибалльной шкале от 1 («совсем не верно») до 7 («совершенно верно»). Субшкала «Восприятие себя как обузы» отображает представления о собственной ненужности и бесполезности для общества и других людей, а «Чувство брошенности» отображает степень нарушения связи и чувства сопричастности с другими людьми. Методика адаптирована и апробирована на русскоязычной выборке (Меньшикова и др., 2016). Альфа Кронбаха составила 0,94 для шкалы восприятия себя как обузы и 0,85 для шкалы чувства «брошенности».

4. *«Шкала интолерантности к дискомфорту»* (Discomfort Intolerance Scale, DIS) (Schmidt et.al., 2006) (текст опросника и ключи для статистической

обработки представлены в приложении 1.4.). Оценивает субъективную переносимость физического дискомфорта и включает две субшкалы: «Избегание дискомфорта» и «Интолерантность к дискомфорту». Инструмент состоит из пяти утверждений, касающихся переживания физической боли, респонденту требуется оценить в какой степени каждое утверждение соотносится с его собственными (от 0 – «Совсем на меня не похоже» до 6 – «Очень на меня похоже»). Субшкала «Интолерантность к дискомфорту» отображает субъективное представление респондента о его собственной чувствительности к физической боли и дискомфорту, а «Избегание дискомфорта» отображает субъективные представления о стремлении респондента избегать связанных с физической болью и дискомфортом переживаний. Структура опросника позволяет подсчет общего балла. Методика была пилотажно апробирована на выборке подростков (Sadovnichaja et al., 2021). Альфа Кронбаха в данном исследовании 0,66 для шкалы «Интолерантность к дискомфорту» и 0,61 для шкалы «Избегание дискомфорта».

5. *«Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия»* (АДПН) (Rasskazova, Sadovnichaja, 2022) (текст опросника и ключи для статистической обработки представлены в приложении 1.5.). Разработана для исследования Е.Г. Деменко (Деменко и др., 2018) как скрининговый инструмент диагностики самооценки признаков субъективного неблагополучия и девиантного поведения у лиц юношеского возраста, включающий пять субшкал: «Агрессивное поведение», «Тревожные и навязчивые мысли», «Эпизодическое употребление психоактивных веществ (ПАВ)» (данная субшкала дополнительно разделяется на «Эпизодическое употребление только алкоголя» и «Эпизодическое употребление только наркотиков»), «Декларируемая потребность в психологической помощи», «Суицидальные мысли». Ответы даются по четырехбальной шкале от 1 «Совершенно не согласен» до 4 «Совершенно согласен». Каждая из субшкал отображает представление респондента о специфике его самочувствия и модальности жалоб: «Агрессивное поведение» отображает признаваемую склонность к агрессивным действиям в отношении других людей, «Тревожные и

навязчивые мысли» наличие субъективно признаваемых психопатологических когний, связанных с тревогой, «Эпизодическое употребление психоактивных веществ (ПАВ)» отображает субъективно признаваемый опыт употребления ПАВ и связанные с ним проблемы, ее дополнительное разделение на субшкалы «Эпизодическое употребление только алкоголя» и «Эпизодическое употребление только наркотиков» позволяет оценить эти факторы в преломлении двух различных аддикций, «Декларируемая потребность в психологической помощи» отображает стремление респонденты искать помощи в связи со своим состоянием у специалистов из области ментального здоровья, «Суицидальные мысли» отображают наличие и готовность признавать антивитаальные переживания и размышления. Альфа Кронбаха в данном исследовании 0,72-0,91.

Лечащим врачом, заведующим отделением и врачом приемного покоя заполнялась методика:

6. *«Оценка врачом степени тяжести несуицидального самоповреждения»* (Clinician-rated severity of nonsuicidal self-injury) (American Psychiatric Association, 2013). Данный инструмент рекомендован Департаментом здравоохранения города Москвы как метод оценки степени тяжести НССП (Аведисова и др., 2019), заполняется специалистом, учитываются проявления за последние 12 месяцев. Шкала имеет 5 градаций: 0 – НССП отсутствует или сомнительно (менее 3 эпизодов, не установлено стремление к возобновлению НССП); 1 - подпороговая степень тяжести (НССП совершалось в диапазоне от 2 до 4 отдельных актов за 12 месяцев, или реже, но с установленным стремлением к продолжению); 2 - легкая степень тяжести (НССП совершалось в диапазоне от 5 до 7 отдельных актов за 12 месяцев, медицинского вмешательства (за исключением косметологического) не требовалось); 3 – средняя степень тяжести (НССП совершалось в диапазоне от 8 до 11 отдельных актов за 12 месяцев одним методом и не требовало хирургического вмешательства, или НССП совершалось различными методами в диапазоне от 5 до 7 отдельных актов за 12 месяцев); 4 – тяжелая степень (хоть один акт НССП потребовал хирургического лечения (исключая косметологическое), или НССП совершалось в диапазоне от 12 и более

отдельных актов за 12 месяцев одним методом, или в диапазоне от 8 и более отдельных актов при использовании более одного метода).

Респонденты контрольной группы заполняли методику:

7. «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) была разработана как инструмент оценки и дифференциальной диагностики клинически значимой тревоги и депрессии (Zigmond, Snaith, 1983), валидизирована и адаптирована для русскоязычной популяции (Бевз, 1999). Имеет две субшкалы: «Депрессия» (7 вопросов, шкала, в первую очередь, направлена на оценку ангедонии) и «Тревога» (7 вопросов, направленных на оценку генерализованной тревоги и панических состояний). Данный инструмент использовался как критерий исключения из контрольной группы: респонденты, набравшие более 7 баллов по одной из шкал, были исключены из исследования.

Лечащим врачом определялись наличие и нозологическая принадлежность психического расстройства в соответствии с классификацией МКБ-10, наличие аттенуированной психотической симптоматики, а также осуществлялась дифференциация суицидального поведения от иных вариантов аутоагрессии.

Статистический анализ данных.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica, версия 12.6. Для статистического сравнения 2-х независимых выборок использовался U-критерий Манна-Уитни (в случае неравенства дисперсий) или t-критерий Стьюдента (в случае однородности дисперсий). Для сравнения трёх групп применялся двухфакторный дисперсионный анализ при контроле возраста с апостериорным тестом Шеффе. Для сравнения номинативных переменных использовался критерий Хи-квадрат Пирсона. Для оценки связи анализируемых параметров использовался корреляционный анализ Спирмена.

2.2.2. Описание выборки исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

Всего обследован 351 респондент в возрасте от 16 до 25 лет (239 женщин, 112 мужчин; средний возраст $20,36 \pm 2,9$). Среди них 224 пациента (158 женщин, 66 мужчин; средний возраст $20,2 \pm 3,11$) и 127 (40 женщин, 36 мужчин; средний возраст $20,7 \pm 2,51$) условно здоровых испытуемых.

Нозологическое распределение пациентов (рисунок 4):

- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии; биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.3-4) диагностировано у 70 пациентов (пациенты с депрессией в целом; 31,25%).
- Циклотимия (F34.0) диагностирована у 44 пациентов (пациенты с депрессией в целом; 19,64%).
- Шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-4+F31.3-4) диагностировано у 49 пациентов (пациенты с депрессией в целом; 21,87%).
- Специфические расстройства личности с биполярными аффективными нарушениями, текущим эпизодом легкой/умеренной депрессии или тяжелой депрессии без психотических симптомов, кроме эмоционально неустойчивого расстройства личности пограничного типа (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4) диагностировано у 61 пациента (пациенты с депрессией в целом; 27,23%).



Рисунок 4. Нозологическое распределение пациентов с депрессией в целом

Респонденты были разделены на три группы:

1. Основная клиническая группа: 148 пациентов (118 женского пола, 30 мужского пола, средний возраст $19,4 \pm 2,76$) с несуицидальными самоповреждениями при депрессивных состояниях следующей нозологической принадлежности (рисунок 5):

- F31.3-4: 45 пациентов (30,4%), из них 36 женщины (30,5% от пациенток с НССП) и 9 мужчины (30% от пациентов с НССП);
- F34.0: 26 пациентов (17,56%), из них женщин 20 (16,94% от пациенток с НССП) и 6 мужчин (20% от пациентов с НССП);
- F21.3-4+F31.3-4: 35 пациентов (23,64%) из них 28 женщин (23,72% от пациенток с НССП) и 7 мужчин (23,33% от пациентов с НССП);

- F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4: 42 пациента (28,37%) 34 женщины (28,81% от пациенток с НССП) и 8 мужчин (26,66% от пациентов с НССП).

Таким образом, биполярное течение аффективных расстройств наблюдалось у всех обследованных больных, монополярного течения аффективного заболевания с формированием исключительно депрессивных фаз (рекуррентное депрессивное расстройство по МКБ-10) в нашем исследовании не выявлено, что, по-видимому, отражает возрастные особенности исследованной когорты.



Рисунок 5. Нозологическое распределение пациентов с юношеской депрессией и НССП

2. Клиническая группа сравнения: 76 пациентов (40 женского пола, 36 мужского, средний возраст $21,6 \pm 3,25$) без НССП в картине депрессивного состояния, следующей нозологической принадлежности (рисунок 6):

- F31.3-4: 25 пациентов (32,89%), из них 14 женщины (35% от пациенток без НССП) и 11 мужчины (30,55% от пациентов без НССП);
- F34.0: 18 пациентов (23,68%), из них 9 женщин (22,5% от пациенток без НССП) и 9 мужчин (25% от пациентов без НССП);
- F21.3-4+F31.3-4: 14 пациентов (18,42%) из них 7 женщин (17,5% от пациенток без НССП) и 7 мужчин (19,44% от пациентов без НССП);
- F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4: 19 пациентов (25%) 10 женщины (25% от пациенток без НССП) и 9 мужчин (25% от пациентов без НССП).



Рисунок 6. Нозологическое распределение пациентов с юношеской депрессией без НССП

Группы пациентов с НССП и без НССП не различались по нозологической специфичности: биполярного аффективного расстройства, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии; биполярного аффективного расстройства,

текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.3-4) (Хи-квадрат=0,05; $p>0,05$), циклотимии (F34.0) (Хи-квадрат=0,83; $p>0,05$), шизотипического расстройства с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-4+F31.3-4) (Хи-квадрат=0; $p>0,05$), специфического расстройства личности с биполярными аффективными нарушениями, текущим эпизодом легкой/умеренной депрессии или тяжелой депрессии без психотических симптомов (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4) (Хи-квадрат=0,14; $p>0,05$).

Мужчины и женщины в группах пациентов с и без НССП не отличались по нозологической специфичности: биполярного аффективного расстройства, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии; биполярного аффективного расстройства, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.3-4) (Хи-квадрат=0,00; $p>0,05$), циклотимии (F34.0) (Хи-квадрат=0,32; $p>0,05$), шизотипического расстройства с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-4+F31.3-4) (Хи-квадрат=0,05; $p>0,05$), специфического расстройства личности с биполярными аффективными нарушениями, текущим эпизодом легкой/умеренной депрессии или тяжелой депрессии без психотических симптомов (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4) (Хи-квадрат=0,02; $p>0,05$).

3. Контрольная группа: 127 здоровых респондентов (81 женского пола, 46 мужского, средний возраст $20,71 \pm 2,51$) без диагностированных психических расстройств, без НССП и суицидальных попыток.

Гендерное распределение респондентов в исследуемых группах проиллюстрировано на рисунке 7.

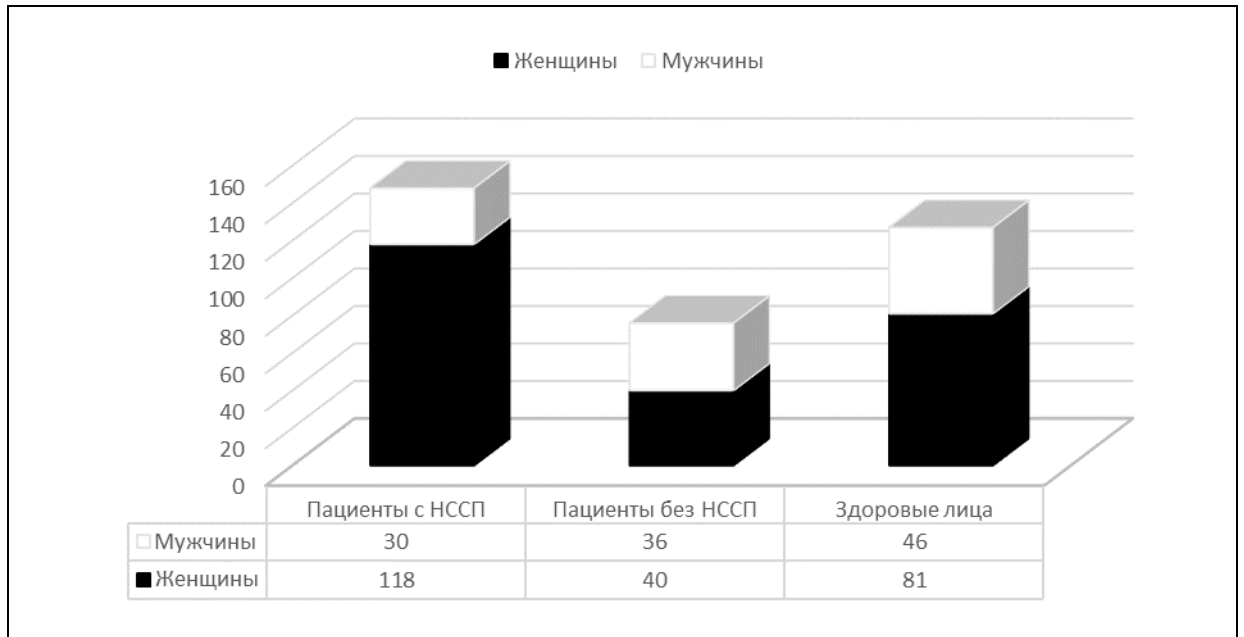


Рисунок 7 - Гендерное распределение респондентов в группах

Группы пациентов без НССП и здоровых лиц сопоставимы по количеству мужчин и женщин (Хи-квадрат=1,41; $p>0,05$). В тоже время, в группе пациентов с НССП мужчин значительно меньше, по сравнению с женщинами, чем в группе пациентов без НССП (Хи-квадрат=16,5; $p<0,001$), что отражает реальную картину гендерной специфичности эпидемиологии НССП.

Все пациенты проходили стационарное лечение во втором (Отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств), третьем (Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний) и четвертом (Отдел юношеской психиатрии) клинических отделениях ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

У 82 респондентов (36,77%) клинических групп (пациенты с юношеской депрессией в целом) в анамнезе имелась одна или более суицидальная попытка (рисунок 8).



Рисунок 8 - Количество респондентов с суицидальными попытками в клинических группах

В группе пациентов с НССП суицидальная попытка была у 73 респондентов (49,32%): 59 респондентов-женщин (50% от всех пациенток с НССП) и 14 мужчин (46,66% от всех пациентов с НССП). Среди пациентов без НССП суицидальные попытки встречались значительно реже: 9 респондентов (11,84%), 7 респондентов-женщин (17,5% от всех пациенток без НССП) и 2 мужчин (5,55% от всех пациентов без НССП) (рисунок 9).

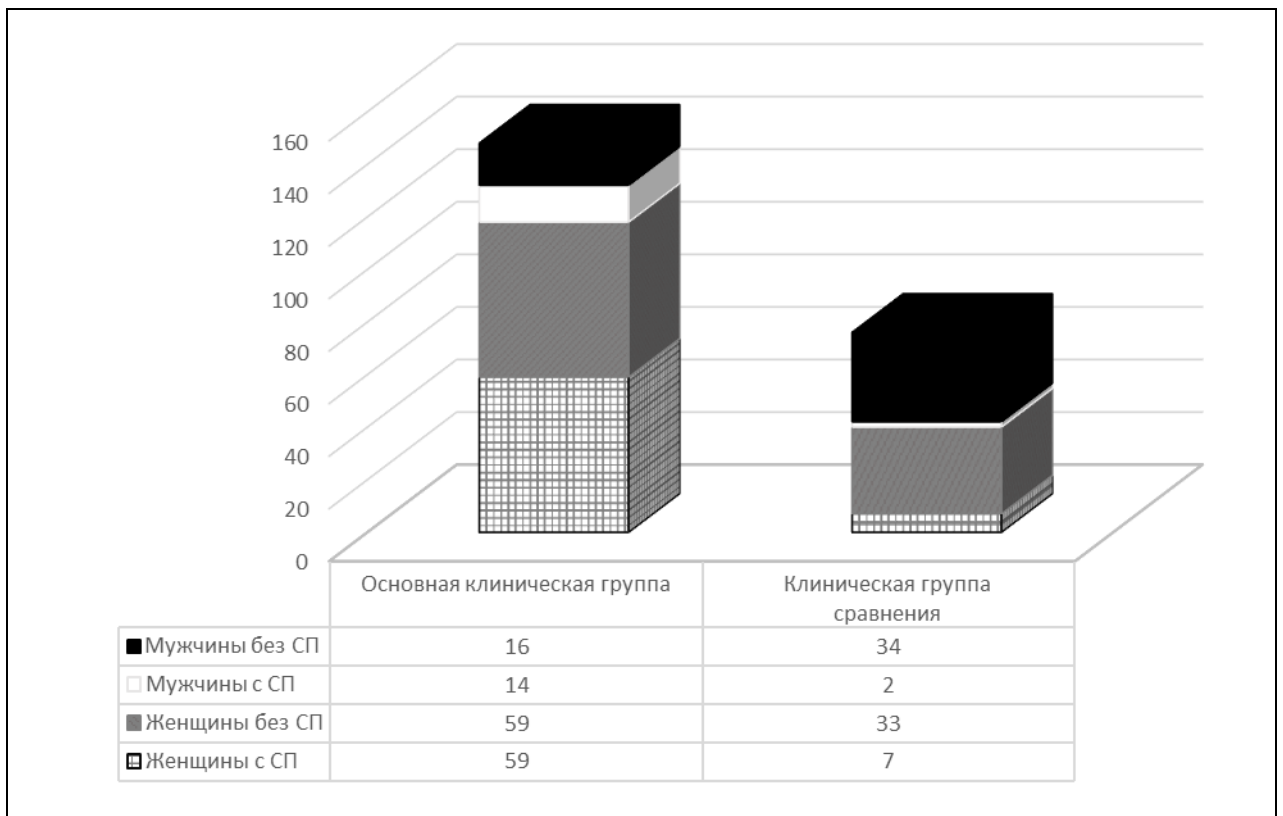


Рисунок 9 - Количество респондентов с суицидальными попытками среди мужчин и женщин в клинических группах

Среди пациентов с НССП значительно чаще встречались пациенты с суицидальными попытками в анамнезе, нежели в группе пациентов без НССП (Хи-квадрат=28,81; $p < 0,001$). Если рассматривать пациентов с юношеской депрессией в целом, то женщины чаще мужчин совершали суицидальные попытки (Хи-квадрат=5,43; $p < 0,05$). Однако, ни среди пациентов с НССП (Хи-квадрат=0,01; $p > 0,05$), ни среди пациентов без НССП (Хи-квадрат=1,57; $p > 0,05$) в отдельности пол не связан с частотой встречаемости суицидальных попыток.

Аттенуированная психотическая симптоматика выявлена у 140 пациентов с юношеской депрессией в целом (пациенты с депрессией в целом; 62,5%). Среди пациентов с НССП 94 респондента (63,51%): 72 респондента-женщины (61% от всех пациенток с НССП) и 22 мужчины (73,33% от всех пациентов с НССП). Среди пациентов без НССП АПС выявлена у 46 респондентов (60,52%): 28 респондентов-женщин (70% от всех пациенток без НССП) и 18 мужчин (50% от всех пациентов без НССП). Значимых различий по частоте встречаемости АПС в группах пациентов с НССП и без НССП не выявлено (Хи-квадрат=0,08; $p > 0,05$).

Мужчины и женщины не различаются по частоте встречаемости АПС ни среди пациентов с юношеской депрессией в целом (Хи-квадрат=0,05; $p>0,05$), ни в группах пациентов с НССП (Хи-квадрат=1,08; $p>0,05$) и без НССП (Хи-квадрат=2,39; $p>0,05$) в отдельности.

Критерии включения для обеих клинических групп: пациенты обоего пола в возрасте от 16 до 25 лет с диагностированным депрессивным состоянием различной нозологической принадлежности (биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3); биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.4); циклотимия (F34.0); шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-F.21.4+F31.3-F31.4); специфические расстройства личности с биполярными аффективными нарушениями, текущим эпизодом легкой/умеренной депрессии или тяжелой депрессии без психотических симптомов, кроме эмоционально неустойчивого расстройства личности пограничного типа (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4).

Критерии исключения: наличие на момент обследования острой психотической симптоматики, органической патологии центральной нервной системы, тяжелых хронических соматических заболеваний, алкоголизма и зависимостей от психоактивных веществ, умственной отсталости.

Критерии, исходя из которых устанавливалось наличие НССП, представлены в DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Глава 3. Эмпирическое исследование фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

Данное исследование проводилось с использованием диагностического комплекса, психометрические инструменты: «Опросник межличностных потребностей» (Interpersonal Needs Questionnaire, INQ) (Van Orden, et al., 2012; Меньшикова и др., 2016), «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия» (Рассказова, Садовнича, 2023), «Краткая форма опросника страха боли» (Fear of Pain Questionary — Short Form, FPQ_SF) (Asmundson et al., 2008; Sadovnichaja, Rasskazova, Tkhostov, 2021), «Шкала интолерантности к дискомфорту» (Discomfort Intolerance Scale, DIS) (Schmidt, Richey, Fitzpatrick, 2006; Sadovnichaja, Rasskazova, Tkhostov, 2021) «Шкала катастрофизации боли» (The Pain Catastrophizing Scale, PCS) (Sullivan, Bishop, Pivik, 1995; Радчикова и др., 2020). Для оценки соответствия критериям исключения, респондентами контрольной группы заполнялась «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond, Snaith, 1983; Бевз, 1999). Специалисты заполняли опросник «Оценка врачом степени тяжести несуицидального самоповреждения» (Clinician-rated severity of nonsuicidal self-injury) (American Psychiatric Association, 2013; Аведисова и др., 2019).

3.1. Результаты исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

В данном разделе нами последовательно рассмотрены результаты исследования: особенностей межличностных потребностей и представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями; гендерных и возрастных факторов фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли

и о своём самочувствии у пациентов с депрессией и у здоровых лиц; фрустрации межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии в группах пациентов с НССП, без НССП и в группе здоровых лиц; роли аттенуированной психотической симптоматики в выраженности особенностей межличностных потребностей и представлений о боли и о своём самочувствии в группах пациентов с НССП и без НССП; роли опыта совершения суицидальной попытки и степени тяжести НССП в возникновении фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и НССП; связи фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии: сравнение клинических и контрольной групп; специфики межличностных потребностей, представлений о боли и представлений о собственном самочувствии в исследованных группах пациентов с юношеской депрессией и в группе здоровых испытуемых.

3.1.1. Фрустрация межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и у здоровых лиц: сравнительный анализ

В параграфе представлены результаты обследования пациентов с юношеской депрессией в целом (n=224) и здоровых лиц (n=127). Как показывают данные, у пациентов с депрессией, в целом, выявлены значимо более высокие значения по всем субшкалам опросников: «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия» («Агрессивное поведение», «Тревожные и навязчивые мысли», «Употребление психоактивных веществ (ПАВ)», «Употребление только алкоголя», «Употребление только наркотиков», «Декларируемая потребность в психологической помощи», «Суицидальные мысли»); «Шкала катастрофизации боли» («Руминации по поводу боли», «Тревога усиления боли», «Беспомощность перед болью»); «Опросник межличностных

потребностей» («Восприятие себя как обузы», «Чувство брошенности»), по сравнению с группой здоровых лиц (таблица 1).

Таблица 1 - Признаки фрустрации межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с депрессией в целом и в группе здоровых лиц

Параметры оценки	Пациенты с депрессией в целом, n=224	Здоровые лица, n=127	p-значение
	M±SD	M±SD	
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>			
Агрессивное поведение	2,11±1,03	1,56±0,67	p<0,001
Тревожные и навязчивые мысли	2,47±0,75	1,91±0,74	p<0,001
Эпизодическое употребление ПАВ	1,57±0,7	1,26±0,42	p<0,001
Эпизодическое употребление только наркотиков	1,75±1,16	1,31±0,72	p<0,001
Эпизодическое употребление только алкоголя	1,61±0,79	1,34±0,53	p<0,001
Декларируемая потреб. в пси. помощи	2,89±0,74	1,96±0,69	p<0,001
Суицидальные мысли	2,49±1,07	1,65±0,79	p<0,001
<i>Опросник межличностных потребностей</i>			
Восприятие себя как обузы	3,07±1,75	1,4±0,74	p<0,001
Чувство «брошенности»	3,49±1,29	2,5±1,01	p<0,001
<i>Шкала катастрофизации боли</i>			
Руминации по поводу боли	2,09±1,22	1,53±0,99	p<0,001
Беспомощность перед болью	1,76±1,05	1,35±0,93	p<0,001
Тревога усиления боли	1,77±1,02	1,23±0,84	p<0,001
Общий балл катастрофизации боли	1,86±0,97	1,35±0,82	p<0,001
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>			
Страх малой боли	1,61±0,58	1,51±0,53	p>0,05
Страх значительной боли	3,2±0,88	3,27±0,82	p>0,05
Страх боли от инъекций	1,57±0,81	1,52±0,83	p>0,05
Страх зубной боли	2,51±1,01	2,48±0,95	p>0,05
Общий балл страха боли	2,22±0,57	2,18±0,54	p>0,05
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>			
Интолерантность к боли	2,55±1,43	2,35±1,36	p>0,05
Избегание боли	3,18±1,24	2,96±1,29	p>0,05
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	2,87±1,1	2,66±1,11	p>0,05

Как видно из данных в таблице 1, пациенты с депрессией также имеют более выраженные признаки фрустрации межличностных потребностей и

испытывают больший объём негативных переживаний, в сравнении со здоровыми лицами. Страх боли и стремление к избеганию боли не показали значимых отличий от таковых у здоровых лиц.

3.1.2. Гендерные и возрастные факторы фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с депрессией и у здоровых лиц

В параграфе представлены эмпирические данные обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127). Здоровые женщины чаще, чем мужчины, признавали факт наличия склонности к агрессивному поведению ($1,65 \pm 0,67$ и $1,4 \pm 0,6$, соответственно; $p < 0,05$), тревожных и навязчивых мыслей ($2,06 \pm 0,67$ и $1,64 \pm 0,75$, соответственно; $p < 0,01$), декларировали потребность в психологической помощи ($2,06 \pm 0,64$ и $1,79 \pm 0,73$, соответственно; $p < 0,01$) (рисунок 10).

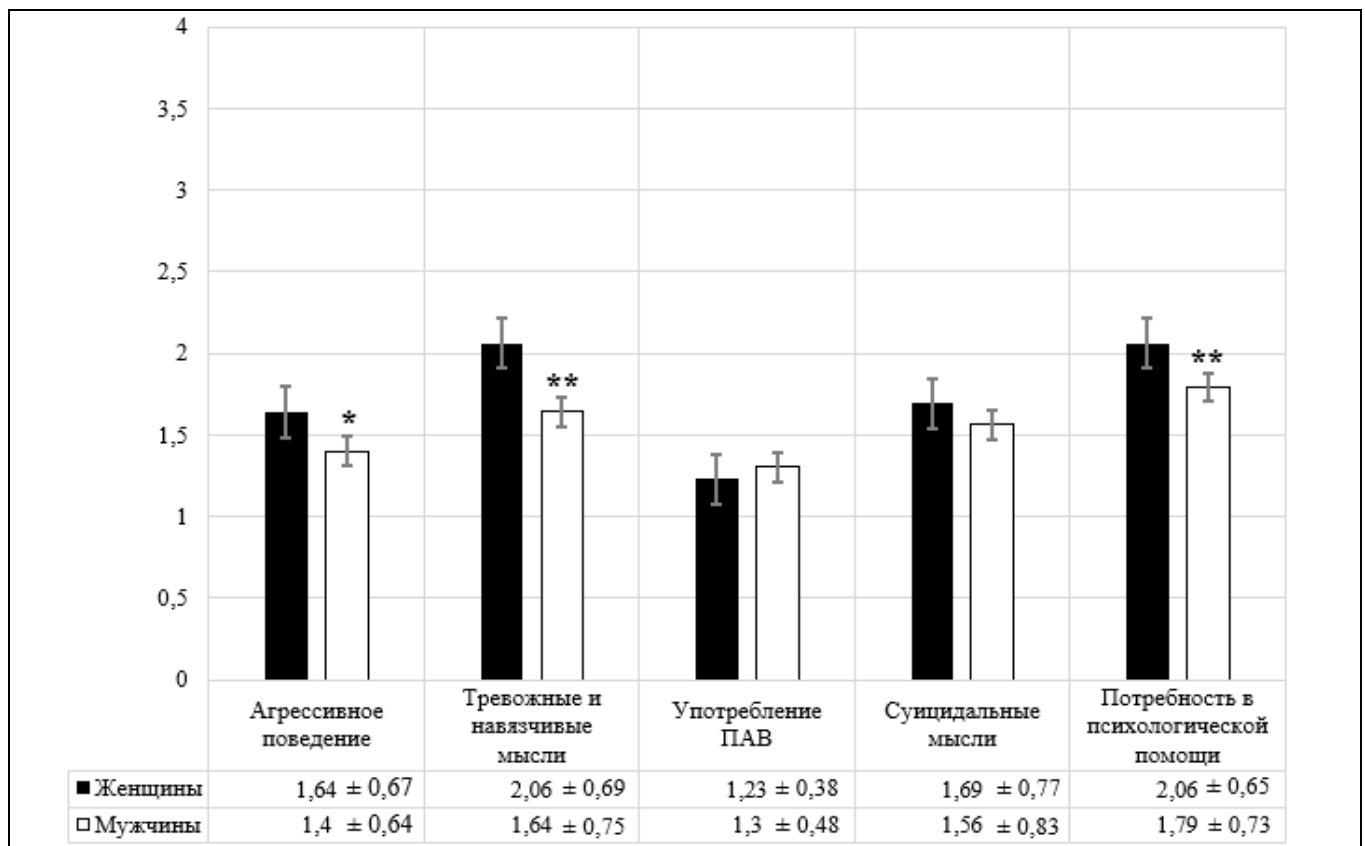


Рисунок 10 - Представления о своём самочувствии, сравнение здоровых женщин и мужчин

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Также они достоверно чаще сообщали о наличии руминаций по поводу боли ($1,72 \pm 0,99$ и $1,19 \pm 0,92$, соответственно; $p < 0,05$) и беспомощности перед болью ($1,37 \pm 0,78$ и $0,98 \pm 0,88$, соответственно; $p < 0,05$) (рисунок 11).

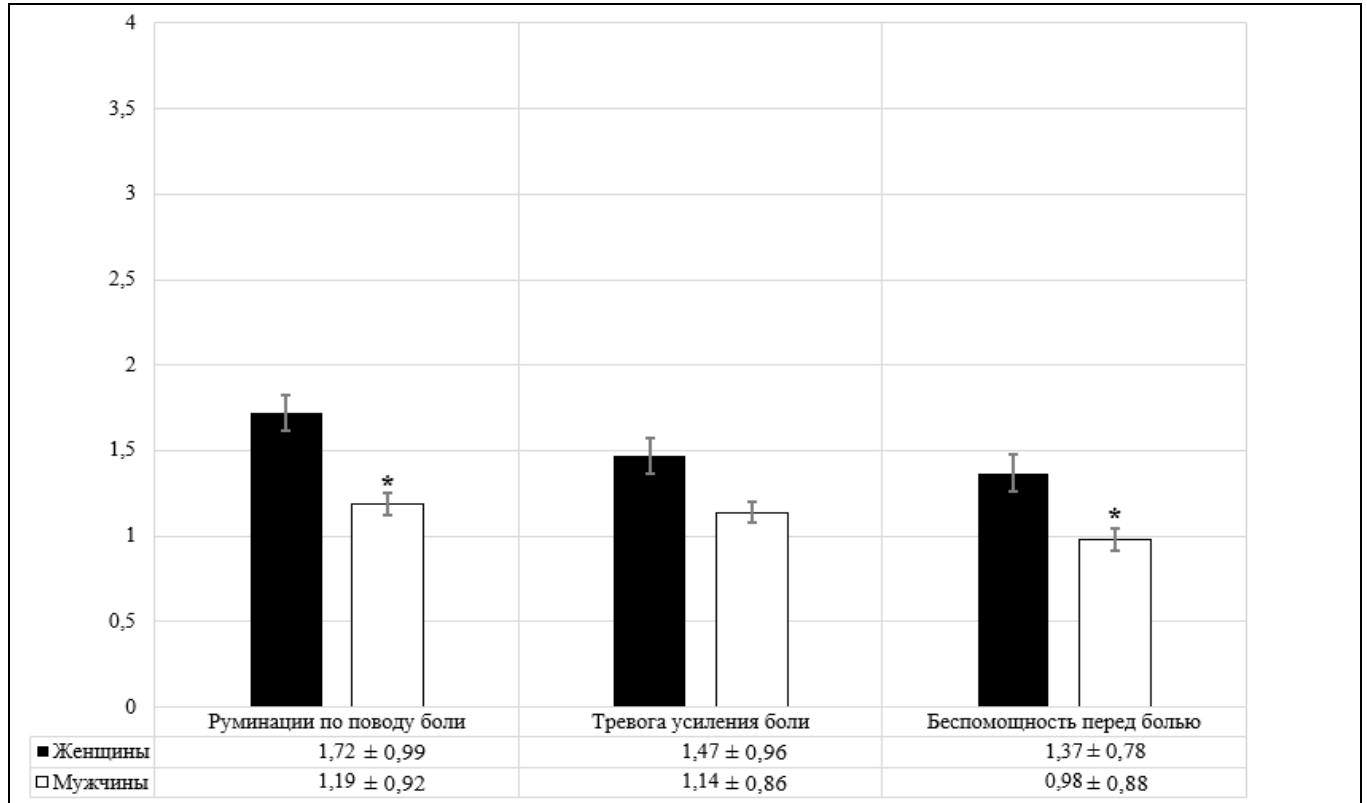


Рисунок 11 - Катастрофизация боли, сравнение здоровых женщин и мужчин

Примечание: * - $p < 0,05$.

Показано, что здоровые женщины значимо выше, в сравнении со здоровыми мужчинами, оценивали степень своего страха перед малой ($1,62 \pm 0,54$ и $1,32 \pm 0,44$, соответственно; $p < 0,01$) и значительной ($3,58 \pm 0,64$ и $2,73 \pm 0,84$, соответственно; $p < 0,01$) болью, а также болью от инъекций ($1,67 \pm 0,96$ и $1,26 \pm 0,42$, соответственно; $p < 0,05$) (рисунок 12).

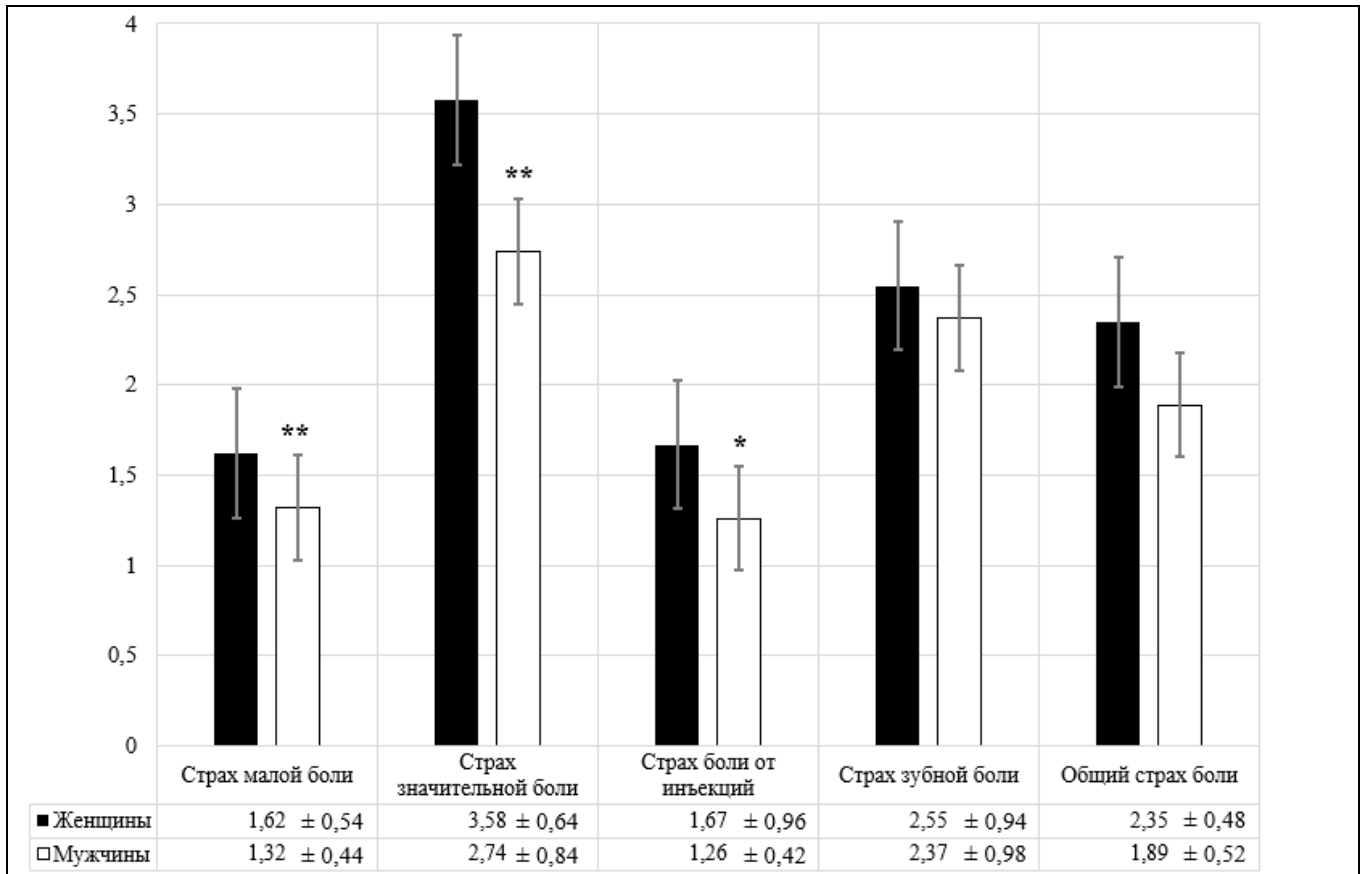


Рисунок 12 - Страх боли, сравнение здоровых женщин и мужчин.

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Кроме того, здоровые женщины отмечали у себя большую интолерантность к боли ($2,57 \pm 1,39$ и $1,95 \pm 1,22$, соответственно; $p < 0,05$) нежели здоровые мужчины (рисунок 13).

