

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

МУРАДЯН АНИ АРТУРОВНА

**АУТОАГРЕССИВНОЕ (НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ) ПОВЕДЕНИЕ
ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Тимербулатов Ильгиз Фаритович

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). 12	
1.1 Теоретические аспекты аутоагрессивного поведения у подростков	12
1.2 Употребление психоактивных веществ как фактор риска формирования аутоагрессивного (несуицидального) поведения.....	16
1.3 Современные подходы к диагностике несуйцидальных самоповреждений, её особенности при сопутствующем употреблении психоактивных веществ	19
1.4 Аддиктивность несуйцидальных самоповреждений.....	24
1.5 Профилактика и терапевтические стратегии при несуйцидальных самоповреждениях у подростков с наркологическими расстройствами	27
1.6 Анализ современных исследований по теме	31
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
2.1 Общая характеристика исследования	33
2.2 Дизайн исследования	34
2.3 Методы исследования.....	37
2.4 Статистическая обработка данных.....	44
2.5 Характеристика клинического материала	46
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	53
3.1 Феноменология аутоагрессивного (несуйцидального) поведения у подростков при употреблении психоактивных веществ и варианты самоповреждений.....	53
3.2 Факторы риска формирования аутоагрессивного (несуйцидального) поведения среди подростков, употребляющих психоактивные вещества.....	61
3.3 Клинико-динамические особенности аутоагрессивного (несуйцидального) поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества.....	70

ГЛАВА 4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	81
ГЛАВА 5. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АУТОАГРЕССИВНОГО (НЕСУИЦИДАЛЬНОГО) ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	92
ВЫВОДЫ.....	98
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	100
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	102
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	103

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы и степень ее разработанности

В последние годы наблюдается значительный рост научного интереса к проблеме самоповреждающего поведения, что обусловлено его высокой распространённостью, неоднородностью клинических проявлений, недостаточной изученностью этиологии, а также имеющимися сложностями в диагностике, лечении и профилактике. Самоповреждающее поведение часто рассматривается в контексте психических расстройств, однако значительная часть случаев, особенно среди подростков, не соответствует критериям конкретных психических заболеваний. Это подчеркивает необходимость более глубокого изучения данного феномена, особенно в контексте его связи с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) [174, 101].

Самоповреждающее поведение упоминается в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) как один из ключевых симптомов пограничного расстройства личности (ПРЛ), но также может встречаться при депрессивных, тревожных расстройствах, шизофрении и других психических заболеваниях [131]. В течение нескольких лет активно шло обсуждение вопроса о выделении несуйцидальных самоповреждений (НССП) в отдельную диагностическую категорию. В рамках «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition» (DSM-5) НССП рассматриваются в разделе «Положения для будущих исследований», что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данного феномена [69].

НССП определяется как преднамеренное нанесение повреждений собственному телу без суицидальных намерений, которое не соответствует социальным нормам (исключая, например, татуировки или пирсинг). Наиболее

распространёнными формами НССП являются порезы, ожоги, удары о твёрдые поверхности и другие методы самоповреждений. Чаще всего повреждения наносятся в области рук, ног и живота [112]. Важно различать несуицидальное и суицидальное поведения, несмотря на их, казалось бы, внешнее сходство [67].

НССП широко распространены среди подростков. В ходе скринингового обследования московских школьников отечественные учёные установили, что данному поведению подвержены 16,9% обучающихся подросткового возраста, при этом практически у половины из них самоповреждающие акты без суицидальных намерений носили повторяющийся характер [2].

Исследования показывают, что аутоагрессивное (несуицидальное) поведение часто сопутствует другим формам отклоняющегося поведения, включая употребление ПАВ. Например, в исследовании Т. Matsumoto (2008) была выявлена корреляция между самоповреждениями и приёмом наркотических веществ у японских подростков [117]. Более поздние работы подтвердили, что даже злоупотребление алкоголем членами семьи может способствовать развитию НССП у подростков [135, 147].

Необходимо отметить, что употребление ПАВ в подростковом возрасте ассоциировано с повышенной частотой аутоагрессивного (несуицидального) поведения, что подтверждается данными современных исследований. Например, было установлено, что чем раньше начинается употребление ПАВ, тем выше вероятность самоповреждающего поведения [93]. В свою очередь, подростки с НССП в анамнезе в четыре раза чаще употребляют ПАВ [124]. Исследования даже указывают на связь между несуицидальными самоповреждениями и употреблением различных психоактивных веществ, включая алкоголь [43, 122], каннабиноиды [88], героин [73], метамфетамины [106] и кокаин [1]. Тем не менее, механизмы этой взаимосвязи требуют дальнейшего изучения.

Некоторые исследователи рассматривают употребление ПАВ не только как фактор риска развития НССП, но и как косвенную форму самоповреждающего поведения, при которой вред наносится опосредованно, через ухудшение

физического и психического состояния вследствие токсического воздействия психоактивных веществ на организм [8].

Несмотря на значительный объём имеющихся в настоящее время исследований, многие аспекты несуицидальных самоповреждений, особенно в контексте расстройств наркологического профиля, остаются малоизученными¹. В частности, недостаточно данных о распространённости НССП среди подростков, употребляющих ПАВ, их клинической значимости и влиянии на течение расстройств наркологического профиля. В России отсутствуют стандартизированные диагностические инструменты для оценки НССП у данной категории пациентов. Как отмечают Н.А. Бохан и соавторы (2020), в настоящее время нет адаптированных и валидизированных шкал для оценки самоповреждающего поведения [5].

Большая часть работ на тему аутоагрессивного (несуицидального) поведения сосредоточена на его связи с психическими расстройствами, тогда как наркологический аспект остаётся недостаточно исследованным. В литературе представлено небольшое число научных трудов, посвящённых этой взаимосвязи, что ограничивает понимание её влияния на развитие отклонений.

Представленные выше данные диктуют необходимость дальнейшего изучения феноменологии несуицидальных самоповреждений у подростков с наркологическими заболеваниями, выявления факторов риска развития НССП на фоне употребления ПАВ и последующей разработки эффективных стратегий профилактики, своевременной диагностики и лечения данных расстройств [166].

Цель исследования

Изучить аутоагрессивное (несуицидальное) поведение у подростков, употребляющих психоактивные вещества, для усовершенствования диагностики, терапевтической стратегии и профилактики данных расстройств.

¹ Цит. по Мурадян, А.А. Несуицидальные самоповреждения у подростков, употребляющих психоактивные вещества: систематический обзор / А.А. Мурадян, И.Ф. Тимербулатов // Вопросы наркологии. – 2024. – Т. 36, № 6. – С. 65–76

Задачи исследования

1. Уточнить феноменологию аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества и выделить варианты самоповреждений.
2. Определить факторы риска формирования аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества.
3. Разработать диагностический алгоритм для оценки несуицидальных самоповреждений у подростков, употребляющих психоактивные вещества.
4. Предложить терапевтические стратегии и подходы к профилактике аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества, на основе выявленных клинико-психологических особенностей.

Научная новизна

Научная новизна исследования заключается в комплексном изучении феноменологии, факторов риска и аддиктивного компонента НССП у подростков, употребляющих ПАВ. Полученные результаты расширяют понимание механизмов формирования несуицидальных самоповреждений и открывают новые возможности для разработки эффективных методов диагностики, терапевтических стратегий и профилактики данного расстройства у подростков, употребляющих ПАВ. Результаты исследования имеют важное значение для дальнейшего развития научных знаний в области подростковой психиатрии и наркологии.

Теоретическая и практическая значимость работы

Раннее выявление НССП у пациентов подросткового возраста, употребляющих ПАВ, позволяет осуществлять лучшее прогнозирование прогрессирования расстройства и более персонализированный подход к профилактике. Полученные в ходе исследования результаты вносят вклад в понимание взаимосвязи между употреблением ПАВ и НССП у подростков. Они подчёркивают необходимость дальнейших исследований, направленных на изучение механизмов формирования аутоагрессивного поведения, а также разработку профилактических и терапевтических программ, учитывающих как психологические, так и наркологические аспекты проблемы.

Положения, выносимые на защиту

1. Употребление ПАВ выступает значимым ассоциированным фактором риска развития НССП у подростков, что подтверждается временной последовательностью (у 91,7% пациентов основной группы НССП дебютировало после начала употребления ПАВ, латентный период до дебюта НССП после начала употребления ПАВ составил более одного года у 56,7% испытуемых); связью раннего начала употребления ПАВ с более ранним дебютом НССП ($r=0,65$); преобладанием специфических методов (порезы – 76,7%) и локализаций (области предплечий и голени – 81,7%).

2. Аутоагрессивное (несуицидальное) поведение у подростков с употреблением ПАВ характеризуется выраженным аддиктивным компонентом (по шкале ABUSI ≥ 15 баллов у 58,3% пациентов основной группы, появлением необходимости увеличения частоты или интенсивности самоповреждений по мере повторения поведения (становлением толерантности) – 48,3%, наличием рецидивов при попытке прекратить самоповреждающие акты – 54,2%); ведущей ролью алекситимии (ОШ=3,8) и депрессивной симптоматики (ОШ=3,9); связью с травматическим опытом (ОШ=2,9).

3. Диагностика НССП у пациентов подросткового возраста с употреблением ПАВ требует оценки наркологического статуса (возраста первой пробы, вида употребляемого ПАВ, систематического характера употребления ПАВ – ОШ=4,2); психологических параметров (наличия алекситимии по TAS-20 \geq 74 баллов, депрессивной симптоматики по BDI-II \geq 14 баллов); критериев аддиктивности самоповреждающего поведения (наличия навязчивых мыслей, становления толерантности, потери контроля за самоповреждающим поведением, по шкале ABUSI \geq 15 баллов).

4. Коррекционные программы должны включать дифференцированные подходы в зависимости от выявленного клинического паттерна (при аффективно-импульсивном паттерне – когнитивно-поведенческую терапию, направленную на развитие навыков эмоциональной регуляции; при аддиктивном паттерне – мотивационное интервьюирование и аддиктологическую помощь; при реактивном паттерне – семейную терапию и тренинги социальных навыков), раннее вмешательство для групп риска (с ранним дебютом употребления ПАВ, травматическим опытом, школьной дезадаптацией), сочетание психотерапии (с целью развития эмоциональной регуляции) и фармакотерапии (при тяжёлых депрессивных или аддиктивных симптомах).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Представленная диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология в пунктах 1, 3, 5, 13, 17.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов диссертационного исследования определяется оптимальным числом выборки испытуемых (200 пациентов), объективностью и статистическим анализом полученных данных.

Основные положения диссертационного исследования были доложены на следующих конференциях: Научно-практической конференции «Междисциплинарные подходы в оказании наркологической помощи в мегаполисе: настоящее, будущее» (г. Москва, 2024); Научно-практической конференции «Ментальное здоровье – человек в фокусе» в рамках Московской недели общественного здоровья (г. Москва, 2024); 82-й Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (г. Волгоград, 2024); XV научно-практической конференции молодых учёных РМАНПО (г. Москва, 2024).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационной работы внедрены и используются в практической деятельности медицинского учреждения государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), а также в педагогическом процессе кафедры наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России).

Личный вклад автора

Автором определены цель и задачи исследования, проведён анализ литературы по теме диссертационной работы, лично проведено клинико-психопатологическое обследование 120 пациентов с НССП и 80 пациентов без НССП, проходивших обследование, наблюдение и лечение в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Соискателем самостоятельно проанализированы и

систематизированы результаты исследования. Полученные результаты обработаны с использованием статистических методов анализа и изложены в главах собственных наблюдений, а также были опубликованы в научных медицинских журналах, что свидетельствует о значительном вкладе и погруженности автора в процесс исследования.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертационного исследования было опубликовано 5 печатных работ, в том числе: научных статей в журналах, включённых в Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук – 3; публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 2.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 123 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, перечня использованной литературы, включающего 175 источников (43 отечественных, 132 зарубежных). Работа иллюстрирована 21 таблицей, 9 рисунками.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Теоретические аспекты аутоагрессивного поведения у подростков

Аутоагрессивное поведение (ААП) – это форма деструктивного поведения, направленного на причинение вреда самому себе. Оно включает широкий спектр действий: от самоповреждений (например, порезов) до суицидальных попыток. Подростки – наиболее уязвимая возрастная группа для формирования такого поведения. Это связано с биологическими, психологическими и социальными изменениями, происходящими в подростковом периоде. ААП можно разделить на две основные категории: несуицидальные самоповреждения (НССП) и суицидальное поведение. Исследования показывают, что первое часто предшествует второму, что подчеркивает важность раннего вмешательства [94]. Особую уязвимость демонстрируют подростки с ранним дебютом самоповреждающего поведения, у которых риск суицидальных действий существенно возрастает в последующем. Своевременное выявление пациентов, склонных к самоповреждениям (вне зависимости от первоначальных намерений), остаётся важной мишенью профилактики преждевременной смертности в молодежной популяции [62]. Это обусловлено тем, что самоповреждения сами по себе выступают фактором риска суицидального поведения через десенситизацию (уменьшение чувствительности к боли), приводя к укреплению суицидальных намерений [100]. Таким образом, скрининг на склонность к самоповреждающим актам может стать эффективной стратегией для снижения летальности среди подростков.

В течение последних лет среди подростков по всему миру отмечается рост НССП; согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 10-20% людей данной возрастной группы подтверждают такое поведение [167]. Но, несмотря на такую высокую распространённость, R. Brunner, M. Kaess (2014) показали, что только 1,96% из них получают медицинскую помощь [60]. Клиническая сложность усугубляется низкой обращаемостью за помощью среди подростков, совершающих самоповреждающие акты. Большинство из них даже не попадают в поле зрения медицинских служб [97].

В России ситуация также вызывает беспокойство: исследования указывают на рост числа случаев самоповреждений среди подростков [4].

В настоящее время предложено несколько теоретических моделей ААП. Биопсихосоциальная модель предполагает, что аутоагрессия возникает в результате взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. К биологическим факторам относятся генетическая предрасположенность, нарушения в работе нейротрансмиттерных систем (например, серотонина) и гормональные изменения в подростковом возрасте [114]. Психологические факторы включают низкую самооценку, эмоциональную дисрегуляцию и когнитивные искажения. Социальные факторы – это стрессовые события, такие как систематическая травля в группе сверстников, семейные конфликты и социальная изоляция [89]. Модель эмоциональной дисрегуляции определяет ААП как способ регуляции интенсивных негативных эмоций. Подростки, испытывающие трудности в управлении своими эмоциями, могут использовать самоповреждения как механизм coping (совладания) для снижения эмоционального напряжения [108]. Социально-когнитивная модель акцентирует внимание на роли социального обучения и когнитивных процессов в формировании ААП. Подростки могут перенимать такие модели поведения от сверстников или через средства массовой информации. Кроме того, когнитивные искажения, такие как катастрофизация и черно-белое мышление, способствуют развитию аутоагрессии [3].

Термин «несуицидальное самоповреждение» применим для всех форм самоповреждений, совершаемых подростком без намерения покончить жизнь самоубийством. Как правило, целью такого рода поведения выступает желание изменить эмоциональное состояние посредством фактических или ожидаемых физических последствий от совершённого действия; значимая причина, по мнению L. Doyle и др. (2017), – это «облегчение ужасного душевного состояния» [71].

Современные отечественные исследования также подтверждают ведущую роль эмоциональной дисрегуляции и социальных факторов в генезе НССП [41]. Таким образом, НССП запускает порочный круг: негативные мысли приводят к совершению самоповреждений, которые приносят кратковременное облегчение, но в перспективе приводят к отсроченным негативным последствиям (например, закрепляя убеждения по типу «я никому не нравлюсь») и возвращают к повторным актам аутоагрессии. Таким образом, НССП свойственно многократное повторение, а их наличие, как и упоминалось ранее, увеличивает риск развития суицидального поведения в последующем.

Аутоагрессивное (несуицидальное) поведение не отличается нозологической специфичностью и может встречаться при различных психических заболеваниях. Депрессия, тревожные расстройства, пограничное расстройство личности (ПРЛ) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) часто связаны с аутоагрессивным поведением [112].

Исследования близнецов в то же время показывают, что склонность к аутоагрессии может быть частично обусловлена генетическими факторами [57]. А такие личностные особенности, как импульсивность, перфекционизм и низкая толерантность к фрустрации, повышают риск ААП [103].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) для НССП диагностические критерии не описаны, лишь выделены дополнительные рубрики X и Y, описывающие виды аутоагрессивного поведения в зависимости от характера повреждений (например, самоповреждение острым предметом, самоповреждение дымом, огнём и пламенем). Таким образом, в МКБ-10 НССП определяется только как симптом и не выделяется как нозологическая единица.

Длительное обсуждение экспертами (с 2010-х годов) вопроса о включении данного феномена в отдельную диагностическую категорию привело к тому, что в МКБ-11 (Международной классификации болезней 11-го пересмотра) НССП было включено в раздел MB23 под названием «Симптомы и признаки, относящиеся к внешнему виду и поведению» (код MB23.E «Несуицидальные самоповреждения» в предварительной версии рассматривался как код 6С71 и был изначально отнесён к «Дополнительным феноменам, требующим внимания») [170]. Это изменение отражает растущее признание клинической значимости данного поведения.

Согласно МКБ-11, НССП определяется как повторяющееся преднамеренное самоповреждение (например, порезы, царапины, ожоги, удары или другие повреждения тканей тела) при отсутствии суицидальных намерений. Важно отметить, что такое поведение может быть связано с различными психическими расстройствами, но также встречается и вне клинических диагнозов.

При этом аутоагрессивное (несуицидальное) поведение имеет серьёзные последствия для физического и психического здоровья подростков. К ним относятся: рубцы, инфекции, хронические боли, ухудшение симптомов психических расстройств, развитие длительно повторяющихся самоповреждающих актов, а также стигматизация и изоляция [84]. НССП у подростков представляет собой сложное и многофакторное явление, требующее пристального внимания со стороны всех специалистов в области психического здоровья. Понимание теоретических аспектов этого поведения позволяет разрабатывать эффективные стратегии профилактики и вмешательства, направленные на снижение риска и улучшение качества жизни подростков.

Таким образом, как справедливо отмечают Е.Б. Любов и соавт. (2019), самоповреждающее поведение у подростков является «...многофакторным феноменом, формирующимся под влиянием комплекса взаимосвязанных биологических, психологических и социальных факторов риска» [24], что требует комплексного междисциплинарного подхода к его изучению и коррекции.

1.2 Употребление психоактивных веществ как фактор риска формирования аутоагрессивного (несуицидального) поведения

Подростковый возраст – это критический период для формирования поведения, связанного с употреблением ПАВ. Согласно последним исследованиям, распространённость употребления ПАВ среди подростков остаётся высокой: около 20-30% школьников в разных странах пробуют алкоголь, никотин или наркотические вещества до достижения совершеннолетия [92]. Наиболее часто употребляемыми веществами остаются алкоголь и никотинсодержащие продукты, включая электронные сигареты, однако растёт интерес к каннабиноидам и синтетическим психостимуляторам [168]. Основными причинами употребления ПАВ в подростковой среде выступают социальные факторы, такие как давление сверстников, желание соответствовать группе, а также стремление к экспериментированию и поиску новых ощущений [119]. Кроме того, важную роль играют психологические факторы: тревожность, депрессия, низкая самооценка и отсутствие поддержки со стороны семьи [86]. Ранние психотравмирующие события выступают значимым предиктором формирования различных девиаций в подростковом возрасте, включая развитие аддиктивного поведения, социальную дезадаптацию и вовлеченность в делинквентные действия. Данные нарушения нередко сопровождаются переживанием сильного стресса, что повышает риск аутоагрессивного и суицидального поведения [75].

Употребление ПАВ в подростковом возрасте оказывает значительное негативное влияние на психическое здоровье. Нейробиологические исследования показывают, что воздействие веществ на развивающийся мозг может приводить к когнитивным нарушениям, снижению памяти и способности к обучению [148]. Особую опасность представляет раннее употребление каннабиноидов, которое ассоциировано с повышенным риском развития психотических расстройств, включая шизофрению [96]. Кроме того, подростки, употребляющие ПАВ, чаще демонстрируют рискованное поведение, такое как незащищённые половые

контакты, вождение в нетрезвом виде и участие в драках, что увеличивает вероятность травм и преждевременной смерти [153].

Поведенческие последствия употребления ПАВ включают снижение академической успеваемости, прогулы и правонарушения. Такие подростки чаще имеют академические задолженности и сталкиваются с трудностями в профессиональной реализации во взрослой жизни [53]. Важно отметить, что формирование зависимости у подростков происходит быстрее, чем у взрослых, из-за повышенной пластичности мозга и чувствительности к воздействию ПАВ [68].

Современные исследования демонстрируют тревожную тенденцию роста аутоагрессивного (несуицидального) поведения среди подростков, особенно в сочетании с употреблением ПАВ. По данным мета-анализов, распространённость НССП в подростковой популяции достигает 27,6% [152], причём за последнее десятилетие этот показатель вырос на 18,7% [172]. Среди взрослых частота НССП остаётся стабильно ниже – 5,8% [156], что подтверждает особую уязвимость подросткового возраста. Масштабное европейское исследование с участием 11 стран [60] выявило, что 27,6% подростков в возрасте 14-17 лет хотя бы раз в жизни совершали самоповреждающие акты. При этом гендерные различия оказались значительными: среди девушек распространённость составила 34,2% [66], тогда как среди юношей – лишь 18,7% [160].

Особого внимания заслуживает наличие одновременно НССП и употребления ПАВ. Как показало австралийское 15-летнее когортное исследование, подростки с НССП в анамнезе в четыре раза чаще начинают употреблять ПАВ и в 3,5 раза чаще развивают полинаркоманию [124]. Употребление психоактивных веществ существенно увеличивает вероятность летального исхода, в том числе за счет аутоагрессии [18]. Более того, пациенты подросткового возраста, совершающие самоповреждающие акты, примерно в 3-4 раза чаще попадают в стационар с острыми алкогольными или наркотическими отравлениями [125]. Эти данные подтверждаются нейробиологическими исследованиями, которые выявили характерные изменения в мозге таких подростков: снижение объёма серого вещества в префронтальной коре на 12,3%,

уменьшение толщины коры в цингулярной извилине, гиперактивацию миндалевидного тела (на 23,5% выше нормы), а также снижение функциональной связности между префронтальной корой и лимбической системой [10]. Важное значение имеют и нейрохимические нарушения: дисфункция дофаминовой системы (особенно D2-рецепторов), снижение уровня серотонина в орбитофронтальной коре [85].

Генетические исследования (Guo Z. et al., 2023) дополняют эту картину, выявив 17 общих локусов для НССП и зависимости от ПАВ, включая полиморфизмы в таких генах, как BDNF (rs6265), COMT (rs4680), SLC6A4 (5-HTTLPR) [85].

Эти биологические механизмы тесно связаны с психологическими аспектами: современные модели объясняют взаимосвязь НССП и ПАВ через эмоциональную дисрегуляцию (когда оба поведения используются для регуляции аффекта), импульсивность (нарушение контроля поведения) и интерперсональные факторы (подражание референтной группе) [50].

Семейные факторы, такие как употребление алкоголя родителями, по данным отечественного исследования [7] повышают риск НССП у подростков в 2,3 раза, хотя роль непосредственного алкогольного опьянения в генезе самоповреждающего поведения остается неоднозначной: выявляясь лишь у примерно 16-22% пациентов, оно, тем не менее, ассоциируется с повышенной тяжестью ран и значительным ростом суицидального риска, в связи с чем его наличие следует считать важным фактором, указывающим на высокую степень суицидальной готовности [37].

Различные виды ПАВ оказывают дифференцированное влияние на риск самоповреждающего поведения через специфические нейрохимические механизмы. Алкоголь и опиоиды, снижая уровень серотонина и дофамина [133], создают нейробиологическую основу для развития депрессивных состояний и нарушений контроля импульсов. Стимуляторы, в свою очередь, провоцируют параноидные мысли и агрессивное поведение [151], что значительно увеличивает вероятность самоповреждений. Особую роль играют каннабиноиды, нарушающие

процессы эмоциональной регуляции и тем самым снижающие способность к адаптивному совладанию со стрессом [72].

Эти фармакологические эффекты находят подтверждение в эпидемиологических данных. Мета-анализ Gratz K.L. и соавторов (2022) продемонстрировал, что 45-60% лиц с НССП регулярно употребляют психоактивные вещества, причём наиболее опасными в этом отношении являются именно стимуляторы и каннабиноиды [82]. Особенно тревожным представляется вывод исследования Giletta M. и коллег (2012) о том, что употребление ПАВ (в частности, марихуаны и никотина) повышает вероятность последующего развития самоповреждающего поведения [123].

Нейробиологические исследования Koob G.F. и Volkow N.D. (2023) раскрывают глубинные механизмы этой взаимосвязи: употребление ПАВ вызывает стойкие нарушения в работе префронтальной коры и лимбической системы, что приводит к выраженному усилению импульсивности и значительному ослаблению контроля над агрессивными импульсами [104]. Эти изменения создают порочный круг, когда химическая зависимость и аутоагрессивное поведение взаимно усиливают друг друга.

Клинические последствия такой комбинации крайне серьёзны: исследования показывают, что у этих пациентов в 2,8 раза чаще встречаются суицидальные попытки, на 47% выше риск передозировок и в 3,5 раза выше вероятность госпитализаций [115]. Эти данные подчёркивают необходимость комплексного подхода, включающего раннее выявление, профилактику и длительное наблюдение за подростками из групп риска.

1.3 Современные подходы к диагностике несуицидальных самоповреждений, её особенности при сопутствующем употреблении психоактивных веществ

Современные подходы к диагностике НССП при сопутствующем употреблении ПАВ требуют комплексного рассмотрения клинических, психологических и нейробиологических аспектов. В последние годы отмечается

рост исследований, посвящённых проблеме НССП, однако вопросы диагностики самоповреждающего поведения у лиц с аддиктивными расстройствами остаются малоизученными [99]. Проблема недостаточной диагностики усугубляет ситуацию и без того сложного феномена, как подчеркивают Б.Д. Цыганков и С.В. Ваулин (2012), существует гигантский массив невыявленной аутоагрессии, в котором НССП занимает значительное место [40]. Трудности диагностического процесса связаны как с особенностями проявлений самоповреждающего поведения при употреблении ПАВ, так и с необходимостью дифференциации НССП от суицидальных попыток и других форм девиантного поведения [86].

