

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

REASONS FOR THE FORMATION AND DISSEMINATION OF SELF-DAMAGING BEHAVIOR IN THE ADOLESCENT

E. Isagulova

Summary. Self-harming behavior (SB) is a serious problem that requires fundamental medical study and treatment. In adolescents with SB, other risk factors are often also observed, which can subsequently lead to various personality disorders. SP is a major risk factor for completed suicide, which is recorded in the history of a third of young suicides. The risk of suicide can be reduced by early recognition and treatment of cases of repeated self-harm. The objective of this study is to analyze the validity of using DBT with a low level of emotions management skills and resistance to frustration and discomfort in adolescents with self-injurious behavior.

Keywords: self-harming behavior, adolescence, suicidal behavior, parasuicidal behavior, dialectic behavior therapy.

Исагулова Елена Юрьевна

Соискатель, Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия
9477877@gmail.com

Аннотация. Самоповреждающее поведение (СП) представляет собой серьёзную проблему, требующую фундаментального медицинского изучения и лечения. У подростков с СП часто наблюдаются также и другие факторы риска, которые впоследствии могут приводить к различным расстройствам личности. СП является основным фактором риска завершённого суицида, что регистрируется в анамнезе у трети молодых самоубийц. Риск самоубийств может быть снижен путём раннего распознавания и лечения случаев повторного самоповреждения. Задачей настоящего исследования является анализ обоснованности использования ДПТ при низком уровне навыков управления эмоциями и устойчивости к фрустрации и дискомфорту у подростков с самоповреждающим поведением.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, подростковый возраст, суицидальное поведение, парасуицидальное поведение, диалектическая поведенческая терапия.

Определения

Для описания акта самоповреждающего поведения традиционно использовалась различная терминология, в том числе узкое понятие «многократного не ведущего к самоубийству нанесения себе порезов умеренной тяжести», используемое М. Darce и более широкие понятия, включающие нанесение себе ожогов, препятствование заживлению ран, нанесение себе побоев/укусов, упомянутые S. Herpetz, попытки суицида и действия, направленные на него, отмеченные A. D. Brittlebank et al. [22, с.18]. В более ранних работах самоповреждение описывалось М. Simpson как «попытка суицида» и «демонстративный суицид» (парасуицид) N. Kreitman, однако впоследствии возникли споры по причине неоднозначности намерения пациента с СП совершить самоубийство [41; 34]. В данной работе будет использоваться термин «намеренное самоповреждающее поведение» (СП) в определении К. Хотона и Дж. Каталана, т.е. как «акт намеренного самоотравления (передозировки) или нанесения повреждений вне зависимости от видимой цели и намерения» [26, с. 89].

Уровень распространения СП у подростков. Суицидальное поведение у детей и подростков является важнейшей проблемой в области здравоохранения по мнению Н. М. Евлашкиной [6]. В 2016 г. правительство РФ рекомендовало Министерству здравоохранения

и медицинским учреждениям обратить особое внимание на вопросы психогигиены молодого населения с целью снижения уровня самоубийств к 2020 г. [16]. В рамках данной рекомендации было предложено сосредоточить усилия на выявлении факторов риска самоповреждающего поведения и суицида. Количество СП у детей и подростков составляло 8,3% от общего уровня СП, причём 27% молодого населения сообщали о сопровождающих СП суицидальных мыслях [7]. Около четверти попыток самоубийства по мнению R. Diekstra остаются без внимания со стороны профессионального сообщества [24]. К. Хотон также сообщает, что значительная часть молодых людей, совершивших самоубийство с предшествующими самоповреждениями, никогда не обращались к врачу [27]. Подавляющее большинство способов СП у подростков, зарегистрированных медицинскими учреждениями (около 90%) составляет приём чрезмерных доз лекарственных препаратов, остальные 10% — в основном, случаи нанесения порезов без серьёзного вреда для здоровья по данным, приведенными С. Нав [25]. Половина случаев СП по причине передозировки лекарств, зарегистрированных в раннем подростковом периоде, происходит из-за приёма назначенных врачом препаратов, утверждает М. Керфут [32].

