

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.441.44:616-001:616.052-053.6(292.516):616-079.7

Для цитирования: Аксенова Е.В., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. Клинико-анамнестические характеристики подростков Забайкальского края с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением (ретроспективное исследование). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 1 (130). С. 66-75. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-66-75](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-66-75)

Клинико-анамнестические характеристики подростков Забайкальского края с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением (ретроспективное исследование)

Аксенова Е.В.^{1,2}, Голыгина С.Е.¹, Сахаров А.В.³

¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России
Россия, 672000, Чита, ул. Горького, 39А

² ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского»
Россия, 672000, Чита, Окружной проезд, 3

³ Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России
Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., 3

РЕЗЮМЕ

Введение. Суицидальное поведение в подростковом возрасте характеризуется высокой распространенностью, многофакторной обусловленностью, генетической предрасположенностью, значимыми медико-социальными последствиями и региональными различиями. **Цель исследования:** изучение основных клинико-анамнестических характеристик подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением на основании данных психиатрического стационара Забайкальского края. **Материал и методы.** Проанализированы архивные материалы (медицинские карты, истории болезни) 375 пациентов в возрасте 15-17 лет, проходивших стационарное лечение в 2019-2023 гг. в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» по поводу самоповреждающего поведения. Оценивались социально-демографические показатели, семейный анамнез, клинические формы аутоагрессивного поведения, психиатрические диагнозы, сопутствующие поведенческие риски. **Результаты.** В структуре выборки преобладали девушки (74,9%). Большинство подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением проживали в городах (60,3%) и воспитывались вне полной семьи (66,7%). Конфликтные или формальные внутрисемейные отношения выявлены в 70,9% случаев, психопатологическая отягощенность наследственности – у 44,5%. В клинической структуре доминировали демонстративные (45,3%) и аффективные (24,8%) проявления. Наиболее частым способом были самопорезы (43,5%). Ведущими причинными факторами являлись межличностные конфликты (24,0%) и депрессивные переживания (17,3%). Демонстративная форма самоповреждающего поведения оказалась значимо связана с состоянием алкогольного опьянения. В структуре психических расстройств преобладали смешанные расстройства поведения и эмоций (43,1%). **Заключение.** Подростки Забайкальского края с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением характеризуются выраженным социальным и семейным неблагополучием, преобладанием демонстративных и аффективных форм аутоагрессивного поведения, аффективно-поведенческими расстройствами.

Ключевые слова: суицидальное поведение, самоповреждающее поведение, подростки, психиатрический стационар, Забайкальский край.

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст характеризуется повышенной уязвимостью к аутоагрессивным формам поведения, что обусловлено интенсивными психофизиологическими изменениями, эмоциональной нестабильностью и формированием системы межличностных отношений. Ведущее место в модели

суицидального поведения молодежи занимает взаимодействие социокультурных, возрастных, психиатрических и психологических факторов [1]. Перспективным направлением является изучение подросткового самоубийства как сбой биологических реакций в ответ на острый стресс в непосредственные моменты суицидального кризиса [2].

Суицидальное поведение в подростковом возрасте по-прежнему остается одной из актуальных проблем психиатрии и общественного здравоохранения в связи с его высокой распространенностью, многофакторной обусловленностью и значимыми медико-социальными последствиями. При обсуждении проблемы суицидальной активности рассматриваются пол, возраст, раса, этническая принадлежность, суицидальный анамнез, наличие несуйцидальных самоповреждений и рискованного поведения, аффективные, когнитивные и социальные факторы риска, личностно-психологические особенности (агрессия, импульсивность, нейротизм, аффективность, низкая самооценка и стрессорезистентность, сексуальная ориентация, употребление ПАВ, гендерная дисфория) [3]. Высокая смертность от самоубийств в странах с низким и средним уровнями дохода диктует необходимость расширения масштабов лонгитюдных исследований риска сексуального насилия в детстве как потенциального фактора самоповреждений в подростковом возрасте [4]. Особенности формирования деструктивных форм поведения (гетеро- и аутоагрессия, суицидальное и аддиктивное поведение) определяются гендерно-возрастными различиями, характерологическими особенностями личности, условиями воспитания; установлено модифицирующее влияние пенитенциарной агрессии на формирование суицидального поведения у делинквентных подростков [5].

В последние годы особое внимание уделяется феномену самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних, рассматриваемого в контексте взаимодействия аффективных, поведенческих и социальных факторов. Несуйцидальные самоповреждения при расстройствах личности в юношеском возрасте оцениваются как психопатологические феномены в структуре декомпенсации личностного расстройства; психопатологические характеристики в основе НССП обнаруживают высокую сопряженность с суицидальной активностью [6]. Требуется более глубокое понимание факторов, способствующих самоповреждению и самоубийству среди молодежи, особенно механизмов, лежащих в основе распространения негативных явлений, необходимо ограничение информации о случаях самоповреждений и самоубийств в СМИ [7]. У значительной части подростков суицидальные действия носят аффективно-импульсивный или демонстративный характер и реализуются с использованием способов с относительно низкой летальностью, что отражает возрастные особенности эмоциональной регуляции и коммуникативную направленность аутоагрессивного поведения. Соотношение смертельных и несмертельных случаев самоповреждения различалось между мужчинами и женщинами, подрост-

