

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

И. М. Улюкин, В. Н. Емельянов, В. Н. Болехан, Е. С. Орлова

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN YOUNG PERSONS

I. M. Ulyukin, V. N. Emel'yanov, V. N. Bolekhan, E. S. Orlova

S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, Saint Petersburg, Russia

Резюме. Современными тенденциями психопатологии считаются увеличение количества пациентов, нуждающихся в психиатрической или психологической помощи, недостаточное кадровое обеспечение системы охраны психического здоровья, низкая психологическая культура населения, отсутствие системы раннего выявления предрасположенности к психопатологии. Обзор посвящен одной из нерешенных проблем — проблеме аутоагрессивного поведения, которое выражается в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести вплоть до самоубийства, саморазрушительном поведении (пьянстве, алкоголизме, наркомании, рискованном сексуальном поведении, выборе экстремальных видов спорта, опасных профессий, провоцирующем поведении), и она является одной из наиболее актуальных в сфере психического здоровья. Факторы риска самоповреждения как в клинической, так и в условно нормальной популяции обычно рассматриваются в рамках двух больших групп: а) внешние (средовые или психосоциальные факторы и травматические события); б) внутренние (личностные) и их взаимодействие. Хотя большинство самоповреждений, наблюдаемых при нормативном психическом развитии в подростковом, юношеском и молодом возрасте, имеют доклинический уровень и являются не-суицидальными, нельзя полностью исключить суицидальные интенции, что требует обязательной проверки, уточнения возможного суицидального риска при саморазрушительном поведении в рамках планируемой терапии и выделения релевантных мишеней психологической коррекции. Так как основной контингент, требующий учета и оказания помощи, — это лица, совершившие суицидальную попытку, то предупреждение повторного аутоагрессивного действия и есть основная задача работы специалистов, оказывающих психологическую и медико-социальную помощь в постсуицидальном периоде (библ.: 37 ист.).

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, молодые люди, оказание кризисной помощи, программа профилактики, психодиагностика, саморазрушительное поведение, самоубийство.

Статья поступила в редакцию 30.10.2017.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что современными тенденциями психопатологии являются увеличение количества пациентов, нуждающихся в психиатрической или психологической помощи, недостаточное кадровое обеспечение системы охраны психического здоровья, низкая психологическая культура населения, отсутствие системы раннего обнаружения предрасположенности к психопатологии [1].

Summary. Modern trends in psychopathology are the increase in the number of patients who need psychiatric or psychological assistance, inadequate staffing of the mental health system, low psychological culture of the population, lack of a system of early detection of predisposition to psychopathology. The review is devoted to one of the unsolved problems — this is a problem of autoaggressive behavior, which manifests itself in self-blame, self-abuse, self-injury, suicide, self-destructive behavior (drunkenness, alcoholism, drug addiction, risky sexual behavior, choice of extreme sports, dangerous occupations, provoking behavior), and it is one of the most relevant in the field of mental health. The risk factors for self-harm, both in the clinical and in the conventionally normal population, are usually considered within two large groups: a) external (environmental or psychosocial factors and traumatic events), b) internal (personal) factors and their interaction. Although most of the self-harm observed in normative mental development in adolescence, adolescence and young age is preclinical and is non-incidental, suicidal intentions can't be completely ruled out, which requires mandatory testing and clarification of the possible suicide risk in self-destructive behavior within the planned therapy and the selection of relevant targets psychological correction. Since the main contingent requiring registration and assistance is someone who has committed a suicidal attempt, the prevention of a repeated autoaggressive action is the main task of the work of specialists providing psychological and medical and social assistance in the post-suicide period (bibliography: 37 refs).

Key words: prevention program, provision of crisis aid, psychodiagnosis, self-aggressive behavior, self-destructive behavior, suicide, young people.

Article received 30.10.2017.