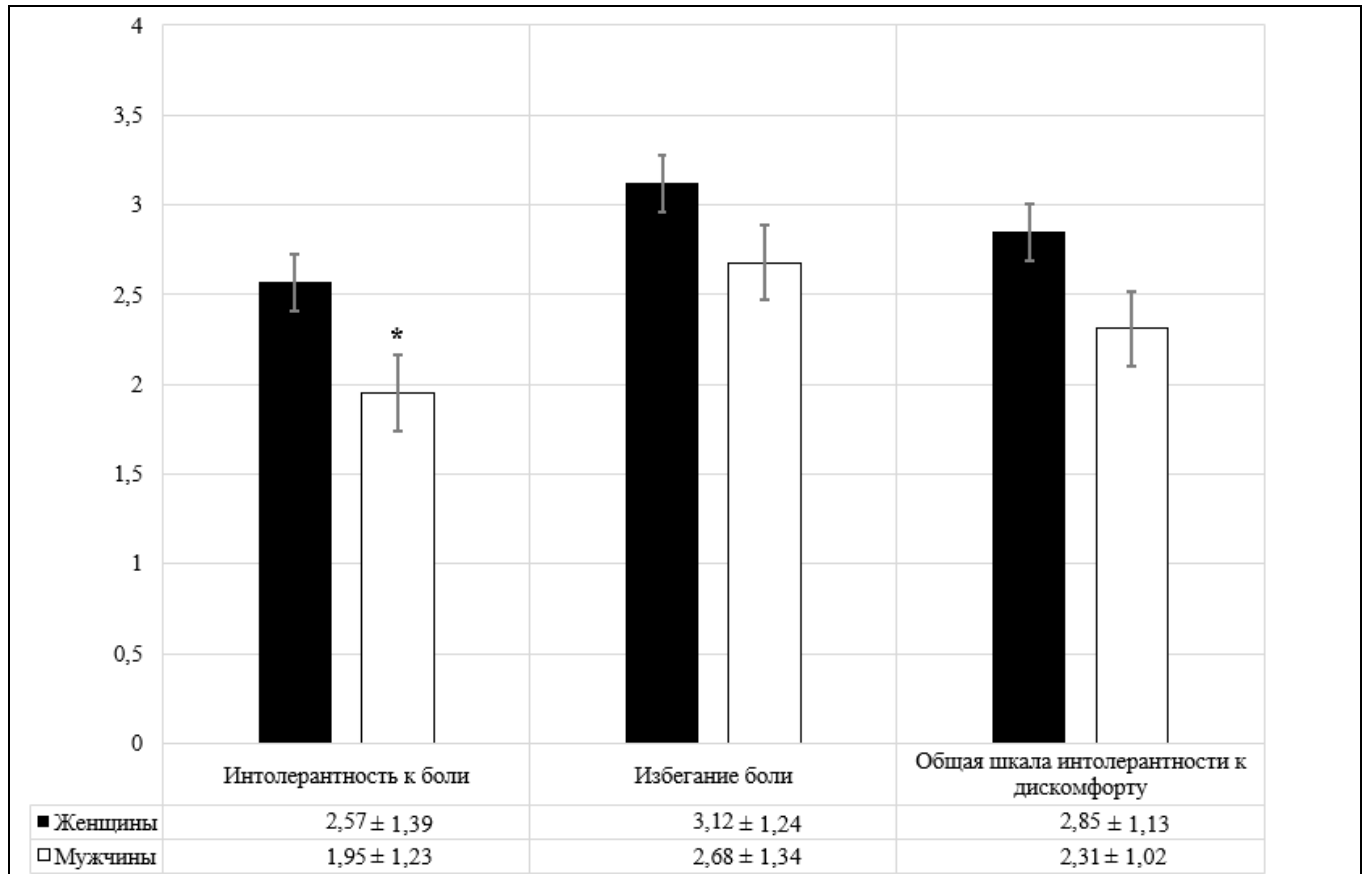


Рисунок 13 - Интолерантность к дискомфорту, сравнение здоровых женщин и мужчин

Примечание: * - $p < 0,05$.

У пациентов с депрессией и НССП гендерные различия практически не выражены, за исключением показателя беспомощности перед болью: женщины сообщали о большей беспомощности перед болью ($1,99 \pm 1,09$ и $1,41 \pm 0,94$, соответственно; $p < 0,05$) (рисунок 14).

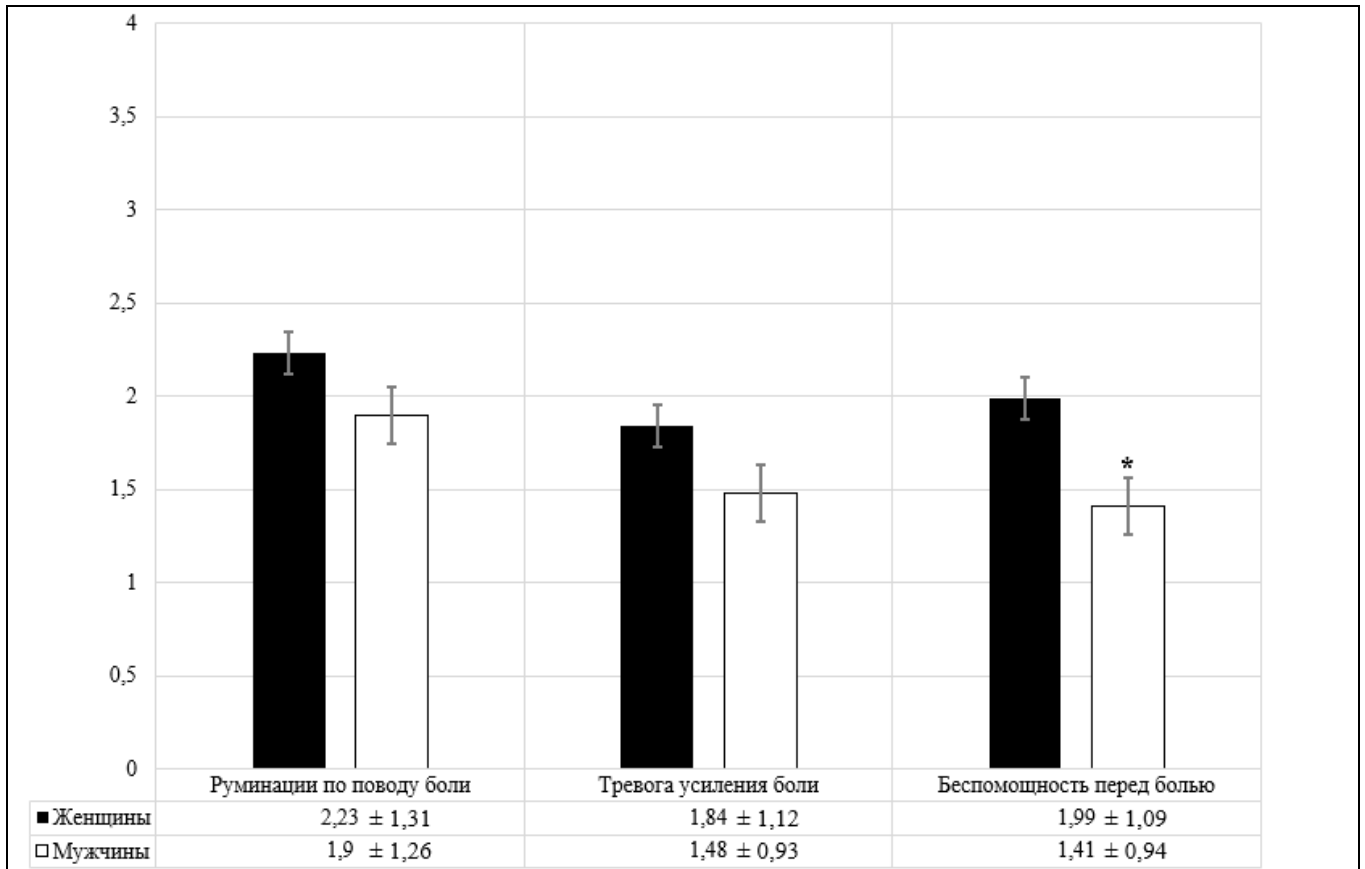


Рисунок 14 - Катастрофизация боли, сравнение женщин и мужчин с юношеской депрессией и НССП

Примечание: * - $p < 0,05$.

У пациентов без НССП различия имели место только по выраженности страха малой боли: женщины испытывали больший страх малой боли ($1,79 \pm 0,69$ и $1,46 \pm 0,41$, соответственно; $p < 0,05$) (рисунок 15).

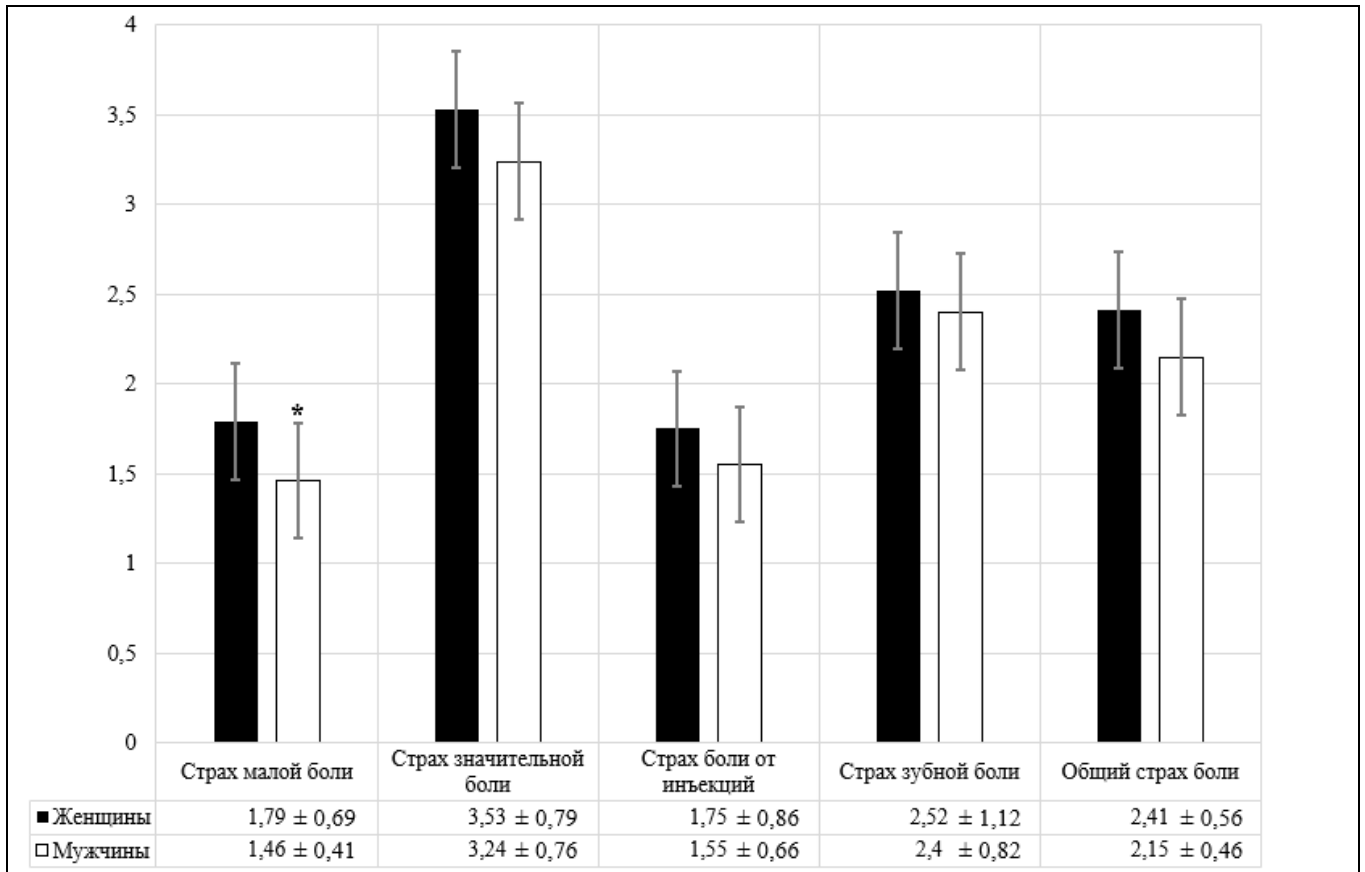


Рисунок 15 - Страх боли, сравнение женщин и мужчин с юношеской депрессией без НССП

Примечание: * - $p < 0,05$.

Гендерных различий в степени выраженности признаков, свидетельствующих о наличии фрустрации межличностных потребностей, ни в одной из исследуемых групп не выявлено.

В группе здоровых лиц респонденты старшего возраста чаще говорят об употреблении психоактивных веществ ($r=0,19$, $p < 0,05$), связей с возрастом отношения к физической боли и психологического неблагополучия не выявлено. Среди пациентов с НССП респонденты старшего возраста также чаще говорят о приеме ПАВ ($r=0,29$, $p < 0,05$), но реже – о жалобах на тревожные и навязчивые мысли ($r=-0,21$, $p < 0,05$), страхе боли от инъекций ($r=-0,18$, $p < 0,05$). Среди пациентов без НССП возраст также связан с более частым сообщением о приеме ПАВ ($r=0,30$, $p < 0,01$), а также меньшей интолерантностью к физической боли ($r=-0,42$, $p < 0,01$) и меньшим избеганием ее ($r=-0,23$, $p < 0,01$) (рисунок 16).

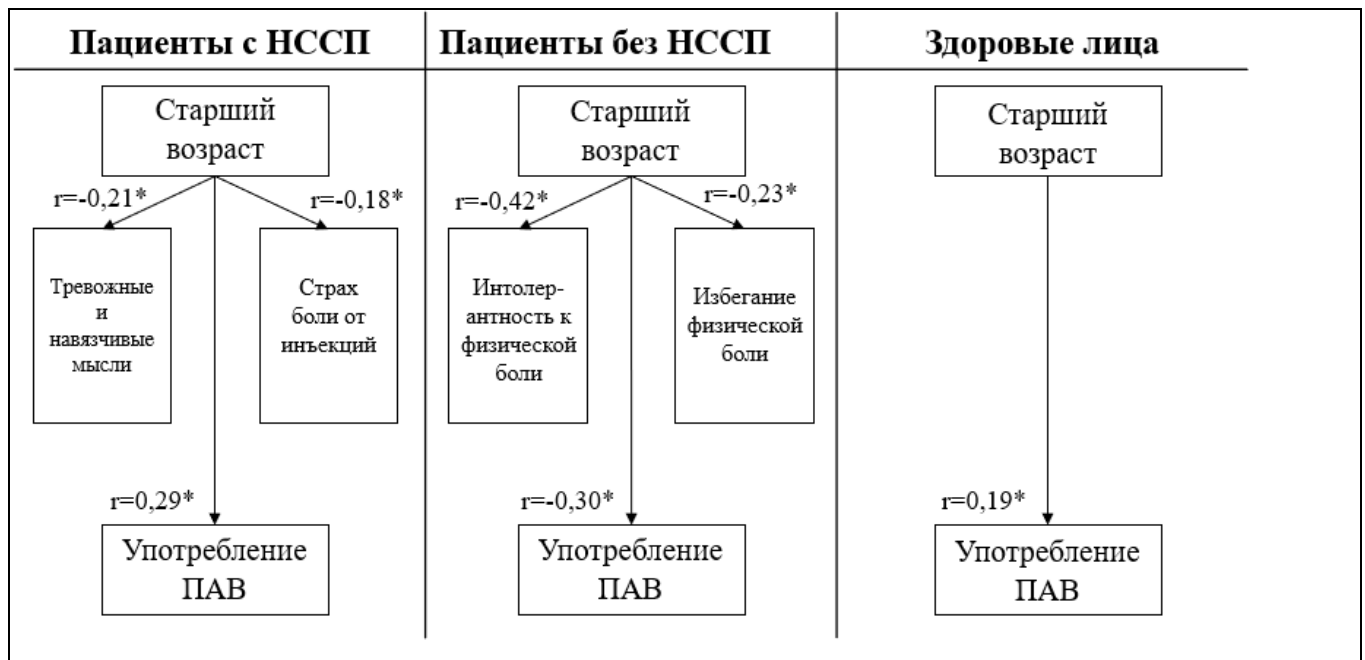


Рисунок 16 - Возрастные факторы отношения к физической боли и проявлений психологического неблагополучия у пациентов с НССП, пациентов без НССП и здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$.

Поскольку гендерные различия выявлены практически исключительно в контрольной группе, фактор пола включался только в анализ различий между клиническими и контрольной группами, но не в анализ различий в клинических группах.

3.1.3. Фрустрация межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своем самочувствии в группах пациентов с НССП, без НССП и в группе здоровых лиц

В параграфе представлены результаты обследования пациентов с НССП ($n=148$), без НССП ($n=76$) и здоровых лиц ($n=127$). После статистического контроля фактора пола, полученные с использованием процедуры двухфакторного дисперсионного анализа (таблица 2) отмечаются следующие различия между клиническими и контрольной группами (таблица 3).

Таблица 2 - Признаки фрустрации межличностных потребностей и особенности представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией с НССП и без НССП в зависимости от пола респондентов: результаты двухфакторного дисперсионного анализа (Группа × Пол)

Параметры оценки	Основной эффект пола		Основной эффект группы		Эффект взаимодействия	
	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>						
Агрессивное поведение	0,16	0,00	14,37**	0,08	1,32	0,01
Тревожные и навязчивые мысли	7,26*	0,02	22,64**	0,12	1,40	0,01
Эпизодическое употребление ПАВ	3,34	0,01	9,40**	0,05	0,44	0,00
Декларируемая потребность в психологической помощи	5,15*	0,01	64,11**	0,27	0,73	0,00
Суицидальные мысли	0,60	0,00	31,02**	0,15	0,04	0,00
<i>Опросник межличностных потребностей</i>						
Восприятие себя как обузы	5,95*	0,02	40,44**	0,19	1,46	0,01
Чувство «брошенности»	0,57	0,00	21,90**	0,11	0,11	0,00
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	6,31*	0,02	8,50**	0,05	0,60	0,00
Беспомощность перед болью	11,30**	0,03	8,62**	0,05	0,80	0,00
Тревога усиления боли	8,11**	0,02	5,30*	0,03	0,00	0,00
Общий балл катастрофизации боли	11,05**	0,03	9,72**	0,05	0,34	0,00
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	10,85**	0,03	2,30	0,01	2,19	0,01
Страх значительной боли	16,72**	0,05	3,23*	0,02	6,19**	0,03
Страх боли от инъекций	9,02**	0,03	1,56	0,01	0,45	0,00
Страх зубной боли	0,03	0,00	0,65	0,00	1,28	0,01
Общий балл страха боли	15,18**	0,04	2,02	0,01	4,01*	0,02
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	1,10	0,00	1,83	0,01	2,01	0,01
Избегание боли	2,50	0,01	3,13*	0,02	0,58	0,00
Общая интолерантности к дискомфорту	2,67	0,01	3,29*	0,02	1,58	0,01

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Таблица 3 - Признаки фрустрации межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией с НССП, без НССП и в группе здоровых лиц

Параметры оценки	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127
	M±SD	M±SD	M±SD
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>			
Агрессивное поведение	2,21±1,07	1,93±0,92	1,56±0,67*
Тревожные и навязчивые мысли	2,51±0,76	2,40±0,72	1,91±0,74*
Эпизодическое употребление ПАВ	1,57±0,72	1,57±0,67	1,26±0,42*
Декларируемая потребность в психологической помощи	3,01±0,75	2,67±0,66*	1,96±0,69*
Суицидальные мысли	2,70±1,08	2,10±0,96*	1,65±0,79*
<i>Опросник межличностных потребностей</i>			
Восприятие себя как обузы	3,34±1,87	2,57±1,38*	1,40±0,74*
Чувство «брошенности»	3,54±1,40	3,39±1,08	2,50±1,01*
<i>Шкала катастрофизации боли</i>			
Руминации по поводу боли	2,17±1,31	1,94±1,03	1,53±1,00*
Беспомощность перед болью	1,80±1,13	1,48±0,91	1,14±0,87*
Тревога усиления боли	1,77±1,09	1,75±0,97	1,35±0,94*
Общий балл катастрофизации боли	1,92±1,04	1,70±0,85	1,32±0,83
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>			
Страх малой боли	1,61±0,58	1,63±0,59	1,51±0,53
Страх значительной боли	3,10±0,91	3,40±0,79*	3,28±0,83
Страх боли от инъекций	1,54±0,83	1,66±0,78	1,52±0,83
Страх зубной боли	2,53±1,02	2,47±0,99	2,49±0,96
Общий балл страха боли	2,18±0,59	2,29±0,53	2,19±0,55
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>			
Интолерантность к боли	2,56±1,43	2,59±1,48	2,35±1,37
Избегание боли	3,09±1,28	3,37±1,16	2,97±1,29
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	2,88±1,08	3,06±1,11	2,72±1,12

Примечание: * - $p < 0,05$; различия достоверны при сравнении с группой пациентов с юношескими депрессиями и НССП.

Степень признания факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей, эпизодов употребления ПАВ, суицидальных мыслей, а также декларирование потребности в психологической помощи в

группах пациентов с юношеской депрессией с НССП и без НССП выше, чем у здоровых лиц.

При этом степень выраженности параметров, отображающих психологическое неблагополучие у пациентов с НССП более выражена, чем у пациентов без НССП, однако при *post hoc* сравнении по критерию Шеффе эти различия достигают принятого уровня значимости ($p < 0,05$) только в отношении суицидальных мыслей и декларации потребности в психологической помощи. Иными словами, пациенты с НССП чаще говорят о желании покончить с собой и о потребности в помощи, чем пациенты без НССП. Однако пациенты обеих групп говорят об этом чаще, чем здоровые лица (рисунок 17).

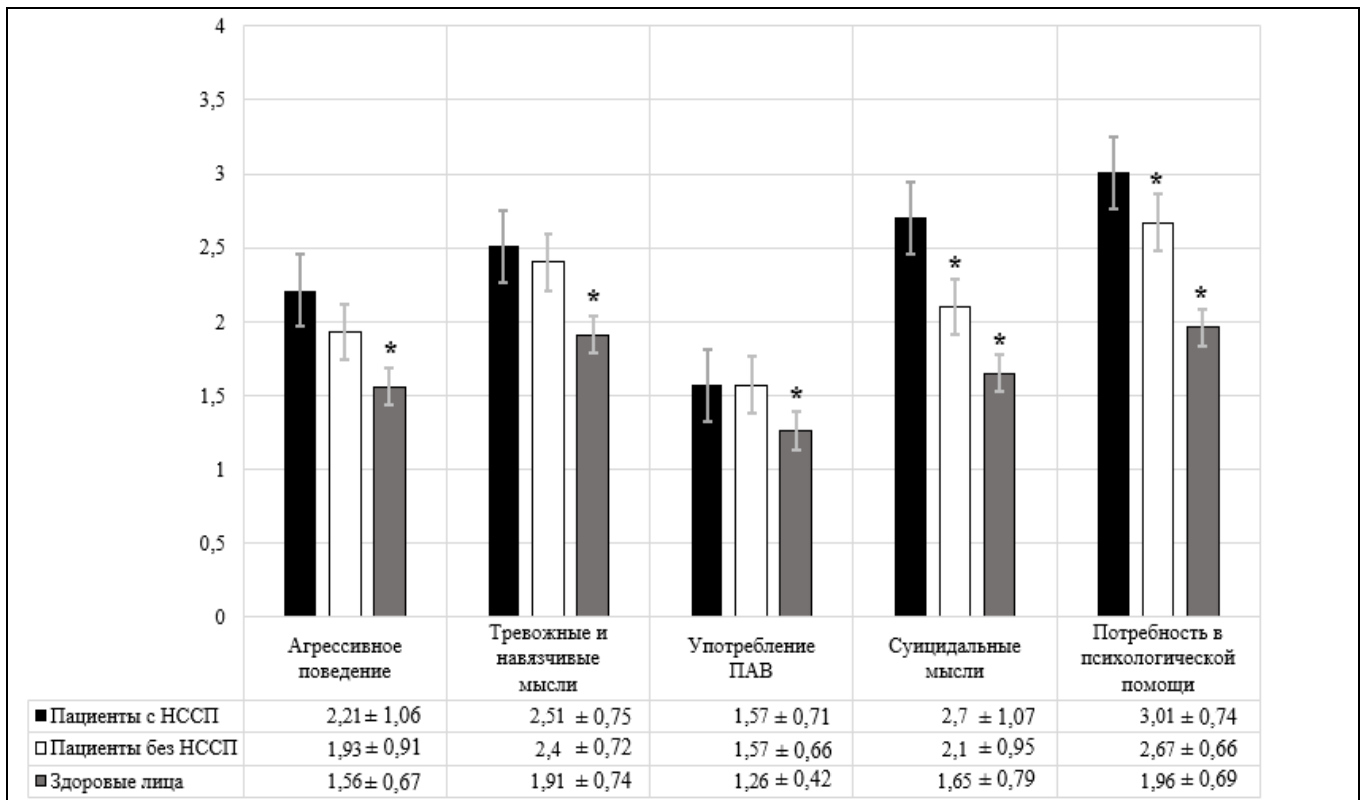


Рисунок 17 - Представления о своем самочувствии, сравнение пациентов с НССП, пациентов без НССП и здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$; различия достоверны при сравнении с группой пациентов с НССП.

По сравнению со здоровыми лицами, пациенты с НССП и без НССП, продемонстрировали более высокие показатели катастрофизации боли – руминации по поводу боли, беспомощность перед болью и тревога усиления боли

(post hoc сравнение показывает различие контрольной группы от обеих клинических $p < 0,05$ по показателям руминации и тревоги усиления боли; уровень беспомощности перед болью у пациентов с НССП, но не у пациентов без НССП, значимо выше, чем в контрольной группе) (рисунок 18).

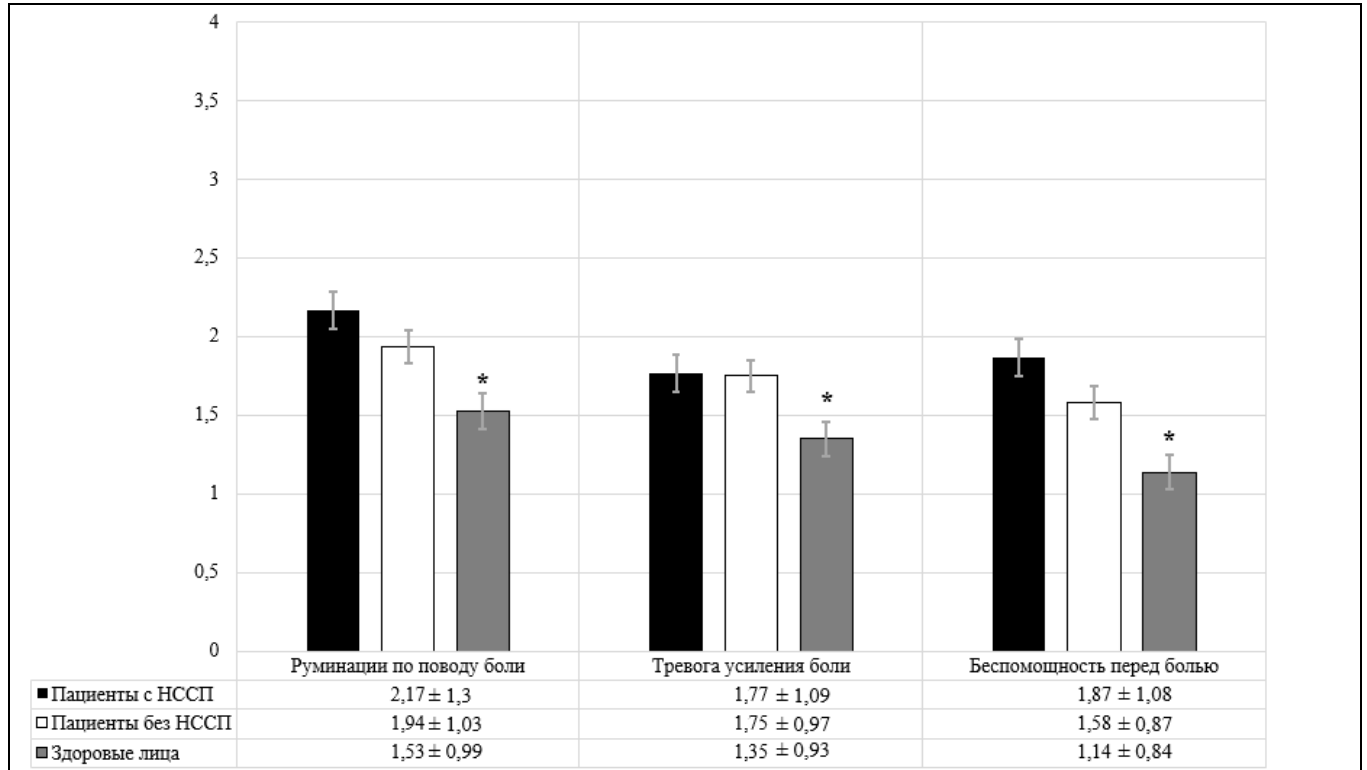


Рисунок 18 - Катастрофизация боли, сравнение пациентов с НССП, пациентов без НССП и здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$; различия достоверны при сравнении с группой пациентов с НССП.

Пациенты с НССП испытывают меньший страх значительной боли, чем пациенты без НССП ($p < 0,05$). Для здоровых лиц характерны промежуточные между этими двумя группами показатели (рисунок 19).

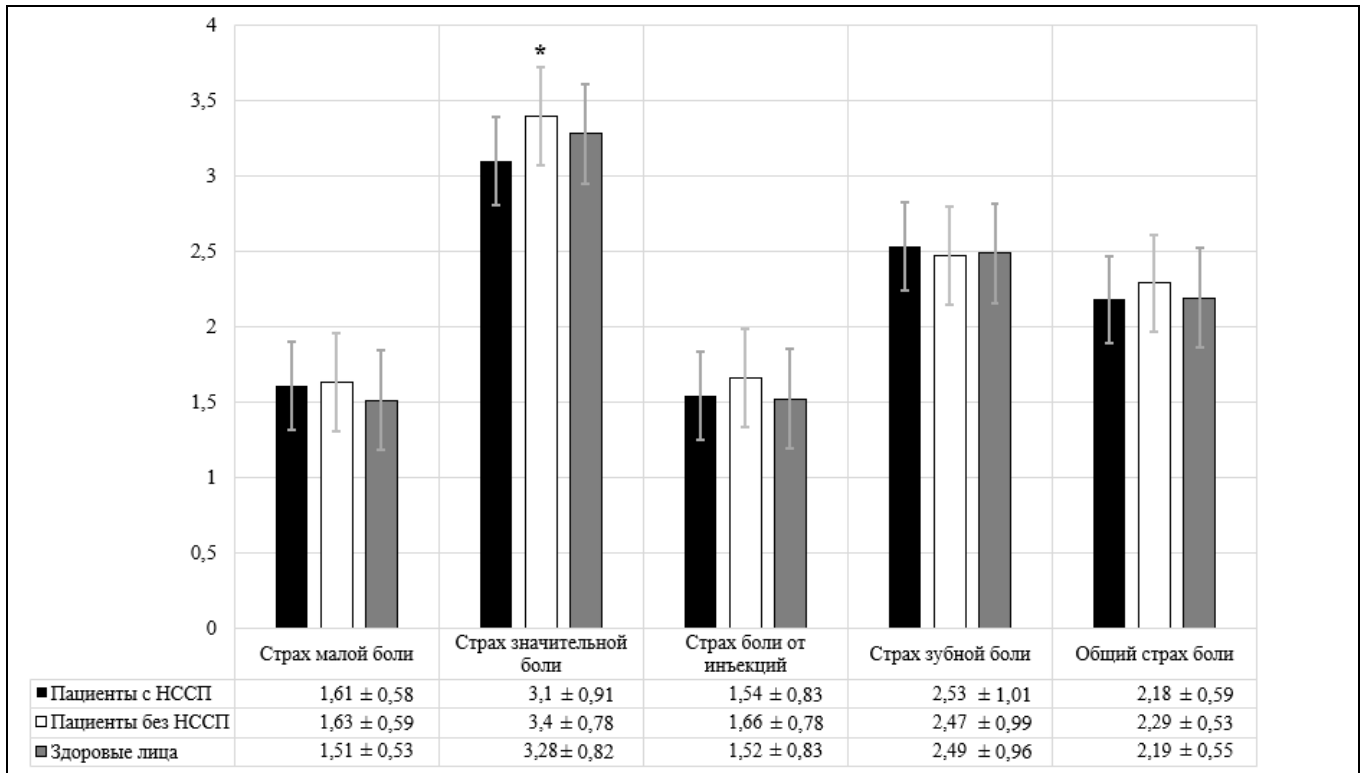


Рисунок 19 - Страх боли, сравнение пациентов с НССП, пациентов без НССП и здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$; различия значимы при сравнении с группой пациентов с юношескими депрессиями и НССП.

Избегание и интолерантность к боли максимально выражен у пациентов без НССП и минимально у здоровых лиц, но при попарных *post hoc* сравнениях эти различия не доходят до принятого уровня значимости (рисунок 20).

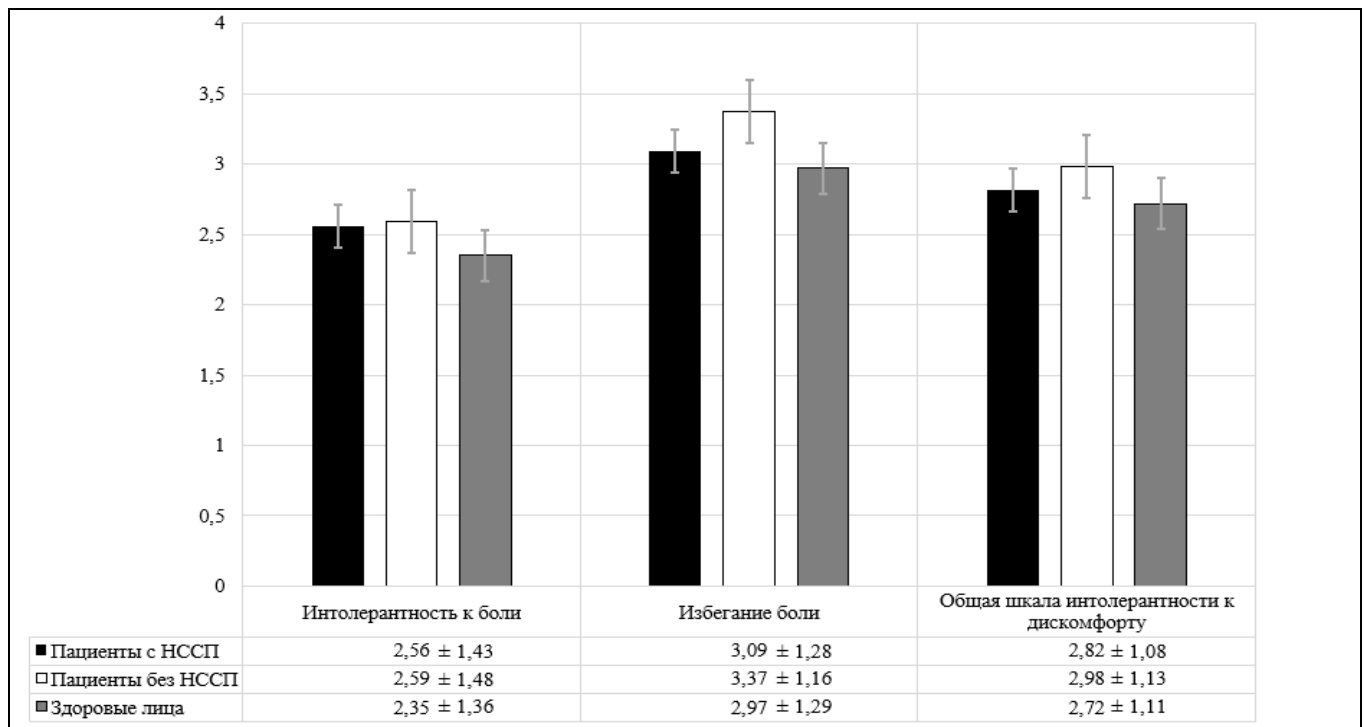


Рисунок 20 - Интолерантность к дискомфорту, сравнение пациентов с НССП, пациентов без НССП и здоровых лиц

Примечание: между группами не выявлено значимых различий ($p > 0,05$).

Наконец, пациенты с НССП в максимальной степени переживают чувство «брошенности» и то, что являются обузой. Эти же переживания, но в меньшей степени характерны для пациентов без НССП и наименее типичны они для здоровых лиц. При *post hoc* сравнении эти показатели значимо ниже в контрольной группе, чем в обеих клинических ($p < 0,05$), а по показателю восприятия себя как обузы пациенты с НССП отмечают более выраженными переживаниями такого рода по сравнению с пациентами без НССП ($p < 0,05$) (рисунок 21).

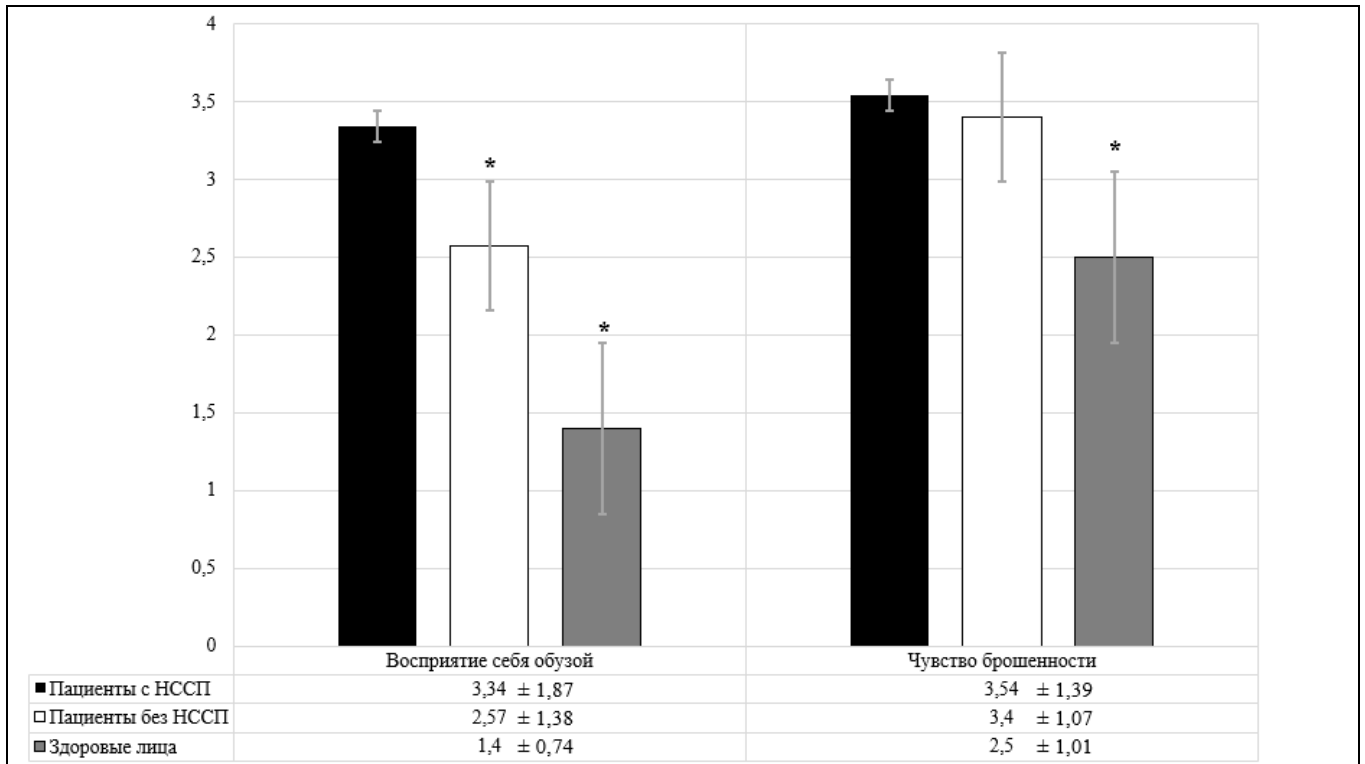


Рисунок 21 - Фрустрация межличностных потребностей, сравнение пациентов с НССП, пациентов без НССП и здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$; различия значимы при сравнении с группой пациентов с юношескими депрессиями и НССП.

В отношении страха значительной боли выявлены как основные эффекты пола и группы, так и эффект взаимодействия этих факторов (рисунок 22), а в отношении общего показателя боли – эффекты пола и взаимодействия пола и группы (рисунок 23). У женщин страх значительной боли и общей боли выше, чем у мужчин, однако эти различия максимальны в контрольной группе, менее выражены у пациентов без самоповреждений (хотя сам показатель страха физической боли в этой группе максимален) и практически не наблюдаются у пациентов с самоповреждениями.

Говоря метафорически, гендерные различия в страхе значительной боли «стираются» в группе с самоповреждениями, а в группе без самоповреждений страх значительной боли, по всей видимости, может рассматриваться как протективный фактор в отношении НССП в кризисных ситуациях.