Клиническая диагностика НССП традиционно основывается на данных анамнеза и клинической беседы, однако в случае с одновременным наличием употребления ПАВ стандартные диагностические процедуры требуют модификации. Как показывают исследования, у пациентов с одновременным НССП и употреблением ПАВ чаще наблюдаются атипичные формы самоповреждений, которые могут быть замаскированы симптомами интоксикации или абстиненции [173]. В частности, при употреблении опиоидов снижается болевая чувствительность, что приводит к более тяжёлым формам самоповреждений, в то время как при зависимости от стимуляторов преобладают импульсивные поверхностные повреждения [74]. Эти особенности необходимо учитывать при сборе анамнеза, уделяя особое внимание связи между эпизодами употребления ПАВ и актами самоповреждения [83].

Важным дополнением к клиническому интервью выступают стандартизированные диагностические инструменты. Однако несмотря на наличие различных валидных методик оценки НССП, проанализированных в систематическом обзоре Faura-García J. и соавторов (2020), ни одна из них не обладает достаточным уровнем психометрических свойств для применения в клинической практике, особенно при коморбидных состояниях [77]. Поэтому при работе с пациентами, употребляющими ПАВ, рекомендуется дополнять эти методики опросниками для выявления аддиктивной симптоматики, такими как

«Alcohol Use Disorders Identification Test» (AUDIT) или «Drug Abuse Screening Test» (DAST) [65].

Отдельного внимания также заслуживает вопрос мотивации НССП у данной категории пациентов. Если в общей популяции преобладают аффективно-регуляторные мотивы, то при сопутствующем употреблении ПАВ чаще встречаются мотивы, связанные с преодолением абстинентного синдрома или усилением эффекта психоактивных веществ [101].

Помимо психометрических методов, современные подходы включают использование биологических маркеров. Нейровизуализационные исследования выявили особенности функционирования префронтальной коры и лимбической системы у пациентов с НССП, которые усугубляются при сопутствующем употреблении ПАВ [121]. В частности, отмечается снижение активности орбитофронтальной коры, связанной с контролем импульсов, и гиперактивация миндалевидного тела, отвечающего за эмоциональные реакции [120]. Эти изменения могут служить объективными индикаторами тяжести состояния, хотя их использование в рутинной клинической практике пока ограничено.

Особую сложность представляет дифференциальная диагностика между НССП и суицидальным поведением у пациентов с аддикциями. Как показало исследование Fox K.R. et al. (2020), значительная часть лиц, регулярно совершающих НССП на фоне употребления ПАВ, демонстрирует смешанную симптоматику, когда самоповреждения могут носить как несуйцидальный, так и суицидальный характер [76]. В таких случаях рекомендуется использовать специализированные оценочные шкалы. В мировой практике для оценки суицидального риска широко применяется «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности» («Columbia-Suicide Severity Rating Scale» (C-SSRS)), которая позволяет структурированно оценить анамнестические данные, наличие суицидальных мыслей, намерений и предшествующих попыток [121, 47].

Для скрининга депрессивной симптоматики также применяются стандартизированные опросники. Одним из таких является Шкала депрессии Бека-II (BDI-II), предназначенная для оценки уровня депрессии у пациентов, начиная с

подросткового возраста. BDI-II представляет собой валидный и надежный диагностический инструмент, который можно использовать в рамках комплексного обследования подростков для выявления депрессивной симптоматики и оценки её тяжести [55].

В диагностическом процессе важную роль играет «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS-20), которая оценивает три ключевых компонента алекситимии: трудности в идентификации чувств, трудности в описании чувств и экстернальный когнитивный стиль [163]. Многочисленные исследования подтвердили, что высокие показатели по TAS-20 коррелируют с повышенным риском НССП, особенно у пациентов с зависимостью от ПАВ [165]. Алекситимия в этой группе пациентов выступает как значимый предиктор тяжести самоповреждающего поведения, поскольку затруднения в вербализации эмоциональных состояний приводят к выбору неадаптивных способов регуляции аффекта [175].

Важным аспектом диагностического процесса является оценка когнитивных функций, поскольку хроническое употребление ПАВ приводит к нарушениям исполнительных функций, что в свою очередь повышает риск импульсивных самоповреждений [110]. Нейропсихологическое тестирование, включающее оценку рабочей памяти, когнитивной гибкости и контроля импульсов, может предоставить ценную информацию для прогнозирования риска повторных эпизодов НССП [78].

Специфическим инструментом для оценки склонности к самоповреждениям выступает «Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian» (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale, ABUSI) [64]. Эта шкала фокусируется на измерении когнитивных и поведенческих аспектов готовности к совершению НССП, включая частоту мыслей о самоповреждении, их интенсивность и способность им сопротивляться. Особенностью применения шкалы ABUSI у пациентов, употребляющих психоактивные вещества, является выявление взаимосвязи между стремлением к совершению самоповреждающих актов и

специфических триггеров, таких как желание «почувствовать себя реальным» в состоянии интоксикации или купировать симптомы абстиненции [63].

Важным компонентом комплексной оценки является «Опросник готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков» (SOCRATES) [48]. Этот инструмент позволяет оценить мотивацию пациента к изменению аддиктивного поведения по трём субшкалам: признание проблемы, амбивалентность и активные действия. У пациентов, употребляющих ПАВ, показатели по опроснику SOCRATES имеют важное прогностическое значение в отношении как риска регулярных срывов, так и успешности терапии аддикций. Исследования показывают, что низкий уровень готовности к изменениям по опроснику SOCRATES коррелирует с более частыми и тяжёлыми рецидивами [136].

Применение комплекса описанных выше шкал в клинической практике позволяет получить многомерную оценку состояния пациента с одновременным наличием НССП и употребления ПАВ. Важно подчеркнуть, что интерпретация результатов должна учитывать возможное взаимовлияние симптомов: так, интоксикация может искажать показатели по шкалам аффективной симптоматики, а депрессивные симптомы – влиять на оценку мотивации к изменениям. Поэтому оптимальным представляется динамическое применение этих инструментов в сочетании с клиническим наблюдением.

Таким образом, современная диагностика НССП при сопутствующем употреблении ПАВ должна включать:

- 1) тщательный клинический осмотр с оценкой характеристик самоповреждений;
- 2) использование стандартизированных диагностических инструментов для оценки как НССП, так и аддиктивной симптоматики;
- 3) рассмотрение нейробиологических и психологических коррелятов;
- 4) дифференциальную диагностику НССП с суицидальным поведением.

Практическая значимость предлагаемого комплексного подхода заключается в возможности разработки более точных диагностических алгоритмов.

1.4 Аддиктивность несуицидальных самоповреждений

Как отмечал ещё Ц.П. Короленко (1991), аддиктивное поведение представляет собой «...стремление к уходу от реальности путём изменения своего психического состояния...», что в полной мере может быть отнесено к функциям НССП [17]. Концепция аддиктивной природы НССП получила развитие в работах последних лет, где было показано, что данное поведение может формировать патологический цикл, схожий с классическими аддиктивными расстройствами [132]. В исследованиях с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии было обнаружено, что у лиц с хроническими формами НССП наблюдается характерная активация зон системы вознаграждения (вентральный стриатум, орбитофронтальная кора) при предъявлении стимулов, связанных с самоповреждением [98]. Эти данные хорошо согласуются с нейрохимическими исследованиями, демонстрирующими роль опиоидной системы в формировании и поддержании ААП [51]. Было установлено, что акт самоповреждения приводит к выбросу эндогенных опиоидов, что объясняет как анальгезирующий эффект, так и временное улучшение эмоционального состояния, создавая тем самым мощное положительное подкрепление для повторения поведения (в настоящее время остаётся на уровне теории, так как не имеет достаточной доказательной базы). И тем не менее, этот механизм во многом аналогичен тому, что наблюдается при химических зависимостях.

Клинические проявления аддиктивности НССП включают несколько характерных особенностей, хорошо описанных в литературе [124]. Прежде всего, это развитие толерантности – пациенты сообщают о необходимости увеличивать частоту или тяжесть повреждений для достижения прежнего эмоционального эффекта [35]. Во-вторых, наблюдается своеобразный синдром отмены – при попытках прекратить поведение возникают тревога, раздражительность и навязчивые мысли о самоповреждении [58]. В-третьих, характерна прогрессирующая потеря контроля над поведением, когда попытки сопротивляться желанию нанести повреждения оказываются безуспешными [149]. Эти

особенности полностью соответствуют критериям поведенческой аддикции и наблюдаются у лиц с повторяющимися НССП. Особую клиническую значимость эти проявления приобретают в подростковой популяции, где процессы самоконтроля и эмоциональной регуляции ещё не достигли полной зрелости.

Психологические механизмы аддиктивности НССП представляют собой сложную систему взаимосвязанных факторов [10]. Центральную роль играет эмоциональная дисрегуляция – неспособность эффективно управлять интенсивными негативными эмоциями. Многочисленные исследования показывают, что значительная часть лиц с НССП имеют выраженные признаки алекситимии – трудности в идентификации и вербализации эмоциональных состояний [11]. Это создаёт порочный круг, где физическая боль становится единственным доступным способом выражения и регуляции внутреннего напряжения. Когнитивные факторы также играют важную роль в поддержании аддиктивного цикла: катастрофизирующие мысли («Только боль меня успокоит») и дисфункциональные убеждения («Я заслуживаю страдания») формируют устойчивую систему негативного подкрепления [126]. Особенно показательным, что по мере хронификации НССП это поведение становится всё более автоматическим, требуя минимального осознанного контроля, что сближает его с компульсивными формами поведения при химических зависимостях.

Особую актуальность проблема аддиктивности НССП приобретает в контексте сопутствующих наркологических расстройств [19]. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что среди подростков, употребляющих ПАВ, распространённость самоповреждающего поведения в 2–3 раза превышает показатели в общей популяции [54]. При этом наблюдается чёткая взаимосвязь между тяжестью аддиктивного расстройства и выраженностью аддиктивного компонента НССП. Это позволяет предположить наличие общих патогенетических механизмов, включающих дисфункцию системы вознаграждения, нарушение контроля импульсов и дефицит регуляции эмоций. Нейровизуализационные исследования показывают сходные изменения функциональной активности префронтальной коры и лимбической системы как

при химических зависимостях, так и при повторяющихся НССП [107]. Эти данные подчёркивают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению таких состояний, учитывающего как общие, так и специфические механизмы формирования и поддержания аддиктивного поведения.

Терапевтические подходы к аддиктивным формам НССП продолжают развиваться, интегрируя методы, доказавшие свою эффективность как в лечении химических зависимостей, так и в коррекции самоповреждающего поведения [87]. Диалектико-поведенческая терапия, изначально разработанная для пациентов с пограничным расстройством личности, демонстрирует особую эффективность благодаря акценту на развитии навыков эмоциональной регуляции [161]. Когнитивно-поведенческие подходы успешно работают с дисфункциональными убеждениями, поддерживающими аддиктивный цикл [34]. Особое значение приобретают методы мотивационного интервьюирования, помогающие преодолеть амбивалентность в отношении изменений.

Перспективы дальнейших исследований в этой области связаны с необходимостью более глубокого понимания нейробиологических и психологических механизмов формирования аддиктивности НССП, особенно в подростковой популяции [81]. Отдельного внимания заслуживает изучение долгосрочной динамики этого феномена, факторов риска его хронификации, а также разработка дифференцированных подходов к терапии с учётом степени выраженности аддиктивного компонента [90]. Важным направлением представляется создание специализированных скрининговых инструментов, позволяющих выявлять признаки аддиктивности на ранних стадиях формирования НССП. Особую актуальность приобретают исследования, направленные на изучение эффективности интегративных подходов, сочетающих методы лечения зависимого поведения и коррекции эмоциональной дисрегуляции. В этом контексте особую научную и практическую значимость приобретают исследования, подобные настоящей диссертационной работе, которые позволяют углубить понимание аддиктивных аспектов НССП у подростков с

наркологическими расстройствами и предложить более эффективные подходы к диагностике и терапии этого сложного феномена.

1.5 Профилактика и терапевтические стратегии при несуицидальных самоповреждениях у подростков с наркологическими расстройствами

Несмотря на значительный прогресс в понимании нейробиологических и психологических механизмов самоповреждений у несовершеннолетних, употребляющих ПАВ, разработка эффективных стратегий профилактики и терапии остаётся актуальной задачей. Как показано в предыдущих разделах, сочетание НССП и аддиктивного поведения формирует порочный круг, требующий комплексного вмешательства, направленного как на снижение аутоагрессии, так и на коррекцию употребления ПАВ. Одно из ключевых направлений профилактики – это раннее выявление риска формирования самоповреждающего поведения среди подростков, употребляющих ПАВ. Как справедливо отмечает Г.С. Банников (2018), создание системы раннего выявления является ключевым элементом профилактики аутоагрессивного поведения [1]. Особой эффективностью отличаются программы, сочетающие скрининг с последующей краткосрочной интервенцией, например, методами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), направленными на развитие навыков совладания со стрессом [130]. Как указывает Лукашук А.В. (2016), важным элементом терапии является также обучение подростков навыкам распознавания триггеров аутоагрессии и разработка индивидуального плана действий по их преодолению с помощью альтернативных, адаптивных стратегий совладания [22]. Исходя из базовой парадигмы КПТ, предполагающей неразрывную взаимосвязь когнитивных процессов и поведенческих паттернов, терапия зависимостей требует интегрированного подхода. На начальных стадиях, характеризующихся выраженными негативными последствиями употребления ПАВ и сопутствующим снижением когнитивных функций, фокус смещается в сторону поведенческих интервенций.

По мере стабилизации состояния пациента акцент закономерно переносится на когнитивную сферу, поскольку поведенческие реакции не сводятся к простой схеме «стимул-реакция», а опосредуются комплексными ментальными конструкциями. Задача на данном этапе – помочь идентифицировать и верифицировать глубинные дезадаптивные убеждения, которые актуализируются под воздействием триггерных стимулов и продуцируют феномен патологической тяги. Ключевым элементом терапевтического вмешательства выступает техника когнитивного реструктурирования, известная как «оспаривание мыслей», где верификации дисфункциональных убеждений происходит через анализ доказательств, релевантных для самого пациента. К примеру, иррациональная установка «ПАВ нивелируют психоэмоциональный дистресс» подвергается критическому анализу: в качестве подтверждающего аргумента может выступать временная редукция аффективного напряжения, тогда как опровергающие аргументы (усугубление физического состояния, отсрочка решения проблем) демонстрируют ее несостоятельность и катастрофические долгосрочные последствия.

Важным направлением работы является превентивное планирование поведения в ситуациях, ассоциированных с высоким риском рецидива. Наряду с рекомендацией по полной смене аддиктивного окружения, применяется стратегия разработки «Плана преодоления тяги». В рамках данной методики осуществляется идентификация потенциальных триггерных ситуаций с последующей разработкой детализированного алгоритма действий (основного и альтернативного). Таким образом, формируется заранее усвоенная адаптивная поведенческая реакция, направленная на нивелирование патологической тяги в условиях провокационного контекста.

Ключевое значение в этиологии самоповреждающего поведения отводится личностной дезадаптации, при которой пациенты реализуют аутоагрессивные акты в качестве способа преодоления субъективно непереносимых внутриличностных конфликтов [36]. При этом формирование аутодеструктивных стратегий во многом детерминировано личностными особенностями, которые создают предпосылки, и

по мере взросления такое поведение начинает оказывать как бы деформирующее влияние на личность [42]. Особенно выраженное деструктивное воздействие в таком случае происходит вследствие употребления ПАВ [15]. Химическая зависимость создаёт иллюзию ухода от жизненных трудностей, но на деле лишь их углубляет. А наличие серьезных последствий, в том числе социальных, диктует необходимость персонализированного подхода.

Психокоррекционные программы для пациентов с НССП и употреблением ПАВ должны учитывать специфику взаимосвязи этих форм отклоняющегося поведения. Как показывают исследования, у данной группы пациентов самоповреждения часто выполняют функцию регуляции аффекта, возникающего на фоне абстиненции или интоксикации [49]. В связи с этим логичными для использования оказываются подходы, сочетающие элементы диалектико-поведенческой терапии (ДПТ) и мотивационного интервьюирования (МИ). ДПТ, в частности, фокусируется на развитии навыков осознанности, эмоциональной регуляции и толерантности к стрессу, что позволяет снизить частоту самоповреждающих актов [158]. МИ, в свою очередь, помогает подросткам сформулировать внутреннюю мотивацию к отказу от употребления ПАВ, что опосредованно снижает и риск НССП [109].

Важным компонентом коррекционных программ остаётся работа с семьёй. Исследования демонстрируют, что семейная терапия, направленная на улучшение коммуникации и снижение уровня конфликтности, способствует уменьшению как самоповреждающих актов, так и употребления ПАВ [121]. Особенно эффективны мультисемейные группы, в которых подростки и их родители учатся совместно вырабатывать стратегии преодоления кризисных ситуаций [70]. В данном контексте целесообразным представляется включение родителей в терапевтический процесс для формирования у них адекватного понимания причин аутоагрессии и обучения эффективным способам эмоциональной поддержки ребёнка, что способствует созданию более безопасной семейной среды.

Фармакологическая поддержка при сочетании НССП и ПАВ продолжает быть областью активных исследований. Некоторые специалисты указывают на

эффективность налтрексона – антагониста опиоидных рецепторов, который может снижать как тягу к приёму ПАВ, так и потребность в самоповреждениях за счёт модуляции эндогенной опиоидной системы (в настоящее время результаты исследований противоречивы и требуют дальнейшей верификации, ведь эффективность не всегда подтверждается) [142]. При сопутствующих аффективных расстройствах (депрессии, тревоге) могут применяться селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), хотя их назначение требует осторожности из-за потенциального риска усиления суицидальных мыслей у подростков [141]. Фармакотерапия включает несколько направлений: использование налтрексона для воздействия на опиоидную систему, применение антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при коморбидной депрессии, в некоторых случаях – стабилизаторов настроения [159]. Однако существующие протоколы лечения далеко не всегда учитывают специфику аддиктивного компонента НССП, особенно в контексте наркологических расстройств, что ограничивает их эффективность.

Отдельного внимания заслуживают программы, направленные на формирование психологической устойчивости у подростков из групп риска. Тренинги, развивающие навыки решения проблем, эмоциональной саморегуляции и социальной поддержки, способствуют снижению вероятности как НССП, так и употребления ПАВ [116]. Важную роль играет и создание безопасной среды в школах, включая программы по предотвращению систематической травли в группе сверстников и стигматизации подростков с девиантным поведением [134].

Таким образом, современные подходы к вторичной профилактике и терапии НССП у пациентов подросткового возраста, употребляющих ПАВ, требуют интеграции психотерапевтических, фармакологических и социальных вмешательств. Наиболее перспективными представляются программы, сочетающие когнитивно-поведенческий подход с мотивационными стратегиями и семейной терапией. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку персонализированных алгоритмов помощи с учётом индивидуальных особенностей пациентов и степени тяжести представленных расстройств.

Современные клинические рекомендации подчеркивают, что эффективная профилактика требует комплексного мультидисциплинарного подхода, учитывающего биологические, психологические и социальные детерминанты несуицидального поведения [157].

1.6 Анализ современных исследований по теме

Современные исследования аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих ПАВ, демонстрируют сложную динамику этого феномена. Последние данные указывают на формирование нового паттерна, где НССП и употребление ПАВ образуют устойчивую систему взаимного подкрепления [6]. Этот паттерн существенно отличается от традиционных моделей, предполагающих линейную причинно-следственную связь между расстройствами.

Нейробиологические исследования последних трёх лет указывают на имеющиеся особенности у таких пациентов. Среди них: специфическая активация/изменения функциональной связности в префронтальных отделах системы вознаграждения (включая вентромедиальную префронтальную кору) при предъявлении триггеров самоповреждения у подростков с депрессией и НССП [113]; формирование толерантности к эндогенным опиоидам как один из механизмов поддержания аддиктивного цикла НССП [91]; особый профиль воспалительных маркеров (повышенные CRP, IL-1, IL-6 и сниженный IL-10), отличающийся от изолированных форм НССП или аддикций [150].

В то же время эпидемиологические исследования зафиксировали тревожные тенденции: увеличение доли полинаркомании среди подростков с НССП [42]; снижение возраста дебюта сочетанных состояний [20]; формирование новых способов самоповреждения, распространяемых и нормализуемых через социальные сети [56].

Особого внимания заслуживает выявленный «парадокс цифровой среды», где с одной стороны, социальные сети усиливают эффект патологического

копирования [79], а с другой – интернет становятся пространством для раннего выявления групп риска [145].

Клинические исследования подчёркивают необходимость пересмотра диагностических критериев для обсуждаемых состояний, разработки новых инструментов стратификации риска, создания интегрированных протоколов вмешательств и развития усовершенствованных превентивных программ [171].

В этом контексте особую актуальность приобретают исследования, направленные на решение сразу нескольких задач: выявления специфических маркеров сочетанного употребления ПАВ и наличия НССП, разработки дифференцированных подходов к диагностике, создания эффективных инструментов оценки динамики состояния, развития персонализированных стратегий вмешательства.

В свете выявленных нерешённых вопросов, настоящее исследование вносит значимый вклад в развитие данной области, предлагая новые подходы к пониманию и решению проблемы аутоагрессивного поведения у подростков, употребляющих ПАВ [27].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика исследования

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (г. Москва) в рамках научно-исследовательской работы кафедры наркологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (г. Москва) в период 2022-2025 гг. Клиническая выборка исследования представляла собой репрезентативную группу из 200 подростков с диагностированными психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (диагнозами из рубрики F10-F19, установленными в соответствии с МКБ-10) (Рисунок 1).

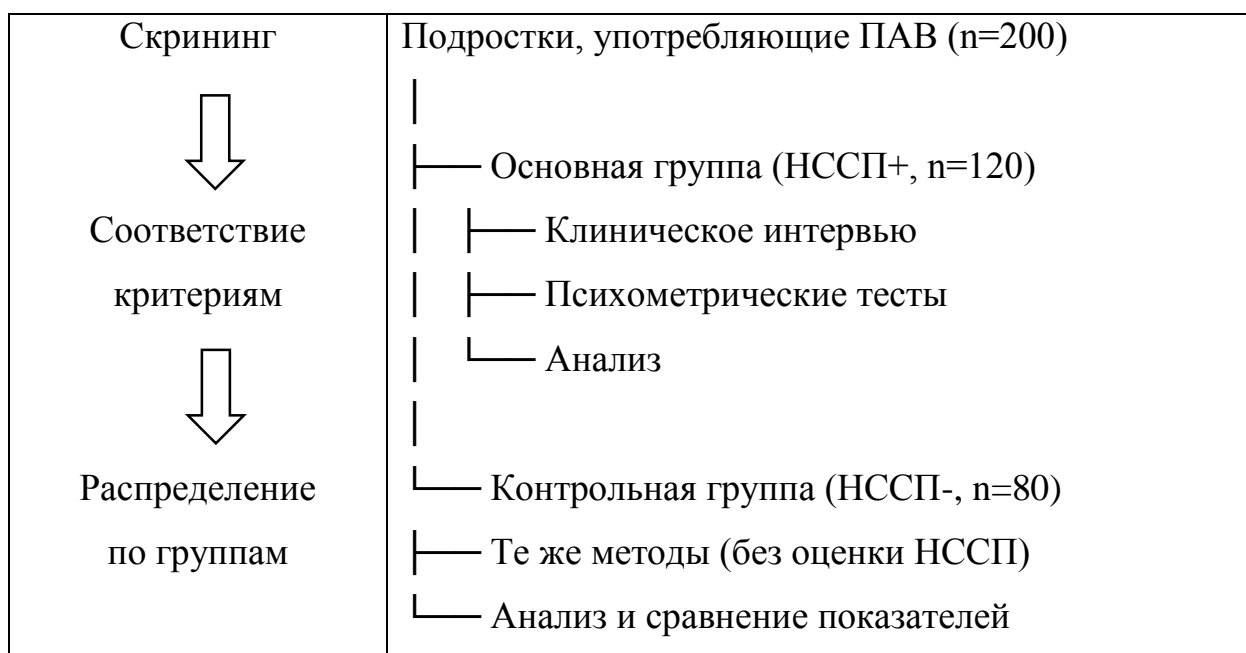


Рисунок 1 – Схема исследования

Расчёт мощности выборки: объём выборки рассчитан в программе G*Power 3.1 для ANOVA ($\alpha=0,05$, мощность 0,8, эффект 0,25), что подтвердило

достаточность $n=200$ для выявления значимых различий. Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол № 16 от 17.10.2022 года) и проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией, правилами GCP и Федеральным законом Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года [29].

2.2 Дизайн исследования

Настоящая работа представляет собой одноцентровое одномоментное (поперечное) клиническое исследование с элементами ретроспективного анализа (анализа анамнестических данных), проводившееся в течение трёх лет на базе филиала № 12 (Наркологического диспансера № 12) для несовершеннолетних ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». В результате исследования были отобраны 200 пациентов 14-17 лет, состоящих на диспансерном наблюдении в филиале № 12 (Наркологическом диспансере № 12) для несовершеннолетних ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», разделённых на две группы: в основную группу вошли 120 подростков с употреблением ПАВ и минимум одним эпизодом НССП в анамнезе; а контрольную группу составили 80 подростков с употреблением ПАВ, но без НССП в анамнезе.

Критериями включения в исследование были: информированное добровольное согласие пациента и его законного представителя на участие в исследовании, возраст 14-17 лет, установленный диагноз из рубрики F10-F19 («Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ») согласно критериям МКБ-10 [25], воздержание от употребления ПАВ в течение тридцати и более дней на момент проведения исследования, наличие одного и более эпизодов НССП в анамнезе (для основной группы). В исследование не включались пациенты с суицидальными попытками и намерениями (в анамнезе и в момент проведения исследования), имеющие сопутствующие неврологические, психиатрические или соматические

заболевания (установленные психические расстройства (F20-F29, F30-F39), органические поражения центральной нервной системы (G00-G99), декомпенсированные соматические патологии), а также отказавшиеся подписать информированное согласие на проведение исследования согласно Федеральному закону Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года [29].

Исследование проводилось в несколько этапов. На первом (скрининговом) этапе формировалась выборка. Был проведён последовательный отбор пациентов, обратившихся за медицинской помощью, по критериям включения и исключения, получены информированные добровольные согласия. Пациенты были распределены на две группы по факту наличия или отсутствия НССП. Второй этап представлял собой базовое обследование и включал клинико-anamnestический анализ (анализ медицинской документации, имеющейся на момент проведения исследования), клинико-психопатологическое обследование с помощью полуструктурированного интервью (заполнение индивидуальной карты исследования путём сбора анамнестических данных) и психометрическое тестирование. На третьем этапе происходила оценка клинических, психометрических и анамнестических параметров, структурированных по двум блокам: основные (первичные) и дополнительные (вторичные) параметры оценки.