В начале 2000-х гг. наблюдалось незначительное повышение уровня СП у подростков, однако в 2015 гг. в среде старших подростков женского пола произошел

скачок. В период с 12 до 16 лет у девочек уровень СП путем передозировки лекарств значительно повышается и далее не изменяется [18]. У мальчиков повышение уровня происходит более медленно, так, у них количество СП в 18 лет соответствует количеству СП у девочек в 14 лет. В исследуемой возрастной группе количество СП у девочек и молодых женщин в среднем выше, чем у мальчиков и мужчин, однако в возрасте 20 лет показатели сравниваются. Случаи жестокого самоповреждения со смертельным исходом (повешение, использование оружия, прыжки с высоких зданий и автомобильные аварии) более характерны для молодёжи мужского пола [18].

Д. Шаффер и П. Фишер представили данные о том, что около 23% подростковых самоубийств происходит в течение 2 недель до или после дня рождения (количество, в 3 раза превышающее ожидаемое значение) [40]. К. Норгейт определила похожую тенденцию в случаях СП, следующих за днём рождения и выявила сезонные колебания: в период рождественских и летних каникул количество случаев СП у детей и подростков уменьшается, в то время как количество попыток суицида у взрослого населения, наоборот, растёт [38].

Общая статистика СП. СП обычно впервые регистрируется в среднем и старшем подростковом периоде и достигает пика в 15–24 лет у женщин и в 25–34 лет у мужчин. Средний возраст пациентов с СП обоих полов — 30 лет, в основном это одинокие люди и женщины, часто с неполной занятостью на позициях, не соответствующих образованию по данным, приведенным Ю. А. Александровским [2].

В 1970-х гг. соотношение женщин к мужчинам в СП было в соотношении 2 к 1. По данным более поздних исследований J. Williams разница значительно уменьшилась и в конце 1990-х гг. количество случаев СП у женщин немногим превосходило СП у мужчин [42]. По мнению С. Канетто и И. Сакиновского, различие в показателях СП у женщин и мужчин тесно связано с культурной средой, например, в Финляндии этот показатель выше у мужчин [20]. Автор делает заключение, что значительное различие уровня СП у разных полов можно наблюдать в обществах, где от женщин и мужчин ожидается разное суицидальное поведение. Ожидания в обществе оказывают влияние на выбор индивида и на объяснения его поступку со стороны других членов общества.

Социальные причины СП. Известно, что самоповреждению предшествуют неблагоприятные события в жизни пациентов. По данным исследования L. Kotila et al. у пациентов с СП такие события происходили в четыре раза чаще в период за полгода до инцидента, чем у участников контрольной группы [33]. Данные под-

тверждаются другими исследователями М. Jack [31]. Однако, несмотря на то, что стрессогенные события чаще приводят к парасуицидальному поведению, чем к иным расстройствам личности, не все пациенты, пережившие такие события, впоследствии практикуют парасуицид. Следовательно, существует возможность устранения неблагоприятных последствий стресса за счёт развития и использования соответствующих навыков и ресурсов индивида.

За последние 30 лет XX в. значительно возросла роль социальных факторов, ведущих к СП у подростков. К таким факторам относится ослабление семейных уз в результате возросшего количества разводов, что совпало с тенденцией более раннего вступления во взрослую жизнь у молодёжи и столкновения с сопутствующими трудностями [15]. Доказано, что отсутствие поддержки со стороны близких людей в период стресса может приводить к депрессии.

Биологические причины СП

С точки зрения биологии, пациенты, демонстрирующие жестокое или суицидальное поведение, имеют пониженный уровень 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК, основной метаболит серотонина) в спинномозговой жидкости [19]. Низкий уровень 5-ГИУК в СМЖ связан со склонностью к суицидальному и импульсивному поведению у пациентов с депрессией, различными расстройствами личности, шизофренией и алкоголизмом [21]. П. Нордстрём обнаружил, что низкий уровень 5-ГИУК в СМЖ является фактором риска суицида у пациентов с предшествующим СП поведением в состоянии депрессии [37].