Один из нерешенных вопросов — проблема аутоагрессивного поведения. Под термином «аутоагрессия» (аутоагрессия, аутодеструкция, поворот против себя, от ауто- + агрессия) в настоящее время понимают активность, нацеленную (осознанно или неосознанно) на причинение себе вреда в физической и психической сферах [2], которая проявляется в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести вплоть до самоубийства, самораз-

рушительном поведении (пьянстве, алкоголизме, наркомании, рискованном сексуальном поведении, выборе экстремальных видов спорта, опасных профессий, провоцирующем поведении и представляет собой одну из наиболее актуальных в сфере психического здоровья, в частности, в подростковом возрасте. Так, в ряде стран самоповреждающее поведение (СП) — это одна из ведущих причин госпитализации [3]. Однако масштабные исследования СП в общей популяции достаточно редки как в нашей стране, так и за рубежом [4]. Важно подчеркнуть, что термины «аутоагрессия» и «аутодеструкция» часто понимаются как отдельные понятия, но разные авторы по-разному проводят между ними границу, относя их к механизмам психологической защиты. В то же время при шкалировании агрессии по основным существующим методикам аутоагрессия не коррелирует ни с какими другими шкалами агрессии, что подчеркивает особенность феномена аутоагрессии внутри общей проблематики психологии агрессии.

Факторы риска самоповреждения как в клинической, так и в условно нормальной популяции обычно рассматриваются в рамках двух больших групп: а) внешние (средовые или психосоциальные факторы и травматические события), б) внутренние (личностные) и их взаимодействие [5].

Считается, что для возникновения аутоагрессии необходима система, включающая как минимум три компонента: 1) фрустрированный человек с формирующимся внутренним конфликтом, подавляющий свою агрессию и одновременно отрицающий свои социализированные интроекты; 2) психотравмирующая ситуация, в которой реализуются защитные паттерны поведения, обусловленные вышеупомянутым внутриличностным конфликтом; в) обратная отрицательная связь — несбывшиеся ожидания по отношению к объекту и увеличивающей напряженность ситуации, агрессивность субъекта, потребность разрешения внутриличностного конфликта [6]. Данная теоретическая модель делает акцент на внешней обусловленности аутоагрессии.

В процессе исследования внутренней структуры феномена разработано понятие «аутоагрессивный паттерн личности», в структуре которого выделяют 4 субблока (С.): а) характерологический С. (уровень аутоагрессии положительно коррелирует с некоторыми чертами и особенностями характера: интроверсией, педантичностью, демонстративностью, а также с депрессивностью и невротичностью; б) самооценочный С. (выявляет связь аутоагрессии и самооценки — чем выше аутоагрессия личности, тем ниже самооценка собственных когнитивных способностей, самооценка тела, самооценка собственной способности к самостоятельности, автономности поведения и деятельности); в) интерактивный С. (выявляет связь аутоагрессии личности со способностью/неспособностью к успешной со-

циальной адаптации, с успешностью/неуспешностью межличностного взаимодействия, а уровень аутоагрессии личности отрицательно коррелирует с общительностью и положительно — с застенчивостью); г) социально-перцептивный С. (наличие аутоагрессии связано с особенностями восприятия других людей, и практически не сопряжено с негативизацией восприятия других лиц — напротив, ее уровень коррелирует с позитивностью восприятия значимых «других») [7].

В настоящее время СП определяется как «умышленное или совершаемое неосознанно физическое повреждение себе самому, чреватое серьезной патологией и даже гибелью». Феноменологическую близость самоповреждающего и суицидального поведения отмечают многие специалисты, однако СП связывают с действиями, направленными на повреждение собственного тела, но без суицидальных намерений [8–10]. Для различения понятий самоповреждающего и суицидального поведения сформулированы такие термины, как «несуицидальное самоповреждающее поведение», «парасуицид».

Учитывая вышеизложенное, актуальным представляется анализ вопросов аутоагрессии и самоповреждения в практической деятельности врачей с целью своевременной диагностики и возможной коррекции саморазрушительного поведения лиц молодого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При проведении исследования использовались научные публикации в материалах открытой печати, подобранные в соответствии и с целью исследования, которые содержатся в отечественных и зарубежных базах данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время исследователи считают, что СП представляет собой группу феноменов поведения как клинического, так и доклинического уровней, указывающих на вероятностный суицидальный риск и психологические проблемы, связанные с эмоциональной регуляцией и пониманием эмоций, Я-концепцией, тревожностью, враждебностью и нейротизмом [11].