Основные (первичные) параметры включали в себя две ключевые группы: характеристику несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) и характеристику употребления психоактивных веществ (ПАВ). В случае НССП производилась оценка частоты эпизодов с разделением на единичные (1-2 случая за последний год), повторяющиеся (3-9 эпизодов) и хронические (10 и более эпизодов). Среди преобладающих способов нанесения фиксировались поверхностные повреждения (такие как царапины, порезы), термические воздействия (ожоги), удары (в том числе головой о предметы), а также прочие методы. Особое внимание уделялось топографии самоповреждений с выделением видимых зон (предплечий, кистей, голеней), скрытых зон (бёдер, груди, живота) и других (атипичных) зон. Важным аспектом оценки также стал временной параметр,

а точнее возраст дебюта НССП, фиксируемый в годах. Также определялась функциональная направленность поведения (то есть какую цель преследовали подростки при нанесении самоповреждений): регуляция эмоций, самонаказание или влияние на окружение (демонстративность).

Характеристика употребления ПАВ охватывала вид употребляемого вещества (алкоголь, каннабиноиды, стимуляторы, никотин и др. или одновременное употребление нескольких ПАВ); возраст первой пробы, фиксируемый в годах; регулярность употребления, классифицированная как эпизодическое (реже одного раза в неделю), систематическое (чаще одного раза в неделю) или ежедневное; наличие установленного синдрома зависимости в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; латентный период между первым употреблением ПАВ и первым эпизодом НССП (до 12 месяцев, более 12 месяцев); а также факт отравлений или передозировок в анамнезе.

Дополнительные (вторичные) параметры были сфокусированы на психолого-поведенческих и социально-демографических факторах. К первому блоку были отнесены уровень алекситимии, оцениваемый с помощью шкалы TAS-20, аддиктивный компонент НССП, косвенно отражаемый через шкалу ABUSI, включающую влечение к самоповреждениям (навязчивость, частота мыслей), утрату контроля (трудности сопротивления импульсам), а также возможную связь с ростом толерантности (учащение/утяжеление актов) и эмоциональным дискомфортом при попытке прекратить; выраженность депрессивной симптоматики, определяемой по опроснику BDI-II. Социально-демографические факторы учитывали пол испытуемых; наличие травматического опыта (физическое или сексуальное насилие, систематическая травля в группе сверстников); отягощённый семейный анамнез в отношении психических или наркологических расстройств; а также признаки школьной дезадаптации, проявляющиеся в низкой успеваемости, прогулах и поведенческих нарушениях.

2.3 Методы исследования

Применялся комплексный подход, включающий клинико-anamнестический, клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Это позволило всесторонне изучить особенности НССП у пациентов с наркологическими расстройствами, а также выявить взаимосвязи между психологическими конструктами и клиническими параметрами.

Клинико-anamнестический метод

Основой исследования послужил анализ медицинской документации (медицинской карты амбулаторного наркологического больного ф. № 025-5/У-88), включающий: диагностические данные по МКБ-10, информацию о НССП (методы самоповреждения (порезы, ожоги, удары и др.), локализация повреждений), динамику наркологического статуса: длительность употребления, частота рецидивов, сопутствующие психические расстройства. Данные из медицинских карт позволили сформировать репрезентативную выборку и установить базовые клинические характеристики участников, объективизировать длительную динамику (несколько месяцев/лет наблюдения) и минимизировать риск ошибок, связанных с неточностью воспоминаний (опора на документальные записи, а не только на самоотчёты).

Клинико-психопатологический метод

Для углублённой оценки проводилось полуструктурированное интервью, включавшее заполнение на каждого подростка специально разработанной «Индивидуальной карты исследования пациента, употребляющего психоактивные вещества и имеющего НССП в анамнезе» (далее – «индивидуальная карта исследования»). Интервью проводилось в условиях амбулаторного приёма наркологического диспансера для несовершеннолетних, что обеспечивало стандартизацию процедуры.

Полуструктурированное интервью было выбрано в качестве основного метода сбора данных в нашем исследовании, поскольку оно оптимально сочетает

строгую стандартизацию вопросов с возможностью гибкого, индивидуального подхода к пациенту. Такой формат позволил, с одной стороны, получить сопоставимые количественные данные по всем участникам исследования благодаря чётко определённым вопросам и критериям оценки, а с другой – сохранить глубину и клиническую ценность информации за счёт возможности уточнения и свободного обсуждения значимых тем. Это особенно актуально при работе с подростковой группой, где сочетание структурированных вопросов и доверительной беседы помогает преодолеть возможные коммуникативные барьеры и получить более достоверные сведения. Важным преимуществом выбранного метода стала и его клиническая направленность – сочетание стандартизированных и открытых вопросов позволило не только собрать необходимые для исследования данные, но и лучше понять индивидуальные особенности каждого пациента, что имеет важное значение для последующего терапевтического вмешательства. При этом сохранялась возможность количественной обработки ключевых параметров и их статистического сравнения между группами.

Разработанная нами «Индивидуальная карта исследования» служила основой для проведения интервью и, как было сказано ранее, содержала как строго формализованные вопросы с вариантами ответов (например, о частоте употребления ПАВ или количестве эпизодов НССП), так и открытые вопросы, позволяющие пациенту свободно описать свои переживания и мотивы. Именно такой подход позволяет учитывать не только объективные поведенческие проявления, но и их субъективную интерпретацию самими пациентами.

«Индивидуальная карта исследования» содержала четыре основных блока, направленных на всесторонний анализ изучаемого феномена. Первый блок посвящался оценке наследственных и преморбидных факторов, включая наследственную отягощённость по наркологическим заболеваниям, характерологические особенности по классификации А.Е. Личко [21], условия воспитания и перенесённые психотравмирующие ситуации. Особое внимание уделялось анализу различных форм насилия (физического, эмоционального,

сексуального), пережитого в семье или социальном окружении, а также показателям социальной адаптации (успеваемости, трудового статуса, наличия увлечений).

Второй блок карты был сосредоточен на детальной характеристике наркологического статуса пациентов. Он включал данные о возрасте первой пробы, продолжительности и динамике употребления, предпочитаемых видах ПАВ, способах их введения, наличии эпизодов передозировки. Использование стандартизированных инструментов, такого как, например, «тест Фагерстрёма для оценки никотиновой зависимости», позволяло объективизировать полученные данные. Особый акцент делался на анализе взаимосвязи между фазами аддиктивного процесса и манифестацией самоповреждающего поведения.

Третий блок карты был полностью посвящён характеристикам самоповреждающего поведения. Он содержал детальную информацию о возрасте дебюта НССП, частоте и динамике эпизодов, используемых методах (с выделением преобладающих способов и локализаций повреждений), а также субъективных переживаниях, связанных с аутоагрессивными действиями. Особое внимание уделялось анализу временной связи между эпизодами употребления ПАВ и актами самоповреждения, что имело ключевое значение для понимания патогенетических механизмов данных расстройств.

Четвёртый блок интегрировал полученные данные, позволяя проследить клинико-динамические корреляции между аддиктивным и самоповреждающим поведением. В нём анализировались такие аспекты, как изменение характеристик НССП на разных стадиях аддиктивного процесса, влияние самоповреждающего поведения на динамику зависимости.

Методологическими преимуществами разработанной карты стали её комплексный характер, сочетающий качественные и количественные методы оценки, а также возможность сопоставления данных из различных источников (клинического интервью, медицинской документации, результатов психологического тестирования). Применение данного инструмента позволило не только стандартизировать процесс сбора клинического материала, но и выявить

значимые паттерны взаимосвязи между изучаемыми феноменами, что имело важное значение как для диагностики, так и для планирования терапевтических вмешательств. Полученные с помощью карты данные подвергались тщательной клинической интерпретации с учётом индивидуальных особенностей каждого пациента, что обеспечивало персонализированный подход к анализу клинических случаев. Ответы были сведены в двоичный элемент.

Психометрический метод

Для объективизации клинических данных и стандартизации оценки психопатологических характеристик в исследовании применялся комплекс валидизированных и стандартизированных психометрических инструментов (Таблица 1).

Таблица 1 – Характеристика используемых в исследовании психометрических инструментов

Методика (аббревиатура), автор, год	Конструкт	Пункты	Подшкалы	Значение альфа Кронбаха	Пороговые значения (в баллах)
Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности (C-SSRS) Posner K. et al. (2011)	Суицидальные мысли и поведение	6	1. Суицидальные мысли 2. Суицидальное поведение	$\alpha=0,95$	Клинически значимый уровень - любое проявление суицидальных мыслей/поведения
Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20) Bagby R.M. et al. (1994)	Алекситимия	20	1. Трудности идентификации чувств 2. Трудности описания чувств 3. Внешне-ориентированное мышление	$\alpha=0,78-0,82$	≤ 62 – норма; 63-73 - пограничный уровень; ≥ 74 - клиническая алекситимия
Шкала депрессии Бека (BDI-II) Beck A.T. et al. (1996)	Депрессивная симптоматика	21	-	$\alpha=0,905$	0-13 – минимальная; 14-19 – легкая; 20-28 – умеренная; 29-63 – тяжелая

Продолжение таблицы 1

Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian (ABUSI) Washburn et al. (2010)	Аддиктивный компонент НССП	5	-	$\alpha=0,92$	≥ 15 - клинически значимый уровень
Опросник готовности к изменениям (SOCRATES) Miller W.R., Tonigan J.S. (1996)	Мотивация к изменениям	19	1. Признание проблемы 2. Амбивалентность 3. Активные действия	$\alpha=0,82-0,88$	«Признание» от 7 до 35; «Амбивалентность» от 4 до 20; «Активные действия» от 8 до 40

Использование стандартизированных методик позволило количественно оценить ключевые параметры, связанные с НССП и употреблением ПАВ, а также обеспечить сопоставимость полученных результатов. Все методики имеют русскоязычные адаптации с подтверждёнными психометрическими характеристиками.

Процедура тестирования проводилась в стандартизированных условиях: участники заполняли опросники на бумажных носителях под контролем исследователя, что позволяло минимизировать влияние внешних факторов и обеспечить полноту ответов. Для минимизации эффекта усталости применялось чередование опросников по степени сложности. Время заполнения всего комплекса составляло 45–60 минут с обязательными перерывами. Особое внимание уделялось объяснению целей тестирования для повышения мотивации к искренним ответам.

Все формы собирались непосредственно после заполнения для предотвращения возможных искажений. В ходе первичной обработки данных проводилась проверка на валидность ответов – формы с пропущенными значениями или формальными ответами (например, одинаковые варианты по всем пунктам) исключались из дальнейшего анализа.

Основой психометрической оценки стали следующие методики:

1. «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности» (C-SSRS – The Columbia-Suicide Severity Rating Scale), разработанная для дифференциальной диагностики суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения. Особое значение имеет её способность выявлять «суицидальные риски». Шкала включает оценку по четырём модулям: суицидальное мышление (наличие мыслей, идей с конкретным планом и намерениями), их интенсивность (заполняется только при наличии положительных ответов в предыдущем модуле), суицидальное поведение (подготовка, попытки), реальная или потенциальная опасность. Пациентам были заданы рекомендованные вопросы по каждому предлагаемому пункту для определения суицидальных мыслей на период оценки, а также на наличие симптомов когда-либо в прошлом. По результатам обследования были получены отрицательные ответы (0 баллов), таким образом, у всех пациентов, включенных в исследование, был выявлен низкий риск по C-SSRS. Коэффициент альфа-Кронбаха – 0,64, что делает её надёжным инструментом скрининга [45, 23].

2. «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS-20) – это стандартизированный инструмент оценки алекситимии, состоящий из 20 пунктов, сгруппированных в три субшкалы: трудности идентификации чувств ($\alpha=0,78$), трудности описания чувств ($\alpha=0,75$), внешне-ориентированное мышление ($\alpha=0,66$). Пороговые значения: ≤ 62 баллов – норма, 63–73 баллов – пограничный уровень, ≥ 74 баллов – клинически значимая алекситимия. В исследовании учитывался особенно высокий уровень алекситимии (≥ 74 баллов) как маркер тяжёлых нарушений эмоциональной регуляции [52, 111].

3. Для оценки аффективной сферы использовалась «Шкала депрессии Бека» (BDI-II), позволяющая количественно определить уровень депрессивной симптоматики. Это 21-пунктовая шкала, адаптированная для русскоязычной популяции, с диапазоном оценок: 0–13 – минимальная депрессия; 14–19 – лёгкая; 20–28 – умеренная; 29–63 – тяжёлая. Особое внимание уделялось пунктам, отражающим суицидальные мысли (пункт 9) и раздражительность (пункт 17),

имеющим особое прогностическое значение при НССП. Надёжность русскоязычной версии $\alpha=0,905$ [160, 12].

4. Измерение аддиктивного компонента НССП проводилось с помощью «Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian» (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale, ABUSI), которая включает влечение к самоповреждению, контроль над поведением (способность сопротивляться импульсам) и развитие толерантности – необходимости усиления повреждений ($\alpha=0,92$). Данный инструмент предназначен для количественной оценки выраженности влечения к самоповреждению и потери контроля над этим поведением. Шкала состоит из 5 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале Ликерта (от 0 – «отсутствует» до 6 – «максимально»), что дает теоретический диапазон сумм баллов от 0 до 30. Более высокие баллы указывают на более интенсивное, частое и плохо контролируемое влечение к самоповреждению. Клинически значимый уровень, потенциально указывающий на аддиктивные черты, определялся на основании порогового значения ≥ 15 баллов, предложенного Bahamón M.J. и коллегами (2023) [102].

Мотивационная сфера личности участников оценивалась с помощью «Опросника готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков» (SOCRATES – The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) [14]. Его теоретическая основа строится на транстеоретической модели изменений Prochaska J. и DiClemente C. [139, 140]. Данный опросник состоит из 19 вопросов и оценивает мотивацию к изменению аддиктивного поведения по трём шкалам: «Признание» (говорит о признании проблем, связанных с употреблением ПАВ), «Амбивалентность» (отражает двойственное отношение к употреблению ПАВ), «Активные действия» (указывает на уже предпринимаемые шаги в сторону изменения поведения). Ответы предоставлялись по 5-балльной шкале Ликерта (от 1 – «полностью не согласен» до 5 – «полностью согласен»), далее общее количество баллов суммировалось и интерпретировалось в оценку по каждой из трёх шкал на «очень высокую», «высокую», «среднюю», «низкую» или «очень низкую». Высокий балл по шкале «Признание» говорит о понимании наличия проблемы, вызванной употреблением ПАВ, а также желании меняться, тогда как низкий балл

указывает на отрицание проблемы и сопротивление изменениям. Высокий балл по шкале «Амбивалентности» отражает внутренние сомнения и размышления о поведении, соответствуя «стадии размышлений», в то время как низкий балл свидетельствует об отсутствии сомнений в отношении употребления психоактивных веществ. Что касается шкалы «Активные действия», то высокий балл предполагает, что пациент уже предпринимает конкретные шаги для изменений, а низкий балл указывает на отсутствие каких-либо действий, направленных на изменение сложившейся ситуации.

С помощью данного комплекса методик мы смогли провести совокупную оценку эмоционально-мотивационной сферы личности исследуемых групп пациентов. Это позволило нам не только получить объективные данные для последующего статистического анализа, но и выявить особенности аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков с наркологическими расстройствами. Сочетание совокупности методик, направленных на оценку аффективной, мотивационной и поведенческой сфер, позволило оценить целостную картину изучаемого феномена и предложить подходы для дальнейшего анализа полученных данных.

2.4 Статистическая обработка данных

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26.0. Мощность исследования рассчитывалась в G*Power 3.1 для обеспечения достаточного размера выборки. Для всех анализов критический уровень статистической значимости был установлен на уровне $p < 0,05$. Первичная обработка данных включала проверку на нормальность распределения с применением критерия Колмогорова-Смирнова. В зависимости от типа переменных и характера их распределения применялись соответствующие методы статистического анализа. Для непараметрических данных: медиана (Me) и интерквартильный размах. Для категориальных переменных: частоты и проценты.

Для сравнения количественных показателей между двумя группами (основная и контрольная) использовался t-критерий Стьюдента при нормальном распределении и U-критерий Манна-Уитни при отклонении от нормальности. Категориальные переменные анализировались с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность или точного критерия Фишера для таблиц сопряженности 2×2 с малыми ожидаемыми частотами.

Оценка взаимосвязей между количественными показателями проводилась с помощью корреляционного анализа. Для переменных с нормальным распределением рассчитывался коэффициент корреляции Пирсона, для переменных с отклонением от нормальности – коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Коэффициент Спирмена применялся для оценки связи между параметрами (например, алекситимия и частота НССП). Сила корреляционных связей интерпретировалась следующим образом: значения от 0 до 0,3 – слабая корреляция, от 0,3 до 0,7 – умеренная, свыше 0,7 – сильная корреляционная зависимость.

Для выявления факторов, ассоциированных с наличием НССП, применялся логистический регрессионный анализ с расчетом отношений шансов и 95% доверительных интервалов. Логистическая регрессия использовалась для выявления предикторов НССП (например, уровень депрессии, продолжительность употребления).

Для анализа психометрических показателей (шкал TAS-20, BDI-II, ABUSI) использовался линейный регрессионный анализ. Проверка основных предпосылок регрессионного анализа включала оценку гомоскедастичности (критерий Бреуша-Пагана), нормальности распределения остатков (критерий Шапиро-Уилка) и отсутствия автокорреляции (критерий Дарбина-Уотсона). Для визуализации данных применялись диаграммы.

Мощность проведённых статистических тестов оценивалась с использованием метода анализа мощности. Объём выборки ($n=200$) был достаточным для выявления средних и больших эффектов ($d=0,5$) при мощности 0,8 и уровне значимости 0,05, что подтверждалось расчётами в программе G*Power

3.1. Все статистические анализы проводились с учётом поправок на множественные сравнения при необходимости. Контроль качества данных включал проверку на наличие выбросов, анализ пропущенных значений и оценку согласованности данных из разных источников (индивидуальная карта, психометрические тесты).

При этом наше исследование имело ряд ограничений. Ретроспективный характер анализа медицинских карт мог повлиять на точность данных, как и субъективные или социально желательные ответы пациентов в опросниках. Также отсутствовали данные о долгосрочных исходах из-за поперечного дизайна, что в совокупности с отсутствием лонгитюдного дизайна ограничивало выводы о причинно-следственных связях.

2.5 Характеристика клинического материала

В рамках диссертационного исследования была сформирована репрезентативная клиническая выборка, включающая в себя 200 подростков в возрасте от 14 до 17 лет, состоящих на диспансерном наблюдении в Филиале № 12 (Наркологическом диспансере № 12) для несовершеннолетних ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» г. Москвы. Все пациенты имели установленный диагноз из рубрики F10-F19 («Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ»).

Выборка была разделена на две группы. В основную группу вошли 120 подростков с диагностированными наркологическими расстройствами и несуицидальными самоповреждениями. Контрольную группу составили 80 подростков с расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, но без НССП в анамнезе.

Важно подчеркнуть, что сравниваемые группы продемонстрировали принципиальную сопоставимость по базовым демографическим параметрам. В выборке преобладали подростки старшей возрастной группы (16-17 лет). Средний

возраст испытуемых подростков составил $15,8 \pm 1,2$ года в основной группе и $15,5 \pm 1,1$ года в контрольной (Таблица 2).

Таблица 2 – Демографические характеристики (возраст) пациентов в исследуемых группах (n=200)

Возраст	Основная группа (n=120)			Контрольная группа (n=80)			P
	Абс.	%	M \pm SD	Абс.	%	M \pm SD	
14–15 лет	40	33,3	15,1 \pm 0,6	26	32,5	15,0 \pm 0,5	0,453
16–17 лет	80	66,7	16,5 \pm 0,7	54	67,5	16,4 \pm 0,7	0,412
Итого	120	100	15,8 \pm 1,2	80	100	15,5 \pm 1,1	0,072

Распределение по полу показало преобладание девушек (55%) над юношами (45%), причём в основной группе этот дисбаланс был выражен сильнее, чем в контрольной (Таблица 3).

Таблица 3 – Демографические характеристики (пол и возраст) пациентов в исследуемых группах (n=200)

Пол	Основная группа (n=120)			Контрольная группа (n=80)			p	Всего	
	Абс.	%	M \pm SD	Абс.	%	M \pm SD		Абс.	%
М	52	43,3	15,9 \pm 1,1	38	47,5	15,7 \pm 1,0	0,312	90	45,0
Ж	68	56,7	15,9 \pm 1,2	42	52,5	15,8 \pm 1,1	0,298	110	55,0

Проведённый анализ клинического материала выявил ряд особенностей формирования и течения расстройств, вызванных употреблением ПАВ, в

сравниваемых группах. Сравнительный анализ спектра употребляемых веществ показал значимые различия между основной и контрольной группами (Рисунок 2).

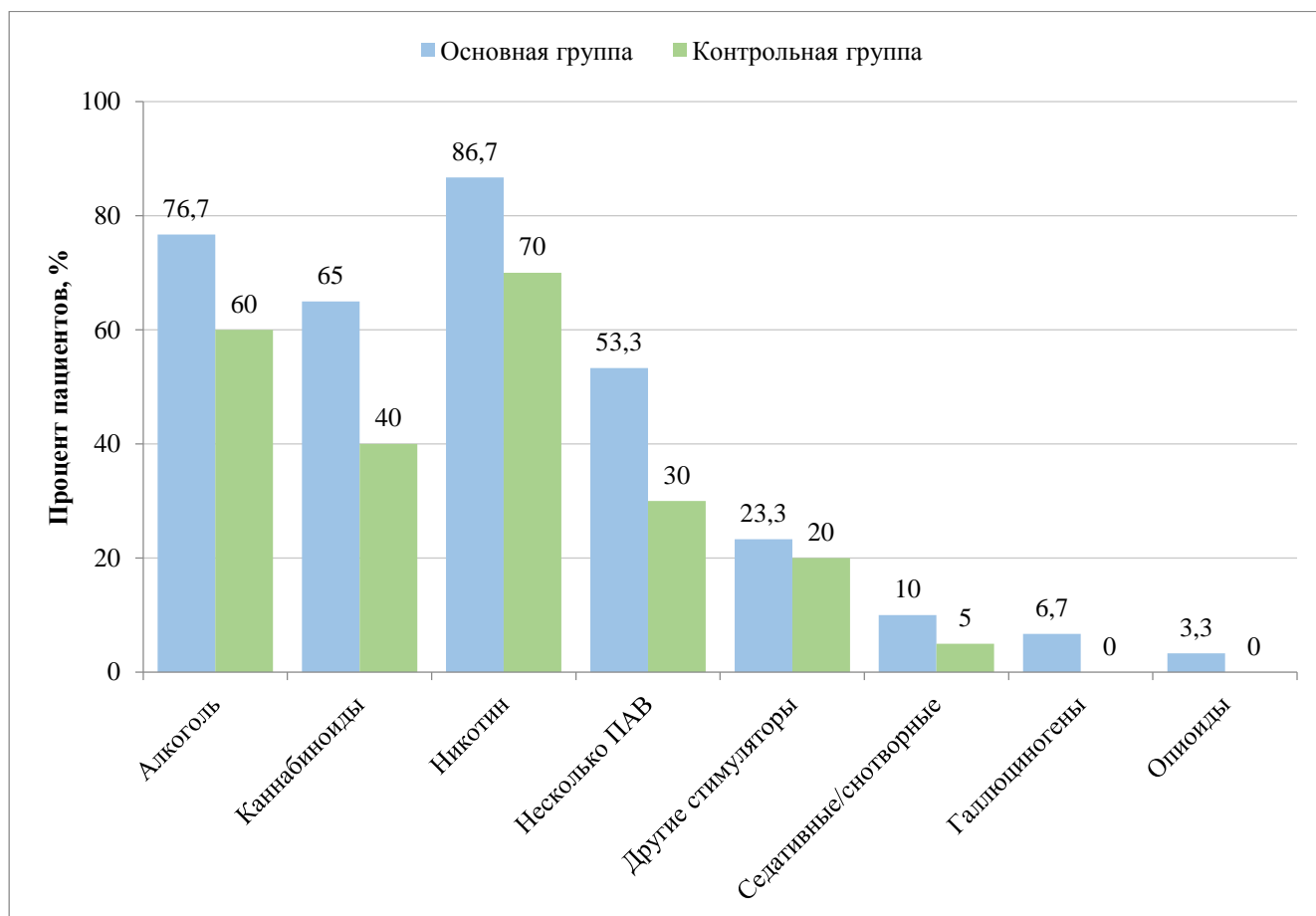


Рисунок 2 – Спектр употребляемых ПАВ в основной и контрольной группах

Одним из наиболее распространённых употребляемых психоактивных веществ в обеих группах был алкоголь, но который достоверно чаще употребляли подростки в основной группе. Подростки с НССП также достоверно чаще употребляли каннабиноиды, при этом в 28,3% случаев в основной группе отмечалось использование синтетических каннабиноидов («спайсов»), ассоциированное с более тяжёлым течением аддикции и риском психотических эпизодов; никотин (включая вейпинг), галлюциногены (6,7% против 0%, $p=0,028$). Ключевой характерной особенностью основной группы оказалась и высокая распространённость одновременного употребления нескольких ПАВ – 53,3% против 30,0% в контроле (Таблица 4).

Таблица 4 – Клиническая характеристика употребления ПАВ в исследуемых группах (n=200)

Вид употребляемого ПАВ	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=80)		p-value
	Абс.	%	Абс.	%	
Алкоголь	92*	76,7	48	60,0	0,012
Опиоиды	4	3,3	-	-	0,157
Каннабиноиды	78*	65,0	32	40,0	0,001
Седативные/снотворные	12	10,0	4	5,0	0,267
Кокаин	-	-	-	-	-
Другие стимуляторы	28	23,3	16	20,0	0,592
Галлюциногены	8*	6,7	-	-	0,028 [^]
Никотин	104*	86,7	56	70,0	0,003
Летучие растворители	-	-	-	-	-
Несколько ПАВ одновременно	64*	53,3	24	30,0	0,001

Примечание – *различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости (p<0,05), [^]p-value рассчитано с использованием точного критерия Фишера.

