

В. В. Слюсарь

МОТИВАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДВОЙНЫМ ДИАГНОЗОМ: РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

В. В. Слюсар

МОТИВАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕСУІЦИДАЛЬНИХ САМОУШКОДЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДВІЙНИМ ДІАГНОЗОМ: РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ ТА ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

V. V. Slusar

MOTIVATIONAL FEATURES OF NON-SUICIDAL SELF-INJURY OF PATIENTS WITH A DUAL DIAGNOSIS: PERSONALITY DISORDER AND ALCOHOL DEPENDENCE

При изучении мотивационных особенностей несуицидальных самоповреждений у пациентов с двойным диагнозом — расстройством личности и зависимостью от алкоголя — нами было выделено семь мотивационных моделей несуицидального аутоагрессивного поведения: атарактическую, морфо-преформационную, субмиссивную, инструментальную, аутопунитическую, гетеропунитическую и гедонистическую.

Установлено, что аутоагрессивное несуицидальное поведение при сочетанном личностном и аддиктивном расстройстве характеризуется как более деструктивное. Расширение мотивационного спектра несуицидального самоповреждающего поведения с одновременным утяжелением аутодеструкции рассматривается как признак усложнения процесса коморбидизации в контингенте пациентов наркологического профиля с личностными расстройствами.

Ключевые слова: мотивационные особенности, несуицидальные самоповреждения, двойной диагноз, расстройство личности, алкогольная зависимость

Під час вивчення мотиваційних особливостей несуїцидальних самоушкоджень у осіб із подвійним діагнозом — розладом особистості і залежністю від алкоголю — нами було виокремлено сім мотиваційних моделей несуїцидальної аутоагресивної поведінки: атарактична, морфо-преформаційна, субмісивна, інструментальна, аутопунічна, гетеропунічна та гедоністична.

Встановлено, що аутоагресивна несуїцидальна поведінка при сполученому особистісному та адиктивному розладі характеризується як більш деструктивна. Розширення мотиваційного спектра несуїцидального самоушкодження разом із підвищенням ступеня руйнівності аутодеструкції розглядається як ознака ускладнення процесу коморбідизації в контингенті пацієнтів наркологічного профілю, які мають розлади особистості.

Ключові слова: мотиваційні особливості, несуїцидальні самоушкодження, подвійний діагноз, розлади особистості, алкогольна залежність

The non-suicidal self-injury motivational features of patients with dual diagnosis — such as personality disorder and alcohol dependence — have been studied. The study outlines seven motivational models of autoaggressive non-suicidal behavior: ataractic, morpho-preformational, submissive, instrumental, autopunitive, heteropunitive and hedonistic.

It is found that the auto-aggressive non-suicidal behavior in a combined personality and addictive disorder is identified as more destructive. The expansion of the motivational spectrum of non-suicidal self-injurious behavior while weighting autodestruction is considered as a sign of complication of the process of comorbidization in the contingent of the patients of a narcological profile with personality disorders.

Keywords: motivational characteristics, non-suicidal self-injury, dual diagnosis, personality disorder, alcohol dependence

Самоповреждающее поведение (СПП) — понятие, охватывающее широкий круг действий, связанных с намеренным физическим повреждением собственного тела. Эти действия могут управляться как патологическими, так и непатологическими механизмами, выступать в качестве симптома или следствия, быть частью культуральных и социальных церемоний, участвовать в идентификационных процессах, связанных с возрастом, гендером, социальным и культурным окружением [1]. В клинической практике под СПП подразумевается устойчивая модель поведения, объединяющая действия, связанные с травматизацией (повреждением) тканей или органов собственного тела [1—8].