Рост обнаружений СП в подростковой среде объясняют спецификой взросления современных подростков [12], обусловленной интенсивным развитием коммуникационно-информационных технологий, усилением социального интереса к культурно-санкционированным формам рискованного поведения (например, к модификациям тела), возникновением новых форм психопатологии [13].

Выделяют разные формы СП, а в различных дефинициях внимание фокусируется на его отдельных аспектах: например, саморазрушительном поведении, членовредительстве.

Хотя большинство самоповреждений, наблюдаемых при нормативном психическом развитии в подростковом, юношеском и молодом возрасте, имеют доклинический уровень и представляются несуицидальными, нельзя полностью исключить суицидальные интенции, что требует обязательной проверки и уточнения возможного суицидального риска при СП в рамках планируемой терапии и выделения релевантных мишеней психологической коррекции [5, 8, 9]. Однако с другой стороны, лишь незначительная доля прибегающих к самоповреждению подростков обращаются за психологической и психиатрической помощью и помещаются в больницу, что свидетельствует о том, что это поведение во многом остается скрытым от медицинских служб и сообщества [4].

Показано, что 16,9% подростков указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия (54% однократно, 46% по несколько раз). Это ненамного превышает показатели по зарубежным источникам — считается, что средний показатель СП там составляет 10–13%, причем среди европейских подростков девушки в среднем в 3 раза чаще говорят о случаях СП, чем юноши [3]. В международном европейском эпидемиологическом исследовании (подростки из семи европейских стран) показатели оказались несколько иными: 11,5% случаев СП отмечены в течение года, а у 17,8% выборки эпизоды нанесения себе вреда были в течение жизни [14]. Хотя акты СП наблюдаются как в клинических, так и в неклинических группах, различны их мотивы. Так, у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждения в большей мере связаны с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения самоповреждения имеют преимущественно реактивный характер. У пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждение связано со снижением понимания эмоций, а в группе сравнения — с управлением эмоциями и их выражением. Такие стратегии когнитивной регуляции эмоций, как фокусировка на планировании, руминация и катастрофизация, могут рассматриваться в качестве психологических маркеров СП, как и снижение способности к планированию, постоянное возвращение к болезненным переживаниям, глобализация проблемы, — эти аспекты в наибольшей мере выражены в группе пациентов с пограничными психическими расстройствами [15].

Однако здесь важно учитывать, что большой процент СП у подростков связан с «данью моде», подчеркиванием своей исключительности. Хотя в целом в группе подростков с СП преобладают пе-

реживания безнадежности, одиночества, неспособность справляться с агрессивными импульсами, депрессивные симптомы и акцентуации характера. Можно предположить, что СП представляет собой структурно образующий феномен, объединяющий вокруг себя различные проявления социально-психологической дезадаптации, к основным механизмам развития которой относятся: стрессовый (20%), депрессивный (45%) и психопатоподобный (35%), отличающиеся клиническими чертами, преморбидными особенностями личности и прогнозом состояния обследуемого лица [16]. С другой стороны, показано, что акт самоповреждения может выполнять антисуицидальную функцию и поддерживаться конструктивными стратегиями регуляции эмоций в структуре копинг-поведения или защитных механизмов личности [5].

Самоповреждающее поведение с суицидальными намерениями имеет несколько иной характер. Под термином «самоубийство/суицид» (от лат. *Sui caedere* — убивать себя) в настоящее время понимают преднамеренное лишение себя жизни, как правило самостоятельное и добровольное [17]; отнесение же к самоубийству эвтаназии представляет чрезвычайно сложный этический вопрос [18]. Суицид — одна из ведущих причин смертности в мире, прежде всего в трудоспособном, молодом возрасте. Сюда входят разные формы аутоагрессии: с одной стороны, когда самоубийство вызвано агрессивным (лат. *aggressio* — нападение) отношением к самому себе, к собственной жизни; с другой — суицидальные акты, связанные с депрессией или иным страданием, когда самоликвидация является способом избавления от него [19].

Человек в отличие от животных способен к истинному самоубийству, т. е. действиям, направленным на лишение себя жизни. Эта способность выражает две фундаментальные особенности человеческой природы: первая из них заключается в относительной слабости инстинктов, так что и инстинкт самосохранения не является главным фактором из числа определяющих поведение человека, а вторая заключается в том, что человек — существо, в высшей мере социальное (и она делает каждого из нас зависимым от окружающих людей и от общества). Суицид может запускаться разными внешними и внутренними факторами, однако фактически такое самоубийство во всех случаях осуществляется сознательно [20].