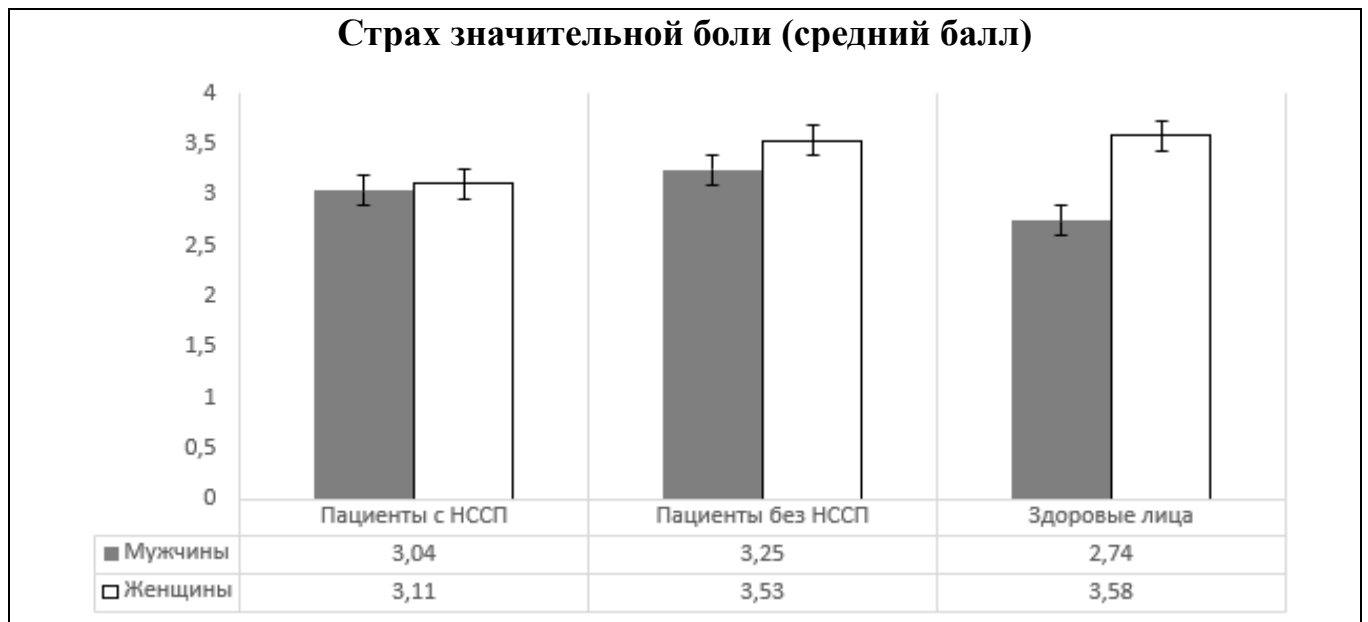


Рисунок 22 - Страх значительной боли у мужчин и женщин среди пациентов с НССП, без НССП и здоровых лиц

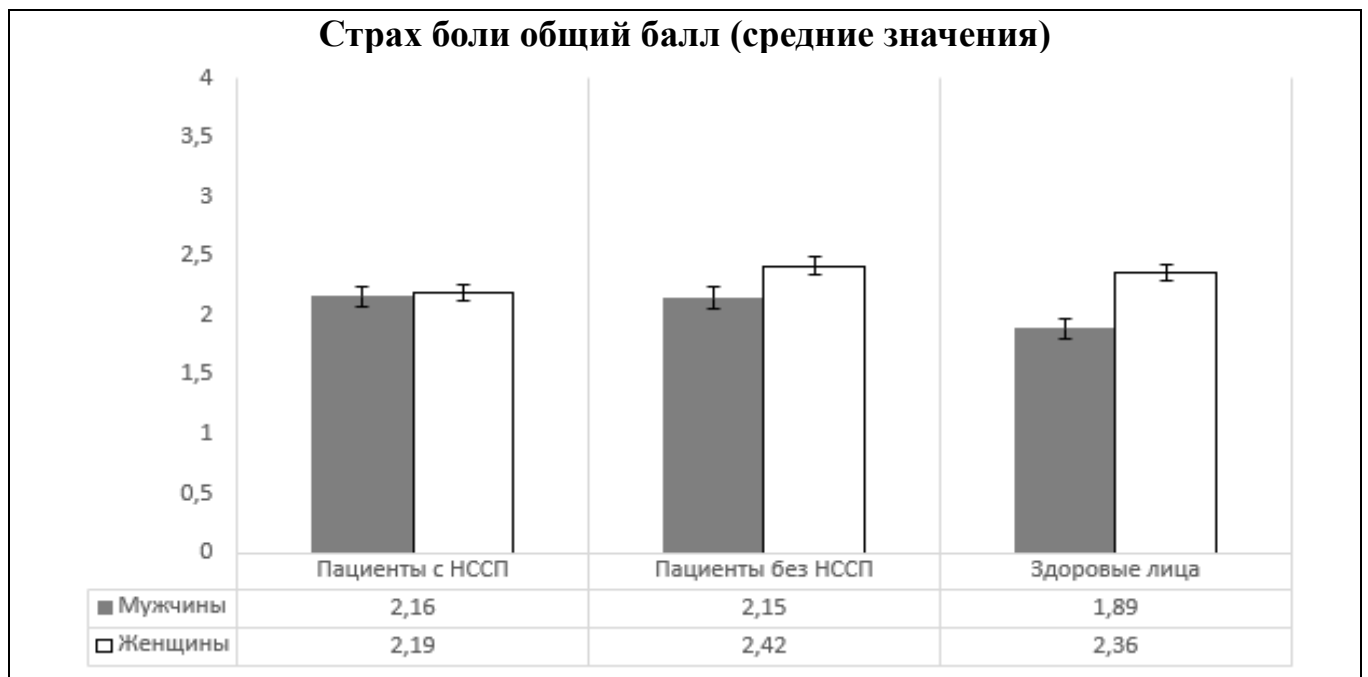


Рисунок 23 - Общий показатель страха боли у мужчин и женщин среди пациентов с НССП, без НССП и здоровых лиц

3.1.4. Роль аттенуированной психотической симптоматики в выраженности фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своем самочувствии в группах пациентов с НССП и без НССП

В параграфе представлены эмпирические данные обследования пациентов с НССП (n=148) и без НССП (n=76). Основные эффекты фактора наличия аттенуированной психотической симптоматики выявлены в отношении признания факта наличия склонности к агрессивному поведению, эпизодического употребления ПАВ, суицидальных мыслей, декларации потребности в психологической помощи и (таблица 4). У пациентов с АПС отмечается меньшее признание факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,03 \pm 1,02$ и $2,25 \pm 1,03$, соответственно; $p < 0,05$), меньшее число суицидальных мыслей ($2,35 \pm 1,05$ и $2,73 \pm 1,08$, соответственно; $p < 0,01$); они меньше говорили о эпизодическом употреблении ПАВ ($1,47 \pm 0,62$ и $1,73 \pm 0,79$, соответственно; $p < 0,05$) и реже декларировали потребность в психологической помощи ($2,80 \pm 0,78$ и $3,05 \pm 0,64$, соответственно; $p < 0,05$).

Таблица 4 - Особенности межличностных потребностей и представлений о боли и о своем самочувствии в зависимости от наличия или отсутствия АПС: результаты двухфакторного дисперсионного анализа (Группа \times АПС)

Параметры оценки	Основной эффект группы		Основной эффект АПС		Эффект взаимодействия	
	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>						
Агрессивное поведение	2,45	0,01	4,31*	0,02	3,03	0,01
Тревожные и навязчивые мысли	1,88	0,01	0,01	0,00	2,49	0,01
Эпизодическое употребление ПАВ	0,06	0,00	5,44*	0,02	0,71	0,00
Декларируемая потреб. в пси. помощи	13,47**	0,06	4,25*	0,02	1,97	0,01
Суицидальные мысли	16,24**	0,07	7,32**	0,03	0,07	0,00

Параметры оценки	Основной эффект группы		Основной эффект АПС		Эффект взаимодействия	
	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2
<i>Опросник межличностных потребностей</i>						
Восприятие себя как обузы	10,86**	0,05	1,33	0,01	0,35	0,00
Чувство «брошенности»	0,61	0,00	0,37	0,00	0,00	0,00
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	2,89	0,01	3,18	0,01	2,46	0,01
Беспомощность перед болью	6,12**	0,03	1,59	0,01	1,67	0,01
Тревога усиления боли	0,12	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00
Общий балл катастрофизации боли	3,66	0,02	1,75	0,01	2,01	0,01
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	0,01	0,00	2,05	0,01	0,77	0,00
Страх значительной боли	3,37	0,02	0,49	0,00	5,42*	0,02
Страх боли от инъекций	1,12	0,01	3,14	0,01	0,02	0,00
Страх зубной боли	0,22	0,00	2,18	0,01	0,10	0,00
Общий балл страха боли	0,99	0,00	2,85	0,01	2,37	0,01
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	0,09	0,00	1,16	0,01	0,29	0,00
Избегание боли	3,08	0,01	0,78	0,00	0,53	0,00
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	1,85	0,01	1,39	0,01	0,61	0,00

Примечание:

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

При этом при наличии АПС страх значительной боли менее выражен у пациентов с НССП, по сравнению с пациентами без НССП (эффект взаимодействия факторов группы и АПС: $F=5,42$; $p < 0,05$) (рисунок 24). Значимых различий в степени выраженности признаков, свидетельствующих о наличии

фрустрации межличностных потребностей, катастрофизации боли и интолерантности к дискомфорту, между сравниваемыми группами не выявлено.

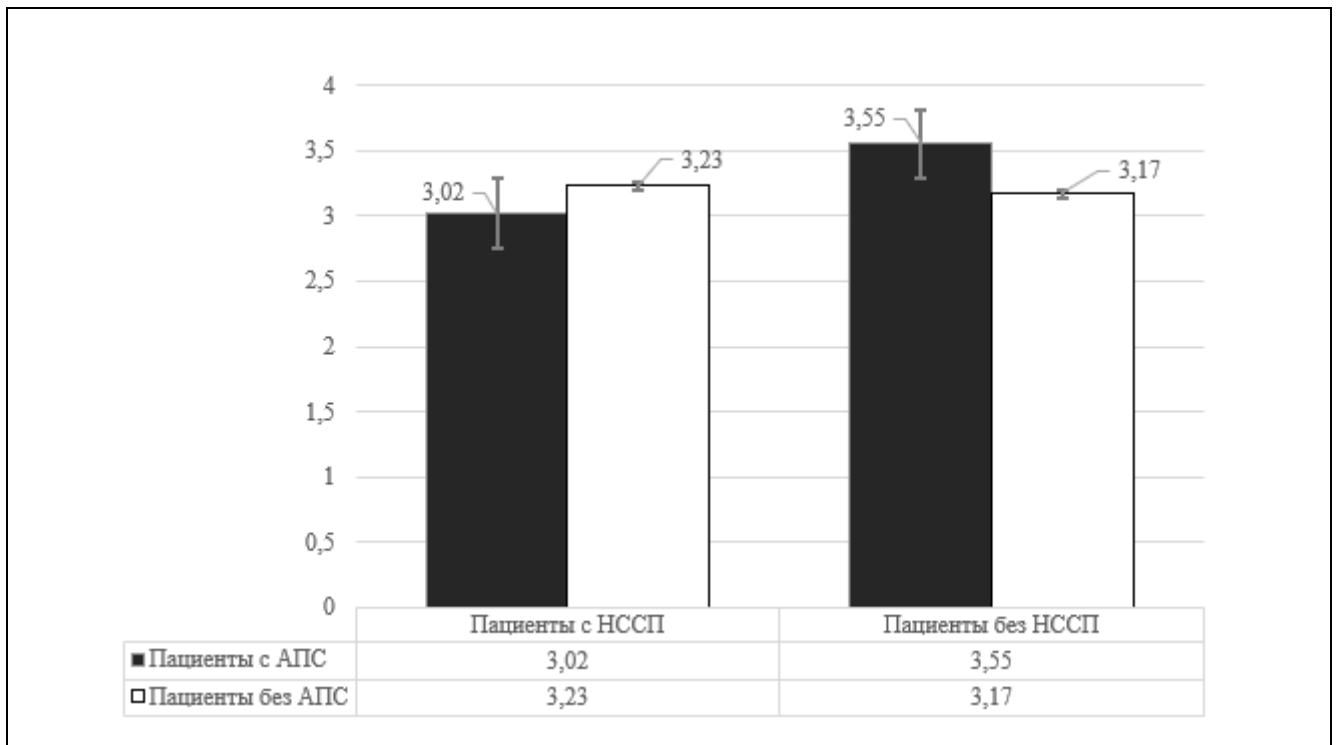


Рисунок 24 - Страх значительной боли у пациентов с депрессиями с и без НССП, с аттенуированной психотической симптоматикой и без нее

3.1.5. Исследование фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и НССП в связи с опытом совершения суицидальной попытки и в зависимости от степени тяжести НССП

Оценка связей изучаемых факторов и суицидальных попыток проведена только на пациентах с НССП, так как именно эта группа соответствует критериям наивысшего риска совершения суицида в будущем. Кроме того, среди пациентов без НССП суицидальные попытки были менее чем у 12% (n=9) испытуемых, что делает невозможным достоверное сравнение внутри группы по данному фактору.

В параграфе представлены данные обследования пациентов с НССП (n=148), разделенных на подгруппы исходя из наличия суицидальных попыток в анамнезе. Гендерные различия учитывались как контрольный фактор, анализ сфокусирован на определении значения опыта совершения суицидальной попытки

в прошлом (таблица 5). Так как не выявлено значимое взаимодействие факторов опыта совершения суицида и пола, гендерные различия не влияют на полученные результаты.

Таблица 5 - Особенности субъективных жалоб и отношения к боли у пациентов с НССП в зависимости от наличия или отсутствия суицидальной попытки при контроле фактора пола респондентов: результаты двухфакторного дисперсионного анализа (СП × Пол)

Параметры оценки	Основной эффект СП		Основной эффект пола		Эффект взаимодействия	
	F-критерий Фишера	Стаг. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стаг. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стаг. эффект η^2
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>						
Агрессивное поведение	0,88	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00
Тревожные и навязчивые мысли	0,14	0,00	0,30	0,00	1,35	0,00
Эпизодическое употребление ПАВ	3,00	0,02	0,54	0,00	0,53	0,00
Декларируемая потребб. в пси. помощи	1,98	0,01	0,09	0,00	0,03	0,00
Суицидальные мысли	8,91**	0,06	0,08	0,00	0,24	0,00
<i>Опросник межличностных потребностей</i>						
Восприятие себя как обузы	1,47	0,01	3,66	0,02	0,44	0,00
Чувство «брошенности»	0,00	0,00	0,10	0,00	0,01	0,00
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	1,32	0,01	1,54	0,01	0,82	0,01
Беспомощность перед болью	0,45	0,00	7,14**	0,05	0,96	0,01
Тревога усиления боли	0,12	0,00	2,55	0,00	0,00	0,00
Общий балл катастрофизации боли	0,74	0,01	4,74*	0,03	0,69	0,00
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	4,43*	0,03	0,07	0,00	0,05	0,00
Страх значительной боли	10,6**	0,07	0,24	0,00	0,15	0,00
Страх боли от инъекций	2,16	0,01	2,67	0,02	0,67	0,00
Страх зубной боли	1,87	0,01	1,21	0,01	0,18	0,00
Общий балл страха боли	9,09**	0,06	0,15	0,00	0,02	0,00
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	8,88**	0,06	0,11	0,00	2,62	0,02
Избегание боли	4,91*	0,03	0,16	0,00	0,34	0,00
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	10,1**	0,07	0,01	0,00	1,63	0,01

Примечание:

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

У пациентов с юношеской депрессией, НССП и с суицидальными попытками ($n=73$), при сравнении с пациентами без суицидальных попыток в прошлом ($n=75$), выявлены более высокие показатели по шкале «Суицидальные мысли» ($2,9 \pm 1,08$ и $1,97 \pm 0,95$, соответственно; $p < 0,05$) и более низкие по

параметрам «Страх малой боли» ($1,51 \pm 0,55$ и $1,7 \pm 0,58$, соответственно; $p < 0,05$), «Страх значительной боли» ($2,85 \pm 0,9$ и $3,33 \pm 0,86$, соответственно; $p < 0,05$), «Общий балл страха боли» ($2,04 \pm 0,59$ и $2,32 \pm 0,55$, соответственно; $p < 0,05$), «Интолерантность к боли» ($2,21 \pm 1,43$ и $2,89 \pm 1,33$, соответственно; $p < 0,05$), «Избегание боли» ($2,85 \pm 1,28$ и $3,32 \pm 1,24$, соответственно; $p < 0,05$), «Интолерантность к дискомфорту общий балл» ($2,53 \pm 1,09$ и $3,1 \pm 1,01$, соответственно; $p < 0,05$), нежели у респондентов с юношеской депрессией с НССП и без суицидальных попыток (таблица 6). Значимых различий в степени выраженности признаков, свидетельствующих о наличии фрустрации межличностных потребностей и о катастрофизации боли, между сравниваемыми группами не выявлено.

Таблица 6 - Сравнение особенностей представлений о своем самочувствии и представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией и несуицидальными самоповреждениями с суицидальными попытками и без суицидальных попыток: описательная статистика, только значимые различия

Параметры оценки	Пациенты с суицидальными попытками	Пациенты без суицидальных попыток
	M±SD	M±SD
Суицидальные мысли	$2,90 \pm 1,08$	$1,97 \pm 0,957^*$
Страх малой боли	$1,51 \pm 0,55$	$1,7 \pm 0,58^*$
Страх значительной боли	$2,85 \pm 0,9$	$3,33 \pm 0,86^*$
Общий балл страха боли	$2,04 \pm 0,59$	$2,32 \pm 0,55^*$
Интолерантность к боли	$2,21 \pm 1,43$	$2,89 \pm 1,33^*$
Избегание боли	$2,85 \pm 1,28$	$3,32 \pm 1,24^*$
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	$2,53 \pm 1,09$	$3,1 \pm 1,01^*$

Примечание: * - $p < 0,05$.

Кроме того, проведено сравнение степени тяжести несуицидальных самоповреждений в группах респондентов с и без суицидальных попыток с использованием Хи-квадрата Пирсона.

В группе пациентов с НССП и суицидальными попытками легкая степень НССП выявлена у 19,17% респондентов (14 пациентов; 13 женщин – 22,03% от

женщин с НССП и суицидальными попытками; 1 мужчина – 7,14% от мужчин с НССП и суицидальными попытками), средняя степень у 47,94% (35 пациентов; 30 женщин – 50,84% от женщин с НССП и суицидальными попытками; 5 мужчин – 35,71% от мужчин с НССП и суицидальными попытками), тяжелая степень у 32,87% (24 пациента; 16 женщин – 27,11% от женщин с НССП и суицидальными попытками; 8 мужчин – 57,14% от мужчин с НССП и суицидальными попытками).

В группе пациентов с НССП без суицидальными попыток легкая степень НССП выявлена у 50,66% респондентов (38 пациентов; 29 женщин – 49,15% от женщин с НССП без суицидальных попыток; 9 мужчин – 56,25% от мужчин с НССП без суицидальных попыток), средняя степень у 41,33% (31 пациент; 26 женщин – 44,06% от женщин с НССП без суицидальных попыток; 5 мужчин – 31,25% от мужчин с НССП без суицидальных попыток), тяжелая степень у 8% (6 пациентов; 4 женщины – 6,77% от женщин с НССП без суицидальных попыток; 2 мужчины – 12,5% от мужчин с НССП без суицидальных попыток).

Обнаружено, что группы различаются между собой по количеству пациентов с тяжелыми и легкими самоповреждениями (рисунок 25). В группе пациентов с суицидальными попытками НССП легкой степени встречаются реже (Хи-квадрат=14,74; $p<0,001$), а тяжелой степени чаще (Хи-квадрат=11,53; $p<0,001$), чем в группе пациентов без суицидальных попыток.

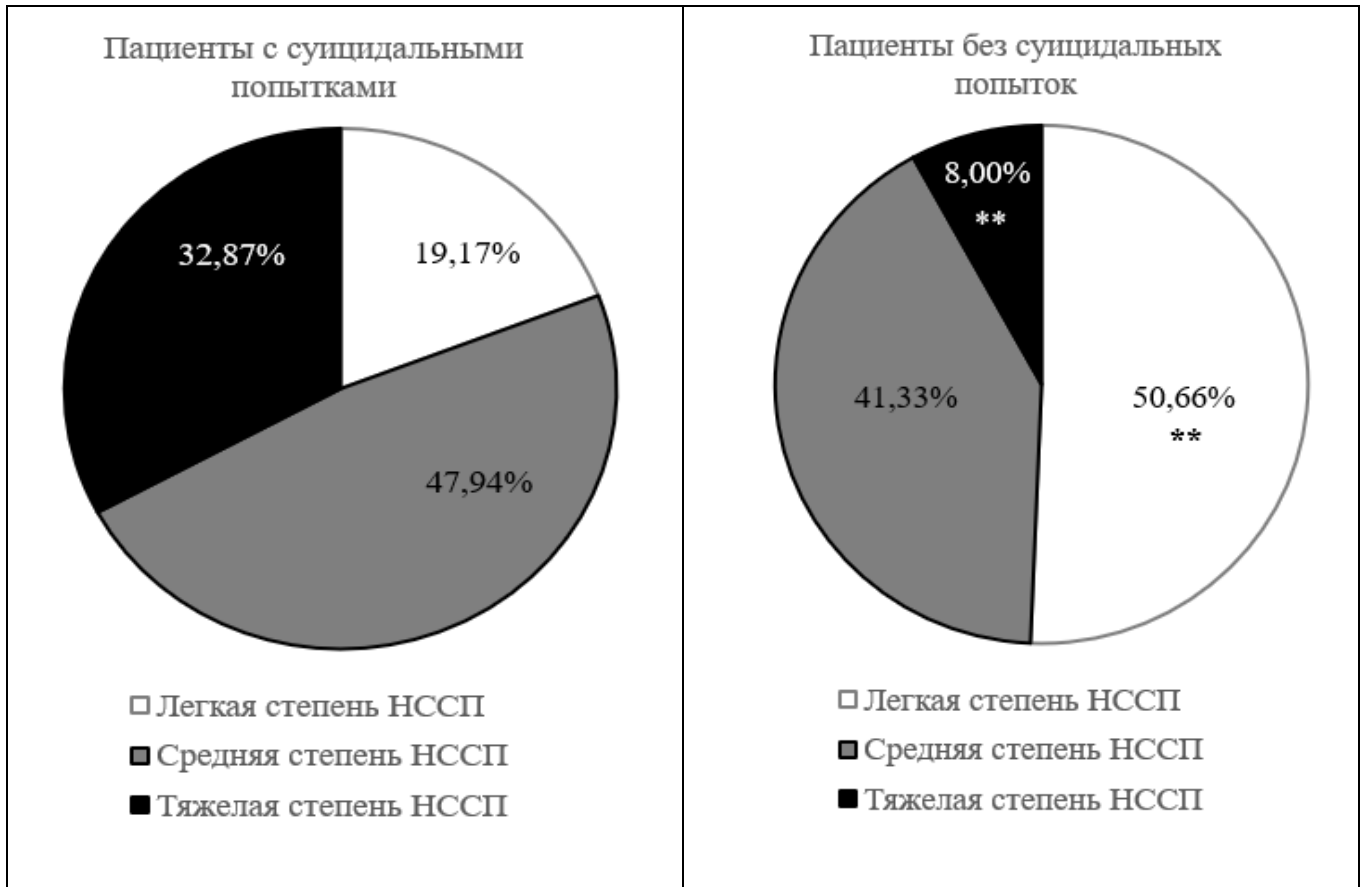


Рисунок 25 - Распределение частоты встречаемости несуицидальных самоповреждений различной степени тяжести в группах с суицидальными попытками в анамнезе и без них: описательная статистика

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$; различия значимы при сравнении с группой пациентов с НССП и суицидальными попытками.

При оценке различий между пациентами с юношеской депрессией и НССП ($n=148$) в зависимости от степени тяжести самоповреждений, получены данные, показывающие отсутствие значимых различий по всем анализируемым параметрам особенностей представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей (таблица 7).

Таблица 7 - Особенности представлений о своем самочувствии и отношения к боли у пациентов с НССП в зависимости от тяжести НССП: результаты однофакторного дисперсионного анализа

Параметры оценки	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	p-значение
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>			
Агрессивное поведение	0,33	0,00	0,72
Тревожные и навязчивые мысли	0,01	0,00	0,99
Эпизодическое употребление ПАВ	0,2	0,03	0,14
Декларируемая потребн. в психол. помощи	0,61	0,01	0,54
Суицидальные мысли	0,57	0,01	0,57
<i>Опросник межличностных потребностей</i>			
Восприятие себя как обузы	0,93	0,01	0,4
Чувство «брошенности»	0,41	0,01	0,66
<i>Шкала катастрофизации боли</i>			
Руминации по поводу боли	1,61	0,02	0,2
Беспомощность перед болью	1,95	0,03	0,15
Тревога усиления боли	0,08	0,00	0,93
Общий балл катастрофизации боли	1,43	0,02	0,24
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>			
Страх малой боли	0,07	0,00	0,93
Страх значительной боли	0,04	0,00	0,96
Страх боли от инъекций	1,08	0,01	0,34
Страх зубной боли	0,46	0,01	0,63
Общий балл страха боли	0,16	0,00	0,85
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>			
Интолерантность к боли	0,17	0,00	0,85
Избегание боли	1,04	0,01	0,36
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	0,88	0,01	0,42

3.1.6. Анализ связи фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии: сравнение пациентов с НССП, без НССП и здоровых лиц

В параграфе представлены эмпирические данные обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127). Результаты анализа связи отношения к боли с фрустрацией межличностных потребностей среди пациентов с депрессией с и без НССП, и среди здоровых лиц представлены в таблице 8.

Таблица 8 - Связь отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей в клинических и контрольной группах

Параметры оценки	Пациенты с НССП, n=147		Пациенты без НССП, n=76		Здоровые лица, n=127	
	Восприятие себя как обузы	Чувство «брошенности»	Восприятие себя как обузы	Чувство «брошенности»	Восприятие себя как обузы	Чувство «брошенности»
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	,300**	,273**	,106	-,019	,132	,161
Беспомощность перед болью	,451**	,365**	,239*	,182	,236**	,162
Тревога усиления боли	,338**	,233**	,193	-,034	,263**	,262**
Общий балл катастрофизации боли	,419**	,341**	,205	,064	,231**	,210*
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	,019	-,090	,064	-,115	,100	,096
Страх значительной боли	-,034	-,051	-,157	-,307**	-,068	-,166
Страх боли от инъекций	,025	,003	,211	-,004	,076	,110
Страх зубной боли	-,057	-,110	,227*	,034	,214*	,198*
Общий балл страха боли	-,018	-,086	,068	-,177	,081	,039
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	-,063	,033	-,043	-,171	,019	-,062
Избегание боли	,013	-,019	-,052	-,246*	,163	,149
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	-,024	,004	-,056	-,246*	,123	,073

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Среди пациентов с НССП обнаружены значимые положительные корреляции между всеми показателями «Шкалы катастрофизации боли» и «Опросника межличностных нужд»: пациенты с НССП (рисунок 26), более склонные воспринимать себя как обузу и испытывающие более выраженное чувство «брошенности», больше катастрофизируют боль в целом (общий балл) и в

частности: более склонны к руминациям по поводу усиления боли, больше чувствуют беспомощность перед этим усилением, испытывают более высокий уровень тревоги в связи с усилением боли. Корреляций со страхом боли и чувствительностью к физическому дискомфорту в данной группе не выявлено.

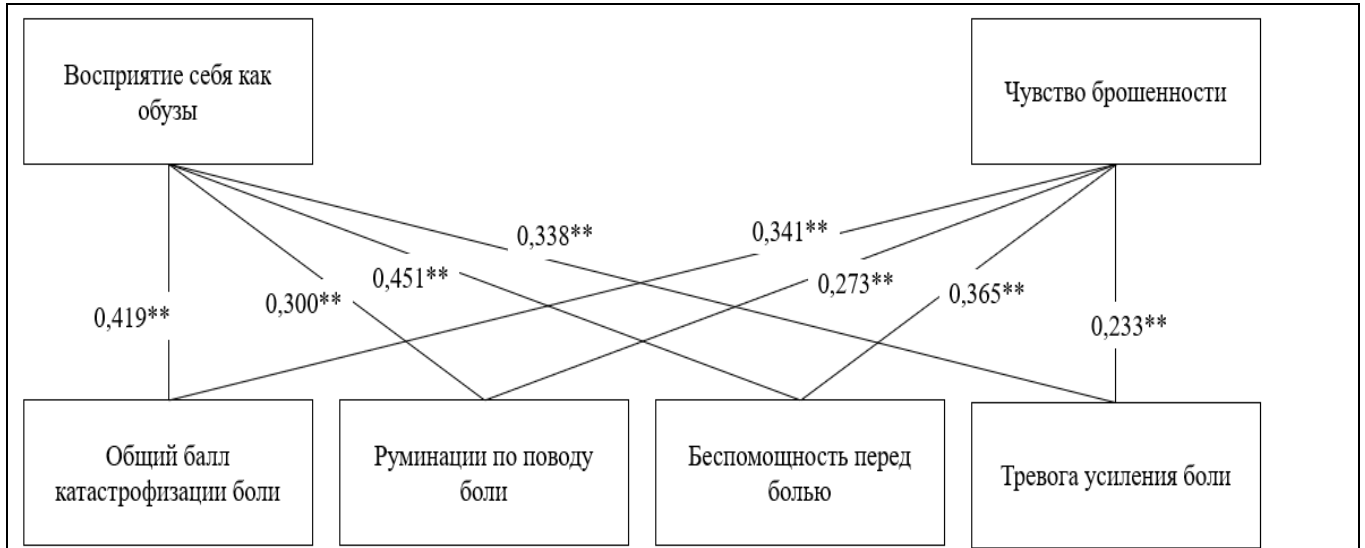


Рисунок 26 - Корреляции катастрофизации боли с фрустрацией межличностных потребностей у пациентов с НССП

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

У пациентов без НССП восприятие себя как обузы значимо положительно коррелировало с беспомощностью перед усилением боли и страхом зубной боли (рисунок 27). Чувство «брошенности» отрицательно значимо коррелировало со страхом значительной боли, избеганием боли и общей интолерантностью к дискомфорту: для респондентов с более высоким уровнем чувства «брошенности» свойственно меньше бояться значительной боли и меньше стремиться ее избегать.

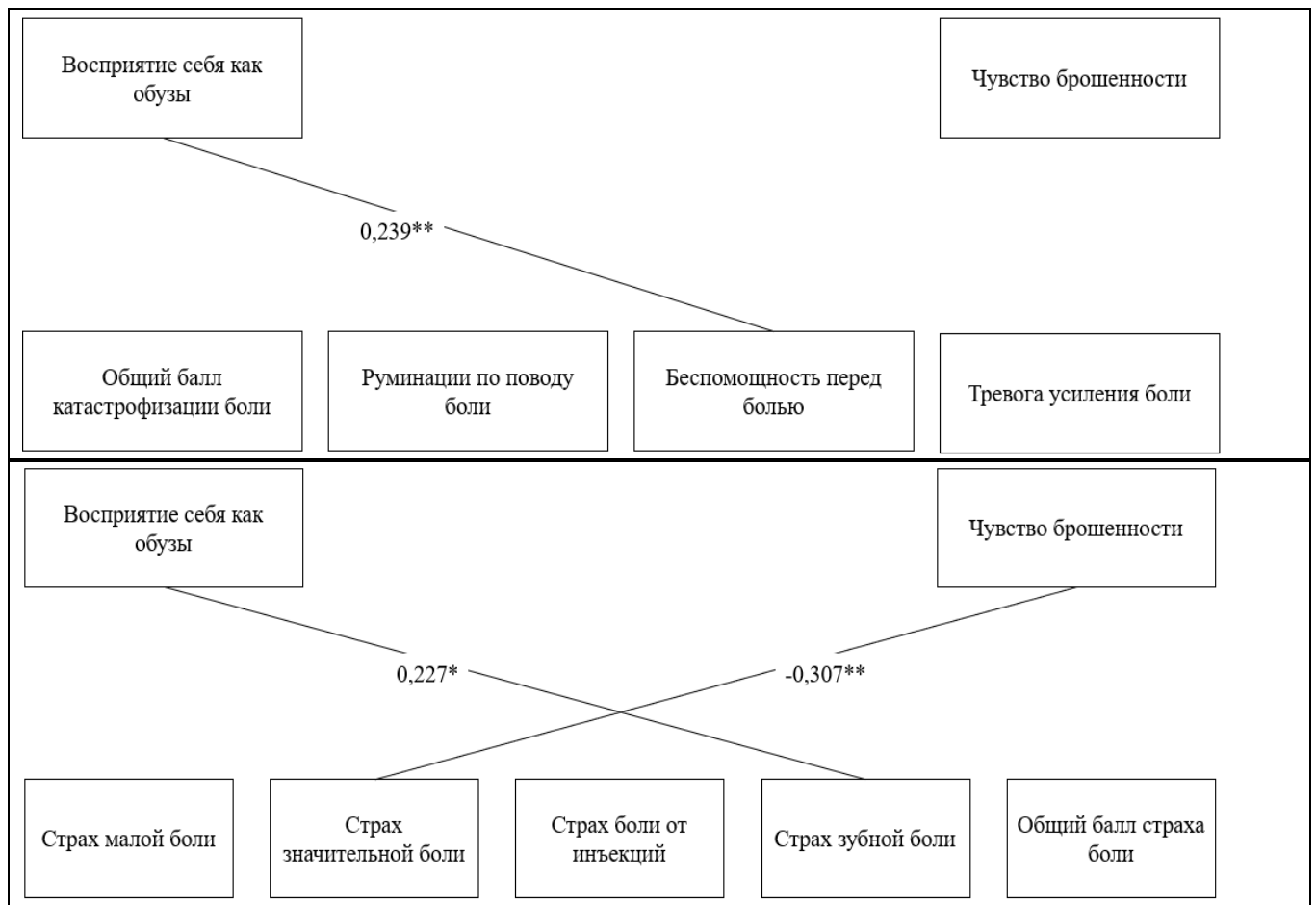


Рисунок 27 - Корреляции катастрофизации и страха боли с фрустрацией межличностных потребностей у пациентов без НСП

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

У здоровых лиц выявлены значимые положительные корреляции показателей «Опросника межличностных нужд» (восприятие себя как обузы и чувство «брошенности») с тревогой усиления боли, общим баллом катастрофизации боли и страхом зубной боли.

Восприятие себя как обузы также значимо положительно коррелировало с беспомощностью перед усилением боли (рисунок 28). Условно здоровые респонденты склонны испытывать большую тревогу по поводу усиления боли, больше катастрофизировать боль вообще и больше бояться зубной боли при более выраженной фрустрации межличностных потребностей в целом, а при более высоком уровне восприятия себя как обузы респонденты испытывают более выраженную беспомощность перед усилением боли, в частности.

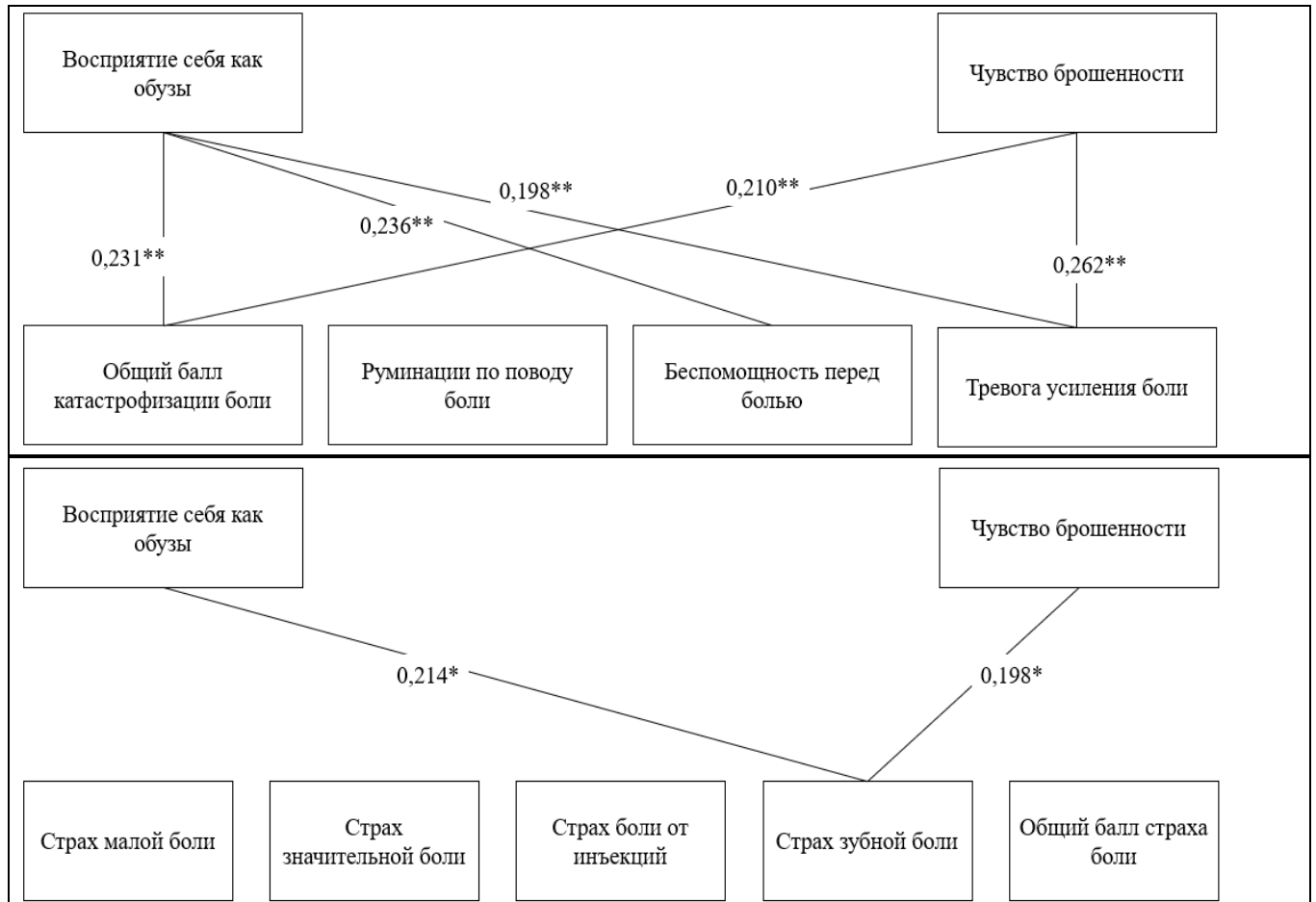


Рисунок 28 - Корреляции катастрофизации и страха физической боли с фрустрацией межличностных потребностей у здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Корреляции отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей с субъективными жалобами на агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, проблемы с приемом ПАВ во всех группах представлена в таблице 9.

Таблица 9 - Связь отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей с субъективными жалобами («Агрессивное поведение», «Тревожные и навязчивые мысли», «Употребление ПАВ») в клинических и контрольной группах

Параметры оценки	Агрессивное поведение			Тревожные и навязчивые мысли			Эпизодическое употр. ПАВ		
	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127
<i>Шкала катастрофизации боли</i>									
Руминации по поводу боли	,2*	,25*	,13	,39**	,35**	,38**	,00	-,11	,09
Беспомощность перед болью	,2*	,15	,16	,38**	,28*	,43**	,09	-,04	,05
Тревога усиления боли	,31**	,26*	,13	,47**	,41**	,56**	0,1	-,1	,11
Общий балл катастрофизации боли	,25**	,24*	,16	,46**	,38**	,49**	,07	-,09	,09
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>									
Страх малой боли	,11	-,04	,13	,17*	-,05	,38**	-,15	-,08	,05
Страх значительной боли	-,05	-,01	,04	,13	,05	,25**	-,15	-,09	-,02
Страх боли от инъекций	,11	,07	,03	,17*	-,14	,18*	-,16	-,03	,14
Страх зубной боли	,05	-,02	,2*	,1	-,11	,34**	-,13	,05	,13
Общий балл страха боли	,06	-,01	,13	,19*	-,06	,39**	-,19*	-,07	,08
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>									
Интолерантность к боли	-,02	,02	-,02	-,05	,1	,01	-,11	-,33**	-,08
Избегание боли	,24**	,15	,09	,12	,17	,21*	,04	-,23*	,08
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	,15	,1	,05	,06	,16	,15	-,03	-,32**	,02
<i>Опросник межличностных потребностей</i>									
Восприятие себя как обузы	,25**	,03	,21*	,48**	,05	,31**	,23**	,03	,1
Чувство «брошенности»	0,11	-,09	,21*	,27**	,07	,34**	,12	,11	,28**

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Как видно из данных, проиллюстрированных на рисунке 29, у пациентов с НССП выявлены положительные значимые корреляции между жалобами на собственное агрессивное поведение и на тревожные и навязчивые мысли со всеми показателями «Шкалы катастрофизации боли» (руминации по поводу боли, беспомощность перед болью, тревога усиления боли, общий балл катастрофизации боли).