ками 12-14 лет и 15-17 лет; о самоповреждениях (самопорезы, прием вредных веществ) чаще сообщали женщины [8]. Высокий уровень виктимизации, низкий статус в группе сверстников, непопулярность и непризнание со стороны сверстников связаны с повышением суицидальных мыслей с течением времени, особенно у девочек, однако отсутствовала связь между межличностной виктимизацией и прогнозированием одновременных/долговременных взаимосвязей с суицидальными мыслями [9]. В соответствии с материалами посмертных судебных психолого-психиатрических экспертиз выделены психологические и психопатологические факторы в генезе суицидального поведения детей и подростков (психогенные состояния, суицидальные высказывания и попытки, аддиктивное поведение в пресуйцидальный период, обращение к единомышленникам в социальных сетях, поиск информации о самоповреждениях, общение со склонными к суицидальному поведению сверстниками) [10].

Значительный вклад в формирование суицидального поведения у подростков вносят неблагоприятные условия семейного воспитания, нарушения внутрисемейных отношений, дефицит эмоциональной поддержки, расстройства личности; у подростков с пограничным расстройством личности самоповреждения могут быть инструментом саморегуляции эмоционального состояния [6, 11]. Показана тесная взаимосвязь между биологическими, социальными и клиническими факторами, которые предрасполагают или потенцируют суицидальное поведение в разных возрастных группах несовершеннолетних [12]. Наличие психопатологической отягощенности наследственности и психических расстройств (пограничное расстройство личности часто в сочетании с депрессивной и тревожной симптоматикой) также рассматривается как значимый фактор риска формирования дезадаптивных способов реагирования подростков на стрессовые ситуации [13].

Употребление ПАВ, демонстрация повышенного интереса, информированность и компетентность подростков в теме смерти, конца жизни, агрессии сочетаются с увеличением рисков самоповреждающего и суицидального поведения [14]. В клинической практике суицидальное поведение несовершеннолетних часто сочетается с расстройствами поведения и эмоций, личностной незрелостью, несуйцидальными самоповреждениями и другими формами рискованного поведения. Суицидальное поведение складывается из групп факторов риска: потенциальных (предыдущие попытки суицида, скрываемые, постоянные акты самоповреждения, психические расстройства), триггерных (негативные события) и актуальных (краткосрочных, клинико-психологических) [15].

Приоритетное значение имеют также деструктивное семейное взаимодействие, психопатологическая наследственность, проявления девиантного поведения (ранняя алкоголизация, побеги из дома, совершение противоправных действий, протестное поведение) [16]. Отечественные исследования подчеркивают значимую роль психосоциальных стрессоров в структуре мотивации суицидального поведения у подростков – межличностных конфликтов, депрессивных переживаний, травматического опыта (насилие, травля, утраты) [4, 11, 15, 17]. Нами показано, что в Забайкалье сохраняется положительная динамика в снижении числа самоубийств; однако распространение пандемии COVID-19 и связанные с ней неблагоприятные социально-экономические последствия привели к замедлению снижения числа самоубийств и росту в 1,5 раза числа суицидальных попыток в 2020 г. [18]. В 2016-2017 гг. психиатры Забайкальского края столкнулись с проблемой подростковых суицидальных сообществ – «групп смерти» в социальных сетях, вовлекающих несовершеннолетних в аутоагрессивное поведение и поощряющих причинение себе вреда, часто с помощью угроз [19]. Клинические и социально-демографические характеристики подростков с суицидальным поведением существенно варьируют в зависимости от региона проживания, условий социализации и доступности специализированной помощи. В недавних исследованиях обсуждаются важные аспекты, связанные с современным пониманием суицидального поведения у подростков, анализируются половые различия суицидального поведения юношей и девушек, приведены принципы диагностики и профилактики суицидоопасных состояний у подростков [20]. Дана оценка клинических, макросоциальных, семейных, индивидуально-личностных и интерперсональных факторов суицидального поведения в детском, подростковом, юношеском возрастах (депрессивные и тревожные состояния, разные зависимости, самоповреждающее поведение); представлены теоретические системные модели суицидального поведения [21].

Несмотря на значительное число исследований, сохраняется дефицит обобщенных данных, основанных на сплошном анализе клинических выборок психиатрических стационаров, особенно в регионах Сибири и Дальнего Востока [17, 18, 19].

В связи с этим подробное изучение социально-демографических и клинико-анамнестических характеристик подростков с суицидальным поведением, высоким уровнем тревожности, низкой самооценкой, неспособностью адекватно реагировать на стресс-факторы, опираясь на архивные материалы психиатрического стационара, представляется актуальным и практически значимым для современной подростковой психиатрии.