Наряду с понятием «самоповреждающее поведение» (*self-injurious behavior*) [2, 3] в литературе используются понятия «членовредительство» (*self-mutilation behavior*) [4], «намеренный самовред» (*deliberate self-harm*) [5, 6], «саморанение» (*self-wounding*) [7] и «самообезображивание» (*self-disfigurement*) [8]. Помимо этого, и в отечественной, и зарубежной традиции существует опыт определения сути СПП через термин «парасуицид», под которым подразумевается поведе-

ние, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя [9]. Клинический смысл и объем содержания термина СПП различен в трактовках разных авторов, термин определен на основании произвольно избранных критериев. В известных дефинициях без достаточной аргументации акцентируется внимание или на психологическом (K. Menninger, 1938; Favazza A. R., Rosenthal R. J., 1990), или на физическом (M. Simpson, 1980; G. Murphy, B. Wilson, 1985) компонентах СПП. Например, K. Menninger [10] понимает СПП как «частичный суицид», как своеобразное самоисцеление, предотвращающее «тотальный суицид». A. R. Favazza, R. J. Rosenthal [4] трактуют СПП как форму ответа «на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира». M. Simpson [11] определяет СПП исключительно с позиции физического вреда, причиняемого собственному телу, включая в объем понятия «акты удаления, разрушения, обезображивания или повреждения части тела независимо от явных или скрытых намерений». G. Murphy, B. Wilson [12], придерживаются той же позиции, определяя СПП как «любое поведение, инициированное индивидуумом, непосредственным результатом которого является

физический вред этому индивидууму. Под физическим вредом при этом понимая «избиение, нанесение ран, кровопускание, переломы костей и другие повреждения тканей».

Лишь в единичных дефинициях СПП определено через указание основных акциальных черт самоповреждения, а именно: преднамеренность, повторяемость, интенциональность, социальная неприемлемость, отсутствие суицидального намерения, чувство напряжения или тревоги, предшествующие акту самоповреждения, и чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения [5]. Нетрудно заметить, что все отмеченные выше тенденции свидетельствуют об отсутствии однозначности в определении поведения, связанного с нанесением индивидуумом себе повреждений различной степени тяжести, что создает терминологическую неопределенность и несопоставимость результатов исследований представителей различных исследовательских школ. Между тем, актуальность изучения СПП не вызывает сомнений, и обусловлена: 1) высокой частотой суицидальных актов в контингенте лиц с СПП (по данным J. Messer, W. Fremouw [13] — от 28 до 85 % лиц с СПП имеют зафиксированные суицидальные попытки); 2) отсутствием надежных критериев дифференциации между повторяющимися актами самоповреждения и «репетициями» суицидального акта; 3) отсутствием надёжных критериев оценивания риска несуйцидальных аутодеструктивных действий у больных с аддикциями; 4) отсутствием достоверных данных о мотивационных особенностях несуйцидального СПП у пациентов с коморбидно протекающими личностными и аддиктивными расстройствами.

Все вышеизложенное позволило сформулировать цель настоящего исследования: изучение мотивационных особенностей несуйцидальных самоповреждений в контингенте пациентов с коморбидно протекающими личностным расстройством и зависимостью от алкоголя.

В исследовании принимали участие 38 пациентов с сочетанной патологией — расстройствами личности (РЛ) и зависимостью от алкоголя (основная группа) и 22 пациента с личностными расстройствами без признаков зависимости (группа сравнения) с различными самоповреждениями неслучайного характера. Все пациенты находились на лечении в КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница» в 2011—2013 гг., были жителями г. Харькова и Харьковской области.

Изученная выборка была сформирована на основании следующих критериев: наличие телесных самоповреждений; неслучайный характер самоповреждений; наличие ассоциированных признаков РЛ и зависимости от алкоголя в основной группе и монотипных признаков расстройства личности в группе сравнения.

Критерии исключения: случайные самоповреждения; самоповреждения, наносимые по суицидальным мотивам; наличие у пациентов симптомов психотического регистра.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. Психическое состояние

больных оценивалось с помощью диагностических критериев МКБ-10. Мотивационные особенности пациентов с проявленными аутодеструктивными тенденциями изучали с помощью теста «Суицидальная мотивация» Ю. Р. Вагина (2009) и теста «Мотивация несуйцидальных самоповреждений» В. Ротшильда-Варибруса (2012). Тест Ю. Р. Вагина [14] позволил доказательно установить отсутствие у испытуемых суицидальных мотивов при нанесении самоповреждений.