Среди молодых людей в возрасте 15–29 лет самоубийства являются второй ведущей причиной смерти [21], а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет около 13% от общего числа умерших от неестественных причин. В России за последние годы количество детских и подростковых суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 37% [22], и наша страна занимает одно из первых мест в мире по количеству суици-

дов среди молодежи [23, 24]. При ответе на вопрос о суицидальных мыслях и желаниях по опроснику депрессивности А. Бека от 15 до 25% обследованных отмечали их наличие [25].

По данным ряда авторов, у 30% молодых людей в возрасте 14–24 лет возникают суицидальные мысли, 45% девушек и 27% юношей размышляют о самоубийстве (а суицидальные действия совершают 10% девушек и 6% юношей) и половина подростков 15–16 лет совершают повторные попытки самоубийства [26, 27].

Суицидальное же поведение в подростковом возрасте имеет многофакторную природу, включающую как психопатологические, так и психологические механизмы, а также средовые и социальные факторы. Так, показано, что суицидальное поведение студентов характеризуется такими дезадаптивными копинг-стратегиями, как «психическое избегание» и «вентилирование эмоций» (эмоциональная разрядка) [25]. Было отмечено, что большинство студентов с актуальной суицидальной направленностью имели суицидальные инциденты в прошлом, а у студентов, склонных к хроническому суицидальному поведению, был диагностирован повышенный уровень социальной тревожности. Считается, что при первичных суицидальных попытках преобладает такая форма суицидального поведения, как «протест» или «протест-призыв», в то время как при повторных суицидальных попытках отмечено возникновение истинных намерений покончить с собой с преобладанием такой формы суицидального поведения, как «самонаказание» или «отказ» — признание своего поражения и нежелание продолжать борьбу [24].

На примере подростков после совершенной истинной суицидальной попытки на фоне депрессии показано, что их персональными особенностями являются сензитивность, склонность к рефлексии, повышенный уровень личностной и социальной тревожности, нарушенная самооценка, когнитивные искажения (негативное селектирование, поляризованное мышление, персонализация, катастрофизация), низкая фрустрационная толерантность, перфекционизм, низкая социальная компетентность, дефицит навыков решения проблем [28].

Показано, что клинические характеристики лиц, совершивших повторные/неоднократные суицидальные попытки (а эти лица в 74% случаев имеют трудоспособный возраст до 45 лет), в наибольшей степени относятся к аффективным расстройствам и расстройствам личности, а коморбидные заболевания связаны с алкогольной и наркотической аддикцией и гемоконтактными инфекциями [29]; социально-психологические факторы первичных и повторных попыток суицида включают сложности в профессиональной области и межличностных отношениях, частые разрывы и

потерю значимых отношений (обусловленные в том числе невысоким уровнем образования и одиноким проживанием) [30], которые чаще всего выступают факторами манифестации или обострения психопатологической симптоматики и совершения первичного самоповреждения (в основном это колото-резаные ранения различной локализации). К факторам повторных суицидальных попыток относятся в первую очередь усиление тяжести психического состояния и прогрессирующая социальная дезадаптация пациентов: нарастает зависимость от психоактивных веществ, увеличивается частота семейных и межличностных конфликтов, прогрессируют коморбидные заболевания.

То есть аутодеструктивное поведение может приобретать самые разные формы, а его реальной причиной часто оказывается психосоциальная депривация. Важно подчеркнуть, что, по данным разных авторов в различных странах, широкое освещение случаев суицида средствами массовой информации неизбежно ведет к всплеску суицидального поведения [31]. Как отмечено С. М. Морозовым: «...непонимание человека человеком — естественное, натуральное, неизбежное явление, ведущее к самым разнообразным конфликтам, иногда наивным, иногда — страшным. <...> Дорога к преодолению противоречий, лежащих в основе этих и любых других конфликтов, до сих пор скрыта в глубинах культурно-исторической — а я бы сказал, культурно-деятельностной — психологии. <...> Человек из смыслопорождающего все быстрее превращается в существо, порождающее конфликты, а отсюда — прямая дорога в пропасть исчезновения» [32].