Наиболее частыми комбинациями сочетанного употребления нескольких ПАВ были алкоголь и каннабиноиды, алкоголь и другие стимуляторы, каннабиноиды и галлюциногены. Одновременное употребление нескольких ПАВ всегда служит своего рода индикатором тяжести аддиктивного расстройства, отражая либо поиск «идеального» состояния опьянения, либо попытку нивелировать негативные эффекты одного вещества другим [31].

Особого внимания заслуживает факт раннего возраста начала употребления ПАВ. В основной группе пик первой пробы пришёлся на 12-13 лет, при этом 10% пациентов начали употребление до 10 лет (против 2,5% в контрольной группе,

$p=0,045$). К 14 годам опыт употребления имели 69,2% пациентов с НССП против 40% в контрольной группе (Таблица 5).

Таблица 5 – Возраст дебюта употребления ПАВ в исследуемых группах (n=200)

Возраст первой пробы ПАВ	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=80)		p-value
	Абс.	%	Абс.	%	
≤ 10 лет	12*	10,0	2	2,5	0,045
11 лет	18*	15,0	4	5,0	0,028
12 лет	24*	20,0	8	10,0	0,049
13 лет	29	24,2	18	22,5	0,786
14 лет	22	18,3	16	20,0	0,766
15 лет	9*	7,5	14	17,5	0,027
≥ 16 лет	6*	5,0	18	22,5	0,001

Примечание – *различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($p<0,05$).

Ранний дебют (до 12-летнего возраста) употребления ПАВ выступает прогностически неблагоприятным фактором, так как совпадает с критическими периодами психофизиологического и социального развития. У данных пациентов отмечалось ускоренное формирование синдрома зависимости – в среднем в течение 1,5-2 лет от начала систематического приёма. Развитие заболевания характеризовалось последовательным переходом от эпизодического к систематическому употреблению и формированию развёрнутого синдрома зависимости. Это позволило сделать вывод о высокопрогредиентном темпе развития аддиктивного процесса у подростков с НССП. Патологическое влечение к приему ПАВ у них формировалось быстрее, носило компульсивный характер и хуже поддавалось контролю.

Оценка тяжести наркологического расстройства также выявила выраженные различия между группами. Синдром зависимости (F1x.2 по МКБ-10) был диагностирован почти у половины пациентов основной группы (43,3%), что в 1,7 раза превышало соответствующий показатель в контрольной группе (25,0%). Тогда как пагубное употребление (F1x.1) преобладало в контрольной группе (Таблица 6).

Таблица 6 – Характеристика употребления ПАВ в исследуемых группах (n=200)

Параметр	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=80)		p-value
	Абс.	%	Абс.	%	
F1x.2 Синдром зависимости	52*	43,3	20	25,0	0,009
F1x.1 Пагубное употребление	68*	56,7	60	75,0	0,002
Эпизодическое употребление (<1 раза/неделю)	32*	26,7	56	70,0	0,001
Систематическое употребление (≥1 раза/неделю)	88*	73,3	24	30,0	0,001
Отравления и передозировки	44*	36,7	8	10,0	0,001
Примечание – *различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости (p<0,05).					

Ускоренное формирование синдрома зависимости отражало не только физиологическую адаптацию к ПАВ, но и глубокие личностные изменения, выражающиеся в сужении репертуара поведения, росте толерантности, игнорировании негативных последствий и вытеснении других интересов [14]. Вероятно, что именно личностные изменения на фоне сформированного синдрома зависимости были тесно сопряжены с аутодеструктивными паттернами поведения. У большинства пациентов, причём обеих групп, обнаруживались признаки эмоционально-неустойчивого типа личности по А.Е. Личко, что может выступать типичным преморбидным фоном для формирования как аддиктивного, так и аутоагрессивного поведения [21].

Особого внимания заслуживают и другие различия в характеристиках наркологического статуса. Подростки с НССП не только чаще страдали синдромом зависимости от психоактивных веществ, но и значительно чаще сталкивались с осложнениями, вызванными употреблением ПАВ. Такие жизнеугрожающие состояния как передозировки и отравления отмечались у 36,7% пациентов основной группы против лишь 10% в контрольной ($p < 0,05$). Эти данные подтверждают гипотезу о том, что аутоагрессивное (несуицидальное) поведение может выступать маркером более тяжёлых форм аддиктивной патологии с высоким риском неблагоприятных исходов течения заболевания [32].

Таким образом, наличие НССП было ассоциировано с более ранним началом, систематическим характером употребления ПАВ и тяжёлой формой течения аддиктивной патологии, проявляющейся потерей контроля над употреблением ПАВ и высоким риском жизнеугрожающих состояний (передозировками и острыми отравлениями ПАВ).

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной главе представлены результаты диссертационного исследования, направленного на изучение взаимосвязи между употреблением ПАВ и НССП у подростков. Проанализированы клинические, психологические и социальные параметры, проведена статистическая обработка данных. Результаты структурированы по ключевым направлениям: характеристика самоповреждающего поведения, особенности употребления ПАВ, психологические и социальные факторы, а также их взаимосвязи.

3.1 Феноменология аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков при употреблении психоактивных веществ и варианты самоповреждений

Анализ анамнестических данных исследуемых пациентов с наркологическими расстройствами и несуйцидальными самоповреждениями выявил следующие клинико-динамические закономерности (Таблица 7).

Таблица 7 – Возраст дебюта НССП в основной группе подростков (n=120)

Возраст	Абс.	%
До 10 лет	15	12,5
11-12 лет	28	23,3
13-14 лет	42	35,0
15-16 лет	25	20,8
17 лет	10	8,3

Возраст начала НССП в основной группе пациентов продемонстрировал тенденцию к манифестации в раннем и среднем подростковом возрасте (11-14 лет), что совпадает с периодом активного экспериментирования подростков с ПАВ.

При этом у большинства обследованных пациентов (в 35% случаев) дебют самоповреждающего поведения пришёлся на возраст 13-14 лет. Раннее начало (до 10-летнего возраста) было зафиксировано лишь в 12,5% случаев НССП. Анализ частоты эпизодов самоповреждающих актов показал, что для исследуемой категории пациентов характерно прогрессирующее течение самоповреждений. Так, у каждого пятого подростка (20,8%) основной группы было зафиксировано 10 и более эпизодов самоповреждений. У более половины исследуемых (54,2%) НССП повторялись с частотой от 3 до 9 актов в течение года. Единичные случаи, то есть 1-2 эпизода, НССП отмечались лишь у 25% обследованных подростков. Представленная далее столбчатая диаграмма визуализирует распределение пациентов по количеству эпизодов самоповреждения за последний год (Рисунок 3).

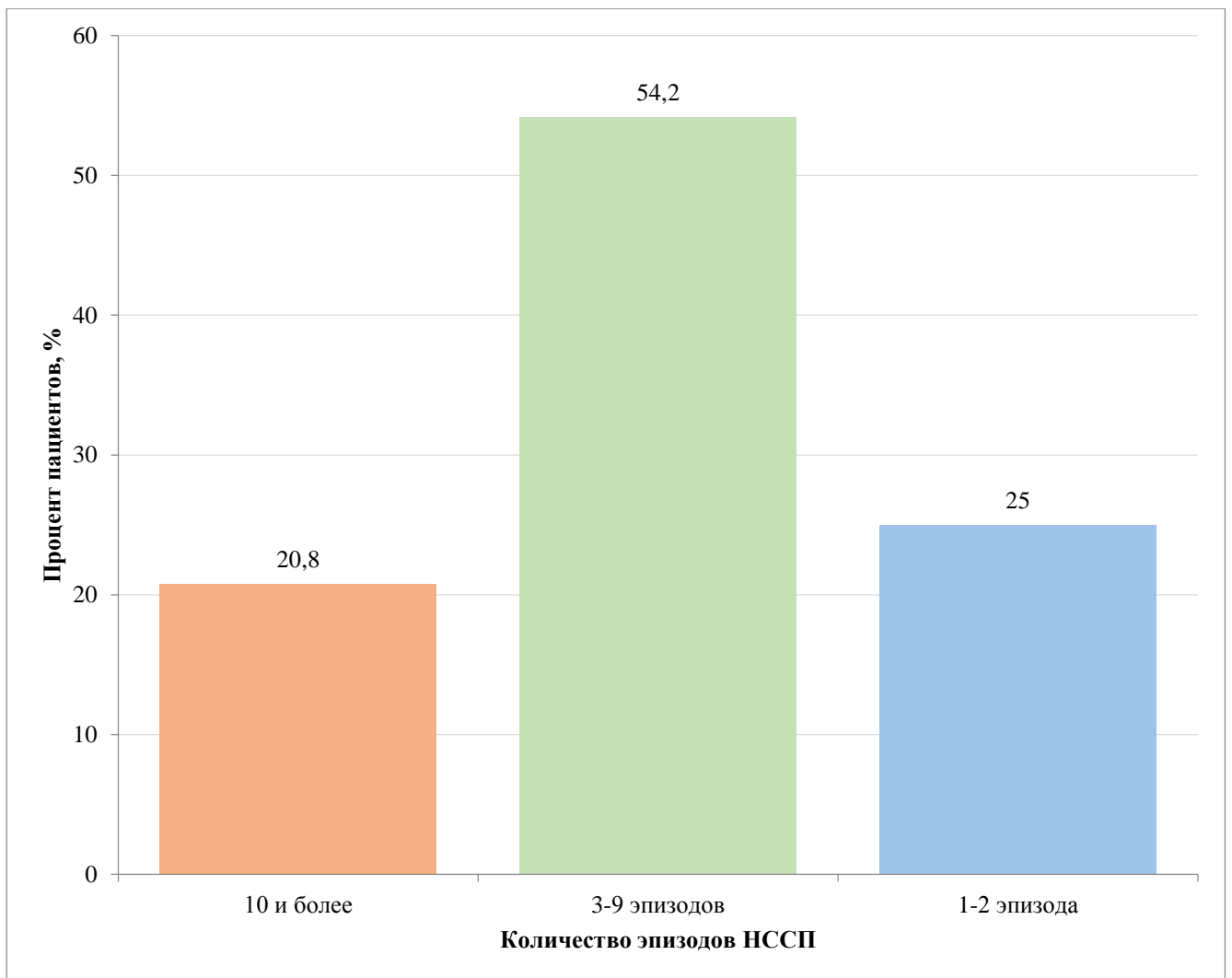


Рисунок 3 – Частота эпизодов НССП в основной группе подростков (n=120)

Важным аспектом стала выраженная импульсивность поведения: 2/3 пациентов (66,7%) реализовывали самоповреждающие действия в течение часа после возникновения мыслей, причём 29,2% делали это в течение нескольких минут, что подтверждает гипотезу о низком контроле импульсов. При этом отмечалось парадоксальное сочетание – несмотря на то, что 37,5% пациентов выражали намерение прекратить самоповреждения, 54,2% пациентов испытывали значительные трудности при таких попытках и сталкивались с рецидивами.

При этом у 48,3% наблюдалось нарастание тяжести повреждений – от поверхностных к более глубоким и обширным. Частота повторных эпизодов также свидетельствовала о тяжести состояния: 41,7% повторяли НССП чаще 1 раза в неделю, а у 15% – даже менее суток, что свидетельствует о формировании устойчивого паттерна и наличии выраженного аддиктивного компонента в структуре расстройства. Выявленная активность самоповреждающего поведения подтверждалась и тем, что у 54,2% пациентов на момент обследования последний эпизод НССП был менее 6 месяцев назад, а у 12,5% – в течение последнего месяца, что делает проблему самоповреждающего поведения в подростковом возрасте клинически значимой (Таблица 8).

Таблица 8 – Ключевые параметры оценки НССП в основной группе подростков (n=120)

Характеристика НССП		Абс.	%
Время от появления мысли до совершения акта	Несколько дней	12	10,0
	Несколько часов	28	23,3
	Менее часа	45	37,5
	Несколько минут	35	29,2
Интервал между актами	Больше месяца	18	15,0
	1 месяц	22	18,3
	1-2 недели	30	25,0
	Несколько дней	32	26,7

Продолжение таблицы 8

Характеристика НССП		Абс.	%
	Менее одного дня	18	15,0
Последний акт на момент проведения исследования	Более года назад	20	16,7
	Менее года	35	29,2
	Менее 6 месяцев	28	23,3
	Менее 3 месяцев	22	18,3
	Менее месяца	15	12,5
Клинические характеристики	Намерение прекратить	45	37,5
	Мысли без последующего акта	38	31,7
	Рецидивы при попытке остановки	65	54,2
	Увеличение частоты/тяжести	58	48,3
	Эмоциональное облегчение после акта	92	76,7

Особое внимание также было уделено изучению последовательности между дебютом НССП и началом употребления ПАВ. В исследуемой группе 91,7% подростков начали совершать самоповреждения после начала употребления ПАВ. Причём 56,7% начали самоповреждающие акты через год и более после первой пробы ПАВ, что указывает на отсроченное формирование аутоагрессивного поведения. Особенно показательно и то, что лишь у 6,7% пациентов отмечалось уменьшение самоповреждающего поведения на фоне употребления ПАВ (Таблица 9).

Таблица 9 – Взаимовлияние между самоповреждающим поведением и употреблением ПАВ в основной группе подростков (n=120)

Параметр оценки		Абс.	%
Последовательность формирования НССП и употребления ПАВ	НССП до начала употребления ПАВ	5	4,2
	НССП после начала употребления ПАВ	110	91,7
	Одновременное начало	5	4,2
Латентный период до дебюта НССП после начала употребления ПАВ	Более 1 года	68	56,7
	Менее 1 года	42	35,0
Субъективное восприятие взаимовлияния НССП и употребления ПАВ	Снижение побуждений к НССП на фоне употребления ПАВ	8	6,7
	Снижение потребности к приему ПАВ после совершения НССП	5	4,2

Качественный анализ способов самоповреждений у подростков с одновременным употреблением ПАВ и наличием НССП показал, что доминирующим способом аутоагрессии оказались поверхностные порезы (76,7%). Это соответствует данным литературы об их использовании для быстрого эмоционального облегчения. Менее распространёнными, но клинически значимыми методами были ожоги (12,5%) и удары о твёрдые поверхности (6,7%), ассоциированные у подростков с повышенной импульсивностью (по шкале ABUSI ≥ 15 , $p=0,023$). Круговая диаграмма отображает процентное соотношение различных методов самоповреждения в основной группе (Рисунок 4).

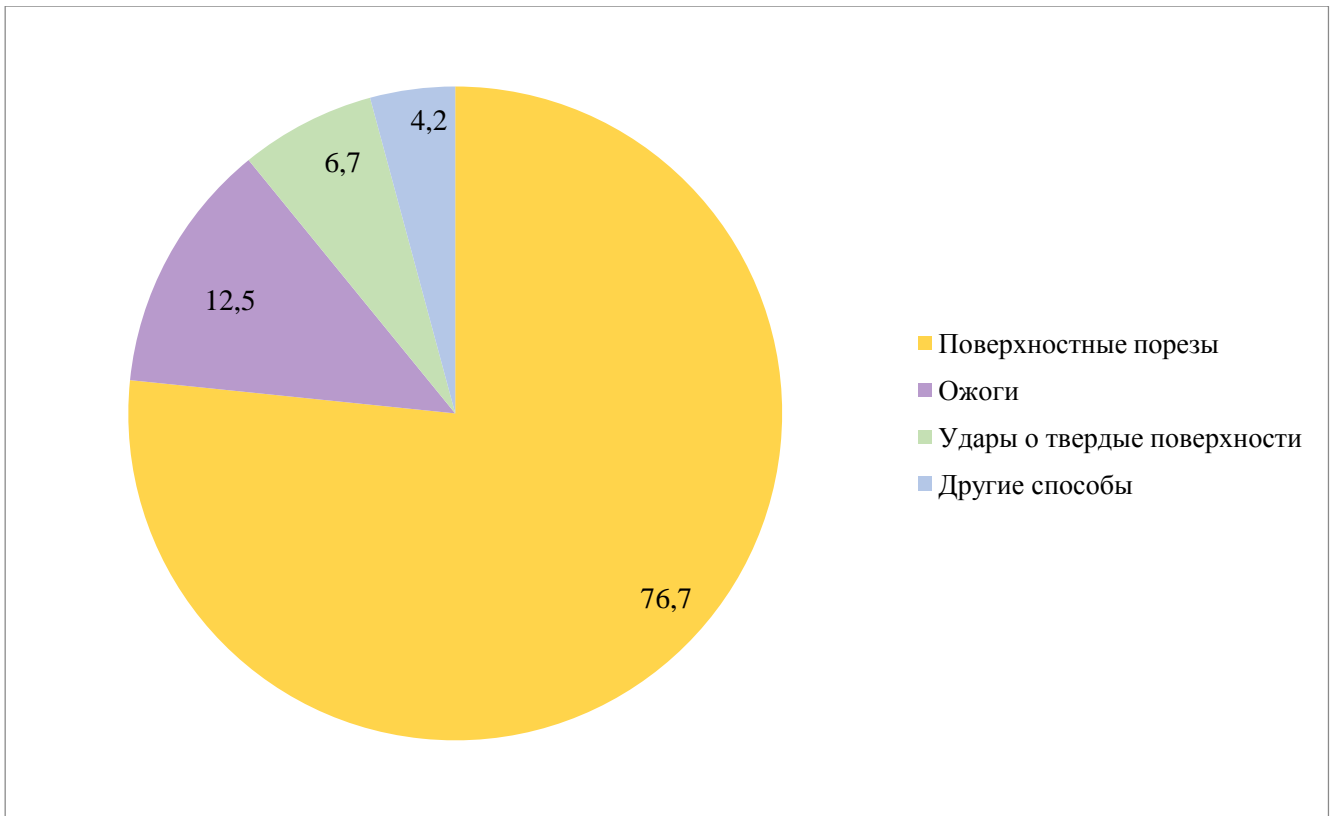


Рисунок 4 – Способы несуицидальных самоповреждений среди подростков, употребляющих ПАВ (n=120), в процентах

Локализация повреждений также имела характерные особенности: в большинстве случаев (81,7%) подростки выбирали области предплечий, голеней, что, вероятно, связано как с доступностью этих зон, так и с возможностью их последующего сокрытия. Вместе с тем, у 18,3% пациентов отмечалось нанесение повреждений на скрытых участках тела (области живота, груди, бёдер), что может указывать на осознанное стремление скрыть своё поведение от окружающих.

Особый интерес представляет выявленная закономерность: подростки с более ранним возрастом начала употребления ПАВ демонстрируют и более ранний дебют НССП (Таблица 10).

Таблица 10 – Распределение возраста дебюта НССП в зависимости от возраста первой пробы ПАВ в основной группе (n = 120)

Возраст первой пробы ПАВ	Абс.	%	Средний возраст дебюта НССП (полных лет)
≤10 лет	12	10,0	10,8 ± 1,2
11 лет	18	15,0	12,1 ± 0,9
12 лет	24	20,0	13,4 ± 1,1
13 лет	29	24,2	14,2 ± 0,8
14 лет	22	18,3	15,0 ± 0,7
15 лет	9	7,5	15,9 ± 0,6
≥16 лет	6	5,0	16,4 ± 0,5

Как видно из таблицы, средний возраст дебюта самоповреждений закономерно возрастает по мере увеличения возраста первой пробы ПАВ. Статистическая значимость данной положительной связи была подтверждена коэффициентом корреляции Пирсона ($r=0,65$; $p<0,05$), рассчитанным для количественных показателей возраста по всей выборке.

Для визуализации выявленной закономерности был построен линейный график, демонстрирующий прямую пропорциональную связь между возрастом первой пробы ПАВ и возрастом дебюта самоповреждающего поведения. Установленный латентный период продолжительностью менее одного года в 35,0% случаев у пациентов основной группы указывает на высокую скорость манифестации НССП и обосновывает необходимость реализации превентивных мер на ранних этапах употребления ПАВ (Рисунок 5).

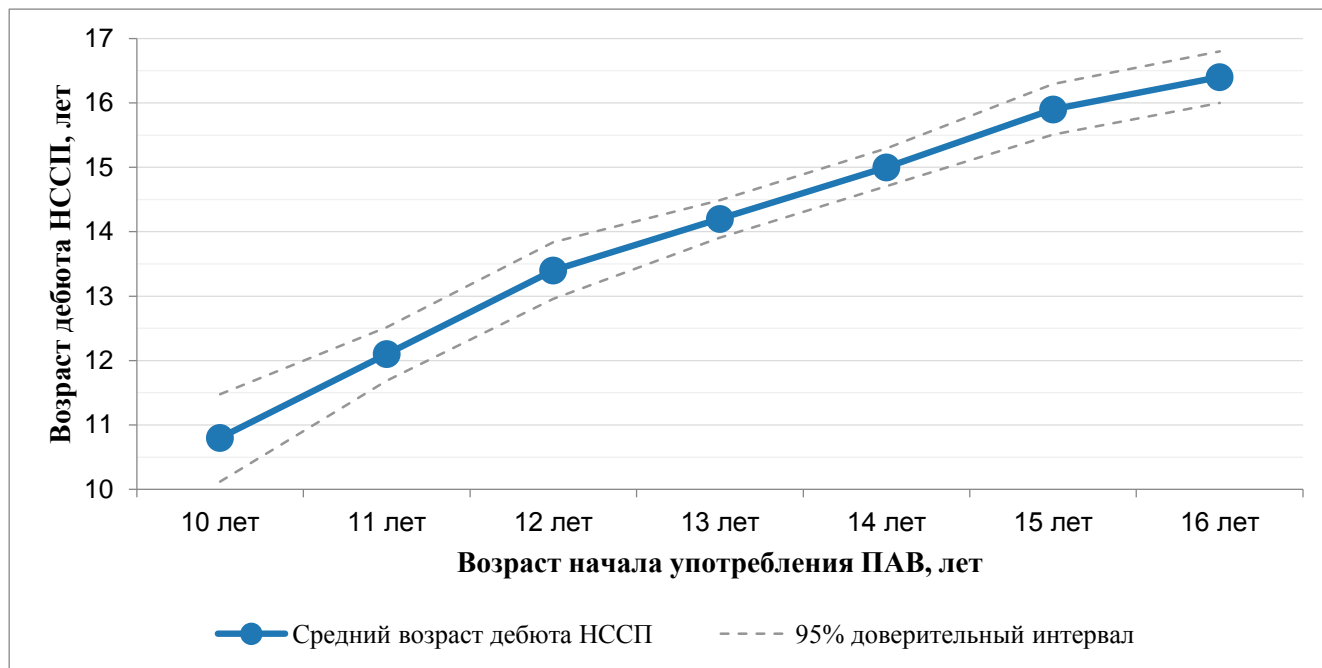


Рисунок 5 – Динамика среднего возраста дебюта НССП в зависимости от возраста начала употребления ПАВ у подростков основной группы (n=120)

Изучение функционального значения НССП, проведённое на основе полуструктурированного интервью, позволило выделить три основных мотивационных паттерна. Доминирующей функцией НССП (58,3% случаев) оказалась регуляция эмоционального состояния – подростки описывали самоповреждения как способ снижения интенсивности непереносимых эмоциональных переживаний, особенно тревоги и гнева. Второй по значимости мотивационной составляющей выступало компульсивное влечение к самоповреждению (32,5%), не имеющее конкретной цели. Демонстративный компонент, направленный на привлечение внимания окружающих, был выявлен лишь у 9,2% пациентов, что опровергает распространённое представление о преимущественно манипулятивном характере поведения у подростков.

3.2 Факторы риска формирования аутоагрессивного (несуицидального) поведения среди подростков, употребляющих психоактивные вещества

Результаты настоящего исследования позволили выявить значимые различия в социальном и психологическом функционировании подростков, употребляющих ПАВ, с и без НССП. Анализ социально-психологических факторов в исследуемых группах выявил ряд значимых закономерностей [28]. Наиболее выраженные различия наблюдались в факторах, связанных со школьной средой (Таблица 11).

Таблица 11 – Социально-психологические факторы в исследуемых группах (n=200)

Фактор	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=80)		p-value	ОШ	95% ДИ
	Абс.	%	Абс.	%			
Наследственная отягощённость по наркологическим заболеваниям	50	41,7	26	32,5	0,185	1,5	0,8-2,7
Неполная семья	77	64,2	47	58,8	0,443	1,3	0,7-2,2
Проживание с лицом, употребляющим ПАВ	68*	56,7	32	40,0	0,021	2,0	1,1-3,5
Прекратили обучение	28*	23,3	8	10,0	0,016	2,7	1,2-6,3
Школьная дезадаптация	88*	73,3	36	45,0	0,001	3,3	1,9-5,8
Систематическая травля в группе сверстников	58*	48,3	18	22,5	0,001	3,2	1,7-5,9
Физическое и/или сексуальное насилие	77*	64,2	34	42,5	0,003	2,4	1,4-4,2
Примечание – *различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости (p<0,05).							

Как видно из таблицы, в основной группе подростков с аутоагрессивным (несуицидальным) поведением достоверно чаще встречались проявления школьной дезадаптации, включающие систематические прогулы, низкую успеваемость и конфликтное поведение: у 73,3% подростков с НССП против 45% в контрольной группе ($p < 0,05$), а также систематической травли в группе сверстников: 48,3% в основной группе против 22,5% в контроле ($p < 0,05$).

Факторы «наследственная отягощённость» и «неполная семья» не показали достоверных различий. Это важное наблюдение демонстрирует, что не формальный состав семьи или наследственность сами по себе, а именно психотравмирующие факторы (насилие, употребление ПАВ родственниками и др.) – ключевые для формирования самоповреждающего поведения у подростков с наркологическими расстройствами.

Проведенный анализ психологического функционирования подростков в изучаемых группах с опорой на психометрическое тестирование также обнаружил выраженные различия (Рисунок 6).

