

С. В. ДАВИДОВСКИЙ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ИПК и ПКЗ УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

В настоящее время принято разграничивать самоповреждающее и суицидальное поведение, однако исследования, посвященные данной тематике, единичны.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 252 человека, разделенных на три группы:

- 1-я группа (100 человек) — лица, совершившие суицидальные попытки с использованием различных способов самоповреждения;
- 2-я группа (72 человека) — лица, совершившие истинную суицидальную попытку с использованием высоколетальных способов самоповреждения;
- 3-я группа (группа сравнения, 80 человек) — лица, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «расстройство адаптации», не совершившие суицидальных попыток.

Результаты. 1-я и 2-я группы значимо не различались между собой по распространенности психических расстройств. Наиболее явный уровень депрессии (25,2 балла) и мотивации к совершению суицида отмечался во 2-й группе. Наименее выражена депрессивная симптоматика в 1-й группе, небольшое проявление мотивации к совершению суицида отмечено в 3-й группе. По выраженности психосоциального стресса группы исследования значимо не различались. Замечено, что мужчины в возрасте 45—60 лет из 1-й и 2-й групп ($p \leq 0,001$ и $p = 0,030$ соответственно) чаще проживали одни ($p = 0,034$). Во 2-й группе по сравнению с 3-й группой доля лиц из неполной семьи существенно больше ($p \leq 0,05$). В 1-й и 2-й группах преобладали лица с флегматическим типом темперамента ($p \leq 0,001$), однако они значимо различались между собой по черте характера «застрение».

Выходы. 1-я и 2-я группы значительно различались между собой не только по способам самоповреждения, но и по выраженности мотивации к совершению суицида, депрессивной симптоматики и черте характера «застрение».

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, истинное суицидальное поведение, застревание, флегматический тип темперамента, неполная семья.

Currently, it is customary to distinguish between self-harm and suicidal behavior, but studies devoted to this topic are rare.

Materials and methods. The study involved 252 people divided into three groups:

- first group (100 people) — persons who have committed suicide attempts using various methods of self-harm;
- second group (72 people) — persons who made a true suicide attempt using highly lethal methods of self-harm;
- third group (the comparison group, 80 people) — persons undergoing inpatient treatment with a diagnosis of «adjustment disorder», who have not made suicidal attempts.

Results. The first and the second groups did not differ significantly from each other in the prevalence of mental disorders. The most pronounced level of depression (25,2 points) and motivation to commit suicide was noted in the second groups, the least pronounced depressive symptoms in the first group, the severity of motivation to commit suicide in the third group. The study groups did not differ significantly in the severity of psychosocial stress. It was noted that males aged 45—60 years from suicide risk groups (first group — $p \leq 0,001$; second group — $p = 0,030$) were significantly more likely to live alone ($p = 0,034$). In the second group, compared to the third group, the proportion of people raised in single-parent families is significantly higher ($p \leq 0,05$). In the first and the second groups, persons with a phlegmatic type of temperament predominated ($p \leq 0,001$), however, they significantly differed from each other in the character trait "stuck".

Conclusions. The first and the second groups differed significantly from each other not only in the methods of self-harm, but also in the severity of motivation to commit suicide, depressive symptoms and the character trait "stuck".

Key words: self-harmful behavior, true suicidal behavior, stuckness, phlegmatic type of temperament, single-parent family.

HEALTHCARE. 2024; 7: 13—20

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SELF-HARMING AND SUICIDAL BEHAVIOR

S. V. Davidouski

Несмотря на большое количество исследований, посвященных анализу социально-психологических факторов, ассоциированных с суицидальным поведением, исследования, посвященные дифференцировке самоповреждающего и суицидального поведения, носят единичный характер. Самоповреждающее поведение характеризуется нанесением самоповреждений,

которые совершаются с целью снижения психоэмоционального напряжения, является одним из способов совладания с эмоциональным дистрессом. Истинное суицидальное поведение характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни.

Одни из самых ранних попыток определить данный синдром были сделаны еще

в 1960-х гг. H. Graff и R. Mallin, но из-за попыток включить самоубийства в определения суициального поведения они потерпели неудачу [1—3]. В 1984 г. J. Kahan и E. M. Pattison дифференцировали поведение, связанное с самоубийством, от самоубийства и предложили отдельное диагностическое расстройство — синдром преднамеренного самоповреждения [4]. Учитывая высокую распространенность самоповреждающего поведения среди клинических выборок и в общей популяции подростков, по рекомендации рабочей группы по расстройствам настроения самоповреждающее поведение включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения [5—7].

