

## Динамика самоповреждающего поведения и суицидальное фантазирование в подростковом возрасте

Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М. Бехтерева»

**Резюме.** В статье рассматривается самоповреждающее поведение у подростков. Проанализирована динамика самоповреждающего поведения в период двухлетнего катамнестического наблюдения у подростков с разными клиническими диагнозами и определена взаимосвязь характеристик суицидального фантазирования с формированием суицидальных тенденций.

**Ключевые слова:** самоповреждающее поведение, суицид, суицидальная попытка, суицидальное фантазирование, подростки.

### Dynamics of self-injurious behavior and suicidal fantasizing in adolescents

Pichikov A.A., Popov Y.V., Jakovleva Y.A.

St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

**Summary.** The article discusses the self-injurious behavior among adolescents. Analyzed the dynamics of self-injurious behavior during the two-year follow-up among adolescents with different clinical diagnosis and determined the characteristics of suicidal fantasy relationship with the formation of suicidal tendencies.

**Key words:** self-injurious behavior, suicide, suicide attempt, suicidal fantasizing, adolescents.

Ранее предполагалось, что склонность к самоповреждающему или суицидальному поведению может быть определена на основе анализа следующих особенностей аутоагрессивных действий: намерения, летальности способа, частоты (хронического характера действий) и психологических характеристик (степени сужения сознания, выраженности душевной боли, уровня безнадежности и т.п.). Однако, с течением времени стало ясно, что каждый из этих критериев не является надежным прогностическим фактором в определении всего многообразия аутоагрессивной активности человека. Так, появились такие дефиниции, как парасуицидальное поведение, демонстративно-шантажный суицидальный поступок, латентный (хронический) суицид и т.д., которые способствовали еще большей диагностической неопределенности в области суицидологии.

Вместе с тем многие авторы, несмотря на множество истолкований аутоагрессивных действий, сходятся во мнении, что они имеют собственную динамику и, порой, сочетаются [11, 12]. В свое время взаимосвязь самоповреждающего и суицидального поведения была трагически продемонстрирована Винсентом ван Гогом, который отрезал себе мочку уха в 1888 году за два года до выстрела в сердце. В силу того, что самоповреждения в анамнезе и суицид нередко сочетаются, большинство современных авторов фиксируют внимание на факторах, которые способствуют трансформации аутоагрессивного поведения [3, 7, 13]. Вместе с тем, незначительное внимание уделяется аспектам суицидального фантазирования, которое имеет особое значение в под-

ростковом возрасте, т.е. в том периоде, когда такие формы поведения как раз манифестируют и закрепляются [2, 5, 6, 10]. По своей сути фантазирование может рассматриваться как один из механизмов психологической защиты. Фантазии, таким образом, обеспечивают ослабление эмоционального напряжения, вызванного интер- и интрапсихическими конфликтами [4]. Однако, в некоторых случаях, особенно при наличии психической патологии, подобные фантазии в силу особенностей когнитивного функционирования и эмоциональной регуляции могут закрепляться в сознании и, в свою очередь, оказывать негативное влияние на душевное состояние подростка, превращаясь в «дамоклов меч», нависающий над той тонкой нитью, которая соединяет страдающего подростка с его бытием.

**Целью исследования** явилось изучение динамики самоповреждающих действий у подростков и их взаимосвязи с формированием суицидального поведения на основе анализа аутоагрессивного фантазирования.

#### Материал и методы исследования

Проведено клиническое обследование подростков, обратившихся за помощью в отделение лечения психических расстройств у лиц молодого возраста СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. Было обследовано 56 подростков в возрасте от 14 до 17 лет включительно, 25 юношей и 31 девушка (средний возраст 15,4±1,2 лет). Период катамнестического наблюдения составил 2 года. Исследование проводилось с использованием клинико-

анамнестического, клинико-психопатологического методов.

