

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 нанесений.

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». Этих подростков отличала 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