

**САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ***Анна Михайловна Красильникова, Ксения Вячеславовна Пыркова**Казанский (Приволжский) федеральный университет,
420008, г. Казань, ул. Кремлёвская, д. 18, e-mail: krasilnikova_anna@bk.ru, pyrkova_75@mail.ru*

Реферат. В данном теоретическом исследовании рассматриваются особенности самоповреждающего поведения у детей и подростков, имеющих различные психические заболевания. Определена специфика протекания самоповреждений при аффективных расстройствах, шизофрении, синдроме дефицита внимания и гиперактивности, посттравматическом стрессовом расстройстве, расстройствах аутистического спектра, расстройствах пищевого поведения, пограничном расстройстве личности.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, селфхарм, расстройства аутистического спектра, расстройства личности, синдром дефицита внимания и гиперактивности, аффективные расстройства, шизофрения, расстройства пищевого поведения, умственная отсталость.

**SELF-DAMAGING BEHAVIOR OF CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH PSYCHIC DISORDERS***Anna M. Krasilnikova, Kseniya V. Pyrkova**Kazan (Volga region) Federal University,
18 Kremlyovskaya street, Kazan 420008, Russian Federation,
e-mail: krasilnikova_anna@bk.ru, pyrkova_75@mail.ru*

This theoretical study examines the features of self-damaging behavior of children and adolescents with various mental illnesses. The specificity of the course of self-harm in affective disorders: schizophrenia, attention deficit hyperactivity disorder, post-traumatic stress disorder, autism spectrum disorders, eating disorders, borderline personality disorder has been determined.

Key words: self-damaging behavior, self-harm, autism spectrum disorders, personality disorders, attention deficit hyperactivity disorder, affective disorders, schizophrenia, eating disorders, mental retardation.

Самоповреждающее поведение является наиболее распространённой дезинтегративной формой поведения, встречающейся у детей и подростков и приводит к немедленным или долгосрочным вредным последствиям для психического и физического состояния. Самоповреждающее поведение является преднамеренным актом нанесения физического вреда самому себе, при отсутствии сознательных суицидальных намерений и связано с попыткой человека облегчить собственное эмоциональное состояние. Самоповреждения включают в себя: порезы (ножом или бритвой), царапанье кожи,

нанесение ссадин, удары, преднамеренную передозировку наркотиков, сознательное ограничение пищи, намеренное препятствие заживлению раны, намеренные действия, способствующие ухудшению состояния при болезни [16]. Также к аутодеструкции относят расчёсывание ран, ударение себя, удары головой и конечностями о различные твёрдые предметы, вывихи суставов пальцев, уколы острыми предметами, кусание частей тела, отрезание конечностей и т.д. Исследование Банникова Г.С. и соавторов показало, что порезы кожи лезвием и сжимание кулаков являются наиболее распространёнными формами самоповреждающего поведения (около 50%) [1].

Большинство лиц, участвующих в самоповреждающих актах, используют более одного способа нанесения себе увечий, чаще в качестве частей тела, которые подвергаются повреждению, выбираются руки, ноги и живот [17]. Мета-анализ, проведённый группой учёных из австралийского университета Квинсленда, показал, что распространённость несуицидальных самоповреждений среди подростков составляет 17,2%, причём данное исследование было проведено среди подростков, не имеющих психических заболеваний [26].

Самоповреждение у детей и подростков до 14 лет было связано с негативным когнитивным стилем, симптомами депрессии и отсутствием социальной поддержки. При этом половина тех, кто начал заниматься самоповреждением в более раннем возрасте, продолжали причинять себе вред в последующей жизни, то есть со временем self-harm становится привычным методом регулирования своих негативных эмоций [20]. С возрастом эту дисфункциональную копинг-стратегию всё сложнее скорректировать, так как это поведение встраивается в структуру личности и изменяет её.