### Результаты

На первом этапе исследования из общего числа обратившихся на отделение, выделялись подростки с самоповреждающим поведением (СПП), в независимости от выставляемого диагноза (таб.1). Следует отметить, что преобладающими диагнозами у подростков с СПП являлись расстройства адаптации (F43.20-F43.25) — 30,4%; депрессивные расстройства (F32.0-F32.2; F33.0-F33.2) — 17,9% и формирующиеся расстройства личности — 16,0%. Меньшую долю составляли подростки с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в состоянии ремиссии (F20-F25) — 12,5%, с тревожными расстройствами (F40-F41) — 10,7%, биполярным аффективным расстройством (F31) — 7,1% и расстройствами пищевого поведения (F50.0-F50.3) — 5,4%. Отмечались и гендерные различия: у девушек по сравнению с юношами чаще встречались депрессивные расстройства — 22,5%, биполярное аффективное расстройство — 9,7% и расстройства пищевого поведения — 9,7%; у юношей же чаще по сравнению с девушками диагностировались шизофрения и расстройства шизофренического спектра — 20,0% и тревожные расстройства — 16,0%.

При дифференциальной диагностике аутоагрессивных действий, на первом этапе исключались любые формы суицидальной активности в анамнезе, как внутренние (пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы и намерения), так и внешние (суицидальная попытка). Для диагностики СПП выполнялись четкие критерии соответствия таким действиям, которые предлагаются к использованию в 3 секции DSM-5 в рамках описания несуйцидальных самоповреждений (nonsuicidal self-injury). В силу дискуссионности данных критериев и новизны для отечественной практики они полностью приводятся ниже:

**А.** За последний год индивид в течение 5 или более дней занимался преднамеренным нанесением

самому себе повреждений кожного покрова для того, чтобы вызвать кровотечение, кровоподтеки или боль (например, нанесение себе ран, уколов, ударов, чрезмерное трение) с ожиданием того, что травма приведет к легкой или средней степени физического вреда. Отсутствие суицидальных намерений либо определяется самим индивидом, либо основано на многократно повторяющемся поведении, которое свидетельствует об отсутствии желания смерти.

**В.** Индивид совершает акты самоповреждений с одной или несколькими целями: (1) для отвлечения от негативного эмоционального состояния или неприятных мыслей; (2) для устранения межличностных трудностей; (3) для достижения более хорошего настроения. Облегчение состояния при мыслях о самоповреждении, во время или вскоре сразу после самоповреждения отражает паттерны зависимого поведения и связано с многократным повторением этих действий.

**С.** Преднамеренное самоповреждение характеризуется, по крайней мере, одним из следующих аспектов: (1) межличностные трудности или негативные чувства или мысли, такие как депрессия, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед началом самоповреждающего акта; (2) до совершения акта самоповреждения период поглощенности мыслями об этом настолько интенсивен, что возникают трудности самоконтроля; (3) размышления о самоповреждении возникают очень часто, даже вне периода их нанесения.

**Д.** Поведение социально не санкционировано (пирсинг, татуировки, проявления религиозного или культурно-обусловленного ритуала и пр.) и не ограничено тем, что человек обдирает коросты или грызет ногти.

**Е.** Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или влияют на межличностные, учебные или другие важные области социального функционирования.

**Ж.** Поведение не возникает исключительно во время психотических эпизодов, делирия, наркотического или алкогольного опьянения. У лиц с на-

**Таблица 1. Распределение подростков по основным диагностированным психическим и поведенческим расстройствам**

Основной диагноз (МКБ-10)	Всего (N=56)		Юноши (N=25)		Девушки (N=31)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Расстройства адаптации (F43.20-F43.25)	17	30,4	8	32,0	9	29,0
Депрессивные расстройства (F32.0-F32.2; F33.0-F33.2)	10	17,9	3	12,0	7	22,5
Формирующееся расстройство личности (F60-F61)	9	16,0	4	16,0	5	16,1
Шизофрения и р-ва шизофренического спектра (F20-F25; ремиссия)	7	12,5	5	20,0	2	6,5
Тревожные расстройства (F40-F41)	6	10,7	4	16,0	2	6,5
Биполярное аффективное расстройство (F31)	4	7,1	1	4,0	3	9,7
Расстройства пищевого поведения (F50.0-F50.3)	3	5,4	0	0,0	3	9,7

рушением развития нервной системы поведение не является частью паттерна повторяющихся стереотипий. Поведение не связано с другим психическим расстройством или медицинским состоянием (например, психотическим состоянием, расстройствами аутистического спектра, нарушением умственного развития, синдромом Лех-Шихана, стереотипным двигательным расстройством с самоповреждением, трихотилломанией).