Необходимо отметить еще следующее положение. Изменяющиеся условия существования, усиливающийся психосоциальный стресс и, возможно, обусловленные ими эпигенетические изменения с большей вероятностью претендуют на роль тех биологических механизмов, которые лежат в основе роста суицидов. То есть семейный паттерн самоубийств поддерживается как через общие гены, так и через общие средовые риски, способные к трансгенерационной передаче. Есть мнение, что прервать этот цикл можно с помощью психосоциальных интервенций, улучшения общих условий существования, снижения уровня стресса и повышения осознанности всего происходящего [33].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, рост аутодеструктивных поведенческих феноменов с последующим выбором суицида как способа решения возникающих проблем требует тщательного анализа личности подростка, сферы межличностных отношений, особенностей воспитания и других обстоятельств для последую-

щего формирования стратегий психосоциальной профилактики и адаптации, а также выработки форм и способов психологической и социальной поддержки подростков, входящих в группу суицидального риска [34, 35]. Поэтому коррекция СП осуществляется в рамках проведения комбинированной терапии, сочетающей медикаментозные и поведенческие методы, с учетом специфики возможных поведенческих, личностных или аффективных расстройств и нарушений психического развития [36]. Следует отметить, что программы профилактики и коррекции, разрабатываемые для лиц с СП, в своих основополагающих принципах близки аналогичным разработкам при суицидальном поведении.

Считается, что социально значимым и наиболее востребованным, по данным разных авторов, представляется обнаружение ранних предпосылок к суицидальному поведению, в качестве которых выступают акты самоповреждения, и понимание собственно психологических механизмов СП [37]. Поэтому программа профилактики СП должна быть системной, учитывать влияние и взаимодействие различных факторов: социальных (например, социальное неблагополучие), гендерных, возрастных (подростково-юношеский период наиболее уязвим к самоповреждениям), психологических (к примеру, дисфункциональная Я-концепция, нарушенная регуляция эмоций, тревожность и нейротизм). Обязательным условием разработки такой программы является ее комплексность, что означает сочетание разных форм работы с разными целевыми группами: информационно-обучающей — с педагогами, медицинским персоналом и родителями; обучающей — с психологами, работающими с группами риска по СП; психолого-развивающей — с подростками и взрослыми из группы риска по СП; информационно-аналитической — с административными и государственными структурами [36]. Полагают, что разработка таких программ профилактики должна формироваться с учетом специфики конкретных регионов.

Анализ ведущего механизма самоповреждения позволяет выбрать стратегию кризисной помощи респонденту. Однако не только личностные

характеристики, но и социальная среда, семейное окружение могут быть важными факторами, поддерживающими суицидальную направленность, в связи с чем помимо индивидуальных форм помощи представляется чрезвычайно важной работа с ближайшим социальным окружением пациентов, деструктивность которого может сводить на нет достижения индивидуальной терапии [35]. Вместе с тем считается, что мониторинг среды не заменяет усилия по ее созданию, и это требует бригадной работы педагогов, психологов, социальных работников и врачей.

Психотерапевтическое вмешательство, в случае его проведения, по данным разных авторов, во всех случаях должно предусматривать достижение следующих основных целей: 1) коррекция эмоционального состояния, уровня тревожности; 2) коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний; 3) коррекция степени перфекционизма; 4) коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий; 5) коррекция склонности подростка к импульсивной (ауто)агрессии; 6) работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями; 7) коррекция жизненных целей (в том числе обсуждение экзистенциальных проблем смысла существования, выявление оснований для продолжения жизни), отношения к членам семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками. То есть новый опыт, получаемый пациентом (да и семьей в целом) в процессе психотерапевтического вмешательства после суицидальной попытки должен снизить его психическую уязвимость и повысить способность успешно адаптироваться к меняющимся условиям среды, противостоять вызовам будущего.

