



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ ВАРНА
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА
ПСИХОЛОГИЯ

Д-р Рая Златиславова Димитрова

ИЗСЛЕДВАНЕ НА НЕСУИЦИДНО САМОНАРАНЯВАЩО
ПОВЕДЕНИЕ В НЕКЛИНИЧНА ПОПУЛАЦИЯ ОТ ЮНОШИ НА
ВЪЗРАСТ 14-19 ГОДИНИ В ОБЛАСТ ВАРНА

АВТОРЕФЕРАТ

На дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „доктор”
по научна специалност „Психиатрия”

Научен ръководител: Доц. д-р Петър Милчев Петров, д.м.н

Варна 2021



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ ВАРНА
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА
ПСИХОЛОГИЯ

Д-р Рая Златиславова Димитрова

ИЗСЛЕДВАНЕ НА НЕСУИЦИДНО САМОНАРАНЯВАЩО
ПОВЕДЕНИЕ В НЕКЛИНИЧНА ПОПУЛАЦИЯ ОТ ЮНОШИ НА
ВЪЗРАСТ 14-19 ГОДИНИ В ОБЛАСТ ВАРНА

АВТОРЕФЕРАТ

На дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „доктор”
по научна специалност „Психиатрия”

Научен ръководител:
Доц. д-р Петър Милчев Петров, д.м.н

Научно жури:

Председател:
Проф. д-р Христо Василев Кожухаров д.м.

Членове:
Доц. д-р Димитър Терзиев, д.м
Проф. д-р Георги Ончев, д.м
Доц. д-р Георги Панов, д.м
Доц. д-р Светлин Върбанов, д.м.

Варна 2021

Дисертационният труд съдържа 145 страници, включва 61 таблици, 5 фигури и 1 приложение. Библиографията обхваща 193 заглавия, от които 5 са на кирилица и 188 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Катедрения съвет на Катедрата по Психиатрия и Медицинска психология при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна на 05.11.2021 г.

Защитата на дисертационния труд ще се състои наГод. вЧ. в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна.

Материалите по защитата са на разположение в библиотеката на МУ- Варна, както и на официалния сайт на университета.

Съдържание

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	5
I. УВОД	6
II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ	8
1. Цели и Задачи.....	8
III. КОНТИНГЕНТ И МЕТОДИКА	10
1. КОНТИНГЕНТ.....	10
2. ИНСТРУМЕНТАРИУМ.....	10
3. ДИЗАЙН И СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ.....	13
IV. РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ	14
1. РЕЗУЛТАТИ ОТНОСНО ОСНОВНИ СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПОПУЛАЦИЯТА, ОБХВАНАТА В ЕПИДЕМИОЛОГИЧНОТО ПРОУЧВАНЕ.....	14
2. РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ОЦЕНКА НА РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА НСС В ПОПУЛАЦИЯТА.....	15
3. РЕЗУЛТАТИ ОТ СКАЛА ЗА РАЗСТРОЙСТВО С НЕСУИЦИДНО САМОНАРАНЯВАНЕ.....	21
4. ОЦЕНКА НА ВАЛИДНОСТТА И НАДЕЖДНОСТТА НА ДИАГНОСТИЧНИЯ ИНСТРУМЕНТ NSSIDS.....	33
5. КЛЪСТЕРЕН АНАЛИЗ.....	38
6. РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ТЕЖЕСТ НА ПРОТИЧАНЕ И ПРОГРЕСИЯ НА НСС. НСС КАТО ЗАВИСИМО ПОВЕДЕНИЕ.....	48
7. КОРЕЛАЦИОНЕН АНАЛИЗ.....	55
V. ОГРАНИЧЕНИЯ И НЕДОСТАТЪЦИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО. НАСОКИ ЗА БЪДЕЩА РАБОТА	56
VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
VII. ИЗВОДИ	62
VIII. ПРИНОСИ	64
IX. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	65

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ГЛР – Гранично личностово разстройство