Следует отметить, что в группу подростков с СПП мы не включали молодых людей, у которых отмечались попытки самоотравления. Это связано не только с отсутствием описания подобной категории в диагностических критериях, но и с тем, что чаще всего подобные действия относятся к парасуицидальному поведению, т.е. к действиям, которые, скорее всего, не завершатся смертью индивида, а выбранный способ обладает сравнительно небольшим летальным потенциалом. Вместе с тем, такая позиция имела и принципиальный характер для нашего исследования поскольку рассмотрение аутоагрессивного фантазирования чаще всего подразумевало представление акта самоповреждения (самопореза, прижигания) в случае СПП или более летального действия (прыжок с высоты, повешение) в случае формирования внутренних форм суицидального поведения. Самоотравление в данном случае носит промежуточный характер и связано, скорее, с фантазированием на тему последствий для других, т.е. отражает реакцию ближайшего окружения на сообщение о смерти подростка.

В соответствии с вышеозначенными критериями был проведен анализ СПП у подростков. Несмотря на наличие самоповреждающих действий в течение последнего года (подтвержденных медицинской документацией, данными полученными от подростков и их родителей), проводился анализ их частоты за последние 3 месяца, в связи с тем, что в большинстве случаев подростки не могли уверенно сказать о том, как часто они прибегали к самоповреждениям в более ранний период.

При оценке частоты подобных действий было выявлено, что практически каждый день СПП встречается в 8,9% случаев, при этом тяжесть самоповреждений является легкой и связана, как правило, с нанесением поверхностных самопорезов, щипков или ударов в области лица, конечностей или живота. Подобное поведение в большей степени являлось стереотипным и отражало скорее привычную бессознательную форму мгновенного реагирования на любой, даже самый незначительный, раздражитель. С частотой 1-3 раза в неделю самоповреждения наносили 55,4% подростков. У таких подростков чаще встречались более тяжелые по соматическим последствиям действия, которые определялись уровнем переживаемого психо-эмоционального дискомфорта. Также для них было более характерно предпочтение однообразных самоповреждений в виде самопорезов в области голени, бедер и предплечий. В 35,7 % случаев подростки наносили самоповреждения 1-3 раза в месяц, при этом подоб-

ные действия чаще всего локализовались в дискретный промежуток времени и были связаны с определенным «триггером». Этим подросткам отличалась меньшая осознанность последствий своих действий и большая фиксированность на чувстве переживания невыносимого душевного состояния, обозначаемого интервьюируемыми, как душевная боль (psychache). В таких случаях подростки могли использовать крайне болезненные, но вместе с тем относительно менее опасные (чем при глубоких самопорезах), формы самоповреждений, например прижигание сигаретой или введение иглы под кожу.

Описывая суицидальное поведение у подростков, ряд авторов выделяли так называемые демонстративно-шантажные действия, которые имеют основной целью демонстрацию намерения умереть. При анализе СПП мы также учитывали возможное наличие подобных тенденций. Можно отметить, что в целом «суицидальная» демонстрация не была характерна для подростков с СПП. Большинство исследуемых (78,6%) старательно скрывали наличие самоповреждений от окружающих. Например, часть из них наносили самоповреждения в закрытых одеждой местах (внутренняя поверхность бедер, живот), постоянно носили кожаные браслеты на руках в случае самопорезов на предплечьях, объясняли их случайностью при наличии кровоподтеков или царапин на лице и теле. Некоторые подростки (21,4%), нанося самоповреждения с целью облегчения своего душевного состояния, могли использовать сложившуюся ситуацию, как метод воздействия на окружающих, включенных в межличностный конфликт. Как правило, это были лица женского пола, имеющие проблемы в интимно-личностной сфере.