ЦЕЛЬ

Изучение основных клинико-анамнестических характеристик подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением на основании данных психиатрического стационара Забайкальского края.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование носило ретроспективный, наблюдательный, сплошной, описательно-аналитический характер и проводилось с использованием обезличенных архивных данных, в связи с чем получение информированного добровольного согласия не требовалось. Материалом исследования послужили архивные истории болезни подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, находившихся на стационарном лечении в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» в период с 2019 г. по 2023 г. по поводу суицидального поведения и/или несуйцидальных самоповреждений. Указанная медицинская организация является единственной в Забайкальском крае для оказания специализированной психиатрической помощи несовершеннолетним. В анализ включались все случаи, соответствующие критериям включения за указанный период. Предварительный расчет объема выборки и мощности исследования не проводился ввиду сплошного ретроспективного дизайна исследования.

Критериями включения являлись возраст пациентов от 15 до 17 лет включительно, наличие в медицинской документации сведений о суицидальной попытке и/или несуйцидальных самоповреждениях, а также заверенная стационарная госпитализация.

Критериями невключения считались следующие: возраст младше 15 лет или старше 17 лет; недостаточная информативность данных медицинской документации, не позволяющая оценить ключевые социально-демографические и клинико-анамнестические параметры.

Из медицинской документации извлекались социально-демографические данные (пол, возраст, место проживания), сведения о семейном окружении (тип семьи, наличие конфликтных или формальных внутрисемейных отношений, алкоголизация членов семьи, психопатологическая отягощенность наследственности), а также клинико-анамнестические и клинические характеристики. Оценивались форма суицидального поведения по классификации А.Г. Амбрумовой (1978) (аффективная, демонстративная, истинная) [22], способ реализации, место совершения, наличие актуального стрессового фактора, состояние алкогольного опьянения в момент суицидальной попытки, наличие несуйцидальных самоповреждений в анамнезе и психиатрический диагноз, установленный в соответствии с критериями МКБ-10.

Текстовые данные, отражающие субъективные причины суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения, извлекались из анамнестических и клинических разделов историй болезни и подвергались семантической нормализации с последующим кодированием и агрегацией в укрупненные категории. При наличии нескольких причин у одного пациента допускалось множественное кодирование. Формулировки, не поддающиеся однозначной интерпретации, относились к группе неспецифических причин.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel и Statistica-12.0. Количественные показатели представлены в виде медианы и межквартильного размаха с расчётом 95% доверительных интервалов. Качественные признаки описывались с использованием абсолютных и относительных частот с расчётом 95% доверительных интервалов методом Wilson.

Для анализа взаимосвязей между категориальными переменными применялись критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера при малых ожидаемых частотах. Уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$. Анализ выполнялся по принципу available-case с учётом пропущенных значений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование включены 375 подростков 15-17 лет, госпитализированных в 2019-2023 гг. в единственный специализированный психиатрический стационар Забайкальского края (табл. 1). В выборке статистически значимо преобладали лица женского пола – 74,9%, подростки мужского пола составили 25,1% ($\chi^2=117,6$, $p < 0,001$). Большинство (60,3%) несовершеннолетних пациентов с самоповреждающим поведением проживали в Чите или городских населенных пунктах (Краснокаменск, Борзя, Нерчинск и др.).

Т а б л и ц а 1. Некоторые социально-демографические характеристики подростков Забайкальского края с самоповреждающим поведением

Показатель	Демографический признак	абс.	%	95% ДИ*
Пол	Мужской	94	25,1	20,9-29,7
	Женский	281	74,9	70,3-79,1
Возраст, лет	Медиана (интерквартильный размах)	16 (15-17)		
Возрастная группа	15 лет	113	30,1	25,6-35,0
	16 лет	119	31,7	27,2-36,6
	17 лет	143	38,2	33,3-43,1
Место проживания	Город	226	60,3	55,2-65,2
	Село	149	39,7	34,8-44,8

Примечание. ДИ – доверительный интервал для доли, рассчитанный по методу Wilson.

Установлено, что только треть подростков (33,3%, 95% ДИ: 28,7-38,2%) воспитывались в полных семьях с обоими родителями, 14,7% (95% ДИ: 11,4-18,6%) находились на попечении детских домов (табл. 2). Проведенный анализ выявил статистически значимую связь между местом проживания и типом семьи подростка с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим

поведением ($\chi^2=31,88$, $p < 0,001$). Для сельской местности была характерна следующая структура семейного устройства: низкая доля традиционных полных семей (24,2% против 39,4% в городе; $p=0,002$) и высокий показатель подростков, оставшихся без попечения родителей и живущих в приемных семьях (18,8% против 3,1% в городе соответственно; $p < 0,001$).

Т а б л и ц а 2. Анализ типов семьи подростков Забайкальского края с самоповреждающим поведением в зависимости от места проживания

Тип семьи	Всего абс. (%)	Город (абс.)	%* (95% ДИ)	Село (абс.)	%* (95% ДИ)	p^{**}
Полная семья	125 (33,3)	89	39,4 (33,1-46,0)	36	24,2 (17,8-31,6)	0,002
Неполная семья	81 (21,6)	50	22,1 (17,0-28,0)	31	20,8 (14,8-28,0)	0,780
Отчим/мачеха	79 (21,1)	51	22,6 (17,5-28,5)	28	18,8 (13,0-25,8)	0,380
Приемная семья	35 (9,3)	7	3,1 (1,4-6,3)	28	18,8 (13,0-25,8)	0,001
Детский дом	55 (14,7)	29	12,8 (8,9-17,8)	26	17,4 (11,9-24,3)	0,210

Примечание. * – % от числа пациентов в группе (город/село). ** – для сравнения показателей использован критерий χ^2 Пирсона. ДИ – доверительный интервал для доли, рассчитанный по методу Wilson.