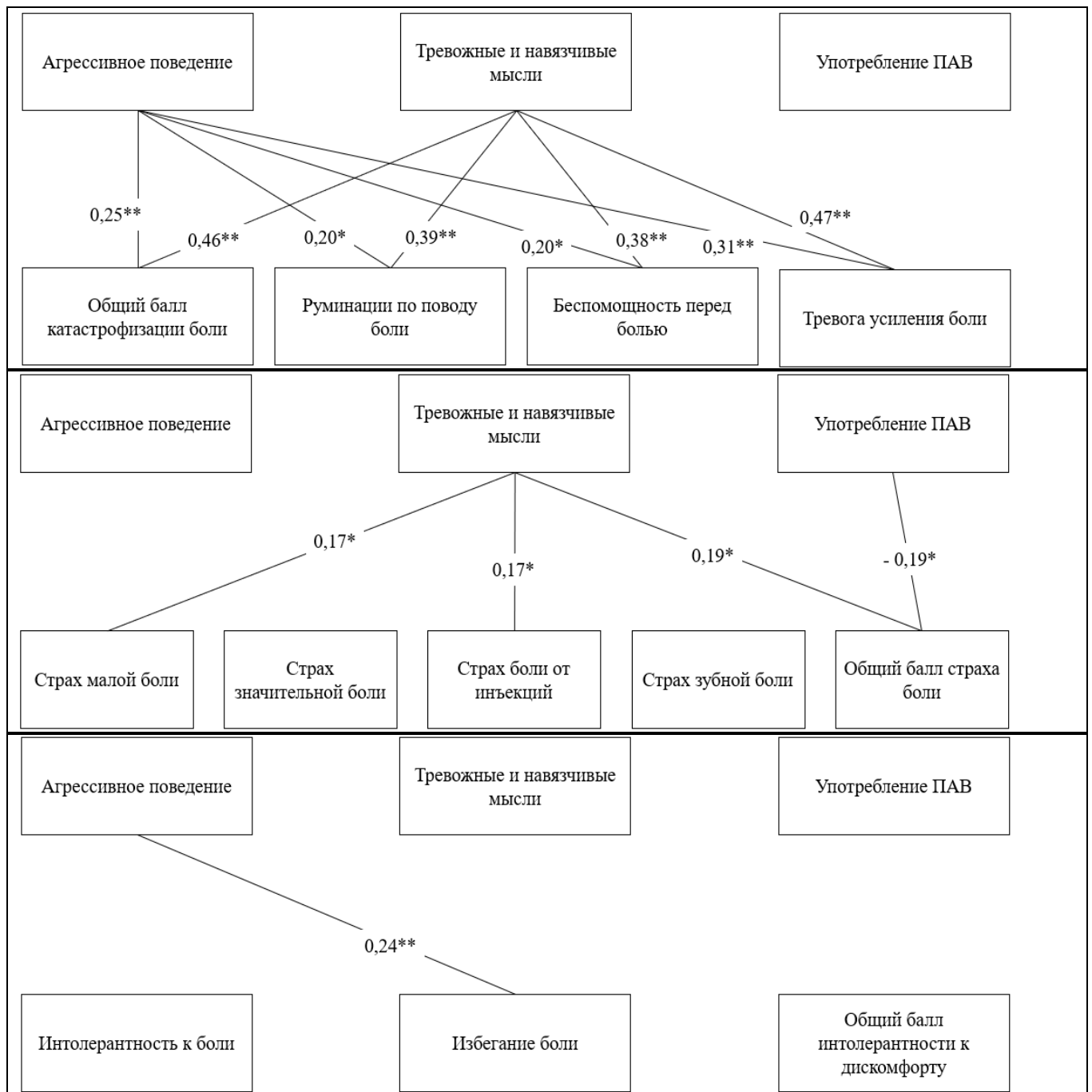


Рисунок 29 - Корреляции отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей с представлениями о своем самочувствии (агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, проблемы с приемом ПАВ) у пациентов с НССП

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Пациенты с НССП, больше жалующиеся на склонность к агрессивным действиям и на тревожные и навязчивые мысли, в большей степени катастрофизируют физическую боль (рисунок 29). При более выраженных жалобах на агрессивное поведение также более явно стремление избегать боль.

Пациенты, в большей степени чувствующие себя обузой, больше жалуются на склонность к агрессивному поведению, тревожные и навязчивые мысли, проблемы с приемом ПАВ. Пациенты с НССП, больше жалующиеся на тревожные и навязчивые мысли, больше боятся боли в целом (общий балл), малой боли и боли от инъекций, в частности. Для пациентов с более выраженным чувством «брошенности» также свойственно большее количество жалоб на тревожные и навязчивые мысли. При большей степени жалоб на употребление ПАВ отмечался более низкий страх боли в целом (общий балл) (рисунок 29).

На рисунке 30 проиллюстрированы данные, показывающие, что пациенты без НССП, больше жалующиеся на агрессивное поведение и тревожные и навязчивые мысли, в большей степени катастрофизируют боль в целом (общий балл), более склонны переживать руминации и тревогу по поводу усиления боли.

Большее признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей также связано с большей степенью чувства беспомощности перед усилением боли. Пациенты, склонные в большей степени признавать факт приема ПАВ, меньше стремятся избегать физического дискомфорта в целом (общий балл) и, в частности, менее интолерантны к физической боли и меньше ее избегают.

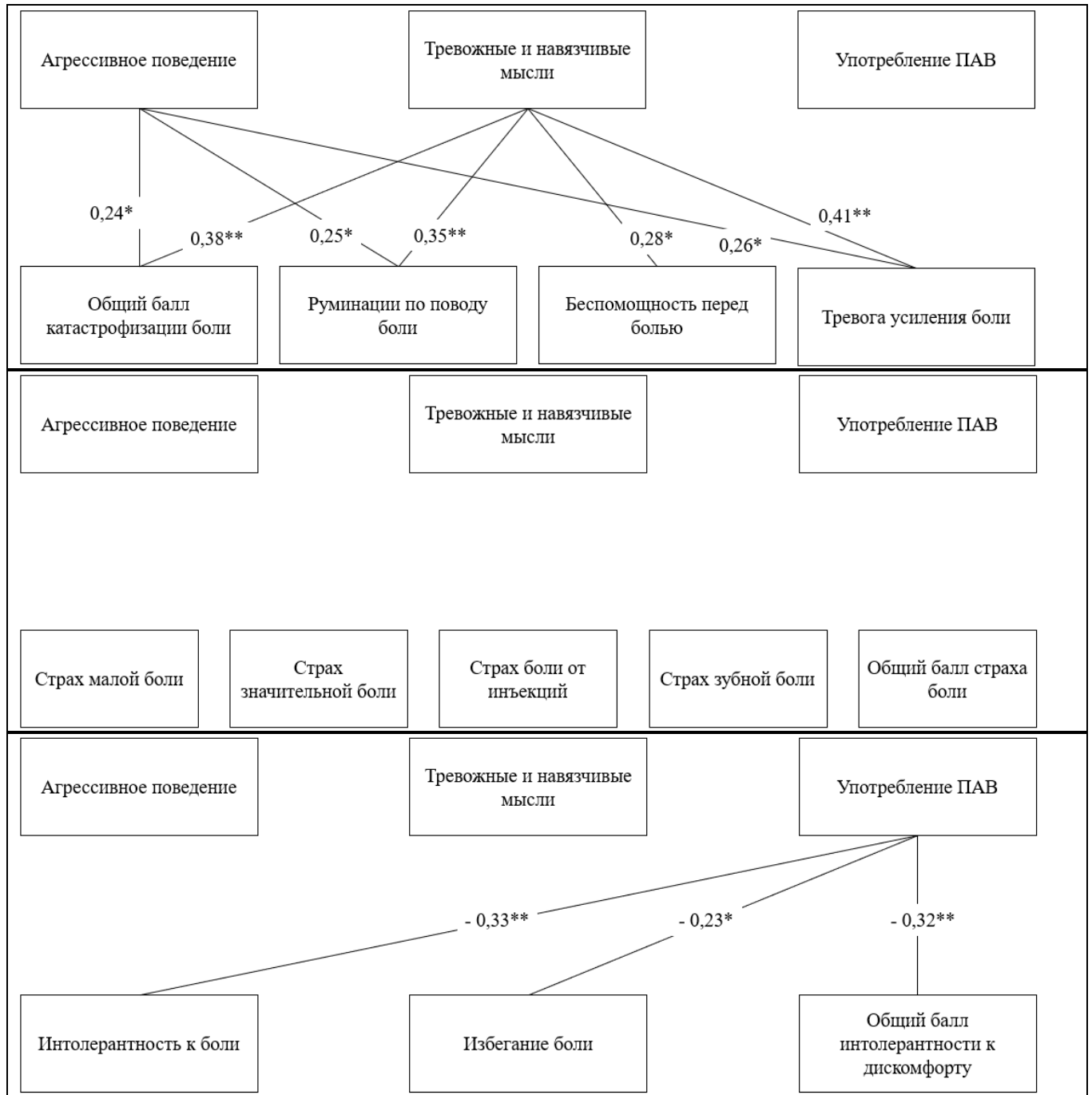


Рисунок 30 - Корреляции отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей с представлениями о своем самочувствии (агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, проблемы с приемом ПАВ) у пациентов без НССП

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Как видно из данных, проиллюстрированных на рисунке 31, респонденты контрольной группы с большим чувством «брошенности» и в большей степени воспринимающие себя как обузу, чаще предъявляют жалобы на агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли.

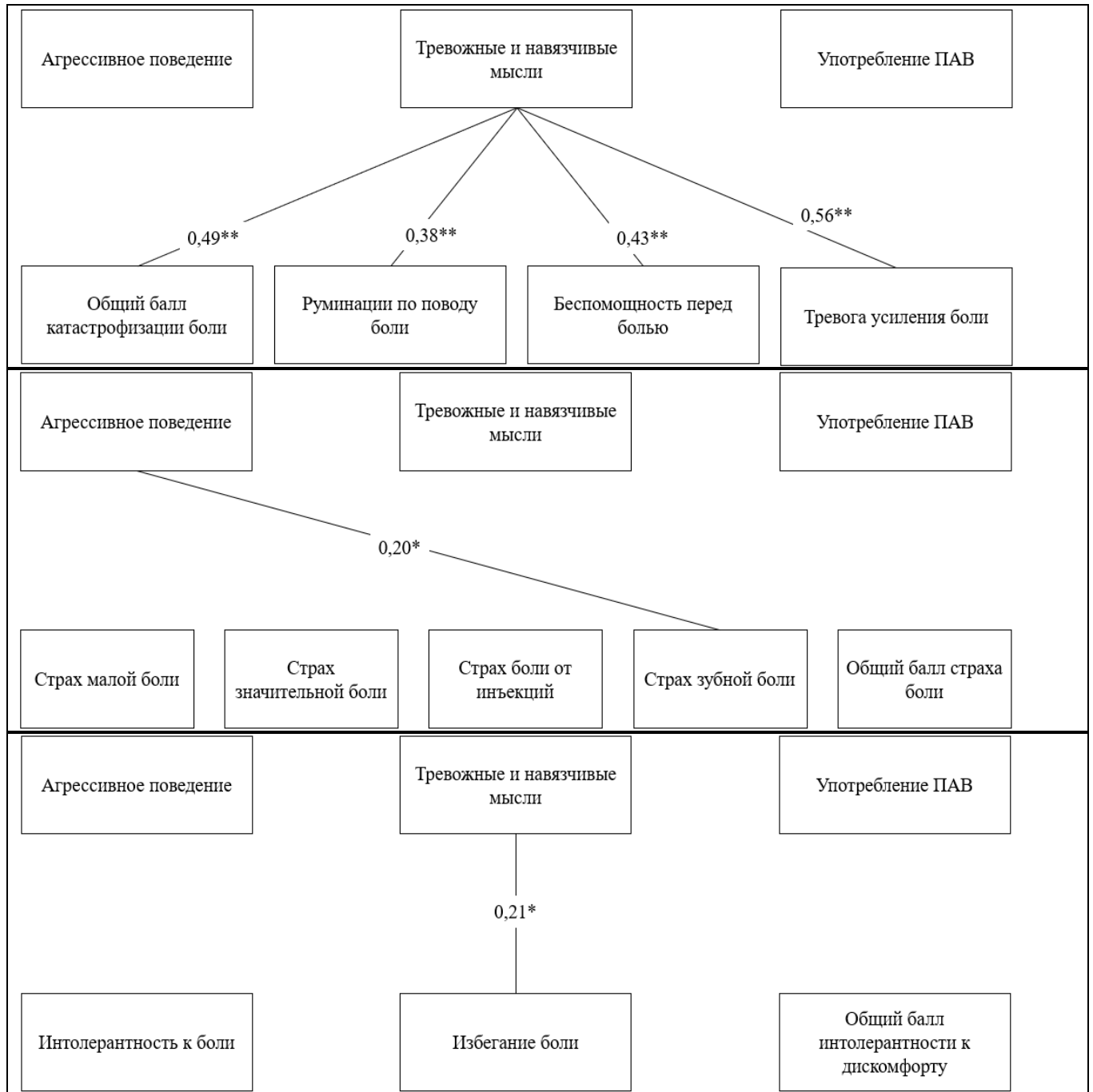


Рисунок 31 - Корреляции отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей с представлениями о своем самочувствии (агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, проблемы с приемом ПАВ) у здоровых лиц

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Повышенный уровень чувства «брошенности» также связан со склонностью больше жаловаться на проблемы в связи с приемом ПАВ. Респонденты с большей степенью жалоб на тревожные и навязчивые мысли больше катастрофизируют боль (руминации, тревога, беспомощность и общий балл), больше боятся боли

(малой, значительной, зубной, от инъекций, общий балл) и больше стремятся ее избегать (рисунок 31). Также отмечается склонность больше жаловаться на агрессивное поведение при большем страхе зубной боли.

Корреляции отношения к боли и фрустрации межличностных потребностей с субъективными жалобами на наличие суицидальных мыслей и признаваемой потребностью в психологической помощи во всех группах представлена в таблице 10.

Таблица 10 - Связь отношения к физической боли и фрустрации межличностных потребностей с представлениями о своем самочувствии (декларация потребности в психологической помощи, суицидальные мысли) в клинических и контрольной группах

Параметры оценки	Декларируемая потребность в психологической помощи			Суицидальные мысли		
	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	,44 **	,43**	,3 **	,27 **	,14	,21*
Беспомощность перед болью	,46 **	,42**	,43 **	,33 **	,29*	,35**
Тревога усиления боли	,43 **	,39**	,37 **	,25 **	,15	,23*
Общий балл катастрофизации боли	,51 **	,47**	,41 **	,33 **	,23*	,3 **
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	-,04	,11	,25 **	-,09	,09	,13
Страх значительной боли	,01	-,09	,17	-,12	-,13	,05
Страх боли от инъекций	-,03	-,07	,08	-,05	,04	,07
Страх зубной боли	-,00	,04	,33**	-,06	,02	,13
Общий балл страха боли	-,02	,01	,28**	-,11	,001	,12
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	-,11	,11	,04	-,19*	,13	-,07
Избегание боли	,03	,07	,22*	-,13	-,02	,14
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	-,04	,11	,18*	-,19*	,06	,06
<i>Опросник межличностных потребностей</i>						
Восприятие себя как обузы	,61 **	,45**	,5**	,5**	,35**	,32**
Чувство «брошенности»	,44 **	,31**	,56**	,31 **	,24*	,42**

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Респонденты всех групп (пациенты с НССП, без НССП и здоровые лица), больше декларирующие потребность в психологической помощи, сильнее

катастрофизируют боль (руминации по поводу боли, беспомощность перед болью, тревога усиления боли, общий балл страха боли), сильнее испытывают чувство «брошенности» и больше воспринимают себя как обузу.

Чувство «брошенности» и восприятие себя обузой также свойственно в большей степени для респондентов всех групп с большим признанием факта наличия суицидальных мыслей. Большее признание факта наличия суицидальных мыслей во всех группах респондентов отмечались при большей катастрофизации боли в целом (общий балл) и большем чувстве беспомощности перед болью, в частности.

Для пациентов с НССП и здоровых лиц характерна большее признание факта наличия суицидальных мыслей при более высоких показателях других элементов катастрофизации боли: руминаций по поводу боли, тревоги усиления боли.

Только у пациентов с НССП при большем признании факта наличия суицидальных мыслей наблюдалась меньшая интолерантность к боли и меньшее стремление к избеганию физического дискомфорта (общий балл).

Только у здоровых лиц большая декларация потребность в психологической помощи наблюдалась при большем страхе боли в целом (общий балл) и страхе малой и зубной боли, в частности. Кроме того, большая декларация потребности в психологической помощи у респондентов данной группы наблюдалась при большем стремлении избегать физический дискомфорт (общий балл) и боль.

3.1.7. Специфика межличностных потребностей, представлений о боли и представлений о собственном самочувствии в исследованных группах пациентов и здоровых лиц: внутригрупповой анализ

В параграфе представлены данные обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127). Пациенты с НССП дополнительно делятся на подгруппы в зависимости от наличия опыта совершения суицидальных попыток (с попытками n=73; без попыток n=75).

3.1.7.1. Пациенты с юношеской депрессией и несуицидальными самоповреждениями

Как показали полученные данные, у пациентов с НССП страх значительной боли ($3,09 \pm 0,91$) значимо выше всех других вариантов страха боли: страха малой боли ($1,61 \pm 0,57$; $r=0,66$; $p<0,001$), боли от инъекций ($1,61 \pm 0,57$; $r=0,66$; $p<0,001$), и общего балла страха боли ($2,18 \pm 0,59$; $r=0,66$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, страха зубной боли ($2,53 \pm 1,01$; $r=0,469$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Следующим по степени выраженности является страх зубной боли ($2,53 \pm 1,01$), который также значимо выше страха малой боли ($1,61 \pm 0,57$; $r=0,66$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,61 \pm 0,57$; $r=0,66$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, общего балла страха боли ($2,18 \pm 0,59$; $r=0,428$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Общий балл страха боли ($2,18 \pm 0,59$) значимо выше страха малой боли ($1,61 \pm 0,57$; $r=0,66$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,61 \pm 0,57$; $r=0,66$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Страх малой боли и боли от инъекций наименее выраженные компоненты страха боли у пациентов с НССП и не различаются значимо между собой ($p>0,05$).

Ведущим компонентом катастрофизации боли у пациентов с НССП являются руминации по поводу боли ($2,16 \pm 1,3$), который значимо выше беспомощности перед болью ($1,87 \pm 1,08$; $r=0,306$; $p<0,001$), тревоги усиления боли ($1,77 \pm 1,09$; $r=0,342$; $p<0,001$) и общего балла катастрофизации боли ($1,93 \pm 1,02$; $r=0,362$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Общий балл катастрофизации боли ($1,93 \pm 1,02$) значимо выше тревоги усиления боли ($1,77 \pm 1,09$; $r=0,226$; $p<0,01$) со слабым размером эффекта и не имеет значимых отличий от беспомощности перед болью ($1,87 \pm 1,08$; $p>0,05$). Тревога усиления боли и беспомощность перед болью значимо не различаются между собой ($p>0,05$).

У пациентов с НССП не выявлено значимых различий между показателями фрустрации межличностных потребностей: чувство «брошенности» ($3,53 \pm 1,39$) не отличается значимо от восприятия себя обузой ($3,34 \pm 1,86$; $p>0,05$).

У пациентов с НССП наиболее выраженным компонентом особенностей представлений о собственном самочувствии является декларация потребности в психологической помощи ($3 \pm 0,74$), имеющим значимо более высокие значения по сравнению с признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,21 \pm 1,07$; $r=0,596$; $p<0,001$) и суицидальных мыслей ($2,69 \pm 1,07$; $r=0,435$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,51 \pm 0,76$; $r=0,6$; $p<0,001$) и эпизодическому употреблению ПАВ ($1,57 \pm 0,71$; $r=0,766$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Срединное положение по степени выраженности занимают признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,51 \pm 0,76$) и признание факта наличия суицидальных мыслей ($2,69 \pm 1,07$), значимо не различающиеся между собой ($p>0,05$). Признание факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,21 \pm 1,07$) значимо ниже признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,51 \pm 0,76$; $r=0,285$; $p<0,001$) со слабым размером эффекта, признание факта наличия суицидальных мыслей ($2,69 \pm 1,07$; $r=0,336$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Признание факта эпизодического употребления ПАВ ($1,57 \pm 0,71$) имеет наименьшую выраженность и значимо ниже признания факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,21 \pm 1,07$; $r=0,473$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,51 \pm 0,76$; $r=0,66$; $p<0,001$) и признания факта наличия суицидальных мыслей ($2,69 \pm 1,07$; $r=0,66$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта.

Для пациентов с НССП характерно более высокое значение по параметру избегания боли ($3,09 \pm 1,28$), нежели по параметру интолерантности к боли ($2,55 \pm 1,42$; $r=0,312$; $p<0,001$) со средним размером эффекта.

Исходя из наличия глубинных различий между пациентами, совершавших и не совершавших суицидальные попытки, целесообразным будет рассмотрение данных подгрупп в отдельности.

Пациенты с юношеской депрессией и несуицидальными самоповреждениями, но без суицидальных попыток.

У пациентов с НССП без суицидальных попыток страх значительной боли ($3,33 \pm 0,86$) значительно выше всех других вариантов страха боли: страха малой боли ($1,7 \pm 0,58$; $r=0,864$; $p<0,001$), боли от инъекций ($1,63 \pm 0,81$; $r=0,817$; $p<0,001$), и общего балла страха боли ($2,32 \pm 0,55$; $r=0,859$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, страха зубной боли ($2,65 \pm 1,01$; $r=0,525$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Следующим по степени выраженности является страх зубной боли ($2,65 \pm 1,01$), который также значительно выше страха малой боли ($1,7 \pm 0,58$; $r=0,752$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,63 \pm 0,81$; $r=0,713$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, общего балла страха боли ($2,32 \pm 0,55$; $r=0,405$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Общий балл страха боли ($2,32 \pm 0,55$) значительно выше страха малой боли ($1,7 \pm 0,58$; $r=0,855$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,63 \pm 0,81$; $r=0,702$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Страх малой боли ($1,7 \pm 0,58$) и боли от инъекций ($1,63 \pm 0,81$) наименее выраженные компоненты страха боли у пациентов с НССП без суицидальных попыток и не различаются значительно между собой ($p>0,05$).

Ведущим компонентом катастрофизации боли у пациентов с НССП без суицидальных попыток являются руминации по поводу боли ($2,28 \pm 1,36$), который значительно выше беспомощности перед болью ($1,92 \pm 1,08$; $r=0,401$; $p<0,001$), тревоги усиления боли ($1,8 \pm 1,15$; $r=0,444$; $p<0,001$) и общего балла катастрофизации боли ($2 \pm 1,08$; $r=0,478$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Беспомощность перед болью ($1,92 \pm 1,08$), тревога усиления боли ($1,8 \pm 1,15$) и общий балл катастрофизации боли ($2 \pm 1,08$) не различаются значительно между собой ($p>0,05$).

Для пациентов с НССП без суицидальных попыток характерно значительно более выраженное чувство «брошенности» ($3,53 \pm 1,32$), нежели восприятие себя как обузы ($3,15 \pm 1,74$; $r=0,246$; $p<0,05$) со слабым размером эффекта.

У пациентов с НССП без суицидальных попыток наиболее выраженным компонентом особенностей представлений о собственном самочувствии является

декларация потребности в психологической помощи ($2,92 \pm 0,69$), имеющим значимо более высокие значения по сравнению с признанием факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,53 \pm 0,75$; $r=0,531$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, признания факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,12 \pm 1,05$; $r=0,648$; $p<0,001$), суицидальных мыслей ($2,44 \pm 1,03$; $r=0,614$; $p<0,001$) и эпизодического употребления ПАВ ($1,47 \pm 0,63$; $r=0,854$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Срединное положение по степени выраженности занимают признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,53 \pm 0,75$) и признание факта наличия суицидальных мыслей ($2,44 \pm 1,03$), значимо не различающиеся между собой ($p>0,05$). Признание факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,12 \pm 1,05$) значимо ниже признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,53 \pm 0,75$; $r=0,376$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, и не имеет значимых различий с признанием факта наличия суицидальных мыслей ($2,44 \pm 1,03$; $p>0,05$). Признание факта эпизодического употребления ПАВ ($1,47 \pm 0,63$) имеет наименьшую выраженность и значимо ниже признания факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,12 \pm 1,05$; $r=0,48$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,53 \pm 0,75$; $r=0,772$; $p<0,001$) и признания факта наличия суицидальных мыслей ($2,44 \pm 1,03$; $r=0,666$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта.

Для пациентов с НССП без суицидальных попыток характерно более высокое значение по параметру избегания боли ($3,32 \pm 1,24$), нежели по параметру интолерантности к боли ($2,89 \pm 1,33$; $r=0,265$; $p<0,05$) со слабым размером эффекта.

Пациенты с юношеской депрессией, несуйцидальными самоповреждениями и суицидальными попытками

У пациентов с НССП с суицидальными попытками страх значительной боли ($2,86 \pm 0,9$) значимо выше всех других вариантов страха боли: страха малой боли ($1,51 \pm 0,55$; $r=0,845$; $p<0,001$); боли от инъекций ($1,43 \pm 0,83$; $r=0,789$; $p<0,001$); и общего балла страха боли ($2,04 \pm 0,59$; $r=0,828$; $p<0,001$) с сильным размером

эффекта, страха зубной боли ($2,41 \pm 1,01$; $r=0,398$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Следующим по степени выраженности является страх зубной боли ($2,41 \pm 1,01$), который также значимо выше страха малой боли ($1,51 \pm 0,55$; $r=0,74$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,43 \pm 0,83$; $r=0,686$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, общего балла страха боли ($2,04 \pm 0,59$; $r=0,457$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Общий балл страха боли ($2,04 \pm 0,59$) значимо выше страха малой боли ($1,51 \pm 0,55$; $r=0,852$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,43 \pm 0,83$; $r=0,706$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Страх малой боли ($1,51 \pm 0,55$) и боли от инъекций ($1,43 \pm 0,83$) наименее выраженные компоненты страха боли у пациентов с НССП с суицидальными попытками и не различаются значимо между собой ($p>0,05$).

У пациентов с НССП и суицидальными попытками не выявлено значимых различий между показателями катастрофизации боли: руминации по поводу боли ($2,04 \pm 1,24$), тревога усиления боли ($1,74 \pm 1,03$), беспомощность перед болью ($1,81 \pm 1,09$) и общий балл катастрофизации боли ($1,87 \pm 0,97$) имеют сопоставимый друг с другом уровень выраженности ($p>0,05$).

У пациентов с НССП и суицидальными попытками не выявлено значимых различий между показателями фрустрации межличностных потребностей: чувство «брошенности» ($3,53 \pm 1,44$) не отличается значимо от восприятия себя обузой ($3,53 \pm 1,98$; $p>0,05$).

Ведущими компонентами особенностей представлений о собственном психологическом неблагополучии у пациентов с НССП и суицидальными попытками являются декларация потребности в психологической помощи ($3,09 \pm 0,79$) и признание факта наличия суицидальных мыслей ($2,96 \pm 1,05$), значимо не различающиеся между собой ($p>0,05$), однако значимо выше прочих параметров. Так, декларация потребности в психологической помощи ($3,09 \pm 0,79$) значимо выше признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,48 \pm 0,77$; $r=0,662$; $p<0,001$), эпизодического употребления ПАВ ($1,67 \pm 0,78$; $r=0,817$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, наличия склонности к агрессивному поведению ($2,29 \pm 1,08$; $r=0,548$; $p<0,001$) со средним размером

эффекта. Признание факта наличия суицидальных мыслей ($2,96 \pm 1,05$) значимо выше признания факта эпизодического употребления ПАВ ($1,67 \pm 0,78$; $r=0,735$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта, наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,48 \pm 0,77$; $r=0,436$; $p<0,001$) и наличия склонности к агрессивному поведению ($2,29 \pm 1,08$; $r=0,414$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,48 \pm 0,77$) и признание факта склонности к агрессивному поведению ($2,29 \pm 1,08$) занимают срединное положение по степени выраженности и значимо не различаются между собой ($p>0,05$). Признание факта эпизодического употребления ПАВ ($1,67 \pm 0,78$) имеет наименьшую выраженность и значимо ниже признания факта наличия склонности к агрессивному поведению ($2,29 \pm 1,08$; $r=0,467$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,48 \pm 0,77$; $r=0,640$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта.

Для пациентов с НССП и суицидальными попытками характерно более высокое значение по параметру избегания боли ($2,85 \pm 1,28$), нежели по параметру интолерантности к боли ($2,21 \pm 1,43$; $r=0,349$; $p<0,05$) со средним размером эффекта.

3.1.7.2. Пациенты с юношеской депрессией без несуйцидальных самоповреждений

У пациентов с юношеской депрессией без НССП страх значительной боли ($3,4 \pm 0,78$) значимо выше всех других вариантов страха боли: страха малой боли ($1,63 \pm 0,59$; $r=0,862$; $p<0,001$), боли от инъекций ($1,65 \pm 0,78$; $r=0,842$; $p<0,001$), зубной боли ($2,47 \pm 0,98$; $r=0,674$; $p<0,001$) и общего балла страха боли ($2,29 \pm 0,53$; $r=0,864$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Следующими по выраженности являются страх зубной боли ($2,47 \pm 0,98$) и общий балл страха боли ($2,29 \pm 0,53$), значимо не различающиеся между собой ($p>0,05$). Страх зубной боли ($2,47 \pm 0,98$) значимо выше страха малой боли ($1,63 \pm 0,59$; $r=0,704$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,65 \pm 0,78$; $r=0,675$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Общий балл страха

боли ($2,29 \pm 0,53$) значимо выше страха малой боли ($1,63 \pm 0,59$; $r=0,854$; $p<0,001$) и боли от инъекций ($1,65 \pm 0,78$; $r=0,724$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Страх малой боли и боли от инъекций наименее выраженные компоненты страха боли у пациентов без НССП и не различаются значимо между собой ($p>0,05$).

Ведущим компонентом катастрофизации боли у пациентов без НССП являются руминации по поводу боли ($1,94 \pm 1,03$), который значимо выше беспомощности перед болью ($1,58 \pm 0,87$; $r=0,437$; $p<0,001$) и общего балла катастрофизации боли ($1,73 \pm 0,83$; $r=0,406$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Тревога усиления боли ($1,74 \pm 0,97$) занимает срединное положение и не имеет значимых различий с иными компонентами катастрофизации боли. Беспомощность перед болью ($1,58 \pm 0,87$) наименее выражена и значимо меньше общего балла катастрофизации боли ($1,73 \pm 0,83$; $r=0,377$; $p<0,01$) со средним размером эффекта.

Для пациентов без НССП характерно значимо более выраженное чувство «брошенности» ($3,4 \pm 1,07$), нежели восприятие себя как обузы ($2,56 \pm 1,38$; $r=0,574$; $p<0,001$) со средним размером эффекта.

Ведущим компонентом особенностей представлений о собственном психологическом неблагополучии у пациентов без НССП являются декларация потребности в психологической помощи ($2,67 \pm 0,66$), который значимо выше признания факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,4 \pm 0,72$; $r=0,383$; $p<0,001$), склонности к агрессивному поведению ($1,92 \pm 0,91$; $r=0,596$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, суицидальных мыслей ($2,09 \pm 0,95$; $r=0,675$; $p<0,001$) и эпизодическому употреблению ПАВ ($1,57 \pm 0,66$; $r=0,777$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Следующий по выраженности компонент - признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей ($2,4 \pm 0,72$) значимо выше признания факта наличия склонности к агрессивному поведению ($1,92 \pm 0,91$; $r=0,474$; $p<0,001$) и суицидальных мыслей ($2,09 \pm 0,95$; $r=0,383$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, эпизодическому употреблению ПАВ ($1,57 \pm 0,66$; $r=0,7$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Срединное положение занимают признание факта наличия склонности к агрессивному поведению ($1,92 \pm 0,91$) и суицидальных

мыслей ($2,09 \pm 0,95$) значимо на различающиеся между собой ($p > 0,05$). Наименьшая выраженность у компонента признания факта эпизодического употребления ПАВ ($1,57 \pm 0,66$) значимо более низкого по сравнению с признанием факта наличия суицидальных мыслей ($2,09 \pm 0,95$; $r = 0,459$; $p < 0,001$) со средним размером эффекта, но не имеющего значимых различий от признания факта наличия склонности к агрессивному поведению ($1,92 \pm 0,91$; $p > 0,05$).

Для пациентов без НССП характерно более высокое значение по параметру избегания боли ($3,37 \pm 1,16$), нежели по параметру интолерантности к боли ($2,58 \pm 1,48$; $r = 0,5$; $p < 0,001$) со средним размером эффекта.

3.1.7.3. Условно здоровые лица

У здоровых лиц страх значительной боли ($3,27 \pm 0,82$) значимо выше всех других вариантов страха боли: страха малой боли ($1,51 \pm 0,53$; $r = 0,712$; $p < 0,001$), боли от инъекций ($1,52 \pm 0,83$; $r = 0,712$; $p < 0,001$), зубной боли ($2,48 \pm 0,95$; $r = 0,643$; $p < 0,001$) и общего балла страха боли ($2,18 \pm 0,54$; $r = 0,712$; $p < 0,001$) с сильным размером эффекта. Следующим по степени выраженности является страх зубной боли ($2,48 \pm 0,95$), который также значимо выше страха малой боли ($1,51 \pm 0,53$; $r = 0,712$; $p < 0,001$) и боли от инъекций ($1,52 \pm 0,83$; $r = 0,696$; $p < 0,001$) с сильным размером эффекта, общего балла страха боли ($2,18 \pm 0,54$; $r = 0,383$; $p < 0,001$) со средним размером эффекта. Общий балл страха боли ($2,18 \pm 0,54$) значимо выше страха малой боли ($1,51 \pm 0,53$; $r = 0,712$; $p < 0,001$) и боли от инъекций ($1,52 \pm 0,83$; $r = 0,711$; $p < 0,001$) с сильным размером эффекта. Страх малой боли и боли от инъекций не различаются значимо между собой ($p > 0,05$).

Ведущим компонентом катастрофизации боли у здоровых лиц являются руминации по поводу боли ($1,53 \pm 0,99$), который значимо выше беспомощности перед болью ($1,23 \pm 0,84$; $r = 0,429$; $p < 0,001$) и общего балла катастрофизации боли ($1,36 \pm 0,93$; $r = 0,386$; $p < 0,001$) со средним размером эффекта. Тревога усиления боли ($1,35 \pm 0,82$) занимает срединное положение и не имеет значимых различий с иными компонентами катастрофизации боли. Беспомощность перед болью

(1,23±0,84) наименее выражена и значимо меньше общего балла катастрофизации боли (1,36±0,93; $r=0,382$; $p<0,001$) со средним размером эффекта.

Для здоровых лиц характерно значимо более выраженное чувство брошенности (2,5±1,01), нежели восприятие себя как обузы (1,4±0,74; $r=0,712$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта.

Ведущими компонентами особенностей представлений о собственном психологическом неблагополучии у здоровых лиц являются признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей (1,91±0,73) и декларация потребности в психологической помощи (1,96±0,69), значимо не различающиеся между собой ($p>0,05$), однако значимо выше прочих параметров с сильным или средним размером эффекта. Так, признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей (1,91±0,73) значимо выше признания факта наличия склонности к агрессивному поведению (1,55±0,67; $r=0,419$; $p<0,001$) и суицидальных мыслей (1,64±0,79; $r=0,35$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, эпизодическому употреблению ПАВ (1,26±0,42; $r=0,677$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Декларация потребности в психологической помощи (1,96±0,69) значимо выше признания факта наличия склонности к агрессивному поведению (1,55±0,67; $r=0,481$; $p<0,001$) и суицидальных мыслей (1,64±0,79; $r=0,523$; $p<0,001$) со средним размером эффекта, эпизодическому употреблению ПАВ (1,26±0,42; $r=0,712$; $p<0,001$) с сильным размером эффекта. Признание факта эпизодического употребления ПАВ (1,26±0,42) значимо ниже признания факта наличия склонности к агрессивному поведению (1,55±0,67; $r=0,379$; $p<0,001$) и суицидальных мыслей (1,64±0,79; $r=0,467$; $p<0,001$) со средним размером эффекта. Признания факта наличия склонности к агрессивному поведению и суицидальных мыслей занимают срединное положение среди компонентов особенностей представлений о собственном психологическом неблагополучии и значимо не различаются между собой ($p>0,05$).

Для здоровых лиц характерно более высокое значение по параметру избегания боли (2,96±1,28), нежели по параметру интолерантности к боли (2,35±1,36; $r=0,420$; $p<0,001$) со средним размером эффекта.

Таким образом, при сравнительном описании групп выявлены следующие различия и закономерности:

1. Страх значительной боли – ведущий компонент страха боли во всех группах ($p < 0,001$), однако в группе пациентов без НССП он максимален ($3,4 \pm 0,78$); а в подгруппе пациентов с НССП и суицидальными попытками – минимален ($2,86 \pm 0,9$), по сравнению с другими группами. У пациентов с НССП в целом и у пациентов с НССП и суицидальными попытками не наблюдается значимых различий по признакам фрустрации межличностных потребностей ($p > 0,05$), в то время как у всех прочих групп чувство «брошенности» значимо выше, чем восприятие себя в качестве обузы ($p < 0,05$).

2. Для всех групп, кроме пациентов с НССП и суицидальными попытками, ведущим компонентом катастрофизации боли являются руминации по поводу боли, значимо выше прочих параметров ($p < 0,05$). У пациентов с НССП и суицидальными попытками не наблюдается значимых различий по компонентам катастрофизации боли ($p > 0,05$).

3. Декларация потребности в психологической помощи является ведущим компонентом представлений о собственном психологическом неблагополучии у пациентов с НССП с попыткой суицида, с НССП без суицида, без НССП, значимо превышая по степени выраженности остальные параметры ($p < 0,05$). При этом у пациентов с НССП и суицидальными попытками наличие суицидальных мыслей занимает вторую ранговую позицию. Наименьшую выраженность во всех группах имеет параметр признания факта эпизодического употребления ПАВ ($p < 0,05$).

4. Для всех групп характерно значимо более высокое значение параметра избегания боли, нежели интолерантности к боли ($p < 0,05$), однако в группе пациентов без НССП расхождение между параметрами максимально ($r = 0,5$), в группе пациентов с НССП без суицидальных попыток минимально ($r = 0,265$), а группа пациентов с НССП и суицидальными попытками занимает срединное положение ($r = 0,349$).

3.2. Обсуждение результатов исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями

Высокая степень актуальности изучения психологических особенностей пациентов с НССП обуславливается не только значимым ростом распространенности данного явления в последние годы среди лиц юношеского возраста, но и существенным влиянием НССП как на суицидальные тенденции, так и на учебно-трудовую адаптацию, интеграцию в общество, общее психологическое благополучие прибегающих к нему лиц, что и обосновывает возрастающий интерес специалистов различных областей науки, включая общую медицину и медицинскую психологию, к данной проблематике (Дарьин, Зайцева, 2023; Евсеев и др., 2024; Бохан и др., 2020; Moloney et al., 2024; He et al., 2024; Calvo et al., 2024). Так, с 2019 по 2025 год наблюдается неуклонный рост количества публикаций в системе PubMed по запросу «NSSI»: от 170 научных работ в 2019 году до 555 в 2025 году, где количество работ в каждом следующем году превышает их количество в предыдущем. К факторам, обеспечивающим не только возникновение и закрепление НССП, но и участвующими в процессе перехода от несуицидальной аутоагрессии к суицидальным действиям, после обобщённого анализа существующих моделей и теорий (Nock, Prinstein, 2004; Joiner, 2005; Rudd et al., 2006; Klonsky, 2007; Бион, 2010; Joiner et al., 2010; Anestis, Joiner, 2011; O'Connor, 2011; Польская, 2017; Klonsky et al., 2017; May, Victor, 2018; Давидовский и др., 2019), можно отнести: особенности представлений о боли, особенности фрустрации межличностных потребностей, особенности представлений о собственному самочувствию. На сегодняшний день наблюдается критическая недостаточность изученности взаимодействия этих групп факторов в контексте проблематики НССП.

В рамках культурно-исторической теории Л.С. Выготского в преломлении к рассмотрению психосоматической проблематики (Тхостов, 1993; Тхостов, 2002; Николаева, Арина, 2003; Зинченко, 2011; Зинченко, 2011; Зинченко, Первичко,

2012; Первичко, 2020), НССП может выступать в качестве «означения» собственного состояния для пациента с депрессией, дополняя тем самым бедную чувственную ткань и формируя целостную структуру внутренней картины болезни.

При интерпретации с позиций теории деятельности А.Н. Леонтьева (Леонтьев, 1959), НССП может являться операцией в структуре деятельности, направленной на решение задачи по купированию аффекта и снятию эмоционального напряжения. В случаях достижения промежуточного успеха (временное облегчение), НССП получает подкрепление и становится «спасательным актом» для пациента. Хотя НССП в данном случае лишь создает иллюзорное чувство контроля над собственным состоянием, такое деструктивный фактор может закрепляться и становиться устойчивым, в том числе и благодаря тому, что исходная кризисная ситуация таким методом не решается и со временем возникает вновь.