Парадоксальным, и в то же время закономерным, являлся факт большей открытости в предъявлении самоповреждений в информационной сфере интернет-контента, когда подростки использовали социальные сети для их демонстрации. Несмотря на то, что иногда это носило анонимный характер (использование «дополнительных» страниц), в большинстве случаев доступ являлся открытым. Подобная демонстрация была характерна для 28,6% всех обследованных подростков. Данная тенденция свидетельствует не только о переносе большей части реальной коммуникации в область виртуального взаимодействия, но и о своеобразном слиянии «Я-виртуального» и «Я-реального» у подростка, когда экспериментирование над своим телом становится частью самопрезентации, широко обсуждаемой и поддерживаемой в референтных группах. С нашей точки зрения, в какой-то мере подобный психологический феномен может способствовать даже изменению физиологического эффекта (снижению болевой реакции) при нанесении самоповреждений у подростков.

Отчасти подобные размышления подтверждаются некоторыми исследованиями, например экспериментом J.Haines с соавт. (1995), который описал динамику ряда физиологических реакций (на-

пример, замедление пульса) у лиц с самоповреждающим поведением по сравнению с контрольной группой при представлении самопореза и отсутствии различий в реакциях при представлении нейтральных событий, ссоры с близким человеком и случайного ранения (пореза кухонным ножом). Таким образом, изначальное ожидание релаксационного эффекта от самоповреждения у подростка при просмотре изображений подобного плана в интернет-группах, соединяясь с возможностью мгновенной виртуальной самопрезентации, может способствовать закреплению облегчающей эмоциональное состояние копинг-стратегии, которая характеризуется не только неконструктивным потенциалом, но и аддиктивной составляющей, определяющей в итоге рост толерантности к болевым воздействиям.

В связи с тем, что рядом авторов активно обсуждается феномен фантазирования при рассмотрении суицидального поведения, нами была проанализирована динамика суицидальных фантазий у обследованных подростков. В силу того, что на момент первичного интервьюирования у них, по сути, отсутствовали суицидальные тенденции, можно сказать, что область фантазирования ограничивалась именно представлениями и визуализацией актов самоповреждений без намерения умереть. Однако при катарсическом наблюдении была выделена отдельно группа подростков (26,8%), у которых в явной мере проявилась тенденция к формированию именно суицидального фантазирования. В рамках концепции суицидального поведения А.Г. Амбрумовой [1], подобные тенденции можно было охарактеризовать, как пассивные суицидальные мысли, которые определялись наличием представлений и фантазий на тему своей смерти, но не лишения себя жизни как самопроизвольной активности. В этой группе подростков суицидальное фантазирование, с одной стороны имело значение для снижения уровня эмоционального напряжения, так же как и в случае представлений актов самоповреждений ранее, но в то же время являлось более аффективно насыщенным, с невозможностью переключения внимания на другие мысли и оттого воспринимаемое как более непереносимое, в связи с чем формировался «порочный круг» нереализованных желаний, которые требовали своего разрешения. Помимо этого, суицидальное фантазирование характеризовалось в большей степени представлениями о реакции окружающих на действия подростка, и не было связано только лишь с самим гипотетически совершаемым действием. В случае же фантазирования на тему способа совершения акта аутоагрессии по отношению к себе, при суицидальном фантазировании проявлялись яркие и образные картины, связанные с более брутальными действиями, например повешением, прыжком под поезд метро, падением с высоты. При анализе группы с суицидальным фантазированием было выявлено преобладание среди них лиц с аффективными расстройствами (депрессия, БАР) — 60,0% и шизофренией — 27,0%.

В какой-то степени данные нашего исследования согласуются с теоретической концепцией Т. Joiner (2005), который описал три наиболее значимые области, связанные с риском суицида: ощущение того, что суицидент является бременем для окружающих; чувство изоляции; привыкание к причинению себе боли. Третий фактор является же и центральным при обсуждении трансформации самоповреждающего поведения в суицидальное. Т. Joiner предполагает, что люди с СПП постепенно теряют страх смерти через привыкание к болевым ощущениям. В нашем исследовании при анализе динамики СПП у подростков с суицидальным фантазированием были выявлены все эти три фактора, причем страх смерти (а опосредованно и боли, связанной с ней), который обычно рассматривается как основа анти-суицидального барьера, имел небольшое значение вследствие повторяющихся стереотипных самоповреждений. В свою очередь чувство одиночества, изоляции, ненужности у таких подростков было связано не только с особенностями межличностных, семейных отношений, но и непосредственно с наличием душевного расстройства, определяющего депрессивную симптоматику, как основную — в случае с депрессивным или биполярным расстройствами, и опосредованную — в случае шизофрении или расстройств шизофренического спектра (постановка диагноза в молодом возрасте, частые госпитализации, побочные эффекты нейролептической терапии и т.д.).