Генетические причины СП

Родственники погибших от суицида демонстрируют суицидальное поведение чаще остальных людей, что дает причину предполагать наличие генетического компонента. Стоит, однако, отметить, что родственники обычно проживают в той же среде, что и пациент. Коэффициент конкордантности по суициду у монозиготных близнецов составляет 13,2%, в то время как у гетерозиготных он не превышает 0,7% в исследованиях А. Роя [39]. Существуют также данные о суицидальном поведении в приёмных семьях. В национальном исследовании датских социологов содержатся сведения о 12 случаях самоубийств среди 269 биологических родственников 57 приёмных детей, которые впоследствии также совершили самоубийство [33]. Связи между суицидом у приёмных детей и остальных членов их семей обнаружено не было (ни одного самоубийства среди 148 приёмных родителей и других небологических родственников детей, совершивших самоубийство).

Влияние факторов психического развития на возникновение СП. Период возникновения первых эпизодов самоповреждающего поведения позволяет предположить, что в его формировании играют роль различные факторы, с которыми сталкиваются молодые люди в процессе психического созревания, например, сложности адаптации в обществе и установления межличностных отношений. Сложная взаимообусловленность внутренних задач, которые приходится решать подростку, и давления со стороны общества может приводить к случаям СП у психически уязвимых индивидов, считает М. McClure [36]. Зарегистрированное с 1960-х гг. повышение распространения СП может быть следствием усиления роли социального давления. Такие проблемы современного общества как безработица, употребление наркотических веществ, новые социальные роли и ожидания общества от молодых людей на фоне ухудшения качества семейной и социальной поддержки оказываются причинами усиления предрасположенности к СП. Ниже приводится список задач и навыков, необходимых для их решения и приобретения по мере взросления.

1. Формирование чёткого личного самосознания.
2. Принятие нового образа собственного тела.
3. Выход из-под родительской опеки.
4. Создание собственной системы ценностей.
5. Достижение финансовой и социальной независимости.
6. Построение отношений с представителями обоих полов.
7. Приобретение навыков осознанности и абстрактного мышления.
8. Развитие способности контроля поведения в соответствии с общепринятыми социальными нормами и умения брать ответственность за собственные действия.

Продолжительная зависимость от семьи и завышенные ожидания со стороны окружающих препятствуют этому естественному процессу.

Считается, что, столкновение ощущений от изменившегося тела, ума и чувств с необходимостью нести ответственность, которое испытывает подросток в возрасте 14–15 лет, ввиду неразвитых навыков переживания возрастных изменений может приводить к состоянию отчаяния. М. Ходс предполагает, что употребление превышающих норму доз лекарственных препаратов и иные способы самоповреждений являются формой коммуникации, и что осознанную «передозировку выбирают люди, ощущающие собственное бессилие» [30, с. 37].

В контексте СП у подростков важную роль играет формирование восприятия смерти. Отношение к смерти имеет особое значение в рамках психологии когнитивного развития. В детском и подростковом сознании

смерть представляется чем-то далёким, дети часто считают себя бессмертными пишет Е.Л. Николаев [15]. Отсутствие понимания реальных последствий употребления лекарств и иных токсичных веществ негативно сказывается на поведении молодых людей.

Намеренное самоповреждение у подростков и его функции

В большинстве случаев подростки практикуют СП без намерения убить себя, утверждает в своей работе R. Diekstra [24]. К. Хотон обнаружил, что только треть из 50 обследованных после актов самоповреждения подростков намеревались умереть, в то время как 42% высказали незаинтересованность в результате, а четверть сообщили, что не хотели таким образом закончить свою жизнь [28]. По мнению Т.Ю. Ласовской, несмотря на то, что в некоторых случаях подростки указывают на собственные суицидальные намерения, акты самоповреждения обычно не приводят к смерти [10]. Возможно, указание на суицидальные намерения при СП является запросом на признание действия социально приемлемым или на получение помощи от социальных структур. По результатам исследования, подростки, совершающие СП без суицидальных намерений, «имели расстройства социального поведения, испытывали влияние острых проблем и хотели, чтобы помощь была им оказана немедленно. Они могли быть импульсивными, их эмоции и мотивы поведения были нестабильны, но в будущее они смотрели с оптимизмом». В то же время подростки, вовлеченные в СП с суицидальными намерениями, были «подавлены, одиноки, смотрели в будущее без надежды и меньше выражали запрос о помощи», утверждает в своем исследовании L. Brown et al. [19, с. 67]. Авторы отметили, что подростки из обеих групп были обеспокоены внутренними переживаниями и невозможностью их контролировать, но у пациентов без суицидальных намерений значительно более серьёзное беспокойство вызывали межличностные отношения. Они сообщали о потере контроля над чувствами и о невозможности дать объяснение причинам самоповреждения. События, послужившие непосредственным поводом к СП, у участников групп не отличались.