В условиях травматичного воспитания и отсутствия опыта позитивных взаимоотношений с окружающими выявлены статистически значимые половые различия: девушки статистически

значимо чаще проживали в неполных семьях (25,3% против 10,6% у юношей; $p=0,002$), юноши чаще воспитывались в детских домах (21,3% против 12,5% у девушек; $p=0,028$).

Неблагоприятная семейная ситуация, служившая источником эмоциональных, психологических и поведенческих проблем, отмечена у большинства включенных в исследование: конфликтные или формальные отношения регистрировались у 70,9% подростков с суицидальным поведением.

Кроме того, алкоголизация членов семьи, усиливавшая угрожающие чувства и мысли, одиночество, присутствовала в 33,9% случаев (95% ДИ: 29,3-38,8%). Суммарно психопатологически отягощенная наследственность зарегистрирована в 44,5% случаев (95% ДИ: 39,5-49,6%), в том числе суицидальное поведение близких родственников встречалось в 7,5% случаев.

Согласно классификации А.Г. Амбрумовой о причинах суицидальных действий, в структуре аутоагрессивного поведения подростков преобладали демонстративные формы – 45,4% (95% ДИ: 40,3-50,5%), за ними следовали истинные – 29,3% (95% ДИ: 24,8-34,2%) и аффективные – 25,3% (95% ДИ: 20,5-29,5%). Статистически значимых различий в распределении типов суицидального поведения между юношами и девушками не обнаружено ($\chi^2=1,985$, $p>0,05$).

Наиболее частым способом реализации суицидальной попытки/самоповреждения были самопорезы – 43,5% (95% ДИ: 38,5-48,6%), реже встречались самоотравления и самоповешения. Статистически значимых различий в частоте наличия несуицидальных самоповреждений в анамнезе между девушками и юношами не выявлено ($p=0,258$), хо-

тя наблюдалась тенденция к более высокой их доле среди девушек (7,8% и 3,2% соответственно). Статистически значимой связи между типом семьи и способом суицидальной попытки также не установлено ($\chi^2=3,38$, $p>0,05$).

В 76,0% случаев (95% ДИ: 71,5-80,1%) аутоагрессивные действия совершались дома. Актуальный стрессовый фактор предшествовал их совершению в 59,5% случаев (95% ДИ: 54,4-64,4%).

Ведущими субъективными причинами суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения подростков являлись межличностные конфликты – 24,0% (95% ДИ: 19,8-28,7%) и депрессивные переживания – 17,3% (95% ДИ: 13,7-21,5%). Пессимистичные переживания статистически значимо чаще назывались девушками (21,0% и 7,4% у юношей, $p=0,002$).

Опыт употребления алкоголя имелся у 37,9% подростков (95% ДИ: 33,1-42,9%).

Большинство аутоагрессивных попыток совершались подростками в трезвом состоянии – 87,5% (95% ДИ: 83,8-90,5%), при этом пол суицидента не был связан с вероятностью опьянения в момент данного действия ($p=0,716$). Вместе с тем выявлена статистически значимая связь между формой аутоагрессивного поведения и состоянием алкогольного опьянения ($\chi^2=23,86$, $p<0,0001$). Так, среди подростков, совершивших попытку в алкогольном опьянении, преобладали демонстративные формы (78,6%), тогда как истинные формы встречались редко (только 2,4%) (табл. 3).

Т а б л и ц а 3. Связь формы аутоагрессивного поведения у подростков Забайкальского края с состоянием алкогольного опьянения в момент совершения

Тип попытки (по А.Г. Амбрумовой)	Всего абс. (%)	Трезв (абс.)	%* (95% ДИ)	Алкогольное опьянение (абс.)	%* (95% ДИ)
Демонстративная	170 (45,4)	137	41,1 (35,9-46,5)	33	78,6 (63,9-88,6)
Истинная	110 (29,3)	109	32,7 (27,8-38,0)	1	2,4 (0,1-11,8)
Аффективная	95 (25,3)	87	26,1 (21,7-31,1)	8	19,0 (9,2-34,2)

П р и м е ч а н и е. * – % от числа пациентов в группе (трезв/алкогольное опьянение). Проценты в столбцах Трезв и Алкогольное опьянение рассчитаны от общего числа пациентов в соответствующей группе (333 или 42).