МКБ-10 – Международна класификация на болестите 10-ти издание

НСС – Несуицидно самонараняване

НССП – Несуицидно самонараняващо поведение

РНСС – Разстройство с несуицидно самонараняване

РУО – Регионално управление на образованието

СРНСС – Скала за разстройство с несуицидно самонараняване

ABUSI – Alexian Brothers Urge to Self-injure Scale

ABASI – Alexian Brothers Assessment of Self-injury

DSM-5 – Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства 5-а ревизия

ISAS – Inventory of Statements about Self-injury

NSSIDS – Non-suicidal self-injury disorder scale

OSI – Ottawa Self-injury Inventory

I. УВОД

Юношеството¹ е критичен период на развитие и уязвимост, през който могат да възникнат различни психични разстройства. Отдавна се възприема като период на турбулентност, постоянна промяна, склонност към импулсивност и интензивност на емоционалните преживявания. Макар повечето от описаните феномени да са развитийно обусловени и преходни, отражението им върху поведението на юношата би могло да остави траен отпечатък в процеса на изграждащата се личност.

Този период на постоянна промяна изправя юношата пред редица предизвикателства, свързани с изграждането на собствена личност в контекста на променливи лични, социални, образователни и физически изисквания. Неизбежно пораждащият се стрес от тези ситуации компрометира приложението на адаптивни и зрели механизми за справяне, които механизми не са пълноценно развити в този етап от индивидуалното развитие. Биологично обусловената склонност към импулсивност и търсене на новости се явява основен рисков фактор за експериментирането с рискови поведения като употреба на алкохол, тютюн, наркотични вещества, промискуитетност, които целят постигането на удоволствени усещания.

Немалък процент от юношите на възраст 14-19 години съобщават, че за справяне със ситуации на повишена уязвимост и стрес извършват самонараняващи действия. Несуицидното самонараняване е явление изучавано сравнително интензивно през последните 30-40 години. В болшинството от случаите проявлението му се свързва с преживяването на силни негативни емоции, за преодоляването на които юношите използват различни методи на самонараняване като копинг стратегии за справяне с или маркиране на дистреса.

Изучаването на проблема е с голямо социално значение, поради широкото му разпространение, както в клиничната, така и в общата популация, независимо от лимитираните данни в последната. Първите научни описания на самонараняващи действия се появяват в хода на клинично наблюдение на пациенти с други психиатрични разстройства. Това коморбидно съществуване е затруднило самостоятелното изучаване на несуицидното самонараняване, което е било възприемано основно като симптом на афективни и личностови разстройства. Значително по-късно се обръща внимание и върху проявлението му в общата популация и по-конкретно юношеството като период на поява на поведението.

Пълноценното и задълбочено изучаване на проблема в общата популация е съпътствано със затруднения характерни, както за епидемиологичните проучвания сред юноши, така и поради гласна или негласна стигма, страх от осъждане и неразбиране. Последните аспекти още веднъж подчертават актуалността на проблема и необходимостта от изграждането на ясна представа за несуицидното самонараняване, базирана на

¹ В целия дисертационен труд думите „юношество“ и „юноши“ се използват събирателно за представяне на девойките и младежите в подрастваща възраст.

емпирични и съвременни данни. На този етап се правят едва първи стъпки за да се разкрие мащабът на проблема.

Проведените до този момент, най-вече чуждестранни, изследвания са се фокусирали върху основните теми охарактеризиращи несуйцидното самонараняващо поведение (НССП): дефиниция, разпространение, функции и видове самонараняване, естествен ход, рискови фактори, невробиология, открояване на това поведение като самостоятелно и др. Всички тези широки аспекти на изследване са обединени от нуждата от допълнително изучаване и анализ. Например, един голям, актуален и нерешен въпрос, който стои пред изследователите на това поведение е къде в научните класификации на психиатричните разстройства се помества несуйцидното самонараняване.

През последните години количеството публикации в специализирана литература посветена на несуйцидното самонараняване показва нарастваща тенденция, което свидетелства за важноста на тази тема. Открояват се няколко основни направления на научен интерес. Научното търсене преминава през етапи на изучаване на епидемиологичните характеристики на несуйцидно самонараняване и прави преход към диагностичното му обособяване и търсене и създаване на обективни и подробни инструменти за оценка.

Успоредно с изясняването на фундаментите на това явление, значителен научен интерес е насочен към откриването на биологични маркери, които биха позволили ранната детекция и превенция на несуйцидното самонараняване. Стремешът към откриването на биологични маркери или онагледяването на евентуално нарушени невроанатомични и неврофункционални пътища ще спомогне за концептуализацията на това поведение. До постигането на тези нелеките задачи настоящите и бъдещите изследователи е необходимо да положат усилия за затвърждаване на постигнатия до този момент прогрес. Липсата на доказуеми категорични структурни и функционални нарушения не бива да омаловажава и да е пречка за възприемането на това поведение като клинично и социално значимо. Подценяването на сериозността на проблема е предпоставка за ненавременна професионална грижа и задълбочаване и затвърждаване на самонараняването като поведение.