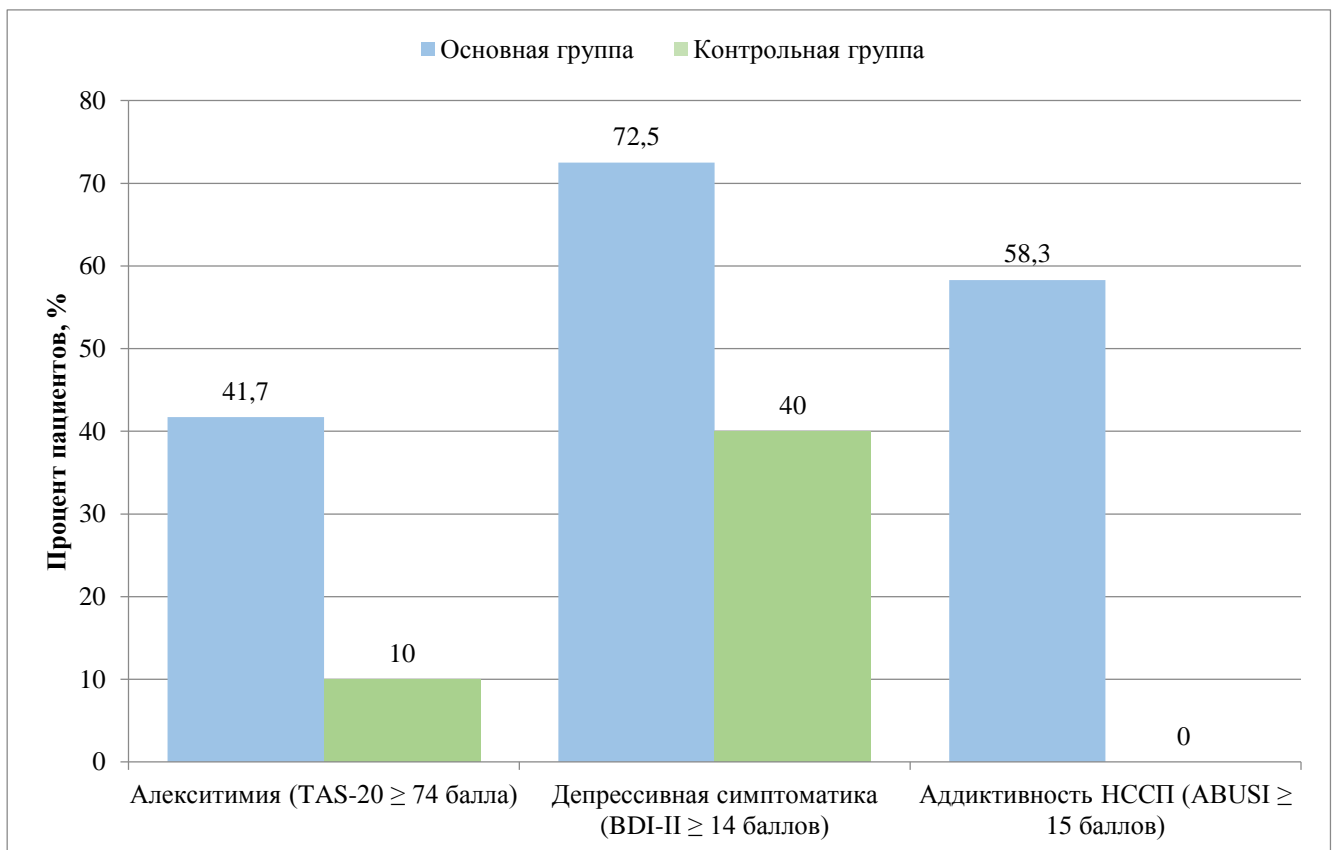


Рисунок 6 – Сравнение психометрических показателей в исследуемых группах

Так, оценка уровня алекситимии по TAS-20 выявила пороговые значения (≥ 63 балла) у 68,3% пациентов основной группы против 32,5% в контрольной ($p < 0,05$). При этом нормальные показатели (≤ 62 баллов) отмечались соответственно у 31,7% и 67,5% обследованных. Особое внимание привлекает тот факт, что у 41,7% подростков с самоповреждающим поведением были зафиксированы крайне высокие значения по «Торонтской шкале алекситимии» ≥ 74 баллов, свидетельствующие о глубоких нарушениях в способности идентифицировать и вербализовать свои эмоциональные переживания (Таблица 12).

Таблица 12 – Сравнительная характеристика уровня алекситимии в исследуемых группах

Алекситимия (TAS-20)	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=80)		P	ОШ	95% ДИ
	Абс.	%	Абс.	%			
≤ 62 баллов (норма)	38*	31,7	54	67,5	0,001	0,23	0,13–0,42
≥ 63 баллов (пороговое значение)	82*	68,3	26	32,5	0,001	4,3	2,4-7,8
в том числе ≥ 74 баллов (явная алекситимия)	50*	41,7	8	10,0	0,001	6,5	2,9-14,6
Примечание – *различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($p < 0,05$).							

Анализ депрессивной симптоматики по «Шкале депрессии Бека» (BDI-II) показал, что 72,5% подростков с НССП имели клинически значимый уровень депрессии (≥ 14 баллов), тогда как в контрольной группе аналогичные показатели отмечались лишь у 40% участников ($p < 0,05$). При этом умеренная депрессивная симптоматика (≥ 20 баллов) диагностировалась у 54,2% пациентов основной группы, что в 2,3 раза превышало соответствующий показатель в контрольной группе (Таблица 13).

Таблица 13 – Сравнительная характеристика уровня депрессивной симптоматики в исследуемых группах

Депрессивная симптоматика (BDI-II)	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=80)		p	ОШ	95% ДИ
	Абс.	%	Абс.	%			
≥ 14 баллов (клинически значимый уровень)	87*	72,5	32	40,0	0,001	3,9	2,2-7,1
14-19 баллов (лёгкая)	22	18,3	13	16,3	0,705	1,2	0,5-2,5
≥ 20 баллов (умеренная)	65*	54,2	19	23,8	0,001	3,8	2,0-7,1

Примечание – *различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($p < 0,05$).

Полученные данные демонстрируют статистически значимо более высокий уровень депрессивной симптоматики в основной группе подростков по сравнению с контрольной группой, а также их большую клиническую выраженность.

Однако при интерпретации этих результатов важно учитывать, что опросник BDI-II фиксирует широкий спектр аффективных нарушений, и его высокие баллы могут отражать не только клиническую депрессию, но и субклиническую симптоматику, а также состояния, сходные с ней по проявлениям. Повышенная утомляемость, раздражительность и трудности с концентрацией, отмеченные у подростков основной группы, могут быть не столько проявлением депрессии как самостоятельного заболевания, сколько следствием комплекса факторов, в частности, высокой психоэмоциональной нагрузки, связанной с аддиктивным поведением, нарушением режима сна и питания, а также общей социальной дезадаптацией.

Таким образом, высокие баллы по BDI-II в данной выборке могут отражать ситуативный дистресс и специфику образа жизни, вторичные по отношению к употреблению ПАВ.

Несмотря на это, выявленная симптоматика сохраняет высокую клиническую значимость и требует коррекции. Такая частота и тяжесть аффективных нарушений позволяет нам предположить, что депрессивная симптоматика (вне зависимости от ее первичности или вторичности) может выступать ключевым патогенетическим звеном, опосредующим формирование аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих ПАВ.

Это указывает на необходимость использования персонализированного подхода к лечению, при котором купирование депрессивной симптоматики с помощью адекватной фармакотерапии (с учетом наркологического статуса) и психотерапии – это основа лечебной программы, направленной на снижение как аддиктивного, так и самоповреждающего поведения.

Особый интерес представляют данные об аддиктивном компоненте НССП, полученные на основе специализированной «Шкалы стремления к

самоповреждениям братьев Alexian» (ABUSI). Так, значимый уровень (≥ 15 баллов), интерпретируемый в нашем исследовании как индикатор того, что поведение начинает приобретать компульсивные черты, схожие с аддикциями, был выявлен у 58,3% подростков основной группы [26]. Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что НССП могут приобретать черты аддиктивного поведения у подростков с сопутствующими наркологическими расстройствами².

Сочетание высоких баллов по шкале ABUSI с данными клинического интервью подтверждает наличие сформированного аддиктивного паттерна НССП у значительной части основной группы подростков (Таблица 14).

Таблица 14 – Характеристика аддиктивного компонента НССП в основной группе (n=120)

Клинические проявления НССП	Абс.	%
≥ 15 баллов по шкале ABUSI	70	58,3
Рецидивы при попытке прекратить	65	54,2
Толерантность (нарастание тяжести/частоты)	58	48,3
Эмоциональное облегчение после акта	92	76,7

Данные шкалы ABUSI были дополнены анализом клинических проявлений аддиктивного компонента НССП, зафиксированных в ходе полуструктурированного интервью. Это позволило выявить более развернутую картину данного феномена, проявляющегося триадой ключевых характеристик:

² Цит. по Мурадян, А.А. Несуицидальные самоповреждения и их аддиктивный потенциал у подростков с наркологическими расстройствами / А.А. Мурадян, М.Ф. Тимербулатова, И.Ф. Тимербулатов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2025. – Т. 18, № 4. – С. 441–448.

навязчивыми мыслями о самоповреждении, прогрессирующей утратой контроля над поведением и ростом толерантности, выражающимся в необходимости учащения или усиления актов самоповреждений.

Прогрессирующая утрата контроля над поведением проявлялась в неспособности противостоять самоповреждению даже при наличии осознанного желания не совершать его. Так, более половины пациентов (54,2%) сообщали о повторных рецидивах НССП после самостоятельных попыток прекратить самоповреждающее поведение, что свидетельствует о компульсивном характере влечения. У 48,3% подростков отмечалось нарастание тяжести (переход от поверхностных царапин к более глубоким порезам) или частоты самоповреждений. Подавляющее большинство пациентов (76,7%) сообщали об субъективном эмоциональном облегчении после совершения акта НССП, что соответствует модели негативного подкрепления и способствует закреплению аутоагрессивного (несуицидального) поведения.

Был проведен корреляционный анализ (коэффициент Спирмена), который выявил ряд значимых взаимосвязей между параметрами НССП, употребления ПАВ и психометрическими показателями (Таблица 15).

Таблица 15 – Корреляционный анализ изучаемых параметров с психометрическими показателями в основной группе (n=120)

Исследуемый параметр	Уровень алекситимии (TAS-20)		Уровень депрессивной симптоматики (BDI-II)		Аддиктивный компонент НССП (ABUSI)	
	r	P	r	p	r	p
Частота эпизодов НССП	0,48	0,001	0,29	0,058	0,39	0,002

Продолжение таблицы 15

Исследуемый параметр	Уровень алекситимии (TAS-20)		Уровень депрессивной симптоматики (BDI-II)		Аддиктивный компонент НССП (ABUSI)	
	R	P	r	p	r	P
Возраст дебюта НССП	-0,35	0,010	-0,40	0,002	-0,28	0,062
Возраст первой пробы ПАВ	-0,33	0,015	-0,37	0,005	-0,30	0,054
Регулярность употребления ПАВ	0,41	0,001	0,45	<0,001	0,52	<0,001
Латентный период между употреблением ПАВ и дебютом НССП	-0,22	0,089	-0,25	0,106	-0,19	0,201

Положительная корреляционная связь ($r=0,48$, $p<0,05$) была обнаружена между уровнем алекситимии и частотой эпизодов НССП, что подтверждает значимую роль нарушений эмоциональной регуляции в патогенезе аутоагрессивного (несуицидального) поведения. Это может означать, что чем выше у подростка неспособность идентифицировать и вербализовать эмоции, тем чаще он совершает акты самоповреждений.

Регулярность употребления ПАВ продемонстрировала статистически значимые связи со всеми тремя психометрическими показателями, но в особенности с аддиктивным компонентом НССП, определяемым по шкале ABUSI ($r=0,52$, $p<0,05$). Данный результат может свидетельствовать о формировании

общего синдрома, в котором наркологическое расстройство и самоповреждающее поведение взаимно усиливают друг друга, создавая порочный круг компульсивного поведения.

Выявленные отрицательные корреляции между выраженностью депрессивной симптоматики и возрастом первой пробы ПАВ ($r=-0,37$, $p=0,005$), а также возрастом дебюта НССП ($r=-0,40$, $p=0,002$) указывают на то, что более раннее начало как аддиктивного, так и аутоагрессивного (несуицидального) поведений ассоциировано с более высокой выраженностью депрессивной симптоматики.

Для определения наиболее значимых факторов риска развития НССП у подростков, употребляющих ПАВ, был проведён многофакторный логистический регрессионный анализ (Таблица 16).

Таблица 16 – Значимые факторы риска формирования НССП у подростков, употребляющих ПАВ, по данным регрессионного анализа

Фактор	ОШ	95% ДИ	P
Алекситимия (TAS-20 ≥ 74)	3,8	2,2–6,5	<0,001
Травматический опыт	2,9	1,7–4,9	<0,001
Систематическое употребление ПАВ	4,2	2,5–7,1	<0,001

Результаты регрессионного анализа показали, что наибольший вклад в риск формирования аутоагрессивного поведения вносят: высокий уровень алекситимии (≥ 74 балл по TAS-20) – пациенты с выраженными трудностями в идентификации и описании эмоций имеют почти четырёхкратно повышенный риск аутоагрессивного поведения; травматический опыт в анамнезе – увеличивает риск НССП почти втрое; систематическое употребление ПАВ (≥ 1 раза в неделю) – оказывает наиболее сильное влияние, увеличивая риск развития аутоагрессивного (несуицидального) поведения более чем в 4 раза.

Таким образом, сравнительный анализ основных клинико-психологических параметров между группами выявил устойчивые различия, позволяющие говорить о специфическом профиле подростков с одновременным сочетанием употребления ПАВ и наличия НССП.

3.3 Клинико-динамические особенности аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества

Проведённое исследование показало, что основная группа подростков с самоповреждающим поведением и наркологическими расстройствами не является однородной. На основе углубленного клинико-психопатологического анализа и данных полуструктурированного интервью были выделены три чётко дифференцируемых подтипа, каждый из которых обладает уникальными характеристиками и требует персонализированного подхода к терапевтическому вмешательству. По ведущему механизму формирования НССП нами были определены следующие паттерны: аффективно-импульсивный, где самоповреждения выступали как способ быстрой регуляции интенсивного эмоционального дистресса; аддиктивный, в основе которого лежало компульсивное влечение к самоповреждению; и реактивный, характеризующийся ситуационно-обусловленными, часто демонстративными актами НССП в ответ на внешние стимулы. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами по ключевым клинико-психопатологическим параметрам подтвердили правомерность и объективность предложенной типологии (Таблица 17).

Таблица 17 – Сравнительная характеристика клинических паттернов изучаемых расстройств в основной группе пациентов (n=120)

Параметр	Клинический паттерн						p	χ^2
	Аффективно-импульсивный (n=70)		Аддиктивный (n=39)		Реактивный (n=11)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Время «мысль-акт» <1 часа	46	65,7	17	43,6	7	63,6	<0,032	6,89
Нарастание тяжести НССП	23	32,9	29	74,4	3	27,3	<0,001	21,45
TAS-20 \geq 74	44	62,9	15	38,5	5	45,5	0,021	7,74
BDI-II \geq 14	50	71,4	19	48,7	6	54,5	0,037	6,59
ABUSI \geq 15	36	51,4	35	89,7	4	36,4	<0,001	22,16
Систематическое употребление ПАВ	55	78,6	36	92,3	7	63,6	0,031	6,94

Аффективно-импульсивный паттерн, будучи наиболее распространенным в выборке (n=70), характеризовался стремительным развитием аутоагрессивного акта на фоне острого эмоционального дистресса. Для этой группы оказалась характерна особенно высокая скорость реализации самоповреждающего поведения. Так, почти две трети пациентов (65,7% случаев) совершали акт НССП в течение часа после возникновения провоцирующих мыслей или эмоций. Данный паттерн был тесно связан с выраженными нарушениями эмоциональной регуляции, о чём свидетельствовал высокий уровень алекситимии у пациентов этой подгруппы пациентов (62,9%) и депрессивной симптоматики (71,4%).

Аддиктивный паттерн (n=39) демонстрировал принципиально иную клиническую динамику, характеризующуюся формированием стойкого навязчивого влечения к самоповреждению. В этой подгруппе отмечался наиболее высокий средний балл по шкале ABUSI (89,7%), что подтверждает выраженность аддиктивного компонента. Особенностью течения стало прогрессирующее нарастание тяжести самоповреждений – 74,4% пациентов демонстрировали переход от поверхностных повреждений к более глубоким и опасным формам аутоагрессии. Клинически значимым маркером являлось становление толерантности – 62,1% пациентов этой подгруппы отмечали необходимость увеличения частоты или интенсивности самоповреждений для достижения желаемого эффекта.

Реактивный паттерн (n=11), будучи наименее распространенным, отличался ситуационно-обусловленным характером НССП. В отличие от первых двух вариантов, самоповреждения в этой группе возникали как непосредственная реакция на внешние провоцирующие факторы – межличностные конфликты (78,2% случаев), ситуации фрустрации (65,4%) или чувство отвержения (53,8%).

Характерно, что 87,3% актов аутоагрессии в этой подгруппе совершались в присутствии других людей, что отражает их преимущественно коммуникативную и демонстративную функцию.

Проведённый анализ позволяет сделать несколько важных выводов о природе и динамике изучаемых расстройств. Во-первых, выявленные паттерны существенно различаются по своим нейropsихологическим механизмам: если аффективно-импульсивный вариант связан преимущественно с нарушениями эмоциональной регуляции, то аддиктивный паттерн отражает дисфункцию систем вознаграждения и контроля.

Во-вторых, каждый паттерн демонстрирует уникальную временную динамику формирования – от относительно быстрого развития реактивного варианта ($5,4 \pm 2,8$ месяцев после первой пробы ПАВ) до более медленного становления аддиктивного паттерна ($14,3 \pm 5,2$ месяцев).

Важно отметить, что в случае аффективно-импульсивного паттерна была отмечена наибольшая частота повторных эпизодов, в среднем $18,4 \pm 7,2$ актов в год (Таблица 18).

Таблица 18 – Динамика развития различных паттернов НССП у подростков основной группы (n=120)

Параметр	Аффективно-импульсивный (n=70)	Аддиктивный (n=39)	Реактивный (n=11)	P
	M \pm SD	M \pm SD	M \pm SD	
Средний возраст дебюта НССП (полных лет)	12,8 \pm 1,5	14,2 \pm 1,2	13,1 \pm 1,7	0,001
Латентный период ПАВ \rightarrow НССП (месяцы)	8,2 \pm 3,1	14,3 \pm 5,2	5,4 \pm 2,8	<0,001
Средняя частота эпизодов/год	18,4 \pm 7,2	24,6 \pm 9,3	6,8 \pm 3,5	<0,001

Для углубленного анализа клинических особенностей различных паттернов НССП был проведен сравнительный анализ преобладающих методов самоповреждения, локализации повреждений и функциональной направленности аутоагрессивного поведения.

Анализ выявил статистически значимые различия в выборе методов самоповреждения между выделенными паттернами, что отражает различные психопатологические механизмы формирования аутоагрессии в каждой группе (Таблица 19).

Таблица 19 – Клинические характеристики клинических паттернов НССП у подростков основной группы (n=120)

Параметр НССП	Аффективно-импульсивный (n=70)		Аддиктивный (n=39)		Реактивный (n=11)		P
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Порезы	58	82,9	25	64,1	8	72,7	0,045
Ожоги	8	11,4	16	41,0	1	9,1	<0,001
Удары об предметы	4	5,7	8	20,5	2	18,2	0,038
Видимые зоны (предплечья, голени)	55	78,6	25	64,1	9	81,8	0,185
Скрытые зоны (живот, грудь, бёдра)	15	21,4	14	35,9	2	18,2	0,187

Особого внимания заслуживает различный профиль факторов риска. Так, например, отягощённая наследственность по наркологическим заболеваниям увеличивает риск именно аддиктивного паттерна в 3,2 раза, тогда как школьная дезадаптация наиболее значима для реактивного варианта (Таблица 20).

Таблица 20 – Факторы риска для формирования различных клинических паттернов НССП у подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (n=120)

Фактор риска	Аффективно-импульсивный (n=70)		Аддиктивный (n=39)		Реактивный (n=11)		P
	ОШ	95% ДИ	ОШ	95% ДИ	ОШ	95% ДИ	
Травматический опыт	2,1	1,2-3,7	1,4	0,8-2,5	3,8	1,9-7,6	0,008
Наследственная отягощённость по наркологическим заболеваниям	1,7	0,9-3,1	3,2	1,8-5,7	0,9	0,4-2,1	0,002
Одновременное употребление нескольких ПАВ	1,9	1,0-3,5	5,4	2,9-10,1	2,1	0,9-4,7	<0,001
Школьная дезадаптация	2,3	1,3-4,0	1,5	0,8-2,7	4,1	2,0-8,4	0,003

Эти различия имеют важное значение для разработки дифференцированных программ профилактики и коррекции несуицидального самоповреждающего поведения у подростков, употребляющих ПАВ.

Исследование мотивационной сферы подростков в исследуемых группах с использованием опросника готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков (SOCRATES) выявило специфические особенности (Рисунок 7).

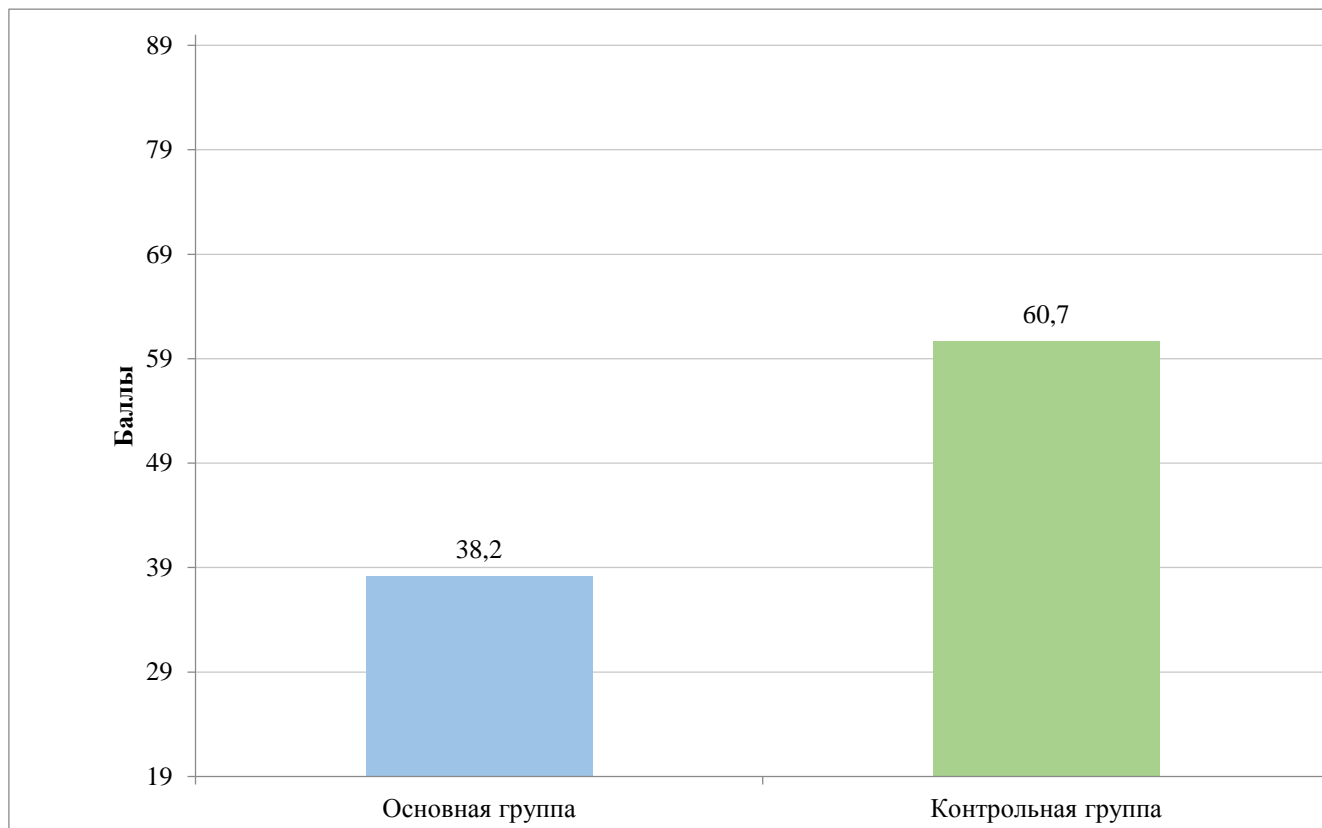


Рисунок 7 – Показатели общего количества баллов по опроснику SOCRATES в исследуемых группах

У подростков основной группы общий уровень мотивации качественно отличался по сравнению с контрольной группой. Общий балл готовности к изменениям в основной группе составил $38,2 \pm 4,1$ балла, что соответствует «низкой готовности к изменениям», в то время как в контрольной группе этот показатель достиг $60,7 \pm 5,3$ балла, что соответствует «средней готовности к изменениям» ($p < 0,05$). Эта разница имеет принципиальное клиническое значение, поскольку отражает более глубокий мотивационный кризис у подростков с одновременным наличием употребления ПАВ и НССП.

Детальный анализ шкал выявил специфические особенности мотивационной структуры в исследуемых группах. Как показано в Таблице 20, показатель по шкале «Признание» в основной группе находится в диапазоне «очень низкого» уровня, что свидетельствует об активном отрицании проблем, связанных с употреблением ПАВ, и использовании других механизмов психологической защиты, таких как минимизация и рационализация. В то же время показатель по шкале «Амбивалентности» также соответствовал «низкому» уровню, что в сочетании с «очень низким» уровнем признания скорее указывает на отсутствие внутреннего конфликта в отношении употребления психоактивных веществ и, соответственно, на глубокую инкапсуляцию проблемы.

Таблица 21 – Сравнение мотивационных показателей по шкалам опросника SOCRATES в исследуемых группах

Параметр	Основная группа (n=120)	Контрольная группа (n=80)	p-value
	M±SD	M±SD	
Общий балл SOCRATES	38,2 ± 4,1	60,7 ± 5,3	<0,001
Признание (баллы)	15,8 ± 2,9	18,3 ± 3,4	<0,001
Амбивалентность (баллы)	13,1 ± 3,1	9,2 ± 2,6	<0,001
Активные действия (баллы)	9,3 ± 2,4	33,2 ± 2,1	<0,001

Выраженные различия были выявлены по шкале «Активные действия», где «очень низкий» уровень в основной группе против «среднего» уровня в контроле, демонстрирует тотальный дефицит конструктивных поведенческих стратегий у пациентов наркологического профиля с наличием НССП. При этом абсолютное значение в контрольной группе (33,2 балла) было статистически значимо выше, чем в основной (9,3 балла), что указывает на большую поведенческую активность в контроле даже при общем низком уровне мотивации. Более наглядно полученные данные представлены на Рисунке 8.