В качестве наиболее частого объяснения акту СП подростки описывали невыносимую ярость, чувство изолированности или желание выйти из болезненной ситуации, что, по мнению Р. Диекстры, К. Кайнхорста, позволяет увидеть причину СП в отсутствии навыков переживания нежелательных событий [24]. Эти чувства могут возникать по причине отсутствия коммуникации внутри семьи и психологической дестабилизации в результате разрыва отношений с родителями или партнерами.

К. Хотон отмечает, что, в отличие от медицинского персонала, обслуживающего подростков после актов

самоповреждения, лишь незначительное количество подростков объясняет свое поведение желанием наказать окружающих или осуществить манипуляцию [27]. У взрослых разница между объяснением причин СП пациентами и врачами еще более значительна [18]. Наиболее часто подростки объясняют лекарственное СП желанием «получить облегчение», «найти выход» и «показать отчаяние».

По мнению К. Хо, выявление намерений подростков с СП представляет сложности по причине их завуалированности и многокомпонентности [25]. У старших подростков передозировка лекарственных средств может происходить на фоне алкогольного опьянения. Две трети мужчин и около половины женщин употребляли алкоголь в течение нескольких часов перед лекарственным, утверждает Ю. Б. Можгинский [14].

Предпосылки к СП у подростков. Выявление факторов, ассоциированных с СП, имеет решающее значение для определения лиц в группе повышенного риска. Информация о наличии таких факторов позволяет разрабатывать превентивные стратегии и меры повышения навыков переживания эмоций. Акты самоповреждающего поведения у детей и подростков, по большей части, являются импульсивными. К. Хотон и Дж. Каталон представили результаты о том, что две трети из 98 подростков, намеренно отравившихся лекарственными препаратами, решили это сделать менее чем за 1 час до происшествия [26]. В большинстве случаев СП является результатом наличия чёткого провоцирующего фактора. В 50–75% случаев дети до 16 лет в качестве такого фактора называют ссоры с родителями. Триггерами могут служить проблемы в школе, с друзьями или дома. У молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, в особенности девушек, СП может быть спровоцировано ссорой с возлюбленным/-ой. По данным Д. Шафера, 67% лекарственных СП происходят после ссоры, 19% связаны со сложностями в школе [40]. Спонтанная природа СП может говорить об отсутствии навыков переживания определенных чувств и эмоций и желании избавиться от негатива путём СП.

М. Керфут обнаружил устойчивую корреляцию между детским СП и родительскими проблемами, в том числе их преступными действиями и зависимостью от получаемых от них благ [32]. Дети в семьях с проблемами, приведшими к разводу или разводу родителей и находящиеся в интернатах, в 20 раз чаще своих одноклассников совершают акты СП [40]. Более половины детей до 16 лет во время СП проживают только с одним из биологических родителей, в основном из-за произошедшего развода, и около 40% из них проводят время в муниципальных социальных учреждениях. Треть детей проживало с одним из родителей, десятая часть — без родителей

и один из семи имел опыт нахождения в социальных учреждениях. М. Керфут обнаружил устойчивую связь СП с проблемами в семейных отношениях (наиболее частыми причинами лекарственного СП) и с личными особенностями ребёнка, такими как поведенческие проблемы, ощущение безнадежности и депрессия [32].

Среди молодых людей работоспособного возраста, совершающих акты СП, уровень безработных превышает средние показатели по региону. Высокий процент молодых людей (в особенности, мужского пола), проживали не в семьях или с друзьями, что является фактором риска для повторного СП и суицида [3].

Употребление лекарственных, а также иных токсичных веществ и препаратов является серьёзным фактором риска для суицида и СП. Жертвы суицида, как правило, имели длинную историю употребления токсичных веществ (в основном, алкоголя), находились в глубокой депрессии, обычно предшествующую злоупотреблению веществами, суицидальные мысли в течение последней недели и семейный анамнез с злоупотреблениями и проблемами с законом. К. Хотон обнаружил, что подростки и молодые люди с СП (в основном, мужчины) часто злоупотребляют алкоголем и наркотическими веществами [28]. СП часто связано с употреблением алкоголя (в основном, у мужчин и у женщин в период обучения). Кроме того, учёные отметили связь злоупотребления алкоголем не только с СП, но и с злоупотреблением наркотическими веществами.