Г. Бабикер и Л. Арнольд выделяют следующие функции самоповреждающего поведения

[3]: регулирование эмоциональных переживаний; преобразование эмоционального дискомфорта в физическую боль; повышение чувства автономии и контроля; уменьшение диссоциативных переживаний и восстановление чувства реальности; самонаказание; наказание других людей и влияние на них; доказательство принадлежности к группе; установление границ собственного тела; получение положительных переживаний, эйфории (связано с выделением эндогенных опиоидов); избегание самоубийства. Факторы риска самоповреждающего поведения у подростков: перфекционизм, низкая самооценка, импульсивность, сложности с вербальным выражением эмоций (алекситимия), непереносимость стресса, гомосексуальная ориентация, проблемы с законом, совершённое над ним насилие, буллинг, самоповреждающее поведение среди членов семьи и друзей, отягощённость психическими расстройствами в семье, социальная изоляция [25].

Такие результаты свидетельствуют о том, что самоповреждающее поведение является распространённым феноменом, и свидетельствует о серьёзных психологических проблемах, которые могут привести к совершению самоубийства. Это поведение требует дальнейшего изучения, исследования, а также создания диагностических методик и методов коррекционной работы.

Самоповреждающее поведение является коморбидным по отношению к широкому спектру других расстройств, среди которых: аффективные расстройства [6], синдром дефицита внимания и гиперактивности [5], посттравматическое стрессовое расстройство [30], расстройства пищевого поведения [10], расстройства аутистического спектра [21], пограничное расстройство личности [14], шизофрения [23].

А. Фавацца и Р. Розенталь определили три различных типа самоповреждающего поведения у больных с психическими расстройствами:

1. Поверхностное или умеренное самоповреждение наблюдается у людей с расстройствами личности.

2. Стереотипное самоповреждающее поведение часто наблюдается у умственно отсталых людей, а также у аутистов.

3. Серьезные увечья чаще всего связаны с тяжелой психопатологией (психотические состояния, шизофрения) [11].

В свою очередь, мы, основываясь на данной классификации, выделяем три типа самоповреждающего поведения у детей и подростков с

психическими расстройствами: 1) импульсивное самоповреждающее поведение; 2) стереотипное самоповреждающее поведение; 3) тяжёлое самоповреждающее поведение. Импульсивное самоповреждающее поведение характерно для аффективных расстройств, пограничного расстройства личности, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройств пищевого поведения. Аффективные расстройства являются ключевым фактором, связанным с риском повторяющегося подросткового самоповреждения (и, следовательно, риском самоубийства). Р. Брунер с соавторами, исследовавшие большую выборку из 12 068 подростков одиннадцати стран, выявили значительную связь симптомов депрессии и тревоги у подростков, которые занимаются саморазрушительным поведением [6]. Продолжительность депрессивных симптомов способствуют повышению риска несуицидального самоповреждения и суицидальных мыслей и поведения [32].

Что касается биполярного расстройства, то подросткам чаще диагностируют BD-NOS (биполярное аффективное расстройство неутончённое) (F31.9), оно характеризуется молодым возрастом манифестации заболевания, хроническим течением. Все подтипы биполярно аффективного расстройства подразумевали высокий уровень у подростков самоповреждений (69,3%), суицидальных мыслей (73,9%), попыток самоубийства (36,4%), психиатрической госпитализации (55,7%) и психозов (36,4%) [15]. Скорее самоповреждающее поведение проявляется в таких случаях как следствие симптоматики биполярно аффективных расстройств: во время маний характеризуется импульсивностью и реактивностью, а во время депрессий – ангедонией и самонаказанием. Аутоагрессия, по-видимому, возникает в наиболее тяжёлых случаях, и именно при аффективных расстройствах с большей вероятностью может привести к смерти, когда подросток, находясь в эмоциональном порыве, или испытывая чувства безнадежности и пустоты, не имеет возможности в полной мере контролировать свои действия.