Тест В. Ротшильда-Варибруса [15] позволил выявить и количественно оценить стандартные мотивационные аспекты несуйцидального аутоагрессивного поведения, а именно:

1. Атарактическую мотивацию (самоповреждение, наносимое для снятия внутреннего психоэмоционального напряжения, достижения релаксации);
2. Морфо-преформационную мотивацию (самоповреждение, наносимое с целью изменения существующих телесных характеристик);
3. Субмиссивную мотивацию (подражательные самоповреждения, а также наносимые под давлением референтного окружения);
4. Инструментальную (шантажно-демонстративную) мотивацию (самоповреждение, наносимое с целью манипуляции другими);
5. Аутопунитическую мотивацию (самоповреждение, наносимое с целью самонаказания);
6. Гетеропунитическую мотивацию (самоповреждение, наносимое с целью наказания других);
7. Гедонистическую мотивацию (самоповреждение, наносимое с целью получения удовольствия, в том числе, сексуального).

Тест состоял из 35 типичных утверждений, характерных для лиц, совершающих самоповреждения несуйцидального характера. Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствовало пять высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

1. Атарактическая — 1, 8, 15, 22, 29;
2. Морфо-преформационная — 2, 9, 16, 23, 30;
3. Субмиссивная — 3, 10, 17, 24, 31;
4. Инструментальная (шантажно-демонстративная) — 4, 11, 18, 25, 32;
5. Аутопунитическая — 5, 12, 19, 26, 33;
6. Гетеропунитическая — 6, 13, 20, 27, 34;
7. Гедонистическая — 7, 14, 21, 28, 35.

После получения информированного согласия все пациенты в группах сравнения заполняли опросник «Мотивация несуйцидальных самоповреждений», содержащий стандартные высказывания, используя для этого 4 варианта ответа: 1) «да» — в том случае, если испытуемый полностью согласен с утверждением, предложенным ему; 2) «частично» — если высказывание не полностью соответствует переживаниям испытуемого; 3) «сомневаюсь» — если испытуемый не уверен, что данное высказывание соответствует его переживаниям; 4) «нет» — если испытуемый уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям. Каждый из вариантов ответа оценивали

количественно в балах: «да» — 3 бала, «частично» — 2 бала, «сомневаюсь» — 1 балл, «нет» — 0 баллов. Общая сумма баллов по всем пяти высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяла выраженность данного комплекса. Максимальная выраженность равнялась, соответственно, 15 баллов, минимальная — 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 7 шкал строился график, позволяющий наглядно отобразить спектр аутодеструктивной не-суицидальной мотивации у конкретного пациента и оценить степень выраженности не-суицидальных аутодеструктивных тенденций.

При оценке тяжести не-суицидальных самоповреждений использовали критерии Левиной С. Д. [16]. Оценку достоверности различий проводили посредством вычисления точного критерия Фишера для малых выборок и показателя соответствия (χ^2 -критерия) [17].

Клинико-демографические показатели в группах сравнения представлены в таблице 1. В исследованном контингенте преобладали лица мужского пола ($p < 0,01$). В основной группе чаще встречались пациенты с эмоционально неустойчивым (импульсивным) РЛ (F60.30), а в группе сравнения — с демонстративным РЛ (F60.4) ($p < 0,01$).

Таблица 1

Клинико-демографические показатели в группах сравнения, %

Показатель	Группы	
	1-я, n = 38	2-я, n = 22
мужчины	24 (63,16 %)	13 (59,09 %)
женщины	14 (36,84 %)	9 (40,91 %)
Средний возраст (лет)	36,40 ± 3,20	36,60 ± 2,70
Диагноз по критериям МКБ-10		
F60.0*, F10.2**	4 (10,53 %)	—
F60.1, F10.2	4 (10,53 %)	—
F60.2, F10.2	9 (23,68 %)	—
F60.30, F10.2	11 (28,95 %)	—
F60.4, F10.2	5 (13,16 %)	—
F60.5, F10.2	2 (5,26 %)	—
F60.6, F10.2	3 (7,89 %)	—
F60.0	—	2 (9,09 %)
F60.1	—	2 (9,09 %)
F60.2	—	4 (18,18 %)
F60.30	—	3 (13,64 %)
F60.4	—	9 (40,91 %)
F60.5	—	1 (4,55 %)
F60.6	—	1 (4,55 %)