Структура установленных подросткам диагнозов по МКБ-10 была следующей: органическое тревожное расстройство (F06.4) – 0,3%, легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 0,5%, другое органическое непсихотическое расстройство (F06.8) – 3,7%, органическое расстройство личности (F07) – 4,0%, расстройства, связанные с употреблением ПАВ (F1x) – 0,5%, шизофрения (F20) – 2,4%, шизотипическое расстройство (F21) – 5,1%, острые и преходящие психотические расстройства (F23) – 0,5%, шизоаффективное расстройство (F25) – 0,3%, биполярное аффективное расстройство (F31) – 1,3%, депрессивный эпизод (F32) – 1,1%, фобическое тревожное расстройство (F40) – 0,3%, смешанное тревожное и депрессивное расстройство

(F41.2) – 1,1%, расстройство приспособительных реакций (F43.2) – 8,5%, диссоциативное расстройство (F44) – 0,3%, нервная анорексия (F50.0) – 0,3%, специфическое расстройство личности (F60) – 3,7%, умственная отсталость (F70) – 4,3%, расстройства поведения (F91) – 18,7%, смешанные расстройства поведения и эмоций (F92) – 43,1%.

Таким образом, чаще всего психические и поведенческие расстройства у подростков с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением были представлены смешанными расстройствами поведения и эмоций (F92.8) – 43,1% (95% ДИ: 37,2-47,2%) и социализированными расстройствами поведения (F91.2) – 15,5% (95% ДИ: 12,0-19,6%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные в ходе исследования собственные результаты отражают основные социально-демографические и клинико-анамнестические особенности подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением, госпитализированных в психиатрический стационар Забайкальского края. В целом эти сведения согласуются с современными представлениями о многофакторной природе подростковой аутоагрессии (низкая самооценка, депрессивные и тревожные переживания, неблагоприятная окружающая среда, недостаток навыков общения) [3, 5, 15]. Использование сплошной выборки подростков, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, позволяет рассматривать выявленные закономерности как клинически значимые для региональной практики.

Преобладание лиц женского пола в структуре госпитализированных подростков соответствует данным отечественных и зарубежных исследований, указывающих на более высокую распространенность суицидальных попыток и самоповреждающего поведения среди девушек при большей частоте завершенных суицидов у юношей [1, 2, 8, 9]. Отсутствие значимых половых различий в распределении форм аутоагрессивного поведения согласно классификации А.Г. Амбрумовой подтверждает вывод, что клиническая форма такого поведения определяется не полом, а совокупностью психопатологических и ситуационных факторов, что ранее отмечалось и на материале других клинических выборок [2, 7, 21, 22].

Анализ семейного окружения выявил высокую распространенность неблагоприятных условий воспитания, включая неполные семьи, проживание в детских домах, конфликтный и формальный внутрисемейный климат с пренебрежительным отношением, эпизодами жестокости и агрессии. Полученные данные соответствуют результатам исследований, подчеркивающих ведущую роль семейной дисфункции, дефицита эмоциональной поддержки и нарушений внутрисемейных отношений в формировании суицидального поведения у подростков [6, 11, 12, 14]. Наряду с этим отсутствие значимой связи между типом семьи и клинической формой суицидального поведения указывает на ограниченную прогностическую ценность формальных структурных характеристик семьи, что согласуется с представлениями о большей значимости качества внутрисемейных взаимодействий по сравнению с формой семейного устройства [11, 12].

Выявленные различия в структуре семейного воспитания между городскими и сельскими подростками отражают региональные социально-демографические особенности Забайкальского

края и ранее описывались в работах, посвященных суицидальному поведению несовершеннолетних в регионе [17, 18, 19]. Более высокая доля подростков, проживающих в приемных семьях в сельской местности, может рассматриваться как фактор социальной уязвимости, однако сам по себе он не ассоциирован с более тяжелыми формами суицидального поведения, что подтверждается результатами настоящего исследования.

Клиническая структура суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения с преобладанием демонстративных и аффективных форм, а также способов с относительно низкой летальностью, прежде всего самопорезов, соответствует имеющимся данным о возрастных особенностях подросткового суицидального поведения [3, 8, 9]. Доминирование указанных форм отражает эмоциональную импульсивность, коммуникативную направленность аутоагрессивных действий и недостаточную сформированность навыков эмоциональной регуляции, что ранее подчеркивалось в клинико-психологических исследованиях среди подростков [2, 7, 15].

Преимущественная реализация аутоагрессивного поведения в домашних условиях и высокая частота предшествующих актуальных стрессовых факторов указывают на значимость внутрисемейных и межличностных конфликтов, психологического дискомфорта на межгрупповом уровне как триггеров аутоагрессивных действий. Ведущая роль межличностных конфликтов и депрессивных переживаний в мотивационной структуре суицидального поведения полностью согласуется с данными отечественных исследований, отмечавших особое значение психосоциальных стрессоров в подростковом возрасте [4, 11, 15, 17]. Более частое указание депрессивных переживаний в качестве субъективных причин девушками отражает известную склонность лиц женского пола к интернализации эмоционального дистресса [1, 2].