Стоит отметить, что депрессия часто сопровождает детей с СДВГ и сопровождается самоповреждающим поведением. Группа исследователей во главе с Е. Свонсоном в выборке девочек с СДВГ возраста 6–12 лет обнаружила, что связь между СДВГ и несуицидальными самоповреждениями опосредована импульсивностью и другими симптомами поведенческих расстройств [27]. По

мнению Д. Локвуда [18], изучающего феномен импульсивности в контексте самоповреждающего поведения, несуйцидальная аутоагрессия в течение жизни наиболее связана с психологическими особенностями человека, связанными с импульсивностью. Он выявил, что когнитивные аспекты импульсивности отличаются от эмоциональных на примере самоповреждающего поведения. Полученные данные свидетельствуют о том, что основанная на эмоциональном реагировании импульсивность связана с началом самоповреждения, в то время как когнитивные аспекты импульсивности связаны с поддержанием самоповреждения. Balázs J. et al. [5] обнаружили, что существует значимая связь между тяжестью протекания симптомов СДВГ самоповреждением и суицидальным поведением (включая идеи и попытки), которые могут быть опосредованы часто встречающимися сопутствующими заболеваниями, такими как аффективные расстройства, тревожность, зависимость от психоактивных веществ. Также ими было выявлено, что пол ребёнка страдающего от СДВГ оказывает значительное влияние на наличие несуйцидального самоповреждения: более двух третей подростков с СДВГ и самоповреждениями были девочками. 85% девочек с гиперкинетическим расстройством обнаруживают проявления несуйцидальных самоповреждений. Почти у половины пациентов с СДВГ и с самоповреждениями отмечались сопутствующие симптомы маниакальных эпизодов, социальной фобии и обсессивно-компульсивного расстройства, и у одной трети были симптомы алкогольной зависимости, депрессивного и панического расстройства, тогда как у четверти из них симптомы беспокойства, агорафобии, расстройств поведения или употребления психоактивных веществ. Также стоит сказать, что почти все (94%) подростки с СДВГ и несуйцидальными самоповреждениями, которые принимали участие в исследовании, имели сопутствующее суицидальное поведение. Данное исследование иллюстрирует сложность и комплексность структуры дефекта, наблюдаемого при СДВГ в подростковом возрасте. Общей чертой, которая свойственна детям с СДВГ и самоповреждающим поведением является плохое торможение реакции, которое связано с импульсивностью. Действительно, дети с СДВГ часто не могут контролировать свои реакции и поведение, действуют стремительно, что также может привести к возникновению у них аутоагрессивных проявлений.

В исследовании A. Chronis-Tuscano et al., где в качестве выборки были обследованы дети с 4 до 6 лет, было обнаружено, что они подвергаются повышенному риску депрессии и самоубийства по сравнению с контрольной группой [7]. СДВГ с преобладанием гиперактивности и СДВГ с преобладанием импульсивности в большей степени могут способствовать развитию депрессии по сравнению с контрольной группой, и также предсказывают попытки самоубийства. Кроме того, наличие депрессивных черт, тревожности, вызывающего оппозиционного расстройства и симптомов несоциализированного расстройства поведения, по крайней мере, от 4 до 6 лет среди детей с СДВГ, в большинстве случаев предполагает развитие депрессии в подростковом возрасте. Эти данные свидетельствуют о том, что можно идентифицировать синдром дефицита внимания и гиперактивности у маленьких детей и затем выявлять и корректировать у них высокие риски депрессии и суицидального поведения [7]. Вовремя оказанная помощь в дошкольном возрасте способствует снижению патологических особенностей ребёнка в подростковом возрасте и повышению возможностей его оптимальной адаптации.

У девочек распространённость в будущем самоповреждений выше, и этот риск повышается ещё больше, когда девочка сталкивается с жестоким обращением со стороны взрослых, подвергается сексуальному насилию [30]. В таком случае можно говорить о посттравматическом стрессовом расстройстве, при котором самоповреждающее поведение у подростков появляется вследствие неадаптивных копинг-стратегий, для снижения эмоционального напряжения. С. Widom et al. [30] также обнаружили, что жестокое обращение с детьми в раннем возрасте связано с большей сопутствующей патологией у подростков и молодых людей. Практически всегда насилие над детьми совершают взрослые люди, и у ребёнка нет возможности защитить себя и свои границы. В такой ситуации можно говорить о психотравмирующей ситуации, которая служит в качестве основы для формирования и развития многих комплексных патологических реакций психики.