В настоящее время установлено, что данные формы деструктивного поведения разграничиваются не только по форме проявления, но и по своим нейробиологическим коррелятам. При изучении данных форм самоповреждающего поведения в Республике Беларусь на протяжении 2016—2022 гг. выявлены определенные социально-психологические паттерны, позволяющие их разграничивать [8; 9].

Материал и методы

На основании мониторинга суицидальных попыток и суицидов в г. Минске за 10-летний период (2005—2014) были установлены демографические и поведенческие особенности (преобладающие способы нанесения себе повреждений или попыток нанести вред своему здоровью) лиц, склонных к самоповреждению и суицидальному поведению [10; 11]. Это позволило сформировать три группы респондентов:

- 1-я группа (100 человек: 50 женщин и 50 мужчин) — лица, совершившие самоповреждения различными способами;
- 2-я группа (72 человека: 54 мужчины и 18 женщин) — лица, использовавшие высоколетальные способы самоповреждения, которые могли привести к смерти при несвоевременном оказании им медицинской помощи;
- 3-я группа (группа сравнения, 80 человек: 59 мужчин и 21 женщина) — лица, находящиеся на стационарном лечении в психиатрическом отделении УЗ «10-я ГКБ», у которых было диагностировано расстройство адаптации (F43.2 по МКБ-10), но при этом суицидальных попыток и действий они не совершали. Данная

группа по своим демографическим характеристикам соответствовала 2-й группе.

Во всех группах преобладали лица с диагнозом F43: 1-я группа — 30 (30,0 %) человек, 2-я группа — 20 (27,8 %), 3-я группа — 72 (90 %). В 1-й и 2-й группах выделяли долю лиц с диагнозами F10.2 (23 (23 %) и 10 (13,9 %) человек соответственно) и F32 (8 (8 %) и 7 (9,7 %) человек соответственно), данные различия не значимы. В 3-й группе отсутствовали лица с диагнозом F10.1 и только у 1 человека была диагностирована зависимость от психоактивных веществ (F10.2) (табл. 1).

В процессе проведения исследования оценивали уровень перенесенного стресса по шкале Холмса — Рея, выраженность депрессивной симптоматики по шкале Монтгомери — Асберга, выраженность мотивации к совершению суицида по 10-й аналоговой шкале [12—14]. Определяли индивидуальные и характерологические особенности с использованием личностного опросника Айзенка и опросника Леонгарда — Шмишека.

При анализе квазиколичественных перемен гипотеза о наличии статистической взаимосвязи между тремя исследуемыми группами проверялась по непараметрическому критерию Краскела — Уоллиса. При подтверждении гипотезы о наличии связи между тремя группами выполняли попарное сравнение распределений по U-критерию Манна — Уитни с поправкой Бонферони на уровень значимости.

Результаты и обсуждение

При оценке выраженности стресса во всех группах установлено отсутствие значимых различий между группами, при этом показатель выраженности стресса в 3-й группе был значимо выше, чем в 1-й группе (табл. 2).

При учете гендерных различий значимой разницы не отмечали.

При оценке выраженности мотивации к совершению суицида установлено наличие различий между исследовательскими группами. Выраженность мотивации к совершению суицида установлена наличие различий между исследовательскими группами. Выраженность мотивации к совершению суицида является сильным дифференцирующим фактором. Различия в уровнях суицидальной мотивации являются существенными между всеми тремя группами (табл. 3).