Особого внимания заслуживает выявленная значимая связь между формой аутоагрессивного поведения и фактом алкогольного опьянения. Доминирование демонстративных форм среди суицидальных действий, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, указывает на роль алкоголя как фактора, усиливающего агрессивность, импульсивность, аффективную дезорганизацию, снижение поведенческого контроля, затруднение в принятии адекватного решения [5, 16]. Практическое отсутствие истинных суицидальных попыток в состоянии опьянения согласуется с данными о том, что тяжелые, целенаправленные суицидальные действия чаще формируются вне острого интоксикационного контекста и ассоциированы с более выраженной тяжестью психопатологической симптоматики [8, 10].

Высокая распространенность коморбидных поведенческих рисков, включая употребление алкоголя, преобладание расстройств поведения и эмоций в структуре психической патологии, подтверждают литературные данные о тесной взаимосвязи суицидального поведения с поведенческой дисрегуляцией и эмоциональной нестабильностью у подростков [7, 14, 16]. Отсутствие выраженных гендерных различий по ряду клинико-анамнестических параметров подчеркивает гетерогенность суицидального поведения и ограничивает возможность выделения универсальных демографических маркеров риска. В целом результаты исследования подтверждают, что суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение подростков, госпитализированных в психиатрический стационар, формируется под влиянием сочетания неблагоприятного семейного контекста, аффективно-поведенческих нарушений и актуальных психосоциальных стрессоров. Полученные данные дополняют результаты региональных исследований и обосновывают необходимость комплексных профилактических и лечебно-реабилитационных программ с обязательным учетом семейных, социальных и клинических факторов риска [17, 18, 19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, подростки с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением, госпитализированные в психиатрический стационар Забайкальского края, характеризуются выраженным социальным и семейным неблагополучием, преобладанием демонстративных и аффективных форм аутоагрессивного поведения, формирование и реализация которого у значительной части подростков связаны с воздействием актуальных психосоциальных стрессоров, но в ряде случаев обусловлено наличием психической патологии и собственно психопатологических механизмов. Клиническая форма аутоагрессивного поведения не связана напрямую с полом или формальным типом семьи, однако демонстрирует значимую ассоциацию с состоянием алкогольного опьянения, что указывает на ведущую роль импульсивно-ситуативных механизмов в реализации демонстративных форм аутоагрессии. Истинные суицидальные попытки, напротив, преимущественно совершаются в трезвом состоянии и, вероятно, отражают более глубокие и устойчивые психопатологические процессы. Полученные данные указывают на необходимость комплексного подхода к профилактике подростковой аутоагрессии с учетом семейного контекста, поведенческих рисков и актуального психического состояния. Результаты настоящего исследования могут быть использованы для оптимизации клинико-профилактических программ и совершенствования маршрутизации подростков группы риска.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование имеет ряд ограничений. Ретроспективный дизайн и использование архивной медицинской документации ограничивают возможность стандартизации оценки отдельных психосоциальных и клинико-психологических параметров. Исследование выполнено на базе одного стационара, что может лимитировать экстраполяцию полученных результатов на другие регионы и уровни оказания помощи. Отсутствие контрольной группы не позволяет оценить относительный вклад выявленных факторов риска по сравнению с подростковой популяцией в целом. Кроме того, часть данных носила описательный характер и зависела от полноты и качества клинической документации. Несмотря на указанные ограничения, использование сплошной выборки и комплексный аналитический подход обеспечивают высокую внутреннюю валидность полученных результатов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено без спонсорской поддержки по инициативе авторов.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской Декларации ВМА и одобрена этическим комитетом ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (протокол № 128 от 14.11.2023 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>. PMID: 16492264.
2. Miller AB, Prinstein MJ. Adolescent suicide as a failure of acute stress-response systems. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019 May 7;15:425-450. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095625>. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30786243; PMCID: PMC6953613.
3. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I. Суицидология. 2019. Т. 10, № 4 (37). С. 16-46. Lyubov EB, Zotov PB, Bannikov GS. Self-harming behavior of adolescents: definitions, epidemiology, risk factors and protective factors. *The Message I. Suicidology*. 2019;10(4):16-46. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04\(37\)-16-46](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-16-46) (in Russian)
4. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К.С. Несуйцидальные самоповреждения у подростков: современные концепции. Вопросы психиче-