Примечания: *F60.0 — параноидное расстройство личности (РЛ); F60.1 — шизоидное РЛ; F60.2 — диссоциальное РЛ; F60.30 — эмоционально неустойчивое РЛ (импульсивный тип); F60.4 — демонстративное РЛ; F60.5 — ананкастное РЛ; F60.6 — тревожное (уклоняющееся) РЛ; то же — в последующих таблицах. ** F10.2 — зависимость от алкоголя

Данные о распределении тяжести самоповреждений в сравниваемых группах отражены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение степени тяжести самоповреждений в группах сравнения, %

Степень тяжести самоповреждений	Группы	
	Основная группа, n = 38	Группа сравнения, n = 22
легкая	63,16*	72,73*
средняя	36,84*	27,27*
тяжелая	—	—

Достоверность различий между основной группой и группой сравнения: * — $p < 0,001$

По степени тяжести все наблюдаемые не-суицидальные самоповреждения были разделены на два вида: легкие и средней тяжести. Легкие самоповреждения (не представлявшие опасности для жизни и не причиняющие выраженного ущерба здоровью) преобладали у пациентов группы сравнения, а самоповреждения средней тяжести (приводящие к умеренному анатомо-физиологическому ущербу) — у пациентов основной группы ($p < 0,001$) (см. табл. 2). В основной группе самоповреждения средней тяжести встречались в 1,35 раз чаще. Тяжелые самоповреждения (калечащие, инвалидизирующие, опасные для жизни аутодеструктивные акты) ни в одном случае выявлены не были. Отмечена тенденция нарастания частоты случаев среднетяжелых самоповреждений у лиц с двойным диагнозом.

Данные о распределении тяжести самоповреждений относительно типа РЛ в основной группе (табл. 3) свидетельствуют, что легкая степень самоповреждений чаще всего встречалась при демонстративном РЛ, а средняя степень — при эмоционально неустойчивом РЛ (импульсивном его типе) ($p < 0,01$). Более детальное распределение степени тяжести самоповреждений внутри типов расстройства личности у больных основной группы, представлено в таблице 4.

Таблица 3

Распределение степени тяжести самоповреждений в основной группе относительно типа расстройства личности, %

Степень тяжести самоповреждений	Тип расстройства личности						
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.30	F60.4	F60.5	F60.6
Легкая	7,89	7,89	10,53	10,53	13,16	5,26	7,89
Средняя	2,63	2,63	13,16	18,42	—	—	—

Примечания: жирным шрифтом выделены статистически значимые внутригрупповые различия ($p < 0,01$)

Таблица 4

Распределение степени тяжести самоповреждений внутри типа расстройства личности в основной группе, %

Степень тяжести самоповреждений	Тип расстройства личности						
	F60.0 N = 4	F60.1 N = 4	F60.2 N = 9	F60.30 N = 11	F60.4 N = 5	F60.5 N = 2	F60.6 N = 3
Легкая, n = 24	75,00	75,00	44,44	36,36	100,00	100,00	100,00
Средняя, n = 14	25,00	25,00	55,56	63,64	—	—	—

Из таблицы 4 следует, что среднетяжелые самоповреждения в группе пациентов с двойным диагнозом чаще встречались у пациентов с двумя типами РЛ: диссоциальным и эмоционально неустойчивым (импульсивным) (85,71 % всех случаев самоповреждений средней степени тяжести).

Данные о распределении тяжести самоповреждений относительно типа РЛ в группе сравнения (табл. 5) свидетельствуют, что и в группе сравнения, среднетяжелые самоповреждения чаще всего встречались у лиц с диссоциальным и эмоционально неустойчивым (импульсивным) РЛ (66,67 % всех случаев самоповреждений средней степени тяжести в пределах группы).