При анализе суицидальной активности за период двухлетнего катарсического наблюдения за подростками с СПП, было выявлено, что совершили суицидальную попытку 8 подростков (14,3%), при этом завершенных суицидов не было. Для данных подростков было характерно наличие суицидального фантазирования в пресуицидальном периоде. При этом у 5 подростков преобладали фантазии, отражающие планируемые суицидальные действия. В воображении рисовались образные картины смерти по разным причинам: падения с высоты, повешения, прыжка под поезд. В фантазиях подростки проигрывали различные подготовительные действия, воображался подходящий способ самоубийства, место и время для совершения суицида. На начальном этапе формирования подобные фантазии перемежались и с картинами смерти от случайных причин или чужих рук. В целом, имея изначально весьма разрозненный и неопределенный характер, эти фантазии постепенно структурировались, и через какое-то время можно было говорить об определенном суицидальном плане, который и воплощался в жизнь. С практической точки зрения можно сказать, что чем выше была степень содержательной проработки планируемых действий в фантазиях, тем более высокой являлась степень суицидального риска.

У остальных 3 подростков преобладали фантазии, отражающие предполагаемую реакцию окружающих на суицидные действия. Сюжет фантазирования отражал реакцию ближайшего окруже-

ния на сообщение о смерти. В воображении рисовались картины траурных мероприятий, родственников возле гроба — плачущих, скорбящих, произносящих покаянные речи. Согласно мнению всех интервьюируемых подростков, совершивших суицидальную попытку, суицидальные фантазии обладали более неконтролируемым и аффективно-насыщенным характером, разнообразной структурой и меньшим релаксирующим потенциалом по сравнению с фантазиями, связанными с самоповреждениями.

### Заключение

Подростковый возраст является особым, «уязвимым» периодом в жизни каждого человека. Это определяется не только естественно возникающими трудностями, связанными с высоким уровнем конкуренции в группе сверстников, необходимостью сепарации от родителей и недостаточностью когнитивно-эмоциональных регуляторных механизмов. Подобная уязвимость в некоторых случаях определяется манифестацией различных психических расстройств, которые могут провоцировать формирование аутоагрессивных тенденций: самоповреждающего и/или суицидального поведения. При этом на начальном этапе данные тенденции могут базироваться на специфическом аутоагрессивном фантазировании, которое в дальнейшем трансформируется в представления, то есть переходит из чувственных наглядно-образных категорий в область абстрактно-логических умозаключений. В зависимости от определяющего эмоционального состояния и соответствующих когнитивных установок, подобные фантазии реали-

зуются в определенных копингах поведения, закрепляющихся со временем. Поскольку такие копинги чаще всего способствуют уменьшению выработанного напряжения и фиксации на негативных мыслях путем отвлечения на сенсорную доминанту, связанную с болью, в какой-то степени подобный механизм может определять и динамическое изменение аутоагрессивного фантазирования с формированием склонности к преобладанию суицидального компонента, характеризующегося большей аффективной насыщенностью, брутальностью предполагаемого способа аутоагрессии и межличностной направленностью.

Можно предположить, что СПП у подростков представляет собой широкий континуум поведенческих стратегий, которые в ряде случаев способствуют своеобразному созреванию эмоционально-регуляторных механизмов, позволяя пройти опасный возрастной период без значимых потерь, а у некоторых подростков, закрепляются как основная форма избегания трудностей, в дальнейшем трансформируясь в различные формы саморазрушающего поведения с присоединением различных аддикций и/или суицидальных тенденций. С нашей точки зрения, динамическое наблюдение за подростком с момента проявления первых признаков СПП позволяет дифференцированно использовать различные терапевтические стратегии, связанные как с фармакотерапией, нацеленной на устранение симптомов душевного расстройства, так и с выбором психотерапевтической направленности работы, нацеленной на нормализацию межличностных отношений, проблемно-решающего поведения и особенностей эмоциональной регуляции.