Кроме того, импульсивный тип самоповреждающего поведения характерен для детей и подростков с расстройствами пищевого поведения. Приблизительно каждый третий подросток с расстройствами пищевого поведения также

занимается селфхармом, причем, самоповреждающее поведение часто совпадает с манифестацией расстройства пищевого поведения, или следует за ним [24]. На первых этапах ограничения питания не все подростки успешно справляются с непрекращающимся чувством голода, и часто можно наблюдать «срывы», за которые ребёнок наказывает себя путём самоизбиения или порезов. Часто самоповреждающее поведение, как и непосредственно пищевое поведение подростка тщательно диссимулируется от окружающих, что не позволяет вовремя начать терапию, и порой коррекцию начинают тогда, когда в теле подростка возникают необратимые изменения функционирования многих жизненно важных систем организма.

Исследование А. Фавацца и его коллег указывает на то, что и селфхарм и расстройства приёма пищи имеют феноменологическое сходство. Они оба чаще начинаются у девушек в раннем подростковом возрасте и сопровождаются похожими патологическими состояниями импульсивности и диссоциации [10]. Среди тех, кто имеет расстройства пищевого поведения, недавний метаанализ показал, что показатель самоповреждающего поведения в течение жизни составил 32,7% среди пациентов с нервной булимией (BN) и 27,3% среди пациентов с нервной анорексией (AN) [9]. При нервной булимии, непосредственно в качестве самоповреждающего поведения, выступает рвотное поведение, реактивность, с которой подростки осуществляют свои действия, связана с повышенным риском самоповреждающего поведения.

Пациенты с булимией сообщают о больших трудностях в регуляции эмоции, чем пациенты с анорексией [22]. Пациенты, участвующие еще и в самоповреждающем поведении, по-видимому, имеют больше эмоциональной дисрегуляции, возможно поэтому, среди лиц, совмещающих расстройства пищевого поведения и селфхарм, больше диетических ограничений, вплоть до голодания и более высокие показатели рвотного поведения и приёма слабительных и диуретиков. Стоит отметить, что самоповреждения встречаются и при булимии, и при анорексии, но при булимии они носят скорее импульсивный, характер самонаказания за съеденную пищу, а при анорексии – характер восстановления контроля над своим телом.

Особенности самоповреждения подростков имеют сходные черты с проявлениями пограничного расстройства личности, вклю-

чая аффективную лабильность, нарушение привязанностей, оппозиционное поведение и когнитивную дезорганизацию. Распространённость импульсивного самоповреждающего поведения при пограничном личностном расстройстве колеблется в промежутке от 38% до 67% в клинической практике [14]. М. Занарини изучены акты самоповреждающего поведения у лиц с пограничным расстройством личности, и установлено, что 32,8% самоповреждений начинаются в детстве (до 12 лет). В подростковом возрасте саморазрушающее поведение начинается в 30,2% случаев; в возрасте 18 и более лет самоповреждения начинаются в 37% случаев. Начало самоповреждений в детстве характеризуется более регулярными эпизодами, жестокими способами нанесения самоповреждений и широким набором методов [31].

Подростки с пограничным расстройством личности характеризуются правонарушительным поведением, употреблением психоактивных веществ, высокой эмоциональной дисрегуляцией, импульсивности, большим количеством суицидальных мыслей, ощущением безнадежности, попытками избежать одиночества (угрозы, мольба) [8]. Другой основной вывод заключается в том, что пограничные пациенты, как в подростковой, так и во взрослой группах, сообщают о большом количестве используемых методов самоповреждения и о регулярном их характере. Наиболее распространенными методами нанесения увечий, о которых сообщали как подростки, так и взрослые пограничные пациенты, были сами порезы, удары кулаком по стене и удары по голове.

Интересной особенностью протекания самоповреждающего поведения у лиц с пограничным расстройством личности являются особые эмоциональные переживания при виде крови. Вид крови меняет эмоциональное состояние людей «в лучшую сторону», что приводит к тому, что они сознательно вызывают эти ощущения, стараются попадать в ситуации, где присутствует кровь, смотреть фотографии, фотографировать или снимать свои повреждения [2]. Во время самоповреждения подростки могут фокусироваться на течении крови, растирают её по коже, смывают водой, надавливают на рану не для возникновения неприятных ощущений, а с целью усиления кровотечения. Именно это может стать фактором риска для непреднамеренного самоубийства, когда подросток замороженным видом текущей крови, увлекается процессом самоповреждения, и

не может остановиться. Вид крови и эти переживания могут служить подкрепляющим стимулом для их дальнейшего самоповреждения.