Известно, что основной контингент, требующий учета и оказания помощи, — это лица, совершившие суицидальную попытку. Предупреждение повторного аутоагрессивного действия и есть основная задача работы специалистов, оказывающих психологическую и медико-социальную помощь в постсуицидальном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. *Reshetnikov M. M.* Mental health of Russian population: new tendencies and old problems. *Natsional'niy psikhologicheskii zhurnal.* 2015; 1 (17): 9–15. Russian (*Решетников М. М.* Психическое здоровье населения — современные тенденции и старые проблемы. *Национальный психологический журнал.* 2015; 1 (17): 9–15).
2. *Shustov D. I.* Autoaggression and suicide in alcohol dependence: a clinic and psychotherapy. Saint Petersburg: SpetsLit, 2016. 207. Russian (*Шустов Д. И.* Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб.: СпецЛит, 2016. 207).
3. *O'Connor R. C., Rasmussen S., Hawton K.* Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *J. Affect. Disord.* 2014; 159: 46–52.
4. *Hawton K., Saunders K., O'Connor R. C.* Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2373–82.
5. *Pol'skaya N. A., Vlasova N. V.* Self-destructive behavior in adolescence and youth. *Konsul'tativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya.* 2015; 23 (4): 176–90. Russian (*Польская Н. А., Власова Н. В.* Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. *Консультативная психология и психотерапия.* 2015; 23 (4): 176–90).