### Литература

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // *Комплексные исследования в суицидологии: сборник научных трудов*. — М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР. — 1986. — С.7-25.
2. Зверева М.В., Печникова Л.С. Самоповреждающее поведение у подростков в норме и при психической патологии // *Клиническая и специальная психология*. — 2013. — № 4. — С.23-32.
3. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение — синдром или особая реальность нового времени? / *Психическое здоровье*. — 2014. — Т.12.- № 4. — С.74-86.
4. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (эмоционально-мотивационная сфера и воображение). Часть 2. // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2012. — Т.14. — № 4.- С.4-10.
5. Макаров И.В., Кравченко И.В. Патологическое фантазирование у детей // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2015. — Т. 115. — С. 3-7.
6. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Психологические механизмы намеренного самоповреждающего поведения у подростков // *Инновации в науке*. — 2015. — № 51. — С.82-89.
7. Craig B.J., Rudd M.D. *The Importance of Temporal Dynamics in the Transition From Suicidal Thought to Behavior*// *Clinical Psychology: Science and Practice*. — 2016. — Vol.23. — №1. — P.21-25.
8. Joiner T. *Why people die by suicide*.- Cambridge, Harvard University Press.- 2005.- 288p.
9. Haines J., Williams C.L., Brain K.L., Wilson G.V. *The Psychophysiology of Self-Mutilation*// *Journal of Abnormal Psychology*. — 1995. — №104. — P.471-489.
10. Maltzberger J.T., Ronningstam E., Weinberg, I., Schechter M., Goldblatt M.J. *Suicide Fantasy as a Life-Sustaining Recourse*// *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. — 2010. — Vol.38. — №4. — P.611-623.
11. Orbach I., Mikulincer M., Blumenson R. et al. *The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement*// *Suicide and Life-Threatening Behavior*. — 1999. — Vol.29. — №2. — P.150-164.
12. Sands R.G., Dixon S.L. *Adolescent crisis and suicidal behavior: Dynamics and treat-*

- ment// *Child and Adolescent Social Work Journal*. — 1986. — Vol.3. — №2. — P.109-122.
13. Vansteenkiste M., Claes L., Soenens B. et al. *Motivational Dynamics Among Eating-disordered Patients With and Without Nonsuicidal Self-injury: A Self-Determination Theory Approach// European Eating Disorders Review*. — 2013. — Vol.5. — №3. — P. 209-214.

## Транслитерация

1. Ambrumova A.G. *Suicidal behavior as an object of complex study. Kompleksnye issledovaniya v suitsidologii: sbornik nauchnykh trudov*. — М.: Izd. Mosk. NII psikiatrii MZ SSSR. — 1986. — P. 7-25 (in Russian)
2. Zvereva M.V., Pechnikova L.S. *Self-injurious behavior in adolescents in health and mental disorders. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. — 2013. — №4. — P. 23-32. (in Russian)
3. Levkovskaya O.B., Shevchenko YU.S. *Non-suicidal self-harm behaviors — a syndrome or a specific reality of modern times? — Psikhicheskoe zdorov'e*. — 2014. — Vol.12. — P. 74-86. (in Russian)
4. Krylov V.I. *Psychology and Psychopathology of imagination (emotional-motivational sphere and imagination)*. — Part 2. — *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. — 2012. — Vol. 12. — P. 4-10. (in Russian)
5. Makarov I.V., Kravchenko I.V. *Pathological fantasy in children*. — *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.C. Korsakova*. — 2015. — Vol. 115. — P. 3-7. (in Russian)
6. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. *Psychological mechanisms of intentional self-injurious behavior in adolescents*. — *Innovatsii v nauke*. — 2015. — №51. — P. 82-89. (in Russian)

## Сведения об авторах

**Попов Юрий Васильевич** — д.м.н., профессор, заместитель директора института по научной работе ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России. E-mail: popov62@yandex.ru

**Пичиков Алексей Александрович** — к.м.н., научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России. E-mail: sigurros@mail.ru

**Яковлева Юлия Александровна** — к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России. E-mail: yua.08@mail.ru