Таблица 5

Распределение степени тяжести самоповреждений относительно типа расстройства личности в группе сравнения, %

Степень тяжести самоповреждений	Тип расстройства личности						
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.30	F60.4	F60.5	F60.6
Легкая, n = 16	4,55	4,55	9,09	4,55	40,91	4,55	4,55
Средняя, n = 6	4,55	4,55	9,09	9,09	—	—	—

Распределение частоты мотивации несуицидального самоповреждения у пациентов основной группы относительно типа расстройства личности, %

Таблица 6

Тип мотивации несуицидального самоповреждения	Пациенты основной группы, n = 38							Всего
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.30	F60.4	F60.5	F60.6	
Атарактическая	5,26	2,63	5,26	10,53	—	2,63	5,26	31,57
Морфо-преформационная	2,63	2,63	—	—	—	—	—	5,26
Субмиссивная	—	—	10,53	10,53	2,63	—	—	23,69
Инструментальная	—	—	2,63	5,26	7,89	—	—	15,78
Аутопунитическая	2,63	2,63	—	—	—	2,63	2,63	10,52
Гетеропунитическая	—	—	5,26	2,63	2,63	—	—	10,52
Гедонистическая	—	2,63	—	—	—	—	—	2,63
Всего	10,52	10,52	23,68	28,95	13,15	5,26	7,89	100,00

Примечание: Жирным шрифтом выделены статистически значимые внутригрупповые различия ($p < 0,01$)

При анализе частотного распределения мотивации несуицидального самоповреждения у пациентов основной группы относительно типа РЛ было установлено, что атарактическая мотивация чаще всего встречалась у пациентов с эмоционально неустойчивым (импульсивным) РЛ и не встречалась при демонстративном РЛ. Наиболее часто встречаемыми видами несуицидального самоповреждения, наносимого по мотивам атаракции, являлись самопорезы предплечья и прижигания сигаретами кожи тыльной поверхности кистей рук, межпальцевых кожных складок. Морфо-преформационная мотивация, обуславливающая нанесение самоповреждений с целью изменения природных телесных характеристик (подпилы зубов, рассечение языка,

В ходе изучения мотивационных особенностей аутодеструктивного поведения по методике «Суицидальная мотивация» Ю. Р. Вагина было установлено, что у испытуемых групп сравнения отсутствовала суицидальная мотивация при нанесении самоповреждений: величина интегративного среднего балла по всем семи стандартным шкалам равнялась нулю.

Результаты изучения мотивации несуицидальных самоповреждений у пациентов групп сравнения с помощью Теста «Мотивация несуицидальных самоповреждений» Ротшильда-Варибруса В. З. представлены в таблицах 6 и 7.

Из данных таблицы 6 следует, что в основной группе были выявлены все мотивации несуицидальной аутодеструкции. Чаще всего несуицидальные самоповреждения наносились для снятия внутреннего психоэмоционального напряжения, т. е. по атарактическим мотивам ($p < 0,01$). Реже всего самоповреждения наносились с целью получения удовольствия, в том числе, сексуального ($p < 0,01$). В мотивационной структуре несуицидального самоповреждения у представителей основной группы доминировали атарактическая и субмиссивная мотивации (см. табл. 6).

растягивание мочек уха, подрезание ушных раковин и пр.) была установлена исключительно у пациентов с параноидным и шизоидным РЛ. Субмиссивный тип мотивации наиболее часто встречался в контингенте лиц с диссоциальным и эмоционально неустойчивым (импульсивным) РЛ ($p < 0,01$). Все самоповреждения при этом типе (самопорезы предплечья при ритуалах «братания», вшивание в крайнюю плоть инородных предметов) были сделаны под влиянием референтного для пациента окружения. Инструментальная мотивация несуицидального самоповреждения (преимущественно поверхностные самопорезы предплечий) чаще всего выявлялась у пациентов с демонстративным РЛ ($p < 0,01$). Аутопунитические самоповреждения отмечались в единичных случаях

у лиц с параноидным, шизоидным, ананкастным и тревожным РЛ. Самоповреждения наносились в состоянии аффекта после «неудачного» с точки зрения пациентов сданного экзамена, проведенного полового акта и пр. Гетеропунитические самоповреждения были установлены исключительно у лиц с диссоциальным, эмоционально неустойчивым и демонстративным РЛ. Самоповреждения наносились в состоянии аффекта, преимущественно во время или сразу после конфликтной ситуации. При этом типе преобладали