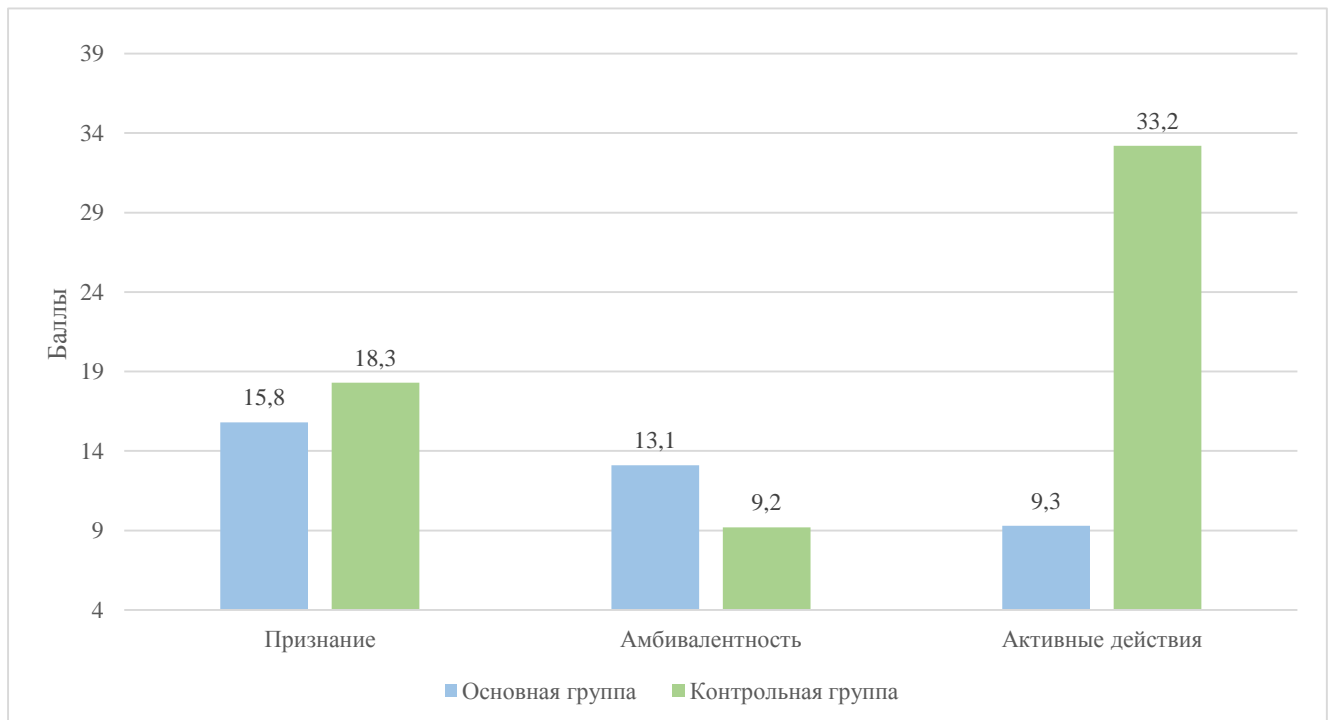


Рисунок 8 – Показатели мотивационных компонентов по опроснику SOCRATES в исследуемых группах

Полученные данные указывают на необходимость использования персонализированного подхода в коррекционных программах. Для подростков с отрицанием наиболее эффективным может быть мотивационное интервьюирование, помогающее преодолеть механизмы психологической защиты. Тогда как для пациентов с «низким уровнем» амбивалентности скорее требуется проведение психообразования и работа с механизмами психологической защиты для преодоления их ригидности. Особое внимание следует уделять случаям с

«очень низким уровнем» активных действий, где традиционные методы повышения мотивации могут оказаться недостаточными.

Резюме. Таким образом, проведённое исследование позволило выявить комплекс клинико-психологических особенностей аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих ПАВ. Полученные результаты демонстрируют устойчивую закономерность: употребление ПАВ выступает значимым предиктором формирования НССП. Наши данные убедительно свидетельствуют о том, что у 91,7% обследованных подростков дебют НССП происходил уже после начала употребления ПАВ, причём у 56,7% этот процесс имел отсроченный характер (латентный период между ними составил более одного года).

Ключевым выводом выступает выделение трёх клинико-динамических паттернов одновременно имеющих расстройств: аффективно-импульсивного (58,3%), аддиктивного (32,5%) и реактивного (9,2%). Каждый из них обладает уникальными характеристиками. Аффективно-импульсивный вариант связан с нарушениями эмоциональной регуляции ($TAS-20 \geq 74$ у 62,9%, $BDI-II \geq 14$ у 71,4%) и высокой скоростью реализации самоповреждений (66,7% совершают акт в течение часа). Аддиктивный паттерн проявляется прогрессирующей утратой контроля ($ABUSI \geq 15$ у 89,7%) и развитием толерантности (62,1%), что сближает его с описанными механизмами развития химической зависимости. Реактивный вариант, напротив, отражает ситуационно-обусловленную аутоагрессию (87,3% актов в присутствии окружающих), что требует иных подходов к коррекции.

Важным аспектом стала идентификация предикторов тяжёлого течения НССП, среди которых наибольший вклад вносят:

1. Психологические факторы: высокий уровень алекситимии (ОШ=3,8) и депрессивная симптоматика (ОШ=3,9).

2. Наркологические параметры: систематическое употребление ПАВ (ОШ=4,2) и ранний дебют употребления ($r=0,65$ с возрастом начала НССП).

3. Социальные риски: травматический опыт (ОШ=2,9), школьная дезадаптация (ОШ=4,1 для реактивного паттерна) и проживание с лицами, употребляющими ПАВ ($p=0,021$).

Особого внимания заслуживают данные о мотивационной сфере у подростков с несуйцидальными самоповреждениями. Выявленные уровни амбивалентности ($13,1 \pm 3,1$ баллов), признания ($15,8 \pm 2,9$ баллов) и активных действий ($9,3 \pm 2,4$ баллов) отражают очень низкую готовность к изменениям в отношении употребления ПАВ.

Таким образом, исследование не только подтверждает взаимосвязь употребления ПАВ и НССП, но и раскрывает её механизмы через призму проанализированных в настоящем исследовании клинических, психологических и социальных факторов. Полученные результаты обосновывают необходимость использования комплексного подхода к диагностике, учитывающего как оценку наркологического статуса, так и параметров НССП, разработку дифференцированных программ коррекции, а также профилактики формирования НССП у подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ. Также стоит отметить, что некоторые аспекты, такие как долгосрочные последствия одновременно протекающего употребления подростками ПАВ и совершаемого ими НССП, не раскрыты в полной мере, что могло бы стать направлением для будущих исследований.

ГЛАВА 4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Настоящая глава представляет собой детализированное описание поэтапного диагностического алгоритма оценки несуицидальных самоповреждений у подростков, употребляющих психоактивные вещества. Данный инструмент был нами разработан на основе комплексного анализа полученных в ходе исследования результатов, с учётом установленных взаимосвязей между параметрами НССП, употребления ПАВ и психометрическими показателями. Цель алгоритма – стандартизировать диагностику НССП, своевременно дифференцировать данный феномен от суицидального поведения, а также определить клинический паттерн для последующего внедрения персонализированного терапевтического маршрута.

Фундаментом для разработки послужили выявленные статистически значимые закономерности. Среди них, прежде всего, была выделена временная связь между возникновением НССП и первыми пробами ПАВ – у подавляющей части (91,7%) пациентов основной группы началу самоповреждающего поведения предшествовало употребление психоактивных веществ, причём у 56,7% этот процесс имел отсроченный характер с латентным периодом год и более. Особую важность представляли и ключевые предикторы, такие как, систематическое употребление ПАВ, алекситимия (по шкале TAS-20 ≥ 74), депрессивная симптоматика (по шкале BDI-II ≥ 14). А выделение трёх клинических паттернов (аффективно-импульсивного, аддиктивного, реактивного) подчеркивает необходимость дифференцированного подхода при последующем медицинском вмешательстве. Диагностику несуицидальных самоповреждений у подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, осуществляет врач-психиатр-нарколог, используя комплекс клинических и психометрических методов. Практическое применение данного алгоритма

предполагает его интеграцию в систему поэтапной диагностики подростков с наркологическими расстройствами. Обязательными условиями становятся: проведение регулярного скрининга НССП среди употребляющих ПАВ подростков, периодическая повторная оценка динамики (учитывая риск прогрессирования), а также тесная связь диагностического процесса с терапевтическими программами.

Первым и обязательным этапом диагностического процесса выступает всесторонняя оценка наркологического статуса. Анализ данных показал, что такие параметры, как вид употребляемых психоактивных веществ, регулярность их приёма и наличие клинических проявлений зависимости, имеют прямую связь с характеристиками НССП. В частности, систематическое употребление ПАВ (определяемое как приём не менее одного раза в неделю) связано с 4,2-кратным повышением вероятности НССП – ОШ=4,2, (95% ДИ: 2,5-7,1), что делает этот критерий ключевым при первичной оценке.

Особого внимания заслуживают подростки с одновременным употреблением нескольких видов ПАВ, так как в этой группе частота НССП в 2,1 раза выше, чем при употреблении только одного психоактивного вещества. Важными маркерами также выступают эпизоды передозировок и отравлений ПАВ, которые встречаются у подростков с аутоагрессивным (несуицидальным) поведением в 3,7 раза чаще (36,7% против 10% в контрольной группе, $p < 0,05$). Основная цель на первом этапе – верификация диагноза из рубрики F10-F19 по критериям МКБ-10 (установление синдрома зависимости или пагубного употребления).

Второй этап алгоритма предполагает детальную характеристику самоповреждающего поведения (при его выявлении). В случае подтверждения факта НССП проводится его структурированная оценка. Анализируется топография повреждений с выделением видимых (предплечья, голени) и скрытых (живот, бёдра) локализаций, фиксируются преобладающие методы самоповреждения. Оценивается динамика поведения: возраст дебюта, частота эпизодов (классифицируемая как единичные, повторяющиеся – более трёх раз в год, или хронические – более десяти раз в год).

Ключевое значение имеет функциональный анализ, то есть выявление субъективно сообщаемых подростком целей поведения, например, таких как регуляция невыносимого аффекта, самонаказание и другие. На основании анализа 120 случаев были выявлены типичные клинические параметры НССП в данной популяции. Возраст дебюта в большинстве случаев (58,3%) приходится на период 11-14 лет, что совпадает с фазой активного экспериментирования с ПАВ. При этом у 12,5% пациентов первые эпизоды самоповреждений отмечались уже до 10-летнего возраста, что ассоциировано с более тяжёлым течением расстройства. Качественный анализ методов аутоагрессии показал абсолютное преобладание поверхностных порезов (76,7% случаев), что соответствует данным зарубежных исследований о их использовании для быстрого эмоционального облегчения. Локализация повреждений имела характерные особенности – в 81,7% случаев подростки наносили порезы в области предплечий и голеней. Особую диагностическую ценность представляют динамические характеристики НССП. Выявлено, что для 66,7% подростков характерна крайне высокая скорость реализации аутоагрессивного акта – менее часа от возникновения мыслей до действия, причём у 29,2% этот интервал составляет всего несколько минут, что свидетельствует о выраженной импульсивности.

Прогностически неблагоприятным признаком является развитие толерантности, отмечаемое у 48,3% пациентов, проявляющееся в необходимости увеличения частоты или интенсивности самоповреждений для достижения прежнего эффекта. Эти параметры особенно значимы при оценке риска хронизации процесса.

Третий этап алгоритма – обязательная оценка суицидального риска. У всех пациентов с верифицированными НССП в обязательном порядке применяется «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности» (C-SSRS). Это позволяет провести чёткую дифференциальную диагностику между несуйцидальными самоповреждениями и суицидальным поведением, что является критически важным для определения дальнейшей тактики.

При выявлении актуального суицидального риска (наличия суицидальных мыслей, намерений, планов или предшествующих попыток) диагностический алгоритм прерывается для немедленного инициирования мер неотложной помощи, включая, при необходимости, рассмотрение вопроса о госпитализации в профильный стационар. При отсутствии суицидального риска по данным C-SSRS диагностический процесс продолжается.

Четвёртый этап включает психометрическую оценку ключевых психопатологических мишеней с целью объективизации клинических данных и стандартизации оценки. Центральное место занимает оценка алекситимии по «Торонтской алекситимической шкале (TAS-20), где клинически значимый уровень (≥ 74 балл) указывает на значимые нарушения идентификации и описания чувств, выступающие ключевым фактором риска НССП (был выявлен у 41,7% подростков с НССП против 10,0% в контрольной группе ($p < 0,05$), а его наличие увеличивает риск самоповреждений в 3,8 раза, (95% ДИ: 2,2-6,5)).

Не менее важна диагностика депрессивной симптоматики – 72,5% пациентов с НССП демонстрируют клинически значимый уровень депрессии (≥ 14 баллов) по «Шкале депрессии Бека-II» (BDI-II), причём у 54,2% отмечается умеренная степень (≥ 20 баллов). «Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian» (ABUSI) позволяет оценить интенсивность побуждений к НССП, где пороговое значение ≥ 15 баллов может указывать на наличие компульсивного влечения и потери контроля, характерных для аддиктивного паттерна (значительная выраженность аддиктивной составляющей была обнаружена у 58,3% пациентов). Дополнительную информацию предоставляет оценка мотивационной сферы в отношении употребления ПАВ (по опроснику готовности к изменениям, SOCRATES), что позволяет определить стадию изменений и является критически важным для планирования аддиктологической помощи.

Заключительный этап предполагает определение доминирующего клинического паттерна, что имеет принципиальное значение для выбора терапевтической тактики. Были выделены три основных типа: аффективно-импульсивный (58,3% случаев), аддиктивный (32,5%) и реактивный (9,2%).

Аффективно-импульсивный вариант характеризуется сочетанием высоких показателей по шкалам алекситимии (по шкале TAS-20 ≥ 74 баллов у 62,9%) и депрессивной симптоматики (по шкале BDI-II ≥ 14 баллов у 71,4%), быстрой реализацией аутоагрессивного акта (< 1 часа у 66,7%) и преимущественной функцией регуляции эмоционального состояния (76,7%). Для аддиктивного паттерна характерны максимальные показатели по шкале ABUSI (≥ 15 баллов у 89,7%), рост толерантности (74,4%) и прогрессирующее нарастание тяжести самоповреждений. Реактивный вариант отличается ситуационной обусловленностью эпизодов, связью с межличностными конфликтами и высокой частотой демонстративных актов в присутствии окружающих (87,3%).

Представленный диагностический алгоритм представляет собой стандартизированный, последовательный и научно обоснованный инструмент для практикующих клиницистов. Его системное внедрение в работу подростковой наркологической службы позволит повысить качество диагностики НССП у пациентов, употребляющих ПАВ, минимизировать риск недооценки суицидальной опасности и создать прочный фундамент для планирования персонализированного лечения, направленного как на коррекцию аддиктивного расстройства, так и на аутоагрессивного (несуицидального) поведения.

Разработанный алгоритм оценки НССП у подростков, употребляющих ПАВ, был подвергнут сравнительному анализу с существующими зарубежными аналогами, что позволило выявить как общие методологические принципы, так и существенные различия в подходах к диагностике. Наш подход предполагает обязательное комплексное обследование наркологического статуса, включая анализ частоты и регулярности употребления, наличие эпизодов передозировок, установление диагноза наркологического расстройства, что отсутствует в большинстве зарубежных алгоритмов, включая широко используемый протокол Ougrin D. и соавторов (2015) [144]. Сравнительный анализ используемых психометрических инструментов выявил как сходства, так и различия с зарубежными аналогами. Для оценки алекситимии, как и в большинстве американских протоколов [154], мы применяли шкалу TAS-20, однако

установленный клинически значимый порог (≥ 74 баллов) оказался выше, чем в оригинальной версии (≥ 50 баллов по Taylor G.J. et al. [155]) и адаптированных европейских вариантах (≥ 55 баллов в немецкой модификации [80]). Для скрининга депрессии вместо широко распространённого за рубежом опросника PHQ-9 [105] мы использовали BDI-II, имеющий валидизированную русскоязычную версию и широко применяемый в отечественных клинических исследованиях [39]. Наибольшее отличие заключается в применении специализированной шкалы ABUSI для оценки интенсивности побуждений к НССП, которая обладает доказанной валидностью для оценки стремления к совершению несауцидальных самоповреждений [129] и учитывает специфику именно самоповреждающего поведения. Практическое применение разработанного алгоритма также имеет существенные отличия от зарубежных моделей. В отличие от немецкого STEPPS-протокола [146], делающего акцент на амбулаторном ведении пациентов, или канадского CARBC-алгоритма [61], ориентированного преимущественно на профилактику, предполагаемый подход предусматривает дифференцированные терапевтические маршруты для каждого выявленного паттерна (аффективно-импульсивного, аддиктивного, реактивного). Важным преимуществом выступает интеграция с существующей в России системой наркологической помощи, что отсутствует в большинстве зарубежных аналогов [127]. Критическими отличиями разработанного алгоритма можно считать: 1) акцент на аддиктивный компонент НССП, который реже учитывается в зарубежных протоколах [46]; 2) обязательную оценку временной связи с употреблением ПАВ; 3) использование шкалы ABUSI; 4) практическую адаптацию к реалиям российской системы здравоохранения. Однако существуют и определённые ограничения, в частности необходимость дальнейшей валидации, желательно на многоцентровых выборках [137].

Проведённое сравнение показывает, что предложенный алгоритм не только соответствует лучшим международным практикам, но и восполняет существующий в них пробел, связанный с оценкой одновременного наличия НССП и наркологических расстройств, что делает его ценной моделью для стран со схожей наркологической практикой [164].

Таким образом, наш диагностический алгоритм прежде всего направлен на раннее выявление, стратификацию риска и определение клинического паттерна несуицидальных самоповреждений у подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (Рисунок 9).

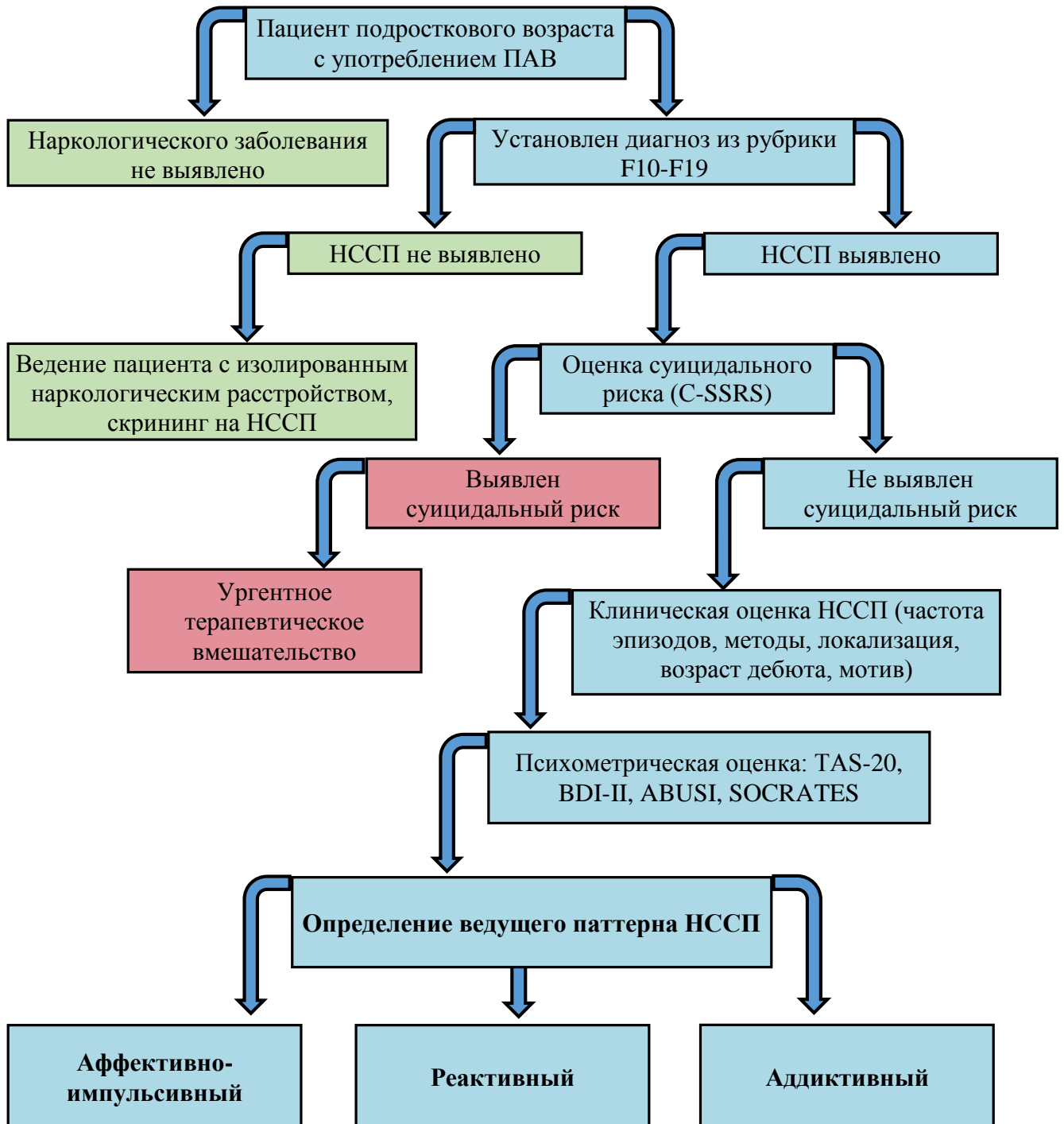


Рисунок 9 – Схема алгоритма диагностики несуицидальных самоповреждений (НССП) у подростков, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ)

ГЛАВА 5. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ И ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АУТОАГРЕССИВНОГО (НЕСУИЦИДАЛЬНОГО) ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Результаты проведенного исследования убедительно демонстрируют, что коррекция аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих ПАВ, требует дифференцированного подхода, учитывающего клинические, психологические и социальные особенности каждого случая [33]. На основании анализа данных, полученных в ходе работы, были выделены три ключевых паттерна одновременно протекающих расстройств: аффективно-импульсивный, аддиктивный и реактивный. Каждый из этих паттернов обладает уникальными характеристиками, что обуславливает необходимость разработки специализированных коррекционных программ, направленных на устранение специфических механизмов формирования и поддержания деструктивного поведения.

Выделенные в настоящем исследовании клинико-динамические паттерны несуицидальных самоповреждений у подростков с наркологическими расстройствами (аффективно-импульсивный, аддиктивный, реактивный), будучи сформулированы на поведенческо-функциональном уровне, находят своё отражение в классических психопатологических конструктах. Так, аффективно-импульсивный паттерн в своей основе содержит признаки дисфорического аффекта (смесь депрессивных, тревожных и раздражительных компонентов), характерного как для тревожно-ажитированных, так и для дистимически-дисфорических состояний, что и обуславливает использование НССП в качестве способа немедленной регуляции непереносимого эмоционального напряжения [38]. Аддиктивный паттерн по своим ключевым характеристикам (компульсивное влечение, толерантность, потеря контроля) соответствует современным

представлениям о нехимических (поведенческих) аддикциях и расстройствам привычек и влечений, что подчеркивает общность патогенетических механизмов с зависимостью от ПАВ [17]. Реактивный паттерн наиболее близок к ситуационным личностным реакциям, характерным для лиц с эмоционально-нестойчивыми чертами личности, где аутоагрессия выполняет преимущественно коммуникативную и манипулятивную функцию в системе межличностных отношений [21].

Для подростков с аффективно-импульсивным паттерном, который выявлен у 58,3% обследованных, наиболее эффективными являются методы, направленные на коррекцию эмоциональной дисрегуляции. В этой группе преобладают высокие показатели алекситимии (TAS-20 ≥ 74 баллов у 62,9%) и депрессивной симптоматики (BDI-II ≥ 14 баллов у 71,4%), что требует применения когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на развитие навыков идентификации, вербализации и управления эмоциями. КПТ позволяет снизить интенсивность негативных переживаний, уменьшить импульсивность и предотвратить рецидивы самоповреждающего поведения.

Особое внимание следует уделять техникам эмоциональной саморегуляции, таким как диалектико-поведенческая терапия, которая доказала свою эффективность в работе с подростками, склонными к аутоагрессии [118]. ДПТ включает обучение осознанности, толерантности к стрессу и межличностной эффективности, что способствует формированию адаптивных стратегий совладания с эмоциональным дистрессом.

Для подростков с аддиктивным паттерном (32,5% случаев), характеризующимся выраженным влечением к самоповреждению (по шкале ABUSI ≥ 15 баллов у 89,7%) и ростом толерантности, необходима аддиктологическая помощь, аналогичная той, что применяется при химических зависимостях. В эту программу следует включить мотивационное интервьюирование, направленное на преодоление амбивалентности и формирование устойчивой мотивации к изменениям. Важным компонентом выступает работа с мыслями о самоповреждении и постепенное снижение частоты

и интенсивности аутоагрессивных актов через методы когнитивного переструктурирования и поведенческого замещения. Фармакотерапия может быть рассмотрена как дополнительный метод для снижения аддиктивного компонента, особенно в случаях с тяжёлым течением [13].

Реактивный паттерн (9,2% случаев), связанный с ситуационно-обусловленными актами аутоагрессии и демонстративным поведением, требует иного подхода. Здесь эффективны методы, направленные на коррекцию межличностных конфликтов и развитие коммуникативных навыков. Семейная терапия играет ключевую роль, так как позволяет устранить источники стресса и улучшить взаимодействие подростка с окружением [143]. Тренинги социальных навыков и программы по предотвращению систематической травли в группе сверстников (выявлен у 48,3% пациентов основной группы) также способствуют снижению частоты реактивных эпизодов НССП.

Раннее вмешательство для групп риска – ещё один критически важный аспект коррекционных программ [30]. Подростки с ранним дебютом употребления ПАВ (до 12-летнего возраста), травматическим опытом (ОШ=2,9) и школьной дезадаптацией (ОШ=4,1) требуют особого внимания. Для них целесообразно разрабатывать профилактические программы, включающие психообразование, развитие эмоционального интеллекта и формирование устойчивости к стрессу. Школы и социальные учреждения должны быть вовлечены в процесс раннего выявления таких подростков и оказания им своевременной помощи [95].

Сочетание психотерапии и фармакотерапии является оптимальным подходом для случаев с тяжёлыми депрессивными или аддиктивными формами НССП. Антидепрессанты группы СИОЗС могут быть назначены при выраженной депрессивной симптоматике, однако их применение требует осторожности из-за риска усиления суицидальных мыслей. Стабилизаторы настроения и антагонисты опиоидных рецепторов рассматриваются как вспомогательные средства при аддиктивном компоненте [59].

Целесообразно поэтапное внедрение коррекционных программ, которое включает:

1. Диагностический этап – определение паттерна НССП, оценка уровня алекситимии, депрессии и аддиктивного компонента с помощью разработанного диагностического алгоритма.