Несмотря на длительные споры по поводу диагноза расстройств личности у лиц моложе 18 лет, пограничное расстройство личности у подростков все чаще признается как серьезная патология, требующая раннего вмешательства. А. Миллер и его соавторы, проанализировав публикации, посвященные подростковому пограничному расстройству личности, сделали вывод, что выставление диагноза пограничного личностного расстройства у подростков является не только правомочным, но и необходимым в связи с профилактикой суицидального поведения. Авторы показали, что уже в начальной школе у детей возникают стабильные во времени симптомы, характеризующие пограничное расстройство личности – это чувство пустоты и скуки, неадекватный гнев, эмоциональная нестабильность [19].

Для детей с расстройствами аутистического спектра и умственной отсталостью, самоповреждающее поведение обычно классифицируется как «стереотипное самоповреждающее поведение» и предполагает, что оно может отличаться от других типов аутоагрессии, которые, например, встречаются при СДВГ и пограничном расстройстве личности. Можно предположить, что самоповреждающее поведение при расстройствах аутистического спектра является одним из проявлений стереотипного поведения, как бы крайним полюсом его выраженности. Самоповреждающее поведение у детей с умственной отсталостью представляет неадаптивный механизм приспособления к окружающей среде.

Аутоагрессия при синдроме Дауна встречается в 18,4% и характеризуется стереотипностью, и в большей степени предполагает избивание себя по голове, или ударение частей тела, ударение головой о разные предметы. Обычно дети с умственной отсталостью, совершающие действия аутоагрессивного характера, обладают также высоким уровнем аутистического поведения, то есть в целом по проявлениям, аутоагрессия при умственной отсталости напоминает самоповреждающее поведение детей с расстройствами аутистического спектра [21]. Показатели распространенности самоповреждающего поведения среди лиц с расстройствами аутистического спектра и сочетанной умственной отсталостью выше, чем среди лиц только с умственной отсталостью [29]. Аутоагрессия при аутизме включает в себя интен-

сивный контакт с определенными участками тела, который может вызвать физическое повреждение. Самоповреждающее поведение у аутистов может регулярно наблюдаться уже с года, и представляет собой чаще всего удары по голове [28]. Другие формы включают в себя удары головой о предметы окружающего пространства, кусание, царапание или щипание кожи, выдергивание волос, жевание и проглатывание несъедобных веществ.

А. Багдадли и его коллеги [4] сообщили о распространенности самоповреждающего поведения среди 222 детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте 2–7 лет, – 53,2%. Тяжелые самоповреждения были отмечены среди 14,6% детей в исследовании, в то время как легкие и умеренные формы наблюдались у 21,5% и 17,1% детей соответственно. Такой высокий процент самоповреждений среди детей с расстройствами аутистического спектра может свидетельствовать о том, что самоповреждающее поведение выступает в рамках диагностического критерия о моторных стереотипиях, который является первичным признаком и для постановки диагноза должен обязательно наличествовать у ребенка.

Самоповреждающее поведение в основном было связано с существенными признаками расстройств аутистического спектра: нарушения сенсорной обработки, настойчивость в постоянстве окружающего мира и нарушения социальных связей. То есть, в момент, когда на ребёнка воздействовало множество внешних шумов, риск самоповреждения был очень велик. При этом, в отличие от аффективных и личностных расстройств, ребёнок, совершая аутоагрессивные акты, не стремится скрыть сам факт самоповреждений. При попытке остановить его, агрессия может перенаправиться на другого человека, из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что патогенез самоповреждающего поведения при расстройствах аутистического спектра существенно отличается.