Въпреки значителният обем налична съвременна литература българският принос за описване на несуйцидното самонараняващо поведение в контекста на нашите етнически и културални характеристики е ценен, но все още скромнен. Нужни са допълнителни потвърдителни и надграждащи изследвания, както в общата популация, така и в клинични условия, където до момента такива липсват.

Извършеното епидемиологично изследване, залегнало в основата на настоящия дисертационен труд, представлява опит за принос в изграждането на фундамент за концептуализирането на несуйцидно самонараняване в България.

II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

1.1 Цел

Въз основа на анализа на актуалните научни знания по проблема и сведенията за България, планирахме и осъществихме собствено проучване с цел:

Оценка на разпространението на несуйцидно самонараняване в неклинична популация от юноши, чрез използване на диагностичните критерии на DSM-5 за Разстройство с несуйцидно самонараняване и определяне на критерии, категоризиращи група с по-голяма тежест, хроничност, интензивност на самонараняването.

За постигане на така формулираната цел са поставени следните задачи:

1.2 Задачи

1. Да се проведе епидемиологично проучване сред разнородна популация от юноши от средните училища в град Варна.
2. Да се разработи и приложи в епидемиологичното проучване адаптиран за българската популация хибриден въпросник, базиран на Nonsuicidal self-injury disorder scale (NSSIDS) и Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) за тежест и прогресия на несуйцидното самонараняване.
3. Да се установи честотата на НССП в популация от юноши.
4. Да се приложат критериите за диагноза РНСС за откриването на субгрупа от юноши с по-тежко протичане на несуйцидно самонараняване.
5. Да се установят най-често използваните методи за самонараняване в изследваната популация.
6. Да се установят предразполагащи фактори за извършване на несуйцидни самонараняващи действия.
7. Да се установяват функциите на несуйцидно самонараняване.
8. Да се установят тенденциите за прогрес на НСС чрез оценка на зависимите (пристрастяващи) характеристики на поведението.
9. Да се извърши оценка на възможните източници за подкрепа и помощ сред юношите

2. ХИПОТЕЗИ

Така описаните цел и задачи произтичат от следните хипотези:

- Разпространението на несуицидно самонараняване сред юноши у нас е сходно с това, установено при проучвания в други държави.
- Половото разпределение е с превес на женския пол.
- Съществува разлика в основния метод на самонараняване между половете.
- Съществува подгрупа от юноши с по-тежко протичане на НСС, които отговарят на диагностичните критерии на DSM-5 за Разстройство с несуицидно самонараняване (РНСС).
- Съществуват индивиди, които в по-голяма степен продължават участието си в НСС по причини сходни с процесите описани при зависимо поведение.

III. КОНТИНГЕНТ И МЕТОДИКА

1. КОНТИНГЕНТ

Проучването се проведе в периода февруари 2020 г. – април 2021 г. като контингентът са юноши, учещи в масови средни училища във Варна с различен профил (математика, чужди езици, икономика). Училищата са посочени от РУО-Варна, което е дало съгласието си за провеждане на анкетно проучване на територията на варненските училища. Етичната комисия на научните изследвания към Медицински университет Варна е одобрила планът на изследването и е дала своето положително решение за провеждане на проучването. В изследването взеха участие 4 от посочените от РУО училища. Общо приблизително хиляда бланки с информирани съгласия за родители са раздадени; броят на учениците, получили одобрение от родители за участие, е 516, като онлайн съгласие са дали 294 ученика (56% участие), от които 267 са попълнили изцяло анкетата.

В проучването са обхванати юноши, на възраст между 14 и 19 години, с заложено равномерно представяне на двата пола. Мотивите ни да се насочим към контингент с такива възрастови параметри бяха: 1/ по литературни данни възрастният период с най-голяма интензивност на разпространението на несуицидно самонараняване е юношеството, като често начална възраст на самонараняване е между 12 и 14 г. и има саморемитиращ ход към края на юношеството; 2/ от изследванията посветени на естественият ход и прогресия на несуицидното самонараняване се знае, че честотата на разпространение намалява в млада зряла възраст и с напредване на възрастта; 3/ ретроспективното изучаване на поведението сред възрастни крие рискове да доведе до изкривяване на докладваните данни, поради измами на паметта или погрешно тълкуване на спомените от страна на индивида (Plener et al., 2015; Moran et al., 2012).