Таблица 1

Распределение диагнозов в исследовательских группах

Диагноз	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F06	1	1	4	5,5	0	0
F06, F10.2	0	0	2	2,7	0	0
F10.1	5	5	4	5,5	0	0
F10.2	23	23	10	13,9	0	0
F10.2, F15	1	1	0	0	0	0
F10.2, F43	0	0	1	1,4	0	0
F10.2, F60	1	1	0	0	0	0
F11	1	1	0	0	0	0
F19	2	2	1	1,4	0	0
F20	0	0	1	1,4	0	0
F20, F10.1	1	1	0	0	0	0
F22	0	0	1	1,4	0	0
F23	2	2	1	1,4	0	0
F25	2	2	0	0	0	0
F31	1	1	0	0	0	0
F31, F10.2	1	1	0	0	0	0
F32	8	8	7	9,7	0	0
F32, F10	1	1	0	0	0	0
F32, F10.2	1	1	0	0	0	0
F32, F43	0	0	0	0	1	1,25
F32, F62	0	0	1	1,4	0	0
F33	0	0	0	0	1	1,25
F33, F43	0	0	0	0	1	1,25
F41	3	3	0	0	0	0
F42	0	0	1	1,4	0	0
F43	30	30	20	27,8	72	90
F43, F06	1	1	0	0	0	0
F43, F10.1	5	5	7	9,7	0	0
F43, F10.2	4	4	6	8,3	1	1,25
F43, F41	0	0	0	0	1	1,25
F43, F51	0	0	0	0	1	1,25
F43, F53	0	0	1	1,4	0	0
F45, F10.1	1	1	0	0	0	0
F48	0	0	0	0	2	2,50
F53	0	0	1	1,4	0	0
F60	1	1	0	0	0	0
F60, F10.1	0	0	1	1,4	0	0
F60, F10.2	1	1	1	1,4	0	0
F61	3	3	0	0	0	0
F61, F10.1	0	0	1	1,4	0	0
Всего	100	100	72	100	80	100

При оценке выраженности депрессии выявлена статистически значимая разница между исследовательскими группами. Уровень депрессии в 1-й группе ниже, чем во 2-й и в 3-й группах (табл. 4).

При анализе семейного статуса установлена значительная разница между 1-й и 3-й группами (табл. 5).

Отмечено, что в 1-й и 2-й группах доля лиц, состоящих в официальном браке, меньше, а лиц, не состоящих в браке, больше по сравнению с 3-й группой. Статистическая значимая разница по семейному статусу между мужчинами и женщинами в группах исследования выявлена в категориях «Вдовец/вдова» и «Гражданский брак» ($\chi^2 = 0,003$).

При оценке условий проживания отмечали статистически значимые различия между группами суицидального риска и 3-й группой (табл. 6).

При оценке гендерных различий в 1-й группе можно выделить высокую долю мужчин, проживающих с родителями (38,0 %), во 2-й группе — проживающих в одиночестве (33,3 %).

Установлены значительные различия между 2-й (38,6 %) и 3-й (16,4 %) группами в категории «Неполная семья/сирота» (табл. 7).

При учете гендерных различий значимой разницы между группами исследований не выявлено, таким образом, независимо от пола наличие факта неполной семьи является фактором риска самоповреждающего и суицидального поведения.

Таблица 2

Выраженность стресса у пациентов

Выраженность перенесенного стресса по шкале Холмса — Рея, баллы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Менее 150	50,0 %	37,1 %	28,6 %
150—199	19,0 %	21,4 %	24,7 %
200—299	20,0 %	18,6 %	20,8 %
300 и более	11,0 %	22,9 %	26,0 %
Среднее значение показателя 95 % ДИ	167,1 ^b (148,2—186,0)	204,0 (173,7—234,3)	233,9 (206,4—261,4)
p (χ ²)		0,067	

Примечание: ^b — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 1-й и 3-й группами.

Таблица 3

Выраженность мотивации к совершению суицида у пациентов

Суицидальная мотивация	1-я группа	2-я группа	3-я группа
До 8 баллов	85,0 % ^b	19,4 % ^{ac}	97,5 %
8 баллов и выше	15,0 % ^b	80,6 % ^{ac}	2,5 %
Среднее значение показателя 95 % ДИ	4,94 ^{bc} (4,47—5,40)	8,43 ^{ac} (8,05—8,90)	0,63 ^{ab} (0,26—1,0)
p (Краскела — Уоллиса)		≤ 0,001	
p (χ ²)		≤ 0,001	
Коэффициент Крамера		0,729	

Примечания: ^a — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 2-й и 3-й группами; ^b — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 1-й и 3-й группами; ^c — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 1-й и 2-й группами.