Выбор в качестве эмпирической базы настоящего исследования пациентов с юношеской депрессией обосновывается как высокой распространенностью НССП в данной возрастной (Lim et al., 2019; Shorey et al., 2022) и трансонологической (Дарьин, Зайцева, 2023; Plener et al., 2015; Lim et al., 2019) группе, так и высокой степенью коморбидности у данных пациентов НССП и суицидальных тенденций (Laye-Gindhu, Schonert-Reichl, 2005; Liang et al., 2025).

Исходя из указанных положений, целью данного исследования стало выявление психологических особенностей пациентов с юношескими депрессиями и несуйцидальными самоповреждениями и обоснование «мишеней» оказания психологической помощи этим пациентам, а предметом исследования - представления о боли и признаки фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями и опытом несуйцидальных самоповреждений, в сравнении с пациентами с юношескими депрессиями без несуйцидальных самоповреждений и со здоровыми лицами.

При оценке различий между пациентами с юношеской депрессией и условно здоровыми участниками исследования выявлены значимо более высокие

показатели по всем шкалам опросников, отображающих степень «душевной боли» («Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия» и «Опросник межличностных потребностей»), а также по всем субшкалам «Шкалы катастрофизации боли». При этом значимых различий между пациентами с юношеской депрессией и здоровыми лицами по субшкалам опросников, отображающих особенности представлений о боли, выявлено не было. Таким образом, можно предполагать, что особенности представлений о боли не обуславливаются депрессивным состоянием и остаются неизменными, вне зависимости от актуального эмоционального состояния. При этом полученные различия по субшкалам опросника «Шкала катастрофизации боли» объясняются его направленностью на эмоциональный аспект переживания боли, что соотносится и с остальными полученными значимыми различиями. Пациенты, находящиеся в актуальном депрессивном состоянии, испытывают больший уровень «душевной боли» (сочетание интенсивных негативных эмоциональных переживаний), имеют большую фрустрацию межличностных потребностей и сталкиваются с большими переживаниями о своем состоянии, нежели здоровые участники исследования.

Гендерные различия, полученные в контрольной группе (женщины больше, чем мужчины, признавали факт наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей, декларировали большую потребность в психологической помощи; сообщали о большей степени руминаций поводу боли и беспомощности перед болью; о большем страхе малой и значительной боли, боли от инъекций; о большей интолерантности к боли), представляются закономерными. Аналогичные данные имеют широкое представление в научной литературе: при предъявлении сопоставимых болевых стимулов, объективные показатели боли, такие как расширение зрачков, у женщин имеют более высокие значения (Ellermeier, Westphal, 1995). Кроме того, женщины в большей степени склонны фокусироваться на эмоциональном аспекте переживания боли, в то время как мужчины больше фокусируются на физиологическом аспекте (Балашова и др., 2013). Известно, что для женщин в генеральной популяции является характерными более частое сообщение о симптомах депрессии, тревоги, а также

об общем психологическом неблагополучии в целом (Gao, Ping, Liu, 2020). Кроме того, большее признание факта наличия психологического неблагополучия, больший страх боли различного порядка и модальности, а также большее декларирование потребности в психологической помощи среди женской части выборки здоровых лиц могут быть связаны с отсутствием социального порицания в выражении данного типа чувств, формирующего самозапрет на эти переживания (и на их предъявление) у мужской части популяции (Tamres et al., 2002; Marcus et al., 2008).

Важным представляется практически полное отсутствие значимых различий между мужчинами и женщинами в клинических группах. Можно предположить, что влияние фактора наличия аффективного расстройства на восприятие физической боли и психологического неблагополучия имеет большее значение, нежели фактор пола, нивелируя при этом гендерные различия, что может быть связано с возможным снижением стигматизации касательно выражения своих чувств у мужчин в случае наличия аффективного расстройства: депрессивное состояние «дает разрешение» мужчинам признавать и демонстрировать свое психологическое неблагополучие (Townsend et al., 2019).

Вместе с тем, в поле зрения как специалистов сферы ментального здоровья в целом, так и данного исследования в частности, попадают пациенты, способные распознавать и выражать свои переживания, вне зависимости от пола, так как пациенты, на это не способные не обращаются за добровольной психологической и психиатрической помощью (McLean et al., 2011).

Во всех группах респондентов отмечалась ассоциированность большего признания наличия факта эпизодического употребления ПАВ в более старших возрастных категориях испытуемых. Причиной этого могут выступать:

- Постепенность формирования аддикции. У респондентов более младшего возраста прием ПАВ еще не приобрел системный характер, в связи с чем они не сталкивались с его последствиями и не выделяют это в качестве проблемы (Yamada et al, 2015).

- Большая открытость и снижение стигматизации приема ПАВ в старшем возрасте (McCabe et al., 2022). Респонденты младшего возраста

настроены скрывать свой опыт приема ПАВ, тогда как в более старшем возрасте сообщают об этом более открыто.

- Появление и повышение критичности к приему ПАВ. Люди старшего возраста накапливают опыт и сталкиваются с последствиями приема ПАВ как напрямую, так и опосредованно, в связи с чем могут воспринимать это с большей критичностью (Леонова, Бочкарева, 1998).

Важным представляется отсутствие различий особенностей представлений о боли и психологическом неблагополучии в зависимости от возраста. В научной литературе юношеский возраст описывается как кризисный, характеризующейся максимализмом, сензитивностью, сфокусированностью на своих переживаниях (Выготский, 2003; Выготский, 1983; Эльконин, 1989; Обухова, 1996; Лебединский, 2003; Карабанова, 2016; Польская, Власова, 2015; Бардышевская, 2012; Печникова, 2009). Однако информации о динамике различных представлений и личностных черт внутри данного возрастного периода недостаточно. Можно предположить, что эти данные отображают единообразие особенностей представлений о боли и психологическом неблагополучии во всем возрастном диапазоне от 16 до 25 лет.

У пациентов с юношеской депрессией в целом не выявлено значимых различий в степени выраженности признания факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей и эпизодического употребления ПАВ. Однако обе группы значительно отличались по этим показателям от здоровых лиц.

Вероятно, признание факта наличия проблем данных модальностей характерны для всех пациентов с депрессией и не могут рассматриваться как специфичные для пациентов с НССП. Одновременно с этим пациенты с НССП больше говорят о наличии у себя суицидальных мыслей и больше декларируют потребность в психологической помощи.

Учитывая, что в выборке данного исследования количество пациентов с суицидальными попытками и НССП в 4 раза превышало количество пациентов с суицидальными попытками, но без НССП (49% и 12% соответственно), большее признание факта наличия суицидальных мыслей представляется закономерным

результатам и может указывать на достаточный уровень критики к своему состоянию в данной сфере.

Вместе с тем, признание факта наличия суицидальных мыслей, в совокупности с большей декларацией потребности в психологической помощи, могут указывать на дополнительный внутренний психологический механизм НССП: демонстрация степени своего внутреннего страдания и, возможно, запрос о помощи. В контексте данного предположения НССП можно рассматривать как попытки, с одной стороны, привлечь внимание к своему состоянию, с другой стороны, – невербализованно сообщить о степени собственного психологического неблагополучия (Польская, Мельникова, 2023; Каледа и др., 2020).

Таким образом, допустимо предположить, что НССП является попыткой облегчения или разрешения сопряженных с депрессивным состоянием переживаний. Являясь внешним, более заметным для самого пациента и окружающих проявлением проблемы, оно облегчает означение своего состояния в целом (Тхостов, 2002) как проблемного, требующего помощи. Современные социальные представления, транслируемые в литературе и медиапространстве, тесно связывают депрессивное состояние с самоповреждениями как своеобразным метафорическим подтверждением серьезности и тяжести состояния.

Наличие самоповреждений доказывает самому человеку и окружающим, что заболевание действительно существует и является клинической проблемой (Тхостов и др., 2023). Для пациентов недоступны вовсе или же доступны в меньшей степени иные способы совладания и регуляции эмоционального состояния, что вынуждает их признавать потребность в помощи и запрашивать её. Конечно, это также сопряжено и с признанием собственной беспомощности и ограничений в контексте контроля своей жизни и состояния.

Кроме того, НССП может способствовать «наполнению» чувственной ткани внутренней картины болезни при депрессии, добавляя телесную симптоматику к аффективному расстройству. Учитывая, что чувственная ткань депрессии достаточно бедная, НССП может быть рассмотрено как способствующее «дотраиванию» целостной внутренней картины болезни при депрессии.

Пациентам с юношеской депрессией в целом в большей степени свойственна катастрофизация боли. Они чаще испытывают тревожные мысли по поводу возможного усиления болевых ощущений, испытывают руминации по поводу боли, а также чаще испытывают беспомощность перед болью, по сравнению с группой условно здоровых лиц. В научной литературе имеются данные, согласно которым для пациентов с депрессией характерна как катастрофизация происходящих кризисных событий в целом, так и катастрофизация боли в частности (Кутлубаев, Ахмадеева, 2015). Неотъемлемым компонентом катастрофизации любого явления, отличающим его от проблемного или кризисного, является объективная или субъективная неспособность индивида успешно повлиять на ситуацию. Возможно, что пациенты с юношеской депрессией склонны больше катастрофизировать боль вследствие как реального, так и мнимого снижения способности и истощения ресурсов для совладания с такими переживаниями. Вне зависимости от разницы масштабов опыта переживания болевых ощущений у пациентов с НССП и без НССП, между этими группами, согласно полученным данным, отсутствовали значимые различия в степени катастрофизации боли, что может указывать на аффективную обусловленность данного типа переживаний. Соответственно, склонность к катастрофизации боли может являться частным случаем склонности к катастрофизации как искажению мышления при депрессиях в целом, как уже отмечалось ранее другими исследователями (Beck et al, 2024).

Альтернативная ситуация отмечается в отношении страха значительной боли: пациенты с НССП, имеющие более богатый опыт переживания боли, боятся ее в меньшей степени, чем пациенты без НССП. Этот результат можно рассмотреть как в контексте «Межличностной теории суицидального поведения» (Joiner et al., 2010), так и в рамках более поздних развившихся на её основании теорий и моделей: «Трехступенчатая теория» (3ST) (Klonsky, Saffer, Bryan, 2018), «Интегрированная мотивационно-волевая модель» (O'Connor, Kirtley, 2018), Теория «текучей уязвимости» (Rudd et al., 2006). Данные теории декларируют принцип приобретенной способности к суициду, формирующейся путем снижения страха перед болью и смертью благодаря частым соприкосновением с

соответствующими стимулами, в том числе НССП, что, учитывая в 4 раза превосходящее количество пациентов с суицидальными попытками и сниженном страхе значительной боли у пациентов с НССП, подтверждается данными нашего исследования.

В этом контексте особый интерес представляет тот факт, что при НССП у пациентов склонность к катастрофизации боли проявляется одновременно с низким уровнем страха значительной боли. Можно предполагать, что общая склонность к катастрофизации (как эмоциональных переживаний, так и неприятных физических ощущений) проявляется у пациентов с НССП в опасениях, что их переживания станут непереносимыми и могут выйти (или уже вышли) из-под контроля (Beck et al., 2011).

Психологический и клинический смысл данного рассогласования (высокая катастрофизация при низком страхе боли) связан с различием содержания и возможности контроля болезненных ощущений. Пациенты с НССП испытывают страх по поводу возможной боли, как «душевной», так и физической, которую в силу ее гипотетичности они никак не смогут контролировать.

Физическая боль, наносимая пациентами самим себе, по определению является контролируемой, из-за чего у них может формироваться стремление причинять себе физическую контролируемую боль, замещая ею воображаемую неконтролируемую, поскольку страх, вызываемый болью воображаемой, является более непереносимым чувством, нежели страх реальной боли, что находит подтверждение как в научной литературе (Квашина, 2009), так и согласно результатам нашего исследования – катастрофизация отличается от восприятия ситуации как проблемной именно отсутствием элемента контроля, в связи с чем высокие значения катастрофизации боли одновременно со сниженным значением её страха подтверждает описанное ранее предположение.

В случае, если страх физической боли ниже, осуществление самоповреждений способно привести ощущение контроля над своей жизнью и состоянием, зачастую недостаточное у пациентов с аффективными расстройствами. Ощущение «душевной боли», отображающее степень психологического неблагополучия, представляется пациентам более критическим,

вследствие чего, после исчерпания возможности избегания страдания, они стремятся заменить её на боль физическую (Скрябин и др., 2020). Эти результаты согласуются с рационально-эмотивно-поведенческим подходом А. Эллиса, в соответствии с которым убеждения о непереносимости страдания и интолерантности к дистрессу относятся к ключевым иррациональным убеждениям (Эллис, 2002).

В целом, полученные результаты являются хотя и не прямым, но, тем не менее, достаточно убедительным эмпирическим доказательством гипотетического конструкта о возможной защитной (совладающей) функции самоповреждений в структуре депрессивных расстройств. Данные результаты подтверждают четвертое положение, вынесенное на защиту в данном диссертационном исследовании в части, касающейся протективной роли НССП: Несуицидальные самоповреждения при юношеских депрессиях могут рассматриваться в качестве дисфункциональной стратегии совладания с негативными интенсивными и субъективно непереносимыми эмоциональными переживаниями, инициируемой возникновением мыслей о возможной эффективности несуйцидальных самоповреждений и закрепляемой вследствие переживания чувства эмоционального облегчения, а также за счет возможной социальной выгоды и иллюзии обретения контроля над собственным состоянием.

Безусловно, способ подмены воображаемого на реально контролируемое физическое действие является достаточно архаичным методом совладания, однако в перспективе сиюминутного решения он обладает определенным ресурсом. Это также объясняет отмеченное в литературе снижение НССП с возрастом (Дарьин, Зайцева, 2023) или в связи с развитием более развитых и сложных способов совладания.

Немаловажной в контексте развития более зрелых защитных механизмов психики является межличностная сфера. Так, в нашем исследовании выявлено, что наибольшая выраженность фрустрации межличностных потребностей (восприятие себя как обузы и чувство «брошенности») у пациентов с НССП, промежуточное значение у пациентов без НССП и минимальное у здоровых лиц. Эти признаки фрустрации межличностных потребностей у пациентов с НССП

образуют специфическое сочетание с минимальным по сравнению с другими группами значением страха значительной боли и может рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуицидальных самоповреждений при юношеских депрессиях, что подтверждает первое положение, вынесенное на защиту в данном диссертационном исследовании: наличие специфического сочетания фрустрации межличностных потребностей, усиливающей убеждения о беспомощности и приводящей к социальной изоляции, и снижения страха боли, в том числе и вследствие осуществления НССП, отличает пациентов с юношескими депрессиями и несуицидальными самоповреждениями от пациентов с юношескими депрессиями, но без опыта несуицидальных самоповреждений, и может рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуицидальных самоповреждений при юношеских депрессиях.

Антивитальные стремления могут возникать из-за чувства отчуждения («брошенности») от других людей и восприятия себя как обузы (Horowitz, Stermac, 2017), что соотносится с тем фактом, что в группе пациентов с НССП одновременно и наибольшая выраженность данных переживаний, наименьший страх значительной боли и самое большое количество суицидальных попыток.

Фрустрация межличностных потребностей, возможно, является ранним аппликатором возникновения и закрепления НССП. Кроме того, наличие НССП в картине заболевания само по себе может являться фактором инвалидизации, усиливая восприятие себя как обузы.

Депрессивные состояния сами по себе имеют инвалидизирующее значение, так как препятствуют обыденной жизнедеятельности, однако, как видно из полученных в ходе нашего исследования эмпирических данных (меньшее значение восприятия себя обузой у пациентов с депрессией без НССП в отличие от пациентов с депрессией и НССП), в меньшей степени. Это может объясняться как отсутствием внешних (физических) проявлений состояния у пациентов без НССП (что способствует меньшей отчужденности от других людей), так и тем, что пациенты с более нарушенными межличностными отношениями более склонны к самоповреждениям. Кроме того, у пациентов с юношеской депрессией без НССП часто наблюдается и соматизация как механизм психологической

защиты и симптомообразования, что выражается в возникновении у них психосоматических симптомов, что наглядно можно увидеть в клинической иллюстрации № 3 (приложение 4 к данной работе). Можно предположить, что при депрессивных состояниях более высокий уровень социализации может выступать в качестве фактора протекции от аутоагрессивных тенденций (Польская и др., 2024).

Пациенты с депрессивными состояниями без аттенуированной психотической симптоматики в большей степени признают факт наличия склонности к агрессивному поведению, эпизодического употребления ПАВ, суицидальных мыслей, а также в большей степени декларируют потребность в психологической помощи, нежели пациенты с депрессиями с аттенуированной психотической симптоматикой. Данные результаты подтверждают второе положение, вынесенное на защиту: при наличии аттенуированной психотической симптоматики, пациенты с юношеской депрессией реже сообщают о наличии суицидальных мыслей и реже декларируют наличие потребности в психологической помощи, по сравнению с пациентами без аттенуированной психотической симптоматикой в картине болезни.

С одной стороны, это может объясняться характерными чертами процессуальных расстройств, свойственных пациентам с аттенуированной психотической симптоматикой, а именно меньшей критичностью к себе и своему состоянию и параноидальными тенденциями, формирующими склонность скрывать специфику самочувствия (Тиганов и др., 2012).

С другой стороны, это может быть связано с тем, что у пациентов без аттенуированной психотической симптоматики данная симптоматика проявляется более явно, и они в большей степени сфокусированы на взаимодействии с другими людьми, вследствие чего получают от них обратную связь о своем состоянии. Пациенты без аттенуированной психотической симптоматики более осведомлены о специфике своего состояния и более нацелены на его изменение.

Специфические показатели представлений о боли обнаружены у пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой и НССП. Данная группа продемонстрировала меньший страх значительной боли, нежели группа

пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой без НССП, в то время как у пациентов без аттенуированной психотической симптоматики подобных различий не наблюдалось (DeWall, Baumeister, 2006). Данный результат нашел свое отражение в третьем положении, выносимом на защиту. Можно предположить, что страх боли выступает фактором протекции от НССП только если связанные с эмоциональным неблагополучием предикторы иерархически менее значимы.

Пациенты без аттенуированной психотической симптоматики более сфокусированы на своем психологическом неблагополучии, больше жалуются на него, в связи с чем страх боли для них, возможно, и начинает играть недостаточно важную роль, что приводит к невозможности противодействовать возникновению и продолжению НССП.

Фрустрация межличностных потребностей (восприятие себя как обузы и переживание чувства «брошенности») связаны со склонностью к катастрофизации боли, большим признанием факта наличия суицидальных мыслей и большей декларацией потребности в психологической помощи у пациентов с НССП и здоровых лиц, в то время как у пациентов без НССП отмечается связь лишь между восприятием себя как обузы и склонностью к катастрофизации (на уровне статистической тенденции).

У пациентов с НССП и у здоровых лиц эти связи объясняются взаимодействием фрустрации межличностных потребностей с переживанием беспомощности и тревогой усиления боли. Отмечаются также корреляции фрустрации межличностных потребностей с большим признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей. Можно предположить, что независимо от наличия депрессивного расстройства или НССП для лиц юношеского возраста в целом в случае невозможности опереться на себя или на близких (из-за восприятия себя как обузы и наличия чувства «брошенности») свойственно при переживании субъективного неблагополучия, требующего помощи, воспринимать физическую боль как менее контролируемую и бояться ее усиления, что подтверждается полученными данными. У пациентов без НССП данная связь статистически слабее, что может быть связано с их

большей сфокусированностью на внутренних переживаниях, в связи с чем представления о собственном самочувствии и о фрустрации межличностных потребностей могут быть менее дифференцированными.

Представление о боли как о катастрофичной (непереносимой и неконтролируемой) не является специфичным для пациентов с НССП и прослеживается у всех лиц юношеского возраста одновременно с ростом психологического неблагополучия, что подтверждается выявленными корреляционными связями.

Однако у пациентов с НССП эта связь затрагивает большее количество элементов и дополнительно связана с уменьшением стремления избегать боль и оценку собственной чувствительности к ней как более низкую (менее сензитивную), что подтверждает роль НССП как дезадаптивной копинг-стратегии, увеличивающей со временем и степень психологического неблагополучия, и вероятность совершения суицидальной попытки. Одновременно больше катастрофизируя боль, пациенты с НССП начинают меньше её избегать, в следствии чего с большей «легкостью» могут совершить в будущем суицидальную попытку.

Данное наблюдение подчеркивает важность межличностной сферы и адаптивной связи со значимыми людьми в контексте психологического благополучия молодых людей. Полученные результаты указывают, что при большей степени фрустрации межличностных потребностей возрастает и степень катастрофизации боли у здоровых лиц и пациентов с НССП, в связи с чем допустимо предположить, что неудовлетворенность межличностных потребностей в юношеском возрасте выступает не только фактором риска субъективного неблагополучия, но и сопряжена с катастрофизацией тягостных физических ощущений.

Можно предполагать, что при фрустрации межличностных потребностей люди тяжелее переносят физическую боль. Более того, у них возможен более высокий риск соматизации. Интересно, что это соответствует данным исследований отношения к экспериментальной боли, в которых было установлено, что в случае присутствия рядом с испытуемым значимого близкого

человека боль переносилась легче, а её интенсивность и тяжесть оценивались как менее ощутимые (Che et al., 2018).

В ходе проведенного исследования не обнаружено значимых различий между пациентами с НССП и суицидальными попытками в прошлом и пациентами с НССП, но никогда не совершавших суицидальных попыток по показателям, отвечающим за формирование «желания» уйти из жизни (чувство «брошенности», восприятие себя как обузы, субъективно-признаваемая неудовлетворенность собственным самочувствием). Единственное выявленное различие, касающееся негативных представлений о самочувствии, относится к признанию факта наличия суицидальных мыслей, что представляется закономерным результатом: пациенты, уже совершавшие суицидальную попытку и знающие, что они способны на это, а также продолжающие испытывать «душевную боль» и сниженный фон настроения вследствие депрессии, охотнее признают суицидальные мысли проблемой и сообщают о них. Иными словами, респонденты обеих клинических групп испытывают сопоставимый уровень «душевной боли», что может быть одним из ключевых элементов возникновения суицидальных мыслей и стремления к нанесению НССП. Однако, как и описывается в интерперсональной модели суицидального поведения (Joiner, 2005), наличия исключительно «нежелания жить» недостаточно для совершения суицидальной попытки.

Интересно, что в группе пациентов с НССП и суицидальными попытками показатели, отвечающие за способность совершения суицида, значимо отличаются от показателей пациентов с НССП, но без суицидальных попыток в анамнезе, а именно: пациенты с суицидальными попытками меньше боятся боли, менее интолерантны к физическому дискомфорту и меньше стремятся его избегать. Эти данные могут иметь двоякую интерпретацию.

С одной стороны, они могут подтверждать тезис о том, что снижение страха боли до определенной границы делает возможным совершение суицидальной попытки. В таком случае допустимо рассматривать НССП как метод снижения сензитивности по отношению к неприятным и болезненным физическим ощущениям, что подтверждает сложившийся взгляд на несуйцидальные

самоповреждения как «подготовку к суициду» (Joiner et al., 2010; Klonsky, Saffer, Bryan, 2018; O'Connor, Kirtley, 2018; Rudd et al., 2006). Отсутствие различий катастрофизации боли, вероятно, объясняется постоянным соприкосновением с болью респондентов обеих групп посредством НССП (Зинчук и др., 2020). Так, фундаментальное отличие кризисного переживания от катастрофического именно в отсутствии элемента контроля в последнем, а НССП хоть и носят часто аддиктивный характер, наносятся осознанно и контролируются.

Однако, с другой стороны, нельзя исключить, что выявленные различия возникли не как предикторы суицидальной попытки, а вследствие таковой. Переживания крайне травмирующих и болезненных ощущений вследствие попытки повешения, отравления, нанесения глубоких порезов или иных способов самоубийства сами по себе могли видоизменить как болевой порог пациента, так и выраженность его страха перед болью и смертью (Чистопольская, Ениколопов, 2025).

Интересным представляется факт отсутствия значимых различий по показателям, отображающим степень фрустрации межличностных потребностей, а также особенности представлений о боли и своем самочувствии, среди респондентов с НССП в зависимости от выявленной степени тяжести самоповреждений. Вероятно, представления о боли и фрустрация межличностных потребностей не видоизменяются в зависимости от степени тяжести НССП. Можно предположить, что для пациентов важен сам факт означения своего состояния (Тхостов, 2002), а выраженность НССП будет зависеть от иных внешних и внутренних факторов.

Для оценки значения критерия степени тяжести самоповреждений, группа пациентов с НССП была разделена на две подгруппы: пациенты с суицидальными попытками в прошлом и пациенты без таковых. Установлено, что среди совершавших суицидальные попытки пациентов больше тех, кто наносит НССП тяжелой степени и меньше наносящих НССП легкой степени тяжести. Полученный результат соотносится с ранее описанным: пациенты с НССП и суицидальными попытками в прошлом испытывают меньший страх значительной боли, менее интолерантны к физическому дискомфорту и меньше склонны его

избегать, в связи с чем у них и может наблюдаться такое распределение степеней тяжести НССП (Зотов и др., 2022). Если представлять формирование суицидальных тенденций как континуум, в котором НССП выступает в роли метода десенсибилизации физической боли, закономерно предполагать, что при формировании способности совершить суицидальную попытку происходит утяжеление выраженности наносимых НССП.

Одновременно с этим, нельзя исключать обратную причинно-следственную связь. Снижение страха перед болью могло произойти у пациентов в результате совершенной суицидальной попытки. В пользу этого предположения говорит и то, что при проведении однофакторного дисперсионного анализа, в котором в качестве фактора рассматривалась степень тяжести НССП, не выявлено значимых различий по шкалам опросников изучаемых параметров (таблица 7, параграф 3.1.5. данной работы). Иными словами, пациенты, наносящие самоповреждения различной степени тяжести, испытывают сопоставимые уровни «душевной боли» и страха физической боли, в связи с чем более вероятным предиктором утяжеления НССП, по нашему мнению, представляется именно опыт совершения суицидальной попытки. Безусловно, данная гипотеза требует дополнительной проверки, что может быть целью будущих исследований. Одним из анализируемых критериев может выступить, например, продолжительность совершения НССП, не рассматриваемая в нашем исследовании.

Данные о связи фрустрации межличностных потребностей с признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей у пациентов с НССП и у здоровых лиц позволяют предположить, что межличностная сфера в норме также связана с конкретными проявлениями нарушений эмоциональной регуляции, как интрапунитивными (тревожность), так и экстрапунитивными (агрессия). Этот результат согласуется с гипотезой, что фрустрация межличностных потребностей является фактором риска нарушения регуляции эмоций и эмоциональной регуляции поведения в конкретных ситуациях в целом.

Особый интерес представляет тот результат, что у пациентов без НССП переживание чувства «брошенности» не связано с катастрофизацией боли, а

также не отмечается связи между фрустрацией межличностных потребностей и тревогой усиления боли, беспомощностью перед болью, признанием факта наличия тревожных и навязчивых мыслей и склонности к агрессивному поведению, но присутствует связь с меньшим страхом значительной боли и избеганием боли.

Можно предполагать, что у здоровых лиц фрустрация межличностных потребностей связана с большим признанием факта наличия различных психических симптомов, включая суицидальные мысли, и катастрофизацию боли, что провоцирует страх потери контроля над болью (как «душевной», так и физической). Также допустимо предположить, что у пациентов с юношеской депрессией это может привести к возникновению НССП как формы совладания с интенсивным негативным эмоциональным состоянием по типу самостоятельно вызванной (т.е. иллюзорно контролируемой) физической боли или агрессивного поведения.

Ситуация интенсивного негативного эмоционального переживания воспринимается ими как выходящая из-под контроля, и они стремятся вернуть переживание контроля над происходящим благодаря собственному девиантному поведению (человек выступает «автором» дальнейших событий).

У пациентов без НССП фрустрация межличностных потребностей также распространена и связана с общим благополучием, но, по-видимому, не провоцируют катастрофизации боли, переживания потери контроля и столь интенсивного желания его вернуть через контролируемые внешние действия (агрессивные, самоповреждающие).

Можно предполагать, что при НССП фрустрация межличностных потребностей приводят к катастрофизации в отношении «душевной» и физической боли и, как следствие, желанию вернуть переживание контроля любым, даже разрушительным способом. В то время как у пациентов без НССП фрустрация межличностных потребностей не сопряжена с переживанием потери контроля и именно поэтому не провоцируют немедленных экстремальных действий по его иллюзорному возвращению.

Следует отметить, что у пациентов без НССП фрустрация межличностных потребностей также связана с более низкой выраженностью страха значительной боли и избегания боли. Можно предположить, что хотя в этой группе фрустрация межличностных потребностей не провоцируют катастрофизации, но в случае повышения интенсивности этих переживаний способствуют восприятию физической боли как скорее приемлемой. Иными словами, при экстремально выраженном одиночестве и субъективном разрыве с другими людьми риск перехода к НССП повышается и у лиц без такого поведения в прошлом, поскольку они «перестают» испытывать страх выраженной физической боли.

У респондентов всех групп наблюдалась тенденция больше декларировать потребность в психологической помощи, в большей степени признавать факт наличия тревожных и навязчивых мыслей и суицидальных мыслей при большей катастрофизации боли (руминации по поводу боли, беспомощность перед болью и тревога усиления боли).

У пациентов с НССП и без НССП тревога усиления боли также связана с большим признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению. В целом катастрофизация боли предполагает нарастание тревоги, поэтому данный результат закономерен. Интересно, однако, отметить, что при юношеских депрессиях катастрофизация боли может быть сопряжена с признанием агрессивного, а не только самоповреждающего поведения. Тем не менее, возможно, что речь идет не о собственно агрессивном поведении, а склонности пациентов вследствие наличия высокого уровня тревоги более широкий круг своих действий интерпретировать как агрессивные.

Страх боли у здоровых лиц связан с большим признанием факта наличия тревожных и навязчивых мыслей и с большей декларацией потребности в психологической помощи. Косвенно этот результат может свидетельствовать о том, что страх физической боли в норме выступает в качестве «защитного» механизма, способствующего признанию психологических трудностей и обращению за помощью.

Интересно, что у пациентов без НССП склонность к избеганию физической боли связана с меньшим признанием факта употребления ПАВ. Можно

предположить, что у пациентов без НССП, не прибегающих к «экстремальному» способу регуляции своего эмоционального состояния при помощи НССП, негативное интенсивное эмоциональное состояние связано с риском регуляции своего самочувствия при помощи ПАВ. Однако интолерантность к негативному физическому состоянию и избегание боли препятствуют использованию ПАВ для регуляции своего состояния в связи с отсроченными негативными физическими последствиями.

С опорой на полученные в ходе исследования эмпирические данные, а также по результатам проведенных клинических интервью, нами выделены клиничко-психологические признаки, характерные для представителей изученных групп.

Так, нами показано, что для пациентов с юношеской депрессией и НССП характерны конфликтные, ненадежные взаимоотношения с окружающими людьми и членами семьи. Зачастую они не могут выстраивать доверительные романтические отношения и, в следствии этого, либо вообще их избегают, либо строят краткосрочные связи. Межличностное взаимодействие характеризуется повышенной чувствительностью к отвержению и социальной тревожностью. В анамнезе часто прослеживаются нарушения привязанности или специфические паттерны детско-родительских отношений, где эмоции ребенка обесценивались или игнорировались. В результате формируется убеждение, что открытое выражение чувств небезопасно или бесполезно, что подталкивает к использованию тела как единственного доступного канала для коммуникации своего страдания. Так, в эмпирической части исследования получены данные, согласно которым в группе пациентов с юношескими депрессиями и НССП не обнаруживается значимых различий по показателям фрустрации межличностных потребностей, что характерно для пациентов с юношеской депрессией без НССП и для здоровых лиц, согласно полученным нами данным. При этом показатели, свидетельствующие о высокой выраженности чувства «брошенности» и восприятия себя в качестве обузы, в этой группе максимальны. Вероятно, пациенты данной группы сталкиваются с наибольшими препятствиями для выстраивания доверительных отношений с другими людьми, вследствие чего, они

не могут запросить помощь и поддержку социально приемлемыми способами и прибегают к НССП.

Стоит также отметить и ограниченность эмпатии, заикленность на собственных переживаниях и сниженную способность к сопереживанию, сочетающиеся при этом со склонностью к манипулированию другими людьми. Эмоционально-личностная сфера характеризуется неустойчивостью представлений о себе и мире, часто с дихотомическим восприятием собственных черт и компенсаторно завышенной самооценкой; инфантильностью и склонностью к демонстративному поведению. В эмоциональной сфере таких пациентов доминирует не столько классическая тоска, сколько мучительное чувство внутреннего напряжения, «душевной боли» или эмоционального онемения. Ведущим аффектом часто выступает дисфория, сопровождающаяся интенсивным чувством вины, стыда и глубокой самонеприязнью. Самоповреждение в данном контексте выполняет функцию патологического копинга: оно служит инструментом для мгновенной редукции непереносимого эмоционального аффекта или способом «переключения» с «душевной боли» на физическую. Так, часто воспринимая себя в негативном ключе по целому ряду критериев (интеллект, внешность, характер и др.), пациенты часто испытывают крайне высокую потребность во внимании и признании со стороны других людей, готовы добиваться его широким перечнем методов, в том числе выходящих за границу социально-приемлемых, и испытывая крайне высокую степень фрустрации в случае неуспеха.

Кроме того, часто наблюдается отчужденность от собственного тела с дисморфобическими идеями, алекситимией, позиционированием тела как «объекта» или «инструмента», что в том числе может сочетаться с явлениями деперсонализации, встречающимися в картине юношеской депрессии. Наблюдается выраженная депрессивная триада, с негативными оценками себя, мира и будущего (Beck et al., 2011), с преимущественной направленностью на собственную личность. Пациенты демонстрируют жесткие установки самокритики и перфекционизма, сочетающиеся с ощущением собственной дефектности и инаковости. Мышление часто ригидно, с выраженной склонностью к руминациям

— повторяющимся навязчивым размышлениям о своих неудачах и страданиях, что в совокупности с алекситимией затрудняет вербализацию переживаний и поиск конструктивной поддержки.

За счет взаимодействия описанной симптоматики, помимо НССП, в картине заболевания часто возникают и расстройства пищевого поведения, склонность к бодимодификациям (пирсинг, татуировки и иное) и к аддиктивному поведению. Общее психологическое неблагополучие сопровождается и идеями несостоятельности и малоценности, вследствие чего значительно затруднена учебная и рабочая адаптация. Подобные паттерны поведения можно наблюдать и в клинической иллюстрации № 1, приведенной в приложении 2 к данной работе.

Отдельно стоит отметить свойственные пациентам данной когорты незрелость защитных механизмов психики, крайне сниженную способность к саморегуляции аффекта, высокую склонность к импульсивным действиям при низкой способности оценивать и просчитывать их последствия. Поведенческий аспект отражает выраженную импульсивность на фоне сниженного волевого контроля. Несуицидальные самоповреждения (порезы, ожоги, удары) часто носят эпизодический, но при этом циклический характер. После акта самоповреждения пациент испытывает кратковременное облегчение и чувство контроля над ситуацией, однако за этим неизбежно следует новый виток стыда и самобичевания, что замыкает «порочный круг».

Таким образом, данный клинический портрет описывает личность с глубокой эмоциональной дисрегуляцией, для которой физическая агрессия, направленная на себя, становится парадоксальным способом самосохранения и временной стабилизации психического состояния в условиях депрессивного эпизода, но при этом ухудшая его общее состояние в долгосрочной перспективе.

Для пациентов с юношеской депрессией, несуйцидальными самоповреждениями, опытом совершения суицида и высоким суицидальным риском характерна выраженная депрессивная триада: идеаторная заторможенность, процесс мышления характеризуется аффективной заторможенностью и специфической «туннельностью»: пациент фиксирован на идеях собственной нечемности, бесперспективности будущего и неразрешимости

текущих проблем. С позиций когнитивно-поведенческого подхода, наиболее типичными когнитивными ошибками будут сверхгенерализация (единичная неудача воспринимается как тотальный крах) и дихотомическое мышление («все или ничего»). Прошлый опыт оценивается исключительно в негативном ключе, а будущее видится как череда неизбежных страданий. Подобная симптоматика явственно прослеживается и в клинической иллюстрации № 2, представленной в приложении 3 к данной работе.

Эмоционально-личностный профиль отличается высокой реактивной и личностной тревожностью, а также глубоким чувством социальной изоляции. Ключевым компонентом является феномен «душевной боли», которая становится непереносимой. У таких пациентов часто наблюдается дефицит эмоциональной регуляции: они не обладают достаточным набором копинг-стратегий для преодоления стресса, что делает суицид в их восприятии единственным доступным способом прекращения страдания. Аутоагрессивные тенденции могут маскироваться под поведенческие нарушения или злоупотребление психоактивными веществами.

Важной чертой является нарушение идентичности. В юношеском возрасте, когда основной задачей является самоопределение, депрессия парализует этот процесс. Пациент испытывает глубокий затяжной кризис самооценки, сопровождающийся чувством вины перед родителями или обществом за свою «недостаточность». Наблюдается феномен «отчуждения»: пациент чувствует себя отделенным от сверстников и семьи (референтных групп), что усиливает чувство социального одиночества даже при формальном наличии контактов.

Так, исходя из анализа полученных в ходе исследования эмпирических данных, можно заключить, что у данной группы пациентов недифференцированы параметры катастрофизации боли (руминации по поводу боли, тревога усиления боли, беспомощность перед болью), а параметры фрустрации межличностных потребностей (чувство «брошенности», восприятие себя обузой) приравнены, чего не наблюдается в других группах, где руминации по поводу боли значимо выше прочих параметров катастрофизации боли, а чувство «брошенности» значимо выше восприятия себя в качестве обузы (кроме группы пациентов с

НССП в целом, что объясняется статистическим влиянием включения в данную группу пациентов с НССП и суицидальными попытками). Вероятно, данные результаты отображают общую трудность идентификации собственных переживаний у данной когорты пациентов, что, в свою очередь, может увеличивать суицидальный риск.

Поведение пациентов зачастую характеризуется либо постепенным снижением социальной активности и сужением круга социальных контактов, либо внезапными периодами ажитации, «взбудораженности» или, в некоторых случаях, «абсолютного спокойствия», что может указывать на принятие окончательного решения о совершении суицидальной попытки. Суицидальный замысел часто вызван не только желанием смерти, но и протестом против невыносимых жизненных обстоятельств или стремлением манипулировать значимым окружением для получения помощи, которую пациент не может попросить вербально. Так, пациенты не столько хотят собственной смерти, сколько стремятся к прекращению страданий, что, в случае субъективной оценки своих жизненных обстоятельств как крайне негативных и, главное, неразрешимых, и приводит их к мыслям о суициде.

В межличностных отношениях прослеживается высокая чувствительность к отвержению и труднопереносимость конфликтов в микросоциальной среде (семья, близкие люди, романтические партнеры). Часто выявляется паттерн амбивалентности: острая нужда в привязанности при одновременном избегании близких отношений, в том числе через разрыв уже сложившихся значимых социальных связей, что зачастую бывает вызвано страхом быть непонятыми или отверженными.

Для пациентов с юношеской депрессией без НССП, в отличие от пациентов с НССП, характерна соматизация их состояния. Так, значительно чаще наблюдаются ипохондрические идеи и такие психосоматические явления, как головные боли напряжения, ощущение «кома в горле», головокружения неопределенного генеза, «ипохондрия сна» и другие. Аналогичные «телесные симптомы» наблюдаются и в клинической иллюстрации № 3, представленной в приложении 4 к данной работе.

В этом контексте интересно, что именно в данной группе пациентов наблюдается наибольшее значение страха значительной боли и максимальное расхождение избегания и интолерантности к боли. Можно предположить, что при депрессии пациент стремится найти физические проявления своей болезни, «опредметить» собственные тягостные переживания. В то время как часть пациентов реализует это через нанесение НССП, а другая – через сфокусированность (вплоть до ипохондрической фиксации) на своем физиологическом состоянии, в связи с чем и может возникать повышенный страх боли, в последующем выступающий в роли протективного фактора от возникновения НССП.

Характерно сужение диапазона аффективного реагирования: пациент перестает получать удовольствие от привычных занятий и хобби (ангедония), проявляет безучастность к событиям в семье и среди сверстников. При этом отсутствие самоповреждающего поведения может быть связано с сохранностью волевого контроля над импульсами или выраженной астенизацией, когда у подростка попросту нет «энергетического ресурса» для активных действий.