Наиболее тяжёлым вариантом самоповреждающего поведения являются самоповреждения при шизофрении. Точные цифры распространенности самоповреждений, связанных с шизофренией, в течение жизни трудно установить, потому что большая часть доказательств основана на исследованиях завершённых самоубийств. Тем не менее, одно исследование группы молодых людей 14–17 лет, больных шизофренией выявило, что общая распространённость самоповреждений

составила 48% [23]. К клиническим особенностям пациентов с шизофренией, которые причиняют себе вред, по сравнению с пациентами, которые не самоповреждаются, относятся: самоповреждения в прошлом до манифестации шизофрении, пережитая депрессия, токсикомания и психиатрические поступления в клинику в прошлом [13]. Стоит указать, что эти признаки в основном связываются с тем, что до начала развития шизофрении человек уже имел нарушения функционирования, такие как зависимость от психоактивного вещества и депрессия. Исследование С. Харви указывает на то, что мужчины с шизофренией более подвержены развитию аутодеструктивного поведения [13].

Пациенты с историей самоповреждения имеют значительно более выраженные симптомы депрессии, суицидальных мыслей, увеличения числа госпитализаций и большей продолжительности заболевания по сравнению с пациентами без истории самоповреждений. Известно, что пациенты с шизофренией пытаются нанести себе вред из-за императивных галлюцинаций, кататонического возбуждения или из-за сопутствующей депрессии. В одном исследовании указывается самокастрация мужских половых органов молодым человеком, больным шизофренией, что подтверждает тот факт, что при шизофрении отмечается большая тяжесть нанесенных себе увечий [12].

Как можно отметить, протекание самоповреждающего поведения при шизофрении характеризуется серьёзными телесными повреждениями, вплоть до самоудаления части тела. Данные исследований позволяют сделать вывод о том, что самоповреждения больными осуществляются в рамках симптоматики шизофренического процесса, сопровождающегося соответствующей паралогичностью суждений или содержанием галлюцинаций.

Стоит добавить, что повышение внимания к самоповреждающему поведению и разработке способов терапии, направленных на изменение дисфункциональных паттернов поведения, является необходимым не только в качестве превенции самоубийств, а также для успешной адаптации и социализации детей и подростков. Это является необходимым, так как такая серьёзная проблема требует глубокой терапевтической проработки переживаний ребёнка. Факторов, способствующих возникновению аутоагрессивного пове-

дения очень много, что усложняет процесс диагностики и терапии подростков и детей. При этом часто самоповреждающее поведение сопровождается подростка всю его последующую жизнь и тогда уже не так имеет значение этиология такого поведения, сколько необходимость поиска человеком новых адаптивных способов совладания с эмоциями. Особенно в зону риска попадают дети и подростки с различными психическими расстройствами. Наличие определённой негативной симптоматики усугубляется наличием аутоагрессии. К тому же, это препятствует своевременной успешной терапии, так как мотивация на выздоровление может практически отсутствовать из-за только растущей ненависти к себе. Помощь подросткам с психическими расстройствами могла бы уменьшить психоэмоциональное напряжение, снять тревожность и как следствие уменьшить частоту самоповреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В. и др. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 42–68.
2. Короленко Ц.П., Ласовская Т.Ю., Яичников С.В. Измененное психическое состояние, возникающее при виде кровотечения у лиц с пограничным личностным расстройством // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 1 (64). С. 66–68.
3. Babiker G., Arnold L. Autoagresja, mowazranionegociała. Gdansk.: Gdansk Psychological Publishing House, 2003. 220 с.
4. Baghdadli A., Pascal C., Grisi S., Aussilloux C. Risk factors for self-injurious behaviours among 222 young children with autistic disorders // J. Intellect. Disabil. Res. 2003. №47. P. 622–627.
5. Balázs J. Györi D., Horváth L.O. et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender // BMC Psychiatry. 2018. №18(1). P. 34.
6. Brunner R., Kaess M., Parzer P. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries // J Child Psychol Psychiatry. 2014. №55(4). P. 337–348.
7. Chronis-Tuscano A., Molina B.S., Pelham W.E. et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // Arch Gen Psychiatry. 2010. №67. P. 1044–1051.
8. Crowell S.E., Beauchaine T.P., Hsiao R.C. Differentiating adolescent self-injury from adolescent depression: possible implications for borderline personality development // J Abnorm Child Psychol. 2012. №40(1). P. 45–57.
9. Cucchi A., Ryan D., Konstantakopoulos G. et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis // Psychol. Med. 2016. №46(7). P. 1345–1358.