- ского здоровья детей и подростков. 2022. Т. 22, № 2. С. 80-91. Davidovski SV, Igumnov SA, Kozlov KS. Non-suicidal self-harm in adolescents: modern concepts. *Problems of Mental Health of Children and Adolescents*. 2022;22(2):80-91 (in Russian).
5. Guzmán EM, Cha CB, Ribeiro JD, Franklin JC. Suicide risk around the world: a meta-analysis of longitudinal studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Dec;54(12):1459-1470. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01759-x>. Epub 2019 Sep 4. PMID: 31485691.
 6. Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.А., Стоянова И.Я. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. *Суицидология*. 2018. Т. 9, № 2 (31). С. 50-59. Bokhan NA, Abolonin AF, Mandel AI, Nazarova IA, Stoyanova IYa. Aggression and suicidal behavior of adolescents in different conditions of socialization. *Suicidology*. 2018;9(2):50-59 (in Russian).
 7. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте. *Суицидология*. 2019. Т. 10, № 1 (34). С. 48-57. Krylova ES, Beburishvili AA, Kaleda VG. Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior in youth patients with personality disorders. *Suicidology*. 2019;10(1):48-57. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-48-57](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57) (in Russian).
 8. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012 Jun 23;379(9834):2373-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5). PMID: 22726518.
 9. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, Clements C, Kapur N, Ness J, Waters K, Hawton K. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018 Feb;5(2):167-174. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30478-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30478-9). Epub 2017 Dec 12. PMID: 29246453.
 10. Heilbron N, Prinstein MJ. Adolescent Peer victimization, peer status, suicidal ideation, and nonsuicidal self-injury: Examining concurrent and longitudinal associations. *Merrill Palmer Q (Wayne State Univ Press)*. 2010 Jul;56(3):388-419. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0049>. PMID: 30147215; PMCID: PMC6103532.
 11. Сыроквашина К.В., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В., Александрова Н.А., Терехина С.А., Нуцкова Е.В., Федонкина А.А., Чибисова И.А., Шкитырь Е.Ю. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз). *Психология и право*. 2019. Т. 9, № 1. С. 71-84. Syrokvashina KV, Oshevsky DS, Badmaeva VD, Dozortseva EG, Makushkin EV, Aleksandrova NA, Terekhova SA, Nutskova EV, Fedonkina AA, Chibisova IA, Shkityr EYu. Risk factors of fashioning of suicidal behavior in children and adolescents (based on the results of the analysis of regional posthumous forensic examination). *Psychology and Law*. 2019;9(1):71-84. <https://doi.org/10.17759/psylaw.2019090105> (in Russian).
 12. Данилова С.В., Бадмаева В.Д. О расстройствах личности (коротко о важном). М.: МИНАР, 2012. 236 с. Danilova SV, Badmaeva VD. On personality disorders (briefly about the important). Moscow: MINAR; 2012:236. (in Russian).
 13. Бадмаева В.Д., Шкитырь Е.Ю. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних (по материалам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз). *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019. Т. 5, № 4. С. 117-128. Badmaeva VD, Shkityr EYu. Risk factors of suicidal behavior in minors (based on the materials of postmortem complex forensic psychological and psychiatric examinations). *Research Results in Biomedicine*. 2019;5(4):117-128. <https://doi.org/10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-9> (in Russian).
 14. Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023. Т. 31, № 1. С. 9-30. Subotich MI. Clinical-psychological and socio-demographic factors of suicidal behavior and the risk of its chronicity: a review of studies. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2023;31(1):9-30. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101> (in Russian).
 15. Григорьева А.А. Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019. № 2 (103). С. 32-40. Grigorieva AA. Characteristics of adolescents with risk of self-harm behavior and substance use. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019;2(103):32-40. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-32-40](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-32-40) (in Russian).
 16. Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика). *Методические рекомендации / Р.В. Ахупкин, Е.Г. Дозорцева, Е.Б. Любов, Г.С. Банников, К.Л. Кешян, К.А. Чистопольская*. М., 2024. 38 с. Suicidal behavior of minors (risk factors, development predictors, diagnostics). *Methodological recommendations / RV Akhupkin, EG Dozortseva, EB Lyubov, GS Bannikov, KL Keshchyan, KA Chistopolskaya*. Moscow, 2024:38 (in Russian).
 17. Ворсина О.П. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершённые суициды. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016. № 3 (92). С. 51-54. Vorsina OP. Socio-demographic and clinical characteristics of children and adoles-

- cents having completed suicides. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016;3(92):51-54 (in Russian).
18. Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С. Суицидальное поведение в Забайкальском крае: эпидемиологические характеристики, влияние пандемии COVID-19 и внедрение инструмента ВОЗ для улучшения системы мониторинга. *Суицидология*. 2022. Т. 13, № 2 (47). С. 3-17. Sakharov AV, Stupina OP, Pasyutina MS. Suicidal behavior in the Trans-Baikal Territory: epidemiological characteristics, the impact of the COVID-19 pandemic and the implementation of the WHO tool for improvement of monitoring system. *Suicidology*. 2022;13(2):3-17. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-02\(47\)-3-17](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-3-17) (in Russian).
 19. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Ступина О.П., Озорнин А.С., Колчанова Т.Г. Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема «групп смерти». *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017. № 2 (95). С. 42-47. Sakharov AV, Govorin NV, Stupina OP, Ozornin AS, Kolchanova TG. Suicidal behavior of children and adolescents in the Trans-Baikal Krai, the problem of “groups of death”. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;2(95):42-47 (in Russian).
 20. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 365 с. Popov YuV, Pichikov AA. Suicidal behavior in adolescents. St. Petersburg: SpetsLit, 2017:365 (in Russian).
 21. Факторы суицидального поведения у детей, подростков и молодежи: данные современных исследований / под ред. А.Б. Холмогоровой, Е.Г. Дозорцевой, О.Д. Пуговкиной. М.: МГППУ, 2024. 208 с. Factors of suicidal behavior in children, adolescents and youth: data from modern research / AB Kholmogorova, EG Dozortseva, OD Pugovkina (ed.). Moscow: Moscow State University of Psychology and Education, 2024:208 (in Russian).
 22. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М.: Московский НИИ психиатрии, 1978. С. 6-28. Ambrumova AG, Tikhonenko VA. Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment of personality. Relevant problems of suicidology. Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry, 1978:6-28 (in Russian).