2. Индивидуализированное планирование – выбор методов терапии на основе выявленных особенностей (КПТ, ДПТ, мотивационное интервью и т.д.).

3. Реализацию вмешательства – проведение индивидуальных и групповых сеансов, вовлечение семьи и социального окружения.

4. Оценку эффективности – мониторинг динамики состояния с использованием стандартизированных шкал (TAS-20, BDI-II, ABUSI, SOCRATES).

Таким образом, коррекционные программы для подростков с НССП и употреблением ПАВ должны быть комплексными, дифференцированными и адаптированными к конкретным клиническим паттернам. Раннее вмешательство, сочетание психотерапевтических и фармакологических методов, а также активное вовлечение семьи и социальных институтов выступает залогом успешной реабилитации и профилактики рецидивов. Реализация таких программ в клинической практике позволит значительно улучшить прогноз и качество жизни данной категории пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование представляет собой комплексный анализ НССП у подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ. Работа основана на тщательном изучении выборки из 200 подростков в возрасте 14-17 лет, включая 120 пациентов с наличием НССП и употреблением ПАВ (основная группа) и 80 человек с изолированным употреблением ПАВ (контрольная группа). Полученные результаты позволили сделать ряд важных выводов, имеющих как теоретическое, так и практическое значение для подростковой психиатрии и наркологии.

Одним из наиболее значимых результатов исследования стало установление временной связи между началом употребления ПАВ и дебютом самоповреждающего поведения. Статистический анализ показал, что у 91,7% подростков основной группы первые эпизоды НССП развивались после начала употребления ПАВ ($p < 0,05$), причём у 56,7% пациентов между этими событиями наблюдался латентный период в один год и более.

Особый интерес представляет и то, что средний возраст дебюта самоповреждений закономерно возрастал по мере увеличения возраста первой пробы ПАВ ($r = 0,65$, $p < 0,05$). Эти данные подтверждают гипотезу о том, что употребление психоактивных веществ выступает значимым фактором риска развития аутоагрессивного (несуицидального) поведения, особенно в случаях раннего начала наркологических расстройств.

Клинический анализ характеристики НССП выявил преобладание определённых паттернов самоповреждений в исследуемой группе. Наиболее распространённым методом оказались поверхностные порезы (76,7% случаев), что соответствует данным современных международных исследований [112]. Локализация повреждений продемонстрировала характерные особенности: в 81,7%

случаев подростки выбирали области предплечий и голеней, что, вероятно, связано как с доступностью этих зон, так и с возможностью их последующего сокрытия. При этом у 18,3% пациентов отмечалось нанесение повреждений на скрытых участках тела (живот, грудь, бёдра), что статистически значимо ассоциировалось с более высоким уровнем алекситимии (TAS-20 ≥ 74 баллов, $p=0,012$) и может рассматриваться как маркер выраженной эмоциональной дезадаптации.

Возрастные особенности дебюта НССП продемонстрировали, что в большинстве случаев (58,3%) самоповреждающие акты имели начало в раннем и среднем подростковом возрасте (11-14 лет). При этом 12,5% случаев дебютировали уже до 10-летнего возраста, что указывает на особую уязвимость этой группы пациентов. Анализ частоты эпизодов самоповреждающих актов показал, что для данной категории пациентов характерно прогрессирующее течение: у 20,8% подростков (каждого пятого) основной группы было зафиксировано 10 и более эпизодов самоповреждений, а более половины исследованных (54,2%) демонстрировали повторяющееся поведение с частотой от 3 до 9 актов в течение года.

Отдельного внимания заслуживает выявленная динамика нарастания тяжести самоповреждений со временем. У 48,3% пациентов наблюдалось прогрессирование от поверхностных к более глубоким и обширным повреждениям, что особенно характерно для подростков с аддиктивным паттерном НССП (74,4% случаев против 32,9% в аффективно-импульсивной подгруппе, $p<0,05$). Этот факт свидетельствует о формировании толерантности, аналогичной наблюдаемому при химических зависимостях, когда для достижения прежнего эффекта требуется увеличение интенсивности или частоты аутоагрессивных актов с несуицидальными намерениями.

Клинический анализ выявил ключевые особенности эмоциональной регуляции у подростков с сочетанным НССП и употреблением ПАВ. Оценка алекситимии по шкале TAS-20 показала клинически значимый уровень (≥ 74 баллов) у 41,7% пациентов основной группы против 10,0% в контрольной ($p<0,005$). Зафиксированные высокие значения (≥ 74 баллов) свидетельствуют о

глубоких нарушениях в способности идентифицировать и вербализовать эмоциональные переживания. Корреляционный анализ выявил значимую связь между уровнем алекситимии и частотой эпизодов НССП ($r=0,48$, $p<0,05$), что подтверждает важность нарушений эмоциональной регуляции в патогенезе несуицидального самоповреждающего поведения.

Наше исследование выявило выраженную связь между показателями депрессивной симптоматики по шкале BDI-II и аутоагрессивным (несуицидальным) поведением у подростков с наркологическими расстройствами. У 72,5% подростков с НССП был отмечен клинически значимый уровень депрессии (≥ 14 баллов), тогда как в контрольной группе аналогичные показатели отмечались лишь у 40% пациентов ($p<0,05$). При этом умеренная депрессивная симптоматика (≥ 20 баллов) диагностировалась у 54,2% пациентов основной группы, что в 2,3 раза превышало соответствующий показатель в контрольной группе (23,8%).

Вместе с тем, полученные данные ставят вопрос о дифференциальной диагностике. Являются ли высокие баллы по шкале BDI-II маркером коморбидного депрессивного расстройства или же они в значительной степени отражают психологический дистресс самого наркологического расстройства? Ответ на этот вопрос имеет прямые практические последствия. Если верно первое, то на передний план выходит необходимость своевременного выявления и коррекции аффективных расстройств в профилактике аутоагрессивного поведения у подростков с наркологическими расстройствами. Если же верно второе, то первостепенны стабилизация режима, терапия последствий психотравмы, работа с кризисной идентичностью и целенаправленная психокоррекция, направленная на регуляцию эмоций и поиск неаддиктивных копинг-стратегий. Таким образом, перспективным направлением является проведение лонгитюдных исследований с использованием структурированного клинического интервью.

Особый вклад исследования в современную наркологию заключается в изучении аддиктивного компонента НССП с использованием специализированной шкалы ABUSI. Клинически значимый уровень аддиктивности (≥ 15 баллов) был

выявлен у 58,3% подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением. Качественный анализ показал, что данный феномен проявляется триадой ключевых характеристик: навязчивыми мыслями о самоповреждении (76,7% случаев), прогрессирующей утратой контроля над поведением (54,2%) и развитием толерантности (48,3%). Эти данные подтверждают гипотезу о том, что повторяющиеся самоповреждения без суицидальных намерений относятся к наркологическим расстройствам, а значит требуют специфических подходов к диагностике и терапевтическому вмешательству.

Важным результатом исследования стало выделение трёх клинико-динамических паттернов НССП, каждый из которых обладает уникальными характеристиками. Аффективно-импульсивный вариант (58,3% случаев) характеризовался стремительным развитием аутоагрессивного акта на фоне эмоционального дистресса, высокой скоростью реализации (66,7% совершали акт в течение часа после возникновения провоцирующих мыслей) и выраженными нарушениями эмоциональной регуляции (TAS-20 ≥ 74 баллов у 62,9% пациентов этой подгруппы). Аддиктивный паттерн (32,5% случаев) демонстрировал формирование стойкого навязчивого влечения к самоповреждению с высокими показателями по шкале ABUSI ($17,2 \pm 3,1$ балла) и прогрессирующим нарастанием тяжести самоповреждений (74,4% случаев). Реактивный вариант (9,2% случаев) отличался ситуационно-обусловленным характером аутоагрессии с выраженным демонстративным компонентом (87,3% актов совершались в присутствии других людей).

Проведённый многофакторный анализ позволил выявить наиболее значимые предикторы развития НССП у подростков, употребляющих ПАВ. Наибольший вклад в риск формирования аутоагрессивного поведения вносят: наличие алекситимии (по TAS-20 ≥ 74 балл) – ОШ=3,8, (95% ДИ: 2,2-6,5), наличие травматического опыта в анамнезе – ОШ=2,9, (95% ДИ: 1,7-4,9) и систематическое употребление ПАВ (≥ 1 раза в неделю) – ОШ=4,2, (95% ДИ: 2,5-7,1). Эти данные имеют важное значение для разработки программ раннего выявления групп риска и профилактики аутоагрессивного (несуйцидального) поведения.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении современных представлений о механизмах развития НССП при имеющихся наркологических расстройствах. Выявленный аддиктивный компонент НССП открывает новые перспективы для разработки терапевтических стратегий, направленных на коррекцию нарушений системы вознаграждения.

Практическая значимость работы реализована через внедрение разработанного поэтапного диагностического алгоритма в клиническую практику. Алгоритм включает четыре ключевых этапа: оценку наркологического статуса, уточнение характеристик НССП, проведение психометрического тестирования и определение клинического паттерна.

На основании полученных результатов разработаны конкретные рекомендации для клинической практики:

1. Обязательный скрининг на НССП всех подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ.
2. Дифференцированный подход к терапии в зависимости от выявленного клинического паттерна (аффективно-импульсивного, аддиктивного или реактивного).

Особое внимание уделено раннему вмешательству для групп риска (подростки с ранним дебютом употребления ПАВ, травматическим опытом, школьной дезадаптацией) и обоснована целесообразность сочетания психотерапии с фармакотерапией при наличии тяжёлых аффективных или аддиктивных симптомов (в особенности при неэффективности изолированного психотерапевтического вмешательства).

Перспективы дальнейших исследований связаны с углублённым изучением нейробиологических механизмов сочетанного НССП и употребления ПАВ с применением методов нейровизуализации, разработкой персонализированных алгоритмов терапии на основе биомаркеров, а также созданием интегрированных моделей профилактики, объединяющих медицинские, психологические и социальные аспекты.

В заключение следует подчеркнуть, что разработанные диагностический алгоритм и практические рекомендации могут быть использованы в клинической практике для улучшения диагностики, профилактики НССП у данной категории пациентов. Полученные результаты подчёркивают необходимость междисциплинарного подхода к решению проблемы, включающего взаимодействие психиатров, наркологов, психологов и социальных работников, а также создают основу для разработки новых эффективных подходов к лечению такого сложного феномена. В целом, работа представляет собой значимый шаг в развитии научных знаний и практических подходов для решения проблемы аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих ПАВ.

Таким образом, результаты настоящего исследования помогают расширить понимание взаимосвязи между употреблением ПАВ и аутоагрессивным (несуицидальным) поведением у подростков, предоставляя научно-обоснованные инструменты для диагностики, коррекции и профилактики данных расстройств.

ВЫВОДЫ

1. Уточнена феноменология аутоагрессивного (несуицидального) поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества, и выделены его клиничко-динамические варианты. Установлено, что у данной категории пациентов несуицидальные самоповреждения характеризуются преобладанием порезов (в 76,7% случаев), локализующихся преимущественно в области предплечий и голеней (в 81,7% случаев). На основе ведущей мотивационной составляющей выделены три статистически значимых клинических паттерна: аффективно-импульсивный (58,3%), аддиктивный (32,5%) и реактивный (9,2%). Установлена временная последовательность: у 91,7% обследованных подростков дебют НССП следовал за началом употребления ПАВ.

2. Определены ключевые клинические и психологические факторы риска формирования аутоагрессивного (несуицидального) поведения. К числу наиболее значимых отнесены: систематический характер употребления ПАВ (ОШ=4,2), наличие алекситимии (по шкале TAS-20 ≥ 74 баллов, ОШ=3,8), депрессивная симптоматика (по шкале BDI-II ≥ 14 баллов, ОШ=3,9) и наличие травматического опыта в анамнезе (ОШ=2,9). Установлена положительная корреляция между ранним дебютом употребления ПАВ (до 12-летнего возраста) и ранним началом НССП ($r=0,65$).

3. Разработан поэтапный диагностический алгоритм оценки несуицидальных самоповреждений у подростков, употребляющих психоактивные вещества. Алгоритм включает последовательную оценку наркологического статуса (наличие или отсутствие наркологического расстройства), установление наличия самоповреждающего поведения, исключение суицидального риска (на основе шкалы C-SSRS), клиничко-психометрическую характеристику НССП (частота эпизодов, методы, локализация, возраст дебюта, мотив, тестирование по шкалам и

опросникам TAS-20, BDI-II, ABUSI, SOCRATES), определение ведущего клинического паттерна. Предложенный подход структурирует диагностический процесс и напрямую определяет дальнейшую тактику ведения пациента.

4. Предложены дифференцированные терапевтические стратегии и подходы профилактики на основе выделенных клинических паттернов. Для аффективно-импульсивного паттерна рекомендованы когнитивно-поведенческая терапия и методы диалектико-поведенческой терапии, направленные на развитие навыков эмоциональной регуляции. При аддиктивном паттерне показаны мотивационное интервьюирование и аддиктологическая помощь, аналогичные подходам при химических зависимостях. Реактивный паттерн требует применения семейной терапии и тренингов социальных навыков.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачам-психиатрам-наркологам рекомендовано внедрить в рутинную клиническую практику скрининг на наличие несуицидальных самоповреждений (НССП) у всех пациентов подросткового возраста с установленными психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (с диагнозами из рубрики F10-F19 – «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ»).

Особое внимание при этом следует уделять пациентам, имеющим факторы риска: ранний дебют употребления ПАВ (до 12-летнего возраста), систематический приём ПАВ (чаще 1 раза в неделю) и наличие травматического опыта в анамнезе. Для стандартизированной оценки рекомендован к использованию разработанный диагностический алгоритм, включающий поэтапную оценку наркологического статуса, клинических характеристик несуицидальных самоповреждений, исключение суицидального риска по шкале C-SSRS («Колумбийской шкале оценки тяжести суицидальности»), и обязательное проведение психометрического тестирования по следующим шкалам и опросникам: TAS-20 («Торонтской алекситимической шкале»), BDI-II («Шкале депрессии Бека»), ABUSI («Шкале стремления к самоповреждениям братьев Alexian»), SOCRATES («Опроснику готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков»).

2. Психологам и психотерапевтам при работе с такими подростками рекомендовано опираться на дифференцированные подходы в психотерапии в зависимости от ведущего клинического паттерна.

3. Организаторам здравоохранения и руководителям лечебных учреждений рекомендовано обеспечить оказание комплексной специализированной помощи подросткам с одновременным употреблением ПАВ и наличием несуицидальных самоповреждений, которая должна включать динамическое наблюдение за

подростком с повторной психометрической оценкой для контроля эффективности медицинских вмешательств и профилактики рецидивов.

4. Рекомендовано проведение профилактической работы, включающей в себя психологическое просвещение родителей и педагогов по вопросам распознавания признаков эмоционального неблагополучия, алекситимии и ранних форм аутоагрессивного (несуицидального) поведения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ААП – аутоагрессивное поведение

ДПТ – диалектико-поведенческая терапия

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

МИ – мотивационное интервьюирование

МКБ-10 – «Международная классификация болезней 10-го пересмотра»

МКБ-11 – «Международная классификация болезней 11-го пересмотра»

НССП – несуицидальное самоповреждение

ПАВ – психоактивное вещество

ПРЛ – пограничное расстройство личности

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ABUSI – «Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian» (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale)

C-SSRS – «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности» (The Columbia Suicide Severity Rating Scale)

DSM-5 – нозологическая система, используемая в США для психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)

TAS – «Торонтская алекситимическая шкала» (Toronto Alexithymia Scale)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банников, Г.С. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риск суицидального поведения у несовершеннолетних / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова [и др.] // Суицидология. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 82–91.
2. Банников, Г.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 42–68. – doi: 10.17759/cpp.2016240304.
3. Бек, Д. Когнитивная-поведенческая терапия. От основ к направлениям / Д. Бек. – Питер, 2024. – 512 с.
4. Бисалиев, Р.В. Клинико-диагностические аспекты несуйцидального самоповреждающего поведения / Р.В. Бисалиев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2025. – Т. 59, № 2. – С. 8–20. – doi: 0.31363/2313-7053-2025-2-973.
5. Бохан Н.А. Обзор исследований несуйцидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI / Н.А. Бохан, В.Д. Евсеев, А.И. Мандель // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 70–83. – doi: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83.
6. Григорьева, А.А. Взаимосвязь самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ подростками (обзор литературы) / А.А. Григорьева, В.Г. Булыгина, Ю.С. Афонина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – Т. 4, № 101. – С. 98–104. – doi: 10.26617/1810-3111-2018-4(101)-98-104.

7. Григорьева, А.А. Социально-демографические характеристики подростков с рисками аутоагрессивного поведения / А.А. Григорьева // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 1–10.
8. Григорьева, А.А. Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ / А.А. Григорьева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – Т. 2, № 103. – С. 32–40. – doi: 10.26617/1810-3111-2019-2(103)-32-40.
9. Дарьин, Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков / Е.В. Дарьин // Медицинский вестник Юга России. – 2019. – № 4. – С. 6–14. – doi: 10.21886/2219-8075-2019-10-4-6-14.
10. Дарьин, Е.В. Феномен несуицидального самоповреждающего поведения в классификациях МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 / Е.В. Дарьин, О.Г. Зайцева // Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 4. – С. 73–82. – doi: 10.47877/1560-957X-2022-10409.
11. Зинчук, М.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М.С. Зинчук, А.С. Аведисова, А.Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 119. – С. 108–119. – doi: 10.17116/jnevro2019119031108.
12. Злобина, М.В. Анализ опросников самооценки депрессии PHQ-9 и BDI-II / М.В. Злобина, О.Н. Первушина // Reflexio. – 2018. – Т. 11, № 1. – С. 83–98.
13. Змановская, Е.В. Девиантное поведение личности и группы / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. – 3-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2019. – 352 с.
14. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова; под ред. Н.Н. Иванца. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-5890-6.
15. Игонин, А.Л. Возможности совершенствования диагностики различных состояний, вызываемых употреблением ПАВ (психотические и резидуальные расстройства) / А.Л. Игонин, Н.Е. Кулагина, О.В. Баранова [и др.] // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 16–20.

16. Климанова, С.Г. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) / С.Г. Климанова, А.В. Трусова, А.С. Киселев [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 3. – С. 80–104. – doi: 10.17759/cpp.2018260305.
17. Короленко, Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 8–15.
18. Кошкина, Е.А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России / Е.А. Кошкина, Н.И. Павловская, Р.И. Ягудина [и др.] // Наркология. – 2009. – Т. 8, № 11. – С. 24–31.
19. Кузнецова, С.О. Взаимосвязь проявлений агрессивности с типом социализации в подростковом возрасте / С.О. Кузнецова // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 19–20.
20. Лидова, А.В. Бремя суицидов: оценка в потерянных годах потенциальной жизни / А.В. Лидова, В.С. Скрипов, Л.В. Кочорова // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 2. – С. 50–55. – doi: 10.17116/profmed20232602150.
21. Личко, А.Е. Подростковая наркология: руководство / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – Ленинград: Медицина, 1991. – 304 с. – ISBN 5-225-02334-0.
22. Лукашук, А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии / А.В. Лукашук, А. В. Меринов // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2016. – № 2. – С. 67–71.
23. Любов, Е.Б. Оценка суицидального риска: новые решения «проклятых вопросов» / Е.Б. Любов, П.Б. Зотов // Суицидология. – 2023. – Т. 14, № 2. – С. 22–35. – doi: 10.32878/suiciderus.23-14-02(51)-22-35.
24. Любов, Е.Б. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение 1 / Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, Г.С. Банников // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 4. – С. 16–46.
25. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10:

Клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб. : Адис, 1994. – 303 с.

26. Мурадян, А.А. Несуицидальные самоповреждения и их аддиктивный потенциал у подростков с наркологическими расстройствами / А.А. Мурадян, М.Ф. Тимербулатова, И.Ф. Тимербулатов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2025. – Т. 18, № 4. – С. 441–448.

27. Мурадян, А.А. Несуицидальные самоповреждения у подростков, употребляющих психоактивные вещества: систематический обзор / А.А. Мурадян, И.Ф. Тимербулатов // Вопросы наркологии. – 2024. – Т. 36, № 6. – С. 65–76.

28. Мурадян, А.А. Факторы, предрасполагающие к аутоагрессивному несуицидальному поведению у подростков, употребляющих психоактивные вещества / А.А. Мурадян, М.Ф. Тимербулатова, И.Ф. Тимербулатов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2025. – Т. 18, № 3. – С. 281–286.

29. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 24 апреля 2024 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

30. Пичиков, А.А. Динамика самоповреждающего поведения и суицидальное фантазирование в подростковом возрасте / А.А. Пичиков, Ю.В. Попов, Ю.А. Яковлева // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 80–85.

31. Пятницкая, И.Н. Подростковая наркология / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова. – Москва: Медицина, 2002. – 256 с. – ISBN 5-225-04123-3.

32. Руженков, В.А. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения / В.А. Руженков, В.В. Руженкова // Суицидология. – 2014. – № 1 (14). – С. 41–51.

33. Сагалакова, О.А. Психологические механизмы намеренного самоповреждающего поведения у подростков / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // Инновации в науке. – 2015. – № 11-2 (48). – С. 82–89.

34. Сардарян, Д.А. Применение техник когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении пациентов с химической зависимостью / Д.А.

Сардарян, Е.Б. Дуплякин, Э.Т. Зулфикарова// Modern Scientific Technology. – 2024. – № 8. – С. 252–258.

35. Сёмина, Т.С. Несуицидное самоповреждающее поведение у подростков и молодых людей: структура, мотивация и предрасполагающие факторы / Т.С. Сёмина // FORCIPE. – 2020. – № 5. – С. 722–733.

36. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – Academia, 2007. – 176 с.

37. Скрыбин, Е.Г. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуицидальной целью в клинической практике / Е.Г. Скрыбин, П.Б. Зотов, М.А. Аксельров [и др.] // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 3(40). – С. 130–147. – doi: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147.

38. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т.1. – С. 16 – 97.

39. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

40. Цыганков, Б.Д. Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар / Б.Д. Цыганков, С.В. Ваулин // Психическое здоровье. – 2012. – № 4. – С. 33–36.

41. Шапошникова, Ю.В. Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте. Факторы риска и особенности течения (обзор литературы) / Ю.В. Шапошникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2024. – № 1 (122). – С. 72–79. – doi: 10.26617/1810-3111-2024-1(122)-72-79.

42. Шкитырь, Е.Ю. Химические аддикции как составляющая саморазрушающего поведения у несовершеннолетних (систематический обзор литературы) / Е. Ю. Шкитырь, Н.А. Александрова // Медицина. – 2023. – Т. 11, № 4. – С. 10–31. – doi: 10.29234/2308-9113-2023-11-4-10-31.

43. Шустов, Д.И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. – Москва, 2000. – 20 с.

44. Abdalla, R.R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS) / R.R. Abdalla, C.S. Madruga, M. Ribeiro // *Addictive behaviors*. – 2014. – Vol. 39, № 1. – P. 297–301. – doi: 10.1016/j.addbeh.2013.10.019.
45. Al-Halabí, S. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) / S. Al-Halabí, P.A. Sáiz, P. Burón [et al.] // *Revista de psiquiatria y salud mental*. – 2016. – Vol. 9, № 3. – P. 134–142. – doi: 10.1016/j.rpsm.2016.02.002.
46. Andover, M.S. Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury / M.S. Andover, B.W. Morris // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 59, № 11. – P. 569–575. – doi: 10.1177/070674371405901102.
47. Andreotti, E.T. Instruments to assess suicide risk: a systematic review / E.T. Andreotti, J.R. Ipuchima, S.C. Cazella [et al.] // *Trends in psychiatry and psychotherapy*. – 2020. – Vol. 42, № 3. – P. 276–281.
48. Asarnow, J.R. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment / J.R. Asarnow, L.J. Baraff, M. Berk [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2011. – Vol. 62, № 11. – P. 1303–1309. – doi: 10.1176/ps.62.11.pss6211_1303.
49. Asarnow, J.R. Practitioner review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents – advances in suicide prevention care / J.R. Asarnow, L. Mehlum // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2019. – Vol. 60, № 10. – P. 1046–1054. – doi: 10.1111/jcpp.13130.
50. Axelrod, S.R. Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for Substance Use Disorders / S.R. Axelrod – *Oxford Handbooks Online*, 2018. – 402 p. – doi: 10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.16.
51. Baer, M.M. Methods Matter: Nonsuicidal Self-Injury in the Form of Cutting is Uniquely Associated with Suicide Attempt Severity in Patients with Substance Use Disorders / M. M. Baer, M.T. Tull, C.N. Forbes [et al.] // *Suicide & life-threatening behavior*. – 2020. – Vol. 50, № 2. – P. 397–407. – doi: 10.1111/sltb.12596.

52. Bagby, R.M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure / R.M. Bagby, J.D. Parker, G.J. Taylor // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1994. – Vol. 38, № 1. – P. 23–32. – doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
53. Ball, J. Long-term trends in adolescent alcohol, tobacco and cannabis use and emerging substance use issues in Aotearoa New Zealand / J. Ball, R. Crossin, J. Boden [et al.] // *Journal of the Royal Society of New Zealand*. – 2022. – Vol. 52, № 4. – P. 450–471. – doi: 10.1080/03036758.2022.2060266.
54. Beck, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders* / A.T. Beck. – New York: International Universities Press, 1976. – 356 p.
55. Beck, A.T. *Manual for the Beck Depression Inventory-II* / A.T. Beck, R.A. Steer, G.K. Brown. – San Antonio: Psychological Corporation, 2021. – 63 p.
56. Galindo, D. The Effects of Social Networks and Digital Technology on Non-suicidal Self-Injury in Children and Adolescents: A Systematic Review / D. Galindo, A. Lopez, D. Osorno [et al.] // *Cureus*. – 2026. – Vol. 18, № 1. – P. e101014. – doi: 10.7759/cureus.101014.
57. Brent, D.A. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior / D.A. Brent, J.J. Mann // *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*. – 2005. – Vol. 133C, № 1. – P. 13–24. – doi: 10.1002/ajmg.c.30042.
58. Bresin, K. Gender differences in nonsuicidal self-injury / K. Bresin, M. Schoenleber // *Clinical Psychology Review*. – 2019. – Vol. 38. – P. 55–64. – doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
59. Bridge, J.A. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials / J.A. Bridge, S. Iyengar, C.B. Salary [et al.] // *JAMA*. – 2007. – Vol. 297, № 15. – P. 1683–1696. – doi: 10.1001/jama.297.15.1683.
60. Brunner, R. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries / R. Brunner, M. Kaess, P. Parzer [et al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2014. – Vol. 55, № 4. – P. 337–348. – doi: 10.1111/jcpp.12166.