6. *Pilyagina G. Ya.* Autoaggressive behavior: pathogenetic mechanisms and clinical and typological aspects of diagnosis and treatment. D. Sci. thesis. Kiev; 2004. Russian (*Пулягина Г. Я.* Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Киев; 2004).
7. *Rean A. A.* Psychology of the study of personality. Saint Petersburg: V. A. Mikhailov Publishing house; 1999. 288. Russian (*Реан А. А.* Психология изучения личности. СПб.: Изд-во В. А. Михайлова; 1999. 288).
8. *Pol'skaya N. A.* The reasons of self-injurious behavior in youth (based on a self-report scale). Counseling Psychology and Psychotherapy. 2014; 2 (81): 140–52. Russian (*Польская Н. А.* Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета). Консультативная психология и психотерапия. 2014; 2 (81): 140–52).
9. *Klonsky E. D., Muehlenkamp J. J.* Self-injury: A research review for the practitioner. Br. J. Clin. Psychol. 2007; 63 (11): 1045–56.
10. *Kholmogorova A. B., Gorshkova D. A., Garanyan N. G., Melnik A. M.* Suicidal Behavior in the Student Population. Cultural-Historical Psychology. 2009; 3: 101–10. Russian (*Холмогорова А. Б., Горошкова Д. А., Гаранян Н. Г., Мельник А. М.* Суицидальное поведение в студенческой популяции. Культурно-историческая психология. 2009; 3: 101–10).
11. *Gorchakova V. A., Kholmogorova A. B., Palin A. V., Arbuzova L. A.* Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2014; 22 (2): 119–39. Russian (*Горчакова В. А., Холмогорова А. Б., Палин А. В., Арбузова Л. А.* Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства. Консультативная психология и психотерапия. 2014; 22 (2): 119–39).
12. *Tol'stykh N. N.* Modern maturation. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2015; 23 (4): 7–24. Russian (*Толстых Н. Н.* Современное взросление. Консультативная психология и психотерапия. 2015; 23 (4): 7–24).
13. *Tkhostov A. Sh., Surnov K. G.* Culture and Pathology: Side Effects of Socialization. Nacional'ny psikhologicheskij zhurnal. 2006; 1 (1): 20–7. Russian (*Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г.* Культура и патология: побочные эффекты социализации. Национальный психологический журнал. 2006; 1 (1): 20–7).
14. *Muehlenkamp J. J., Claes L., Havertape L., Plener P. L.* International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health. 2012; 6: 10.
15. *Pol'skaya N. A.* Dependence of the frequency and nature of non-suicidal self-harm from sex and age (in a non-clinical population). Voprosy Psichologii. 2015; 1: 97–109. Russian (*Польская Н. А.* Зависимость частоты и характера несуйцидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции). Вопросы психологии. 2015; 1: 97–109).
16. *Bannikov G. S., Fedunina N. Y., Pavlova T. S., Vikhristyuk O. V., Letova A. V., Bazhenova M. D.* Mechanisms of Self-Harm Behavior in Non-Clinical Adolescent Population: The Results of Monitoring in Moscow Schools. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2016; 24 (3): 42–68. Russian (*Банников Г. С., Федунина Н. Ю., Павлова Т. С., Вихристюк О. В., Летова А. В., Баженова М. Д.* Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. Консультативная психология и психотерапия. 2016. 2016; 24 (3): 42–68).
17. *Antsupov A. Ya., Shipilov A. I.* Dictionary of the conflictologist. 2nd ed. Saint Petersburg: Piter, 2006: 381–526. Russian (*Анцупов А. Я., Шпилов А. И.* Словарь конфликтолога. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006: 381–526).
18. *Huxtable R.* Euthanasia, Ethics and the Law: From Conflict to Compromise. London: Routledge-Cavendish; 2007. 214.
19. *Semenov S. P., Kasatkin V. A.* Anthropoptosis: psychotherapy aspects of psychosocial deprivation. Vestnik psikhoterapii. 2007; 21 (26): 9–22. Russian (*Семенов С. П., Касаткин В. А.* Антропоз: психотерапевтические аспекты психосоциальной депривации. Вестник психотерапии. 2007; 21 (26): 9–22).
20. *Farber M. L.* Theory of suicide. New York: Funk & Wagnalls; 1968. 115.
21. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. 98. Russian (*Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Женева: ВОЗ; 2014. 98).*
22. *Onishenko G. G.* Line of death. Russia took first place in Europe in terms of suicides among children and adolescents. Rossiyskaya Gazeta. 15.03.2013. № 6032 (56). Russian (*Онищенко Г. Г.* Линия смерти. Россия заняла первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. Российская Газета. 15.03.2013. № 6032 (56)).
23. *Voitsekh V. F.* Dynamics and structure of suicides in Russia. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. 2006; 16 (3): 22–8. Russian (*Войцех В. Ф.* Динамика и структура самоубийств в России. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 16 (3): 22–8).
24. *Voitsekh V. F.* Clinical suicidology. Moscow: Miklosh, 2008. 280. Russian (*Войцех В. Ф.* Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280).
25. *Kholmogorova A. B., Garanyan N. G., Yevdokimova Ya. G., Moskova M. V.* Psychological factors of emotional disadaptation in students. Voprosy Psichologii. 2009; 3: 16–26. Russian (*Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Евдокимова Я. Г., Москова М. В.* Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов. Вопросы психологии. 2009; 3: 16–26).
26. *Ivanova A. E., Sabgaida T. P., Semenova V. G., Antonova O. I., Nikitina S. Yu., Evdokushkina G. N., Chernobavsky M. V.* Mortality of Russian teenagers from suicide. Moscow: UNICEF; 2011. 133. Russian (*Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Антонова О. И., Никитина С. Ю., Евдокушкина Г. Н., Чернобавский М. В.* Смертность российских подростков от самоубийств. М.: ЮНИСЕФ; 2011. 133).
27. *Kornetov A. N., Shelekhov I. L., Silaeva A. V., Tolstoles E. S., Moreva S. A., Linok E. A.* Prevention of suicidal behavior in educational institutions. Tomsk: Grafika; 2013. 56. Russian (*Корнетов А. Н., Шелехов И. Л., Силаева А. В., Толстолес Е. С., Морева С. А., Линок Е. А.* Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Томск: Графика; 2013. 56).
28. *Romanova E. V.* Is There Life After Death: From Psychotherapeutic Practice With Adolescents After Their True Suicide Attempt. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2016; 24 (3): 181–9. Russian (*Романова Е. В.* Есть ли жизнь после смерти: из опыта психотерапевтической работы с подростками после истинной суицидальной попытки. Консультативная психология и психотерапия. 2016; 24 (3): 181–9).
29. *Chernaia M. I., Kholmogorova A. B., Zubareva O. V., Zhuravleva T. V.* Clinical and Socio-Psychological Characteristics of Patients With Suicidal Attempts. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2016; 24 (3): 69–88. Russian (*Черная М. И., Холмогорова А. Б., Зубарева О. В., Журавлева Т. В.* Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками. Консультативная психология и психотерапия. 2016; 24 (3): 69–88).