Поступила в редакцию 14.11.2025
Утверждена к печати 02.03.2026

Аксенова Евгения Викторовна, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач-психиатр ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» (Чита). AuthorID РИНЦ 1209536. ev.sarapulova@mail.ru

Гольгина Светлана Евгеньевна, к.м.н., доцент, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. AuthorID РИНЦ 847556. Author ID Scopus 57201322291. ResearcherID HDN-9381-2022. svetagoLygina@yandex.ru

Сахаров Анатолий Васильевич, д.м.н., доцент, заслуженный врач Забайкальского края, заместитель директора по научно-методической работе Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Дальневосточном федеральном округе (Москва). AuthorID РИНЦ 556868. Author ID Scopus 57201327574. ResearcherID N-4261-2016.

✉ Сахаров Анатолий Васильевич, sakharov.a@serbsky.ru

UDC 616.89-008.441.44:616-001:616.052-053.6(292.516):616-079.7

For citation: Akse nova E.V., Golygina S.E., Sakharov A.V. Clinical and anamnestic characteristics of adolescents of the Transbaikal Territory with suicidal and non-suicidal self-harming behavior (retrospective study). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2026, 1 (130): 66-75. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-66-75](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-66-75)

Clinical and anamnestic characteristics of adolescents of the Transbaikal Territory with suicidal and non-suicidal self-harming behavior (retrospective study)

Aksenova E.V.^{1,2}, Golygina S.E.¹, Sakharov A.V.³

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Chita State Medical Academy” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Gorky Street 39A, 672000, Chita, Russian Federation

² State-Funded Healthcare Institution “Regional Clinical Psychiatric Hospital named after V.Kh. Kandinsky”
Okruzhnoy Passage 3, 672000, Chita, Russian Federation

³ National Scientific Center for Narcology – Branch of the Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Malyy Mogiltsevsky Lane 3, 119002, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Suicidal behavior in adolescence is characterized by high prevalence, multifactorial determination, genetic predisposition, significant medical and social consequences, and regional differences. **Objective:** to study the main clinical and anamnestic characteristics of adolescents with suicidal and non-suicidal self-harming behavior based on the data of a psychiatric hospital of the Transbaikal Territory. **Material and Methods.** Archival materials (medical records, case histories) of 375 patients aged 15-17 years who underwent inpatient treatment in 2019-2023 at the State Healthcare Institution “Regional Clinical Psychiatric Hospital named after V.Kh. Kandinsky” for self-harming behavior were analyzed. Socio-demographic indicators, family history, clinical forms of autoaggressive behavior, psychiatric diagnoses, and associated behavioral risks were assessed. **Results.** The girls predominated in the sample (74.9%). Most adolescents with suicidal and non-suicidal self-harming behavior lived in cities (60.3%) and were raised in single-parent families (66.7%). Conflictual or formal intra-family relationships were identified in 70.9% of cases, and a hereditary history of psychopathology was found in 44.5%. Demonstrative (45.3%) and affective (24.8%) manifestations predominated in the clinical structure. Self-cutting was the most common method (43.5%). The leading causal factors were interpersonal conflicts (24.0%) and depressive experiences (17.3%). The demonstrative form of self-harming behavior was significantly associated with alcohol intoxication. Mixed disorders of behavior and emotions predominated in the structure of mental disorders (43.1%). **Conclusion.** Adolescents of the Transbaikal Territory with suicidal and non-suicidal self-harming behavior are characterized by pronounced social and family dysfunction, prevalence of demonstrative and affective forms of autoaggressive behavior, and affective-behavioral disorders.

Keywords: suicidal behavior, self-harming behavior, adolescents, psychiatric hospital, Transbaikal Territory.

Received November 14, 2025

Accepted March 02, 2026

Aksenova Evgeniya V., postgraduate student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Chita State Medical Academy” of the Ministry of Health of the Russian Federation, psychiatrist of State-Funded Healthcare Institution “Regional Clinical Psychiatric Hospital named after V.Kh. Kandinsky”, Chita, Russian Federation. AuthorID RSCI 1209536. ev.sarapulova@mail.ru

Golygina Svetlana E., Cand. Sc. (Medicine), associate professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Chita State Medical Academy” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chita, Russian Federation. AuthorID RSCI 847556. Author ID Scopus 57201322291. ResearcherID HDN-9381-2022. svetagolygina@yandex.ru

Sakharov Anatoly V., D. Sc. (Medicine), associate professor, Honored Doctor of the Transbaikal Territory, Deputy Director for scientific and methodological work, National Scientific Center for Narcology – Branch of the Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” of the Ministry of Health of the Russian Federation, chief freelance child psychiatrist of the Russian Ministry of Health in the Far Eastern Federal District, Moscow, Russian Federation. AuthorID RSCI 556868. Author ID Scopus 57201327574. ResearcherID N-4261-2016.

✉ Sakharov Anatoly V., sakharov.a@serbsky.ru