самоповреждения, причиняемые ударами тела о предметы окружающей среды (удары головой о стену, удары кулаками по стеклу и пр.), а также самоповреждения, наносимые путем расцарапывания лица, груди, половых органов. Гедонистическая мотивация несуицидального самоповреждения была отмечена исключительно у лиц с шизоидным РЛ. Неоднократные самоповреждения при этом (расцарапывание груди, сосков) наносились для достижения более полного психосексуального удовлетворения.

Таблица 7

Распределение частоты мотивации несуицидального самоповреждения у пациентов группы сравнения относительно типа расстройства личности, %

Тип мотивации несуицидального самоповреждения	Пациенты группы сравнения, n = 22							Всего
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.30	F60.4	F60.5	F60.6	
Атарактическая	4,55	4,55	9,09	9,09	—	4,55	4,55	36,38
Морфо-преформационная	4,55	4,55	—	—	—	—	—	9,10
Субмиссивная	—	—	9,09	4,55	—	—	—	13,64
Инструментальная	—	—	—	—	40,91	—	—	40,91
Аутопунитическая	—	—	—	—	—	—	—	—
Гетеропунитическая	—	—	—	—	—	—	—	—
Гедонистическая	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего:	9,10	9,10	18,18	13,64	40,91	4,55	4,55	100,00

Из данных таблицы 7 следует, что в группе сравнения были выявлены лишь часть стандартных мотиваций несуицидальной аутодеструкции (не встречались аутопунитическая, гетеропунитическая и гедонистическая мотивации). Чаще всего несуицидальные самоповреждения наносились с целью манипуляции окружающими, т. н. по инструментальным мотивам ($p < 0,001$). Реже всего самоповреждения наносились по морфо-преформационным мотивам ($p < 0,01$). В мотивационной структуре несуицидального самоповреждения у представителей группы сравнения доминировали инструментальная и атарактическая мотивации. Атарактическая мотивация чаще всего встречалась у пациентов с диссоциальным и эмоционально неустойчивым (импульсивным) РЛ и не встречалась при демонстративном РЛ. Морфо-преформационная мотивация была установлена исключительно у пациентов с параноидным и шизоидным РЛ. Субмиссивный тип мотивации чаще всего выявлялся у пациентов с диссоциальным РЛ, а инструментальный тип мотивации — исключительно у лиц с демонстративным РЛ.

Соответственно установленной экспериментальным путём ведущей мотивации несуицидального самоповреждения в контингенте лиц с двойным диагнозом можно выделить 7 мотивационных моделей несуицидального аутоагрессивного поведения: атарактическую, морфо-преформационную, субмиссивную, инструментальную, аутопунитическую, гетеропунитическую и гедонистическую, тогда как в группе

лиц с расстройством личности, не отягощенным зависимостью от алкоголя — только 4: атарактическую, морфо-преформационную, субмиссивную и инструментальную. Каждая из перечисленных мотивационных схем являлась относительно автономной.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

1. Аутоагрессивное несуицидальное поведение при сочетанном расстройстве личности и зависимости от алкоголя является полимотивированным, при этом мотивационный спектр самоповреждающего поведения у лиц с коморбидной патологией достоверно шире по сравнению с таковым у пациентов с изолированно протекающим личностным расстройством.

2. Доминирующая автономная мотивация несуицидального самоповреждения значительно модифицирует поведенческий модус, что позволяет в контингенте лиц с сочетанными личностными и аддиктивными расстройствами доказательно выделить семь мотивационных моделей несуицидального аутоагрессивного поведения: атарактическую, морфо-преформационную, субмиссивную, инструментальную, аутопунитическую, гетеропунитическую и гедонистическую.

3. Аутоагрессивное несуицидальное поведение при сочетанном личностном и аддиктивном расстройстве характеризуется как более деструктивное, что подтверждается более высокой частотой встречаемости среднетяжелых самоповреждений в группе пациентов с двойным диагнозом, по сравнению с группой лиц, имеющих только личностное расстройство.