Таблица 4

Выраженность депрессии у пациентов

Выраженность депрессии по шкале Монтгомери — Асберга, баллы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
0—15	44,0 % ^{bc}	15,3 %	19,7 %
16—25	41,0 %	34,7 %	46,1 %
26—30	12,0 %	25,0 %	23,7 %
Свыше 30	3,0 % ^c	25,0 %	10,5 %
Среднее значение 95 % ДИ	17,0 ^b (15,5—18,5)	25,2 ^c (23,3—27,0)	22,3 (20,6—23,9)
p (χ ²)		≤ 0,001	
Коэффициент Крамера		0,278	

Примечания: ^b — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 1-й и 3-й группами; ^c — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 1-й и 2-й группами.

Таблица 5

Семейный статус пациентов

Семейный статус	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Женат/замужем	32,0 % ^b	39,4 %	59,0 %
Холост/не замужем	36,0 % ^b	29,6 %	17,9 %
Гражданский брак	9,0 %	8,5 %	2,6 %
Разведен(а)	17,0 %	12,7 %	14,1 %
Вдовец/вдова	6,0 %	9,9 %	6,4 %
p (χ^2)		0,027	
Коэффициент Крамера		0,187	

Примечание: ^b — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 1-й и 3-й группами.

Таблица 6

Условия проживания пациентов

Условия проживания	1-я группа	2-я группа	3-я группа
С семьей	28,3 % ^b	35,2 % ^a	55,8 %
Один/одна	23,2 %	28,2 %	14,3 %
С партнером/сожителем	11,1 %	12,7 %	7,8 %
С ребенком/детьми	8,1 %	5,6 %	6,5 %
С родителями	27,3 %	15,5 %	15,6 %
С другими родственниками	2,0 %	2,8 %	—
p (χ^2)		0,034	
Коэффициент Крамера		0,199	

Примечание: ^a — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 2-й и 3-й группами; ^b — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 1-й и 3-й группами.

Таблица 7

Особенности воспитания пациентов

Особенности воспитания	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Полная семья	77,8 %	61,4 % ^a	83,6 %
Неполная семья/сирота	22,2 %	38,6 % ^a	16,4 %
p (χ^2)		0,006	
Коэффициент Крамера		0,204	

Примечание: ^a — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 2-й и 3-й группами.

При сравнении групп по уровню образования отмечено, что в 1-й и во 2-й группах преобладали лица со средним специальным или средним образованием (табл. 8).

Значимых и выраженных различий по уровню образования между мужчинами и женщинами отмечено не было.

В профессиональном статусе существенных различий между группами также не наблюдалось (табл. 9).

Во всех группах преобладали лица, имеющие работу. Однако отмечены значимые различия между группами по уровню дохода (табл. 10).

В 1-й и 2-й группах низкий доход (100—160 у. е. в месяц) встречался чаще, чем высокий доход (свыше 500 у. е.). Значимых различий по уровню дохода между мужчинами и женщинами не выявлено, общая тенденция в группах сохраняется.

При оценке типа темперамента установлены значимые различия между группами исследования (табл. 11).

Доля флегматиков в 1-й и 2-й группах выше, чем в 3-й группе, где более половины человек (58,6 %) составляли меланхолики. Вторыми по частоте встречаемости в 3-й группе были лица с холерическим типом

Таблица 8

Уровень образования пациентов

Образование	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Высшее	21,0 % ^b	21,1 % ^a	62,8 %
Среднее специальное	40,0 %	40,8 %	28,2 %
Среднее общее	33,0 % ^b	28,2 % ^a	6,4 %
Другое	6,0 %	9,9 %	2,6 %
p (χ ²)		≤ 0,001	
Коэффициент Крамера		0,308	

Причина: ^a — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 2-й и 3-й группами; ^b — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 1-й и 3-й группами.

Таблица 9

Прфессиональный статус пациентов

Прфессиональный статус	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Работает	55,6 %	67,1 %	69,6 %
Не работает	32,3 %	27,1 %	26,6 %
Учащийся, студент	1,0 %	—	2,5 %
Пенсионер	11,1 %	5,7 %	1,3 %
p (χ ²)		0,091	

Таблица 10

Уровень дохода пациентов

Уровень дохода в месяц	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Нет	9,0 %	7,0 %	5,5 %
Менее 100 у. е.	14,0 %	7,0 %	13,7 %
100—160 у. е.	25,0 %	31,0 %	9,6 % ^{ab}
160—320 у. е.	33,0 %	25,4 %	19,2 %
320—500 у. е.	12,0 %	19,7 %	20,5 %
Свыше 500 у. е.	7,0 %	9,9 %	31,5 % ^{ab}
p (χ ²)		≤ 0,001	
Коэффициент Крамера		0,267	

Причина: ^a — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 2-й и 3-й группами; ^b — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ между 1-й и 3-й группами.