30. *Kudryavtsev J. A., Dekalo E. E.* Psychological factors and mechanisms of suicide genesis as criteria for suicide risk and directed prevention. *Suitsidologiya*. 2012; 2: 3–10. Russian (*Кудрявцев И. А., Декало Е. Э.* Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики. *Суицидология*. 2012; 2: 3–10).
31. *Fesenko Yu. A., Kholmogorova A. B.* Suicides Among Adolescents As A Social Problem: 5th All-Russian Forum «Our Children. Children's Health And Its Factors». *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2017; 25 (2): 188–92. Russian (*Фесенко Ю. А., Холмогорова А. Б.* Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам 5-го Всероссийского форума «Наши дети здоровье детей и факторы, его формирующие». *Консультативная психология и психотерапия*. 2017; 25 (2): 188–92).
32. Psychologists about the Importance of Cultural Historical Theory to Psychological Counseling and Psychotherapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016; 24 (4): 171–80. Russian (Психологи о значении культурно-исторической теории для психологического консультирования и психотерапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (4): 171–80).
33. *Rozanov V. A.* Genes and suicidality. *Suitsidologiya*. 2013; 4 (1): 3–14. Russian (*Розанов В. А.* Гены и суицидальное поведение. *Суицидология*. 2013; 2: 3–14).
34. *Syrovkashina K. V., Dozortseva E. G.* Psychological Factors of Risk of Suicidal Behavior in Adolescents. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016; 24 (3): 8–24. Russian (*Сыровкашина К. В., Дозорцева Е. Г.* Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 8–24).
35. *Kholmogorova A. B.* Suicidal Behavior: Theoretical Model and Practical Implications in Cognitive-Behavioral Therapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016; 24 (3): 144–63. Russian (*Холмогорова А. Б.* Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 144–63).
36. *Polskaya N. A.* Models of Correction and Prevention of Self-Injurious Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016; 24 (3): 110–25. Russian (*Польская Н. А.* Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 110–25).
37. *Rutkovskaya N. S., Dnov K. V.* Pathological religiosity and occult hobbies as predictors of suicidal behavior. Current issues of the clinic, diagnosis and treatment in a multidisciplinary medical institution: Publications off XIIth All-Russian scientific and practical Conf., Saint Petersburg, 20–21.04.2016. Saint Petersburg; 2016: 355–6. Russian (*Рутковская Н. С., Днов К. В.* Патологическая религиозность и оккультные увлечения как предикторы суицидального поведения. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении: Материалы XII Всерос. научно-практ. конф., Санкт-Петербург, 20–21.04.2016 г. СПб.; 2016: 355–6).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Улюкин Игорь Михайлович — канд. мед. наук, научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории (Регистр инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих) научно-исследовательского отдела (Всеармейский медицинский регистр МО РФ) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, г. Санкт-Петербург, конт. тел.: +7(921)9261621, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru

Емельянов Вадим Низамиевич — командир научной роты, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, г. Санкт-Петербург, конт. тел.: +7(981)940656575, e-mail: v.emelyanov@list.ru

Болехан Василий Николаевич — докт. мед. наук, доцент, заместитель начальника научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, г. Санкт-Петербург, конт. тел.: 8(812)2923429, e-mail: v.bolekhan1962@yandex.ru

Орлова Елена Станиславовна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории (Регистр инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих) научно-исследовательского отдела (Всеармейский медицинский регистр МО РФ) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, г. Санкт-Петербург, конт. тел.: 8(812)2923429, e-mail: igo98@yandex.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Ulyukin Igor M. — M. D., Ph. D. (Medicine), Research Associate of the Scientific Research Department (The Army Medical Register), Scientific Research Center, S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(921)9261621, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru

Yemel'yanov Vadim N. — commander of a scientific company, S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(981)940656575, e-mail: v.emelyanov@list.ru

Bolekhan Vasilii N. — M. D., D. Sc. (Medicine), Associate Professor, Deputy head of Research Center, S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: 8(812)2923429, e-mail: v.bolekhan1962@yandex.ru

Orlova Elena Stanislavovna — M. D., Ph. D. (Medicine), Senior Research Associate of the Scientific Research Department (The Army Medical Register), Scientific Research Center, S. M. Kirov Military Medical Academy, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: 8(812)2923429, e-mail: igo98@yandex.ru