4. Расширение мотивационного спектра несуйцидального самоповреждающего поведения с одновременным утяжелением аутодеструкции может быть рассмотрено как признак усложнения процесса коморбидизации в контингенте пациентов наркологического профиля с личностными расстройствами.

Список литературы

1. Польская Н. А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) [Текст] / Н. А. Польская // Психологический журнал. — 2009. — № 30 (1). — С. 96—105.
2. Herpertz S. Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers [Текст] / S. Herpertz // Acta Psychiatr. Scand. — 1995. — № 916. — P. 57—68.
3. Solomon Y. Why don't you do it properly? Young women who self-injure [Текст] / Y. Solomon, J. Farrand // J. Adolesc. — 1996. — № 19. — P. 111—119.
4. Favazza A. R. Varieties of pathological self-mutilation [Текст] / A. R. Favazza, R. J. Rosenthal // Clinical Behavioural Neurology. — 1990. — № 3. — P. 77—85.
5. Pattison E. M. The deliberate self-harm syndrome [Текст] / E. M. Pattison, J. Kahan // Am. J. Psychiat. — 1983. — № 140 (7). — P. 867—872.
6. Patton G. G. Adolescent suicidal behaviors: A population based study of risk [Текст] / [G. G. Patton, R. Harris, J. B. Carlin et al.] // Psychol. Med. — 1997. — № 27. — P. 715—724.
7. Tantom, D. Personality disorder and selfwounding [Текст] / D. Tantom, J. Whittaker // Br. J. Psychiatry. — 1992. — № 161. — P. 451—464.
8. Horsfall J. Towards understanding some complex borderline behaviours [Текст] / J. Horsfall // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. — 1999. — № 6. — P. 425—432.
9. Krietman N. Parasuicide (Letter to the Editor) [Текст] / N. Krietman, A. Phillip // Brit. J. Psychiat. — 1969. — № 115. — P. 746—747.
10. Menninger K. A. Man Against Himself. Harcourt Brace and World [Текст] / K. A. Menninger. — N. Y., 1938.
11. Simpson M. Self-mutilation [Текст] / M. Simpson. — Philadelphia : Temple University Press, 1980. — 468 p.
12. Murphy G. Self Injurious Behaviour [Text] / G. Murphy, B. Wilson. — Kidderminster : British Institute of Mental Handicap, 1985. — 326 p.
13. Messer J. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents [Text] / J. Messer, W. J. Fremouw // Clinical Psychology Review. — 2008. — № 28. — P. 162—178.
14. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения [Текст] / Е. В. Ласый. — Минск : Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. — 46 с.
15. Ротшильд-Варибрус В. Тест «Мотивация несуйцидальных самоповреждений» / В. Ротшильд-Варибрус, © 2012 [Электронный ресурс] : ZipSites.ru: бесплат. электрон. интернет б-ка. — Режим доступа : <http://www.zipsites.ru/psy/psyib/info.php?414>. — Загл. с экрана (дата обращения: 4.05.2013).
16. Левина С. Д. Несуйцидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность) : автореф. на соискание уч. степени канд. мед. наук / С. Д. Левина. — М., 2007. [Электронный ресурс] : Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat. — Режим доступа : <http://www.dissercat.com/content/perfektsionizm-kak-lichnostnyi-faktor-depressivnykh-i-trevozhnykh-rastroistv#ixzz2PUTzjhgs> (дата обращения: 4.05.2013).
17. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич — Киев : Моріон, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 21.08.2013 р.

СЛЮСАРЬ Виктор Васильевич, кандидат медицинских наук, главный врач Коммунального учреждения здравоохранения «Харьковская областная клиническая наркологическая больница», доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, E-mail: gknb9@mail.ru

SLUSAR Viktor Vasilyevich, MD, PhD, Chief Physician Public health institutions' "Kharkiv Regional Clinical Narcological Hospital", Lecturer of Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the Kharkiv National University named after V. N. Karazin, E-mail: gknb9@mail.ru