На формирования СП поведения оказывает значительное влияние обстановка в семье. Напряженные отношения с близкими, в особенности с матерью, напрямую связаны с развитием депрессии и суицидальными мыслями в семьях с дисфункцией решения проблем и избеганием по мнению Д. Крейсмана, Х. Страуса [9]. Часто, сталкиваясь с высоким уровнем внутреннего или социального стресса, члены семьи не осуществляют нормальную коммуникацию друг с другом. Кроме того, некоторые (или все) члены семьи могут не обладать способностью решения проблем [26].

Н. М. Евлашкина обнаружили более высокий процент психических расстройств и предшествующих злоупотреблений лекарственными препаратами у членов семьи пациентов [7]. М. Лайнен приводит доказательства того, что родительская депрессия и злоупотребления препаратами в большей степени повышают риск суицида у подростков, чем их собственная депрессия или злоупотребления, по причине значительного влияния на ребёнка среды, в которой находится родитель с психическим заболеванием [11]. Бурно выражаемые разногласия, физическое, сексуальное и бытовое насилие, а также отсутствие психологической поддержки в семье

чаще приводят к суицидальному, в том числе повторному, поведению, чем к психиатрическим проблемам или нарушению социальных норм [10]. Исследование показало, что почти все осуществляющие попытки самоубийства взрослые женщины ранее подвергались сексуальному насилию. Если случаи сексуального насилия повторялись, присутствовала пенетрация, они были осуществлены с применением физической силы и за ними следовала сепарация от родителей, то риск СП значительно возрастал. В работе М. Хоудса выдвинуто предположение, что ригидность семейных отношений и развитие суицидальных намерений у подростков связаны с подростковым дефицитом способности к решению проблем [30]. Суровая (ригидная) семья характеризуется «негибкими отношениями, которые не облегчают протекание функциональных изменений в ответ на проблемы или потребности взросления» [30, с. 113]. Отсутствие адаптивности в ответ на сложные ситуации в такой семье препятствует развитию гибких и эффективных навыков решения проблем, что, в свою очередь, накладываясь на сопутствующую нехватку веры в возможность преодоления проблем, увеличивает риск возникновения суицидальных намерений. Бездомные или убежавшие из дома подростки также находятся в зоне риска по СП. К. Хотон отмечает отсутствие видимых провоцирующих факторов в трети случаев и предполагает, что в этих случаях более вероятно развитие депрессии [26].

Сопутствующие диагнозы. Психические расстройства у подростков ассоциированы с ростом риска суицида и иных высокорисковых расстройств. У порядка 30–40% пациентов, попавших в больницу по причине СП, диагностируется психическое заболевание, около трети ранее обращались в психиатрические службы [38].

У взрослых СП, в особенности неоднократное, часто регистрируется у пациентов с пограничным расстройством личности. По результатам исследования К. Хо, 46% пациентов, обратившихся в медучреждение по поводу СП, страдают расстройством личности [25]. Многие психиатры называют пограничное расстройство личности наиболее частым расстройством личности у пациентов с СП, в то время как К. Хо с коллегами считают главными сопутствующими СП расстройствами параноидальное, тревожное и импульсивное расстройство личности. Сравнение пациентов с СП на фоне личностных расстройств с теми, у кого СП зарегистрировано не было, показало более тяжёлую степень расстройств у пациентов с СП. Таким образом, СП может считаться маркером тяжести расстройства. К. Хо, однако, отмечает, что проведение исследования СП среди пациентов больницы могло привести к отклонению результатов в сторону людей с наиболее тяжёлыми формами расстройств [25]. Другие диагнозы, ассоциированные с СП, включают большое депрессивное расстройство (клиническую депрессию),