темперамента, доля лиц с флегматическим типом темперамента была низкой (11,4 %). Полученные различия не зависели от половой принадлежности.

Проанализированы черты характера (табл. 12). Значимые различия установлены для четырех показателей: нейротизм, застrevание, возбудимость и дистимность.

Таким образом, лица с самоповреждающим и суицидальным поведением, несмотря на значимые различия по выраженности мотивации к совершению суицида, депрессивной симптоматики и способам самоповреждения,

по выраженности психопатологических нарушений, значимо между собой не различались (см. табл. 1).

Отмечено, что среди пациентов, входящих в 1-ю и 2-ю группы, преобладали лица, которые проживали одни, с родителями, партнером или ребенком ($p = 0,034$) по сравнению с 3-й группой, где преобладали лица, проживающие с семьей (см. табл. 6). Однако при этом по семейному статусу 2-я и 3-я группы значимо не различались независимо от половой принадлежности. То есть оценка особенностей проживания, а не семейный статус является

более объективным фактором оценки особенностей проживания, также как и оценка наличия либо отсутствия работы не в полной мере отражает финансовое обеспечение индивида. Значимые различия между группами были получены по уровню дохода, а не по наличию либо отсутствию работы. Получены также существенные различия по условиям воспитания: в группах суициdalного риска преобладали лица из неполных семей, что не учитывается в существующих опросниках и шкалах оценки суициdalного риска. Таким образом, данное исследование позволило выявить факторы, являющиеся объективным отражением существующей социальной ситуации, в которой находится индивид, переживающий суициdalный кризис.

При оценке индивидуально-психологических черт характера в группах суициdalного риска преобладали лица с флегматическим

и меланхолическим типами темперамента независимо от пола. В 3-й группе превалировали лица с меланхолическим и холерическим типами темперамента. При этом группы исследования значимо различались между собой по таким чертам характера, как дистимность, возбудимость, застrevание и нейротизм. Однако 1-я и 2-я группы значимо различались между собой только по одной черте характера — застrevание. Во 2-й группе превышала доля лиц, у которых данная черта характера имела тенденцию к акцентуации, что сочеталось с преобладанием в данной группе людей с флегматическим типом темперамента. Следовательно, для них в отличие от респондентов из 1-й группы характерно застrevание на негативных эмоциях и переживаниях, что, по-видимому, приводит к развитию депрессивной симптоматики, на фоне которой формируются суициdalные мысли и тенденции.

Таблица 11

Встречаемость различных типов темперамента у пациентов

Тип темперамента	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Меланхолик	42,0 %	41,8 %	58,6 %
Сангвиник	6,8 %	6,0 %	2,9 %
Флегматик	31,8 % ^b	37,3 % ^a	11,4 %
Холерик	19,3 %	14,9 %	27,1 %
p (χ ²)		0,012	
Коэффициент Крамера		0,190	

П р и м е ч а н и я: ^a — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 2-й и 3-й группами; ^b — значимость различий на уровне p ≤ 0,05 между 1-й и 3-й группами.

Таблица 12

Значимость различий черт характера у пациентов

Черты характера	Достигнутая значимость, p			
	3-я группа — 1-я группа — 2-я группа	3-я группа — 1-я группа	3-я группа — 2-я группа	1-я группа — 2-я группа
Интроверсия — экстраверсия	0,331	—	—	—
Нейротизм	0,000	0,000	0,005	—
Демонстративность	0,401	—	—	—
Застrevание	0,001	0,000	—	0,011
Педантичность	0,156	—	—	—
Возбудимость	0,004	—	0,000	—
Гипертимность	0,784	—	—	—
Дистимность	0,006	0,002	—	—
Тревожность	0,084	—	—	—
Экзальтированность	0,363	—	—	—
Эмотивность	0,564	—	—	—
Циклотимность	0,189	—	—	—

Выводы

1. В группах суицидального риска преобладали лица с диагнозами F43 (1-я группа — 30 (30,0 %) человек, 2-я группа — 20 (27,8 %)), F10.2 (1-я группа — 23 (23 %) человека, 2-я группа — 10 (13,9 %)) и F32 (1-я группа — 8 (8 %) человек, 2-я группа — 7 (9,7 %)), в отличие от 3-й группы, где лица с диагнозом F43 составили 90 % (72 человека).