Пациенты жалуются на трудности с концентрацией внимания, «туман в голове» и невозможность усваивать учебный материал. Самооценка носит неустойчивый характер с тенденцией к самообвинению в «лени» и «бесполезности», что усиливает депрессивную триаду. Отсутствие суицидальных попыток в данном случае часто подкрепляется морально-этическими установками или тесными привязанностями, которые выступают в роли антисуицидальных факторов.

Социальное функционирование претерпевает значительные изменения через добровольную самоизоляцию. Юноши и девушки в этом состоянии склонны минимизировать контакты, объясняя это быстрой утомляемостью и ощущением своей неинтересности для окружающих. Взаимодействие с миром переносится в пассивные формы досуга (бесцельный просмотр контента, сон). Взаимодействие с другими людьми характеризуется скорее наличием социальных страхов, отсутствием инициативы, общим избеганием. Таким образом, для пациентов с юношеской депрессией без НССП ведущим компонентом фрустрации

межличностных потребностей является наличие чувства «брошенности», проявляющееся в отчужденности и изолированности от других людей. Механизмы взаимодействия компонентов фрустрации межличностных потребностей не видоизменяются по сравнению со здоровыми лицами, однако степень фрустрации возрастает.

Важной чертой является диссоциация между объективными достижениями в прошлом и субъективным ощущением полного жизненного краха в настоящем. Кроме того, отмечается крайне выраженная сфокусированность на переживаниях прошлого, навязчивые мысли, в том числе контрастного содержания. Помимо этого, признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей значимо выше иных признаков психологического неблагополучия.

Соматический компонент проявляется в виде нарушений цикла «сон — бодрствование» (преимущественно гиперсомния — патологическая сонливость), снижения аппетита и разнообразных психосоматических жалоб на фоне общей витальной нестабильности. Данный портрет отражает «тихую» депрессию, которая часто остается незамеченной специалистами и родителями из-за отсутствия протестного поведения, что требует особой бдительности в диагностическом процессе.

Стоит также отметить, что у пациентов с НССП и суицидальными попытками наименьший уровень страха среди всех изученных групп, а признание факта наличия суицидальных мыслей сопоставимо с декларацией потребности в психологической помощи, чего не наблюдается у других изученных пациентов с юношеской депрессией.

Выводы по главе 3

1. Среди здоровых лиц девушки в большей степени, чем юноши, признают факт наличия склонности к агрессивному поведению, навязчивых мыслей, в большей степени декларируют потребность в психологической помощи; в большей степени испытывают руминации по поводу боли и беспомощность перед болью; испытывают больший страх малой и значительной боли, боли от инъекций; а также интолерантность к боли. Среди пациентов с юношеской депрессией гендерные различия в представлениях о боли и собственном состоянии практически не выражены.

2. Представления о боли, восприятие себя в качестве обузы для других и наличие чувства «брошенности» практически не связаны с возрастом как в группах пациентов с юношескими депрессиями (с НССП и без НССП), так и в группе здоровых лиц. Однако во всех группах респонденты с увеличением возраста чаще говорят о проблемах с приемом ПАВ.

3. Такие представления о собственном самочувствии, как признание факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей, эпизодического употребления ПАВ, суицидальных мыслей, а также декларация потребности в психологической помощи у пациентов с НССП и у пациентов без НССП выше, чем у здоровых лиц. При этом пациенты с НССП в большей степени декларируют потребность в психологической помощи и признают факт наличия суицидальных мыслей, чем пациенты без НССП.

4. По сравнению со здоровыми лицами, пациенты с НССП и пациенты без НССП имеют более высокие показатели катастрофизации боли (руминации по поводу боли, беспомощность перед болью и тревога усиления боли). При этом пациенты с депрессией, сопровождаемой НССП, испытывают меньший страх значительной боли, чем пациенты с депрессией без НССП. Полученные данные могут рассматриваться в качестве эмпирического доказательства защитной функции несуйцидальных самоповреждений, направленных на совладание с гипотетической неконтролируемой «душевной болью», путем замещения ее на контролируемую физическую боль. Пациенты с НССП используют

дисфункциональную и саморазрушительную стратегию совладания с негативным интенсивным эмоциональным состоянием, которая не приводит к эффективному решению проблем, а приносит лишь временное облегчение, закрепляя повторяющиеся эпизоды самоповреждения путем негативного подкрепления. Полученные данные являются хотя и косвенным, но, при этом, достаточно убедительным эмпирическим доводом в пользу теоретического представления о защитной функции НССП, выполняющих роль дезадаптивной копинг-стратегии для совладания с архаическим страхом потери контроля над собственной жизнью и состоянием.

5. Обнаружена связь между неудовлетворенностью межличностных потребностей, склонностью к катастрофизации боли и более негативными представлениями о собственном самочувствии у пациентов с НССП и у здоровых лиц. У пациентов без НССП прослеживается связь между фрустрацией межличностных потребностей и большим признанием факта наличия суицидальных мыслей, а также большим декларированием потребности в психологической помощи.

6. Пациенты с НССП в максимальной степени переживают чувства «брошенности» и того, что являются обузой для других. Эти переживания, хотя и в меньшей степени, характерны для пациентов без НССП и наименее типичны для здоровых лиц.

7. Пациенты без аттенуированной психотической симптоматики в большей степени признают факт наличия склонности к агрессивному поведению, эпизодическое употребление ПАВ, суицидальных мыслей и в большей степени декларируют потребность в психологической помощи, по сравнению с пациентами с аттенуированной психотической симптоматикой.

8. У пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой страх значительной боли при наличии НССП ниже, чем при отсутствии НССП, чего не отмечается у пациентов без аттенуированной психотической симптоматики.

9. Не обнаружено значимых различий по показателям «душевной боли», отвечающим за формирование желания совершить суицид, между пациентами с суицидальными мыслями, несуйцидальным самоповреждением и без

суицидальных попыток в прошлом, а также пациентами с суицидальными мыслями, несуйцидальным самоповреждением и суицидальными попытками в анамнезе.

10. У пациентов с несуйцидальным самоповреждением и совершавших ранее суицидальные попытки обнаружен меньший страх малой и значительной боли, меньшая интолерантность к физическому дискомфорту и меньшие тенденции к его избеганию, нежели у пациентов с несуйцидальным самоповреждением и без суицидальных попыток.

11. Фрустрация межличностных потребностей у пациентов с НССП и у здоровых лиц связаны большей катастрофизацией боли (тревога усиления боли и беспомощность перед болью) и с большим признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей, суицидальных мыслей, с большим декларированием потребности в психологической помощи. В то же время, у пациентов без НССП фрустрация межличностных потребностей тесно связана с большим признанием факта наличия суицидальных мыслей и большим декларированием потребности в психологической помощи.

Заключение

Изучение механизмов, лежащих в основе НССП, является крайне важной и актуальной задачей. С точки зрения практической медицины и клинической психологии, требуется исследование комплексного влияния данного феномена на качество жизни и течение психических расстройств, имеющих у лиц с самоповреждениями; с точки зрения фундаментальной науки, необходимо изучение особенностей процессов формирования, закрепления и хронификации НССП, которые затрагивают практически каждый элемент психической сферы индивида. Поэтому детальное, всестороннее изучение данной проблемы может позволить существенно расширить представления как о функционировании отдельной личности пациентов с юношескими депрессиями, как с опытом совершения НССП, так и без такого опыта. В настоящее время в современной научной литературе выделен ряд важных теоретических концепций о влиянии когнитивного дефицита и интерперсональных факторов на формирование и закрепление НССП у пациентов, страдающих юношескими депрессиями. Данное исследование позволило комплексно изучить эти особенности и представить оригинальную клинико-психологическую схему формирования и хронификации НССП при юношеских депрессиях.

Схема включает в себя предрасположительно-факторные – социальные, гендерные, клинические, а также факторы, участвующие в формировании эмоциональной уязвимости: психическое состояние, система убеждений, особенности регуляторной сферы, интерперсональные особенности, отношение к физической боли.

Кроме того, выявлены факторы предрасположения к совершению НССП, а также описаны подкрепляющие последствия длительного периода аутоагрессивных действий, участвующие в хронификации несуицидального самоповреждения.

Согласно представленной клинико-психологической схеме формирования и закрепления несуицидальных самоповреждений, НССП при юношеских депрессиях могут быть описаны как формирующиеся на фоне общей

эмоциональной уязвимости личности в качестве дисфункциональной стратегии совладания с интенсивным негативным эмоциональным состоянием.

Это состояние воспринимается как непереносимое и поддерживается благодаря подкрепляющим последствиям, таким как изменение физиологического состояния, эмоциональное облегчение, получение непосредственной выгоды и поддержки, означение своего заболевания, иллюзорное ощущение контроля.

Таким образом, триггером, вызывающим импульсивное желание совершения несуицидальных самоповреждений, являются предвосхищающие мысли о том, что такое поведение может выступать способом совладания или контроля, что способствует реализации намерения при последующей актуализации разрешающих мыслей.

Полученные в данном исследовании результаты подтверждают гипотезу о том, что нарушенные интерперсональные факторы (восприятие себя как обузы и чувство «брошенности») и снижение страха перед физической болью выступают факторами возникновения и закрепления НССП.

Показано, что интерперсональные факторы способствуют актуализации убеждений о непереносимости острого эмоционального состояния и разрешающих мыслей, а сниженный страх физической боли актуализирует разрешающие мысли о предпочтительности НССП как способа совладания с данными эмоциями.

Полученные нами результаты подтверждают роль этих факторов в возникновении и закреплении несуицидального самоповреждения. Это дает основание предполагать, что данный феномен следует необходимо учитывать при выборе «мишеней» психотерапевтического вмешательства.

Целесообразным представляется мультидисциплинарный подход к решению проблемы НССП у пациентов с юношескими депрессиями, который следует реализовывать на разных уровнях взаимодействия с пациентами и их окружением.

Изучение обстоятельств, при которых происходит фрустрация или самозапрет первоначальной стратегии совладания, а затем замена ее на

дезадаптивную, может стать предметом будущих исследований и расширить представления о сложноструктурированном феномене НССП.

В настоящее время ведется подготовка полученного теоретического и практического материала к публикации в психообразовательном формате для пациентов и их окружения. Подобная информация будет использована для улучшения понимания пациентами и их родственниками сложившихся проблем, повышения комплайенса, решения задач по работе с социумом, в котором существуют пациенты с НССП.

На основании полученных эмпирических данных, подтверждающих специфику представлений о физической боли и позволяющих рассматривать НССП как дезадаптивную стратегию совладания и регуляции аффекта, предлагаются следующие практические рекомендации для психотерапевтической работы.

Практические рекомендации для психотерапевтической работы с пациентами с юношескими депрессиями

Первичная профилактика НССП включает широкое просвещение о способах выражения эмоций и методах совладания со стрессом. Программы обучения навыкам эмоциональной саморегуляции в образовательных учреждениях должны быть направлены на формирование у лиц юношеского возраста адаптивных стратегий совладания до того, как они столкнутся с серьезными кризисами. Важной задачей является снижение стигматизации психических расстройств, что повысит вероятность своевременного обращения за психотерапевтической помощью. Контроль за доступом лиц юношеского возраста к медиаконтенту, который может романтизировать НССП, также относится к превентивным мерам первичной профилактики.

Основная цель вторичной профилактики заключается в раннем выявлении психологических проблем, предотвращение закрепления НССП и минимизация возможного вреда. Этот процесс начинается с активного скрининга и диагностики в основных группах риска. Ключевым элементом является раннее вмешательство,

которое включает в себя краткосрочную терапию, направленную на стабилизацию состояния. На этапе вторичной профилактики крайне важна работа по выявлению индивидуальных факторов провокации: ситуаций, мыслей или чувств, которые являются фактором predisпозиции. На данном этапе проводится обучение базовым навыкам саморегуляции, таким как техники «заземления» и переключения внимания, позволяющие пережить выраженный негативный аффект без причинения себе вреда. Вторичная профилактика часто включает работу с ближайшим окружением пациента для коррекции реакций семьи на эпизоды самоповреждения, такие как стремление к гиперконтролю поведения пациента или, наоборот, полное игнорирование проблемы.

Наиболее важными аспектами терапии НССП при юношеских депрессиях являются: психотерапевтическая программа, содержащая индивидуализированные техники, позволяющие развить навыки планирования, контроля импульсов, совладания с тревогой и включающая также работу с навязчивыми мыслями с помощью адаптивных и функциональных методик в сочетании с развитием иерархически более зрелых механизмов совладания.

В соответствии с предложенной схемой возникновения и закрепления НССП, одним из важнейших компонентов работы с пациентами данной когорты, касающихся проблемы НССП, является психообразование пациентов и их окружения с вовлечением клинических психологов, лечащих врачей-психиатров и социальных работников.

Психотерапевтическая работа с пациентами с НССП должна строиться как на купировании эмоциональной уязвимости, нивелируя тем самым predisпозиционные факторы, так и на иерархическом развитии сложных стратегий совладания и создании диапазона реагирования – системы, благодаря которой индивид имеет множественные пути решения и противостояния негативным внешним воздействиям. Безусловно, такая система также требует и долгосрочного горизонта планирования, развития способности к оперированию, которые являются неотъемлемой частью психотерапевтического процесса.

Психотерапевтический процесс в первую очередь должен быть сфокусирован на расширении репертуара стратегий регуляции эмоций. Рассматривая НССП как дезадаптивный способ совладания с «душевной болью», основной задачей становится обучение пациента навыкам дистресс-толерантности. Психотерапевту необходимо обучить пациента распознавать ранние маркеры нарастающего эмоционального напряжения до того, как оно станет субъективно «непереносимым». Работа направлена на замену физического акта самоповреждения альтернативными техниками (например, методом «ледяной воды», интенсивными физическими упражнениями или практиками осознанности), которые позволяют пережить пик аффекта без нанесения физического вреда своему телу. Кроме того, важным дополнением, повышающим эффективность психотерапевтического процесса, является вовлечение семейной системы и учет особенностей коммуникации со сверстниками. НССП часто несет в себе манипулятивную функцию, а также выступает в роли метода патологической коммуникации, нацеленной на «призыв о помощи», в связи с чем семейная психотерапия должна быть направлена на изменение паттернов взаимодействия. Работа с родителями пациентов должна включать в себя психообразовательные элементы, направленные на снижение уровня стигматизации и «инвалидирующих» реакций (обесценивание чувств пациента). В формате семейного взаимодействия фокус внимания должен смещаться с контроля за самим фактом совершения самоповреждений на развитие навыков валидации и создание эмоционально безопасной среды, где пациент может открыто заявлять о своей «душевной боли» без страха осуждения. Коммуникация со сверстниками требует отдельного внимания, так как в юношеской среде НССП может приобретать характер «социального заражения» или способа подтверждения принадлежности к референтной группе. Психотерапевтическая работа в данном направлении должна быть направлена на развитие у пациента способностей к критическому анализу социального окружения и развитие навыков асертивного поведения.

Особое внимание следует уделить работе со страхом потери контроля. Поскольку самоповреждение выступает компенсаторным механизмом в ответ на этот страх, терапия должна быть направлена на укрепление чувства агентности и автономии пациента. Важно структурировать терапевтическую среду, делая её предсказуемой, и совместно с пациентом разрабатывать детальные планы безопасности (crisis plans). Это снижает потребность в использовании деструктивных методов для обретения иллюзорного чувства контроля над своим состоянием.

Учитывая выявленное снижение страха перед физической болью у данной когорты пациентов, традиционные методы когнитивного оспаривания, апеллирующие к «инстинкту самосохранения» или «страху повреждений», могут оказаться неэффективными. Психотерапевт должен понимать, что физическая боль для таких пациентов не является сдерживающим фактором, а иногда воспринимается даже как облегчение. В связи с этим акцент в психотерапевтической работе стоит сместить с обсуждения физических последствий на исследование эмоционального дефицита и поиск функциональных ценностей, реализации которых препятствует НССП.

Отдельной группой, требующей пристального внимания, являются пациенты, имеющие в анамнезе и НССП, и суицидальные попытки. Согласно результатам исследования, минимальный уровень страха перед болью у этой группы свидетельствует о высокой степени «привыкания» к боли, что указывает на наличие «приобретенной способности» к суициду и является серьезным предиктором повторных попыток. При работе с этой когортой необходимо проводить регулярный мониторинг суицидального риска с использованием специализированных шкал. Психотерапевтическая стратегия здесь должна быть максимально директивной в вопросах безопасности: первоочередной целью становится отказ от НССП, так как оно выступает фактором привыкания к боли и снижает естественный барьер перед совершением суицидального действия.

Индивидуальный формат работы направлен на проработку психотравматичного опыта, формирования личного плана безопасности,

мониторинга суицидального риска и анализа индивидуальных факторов провокации. Здесь происходит основная работа по поиску функциональных ценностей и «контейнированию» эмоций.

Групповой формат работы наиболее эффективен для отработки коммуникации со сверстниками и освоения техник стрессоустойчивости. Групповая психотерапия позволяет пациентам увидеть, что не они одни сталкиваются с переживанием «душевной боли», что позволяет восстановить чувство принадлежности с референтной группой (снизить чувство «брошенности») и, тем самым, снизить вероятность НССП. Важно учитывать, что в рамках групповой психотерапии должны быть установлены обязательные правила, препятствующие десенсибилизации физической боли у других участников, например, запрет на демонстрацию шрамов или обсуждения способов самоповреждения.

На первом этапе психотерапевтической работы основной задачей является отказ от НССП, так как они являются фактором снижения страха смерти, боли и болевого порога. На этом этапе преобладает директивный стиль, устанавливаются строгие границы, работа ведется преимущественно индивидуально. На втором этапе фокус внимания смещается на развитие эмоциональной саморегуляции и развитие навыков межличностного взаимодействия, наибольшая эффективность будет достигаться в рамках групповой психотерапии и семейных сессий для перестройки системы коммуникации. Завершающий этап должен быть направлен на закрепление новых способов совладания, пациент обучается совладать с жизненными трудностями без возврата к самоповреждению, осознавая свои эмоциональные уязвимости, регулировать аффективные колебания адаптивными способами.

В целом, терапевтический альянс должен строиться на безоценочном принятии опыта «душевной боли» пациента, при одновременном соблюдении жестких границ в отношении самоповреждающих действий, переводя фокус внимания с физического акта на вербализацию и «контейнирование» субъективно непереносимых переживаний.

Таким образом, полученные результаты обладают высокой практической и теоретической значимостью, подчеркивают важность учета параметров «душевной боли», представленных внутренней картиной болезни и спецификой нарушений интерперсональных потребностей, при выстраивании индивидуализированных психотерапевтических программ по работе с пациентами с несуицидальными самоповреждениями и опытом совершения суицидальных попыток. Полученные данные указывают на возможность применения скрининговых методик оценки отношения к боли, чувствительности к физическому дискомфорту и стремления его избежать в прогностических целях при формировании исследовательских групп и психотерапевтических программ для оценки профиля пациентов по степени суицидального риска. При рассмотрении категории доступности средств совершения суицида, немаловажным является и рассмотрение личностных параметров способности его совершения. Так, опираясь на описанные внутренние механизмы формирования антивитаальных тенденций, возможно конструировать наиболее эффективные методы интервенций.

Выводы

1. Группа пациентов с юношеской депрессией в целом отличается от здоровых участников исследования более частыми сообщениями о наличии тревожных и навязчивых мыслей, суицидальных мыслей, эпизодического употребления ПАВ; более частым признанием у себя склонности к агрессивному поведению; большей декларацией потребности в получении психологической помощи; наличием таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как выраженное переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы; большей степенью катастрофизации боли и отсутствием гендерных различий в представлениях о боли.

2. Пациенты с юношеской депрессией и опытом несуйцидальных самоповреждений отличаются от пациентов с юношеской депрессией без несуйцидальных самоповреждений меньшим страхом значительной боли, большим декларированием наличия потребности в психологической помощи и большей констатацией факта наличия суицидальных мыслей, также они более склонны воспринимать себя в качестве обузы для других; и от группы здоровых лиц – большей катастрофизацией боли (руминации по поводу боли, беспомощность перед болью и тревога усиления боли), более частым признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению, наличия тревожных и навязчивых мыслей, суицидальных мыслей, эпизодического употребления ПАВ, а также большим декларированием потребности в получении психологической помощи. Они, в отличие от здоровых лиц, в большей степени чувствуют себя обузой и «брошенными».

3. При наличии аттенуированной психотической симптоматики пациенты с юношеской депрессией реже сообщают об эпизодическом употреблении ПАВ, о наличии суицидальных мыслей; реже декларируют наличие потребности в психологической помощи, по сравнению с пациентами без аттенуированной психотической симптоматики в картине болезни, при общем снижении критичности к своему состоянию.

4. Пациенты с юношеской депрессией и опытом несуицидальных самоповреждений при наличии аттенуированной психотической симптоматики имеют менее выраженный страх боли, в сравнении с пациентами с юношеской депрессией и аттенуированной психотической симптоматикой, но без несуицидальных самоповреждений.

5. Пациенты с юношеской депрессией с опытом несуицидальных самоповреждений, но без опыта совершения суицидальных попыток, отличаются от пациентов с юношеской депрессией и опытом суицидальных попыток наличием более выраженного страха боли, более низкой переносимостью дискомфорта и большей склонностью к его избеганию.

6. Во всех группах участников исследования фрустрация межличностных потребностей (переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы) связана с катастрофизацией боли, однако именно при депрессиях с несуицидальными самоповреждениями эта связь носит глобальный характер, охватывая все компоненты катастрофизации боли (руминации по поводу боли, и беспомощность перед болью, тревога усиления боли), что на фоне выявленного сочетания наибольшей степени фрустрации межличностных потребностей и наименьшего страха значительной боли может свидетельствовать о формировании специфической психологической готовности причинять себе физическую боль с целью компенсации вызванной глубокой социальной дезадаптацией «душевной боли» и может рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуицидальных самоповреждений при юношеских депрессиях.

7. Несуицидальные самоповреждения при юношеских депрессиях могут рассматриваться в качестве дисфункциональной стратегии совладания с негативными интенсивными и субъективно непереносимыми эмоциональными переживаниями, которая инициируется мыслями о возможной эффективности самоповреждений и закрепляется переживанием чувства эмоционального облегчения, а также возможной социальной выгодой и иллюзией обретения контроля над собственным состоянием.

Список сокращений, принятых в диссертации

АПС	-	Аттенуированная психотическая симптоматика.
ВКБ	-	Внутренняя картина болезни.
МКБ (МКБ-10)	-	Международная классификация болезней (10-й пересмотр).
НССП	-	Несуицидальное самоповреждение.
ПАВ	-	Психоактивные вещества.
DIS	-	Discomfort Intolerance Scale; Шкала интолерантности к дискомфорту
DSM (DSM-5)	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition); Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (пятое издание).
HADS	-	Hospital Anxiety and Depression Scale; Госпитальная шкала тревоги и депрессии.
FPQ_SF	-	Fear of Pain Questionary — Short Form; Опросник страха боли – короткая форма.
INQ	-	Interpersonal Needs Questionnaire; Опросник межличностных потребностей.
NSSI	-	Non-suicidal self-injury; несуицидальное самоповреждение.
PCS	-	The Pain Catastrophizing Scale; Шкала катастрофизации боли.

Список литературы

1. Аведисова А.С., Зинчук М.С., Пашнин Е.В., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Аркуша И.А. Несуицидальное самоповреждающее поведение в общемедицинской практике: методические рекомендации //М.: Департамент здравоохранения Москвы. – 2019. – С. 1 -21.
2. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н. А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций // Шестой Всероссийский съезд психиатров, г. Томск, 24-26 октября 1990: Тез. докл. — Т. 1. — М., 1990. С. 105— 106.
3. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства //Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6. – №. 4. – С. 14-20.
4. Антонян Ю.М., Бойко И.Б., Верещагин В.А. Насилие среди осужденных. Учебное пособие. Под ред.: Антонян Ю.М. - М.: Изд-во ВНИИ МВД РФ, 1994. - 116 с.
5. Антохин Е.Ю. Разработка модели комплексной нейропсихологической и психофизиологической оценки суицидального риска и прогноза развития аффективных расстройств у подростков и учащейся молодежи //Неврологический вестник. – 2018. – Т. 50. – №. 3. – С. 11-16.
6. Антохина Р.И., Антохин Е.Ю., Болдырева Т.А. Нейрокогнитивный профиль лиц молодого возраста, склонных к самоповреждению //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2020. – Т. 22. – №. 4. – С. 25-29.
7. Балашова Т.В., Мнацаканян Л.А., Андреева Н.А., Павлов В.А., Шуматов В. Б. Эпидемиология и половые особенности боли //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – №. 1 (51). – С. 16-20.
8. Бардышевская М.К. Уровневая модель развития аффективно-поведенческих комплексов // Вопросы психологии. – 2012. – №. 3. – С. 68-77.
9. Бевз И. А. Шкалы для оценки депрессии. Выпуск 1. М.: Пресса-1 по заказу Servier, 1999

10. Бернштейн Н.А. Новые линии развития в физиологии и их соотношение с кибернетикой //Философские вопросы высшей нервной деятельности и психологии. – 1963. – С. 308.
11. Бехтерев В.М. Объективная психология; издание подготовила В.А. Кольцова; Академия наук СССР, Институт психологии. - Москва: Наука, 1991. - 475 с.
12. Бион У.Р. Внимание и интерпретация. [пер.: Ольга Лежнина, предисл.: Виктор Мазин]. — Санкт-Петербург : Восточно-Европейский Институт Психоанализа.- 2010. — С. 185.
13. Бисалиев Р.В. Клинико-диагностические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2025. – Том 59. - № 2. – С. 8-21.
14. Бойко И.Б. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительств и аутоагрессии //Судебно-медицинская экспертиза. – 1991. – Т. 1. – С. 24-6.
15. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI //Суицидология. – 2020. – Т. 11. – №. 1 (38). – С. 70-83.
16. Волкова А.П. Психологические и социальные факторы, влияющие на формирование несуицидального самоповреждающего поведения у подростков //Международный научно-исследовательский журнал. – 2025. – №. 3 (153). – С. 23.
17. Вейн А.М., Вознесенская Т. Г., Данилов А. Б. Болевые синдромы в неврологической практике // М.: МЕДпресс-информ. – 2001. – Т. 6. – С. 105.
18. Выготский Л.С. Проблема культурного развития ребенка (1928) // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. 1991. № 4. С. 5-18
19. Выготский Л.С. Дефект и компенсация // Собр. соч.: В 6 т. Т.5. - М.: 1983 (а). С. 34-49.
20. Выготский Л.С. Психология развития ребенка // Собр. соч. – М.: 2003. 512 с.

21. Гончарова Е. . Предикторы самоповреждающего поведения у девушек //Мир науки. Педагогика и психология. – 2023. – Т. 11. – №. 1. – С. 23.
22. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Марчук С.И., Залесская И.С., Третьяк А.Н., Хвостова И.И., Данилова Л.И. Особенности генотипа лиц, совершивших суицидальные попытки // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Том 10. - № 3. – С. 417-427.
23. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К. С. Несуицидальные самоповреждения у подростков: современные концепции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2022. – Т. 22. - № 2. – С. 80-91.
24. Дарьин Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков //Медицинский вестник Юга России. – 2019. – №. 4. – С. 6-14.
25. Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Феномен несуицидального самоповреждающего поведения в классификациях МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 //Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 4. – С. 73-82.
26. Дарьин Е.В. Зайцева О.Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2023. – Т. 57. - № 2. - С. 8-19.
27. Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Этиология и факторы риска несуицидального самоповреждающего поведения // Медицинский вестник Юга России. – 2023. – Т. 14. - № 1. - С. 13-23.
28. Деменко Е.Г., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Брюн Е.А., Аршинова В.В. Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методического комплекса. Часть 1. Структура шкал и психометрические характеристики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2018. - № 3. - С. 32–39.
29. Добровидова НА., Горохова М.Ю., Матасова И.Л., Устюжанинова Е.Н., Шаталина М.А. Диагностика отклоняющегося поведения. Выпуск 1 Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения:

учебно-методическое пособие для обучающихся факультета педагогики и психологии, направлений подготовки «Психолого-педагогическое образование», «Психология», «Педагогика», практикующих психологов, социальных работников [электронный ресурс] / Самара: СФ ГАОУ ВО МГПУ. – 2022. – URL: https://samara.mgpu.ru/files/library_elektron/psih_ped/Diagnostika_1.pdf

30. Евсеев В.Д., Бохан Н.А., Мандель А.И., Кадочникова С.В. Распространенность и факторы риска несуйцидального самоповреждающего поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2024. – Т. 124. № 2. С. 13-19.

31. Ениколопов С.Н. Понятие агрессии в современной психологии // Прикладная психология. - 2001. - №1. - С. 60-72.

32. Ершов Б.Б., Тагильцева А. ., Петров М.В. Современные исследования когнитивного дефицита при аффективных расстройствах: нейропсихологический подход (обзор литературы) // Психология. Психофизиология. – 2015. – Т. 8. – №. 3. – С. 65-76.

33. Зинченко Ю.П. Теоретико-методологические основания психологических исследований: детерминация и социальное значение. Монография. М.: Изд-во Академии повышения квалификации и подготовки работников образования, 2011. - 308 с.

34. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований // Национальный психологический журнал. - 2011. - № 1 - (5). - С. 42–49.

35. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С.Выготского-А.Р.Лурия // Национальный психологический журнал. - 2012. - № 2(8). - С. 32-45.

36. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход // Вопросы психологии. — 2016. — № 3. — С. 41–57.

37. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Войнова Н.И., Кустов Г.В., Пашнин Е.В., Гуляева Н.В., Гехт А.Б. Восприятие боли при несуйцидальном

самоповреждающем поведении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. - № 120(12). – С. 144-152.

38. Зотов П.Б., Скрябин Е.Г., Калашников А.А., Аксельров М.А., Кичерова О.А., Пономарева М.Н., Бухна А.Г., Приленский А.Б., Юдина С.С. Самопорезы у погибших от суицида: основные и ассоциированные характеристики // Суицидология. – 2022. – Т. 13. – №. 4 (49). – С. 58-79.

39. Каледа В.Г., Бебуришвили А.А., Крылова Е.С., Кулешов А.А. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 120(12). – С. 30-36.

40. Каневский В.И., Розанов В.А. Некоторые психологические факторы повторных суицидальных попыток // Суицидология. - 2019. - № 10 (2). - С. 12—22.

41. Карабанова О.А. Детско-родительские отношения как фактор профессионального самоопределения личности в подростковом и юношеском возрасте // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2016. – №. 3. – С. 54-62.

42. Карякина М.В., Шмуклер А.Б. Кластерный анализ нейрокогнитивных нарушений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2020. - № 1. – С. 45-51.

43. Касьянова Ю.В. Семейная ситуация как фактор развития зависимости // Вестник науки. – 2024. – Т. 4. – №. 11 (80). – С. 979-986.

44. Квашнина Г.А. Особенности психического состояния страха и паники, их классификационные алгоритмы // Вестник Воронежского государственного технического университета. – 2009. – Т. 5. – №. 12. – С. 244-248.

45. Кибитов А.А., Мазо Г.Э. Генетика и эпигенетика несуйцидального самоповреждающего поведения: нарративный обзор // Генетика. - 2023. - Т. 59. - № 12. - С. 1347-1359.

46. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.
47. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Шпикс Т. А. Психодинамические механизмы аддикций. – Изд-во: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., Germany, 2011. - С. 188.
48. Крылова Е.С., Кулешов А.А., Каледа В.Г. Психопатологические корреляты депрессий с несуйцидальными самоповреждениями при непсихотических психических заболеваниях юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2023. - Т. 123. - № 11-2. - С. 74-78.
49. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суйцидов // Суйцидология. – 2013. – Т. 4. – № 2 (11). – С. 3–7.
50. Кузнецова С.Ю., Басова А.Я., Залманова С.Л., Хломов К.Д. Образ тела у подростков с суйцидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением: удовлетворенность собственным телом //Клиническая и специальная психология. – 2023. – Т. 12. – №. 2. – С. 138-163.
51. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Феномен катастрофизации при болевых синдромах и патологической усталости // Неврологический журнал. – 2015. – Т. 20. – № 5. – С. 48-54.
52. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте // Учеб. Пособие. М.: 2003. — 144 с
53. Левковская О.Б. Шевченко Ю.С. Данилова Л.Ю. Грачев В.В. Феноменологический анализ несуйцидальных самоповреждений у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – №117 (7). – С. 10–15.
54. Левченко Н.С., Олейчик И.В. Клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессий у пациенток молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. №5. С. 27–34.
55. Леонова Л.Г., Бочкарева Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Учебно-методическое пособие. Новосибирск. 1998.

56. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М.: Политиздат, 1975.
57. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд. АПН РСФСР, 1959. — 496 с.
58. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции: конспект лекций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. 40 с.
59. Лукина А.В.. Методические рекомендации по вопросам профилактики аутоагрессивного поведения среди детей и подростков. — Мурманск: ГАУДПО МО «Институт развития образования». — 2023. 29 с.
60. Любов Е.Б., Зотов П. Б., Банников Г. С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // Суицидология. - 2019. - Т. 10. - № 4. - С. 16-46.
61. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. ВОЗ. Женева: 1995–1998. С. 1–3.
62. Меньшикова А.А., Герсамия А.Г., Канаева Л.С., Акжигитов Р.Г. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: Адаптация Опросника межличностных потребностей (INQ) // Российский психиатрический журнал. - 2016. - №. 2. - С. 51-60.
63. Наджаров Р.А., Цуцульковская М.Я. Encephalos Archives de Neurologie et Psychiatrie. Афины. – 1977. № 1. - С. 84-89.
64. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987.
65. Николаева В.В., Арина А.Г. Принципы синдромного анализа в психологии телесности // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.: Изд-во «Российское психологическое общество», 1998. С. 75-82.
66. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. - 2003. - Т. 24. - № 1. - С. 119–126.

67. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология // Учебник. -- М., Российское педагогическое агентство. - 1996. - 374 с.
68. Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011. - Т.111. - № 2. - С.10-18.
69. Омельченко М.А., Каледа В.Г. Диагностика и терапия юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофрении. Учебное пособие. М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2023. – 86 с.
70. Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г. Депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой в юношеском возрасте // Психиатрия. - 2018. – Т. 78. - С. 138-149.
71. Первичко Е. И. Регуляция эмоций: Клинико-психологический аспект. — Когито-Центр Москва, 2020. — 363 с.
72. Печникова Л.С. Психологические и социальные проблемы детей в России // Народное образование. – 2009. – №. 9. – С. 34-38.
73. Плужников И.В., Омельченко М.А., Крылова Е.С., Каледа В.Г. Нейропсихологическая синдромология непсихотических психических расстройств юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2013. - Т. 113. - № 12. - С. 19-25.
74. Положий, Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-62.
75. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
76. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. - 2015. - Том 23. - № 4. - С. 176–190.
77. Польская Н.А., Якубовская Д.К., Шарова Д.А., Басова А.Я. Роль межличностных отношений в суицидальном поведении подростков:

качественный анализ результатов полуструктурированного интервью // Клиническая и специальная психология. - 2024. - Том 13. - № 3. - С. 141–165.

78. Польская Н.А.. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета). // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22. - № 2. - С. 140–152.

79. Польская Н.А., Мельникова М.А.. Вклад диссоциации и межличностной чувствительности в самоповреждающее поведение молодых женщин // Клиническая и специальная психология. – 2023. -Т. 12. - №1. - С. 150–179.

80. Попов М.Ю., Лепик О.В. Биологические основы несуицидального самоповреждающего поведения в подростковом возрасте: нарративный обзор // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2026. - Том 60. – № 1. - С. 22-35.

81. Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника // Клиническая и специальная психология. - 2020. - Том 9. - № 4. - С. 169–187.

82. Руденко Л.С., Стоянова И.Я., Козлова Н.В. Психологические предикторы самоповреждающего поведения // Психология. - 2020. - Т. 9. -№ 3А. - С. 156-164.

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

84. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Терехина О.В. Нарушение саморегуляции и опосредования эмоций как основа риска формирования антивиталяного поведения в молодом возрасте / // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 65. – С. 94-103.

85. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Терехина О.В., Шухлова Ю.А. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности // Вопросы психологии. - 2016. - № 6. - С. 63-75.

86. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) // Соц. и клин. психиатрия. – 2010. – № 3. – С. 13–19.
87. Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Трошина И.А., Рейхерт Л.И. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике // Суицидология. – 2020. – Т. 11. - № 3 (40). – С. 130-147.
88. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков. Коллективная монография / Под ред. П. Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с.
89. Султанова А.Н., Чут У.Ю. Аддиктивный компонент несуйцидального самоповреждения подростков: социально-психологический аспект реализации // Живая психология. – 2023. – Т. 10. - № 7(47). – С. 16-20.
90. Табеева Г.Р. Коморбидность хронической боли и депрессии у неврологических больных // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №. 3. – С. 4-12.
91. Тиганов, А.С. Психиатрия: рук. для врачей / "Тиганов А. С. и др.; Под ред. А. С. Тиганова" - Москва: Медицина, 2012. - 896 с.
92. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. Часть 1 // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 1993. № 1. С. 3-16.
93. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
94. Тхостов А.Ш., Рикель А.М., Рассказова Е.И. Использование метафор в структуре представлений о здоровье и болезни // Вопросы психологии. – 2023. – Т. 69. – №. 3. – С. 82-97.
95. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - Т.12. № 3. С. 97-104.
96. Цуцельковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Психиатрия. – 2003. – №. 5. – С. 21-28.

97. Цуцуйковская М.Я., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение) // Пособие для врачей. – М., 2000. – 32 с.
98. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Страх смерти и суицидальный цикл: опорные точки и возможности безопасного выхода из замкнутого круга // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – Т. 33. – №. 1. – С. 170-183.
99. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 132 с
100. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии // СПб.: Речь. – 2002. – Т. 352.
101. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. М.: Педагогика. – 1989. - 560 с.
102. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association // Schizophrenia bulletin. – 2011. – Vol. 37. – №. 4. – Pp. 811-821.
103. Akbari M., Seydavi M., Firoozabadi M.A., Babaeifard M. Distress tolerance and lifetime frequency of non-suicidal self-injury (NSSI): A systematic review and meta-analysis [электронный ресурс] // Clinical Psychology & Psychotherapy. – 2024. – Vol. 31. – №. 1. Doi: 10.1002/cpp.2957.
104. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013, P. 804
105. Anestis M.D., Joiner T.E. Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal – psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts // J. Affect. Disord. 2011. Vol. 129. Pp. 261–269.
106. Asmundson G.B., Bovell C.V., Carleton R.N., McWilliams L.A. The Fear of Pain Questionnaire–Short Form (FPQ-SF): factorial validity and psychometric properties // Pain. – 2008. – Vol. 134. – №. 1-2. – Pp. 51-58.

107. Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology // *The British journal of psychiatry*. – 2001. - Vol. 178. - № 3. - Pp. 200–206.
108. Bandura A. Social-learning theory of identificatory processes // *Handbook of socialization theory and research*. – 1969. – Vol. 213. – P. 262.
109. Bateman A.W., Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD // *Journal of personality disorders*. – 2004. – Vol. 18. – №. 1. – Pp. 36-51.
110. Beck A.T., Rush A., Shaw B., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. – Guilford Publications, 2024
111. Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese, B.S. *Cognitive therapy of substance abuse*. – Guilford Press, 2011.
112. Blacutt M., Ammerman B.A. Examining trajectories of momentary affect surrounding NSSI and alcohol use: A network analysis and bayesian approach // *Archives of Suicide Research*. – 2025. – Vol. 29. – №. 4. – Pp. 1011-1029.
113. Bruckbauer-Schwed M., Kaiser T., Keglevic M., Laireiter A. R. Dynamic Complexity of Positive and Negative Affect in NSSI—A Daily Diary Study [электронный ресурс] // *Clinical Psychology in Europe*. – 2025. – Vol. 7. – №. 2. – Pp. 1 - 19. Doi: <https://doi.org/10.32872/cpe.14527>.
114. Calvo N., Lugo-Marín J., Oriol M., Pérez-Galbarro C., Restoy D., Ramos-Quiroga J.A., Ferrer M. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescent population: A systematic review and meta-analysis [электронный ресурс] // *Child abuse & neglect*. – 2024. – Vol. 157. – P. 1 - 28. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8).
115. Campbell L. C., Clauw D. J., Keefe F. J. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective // *Biological psychiatry*. – 2003. – Vol. 54. – №. 3. – P. 399-409.
116. Cannon W.B. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. – D. Appleton, 1925.
117. Cassels M., Baetens I., Wilkinson P., Hoppenbrouwers K., Wiersema J. R., Van Leeuwen K., Kiekens G. *Attachment and Non-Suicidal Self-Injury among Young*

Adolescents: The Indirect Role of Behavioral Problems // Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research. – 2019. – №23 (4) – Pp. 688–696.

118. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model // Behaviour research and therapy. – 2006. – Vol. 44. – №. 3. – Pp. 371-394.

119. Che X., Cash R., Chung S., Fitzgerald P. B., Fitzgibbon B. M. Investigating the influence of social support on experimental pain and related physiological arousal: A systematic review and meta-analysis //Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2018. – Vol. 92. – Pp. 437-452.

120. Chu C., Buchman-Schmitt J.M., Stanley I.H., Hom M.A., Tucker R.P., Hagan C.R., Rogers M.L., Podlogar M. C., Chiurliza B., Ringer F. B., Michaels M. S., Patros C.H.G., Joiner T.E. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research // Psychological bulletin. – 2017. – Vol. 143. – №. 12. – Pp. 1313 - 1345.

121. Clarke S., Allerhand L.A., Berk M.S. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents [электронный ресурс] //F1000Research. – 2019. – Vol. 8. – Doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>.

122. Coleman S.E., Dunlop B.J., Hartley S., Taylor P.J. The relationship between rumination and NSSI: A systematic review and meta-analysis //British journal of clinical psychology. – 2022. – Vol. 61. – №. 2. – Pp. 405-443.

123. Czobor P., Jaeger J., Berns S.M., Gonzalez C., Loftus S. Neuropsychological symptom dimensions in bipolar disorder and schizophrenia // Bipolar disorders. – 2007. – Vol. 9. – №. 1-2. – Pp. 71-92.

124. Deng W., Yan S., Xu Y., Lu Z., Liu L., Zhou Y., Chen M. Effects of BPD tendencies and subjective well-being on NSSI in adolescents with PTSD [электронный ресурс] //Frontiers in psychiatry. – 2023. – Vol. 14. – 1152352. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1152352>.

125. Deng X., Xue J., Tian Y., Tong W., He W. Awe reduces Chinese adolescents' NSSI urges: The chain-mediating role of meaning in life and ego-depletion,

and the moderating role of family function [электронный ресурс] //Applied Psychology: Health and Well-Being. – 2025. – Vol. 17. – №. 4. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-026-03978-9>.

126. DeWall C.N., Baumeister R. F. Alone but feeling no pain: Effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy //Journal of personality and social psychology. – 2006. – Vol. 91. – №. 1. – Pp. 1 - 15.

127. Dickens C., McGowan L., Dale S. Impact of depression on experimental pain perception: a systematic review of the literature with meta-analysis //Biopsychosocial Science and Medicine. – 2003. – Vol. 65. – №. 3. – Pp. 369-375.

128. Dierickx S., Claes L., Buelens T., Smits D., Kiekens G. DSM-5 non-suicidal self-injury disorder in a community sample: comparing NSSI engagement, recency and severity among emerging adults [электронный ресурс] //Frontiers in psychiatry. – 2023. – Vol. 14. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1251514>.

129. Ellermeier W., Westphal W. Gender differences in pain ratings and pupil reactions to painful pressure stimuli //Pain. – 1995. – Vol. 61. – №. 3. – Pp. 435-439.

130. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196. – №. 4286. – Pp. 129-136.

131. Esposito-Smythers C., Walsh A., Spirito A., Rizzo C., Goldston D., Kaminer Y. Working with the suicidal client who also abuses substances //Cognitive and behavioral practice. – 2012. – Vol. 19. – №. 2. – Pp. 245-255.

132. Evans E., Hawton K., Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies // Child abuse & neglect. – 2005. – Vol. 29. – №. 1. – Pp. 45-58.

133. Farkas B.F., Takacs Z.K., Kollárovics N., Balázs J. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis //European Child & Adolescent Psychiatry. – 2024. – Vol. 33. – №. 10. – Pp. 3439-3458.

134. Faura-García J., Orue I., Calvete E. Nonsuicidal self-injury thoughts and behavior in adolescents: validation of SITBI-NSSI // Psicothema. – 2022. – Vol. 34. – №. 4. – Pp. 582-592.

135. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. – Jhu Press, 1996. – 373 p.

136. Fonagy P., Target M. Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father // The International Journal of Psycho-Analysis. – 1995. – Vol. 76. – №. 3. – Pp. 487 – 501.

137. Franqueiro A.R., Yoon J., Crago M.A., Curiel M., Wilson J.M. The interconnection between social support and emotional distress among individuals with chronic pain: a narrative review // Psychology research and behavior management. – 2023. – Pp. 4389-4399.

138. Gander M., Fuchs M., Franz N., Jahnke-Majorkovits A., Buchheim A., Bock A., Sevecke K. Non-suicidal self-injury and attachment trauma in adolescent inpatients with psychiatric disorders [электронный ресурс] // Comprehensive Psychiatry. – 2021. – Vol. 111. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152273>.

139. Gao W., Ping S., Liu X. Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: a longitudinal study from China // Journal of affective disorders. – 2020. – Vol. 263. – P. 292-300.

140. Gerdle B., Dragioti E., Rivano Fischer M., Ringqvist Å. Pain intensity and psychological distress show different associations with interference and lack of life control: A clinical registry-based cohort study of > 40,000 chronic pain patients from SQRP [электронный ресурс] // Frontiers in Pain Research. – 2023. - Vol 2. - № 4. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1093002>.

141. Ghorbani M., Najafi M. The comparison attachment styles and Alexithymia in suicidal attempts and control group // Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. – 2020. – Vol. 7. № 1. – Pp. 30–42.

142. Gollwitzer P. M. Implementation intentions: Strong effects of simple plans // American psychologist. – 1999. – Vol. 54. – №. 7. – P. 493.

143. Golombek H., Marton P., Stein B. A., Korenblum M. Adolescent personality development: three phases, three courses and varying turmoil. Findings from the Toronto Adolescent Longitudinal Study // The Canadian Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 34. – №. 6. – Pp. 500-505.

144. Haliczzer L.A., Dixon-Gordon K.L. Social stressors, emotional responses, and NSSI urges and behaviors in daily life // *Journal of affective disorders*. – 2023. – Vol. 338. – Pp. 601-609.
145. Hartmann E. *Boundaries: A new way to look at the world*. – CIRCC EverPress, 2011.
146. Hasking P., Whitlock J., Voon D., Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure // *Cognition and Emotion*. – 2017. – Vol. 31. – №. 8. – Pp. 1543-1556.
147. Hawton K., Saunders K. E. A., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents // *The lancet*. – 2012. – Vol. 379. – №. 9834. – P. 2373-2382.
148. Hawton, K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior / K. Hawton // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – Pp. 484–485.
149. Hawton K., Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in older people // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 1990. – Vol. 5. – №. 6. – Pp. 367-373.
150. He Y., Jiang W., Wang W., Liu Q., Peng S., Guo L. Adverse Childhood Experiences and Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality in Chinese Adolescents [электронный ресурс] // *JAMA Netw Open*. – 2024. Vol. 2. - № 7(12). Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.52816
151. Horowitz S., Stermac L. The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: An experience sampling study // *Journal of Trauma & Dissociation*. – 2018. – Vol. 19. – №. 2. – Pp. 232-246.
152. Jiang Y., Zeng Y., Zhang M., Wang H., He W., Xu P., Ai H. Value-based decision-making deficits in non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis [электронный ресурс] // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2025. – Vol. 172. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2025.106107.
153. Jiang Z., Cui Y., Xu H., Abbey C., Xu W., Guo W., Zhang D., Liu J., Jin J., Li Y. Prediction of non-suicidal self-injury (NSSI) among rural Chinese junior high school students: a machine learning approach [электронный ресурс] // *Annals of*

General Psychiatry. – 2024. – Vol. 23. – №. 1. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1557351>.

154. Jiang Z., Wang Z., Diao Q., Chen J., Tian G., Cheng X., Zhao M., He L., He Q., Sun J., Liu J. The relationship between negative life events and non-suicidal self-injury (NSSI) among Chinese junior high school students: the mediating role of emotions [электронный ресурс] // Annals of general psychiatry. – 2022. – Vol. 21. – №. 1. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00423-0>.

155. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.

156. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., Rudd M.D. The interpersonal theory of suicide // Psychological review. – 2010. – Vol. 117. – №. 2. – Pp. 575-600.

157. Juli R., Juli L., Juli A., Juli G. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disorders // Psychiatr Danub. – 2024. - Vol. 36. - № 2. – Pp. 215-217.

158. Kao H.T., Mürner-Lavanchy I., Lerch S., Von Stosch E., Berger T., Koenig J., Kaess M. Longitudinal associations between beta-endorphin, nonsuicidal self-injury and comorbid psychopathology [электронный ресурс] // Psychiatry Research. – 2024. – Vol. 340. Doi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517812400427X>.

159. Klonsky E.D., May, A.M., Glenn C. R. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples // Journal of Abnormal Psychology. - 2019. - Vol. 128. - № 4. - Pp. 337-347.

160. Klonsky E.D., Saffer B.Y., Bryan C.J. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update // Current opinion in psychology. – 2018. – Vol. 22. – Pp. 38-43.

161. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner // Journal of clinical psychology. – 2007. – Vol. 63. – №. 11. – Pp. 1045-1056.

162. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence // Clinical psychology review. – 2007. – Vol. 27. – №. 2. – Pp. 226-239.

163. Kruzan K.P., Muehlenkamp J.J., Claes L. Identity, self-blame, and body regard in NSSI: A test of moderated-mediation [электронный ресурс] //

Comprehensive psychiatry. – 2022. – Vol. 116. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152322>.

164. Lam R.W., Kennedy S.H., McIntyre R.S., Khullar A. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 59. – №. 12. – Pp. 649-654.

165. Lang C.M., Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention // *Trauma, Violence, & Abuse*. – 2011. – Vol. 12. – №. 1. – Pp. 23-37.

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

167. Liang S., Yan J., Zhang T., Zhu C., Situ M., Du N., Fu X., Huang Y. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents // *Asian journal of psychiatry*. – 2014. – Vol. 8. – Pp. 76-83.

168. Liang Z, Ye W, Liu Q, Zhang L, Huang G, Zhou Y. NSSI-Net: A multi-concept GAN for non-suicidal self-injury detection using high-dimensional EEG in a semi-supervised framework // *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*. – 2025. – Vol. 29. - № 8. – Pp. 5452-5464.

169. Lim K.S., Wong C.H., McIntyre R.S., Wang J., Zhang Z., Tran B.X., Tan W., Ho C.S., Ho R.C. 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 [электронный ресурс] // *International journal of environmental research and public health*. – 2019. – Vol. 16. – №. 22. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>.

170. Liu Y., Xu X., Huang X., Hong Q., Li L., Xie X., Chen W., Shen W., Liu H., Hu Z. The mediating effects of school bullying victimization in the relationship between childhood trauma and NSSI among adolescents with mood disorders [электронный ресурс] // *BMC pediatrics*. – 2024. – Vol. 24. – №. 1. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-026-27128-3>.

171. Lockwood J., Daley D., Townsend E., Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review // *European child & adolescent psychiatry*. – 2017. – Vol. 26. – №. 4. – Pp. 387-402.

172. Luo J., Yang X., Li H., Fan L., Chen X., Li J., Song T. A bibliometric analysis and visualization of non-suicidal self-injury in adolescents [электронный ресурс] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2024. – Vol. 15. Doi: 10.1177/21582440211071105.

173. Lutz N.M., Chamberlain S.R., Grant J.E., Lochner C., Wilkinson P.O., Ford T.J., Neufeld S.A.S. Similarities and differences in the functions of non-suicidal self-injury (NSSI) across gender non-conforming and cisgender young adults // *Journal of affective disorders*. – 2024. – Vol. 367. – Pp. 496-506.

174. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2011. – Vol. 124. – №. 1. – Pp. 30-41.

175. Mannekote Thippaiah S., Shankarapura Nanjappa M., Gude J.G., Voyiaziakis E., Patwa S., Birur B., Pandurangi A. Non-suicidal self-injury in developing countries: a review // *International journal of social psychiatry*. – 2021. – Vol. 67. – №. 5. – Pp. 472-482.

176. Masterson JR J.F., Washburne A. The symptomatic adolescent: Psychiatric illness or adolescent turmoil? // *American journal of psychiatry*. – 1966. – Vol. 122. – №. 11. – Pp. 1240-1248.

177. May A.M., Victor S.E. From ideation to action: recent advances in understanding suicide capability // *Current opinion in psychology*. – 2018. – Vol. 22. – Pp. 1-6.

178. McCabe S.E., Schulenberg J.E., Schepis T.S., McCabe V.V., Veliz P.T. Longitudinal analysis of substance use disorder symptom severity at age 18 years and substance use disorder in adulthood [электронный ресурс] // *JAMA Network Open*. – 2022. – Vol. 5. – №. 4. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.5324.

179. McLean C.P., Asnaani A., Litz B.T., Hofmann S.G. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness // *Journal of psychiatric research*. – 2011. – Vol. 45. – №. 8. – Pp. 1027-1035.
180. Melzack R., Wall P.D. Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response // *Science*. – 1965. – Vol. 150. – №. 3699. – Pp. 971-979.
181. Michaelides A., Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges // *Postgraduate medicine*. – 2019. – Vol. 131. – №. 7. – Pp. 438-444.
182. Moloney F., Amini J., Sinyor M., Schaffer A., Lanctôt K. L., Mitchell R. H. B. Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: a meta-analysis [электронный ресурс] // *JAMA network open*. – 2024. – Vol. 7. – №. 6. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.15436.
183. Najmi S., Wegner D. M., Nock M. K. Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors // *Behaviour research and therapy*. – 2007. – Vol. 45. – №. 8. – Pp. 1957-1965.
184. Nock M.K. Self-injury // *Annual review of clinical psychology*. – 2010. – Vol. 6. – Pp. 339-363.
185. Nock M.K., Joiner T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M. J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts // *Psychiatry research*. – 2006. – Vol. 144. – №. 1. – Pp. 65-72.
186. Nock M.K., Prinstein M.J., Sterba S.K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults // *Journal Abnorm Psychol*. – 2009. – Vol. 118. - № 4. - Pp. 816 - 827.
187. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2004. – Vol. 72. – №. 5. – Pp. 885 –890.

188. Nock M.K., Prinstein M. J. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents // *Journal of abnormal psychology*. – 2005. – Vol. 114. – №. 1. – Pp. 140 – 146.
189. O'Connor R.C. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior // *Crisis*. – 2011. – Vol. 32. – Pp. 295 - 298.
190. Park H.Y., Kim Y.C., Park S.C., Cho Y.J., Sur Y.J. Comparison of the demographic and wound characteristics of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries [электронный ресурс] // *Medicine*. – 2020. – Vol. 99. - № 8. DOI: 10.1097/MD.00000000000019298
191. Parker G., Roy K. Adolescent depression: a review // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 35. – №. 5. – Pp. 572-580.
192. Pattison E.M., Kahan J. The deliberate self-harm syndrome // *American Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140. - №. 7. – Pp. 867–872.
193. Paul H. A. *Treating Self-Injury: A Practical Guide*, by BW Walsh. [электронный ресурс] // New York, NY: Guilford Press. – 2013. Doi: <https://doi.org/10.1080/07317107.2013.789375>.
194. Peng Z., Liu X., Cheng F., Yin Y., Chen M., Xie J., Zhang W., Zhou D. The role of the bilateral inferior frontal gyrus in non-suicidal self-injury (NSSI) among depressed adolescents: A functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) study during verbal fluency tasks // *Journal of Psychiatric Research*. – 2024. – Vol. 180. – Pp. 418-427.
195. Peterson J., Freedenthal S., Sheldon C., Andersen R. Nonsuicidal self injury in adolescents // *Psychiatry (edgmont)*. – 2008. – Vol. 5. – №. 11. – P. 20 - 26.
196. Plener P.L., Kapusta N.D., Brunner R., Kaess M. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal behavior disorder in the DSM-5 // *Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. – 2014. – Vol. 42. – №. 6. – Pp. 405 – 411.
197. Plener P.L., Libal G., Keller F., Fegert J.M., Muehlenkamp J. J. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA // *Psychological medicine*. – 2009. – Vol. 39. – №. 9. – Pp. 1549-1558.

198. Plener P.L., Schumacher T.S., Munz L.M., Groschwitz R.C. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature [электронный ресурс] // *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. – 2015. – Vol. 2. – №. 1. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>.

199. Predescu E., Calugar I., Sipos R. Cyberbullying and non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence: exploring moderators and mediators through a systematic review [электронный ресурс] // *Children*. – 2024. – Vol. 11. – №. 4. Doi: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/4/410>.

200. Rasskazova E., Sadovnichaja V. Relationship to physical and psychological pain as factors of deviant behavior in Russian female adolescents // *European Psychiatry*. – 2022. – Vol. 65. – №. S1. – Pp. S271-S272.

201. Richardson R., Connell T., Foster M., Blamires J., Keshoor S., Moir C., Zeng I. S. Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: an umbrella review with meta-analysis // *Journal of youth and adolescence*. – 2024. – Vol. 53. – №. 6. – Pp. 1301-1322.

202. Rudd M.D., Berman A.L., Joiner T.E., Nock M.K., Silverman M.M., Mandrusiak M., Van Orden K., Witte T. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36. – №. 3. – Pp. 255-262.

203. Sadovnichaja V., Rasskazova E., Tkhostov A. Relationship to pain and suicidal-related experience: Validation of Discomfort Intolerance Scale и The Pain Catastrophizing Scale in Russian female adolescents // *European Psychiatry*. – 2021. – Vol. 64. – №. S1. – Pp. S589-S590.

204. Schmidt N.B., Richey J.A., Fitzpatrick K.K. Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder // *Journal of anxiety disorders*. – 2006. – Vol. 20. – №. 3. – Pp. 263-280.

205. Schwartz-Mette R.A., Lawrence H.R. Peer socialization of non-suicidal self-injury in adolescents' close friendships // *Journal of abnormal child psychology*. – 2019. – Vol. 47. – №. 11. – Pp. 1851-1862.

206. Selby E.A., Anestis M.D., Joiner T. E. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades // Behaviour research and therapy. – 2008. – Vol. 46. – №. 5. – Pp. 593-611.

207. Shao C., Wang X., Ma Q., Zhao Y., Yun X. Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression // Annals of palliative medicine. – 2021. – Vol. 10. – №. 9. – Pp. 9607 – 9613.

208. Marcus S.M., Kerber K.B., Rush J. A., Wisniewski S.R., Nierenberg A., Balasubramani G.K., Ritz L., Kornstein S., Young E.A., Trivedi M.H. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study // Comprehensive psychiatry. – 2008. – Vol. 49. – №. 3. – Pp. 238-246.

209. Shorey S., Ng E.D., Wong C.H.J. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis // British journal of clinical psychology. – 2022. – Vol. 61. – №. 2. – Pp. 287-305.

210. Singhal N., Bholra P., Reddi V.S.K., Bhaskarapillai B., Joseph S. Non-suicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: Sub-group profiles and their clinical relevance [электронный ресурс] // Psychiatry research. – 2021. – Vol. 300. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113877>.

211. Slabbert A., Hasking P., Notebaert L., Boyes M. The role of distress tolerance in the relationship between affect and NSSI // Archives of Suicide Research. – 2022. – Vol. 26. – №. 2. – Pp. 761-775.

212. Stanley B., Gameroff M. J., Michalsen V., Mann J. J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? // American Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – №. 3. – Pp. 427-432.

213. Strong M.A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain. – Penguin, 1999.

214. Sullivan M.J.L., Stanish W., Waite H., Sullivan M., Tripp D.A. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries // Pain. – 1998. – Vol. 77. – №. 3. – Pp. 253-260.

215. Sullivan M.J.L., Bishop S.R., Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation // *Psychological assessment*. – 1995. – Vol. 7. – №. 4. – Pp. 524 - 532.

216. Swannell S.V., Martin G.E., Page A., Hasking P., St. John N.J. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2014. – Vol. 44. – №. 3. – Pp. 273-303.

217. Tamres L.K., Janicki D., Helgeson V.S. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping // *Personality and social psychology review*. – 2002. – Vol. 6. – №. 1. – Pp. 2-30.

218. Townsend L., Musci R., Stuart E., Heley K., Beaudry M. B., Schweizer B., Ruble A., Swartz K., Wilcox H. Gender differences in depression literacy and stigma after a randomized controlled evaluation of a universal depression education program // *Journal of Adolescent Health*. – 2019. – Vol. 64. – №. 4. – Pp. 472-477.

219. Van Orden K., Cukrowicz K., Witte T., Joiner T. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire // *Psychological assessment*. – 2012. – Vol. 24. – №. 1. – Pp. 197 - 215.

220. Varo C., Barrigón M.L., Rider J., Reguera P., Mayo-Jaraquemada A., Canal-Rivero M., Garrido-Torres N., Baca-Garcia E., Ruiz-Veguilla M., Crespo-Facorro B. Characteristics of Self-Harm in an Emergency Situation Among Youth: A Longitudinal Five-Year Cohort Study // *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. – 2025. – Vol. 53. – №. 8. – Pp. 1185-1198.

221. Walsh B.W., Rosen P.M. *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. – The Guilford Press, 1988.

222. Wang L., Zou H., Yang Y., Hong J. Adolescents' attitudes toward non-suicidal self-injury (NSSI) and their perspectives of barriers to seeking professional treatment for NSSI // *Archives of psychiatric nursing*. – 2023. – Vol. 45. – Pp. 26-35.

223. Wang Z., Tao Z., Xiong Y., Chen Y., Jin G., Zhang W., Shang H. The complex relationship between NSSI exposure and suicidal risk: Insights from a short-term longitudinal study // *Journal of Psychiatric Research*. – 2025. – Vol. 187. – Pp. 1-9.
224. Weedage D., Kool-Goudzwaard N., Meijnckens D., Vermeiren R. R. J. M., Boonmann C. Resilience revisited: a systematic review and synthesis of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) and its relation with resilience [электронный ресурс] // *BMC psychiatry*. – 2025. – Vol. 25. – №. 1. Doi: 10.1186/s12888-025-06868-3.
225. Whitlock J.L., Powers J.L., Eckenrode J. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury // *Developmental psychology*. – 2006. – Vol. 42. – №. 3. – Pp. 407 – 417.
226. Winnicott D.W. Die Beziehung zwischen Aggression und Gefühlsentwicklung // *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Kindler, München. – 1950. – Pp. 89-109.
227. Xin M., Zhang L., Yang C., Yang X., Xiang M. Risky or protective? Online social support's impact on NSSI amongst Chinese youth experiencing stressful life events [электронный ресурс] // *BMC psychiatry*. – 2022. – Vol. 22. – №. 1. Doi: 10.1186/s12888-022-04399-9.
228. Xue J., Yan F., Hu T., He W. Family functioning and NSSI urges among Chinese adolescents: a three-wave chain multiple mediation model // *Journal of Youth and Adolescence*. – 2025. – Vol. 54. – №. 5. – Pp. 1128-1139.
229. Yamada S., Pepler D., Jiang D., Cappadocia M. C., Craig W., Connolly J. Developmental trajectories of adolescent substance use // *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. – 2016. – Vol. 25. – №. 1. – Pp. 33-48.
230. Zetterqvist M., Perini I., Mayo L. M., Gustafsson P. A. Nonsuicidal self-injury disorder in adolescents: clinical utility of the diagnosis using the clinical assessment of nonsuicidal self-injury disorder index [электронный ресурс] // *Frontiers in psychiatry*. – 2020. – Vol. 11. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00008.
231. Zhong R., Wang Z., Zhu Y., Wu X., Wang X., Wu H., Zhou J., Li X., Xu G., Pan M., Chen Z., Li W., Jiao Z., Li M., Zhang Y., Chen J., Chen X., Li N., Sun J., Zhang J., Hu S., Gan Z., Qin Y., Wang Y., Ma Y., Fang Y. Prevalence and correlates of

non-suicidal self-injury among patients with bipolar disorder: A multicenter study across China // *Journal of affective disorders*. – 2024. – Vol. 367. – Pp. 333-341.

232. Zhou S.C., Zhou Z., Tang Q., Yu P., Zou H., Liu Q., Wang X. Q., Jiang J., Zhou Y., Liu L., Yang B.X., Luo D. Prediction of non-suicidal self-injury in adolescents at the family level using regression methods and machine learning // *Journal of affective disorders*. – 2024. – Vol. 352. – Pp. 67-75.

233. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta psychiatrica scandinavica*. – 1983. – Vol. 67. – №. 6. – Pp. 361-370.

234. Zlotnick C., Hohlstein L.A., Shea M.T., Pearlstein T., Recupero P., Bidadi K. The relationship between sexual abuse and eating pathology // *International Journal of Eating Disorders*. – 1996. – Vol. 20. – №. 2. – Pp. 129-134.

Приложение 1. Методический инструментарий исследования.

1.1. Опросник страха перед болью – краткая форма (FPQ-SF).

Пункты ниже описывают болезненный опыт. Пожалуйста, посмотрите на каждый пункт и подумайте о том, насколько СТРАШНО для Вас испытать БОЛЬ, связанную с каждым из этих пунктов. Если Вы никогда не испытывали БОЛЬ, описанную в каком-то из пунктов, пожалуйста, ответьте исходя из того, насколько, как вы ожидаете, это был бы ПУГАЮЩИЙ опыт, если бы вам пришлось это пережить. Отметьте степень своего СТРАХА ПЕРЕД БОЛЬЮ по каждому пункту

Насколько страшно для Вас было бы...	Совсем не страшно	Немного страшно	Достаточно страшно	Очень сильно страшно	Экстремально страшно
1. Попасть в автокатастрофу	1	2	3	4	5
2. Прикусить язык по время еды	1	2	3	4	5
3. Сломать руку	1	2	3	4	5
4. Порезать язык во время облизывания конверта	1	2	3	4	5
5. Получить удар тяжелым предметом по голове	1	2	3	4	5
6. Сломать ногу	1	2	3	4	5
7. Удариться чувствительным нервным окончанием в локте	1	2	3	4	5
8. Сдавать кровь, которую берут с помощью иглы для подкожных инъекций	1	2	3	4	5
9. Если кто-нибудь прищемит Вашу руку тяжелой дверью машины	1	2	3	4	5
10. Упасть с пролета бетонной лестницы	1	2	3	4	5
11. Если Вам сделают укол в руку	1	2	3	4	5
12. Если Вам сделают укол в бедро/ягодицу	1	2	3	4	5
13. Если Вам сделают укол в рот	1	2	3	4	5
14. Порезать палец бумагой	1	2	3	4	5
15. Порезаться во время бритья острой бритвой	1	2	3	4	5
16. Глотнуть горячий напиток до того, как тот остынет	1	2	3	4	5

17. Попасть в глаза едким мылом / шампунем во время купания или душа	1	2	3	4	5
18. Если Вам вырвут зуб	1	2	3	4	5
19. Если песок или пыль попали в глаза	1	2	3	4	5
20. Если Вам будут сверлить зуб	1	2	3	4	5

Ключ к опроснику FPQ-SF		
Субшкалы	Пункты	Диапазон
Страх малой боли	2,4,7,14,15,16,17,19	От 8 до 40
Страх значительной боли	1,3,5,6,9,10	От 6 до 30
Страх боли от инъекций	8,11,12	От 3 до 15
Страх зубной боли	13,18,20	От 3 до 15

1.2. Шкала катастрофизации боли (PCS).

Каждый человек когда-либо в жизни испытывает боль. Это могут быть головная боль, зубная боль, боль в суставах или мышцах. Люди часто сталкиваются с ситуациями, которые могут вызвать боль – такими как болезнь, травма, стоматологическое лечение или послеоперационные восстановления. Нам важно узнать, какие мысли и чувства переживаете Вы, когда испытываете боль. Ниже представлены 13 утверждений, описывающих разные чувства и мысли, которые могут возникать при боли. Пожалуйста, отметьте, в какой степени каждое из них соответствует ситуации, когда Вы испытываете боль.

	Когда я испытываю боль...	Совсем нет	В слабой степени	В средней степени	В значительной степени	Постоянно
1	Я все время беспокоюсь о том, закончится ли эта боль	0	1	2	3	4
2	Мне кажется, я не могу так дальше продолжать	0	1	2	3	4
3	Это ужасно, и мне кажется, что никогда не станет лучше	0	1	2	3	4
4	Это ужасно, и я чувствую, что боль переполняет меня	0	1	2	3	4
5	Я чувствую, что не могу это больше терпеть	0	1	2	3	4

6	Мне становится страшно, что боль усилится еще больше	0	1	2	3	4
7	Я постоянно думаю о других болезненных событиях	0	1	2	3	4
8	Я с нетерпением и тревогой жду, когда боль пройдет	0	1	2	3	4
9	Я не могу себе представить, как выкинуть это из головы	0	1	2	3	4
10	Я постоянно думаю о том, насколько мне больно	0	1	2	3	4
11	Я постоянно думаю о том, как я ужасно хочу, чтобы боль прекратилась	0	1	2	3	4
12	Я ничего не могу сделать для того, чтобы уменьшить мою боль	0	1	2	3	4
13	Я задумываюсь, не значит ли это, что со мной случится что-то серьезное	0	1	2	3	4

Ключ к опроснику PCS		
Субшкалы	Пункты	Диапазон
Руминации по поводу усиления боли	8, 9, 10, 11	От 0 до 16
Тревога по поводу усиления боли	6, 7, 13	От 0 до 12
Беспомощность перед усилением	1, 2, 3, 4, 5, 12	От 0 до 24

1.3. Шкала интолерантности к дискомфорту (Discomfort Intolerance Scale, DIS).

Ниже предложены утверждения о том, как некоторые люди чувствуют и ведут себя. Для каждого утверждения выберите цифру, которая наилучшим образом отобразит степень того, насколько каждое утверждение относится к вам.								
Я могу вытерпеть сильный физический дискомфорт								
Совсем на меня не похоже	0	1	2	3	4	5	6	Очень на меня похоже
У меня высокий болевой порог								
Совсем на меня не похоже	0	1	2	3	4	5	6	Очень на меня похоже

Я могу пойти на крайности, чтобы избежать чувства физического дискомфорта								
Совсем на меня не похоже	0	1	2	3	4	5	6	Очень на меня похоже
Когда я начинаю чувствовать физический дискомфорт, я быстро предпринимаю какие-либо действия, чтобы снизить его								
Совсем на меня не похоже	0	1	2	3	4	5	6	Очень на меня похоже
Я более чувствителен к физическому дискомфорту, чем большинство других людей								
Совсем на меня не похоже	0	1	2	3	4	5	6	Очень на меня похоже

Ключ к опроснику DIS		
Субшкалы	Пункты	Диапазон
Избегание дискомфорта	Прямые: 3, 4, 5	От 0 до 18
Интолерантность к дискомфорту	Обратные: 1, 2	От 0 до 12

1.4. Опросник межличностных потребностей (INQ).

<p>Отвечая на вопросы ниже, подумайте, пожалуйста, о себе и окружающих людях. Пожалуйста, отмечайте на каждый вопрос тот ответ, который соответствует именно ВАШИМ текущим убеждениям и опыту, а НЕ тот, который, как Вам кажется, является правильным в целом или тот, который может быть верным для других людей.</p> <p>Пожалуйста, отвечайте, исходя из того, как Вы чувствуете себя <i>в последнее время</i>. Выберите число на шкале, которое наиболее верно подходит тому, как вы чувствуете. Здесь нет правильных и неправильных ответов, нас интересует то, что Вы думаете и чувствуете.</p>							
В последнее время...	Совсем не похоже на меня	В чем-то похоже на меня	Очень похоже на меня				
1. ... людям в моей жизни было бы лучше, если меня не было	1	2	3	4	5	6	7
2. ... люди в моей жизни были бы счастливее без меня	1	2	3	4	5	6	7
3. ... я думаю, что являюсь бременем для общества	1	2	3	4	5	6	7
4. ... я думаю, что моя смерть была бы облегчением для людей в моей жизни	1	2	3	4	5	6	7
5. ... я думаю, что люди в моей жизни хотели бы избавиться от меня	1	2	3	4	5	6	7
6. ... я думаю, что я только	1	2	3	4	5	6	7

порчу жизнь людям							
7. ... я важен другим людям	1	2	3	4	5	6	7
8. ... я чувствую свою близость с другими	1	2	3	4	5	6	7
9. ... я редко общаюсь с людьми, которым я важен	1	2	3	4	5	6	7
10. ... мне везет, что у меня так много заботливых и поддерживающих меня друзей	1	2	3	4	5	6	7
11. ... я чувствую свою отчужденность от других людей	1	2	3	4	5	6	7
12. ... на публичных мероприятиях я часто чувствую, будто я посторонний	1	2	3	4	5	6	7
13. ... я чувствую, что есть люди, к которым я могу обратиться в трудную минуту	1	2	3	4	5	6	7
14. ... я чувствую душевную близость с другими людьми	1	2	3	4	5	6	7
15. ... как минимум раз в день я получаю удовольствие от общения	1	2	3	4	5	6	7

Ключ к опроснику INQ			
Субшкалы	Пункты		Диапазон
Восприятие себя как обузы	Прямые: 1,2,3,4,5,6		От 6 до 42
Чувство «брошенности»	Прямые	Обратные	От 9 до 63
	9,11,12	7, 8, 10, 13, 14, 15	

1.5. Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия.

Вопросы ниже – о трудностях и проблемах, которые бывают у людей. Они применяются при психологическом обследовании в клинике. Пожалуйста, ответьте искренне и серьезно, даже если они покажутся Вам странными или очевидными. Ваши ответы важны, чтобы рассчитать нормы для правильной диагностики и лечения других людей.				
	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Я нуждаюсь в психологической помощи	1	2	3	4
2. У меня есть психологические проблемы, с	1	2	3	4

которыми мне трудно справиться самому				
3. У меня есть опыт употребления наркотических веществ	1	2	3	4
4. Иногда у меня бывает ощущение, что со мной или моими близкими произойдет что-то плохое	1	2	3	4
5. Нередко я выпиваю больше спиртного, чем собирался	1	2	3	4
6. Когда я думаю о своем будущем, у меня возникает чувство безнадежности	1	2	3	4
7. У меня случаются вспышки гнева, которые я не могу контролировать	1	2	3	4
8. Иногда у меня сами собой возникают пугающие мысли и образы	1	2	3	4
9. В выходные или в конце трудного дня мне бывает нужно выпить рюмку-другую чтобы расслабиться	1	2	3	4
10. Я часто злюсь настолько, что кричу и швыряюсь предметами	1	2	3	4
11. Нередко у меня бывает ощущение собственной никчемности и бесполезности	1	2	3	4
12. Порой у меня возникает внезапный страх или паника без причины	1	2	3	4
13. У меня проблема с алкоголем или наркотиками	1	2	3	4
14. Раз в неделю или чаще я принимаю наркотики или напиваюсь	1	2	3	4
15. У меня бывает ощущение, что другие люди знают о моих мыслях	1	2	3	4
16. У меня бывают мысли о том, чтобы покончить с собой	1	2	3	4
17. Порой у меня возникает чувство, что окружающие меня осуждают	1	2	3	4
18. Бывает, мне кажется, что с моим рассудком творится	1	2	3	4

что-то неладное				
19. В моей жизни был период, когда я употреблял наркотические вещества	1	2	3	4
20. Иногда у меня бывают мысли о смерти или умирании	1	2	3	4
21. Я могу выражать свои истинные чувства только когда выпью спиртного	1	2	3	4

Ключ к «Анкетe диагностики проявлений психологического неблагополучия»		
Субшкалы	Пункты	Диапазон
Признаваемое агрессивное поведение	7, 10	От 2 до 8
Наличие тревожных и навязчивых мыслей	4, 8, 12, 15	От 3 до 12
Употребление ПАВ	3, 5, 9, 13, 14, 19, 21	От 7 до 28
Употребление алкоголя	5, 9, 21	От 3 до 12
Употребление наркотиков	3, 19	От 2 до 8
Наличие суицидальных мыслей	16, 20	От 2 до 8
Признаваемая потребность в психологической помощи	1, 2, 6, 11, 16, 17, 18, 20	От 8 до 32

1.6. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

<p>Я испытываю напряжение, мне не по себе</p> <p>3 - все время</p> <p>2 – часто</p> <p>1 - время от времени, иногда</p> <p>0 - совсем не испытываю</p> <p>Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться</p> <p>3 - определенно это так, и страх очень велик</p> <p>2 - да, это так, но страх не очень велик</p> <p>1 - иногда, но это меня не беспокоит</p> <p>0 - совсем не испытываю</p> <p>Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</p> <p>3 – постоянно</p> <p>2 - большую часть времени</p> <p>1 - время от времени и не так часто</p>
--

0 - только иногда

Я легко могу присесть и расслабиться

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь изредка, это так

3 - совсем не могу

Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

0 - совсем не испытываю

1 - иногда

2 - часто

3 - очень часто

Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться

3 - определенно, это так

2 - наверно, это так

1 - лишь в некоторой степени, это так

0 - совсем не испытываю

У меня бывает внезапное чувство паники

3 - очень часто

2 - довольно часто

1 - не так уж часто

0 - совсем не бывает

То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - это совсем не так

Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - совсем не способен

Я испытываю бодрость

3 - совсем не испытываю

2 - очень редко

1 - иногда

0 - практически все время

Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

3 - практически все время

2 - часто

1 - иногда

0 - совсем нет

Я не слежу за своей внешностью

3 - определенно, это так

2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 - я слежу за собой так же, как и раньше
. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0 - точно так же, как и обычно
1 - да, но не в той степени, как раньше
2 - значительно меньше, чем обычно
3 - совсем так не считаю
. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0 – часто
1 – иногда
2 – редко
3 - очень редко

Ключ к опроснику HADS		
Субшкалы	Пункты	Диапазон
Шкала Тревоги	Прямые: 1, 2, 3, 6, 7 Обратные: 4, 5	От 0 до 21
Шкала Депрессии	Прямые: 10, 11, 12 Обратные: 8, 9, 13, 14	От 0 до 21

1.7. Оценка врачом степени тяжести несуицидального самоповреждения (Clinician-rated severity of nonsuicidal self-injury).

Значение	Степень	Критерий
0	Нет	Нет НССП или самоповреждения совершались реже чем 3 дня за прошедший год и нет намерения наносить самоповреждения снова.
1	Подпороговая	НССП совершались в 2-4 днях или в 5 и более, но при условии, что нет намерения повторять самоповреждения вновь.
2	Легкая	НССП отмечалось в 5-7 днях за прошедший год, использовался только один метод и не потребовалось хирургического лечения (за исключением косметических вмешательств).
3	Средняя	НССП возникали в 8-11 днях за прошедший год, использовался только один метод и не потребовалось хирургического лечения (за исключением косметических вмешательств) или НССП совершались в 5-7 днях, при этом использовалось более одного метода.

4	Тяжелая	По меньшей мере 1 из самоповреждений потребовало хирургического лечения (за исключением косметических вмешательств), или НССП отмечалось в 12 и более днях с использованием единственного метода, или НССП отмечались в 8 и более днях при использовании более чем одного метода.
---	---------	---

Приложение 2. Анализ клинического случая № 1. Результаты клинико-психологического обследования пациентки с юношеской депрессией и НССП

С. Е. С., 19 лет

Анамнез: наследственность манифестными психозами не отягощена. Родилась от второй беременности, младшим ребенком в полной семье. Из роддома была выписана вовремя. Раннее психомоторное развитие с небольшим опережением, начала ходить в 8 месяцев, говорить около 11 месяцев, фразовая речь с полутора лет. В 2,5 года была отдана в детский сад, под различными предложениями отказывалась от его посещения, плакала, отказывалась надевать верхнюю одежду, отмечались подъемы температуры до 37,3 С. Была сдержана в проявлении теплых чувств по отношению к сестре и родителям. В 3,5 года, не желая, чтобы мать забрала ее с детской площадки, вцепилась руками в ее шею и стала душить, при этом оставив следы на шее. Дело, которое не приносило удовольствия или ожидаемого результата, сразу же бросала, отказываясь продолжать. Была склонна к фантазированию, придумывала продолжения к описываемым в книгах историям, представляла себя одним из главных героев, при этом, как правило, это был отрицательный персонаж. С 5 до 11 лет у больной отмечалось большое количество различных по содержанию страхов. Была очень впечатлительна. Наиболее интенсивными и стойкими были страхи, связанные с угрозой физическому здоровью, например, страх отравиться грибами, страх заболеть сибирской язвой, быть укушенной собакой, и, как следствие, заразиться бешенством. Последние из перечисленных сохраняются по настоящий момент, в связи с чем не ест грибы, не подходит к бездомным животным. В 6 лет была отдана в первый класс прогимназии с музыкальным уклоном. Адаптировалась легко, сразу познакомилась с одноклассниками, общалась избирательно, друзей выбирала по схожести интересов (книги фантастического жанра, компьютерные игры). Была активной, общительной, но конфликтной, неоднократно была наказана за драки, в которых являлась инициатором. Свои поступки объясняла желанием защитить тех, кто подвергался насмешкам, наказать обидчиков. Училась легко, но без особого удовольствия, стремилась получать только высшие оценки, быть лучше всех. В этом возрасте стала близко общаться со старшей сестрой. От

нее узнала о том, что цифра «три» счастливая, с 6 лет отметила появление навязчивых ритуалов, так, чтобы не случилось ничего плохого, нужно было сглотнуть три раза, трижды помыть руки. Со временем число повторяемых действий увеличилось до 9, затем до 27 раз.