10. Favazza A.R., DeRosear L., Conterio K. Self-mutilation and eating disorder // *Suicide Life Threat Behav.* 1989. №19(4). P. 352–361.
11. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self mutilation // *Hosp Community Psychiatry.* 1993. №44. P. 134–140.
12. Gossler R., Veselce C., Friedrich M.H. Auto castration of a young schizophrenic man // *Psychiatry Prox.* 2002. № 29. P. 214–217.
13. Harvey S.B., Dean K., Morgan C. et al. Self-harm in first-episode psychosis // *Brit J Psychiatry.* 2008. №192. P. 178–184.
14. Heath N. Schaub K., Holly S., Nixon M.K. Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescence. In: Nixon MK, Heath NL, editors. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* // Routledge Press: New York, NY. 2009. P. 9–27.
15. Hornets S.J. Hazell P.L., Hanstock T.L., Lewin T.J. Bipolar disorder subtypes in children and adolescents: demographic and clinical characteristics from an Australian sample // *J Affect Disord.* 2014. №175. P. 98–107.
16. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence // *ClinPsychol Rev.* 2007. №27(2). P. 226–239.
17. Lloyd-Richardson E.E., Perrine N., Dierker L., Kelley M.L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents // *Psychol. Med.* 2007. № 37. P. 1183–1192.
18. Lockwood J. Daley D., Townsend E., Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review // *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016. № 26(4). P. 387–402.
19. Miller A.L.M., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. Fact or fiction: diagnosis borderline personality disorder in adolescents // *ClinPsychol Rev.* 2008. Jul. Vol. 28 (6). P. 969–981.
20. Moran P., Coffey C., Romaniuk H. et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study // *Lancet.* 2012. №39. P. 236–243.
21. Richards C., Oliver C., Nelson L., Moss J. Self-injurious behaviour in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability // *J Intellect Disabil Res.* 2012. №56(5). P. 476–489.
22. Rowsell M., MacDonald D.E., Carter J.C. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology // *J Eat Disord.* 2016. №4. P. 17.
23. Simms J., McCormack V., Anderson R., Mulholland C. Correlates of self-harm behaviour in acutely ill patients with schizophrenia // *PsycholPsychother.* 2007. №80. P. 39–49.
24. Solano R., Fernández-Aranda F., Aitken A. et al. Self-injurious behaviour in people with eating disorders // *Eur Eat Disord Rev.* 2005. №13(1). P. 3–10.
25. Stallard P., Spears M., Montgomery A.A. et al. Self-harm in young adolescents (12-16 years): onset and short-term continuation in a community sample // *BMC Psychiatry.* 2013. №13. P. 328.
26. Swannell S.V., Martin G.E., Page A. et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression // *Suicide Life Threat Behav.* 2014. №44(3). P. 273–303.
27. Swanson E.N., Owens E.B., Hinshaw S.P. Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: a longitudinal examination of mediating factors // *J Child Psychol Psychiatry.* 2014. №55. P. 505–515.
28. Taylor L., Oliver C., Murphy G. The chronicity of self-injurious behavior: A long-term follow-up of total population study // *J of App Res in Int Disabilities.* 2011. №24(2). P. 105–117.
29. Weiss J. Self-injurious behaviours in autism: A literature review // *J. Dev. Disabil.* 2002. №9. P. 129–143.
30. Widom C.S. DuMont K., Czaja S.J. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up // *Archives of General Psychiatry.* 2007. №64(1). P. 49–56.
31. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Ridolfi M.E. et al. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients // *J. PersDisord.* 2006. №20(1). P. 9–15.
32. Zubrick S.R. Hafekost J., Johnson S.E. et al. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents // *J Affect Disord.* 2017. №220. P. 49–56.

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Vikhristyuk O.V. et al. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* 2016. Vol. 24, № 3. pp. 42–68. (in Russian)
2. Korolenko Ts.P., Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii.* 2011. № 1 (64). pp. 66–68. (in Russian)

Поступила 27.06.19.