2. Наиболее выраженный уровень депрессии отмечался во 2-й группе (25,2 балла), наименее выраженный — в 1-й группе (17 баллов), по выраженности психосоциального стресса группы исследования значимо не различались между собой.

3. Исследовательские группы значимо различались по выраженности мотивации к совершению суицида ($p \leq 0,001$) независимо от пола.

4. В группах суицидального риска (1-я и 2-я группы) преобладали лица, проживающие одни, с сожителем, ребенком или родителями.

5. Во 2-й группе по сравнению с 3-й группой большая доля лиц — из неполной семьи ($p \leq 0,05$). Отмечено, что лица, входящие в группы суицидального риска, уступали лицам из 3-й группы по уровню образования ($p \leq 0,001$), реже имели высшее образование, чаще — среднее.

6. Среди групп суицидального риска преvalировали лица с уровнем дохода 100—160 у. е. в месяц, в 3-й группе — лица с доходом более 500 у. е. ($p \leq 0,001$).

7. В 1-й и 2-й группах преобладали лица с флегматическим типом темперамента ($p \leq 0,001$), но при этом значимо различались между собой по черте характера «застрение».

Контактная информация:

Давидовский Сергей Владимирович — к. м. н., доцент кафедры психиатрии и психотерапии.
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет».
Ул. П. Бровки 3, к. 3, 220013, г. Минск.
Сл. тел. +375 17 340-18-19.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Graff, H. The syndrome of the wrist cutter / H. Graff, R. Mallin // Am. J. Psychiatry. — 1967. — Vol. 124. — P. 74—80.

2. Pao, P. The syndrome of delicate self cutting / P. Pao // Br. J. Med. Psychol. — 1969. — Vol. 42. — P. 213—221.
3. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture / R. Rosenthal [et al.] // Am. J. Psychiatry. — 1972. — Vol. 128. — P. 1363—1368.
4. Kahan, J. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH) / J. Kahan, E. M. Patterson // Suicide Life Threat. Behav. — 1984. — Vol. 14. — P. 17—35.
5. Favazza, A. R. Varieties of pathological self-mutilation / A. R. Favazza, R. J. Rosenthal // Behav. Neurol. — 1990. — Vol. 3. — P. 77—85.
6. Wilkinson, P. Non-suicidal self-injury / P. Wilkinson, I. Goodyer // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. — 2011. — Vol. 20. — P. 103—108.
7. Shaffer, D. Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder / D. Shaffer, C. Jacobson. — Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013. — P. 59—70.
8. Анализ социальных факторов и индивидуально-психологических особенностей лиц, совершивших парасуицид / С. В. Давидовский [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. — 2020. — Т. 11, № 3. — С. 531—545.
9. Клинико-психологические и социально-демографические особенности суицидального поведения населения Минска (Республика Беларусь) / С. В. Давидовский [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2020. — № 3. — С. 102—113.
10. Давидовский, С. В. Особенности суицидального поведения среди жителей г. Минска / С. В. Давидовский // Здравоохранение. — 2016. — № 3. — С. 72—77.
11. Давидовский, С. В. Суицидальное поведение жителей г. Минска согласно данным 9-летнего наблюдения (с 2005 по 2014 гг.) / С. В. Давидовский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология : материалы конф., посвящ. 90-летию кафедры психиатрии и медицинской психологии Бел. гос. мед. ун-та, Минск, 17 дек. 2015 г. — Минск, 2015. — С. 26—30.
12. Holmes, T. H. The social readjustment rating scale / T. H. Holmes // J. of Psychosom. Res. — 1967. — Vol. 11, № 2. — P. 213—218.
13. Ассанович, М. Анализ психометрических свойств шкалы оценки депрессии Монтгомери — Асберг на основе модели Раша / М. Ассанович // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии : сб. науч. тр. — Саратов, 2017. — Вып. 15. — С. 60—65.
14. Давидовский, С. В. Оценка выраженности мотивации к совершению суицида как метод выявления лиц с истинным суицидальным поведением / С. В. Давидовский, Ю. В. Мещеряков // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2022. — Т. 13, № 2. — С. 121—128.

Поступила 08.05.2024

Принята к печати 10.06.2024