диссоциативное расстройство личности, обсессивно-компульсивное расстройство, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, расстройства пищевого поведения, шизофрению, тревожные расстройства, расстройства адаптации и иные расстройства личности. По общему мнению, увеличение количества сопутствующих факторов (имеющих или не имеющих эффект) увеличивает риск попыток суицида. Существует мнение, что во время первого эпизода депрессии у подростка существует повышенный риск суицида. К. Хо провела исследование в группе из 150 взрослых пациентов с СП и выяснила, что более 70% участников находились в состоянии глубокой депрессии по критериям МКБ-10 [25]. Около половины эпизодов депрессии были тяжёлыми или психотическими. В той же работе содержатся данные о высоком преобладании сопутствующих психических заболеваний и расстройств личности (44%) у пациентов с СП. Крейсман Д. и Страус Х. выяснили, что СП на фоне различных расстройств увеличивает риск суицида пациента в шесть раз по сравнению с наличием только расстройства (без СП) [9]. Расстройства кластера Б (импульсивно-агрессивные) ассоциированы с невозможностью управления интенсивным аффектом и агрессией, что приводит к риску возникновения СП.

Подростки с самоповреждениями могут находиться в зоне риска по возникновению нарушений личности в дальнейшем, таких как повторяющиеся расставания, неумение решать социальные проблемы и установление близких отношений.

Выводы

Количество случаев СП в настоящее время увеличивается у населения всех полов и возрастов. Причины роста СП могут быть комплексными, но, отчасти, связаны с изменениями в социальной структуре и структуре ожиданий, такими как увеличение уровня безработицы, количества разводов, уменьшение количества и качества поддерживающих отношений и социальная изоляция. Тот факт, что впервые СП обычно происходит в среднем подростковом возрасте, стимулировал исследование зависимости между задачами взросления в подростковом периоде и изменением ожиданий от взрослеющего ребёнка. На этапе взросления возможно возникновение трудностей и конфликтов в отношениях с друзьями и родителями. Эти трудности накладываются на проблемы среды в семьях с высоким уровнем разногласий, случаями физического и сексуального насилия, что приводит к появлению у подростка чувства гнева, ощущения изолированности и желания выйти из невыносимой ситуации. Исследования показывают, что у некоторых людей снятие напряжения от таких ситуаций может происходить путем самоповреждения. Установлена связь между СП и увеличением количества злоупотреблений

алкоголем и наркотическими веществами. Наличие психических нарушений, в особенности выраженных психических заболеваний, значительно повышает риск СП