61. Butt, P.R. Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among Older Adults / P.R. Butt, M. White-Campbell, S. Canham [et al.] // *Canadian geriatrics journal*. – 2020. – Vol. 23, № 1. – P. 143–148. – doi: 10.5770/cgj.23.425.
62. Casiano, H. Evaluation of a Suicide Risk Assessment Tool in a Large Sample of Detained Youth / H. Casiano, S.L. Bolton, L.Y. Katz [et al.] // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2019. – Vol. 28, № 3. – P. 105-114.
63. Cha, C.B. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, potential pathways, and the emerging role of digital technology / C.B. Cha, P.J. Franz, E.M. Guzmán [et al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2018. – Vol. 59, № 4. – P. 460–482. – doi: 10.1111/jcpp.12831.
64. Chávez-Flores, Y.V. Assessment tools of non-suicidal self-injury in adolescents 1990-2016: a systematic review / Y.V. Chávez-Flores, C.A. Hidalgo-Rasmussen, L.Y. Yanez-Peñúñuri // *Ciencia & saude coletiva*. – 2019. – Vol. 24, № 8. – P. 2871–2882. – doi: 10.1590/1413-81232018248.18502017.
65. Cipriano, A. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review / A. Cipriano, S. Cella, P. Cotrufo // *Frontiers in psychology*. – 2017. – Vol. 8. – P. 1946. – doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946.
66. Costa, R.P.O. Profile of non-suicidal self-injury in adolescents: interface with impulsiveness and loneliness / R.P.O. Costa, A.L.R.P. Peixoto, C.C.A. Lucas [et al.] // *Jornal de pediatria*. – 2021. – Vol. 97, № 2. – P. 184–190. – doi: 10.1016/j.jpmed.2020.01.006.
67. Cullen, K.R. Abnormal amygdala resting-state functional connectivity in adolescent depression / K.R. Cullen, M.K. Westlund, B. Klimes-Dougan [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70, № 11. – P. 1138–1147. – doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2099.
68. Dayan, J. Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction / J. Dayan, A. Bernard, B. Olliac // *Journal of physiology, Paris*. – 2010. – Vol. 104, № 5. – P. 279–286. – doi: 10.1016/j.jphysparis.2010.08.007.

69. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.

70. Diamond, G.S. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation / G.S. Diamond, M.B. Wintersteen, G.K. Brown [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49, № 2. – P. 122–131. – doi: 10.1097/00004583-201002000-00006.

71. Doyle, L. Motivations for Adolescent Self-harm and the Implications for Mental Health Nurses / L. Doyle, A. Sheridan, M.P. Treacy // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2017. – Vol. 24, № 2–3. – P. 134–142. – doi: 10.1111/jpm.12360.

72. Escelsior, A. Cannabinoid use and self-injurious behaviours: A systematic review and meta-analysis / A. Escelsior, M. Belvederi Murri, G.P. Corsini [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2021. – Vol. 278. – P. 85–98. – doi: 10.1016/j.jad.2020.09.020.

73. Evren, C. Relationship between self-mutilative behaviour and novelty seeking, the presence of antisocial and borderline personality disorders, and severity of psychopathology in a sample of male patients with heroin use disorder / C. Evren, V. Karabulut, I. Alniak [et al.] // *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. – 2018. – Vol. 20, № 3. – P. 25–32. – doi: 10.5152/pcp.20105.

74. Farkas, B.F. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis / B.F. Farkas, Z.K. Takacs, N. Kollárovics [et al.] // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2024. – Vol. 33, № 1. – P. 3439–3458. – doi: 10.1007/s00787-023-02264-y.

75. Fortune, S. Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process / S. Fortune, A. Stewart, V. Yadav, K. Hawton // *Journal of Affective Disorders*. – 2007. – Vol. 100, № 1. – P. 199–210. – doi: 10.1016/j.jad.2006.10.022.

76. Fox, K.R. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample / K.R. Fox, J.A. Harris, S.B. Wang //

Psychological Assessment. – 2020. – Vol. 32, № 7. – P. 677–689. – doi: 10.1037/pas0000819.

77. Faura-Garcia, J. Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments / J. Faura-Garcia, I. Orue, E. Calvete // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. – 2020. – Vol. 28, № 4. – P. 739–765. – doi: 10.1002/cpp.2537.

78. Glenn, C.R. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth / C.R. Glenn, J.C. Franklin, M.K. Nock // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2015. – Vol. 44, № 1. – P. 1–29. – doi: 10.1080/15374416.2014.945211.

79. Goldenberg, A. Digital Emotion Contagion / A. Goldenberg, J. J. Gross // *Trends in cognitive sciences*. – 2020. – Vol. 24, № 4. – P. 316–328. – doi: 10.1016/j.tics.2020.01.009.

80. Grabe, H.J. Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology / H.J. Grabe, C. Spitzer, H.J. Freyberger // *American Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161, № 7. – P. 1299–1301. – doi: 10.1176/appi.ajp.161.7.1299.

81. Grant, J.E. Introduction to behavioral addictions / J.E. Grant, M.N. Potenza, A. Weinstein [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2010. – Vol. 36, № 5. – P. 233–241. – doi: 10.3109/00952990.2010.491884.

82. Gratz, K.L. Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index / K.L. Gratz, K.L. Dixon-Gordon, A.L. Chapman [et al.] // *Assessment*. – 2022. – Vol. 22, № 5. – P. 527–539. – doi: 10.1177/1073191114565878.

83. Gratz, K.L. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory / K.L. Gratz // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2001. – Vol. 23, № 1. – P. 253–263. – doi: 10.1023/A:1012779403943.

84. Gratz, K.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates /

K.L. Gratz, A.L. Chapman // *Psychology of Men & Masculinity*. – 2007. – Vol. 8, № 1. – P. 1–14. – doi: 10.1037/1524-9220.8.1.1.

85. Guo, Z. Exploring the association of addiction-related genetic factors with non-suicidal self-injury in adolescents / Z. Guo, C. Wang, S. Liu [et al.] // *Frontiers in psychiatry*. – 2023. – Vol. 14, № 1. – P. 239–248. – doi: 10.3389/fpsy.2023.1126615.

86. Hamza, C.A. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A longitudinal examination among emerging adults / C.A. Hamza, T. Willoughby, T. Heffer // *Journal of Adolescent Health*. – 2019. – Vol. 75, № 2. – P. 37–46. – doi: 10.1016/j.adolescence.2019.07.003.

87. Hawton, K. Interventions for self-harm in children and adolescents / K. Hawton, K.G. Witt, T.L. Taylor Salisbury [et al.] // *The Cochrane database of systematic reviews*. – 2015. – Vol. 12, № 1. – P. 410–425. – doi: 10.1002/14651858.CD012013.

88. Hawton, K. Self-harm and suicide in adolescents / K. Hawton, K.E. Saunders, R.C. O'Connor // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 379, № 9834. – P. 2373–2382. – doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.

89. Hawton, K. Suicide / K. Hawton, K. van Heeringen // *The Lancet*. – 2009. – Vol. 373, № 9672. – P. 1372–1381. – doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X.

90. Hetrick, S.E. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents / S.E. Hetrick, J.E. McKenzie, G.R. Cox [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2012. – № 11. – Art. CD004851. – doi: 10.1002/14651858.CD004851.pub3.

91. Higginbotham, J.A. Endogenous opioid systems alterations in pain and opioid use disorder / J.A. Higginbotham, T. Markovic, N. Massaly [et al.] // *Frontiers in systems neuroscience*. – 2022. – Vol. 16, № 13. – P. 2211–2220. – doi: 10.3389/fnsys.2022.1014768.

92. Johnston, L.D. Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2023 / L.D. Johnston, R.A. Miech, P.M. O'Malley [et al.]. – Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan, 2023. – 412 p.

93. Kaminer, Y. Youth fatal drug overdose and suicide: Trends in Connecticut, 2019-2021 / Y. Kaminer, R. Burke, S. Zhornitsky [et al.] // *The American journal on addictions*. – 2024. – Vol. 33, № 3. – P. 327–334. – doi: 10.1111/ajad.13506.
94. Kao, H.T. Pain sensitivity as a state marker and predictor for adolescent non-suicidal self-injury / H.T. Kao, I. Mürner-Lavanchy, E. von Stosch [et al.] // *Psychological medicine*. – 2024. – Vol. 54, № 9. – P. 2291–2298. – doi: 10.1017/S0033291724000461.
95. Katz, C. A systematic review of school-based suicide prevention programs / C. Katz, S.L. Bolton, L.Y. Katz [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, № 10. – P. 1030–1045. – doi: 10.1002/da.22114.
96. Kiburi, S.K. Cannabis use in adolescence and risk of psychosis: Are there factors that moderate this relationship? A systematic review and meta-analysis / S.K. Kiburi, K. Molebatsi, V. Ntlantsana [et al.] // *Substance abuse*. – 2021. – Vol. 42, № 4. – P. 527–542. – doi: 10.1080/08897077.2021.1876200.
97. Kidger, J. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: A self-report survey in England / J. Kidger, J. Heron, G. Lewis [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12, № 1. – P. 69. – doi: 10.1186/1471-244X-12-69.
98. Klonsky, E.D. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS) / E.D. Klonsky, C.R. Glenn // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2009. – Vol. 31, № 3. – P. 215–219. – doi: 10.1007/s10862-008-9107-z.
99. Klonsky, E.D. Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update / E.D. Klonsky, B.Y. Saffer, C.J. Bryan // *Current Opinion in Psychology*. – 2018. – Vol. 46. – P. 101343. – doi: 10.1016/j.copsyc.2017.07.020.
100. Klonsky, E.D. Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. / E.D. Klonsky, S.E. Victor, B.Y. Saffer // *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. – 2014. – Vol. 59, № 11. – P. 565–568. –doi: 10.1177/070674371405901101.
101. Klonsky, E.D. Self-injury: A research review for the practitioner / E.D. Klonsky, J.J. Muehlenkamp // *Journal of Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 63, № 11. – P. 1045–1056. – doi: 10.1002/jclp.20412.

102. Bahamón, M.J. Psychometric properties of the Alexian Brother Urge to Self-Injure (ABUSI) Spanish version for adolescents / M.J. Bahamón, J.J. Javela, N.J. Bonilla-Cruz [et al.] // *Heliyon*. – 2023. – Vol. 9, № 6. – P. 16167. – doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e16167.

103. Klonsky, E.D. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework / E.D. Klonsky, A.M. May // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2015. – Vol. 8, № 2. – P. 114–129. – doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114.

104. Koob, G.F. Neurobiology of Addiction: A Neurocircuitry Analysis / G.F. Koob, N.D. Volkow // *The Lancet. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3, № 1. – P. 760–773. – doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.

105. Kroenke, K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R.L. Spitzer, J.B. Williams // *Journal of General Internal Medicine*. – 2001. – Vol. 16, № 9. – P. 606–613. – doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

106. Lamyai, W. Risks of psychosis in methamphetamine users: cross-sectional study in Thailand / W. Lamyai, K. Pono, D. Indrakamhaeng [et al.] // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9, № 10. – P. 342–348. – doi: 10.1136/bmjopen-2019-032711.

107. Lin, X. Impaired neural activity and functional connectivity in the hippocampus of adolescents with non-suicidal self-injury addiction / X. Lin, Y. Sun, Y. Hu [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2025. – Vol. 25, № 1. – P. 895. – doi: 10.1186/s12888-025-07331-z.

108. Linehan, M.M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder / M.M. Linehan. – New York: Guilford Press, 1993. – 558 p.

109. Linehan, M.M. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder / M.M. Linehan, K.E. Korslund, M.S. Harned [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2015. – Vol. 72, № 5. – P. 475–482. – doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.

110. Linehan, M.M. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder / M.M. Linehan, K.A. Comtois, A.M. Murray [et al.] // *Archives of*

General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63, № 7. – P. 757–766. – doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757.

111. Ling, Y. Cross-cultural validation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in Chinese adolescents / Y. Ling, Y. Zeng, H. Yuan [et al.] // Journal of psychiatric and mental health nursing. – 2016. – Vol. 23, № 3. – P. 179–187. – doi: 10.1111/jpm.12298.

112. Lloyd-Richardson, E.E. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents / E.E. Lloyd-Richardson, N. Perrine, L. Dierker, M.L. Kelley // Psychological Medicine. – 2007. – Vol. 37, № 8. – P. 1183–1192. – doi: 10.1017/S003329170700027X.

113. Maggioni, E. Brain volumes in alcohol use disorder: Do females and males differ? A whole-brain magnetic resonance imaging mega-analysis / E. Maggioni, M.G. Rossetti, N.B. Allen [et al.] // Human Brain Mapping. – 2023. – Vol. 93, № 7. – P. 637–645. – doi: 10.1002/hbm.26404.

114. Mann, J.J. Neurobiology of suicidal behaviour / J.J. Mann // Nature Reviews Neuroscience. – 2003. – Vol. 4, № 10. – P. 819–828. – doi: 10.1038/nrn1220.

115. Mars, B. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study / B. Mars, J. Heron, E.D. Klonsky [et al.] // The Lancet Psychiatry. – 2019. – Vol. 6, № 4. – P. 327–337. – doi: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6.

116. Masten, A.S. Resilience in children: Developmental perspectives / A.S. Masten, A.J. Barnes // Children. – 2018. – Vol. 5, № 7. – P. 98. – doi: 10.3390/children5070098.

117. Matsumoto, T. Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use / T. Matsumoto, F. Imamura // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2008. – Vol. 62, № 1. – P. 123–125. – doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01440.x.

118. Mehlum, L. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up / L. Mehlum, M. Ramberg, A.J. Tørmoen [et al.] // Journal

of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2016. – Vol. 55, № 4. – P. 295–300. – doi: 10.1016/j.jaac.2016.01.005.

119. Miller, M. A Qualitative Study of Understanding Reasons for Self-Harm in Adolescent Girls / M. Miller, M. Redley, PO. Wilkinson // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, № 7. – P. 33–61. – doi: 10.3390/ijerph18073361.

120. Miller, W.R. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) / W.R. Miller, J.S. Tonigan // Psychology of Addictive Behaviors. – 1996. – Vol. 10, № 2. – P. 81–89. – doi: 10.1037/0893-164X.10.2.81.

121. Miller, W.R. Motivational interviewing: Helping people change / W.R. Miller, S. Rollnick. – 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2012. – 482 p.

122. Möller, C.I. Self-harm, substance use, and psychological distress in the Australian general population / C.I. Möller, R.J. Tait, D.G. Byrne // Addiction. – 2013. – Vol. 108, № 1. – P. 211–220. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04031.x.

123. Giletta, M. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States / M. Giletta, R.H. Scholte, R.C. Engels [et al.] // Psychiatry research. – 2012. – Vol. 197, № 1. – P. 66–72. – doi: 10.1016/j.psychres.2012.02.009.

124. Moran, P. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study / P. Moran, C. Coffey, H. Romaniuk [et al.] // The Lancet Psychiatry. – 2012. – Vol. 379, № 1. – P. 236–243. – doi: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0.

125. Morgan, C. Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: cohort study in primary care / C. Morgan, R.T. Webb, M.J. Carr [et al.] // BMJ. – 2017. – Vol. 359. – P. j4351. – doi: 10.1136/bmj.j4351.

126. Moselli, M. The Study of Motivation in the Suicidal Process: The Motivational Interview for Suicidality / M. Moselli, C. Frattini, R. Williams [et al.] // Frontiers in psychiatry. – 2021. – Vol. 11. – P. 598866. – doi: 10.3389/fpsy.2020.598866.

127. Muehlenkamp, J.J. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm / J.J. Muehlenkamp, L. Claes, L. Havertape [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2012. – Vol. 6, № 1. – Art. 10. – doi: 10.1186/1753-2000-6-10.

128. Muris, P. The relationship between addiction and hikikomori tendencies: a case-control study / P. Muris, V. van de Pasch, J. van Kessel // *Frontiers in psychiatry*. – 2023. – Vol. 14, № 4. – P. 1273865. – doi: 10.3389/fpsyt.2023.1273865.

129. Neufeld, M. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language - a systematic review of validation efforts and application challenges / M. Neufeld, A. Bunova, C. Ferreira-Borges [et al.] // *Subst Abuse Treat Prev Policy*. – 2021. – Vol. 16, № 76. – P. 38–59. – doi: 10.1186/s13011-021-00404-8.

130. Nock, M.K. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample / M.K. Nock, E.B. Holmberg, B.D. Michel // *Psychological assessment*. – 2007. – Vol. 19, № 3. – P. 309–317. – doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309.

131. Nock, M.K. Self-injury / M.K. Nock // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2010. – Vol. 6. – P. 339–363. – doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.

132. Nock, M.K. Why do people hurt themselves? / M.K. Nock // *Current Directions in Psychological Science*. – 2009. – Vol. 18, № 2. – P. 78–83. – doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x.

133. Nutt, D. J. The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows / D. J. Nutt, A. Lingford-Hughes, D. Erritzoe [et al.] // *Nature reviews. Neuroscience*. – 2015. – Vol. 16, № 5. – P. 305–312. – doi: doi.org/10.1038/nrn3939.

134. Olweus, D. School bullying: Development and some important challenges / D. Olweus // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 9. – P. 751–780. – doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516.

135. Oppenheimer, C.W. Suicidal ideation among anxious youth: a preliminary investigation of the role of neural processing of social rejection in interaction with real world negative social experiences / C.W. Oppenheimer, J.S. Silk, K.H. Lee [et al.] // *Child*

Psychiatry and Human Development. – 2020. – Vol. 51, № 2. – P. 163–73. – doi: 10.1007/s10578-019-00920-6.

136. Ougrin, D. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis / D. Ougrin, T. Tranah, D. Stahl // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 54, № 2. – P. 97–107. – doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009.

137. Patton, G.C. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing / G.C. Patton, S.M. Sawyer, J.S. Santelli [et al.] // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387, № 10036. – P. 2423–2478. – doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1.

138. Posner, K. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults / K. Posner, G. K. Brown, B. Stanley [et al.] // *The American journal of psychiatry*. – 2011. – Vol. 168, № 12. – P. 1266–1277. – doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.

139. Prochaska, J. O. Applying the stage of change / J. O. Prochaska, J. C. Norcross, C. C. DiClemente // *Psychotherapy in Australia*. – 2013. – Vol. 19. – № 2. – P. 10-15.

140. Prochaska, J. O. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente. – Homewood, IL: Dorsey Press, 1984. – 193 p.

141. Roth, A.S. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour / A.S. Roth, R.B. Ostroff, R.E. Hoffman // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1996. – Vol. 57, № 6. – P. 233–237.

142. Santisteban, D.A. Bridging diversity and family systems: Culturally informed and flexible family-based treatment for Hispanic adolescents / D.A. Santisteban, M.P. Mena, C. Abalo // *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. – 2012. – Vol. 2, № 4. – P. 246–263. – doi: 10.1037/cfp0000013.

143. Schulte-Frankenfeld, P.M. Effectiveness of Attachment-Based Family Therapy for Suicidal Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis / P.M. Schulte-Frankenfeld, J.J.F. Breedvelt, M.E. Brouwer [et al.] // *Clinical psychology in Europe*. – 2024. – Vol. 6, № 4. – P. 122–131. – doi: 10.32872/cpe.13717.

144. Sharma, V. Prevention of self-harm and suicide in young people up to the age of 25 in education settings / V. Sharma, D. Marshall, S. Fortune [et al.] // The Cochrane database of systematic reviews. – 2024. – Vol. 12, № 2. – P. CD013844. – doi: 10.1002/14651858.CD013844.pub2.

145. Sikander, A. C. The Role of AI-Driven Tools for Early Detection of Mental Health Disorders: A Systematic Review / A.C. Sikander, S. Muneeba, A. Maryam // Journal of Research in Psychology. – 2024. – Vol. 2, № 2. – P. 44–55. – doi: 10.46662/jrp.v2i2.46.

146. Silk, K.R. Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: the STEPPS program / K.R. Silk // The American journal of psychiatry. – 2008. – Vol. 165, № 4. – P. 413–415. – doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08010102.

147. Sitnik-Warchulska, K. Family Patterns and Suicidal and Violent Behavior among Adolescent Girls-Genogram Analysis / K. Sitnik-Warchulska, B. Izydorczyk // International journal of environmental research and public health. – 2018. – Vol. 15, № 10. – P. 2067. – doi: 10.3390/ijerph15102067.

148. Squeglia, L.M. The influence of substance use on adolescent brain development / L.M. Squeglia, J. Jacobus, S.F. Tapert // Clinical EEG and Neuroscience. – 2009. – Vol. 40, № 1. – P. 31–38. – doi: 10.1177/155005940904000110.

149. Stanley, B. Non-suicidal self-injury and endogenous opioids / B. Stanley, L. Sher, S. Wilson [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2010. – Vol. 124, № 1–2. – P. 134–140. – doi: 10.1016/j.jad.2009.10.028.

150. Qiao, D. The possible effect of inflammation on non-suicidal self-injury in adolescents with depression: a mediator of connectivity within corticostriatal reward circuitry / D. Qiao, Y. Qi, X. Zhang [et al.] // European child & adolescent psychiatry. – 2025. – Vol. 34, №9. – P. 2871–2885. – doi: 10.1007/s00787-025-02709-6.

151. Stimulant use disorder: mechanisms and consequences / National Institute on Drug Abuse. – NIDA Research Report Series, 2024. – NIH Publication No. 23-4567. – 48 p.

152. Swannell, S.V. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression / S.V. Swannell, G.E. Martin, A.

Page [et al.] // *Suicide & life-threatening behavior*. – 2014. – Vol. 44, № 3. – P. 273–303. – doi: 10.1111/sltb.12070.

153. Swedo, E.A. Adverse Childhood Experiences and Health Conditions and Risk Behaviors Among High School Students – Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023 / E.A. Swedo, S. Pampati, K.N. Anderson [et al.] // *MMWR supplements*. – 2024. – Vol. 73, № 4. – P. 39–50. – doi: 10.15585/mmwr.su7304a5.

154. Taylor, G.J. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures / G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2003. – Vol. 55, № 3. – P. 277–283. – doi: 10.1016/s0022-3999(02)00601-3.

155. Taylor, G.J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / G.J. Taylor, D. Ryan, R.M. Bagby // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1985. – Vol. 44, № 4. – P. 191–199. – doi: 10.1159/000287912.

156. Taylor, P.J. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury / P.J. Taylor, K. Jomar, K. Dhingra [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2018. – Vol. 227, № 4. – P. 759–769. – doi: 10.1016/j.jad.2017.11.073.

157. Turecki, G. Suicide and suicide risk. Nature reviews / G. Turecki, D.A. Brent, D. Gunnell // *Disease primers*. – 2019. – Vol. 5, № 1. – P. 74. – doi: 10.1038/s41572-019-0121-0.

158. Turner, B.J. Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions / B.J. Turner, S.B. Austin, A.L. Chapman // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 59, № 11. – P. 576–585. – doi: 10.1177/070674371405901103.

159. Van der Venne, P. Pain sensitivity and plasma beta-endorphin in adolescent non-suicidal self-injury / P. van der Venne, A. Balint, E. Drews [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2021. – Vol. 278. – P. 199–208. – doi: 10.1016/j.jad.2020.09.036.

160. Vega, D. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? / D. Vega, A. Sintes, M. Fernández [et al.] // *Actas espanolas de psiquiatria*. – 2018. – Vol. 46, №4. – P. 146–155.

161. Volkow, N.D. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction / N.D. Volkow, G.F. Koob, A.T. McLellan // *New England Journal of Medicine*. – 2016. – Vol. 374, № 4. – P. 363–371. – doi: 10.1056/NEJMra1511480.
162. Wang, Y.P. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review / Y.P. Wang, C. Gorenstein // *Revista brasileira de psiquiatria*. – 2013. – Vol. 35, № 4. – P. 416–431. – doi: 10.1590/1516-4446-2012-1048.
163. Washburn, J.J. Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample / J.J. Washburn, K.R. Juzwin, D.M. Styer [et al.] // *Psychiatry research*. – 2010. – Vol. 178, № 3. – P. 540–544. – doi: 10.1016/j.psychres.2010.05.018.
164. Wasserman, D. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial / D. Wasserman, V. Carli, C. Wasserman [et al.] // *BMC Public Health*. – 2010. – Vol. 10. – Art. 192. – doi: 10.1186/1471-2458-10-192.
165. Whitlock, J. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults / J. Whitlock, J. Muehlenkamp, J. Eckenrode // *Journal of Adolescent Health*. – 2013. – Vol. 52, № 4. – P. 486–492. – doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010.
166. Whitlock, J. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population / J. Whitlock, K.L. Knox // *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. – 2007. – Vol. 161, № 7. – P. 634–640. – doi: 10.1001/archpedi.161.7.634.
167. World Health Organization. Adolescent mental health. – Geneva: WHO, 2021. – URL: <https://www.who.int>. – Текст: электронный.
168. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2023. – Geneva: WHO, 2023. – 178 p.
169. World Health Organization. Global trends in adolescent substance use. – Geneva: WHO, 2023. – 156 p.
170. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). – Geneva: WHO, 2019. – URL: <https://icd.who.int>. – Текст: электронный.
171. Wystanski, M. Integrated treatment approaches / M. Wystanski // *American Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 159, № 12. – P. 2116–2117. – doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.2116-a.

172. Xiao, Q. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis / Q. Xiao, X. Song, L. Huang [et al.] // *Frontiers in psychiatry*. – 2022. – Vol. 13. – P. 912–941. – doi: 10.3389/fpsy.2022.912441.

173. Zetterqvist, M. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship / M. Zetterqvist, L.-G. Lundh, C.G. Svedin // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2014. – Vol. 8, № 23. – P. 1–12. – doi: 10.1186/1753-2000-8-23.

174. Zetterqvist, M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature / M. Zetterqvist // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2015. – Vol. 9, № 1. – P. 31. – doi: 10.1186/s13034-015-0062-7.

175. Zimmermann, G. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: Structural validity, internal consistency and prevalence of alexithymia in a Swiss adolescent sample / G. Zimmermann, V. Quartier, M. Bernard [et al.] // *L'Encephale*. – 2008. – Vol. 33, № 6. – P. 941–946. – doi: 10.1016/j.encep.2006.12.006.