С 11 лет (5 класс) учиться стала без удовольствия, но исключительно на «отлично», ответственно подходила к выполнению домашних заданий, уделяла достаточно времени для подготовки к контрольным и самостоятельным работам, накануне усиленно готовилась. Стала высказывать недовольство системой образования, считала многие предметы бесполезными, ненужными, возмущалась тем, что обязана их изучать.

В 13 лет вместе с семьей переехала из Зеленограда в Москву, приступила к учебе в 7 классе в новой школе. В связи с тем, что некоторых предметов в старой школе не было, временно снизилась успеваемость, боялась, что не усвоит новый материал. Чувствовала себя «чужой» в уже устоявшемся коллективе, плакала. Сниженным настроение сохранялось около полугода. Летом этого года, успешно сдав вступительные экзамены, начала обучение в 8 классе. Адаптировалась легко, познакомилась с новым коллективом, но друзей не завела. Стала более замкнутой, не стремилась к общению с одноклассниками за пределами школы, больше времени начала проводить в одиночестве, занимаясь любимыми занятиями: чтением, компьютерными играми.

В 14 лет ощутила подъем настроения, влюбилась в мальчика из параллельного класса, идеализировала его, стала общительнее, активнее, пыталась привлечь его внимание. Сократился ночной сон, чувствовала себя бодрой, полной сил. Стала проводить время со сверстниками, выходила гулять во двор, в небольших количествах пробовала алкогольные напитки, покуривала. Такое состояние продолжалось около года.

В 15 лет по инициативе матери обратилась на прием к эндокринологу. Со слов матери после заключения врача о имеющемся лишнем весе и рекомендаций снижения массы тела появилось недовольство фигурой, резко снизилось настроение, стала предпринимать попытки сидеть на разнообразных диетах, ограничивать себя в питании, увеличивать количество физических нагрузок. Отмечала присутствие постоянной тревоги, усиливающейся при мысли о том, что

может поправиться, тоски с физическим ощущением в виде тяжести за грудиной. Если считала, что съела слишком много, появлялись идеи вины, громко, навзрыд плакала, щипала себя за руки с целью наказания. Рвоту не вызывала, объясняет это отсутствием «рвотного рефлекса». Боясь поправиться, стала избегать взглядов на полных людей. В этом же возрасте начала размышлять о смысле жизни, заинтересовалась философией. Была увлечена творчеством Ницше, в частности такими произведениями, как «Генеалогия морали», «Антихрист». Ощутила собственную измененность: увлекаясь тем или иным делом чувствовала, что на самом деле не испытывает интереса к занятию, казалось, будто «примеряет на себя маски», перенимая чужие увлечения. Появилось ощущение потери собственной личности, отметила появление «пустоты» внутри, называла себя «погасшим солнцем». Не могла определиться относительно сексуальной ориентации, задумалась о собственной бисексуальности. Стала более замкнутой, пропало желание посещать школу. Одновременно с этим, стала интересоваться криминалистикой, биографией серийных убийц, примеряла на себя эту роль, фантазировала о расстрелах людей. Такие фантазии носили навязчивый характер. Тяготилась ими, безуспешно пыталась отвлечься на посторонние занятия.

С 16 лет после общения с сестрой заинтересовалась религиозной тематикой, начала изучать Библию. Появились навязчивые ритуалы, связанные с чтением молитв. Так, необходимо было определенное количество раз прочитать молитву. Если этого не получалось сделать, испытывала тревогу, предчувствие того, что может случиться что-то плохое. Церковь посещала редко, увлеченность религией носила неглубокий характер. Одновременно с этим, увлеклась эзотерикой, не видя противоречий между православным и оккультным мировоззрением. Начала заниматься гаданием на картах таро, до сих пор считает, что предсказала смерть дедушки.

В этом же возрасте вместе с родителями и подругой детства ездила отдыхать в Лазаревское. Там отметила подъем настроения, почувствовала влечение к подруге, практически все время проводила в ее компании. Мало спала, чувствовала себя активной, бодрой. Была весела, улыбчива, оптимистична. Около двух недель сохранялось приподнятое настроение, однако, после возвращения в Москву подъем вновь сменился подавленностью.

Через полгода после этого частным образом обратилась к психотерапевту, работа с которым не принесла результата. Еще через полгода, находясь дома, вдруг ощутила острую нехватку воздуха, физически почувствовала, что сердце как будто кто-то сжал ледяной рукой, участилось сердцебиение, заметила появление интенсивной тревоги, появился страх смерти. Такое состояние длилось несколько минут, после чего самостоятельно разрешилось. Больная объясняет этот эпизод магическим образом, вмешательством высших сил. Поняла, что хочет жить, приняла решение перестать худеть.

После этого настроение выровнялось, однако, постоянно задумывалась о своем месте в этом мире, о том, кем является, подолгу размышляла на темы поиска «высшей цели», о смысле существования, о Боге, делилась мыслями с сестрой. Продолжала учиться, с учебой справлялась, однако, отметила появление слабости, утомляемости, стало сложнее сконцентрироваться, запомнить материал. Окончила 11 классов школы с золотой медалью. При выборе дальнейшего места обучения руководствовалась советами сестры, которую считала своим кумиром, ровнялась на нее. По совету сестры поступила на бюджетное отделение филологического факультета РГГУ. Адаптировалась в коллективе достаточно быстро, познакомилась с одногруппниками, приступила к учебе. Училась без интереса, но с учебой справлялась легко.

Учась на 1 курсе университета, без видимых причин отметила подъем настроения, была общительной, активной, деятельной, ощутила «прилив сил», сократился ночной сон. В марте того года на сайте знакомств познакомилась с молодым человеком, спустя 2 месяца согласилась на его предложение выйти замуж, купили кольца, готовились к свадьбе. Внезапно разочаровалась в молодом человеке, поняла, что не любит его, не хочет свадьбы. Осознала, что испытывает влечение к подруге детства, поняла, что любит только ее. Вернувшись в Москву, разорвала отношения с молодым человеком, вступила в платонические отношения с подругой. Продолжала учиться, окончательно разочаровалась в выбранной специальности. Появился интерес к журналистике, стала задумываться о смене места обучения.

Зимой того же года, после признания подруги в гетеросексуальности, рассталась с ней, резко снизилось настроение, появилась плаксивость,

раздражительность. Стали появляться прогулы в университете, большую часть времени проводила в постели, к общению ни с кем не стремилась. Весной поняла, что «душа находится не в том теле», появилось желание сменить пол. Полностью была охвачена этой мыслью. Поделилась ей с родителями, после их негативной реакции еще более снизилось настроение, стали отмечаться эпизоды, когда падала на пол, рыдала, затем неподвижно лежала, многократно повторяла «вы меня убили, я мертва». Была раздражительной, провоцировала внутрисемейные конфликты. Отметила появление помимо воли в голове мыслей о причинении вреда близким, друзьям, а также посторонним людям. К примеру, в метро появлялось желание толкнуть человека под поезд. В связи с этим, стала ограничивать контакты с друзьями, знакомыми, все больше времени стала проводить дома. Заметила, что настроение стало колебаться в течение дня от приподнятого, когда представляла, что сменит пол, поменяет университет, была оптимистична, до резко сниженного с тоской, нежеланием что-либо делать, ощущением бессмысленности, никчемности собственной жизни, плаксивостью. Помимо воли больной в голове стали возникать мысли о суициде, считала их чуждыми своей личности. С целью избавиться от них стала наносить многочисленные самопорезы на плечах, предплечьях, что временно облегчало состояние. В середине июля обратилась к психиатрам, где после нескольких психотерапевтических бесед осознала, что является девушкой, отказалась от идеи сменить пол. Принимала психотропную терапию. В целом, изменений состояния в лучшую сторону не отмечала, продолжали возникать колебания настроения в течение дня, вновь отметила появление помимо воли в голове мыслей о суициде, в момент которых становилась плаксива, возбуждена, импульсивно наносила самопорезы в области предплечий. Сохранялись рассуждения о цели существования, задавалась вопросами мироздания. Испытывала тревогу перед будущим. Появились идеи о собственной ничтожности, неполноценности, тяготилась нерешенным вопросом относительно религиозных убеждений. Отказалась от дальнейшего обучения в университете, написав заявление об отчислении по собственному желанию. Продолжительность сна увеличилась, спала около 12-13 часов в сутки, при этом отдохнувшей себя не чувствовала. По

настоянию матери в таком состоянии обратилась в НЦПЗ, где была проконсультирована и госпитализирована.

Заключение по данным клинико-психологического исследования:

В кабинет входит быстрой уверенной походкой. Ориентирована всесторонне верно. Выглядит соответственно возрасту. Одеты в мешковатую кофту темных тонов, спортивные обтягивающие штаны. Волосы коротко подстрижены, окрашены в розовый цвет. Глаза подведены черным цветом. На плечах и предплечьях многочисленные следы от самопорезов. Выглядит встревоженной. Пассивно вступает в беседу с врачом. В начале беседы сидит неподвижно, облокотившись на спинку кресла, руки сложены на коленях, ноги широко расставлены. Мимика обеднена, выражение лица безразличное. По мере беседы оживляется, начинает жестикулировать. В беседе раздражительна, не всегда держит дистанцию в общении с психологом. Ответы на вопросы в плане заданного, по существу, достаточно подробно описывает свое состояние. Речь в ускоренном темпе, грамматически верная, легко оперирует сложными понятиями, периодически использует молодежный сленг. Голос средней громкости, интонационно маломодулированный.

Высказывает жалобы на колебания настроения в течение дня от сниженного до приподнятого. В периоде сниженного настроения преобладает подавленность, нежелание чем-либо заниматься, утрата прежних интересов, чувств по отношению к близким, раздражительность в их сторону. Появляется тревога относительно будущего, связанная с трудностями выбора дальнейшей сферы деятельности. Сетует на слабость, сонливость, залеживается в постели, прилагает большие усилия, чтобы выполнить какое-либо дело, ограничивает общение с друзьями и родственниками. Отмечает появление помимо воли в голове мыслей о суициде, при этом противопоставляет их собственным мыслям, тяготится их присутствием, с целью избавиться от них наносит многочисленные самопорезы на предплечья. В моменты нанесения порезов чувствует облегчение состояния, пропадают мысли о суициде, не чувствует ничего кроме боли, называет это состояние «трансом». Помимо этого, находит красивым вид крови, считает, что в этом есть определенная эстетика. Задумывается о бесперспективности, никчемности собственной жизни, будущее видится в мрачном свете. В процессе

беседы внезапно сообщает, что ощутила подъем настроения, прилив сил. Бравирует своей бисексуальностью, пускается в рассуждения на тему смысла жизни, на первое место ставит саморазвитие, отношения со своей девушкой. Вне зависимости от настроения отмечает частые головные боли, купируемые приемом ибупрофена, которые связывает с изменением погодных условий. Сообщает, что испытывает «экзистенциальный кризис», подробно объясняет, что испытывает невозможность понять смысл собственного существования, определиться относительно веры исповедания, не ощущает «себя» как личность, чувствует «пустоту в душе».

Критика к состоянию частичная, считает состояние болезненным, но в то же время предполагает, что это реакция на временные жизненные трудности. Многократно повторяет, что родители «предали» ее, поместив в больницу, поясняет, что хотела лечиться амбулаторно. Очерченных бредовых идей выявить не удастся. Суицидальные мысли отрицает. Тяготится собственным состоянием, ищет помощи.

По объективным данным: механическая память несколько снижена. Динамика запоминания 10 слов: 6-6-7-9, отсроченное воспроизведение – 6. Опосредование ухудшило запоминание: назвала лишь 4 слова из 19, что было связано с привнесением в воспроизведение субъективно-эгоцентрических значений и образов. Ассоциации в пиктограмме - бедные, стереотипные, с выраженным истероидным компонентом и показателями эмоциональной лабильности. Например, на слово «развитие» пациентка нарисовала волнообразную кривую и впоследствии воспроизвела «изменение настроения». Образы людей практически отсутствовали, что указывает на некоторое уплощение эмоциональной сферы. Больная сама говорит, что «я все понимаю через разум. Эмпатия и сопереживание мне не доступны. Моя дружелюбность – это лишь социальный навык».

Объем внимания при выполнении интеллектуальных тестов резко сужен. Функция планирования и контроля значительно нарушена. Мышление несколько расплывчато, с ярко выступающей тенденцией к фабулированию, импульсивностью и некритичностью суждений. Пациентка зачастую высказывает противоречащие друг другу мнения, не замечая этого. Категориальный

понятийный способ обобщения доступен. Однако имеет место тенденция к элементам разноплановости, резонерства. Так, в классификации создает группу «биосфера», куда вошли млекопитающие, предметы быта. Также есть группа «предметы для использования утилизации», куда входят глобус, книги, предметы интерьера.

По результатам проективных тестов можно говорить об инфантильности, истероидных тенденциях, тенденциях к отреагированию вовне и актуальности проблем полоролевой идентификации – трудности принятия своей женской роли, так и критическая значимость активно доминантной позиции и возможности контроля. Проявились конкурентные мотивы. Актуальным оказалось переживание потери возможности сохранения привычного «фасада», что успешно удавалось пациентке ранее.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследование выявило, что мышление отличается преобладанием субъективно-аффективной установки, некритичной импульсивностью, тенденции к фабулированию, элементам разноплановости и налетом резонерства. Эмоционально-личностная сфера характеризуется выраженностью истероидного радикала, значительными регрессивными тенденциями и высокой аффективной напряженностью.

Клиническая квалификация состояния пациентки:

У пациентки с детства отмечается склонность к аутистическому фантазированию, также с раннего возраста (с 3-х лет) отмечаются психопатические реакции с аффективными разрядами и брутальностью аффекта. Обращают на себя внимание признаки искаженного психического дизонтогенеза с ускорением идеаторного развития. Личность пациентки можно определить, как мозаичную с преобладанием истеро-шизоидных черт и признаками эмоциональной дефицитарности. Наряду с психопатоподобной симптоматикой в том же возрасте отмечалось развитие невротических и соматовегетативных расстройств в виде всевозможных фобий, в том числе и вычурного содержания. Позднее присоединяются обсессивные нарушения как абстрактного, так и контрастного характера. С 13 лет отмечается развитие аффективных расстройств: период аффективной лабильности с преобладанием пониженного аффекта сменяется в возрасте 14ти лет гипоманиакальным состоянием, в дальнейшем

аффективные расстройства приобретают характер, близкий к континуальным, носят отчетливо биполярный характер, в дальнейшем в структуре депрессий начинают возникать полярные аффективные включения, так называемые «гипоманиакальные окна». Аффективная триада отличается дисгармоничностью с преобладанием идеаторного компонента и слабой выраженностью тимической составляющей. В маниях начинают преобладать расстройства влечений, а в депрессивных состояниях - аутоагрессивные тенденции, а также явления соматопсихической и аутопсихической деперсонализации. С 15 лет отмечается период сверхценной дисморфофобии с элементами нарушения пищевого поведения с проявлениями в виде нервной анорексии. С этого же возраста у больной появляются сверхценные расстройства в виде религиозного мистического мировоззрения. Кроме того, в данный период отмечаются затруднения половой идентификации. Контрастные навязчивости приобретают садистическое содержание. Интерес к религии носит выхолощенный, поверхностный характер, сочетается с примитивным магическим мышлением. Такой же неглубокий и показной характер носит интерес к метафизике в целом, что сопровождается инфантилизмом суждений.

При поступлении состояние больной было расценено как: Затяжная атипичная депрессия с преобладанием дисфорического аффекта, сверхценных метафизических и экзистенциальных расстройств, выраженной лабильностью настроения, вплоть до возникновения коротких эпизодов полярного аффекта, явлениями образного ментизма, психопатоподобными нарушениями истеро-эксплозивного типа, неврозоподобными расстройствами, явлениями аутопсихической деперсонализации, суицидальными мыслями, склонностью к аутоагрессии, нарушениями полоролевой идентификации, крайне формальной критикой к состоянию. Обращает на себя внимание полиморфизм симптоматики, ее калейдоскопичность и синдромальная незавершенность с сочетанием расстройств из разных психопатологических регистров (обсессивно-фобических, аффективных, соматовегетативных, метафизических, деперсонализационных, расстройств пищевого поведения, влечений и половой идентификации).

Таким образом, в нозологическом плане речь может идти о шизоидном расстройстве личности с аффективными континуальными биполярными

нарушениями (F60.1+F31.4), сочетающимися с непрерывными расстройствами в виде сверхценного метафизического мировоззрения, навязчивой симптоматики, сверхценных дисморфофобических расстройств. При этом навязчивая, дисморфофобическая симптоматика ослабевает в маниях, а сверхценные метафизические расстройства мало зависят от полюса аффективного состояния.

Приложение 3. Анализ клинического случая № 2. Результаты клинико-психологического обследования пациентки с юношеской депрессией и суицидальными попытками

И.К. А., 25 лет

Анамнез: родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологические, неосложненные. Раннее развитие без особенностей. В 12 лет, по окончании 5-го класса, переехала в Россию. Тяжело перенесла переезд, из-за смены климата часто болела, тяжелее далась адаптация в новом школьном коллективе. В этот период времени материальное положение семьи ухудшилось, не могла позволить себе такую же красивую одежду, косметику, как у одноклассниц, чем сильно тяготилась. Стала уделять повышенное внимание своей внешности. С 13 лет, «за компанию», не желая «отставать от других», начала употреблять алкоголь, курить. Употребляла алкогольные коктейли (по 1-2 банки) через день, несколько раз приходила домой в состоянии выраженного опьянения. Употребление наркотических веществ категорически отрицает. В 14 лет, после развода родителей, почувствовала «облегчение», считала, что так для всех будет лучше, т.к. устала от конфликтных отношений в семье. С этого же возраста, на фоне ряда психотравмирующих ситуаций настроение постепенно начало снижаться, появилась подавленность, тоска с ощущением тяжести за грудиной, головные боли распирающего характера, эпизоды потливости с ощущением «прилива крови к лицу». Стала считать себя «толстой», некрасивой. Вначале ограничивала себя в количестве потребляемой пищи, затем начала голодать, могла за весь день съесть одну упаковку йогурта или одно вареное яйцо. Изнуряла себя спортивными упражнениями, ежедневно измеряла объемы своего тела. В течение 8 месяцев была одержима идеей похудения, вес снизился на 16 кг (с 56 кг до 40 кг) однако, после того как начали выпадать волосы, пропали менструации, испугалась этих симптомов и начала питаться полноценно. С 15 лет (10 класс) появились эпизоды переедания, после которых чувствовала вину, раскаяние. В этот период времени остро ощущала одиночество, едой «заполняла пустоту в душе». С того же времени появилось ощущение «тумана» в голове, не справлялась с учебными

нагрузками в школе, ухудшилась концентрация внимания, с трудом анализировала и запоминала новую информацию. Вину на себя в том, что «поглупела», прилагала большие усилия для того, чтобы успеваемость оставалась высокой. По окончании школы поступила в Финансовый Московский Университет на факультет социологии и политологии. Сохранялось подавленное настроение, ничем не хотела заниматься. Пыталась скрыть свое состояние от окружающих, выходя из дома надевала «маску» играла, изображала хорошее настроение, улыбалась, встречалась с друзьями. Старалась не отставать от одногруппников в учебе, что давалось с трудом. В 22 года окончила ВУЗ. Около полугода, не найдя в себе сил работать, провела дома. Проживала с молодым человеком, практически ни с кем, кроме него, не общалась. Постоянно чувствовала себя уставшей, обессиленной. С начала года, решив, что больше не может сидеть дома и нужно «справляться самой», устроилась на работу секретарем. Очень уставала, однако, была на хорошем счету у начальства, с работой справлялась в полной мере. На этом фоне, однако, все чаще стали возникать дни, когда ощущала полное бессилие, не было даже сил встать с кровати, чтобы пойти на работу. В связи с подобным состоянием решила уволиться. Пробовала работать в администрации, офис-менеджером в частной фирме, но каждый раз примерно спустя полгода увольнялась из-за нарастающего «бессилия». Позже состояние еще более ухудшилось: возникла выраженная тоска, каждый день плакала, постоянно возникали мысли о том, что «бессилие лишит ее будущего», что она не сможет создать семью. Начала подозревать у себя наличие тяжелого соматического заболевания, изучала статьи в интернете, неоднократно обследовалась врачами-интернистами, однако, патологии обнаружено не было. Впервые обратилась к психиатру, без существенного терапевтического эффекта. Отмечала возникновение разнообразных побочных эффектов: сонливости, нарушения мочеиспускания, сухости во рту. Не наблюдая положительного результата лечения, вновь решила, что ее проблемы являются следствием соматической патологии. Пришла к выводу, что недомогание связано с частыми воспалениями миндалин (ежемесячные ангины с января 2019 года). В сентябре настояла на проведении тонзиллэктомии. Поняв, что после операции ее

состояние не изменилось, начала раздумывать о суициде. Кроме того, стала ощущать снижение эмоциональности, притупленное цветовосприятие, временами казалось, что тело ей не принадлежит. Задавалась вопросами о том, почему в стране не узаконена эвтаназия, почему «страдающие люди не могут по собственной воле умереть», искала в интернете способы ухода из жизни, выбирая наиболее безболезненный. С суицидальной целью приняла около 50 таблеток перфеназина, 30 таблеток венлафаксина, 7 таблеток агомелатина, 20 таблеток НПВС, затем пыталась перерезать вены в ванне, однако, испугалась боли. Была найдена матерью в состоянии оглушения, бригадой СМП была доставлена в отделение реанимации ГБУ ЗМО «Протвинская городская больница». После того, как была выписана из отделения интенсивной терапии, обратилась к психиатру в поликлинику по месту жительства, по его рекомендации обратилась в амбулаторный отдел НЦПЗ.

Заключение по данным клинико-психологического исследования:

Заходит спокойно, ведет себя свободно. Выглядит относительно ухоженно, одета достаточно опрятно, волосы наполовину заплетены в дреды. В начале обследования несколько возбуждена, суетлива, торопится вернуться в палату, чтобы завершить прическу. В связи с этим первые задания выполняет несколько импульсивно, поспешно, по ходу обследования вработывается, становится более спокойной. Отмечаются трудности с началом работы. Зрительный контакт на протяжении всего тестирования поддерживает. Инструкции понимает, но иногда переспрашивает, просит прояснить детали, требуемое выполняет, на вопросы отвечает в плане заданного, немногословна, иногда требуются уточнения со стороны экспериментатора. Мимика в целом выразительная, часто улыбается, жестикуляция умеренная, речь средней громкости, темп несколько ускорен, разорванности речи и мышления не отмечается. Идет на контакт, но не открывается в полной мере, предпочитает отвечать на задаваемые вопросы, не углубляясь в рассуждения и детали. Так, тест Роршаха выполняет поспешно, не стараясь вдумчиво работать с картой. В высокой мере ориентирована на экспериментатора, сразу откликается на все просьбы и коррекции,

концентрируется на задании, прикладывает усилия, несмотря на спешку (в тесте Роршаха дает поспешные ответы, но выполняет указание не торопиться, не отказывается от выполнения заданий). Фон настроения несколько повышен, эмоциональные реакции преувеличены в моменты неудач, но не нарушают ход обследования. На ошибки реагирует оживлением, неловко улыбается и смеется, дает негативные комментарии на свой счет («Вообще мозги не варят», «...вообще не воспринимаю»). Высказывает жалобы на сонливость, которую связывает с применением лекарств (больше ощущается днем). Также во время выполнения задания на память несколько раз подчеркивает, что имеет проблемы с запоминанием на слух. На момент обследования в отделении активность невысокая, в основном ест, гуляет, спит. «Раньше не было сил, но две недели назад наладилось». Осознает необходимость лечения, открыто говорит о своем состоянии.

Мышление. На первый план выходят особенности мышления в виде незначительного снижения уровня обобщения. Довольно часто обобщение происходит на более низком уровне: так в методике «Сходство» пациентка иногда дает достаточно конкретные ответы (пара 9 «глаз-ухо» – «органы лица», 13 «древесина-спирт» - «настойки можно сделать»). Несколько снижен показатель (80% верных ответов) в методике «Исключение предметов». Переносный смысл доступен, но пословицы интерпретирует неполно, не всегда правильно, например, пословицу про «7 нянек» поясняет как «Необходимо целенаправленно воспитывать детей» (55% выполнения, выраженное снижение). Отмечается ригидность мышления, в задании на речевую беглость при назывании слов на букву «б» застревает на слоге «ба», что отмечает сама, с трудом отходит от этого. При затруднениях теряется, фиксируется на неудаче, начинает повторять, что «не получается». В методике «Башня Лондона» часто уточняет, какая из картинок остается статичной, сложно делать задание в уме. При выполнении методик выявляются единичные признаки искажения мышления: в методике «Сходство» на пару «муха-дерево» дает ответ «фрукты...муха садится на сладкое, дерево

плодоносит», в тесте Роршаха присутствуют ответы с плохой формой (4 из 25, незначительное снижение уровня формы).

Эмоционально-личностная сфера. В эмоционально-личностной сфере сочетается замкнутость и проявления открытости и дружелюбия: при опросе немногословна, требуется задавать дополнительные вопросы, тест Роршаха выполняет поспешно с проявлениями самокритики, часто говорит, что ничего не видит или «не могу объяснить» при опросе, часто ерзает на стуле, не спрашивая разрешения, внезапно встает, чтобы закрыть окно. В то же время довольно уступчива и неконфликтна: всегда выполняет указания экспериментатора, находит ответы, даже если до этого утверждала, что не знает. Торопится доделать прическу, но все выполняет достаточно прилежно, не высказывает недовольства, на исправления реагирует спокойно. Результаты теста Роршаха указывают на возможное отсутствие склонности к установлению эмоционально-близких отношений, низкий уровень самофокусирования, избегание эмоциональных ситуаций. Отмечается сужение сферы интересов.

Таким образом, на первый план выходят лабильность работоспособности, нарушение селективности внимания и нарушение мышления в виде некоторого снижения уровня обобщения, незначительное снижение вербальной памяти. Также отмечаются особенности эмоционально-личностной сферы, выражающиеся в эмоциональной закрытости и податливости, ригидности, проявлении самокритики, единичных проявлениях импульсивности. Общая картина состояния соответствует аффективно-эндогенному патопсихологическому симптомокомплексу у акцентуированной личности.

Клиническая квалификация состояния пациентки:

Настоящее состояние определяется как становление ремиссии после перенесенной затяжной атипичной депрессии по типу юношеской астенической несостоятельности (с преобладанием когнитивных нарушений, сенестопатий, аутопсихической деперсонализации). При этом отмечается диссоциация между тяжестью предъявляемых жалоб и объективно относительно удовлетворительной социальной и трудовой адаптацией пациентки, а также умеренной

выраженностью когнитивных нарушений по данным психологического обследования. В связи с этим значительную часть жалоб пациентки можно отнести на счет ипохондрической фиксации на когнитивных расстройствах.

Наследственность пациентки отягощена психогенно спровоцированной депрессией у матери. В дошкольном возрасте отмечались невротоподобные нарушения (энурез, боязнь оставаться одной). Пациентка в тот период отличалась хорошей социальной и учебной адаптацией. Подростковый период протекал с незначительными нарушениями поведения в виде эпизодической алкоголизации и курения. В 14 лет на фоне психотравмирующей ситуации впервые развилась дисморфофобическая юношеская депрессия с расстройствами пищевого поведения (анорексия, сменившаяся затем булимией), отчетливо сниженным настроением. С 15 лет присоединились когнитивные нарушения и астения, при этом уровень социального функционирования оставался достаточно высоким. В 20 лет постепенно разрешились проявления дисморфофобии и РПП, снизилась интенсивность депрессивного аффекта, однако сохранялись когнитивные нарушения и астения. Начала исподволь формироваться фиксация на этих нарушениях, с формированием сверхценных ипохондрических идей, стремлением к поиску информации на данную тему и ее интерпретации. Профессиональная адаптация несколько снизилась (не могла подолгу работать на одном месте), но оставалась, в целом, удовлетворительной (с работой справлялась, дисциплину соблюдала). В возрасте 24 лет на фоне сохраняющегося депрессивного состояния с проявлениями апатии и астении, когнитивных нарушений и связанных с ними ипохондрических идей вновь отчетливо снизилось настроение с преобладанием тревоги, паническими атаками. Ипохондрические идеи на данном этапе болезни приблизились по своей выраженности к бредовому уровню (уверенность в наличии соматического заболевания, угрожающего жизни и благополучию пациентки). В 25 лет впервые обратилась к психиатру, антидепрессивная терапия с плохой переносимостью и без значимого эффекта. Ипохондрические идеи окончательно достигают бредового уровня, сопровождаются соответствующим поведением: целенаправленная активность по устранению предполагаемой

причины заболевания (самостоятельно связала симптомы с тонзиллитом, настояла на операции тонзилэктомии вне показаний). В связи с нарастанием тяжести депрессии появились активные суицидальные мысли: совершила две попытки самоубийства (отравление большим количеством психотропных препаратов, нанесение глубоких самопорезов), была госпитализирована в отделение интенсивной терапии в состоянии комы, после выписки направлена на стационарное лечение в клинику НЦПЗ. Положительная динамика терапии достигнута лишь на пятом курсе лечения, через 4 месяца; пациентка отличалась склонностью к болезненному самоанализу и драматизации минимальных ухудшений состояния. Хотя на фоне других пациенток больная была достаточно социально адаптирована, перспективы ее дальнейшей профессиональной адаптации остаются неопределенными (пыталась дистанционно продолжить обучение в первые месяцы после госпитализации, к моменту же выписки из стационара, несмотря на улучшение состояния, обсуждала оформление группы инвалидности или резкое сокращение объема трудовой деятельности в соответствии с концепцией «щажения»). К моменту выписки, отмечалась отчетливая редукция депрессивной симптоматики, вместе с тем сохранялись нерезко выраженные проявления астении, когнитивных нарушений и сверхценной ипохондрии (опасается побочных эффектов лекарств, не уверена в стабильности ремиссии, намерена изменить образ жизни).

Таким образом, на протяжении длительного времени (с 14 лет) у больной отмечается практически непрерывное депрессивное состояние, которое неоднократно меняло свою клиническую структуру и интенсивность. На фоне терапии, в последние годы, стало отмечаться развитие гипоманиакальных эпизодов.

Необходимо отметить, что на протяжении всего течения болезни в ее картине наблюдаются астенические и ипохондрические расстройства, причем выраженность последних варьирует от сверхценных до бредовых. Обращает на себя внимание «сквозной» характер данных нарушений, интенсивность которых не полностью взаимосвязана с тяжестью депрессии; данные нарушения

сохраняются и в рамках гипоманиакальных эпизодов. То же можно сказать и о когнитивных расстройствах, которые проходят «красной нитью» на протяжении всего заболевания и, несмотря на умеренную выраженность по результатам психологического исследования, по своей клинической картине выходят за рамки типичных депрессивных, приближаясь к малым психическим автоматизмам («остановка» мысли, ее потеря). Нельзя не отметить заметное изменение в структуре личности больной к моменту ее последней выписки с формированием сверхценной ипохондрической концепции «щажения», отказом от прежней социальной и профессиональной активности. Эти особенности заболевания, а также наличие форпост-симптомов, близких к бредовым феноменам, позволяют нам прийти к диагнозу шизотипического расстройства с доминированием неврозоподобной (астено-ипохондрической) симптоматики и аффективными колебаниями (F.21.3+F31.3).

Приложение 4. Анализ клинического случая № 3. Результаты клинико-психологического обследования пациента с юношеской депрессией без НССП

Б.А.А., 20 лет

Анамнез: беременность у матери протекала с выраженным токсикозом первой половины, угрозой выкидыша. Роды срочные, затяжные, закричал сразу. В грудном возрасте был беспокойным, мало и плохо спал, плохо ел, срыгивал. Не терпел никакого дискомфорта (голода, мокрых пеленок). Рос малообщительным, робким, скованным в общении со сверстниками, с домашними же был требовательным и капризным. В детском саду адаптировался с трудом, ходил крайне неохотно, много плакал, очень часто болел ОРЗ, бронхитами. Был робким и скованным в общении, тихим, покладистым, аккуратным, никогда первым не подходил к детям, имел до школы только одного приятеля. Любил играть один, мог подолгу возиться с кубиками, конструктором, клеить модели самолетов. В школе с семи лет, адаптировался лучше, так как знал одноклассников по детскому саду, учился хорошо, был усидчивым, обязательным. В классе «держался особняком», выраженных интересов ни к одному из предметов не проявлял. Особых увлечений в детстве не было, однако с удовольствием с ранних лет занимался домашними делами, помогал матери по хозяйству, ходил в магазин, мыл посуду, убирал квартиру, мастерил на даче поделки. Отличался аккуратностью, бережливостью к вещам, особенно к одежде. Оставался повышенно сензитивным, обидчивым, мог не разговаривать с матерью по 2–3 дня, хотя очень ее любил и полностью от нее зависел. В средних классах занимался в любительских секциях баскетболом, борьбой, быстро остывал. Читать в школьном возрасте не любил. Пубертатный период протекал гладко, без каких-либо отклонений в поведении и характере. Во время учебы в 7–8 классе (14-15 лет) заметно вырос, повзрослел, изменился голос. В этот период стал тяготиться своим одиночеством, хотелось быть раскованным, общительным, встречаться с девушками «как другие ребята». Пробовал подружиться с кем-то из одноклассников, предпринял четыре попытки, но не с одним не сблизился (ребята казались ненадежными или нетактичными, видел в них много недостатков).

Настроение в тот период было неустойчивым, отмечались непродолжительные, до двух недель эпизоды подавленности, хандры с оттенком раздражительности, стало труднее усваивать учебный материал. Появилось недовольство своей внешностью, казался себе непривлекательным, не нравилась форма своего носа. В 16 лет стал более активным, деятельным, увлекся иностранным языком, окончил специализированные курсы. Окончил 11 классов с хорошими отметками, по собственной инициативе сдавал вступительные в МГИМО, куда мечтал поступить еще с 8-го класса, но провалил экзамен по математике. По совету родителей поступил в другой ВУЗ. Быстро освоился, ходил с однокурсниками в кино, учился легко, сессии сдавал без труда. Будущая специальность инженера не нравилась. После первого курса по совету родителей перевелся в новый институт, там легко сошелся с однокурсниками, ходил с ними в кафе, в кино, даже на общественные развлекательные мероприятия, которых прежде всегда сторонился. В 19 лет стал замечать, что быстро утомляется, временами испытывал страх, что не сможет все выучить в срок, с трудом сдал зимнюю сессию, в течение месяца после сдачи экзаменов ощущал внутреннюю опустошенность. В дальнейшем настроение выровнялось, восстановилась трудоспособность. Во время второго семестра чувствовал себя неплохо, успешно закончил курс. С начала 3-го курса, из-за незапланированных бытовых работ, пришлось очень интенсивно заниматься, готовить сразу несколько курсовых заданий. Почувствовал «какую-то усталость», скуку, разбитость, чувство внутреннего дискомфорта, которое сменилось отчетливой подавленностью, стало казаться, что нагрузка ему не по силам. На свадьбе своего приятеля чувствовал себя "иностранцем", не мог веселиться вместе со всеми. Продолжал усиленно заниматься, засиживался в институте допоздна. Ухудшилась память, казалось, что вообще ничего не запоминает, не мог подолгу концентрировать внимание, возникли головные боли, стал плохо спать. Был осмотрен невропатологом и направлен в клинику неврозов. После лечения у психиатра с диагнозом «депрессивный эпизод», стал несколько активнее, но отчетливого улучшения состояния не отмечалось. После выписки усилилась подавленность, появилось чувство отчаяния. Понял, что состояние его

неизлечимо, не знал, как жить дальше, жизнь казалась бессмысленной, однако, конкретных суицидальных намерений не было, не представлял, что будет с матерью после его смерти. По настоянию родителей обратился в НЦПЗ, был осмотрен в амбулаторном отделе, была назначена психофармакотерапия. На фоне лечения состояние улучшилось, аккуратно принимал терапию, жалоб не предъявлял. Однако через год состояние вновь ухудшилось, по настоянию матери решил лечиться нетрадиционными методами, однако это эффекта не дало. С января снова стал принимать коаксил до 37,5 мг/сут. Принимал по такой схеме около 1,5 месяцев, после чего вновь ощутил улучшение состояния, полностью выровнялось настроение, успешно работал. Лекарств в тот период не принимал. Со второй половины августа этого же года аутохтонно изменилось состояние: фон настроения стал приподнятым, появилась чрезмерная активность, переоценивал себя, тратил много денег, делал ненужные покупки, знакомился на улице с девушками. В конце августа вопреки воле родителей уехал на летний отдых в Анталию, оставался взвинченным, конфликтным, растратил все деньги, с трудом выехал домой. Родители уговорили приехать на консультацию, осмотрен в амбулаторном отделе и госпитализирован в стационар НЦПЗ.

Результаты клинико–психологического исследования:

Ориентирован всесторонне верно, сознание ясное. Взбудоражен, многоречив, болтлив, отрицает болезненность своего состояния. Обвиняет в стационарировании мать. Раздражителен, с трудом удастся уговорить больного остаться в клинике. Движения резкие, размашистые, порывистые. Говорит быстро, стремится перебить собеседника, полон разнообразных планов и проектов. Ночной сон сокращен до 4–5 часов, аппетит повышен. Наличие обманов восприятия выявить не удастся. О себе говорит с превосходством, но бредовых идей не обнаруживает. В конце беседы соглашается с необходимостью приема лекарств.

В ситуации совместной деятельности осознает цель общения, способен строить свою деятельность с учетом партнера. При усложнении задания необходима коррекция со стороны экспериментатора.

Оценка результатов собственной деятельности близка к адекватной, с некоторой тенденцией к завышению. В самооценке личностных свойств преобладают социально–непривлекательные качества (скупость, подозрительность, злопамятность и т.д.).

В ходе исследования отмечаются чрезмерные эмоциональные реакции на ситуации успеха и неуспеха. Искажений мышления при выполнении методик «Четвертый лишний», «Сравнение свойств понятий» выявлено не было. Понимание абстрактных конструкций сохранно. Методика «Малая предметная классификация» выполнена без нареканий. Уровень обобщения несколько снижен. Выражена тенденция к конкретно–ситуационным обобщениям. Снижение избирательности проявляется не резко.

Таким образом, расстройств мышления процессуальной природы не выявлено, общая картина состояния соответствует аффективно-эндогенному патопсихологическому симптомокомплексу.

Клиническая квалификация состояния пациента:

В подростковом возрасте у больного появляются стертые аффективные биполярные колебания, которые имеют специфическую пубертатную окраску и содержание (сверхценные дисморфофобические идеи, явления юношеской астенической несостоятельности). В возрасте двадцати лет у больного на фоне психоэмоциональной перегрузки развилось манифестное депрессивное состояние с картиной симптомокомплекса юношеской астенической несостоятельности, что привело к госпитализации в психиатрический стационар. Заболевание протекало в виде затяжных депрессивных состояний с преобладанием тревоги, явлениями сверхценной ипохондрии, истеро–конверсионными и деперсонализационными расстройствами, выраженными соматовегетативными нарушениями. В последующем, помимо вышеописанных депрессивных фаз возникают стертые гипоманиакальные состояния с переоценкой собственной личности, раздражительностью, бессонницей, прожектерством, склонностью к неоправданным тратам, расторможенностью влечений. Отчетливой личностной динамики в процессе течения заболевания у больного не отмечается, сохраняется

высокий профессиональный уровень, стабильность семейных отношений, что позволяет говорить об отсутствии личностных изменений. Учитывая все изложенное, у данного больного следует диагностировать "Биполярный тип аффективного заболевания, с дебютом в юношеском возрасте, с преобладанием затяжных депрессий и кратковременными эпизодами стертых гипоманий" (F31.3).