и суицида. Пограничные расстройства личности и клиническая депрессия являются основными ассоциированными с СП диагнозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алёхин А. Н. Психические расстройства в практике психолога. СПб.: Сенсор. 2009. С. 34–37.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Наука, 2000. С. 426–429.
3. Амбрумова А. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение у подростков: сб. научных трудов НИИНИ им. В. М. Бехтерева. Л. 1991. С. 45–48.
4. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер. 2019. С. 321–324.
5. Девятова О. Е. Пограничные психические расстройства у детей, находящихся в условиях семейной депривации // Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 2005. С. 46–48.
6. Евлашкина Н. М. Влияние различных стилей детско-родительских отношений на проявление агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. 2011. т. 43. № 3. С. 23–26.
7. Евлашкина Н. М., Холмогорова А. Б. Мотивация аффилиации и динамика агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением // Дефектология. 2011, № 4. С. 17–19.
8. Зарецкий В. К., Смирнова Н. С., Зарецкий Ю. В., Евлашкина Н. М., Холмогорова А. Б. Три главные проблемы подростков с девиантным поведением. Почему возникают? Как помочь?: учебное пособие. М.: Форум. 2011. С. 67–69.
9. Крейсмэн Д., Страус Х. Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять. СПб.: Питер. 2018. С. 47–51.
10. Ласовская Т. Ю. Самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 32–37.
11. Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М. — СПб.: ООО «ИД Вильямс». 2018. С. 270–273.
12. Лайнен М. М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. М. — СПб.: ООО «ИД Вильямс». 2018. С. 19–21.
13. Менингер К. Война с самим собой. М.: ЭКСМО-Пресс. 2000. С. 69–72.
14. Можгинский Ю. Б. Агрессивность детей и подростков. Распознавание, лечение, профилактика. М.: Когито-Центр. 2008. С. 89–92.
15. Николаев Е. Л. Медико-психологическая коррекция и профилактика пограничных нервно-психических расстройств у школьников-подростков. Дис. канд. мед. наук. Новосибирск. 2001. С. 112–113.
16. Попов Ю. В., Пичиков А. А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит. 2017. С. 366–367.
17. Эллис А., Уинди Д. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. М: Речь. 2002. С. 89–93.
18. Brittlebank A. D., Cole A., Hassanyeh F., Kenny M., Simpson D., Scott K. Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: a prospective follow-up study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990. № 81. P. 113–115.
19. Brown L., Ebert M. H., Goyer T. S. Aggression, suicide and serotonin: relationships to cerebrospinal fluid amine metabolites // *American Journal of Psychiatry*. 1982. № 139. 160 p.
20. Canetto S.S., Sakinofsky G. The gender paradox in suicide // *Suicide and Life Threatening Behaviour*. 1998. № 28 (1). P. 56–59.
21. Coccaro E.F., Seiver L.J., Klar H.M., Maurer G., Cochrane K., Cooper T.B., Mohs R.C., Davis K.L. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders // *Archives of General Psychiatry*. 1989. № 46. P. 35–39.
22. Darche M. A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non self-mutilating adolescent inpatient females // *Clinical Psychology Review*. 1990. № 18 (5). P. 531–554.
23. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993. № 37. P. 63–65.
24. Diekstra R.F.W., Keinhorst C., DeWilde E. Suicide and suicidal behaviour among adolescents. Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes. Chichester: Wiley. 1995. P. 357–359.
25. Haw C., Hawton K., Houston K., Townsend E. (2001) Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients // *British Journal of Psychiatry*. 2001. № 178. P. 214–216.
26. Hawton K., Catalan J. Attempted suicide: a practical guide to its nature and management. Oxford: Oxford University Press, 1987. 356 p.
27. Hawton K., Cole D., O'Grady J., Osborn M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents // *British Journal of Psychiatry*. 1982. № 179 (6). P. 263–268.
28. Hawton K., Houston K., Shepperd R. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners and medical records // *British Journal of Psychiatry*. 1999. № 175. P. 166–167.
29. Herpetz S. Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in sub-types of self-injuries // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995. № 91, P. 23–28.
30. Hodes M. (1990). Overdosing as communication: a cultural perspective // *British Journal of Medical Psychology*. 1990. № 63. 147 p.
31. Jack M. S. Personal fable: a potential explanation for risk-taking behaviour in adolescents // *Journal of Paediatric Nursing*. 1989. № 4 (1). P. 36–39.
32. Kerfoot M., McHugh B. The outcome of childhood suicidal behavior // *Acta Paedo-psychiatrica Scandinavica*. 1992. № 55. P. 82–86.

33. Kotila L., Lonnqvist J. Suicide and violent death among suicide attempters // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989. № 79. P. 23–31.
34. Kreitman N. *Parasuicide*. London: Wiley, 1977. P. 13–15.
35. Marttunen M.J., Aro H. M., Longvist J. K. (1993). Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1993. № 2, P. 120–123.
36. McClure G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998 // *British Journal of Psychiatry*. 2001. № 178. P. 120–125.
37. Nordstrom P., Samuelson M., Asberg M., Traskman-Bendz L., Aberg-Wistedt A., Nordi C., Bertilsson L. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide // *Suicide and Life Threatening Behaviour*. 1994. № 24. P. 19–23.
38. Norgate K. Deliberate self-harm in children and adolescents // *Paediatric Nursing*. 1996. № 8. P. 13–17.
39. Roy A., Segal N. L., Canterwall B. S., Robinette D. Suicide in twins // *Archives of General Psychiatry*. 1991. № 48. P. 63–65.
40. Shaffer D., Gould M. S., Fisher P., Trautman P., Moreau D., Kleinman M., Flory M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide // *Archives of General Psychiatry*. 1996. № 54 (4). P. 34–36.
41. Simpson M. A. Self-injury: The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting // *Canadian Psychiatric Association Journal*. 1975. № 20. P. 537.
42. Williams J.M.G. *Cry of Pain. Understanding suicide and self-harm*. London: Penguin Books Ltd. 1997. P. 450–458.

© Исагулова Елена Юрьевна (9477877@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Российский государственный педагогический университет имени А. И. Герцена