2. ИНСТРУМЕНТАРИУМ

След заявяване на информирано съгласие за участие в изследването, участниците попълниха създадената за целта демографска анкета. Събрани са данни относно пол, възраст, месец на раждане, наличие на сиблинги, наличие или отсъствие на приятели, семейни отношения.

Изборът на инструмент за оценка на несуицидно самонараняване в настоящото проучване в значителна степен се базира на личния ни опит с други два инструмента – ISAS и ABASI/ABUSI, използвани в наше пилотно епидемиологични изследване върху несуицидното самонараняване в юношеска възраст. Inventory of Statements About Self-injury (ISAS) (Klonsky & Glenn, 2009) и Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI) (Washburn et al., 2015), Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale (ABUSI) (Washburn et al., 2010), са широко използвани и изчерпателни, но в прилагането им в

наши условия констатирахме няколко методологични затруднения: 1/ нито един от инструментите не е скринингов; 2/ съществува дисбаланс между отделните аспекти на НСС застъпени във въпросника, което налага допълнително събиране на данни или употребата на допълнителен инструмент за пълноценна оценка на явлението; 3/ въпросникът е дълъг и времето за попълване продължително, което се явява демотивиращ фактор за съдействието на юношите. Практически това бе изразено като получени непълни или небрежно попълнени въпросници.

Ето защо за целите на настоящия дисертационен труд ние адаптирахме и модифицирахме инструментите Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale (NSSIDS) (Victor et al., 2017) и Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) (Nixon et al., 2015), чиито характеристики ще бъдат накратко представени.

2.1 Скала за Разстройство с несуицидно самонараняване (*Non-suicidal self-injury disorder scale, NSSIDS*)

След излизането на DSM-5 и предложените нови критерии, различни авторски екипи започват създаването на различни инструменти, базирани на предложените критерии с цел откриването на отделни групи от индивиди със значимо от диагностична гледна точка несуицидно самонараняване. След направена справка на наличните диагностични инструменти се спряхме на въпросник NSSIDS, създаден от Виктор през 2017 година (Victor et al., 2017). Въпросникът е съставен от 16 въпроса, покрива изцяло предложените критерии, като формулировката на въпросите е създадена максимално да се доближава до описаната в DSM-5. За сравнение и анализ на нашите собствени резултати са използвани данните описани в посочената статия.

Първият критерий (**критерий А**) е преобразуван в два въпроса, питащи за броя дни през последната година, в които са извършвани несуицидни самонаранявания (критерий за настояще НСС) и дали са извършвани самонараняващи действия 5 или повече дни в рамките на година преди последната (критерий за минало НСС). Критерия за настояще НСС се приема за изпълнен, ако участникът е посочил 5 или повече дни със самонараняване през последната година, а за минало НСС, ако са отговорили с „Да“ на въпросът за НСС преди предходната година.

Вторият критерий (**Критерий В**) е преобразуван в три въпроса, всеки с 5 степенна ликертова скала, като отговор 0 – „Никога“, 2 – „понякога“ и 4 – „винаги“. Тези въпроси оценяват функциите на НСС като метод за премахване на негативни мисли или чувства, за справяне с междуличностни проблеми и за създаване на приятни усещания. Участниците покриват прагът за отделния въпрос, ако отговорят с 2 или повече („понякога“ или повече), като критерий В обобщено е отбелязан като изпълнен ако са дали положителен отговор на поне един от трите въпроса.

Критерий С е преобразуван в 4 въпроса, като отново е използвана ликертова скала. Въпросите са свързани с оценка на събитията предшестващи НСС: междуличностни затруднения и конфликти, негативни чувства или мисли, трудна за контролиране свръх-

ангажираност с несуицидно самонараняване преди извършването му и мисли, свързани с НСС, дори когато поведението не се практикува. Аналогично на предходния критерий, всеки въпрос се счита за покрит, ако участникът е отговорил с 2 или повече („понякога“ или повече), а критерий С се приема за изпълнен, ако е покрит минималния праг на поне един от изброените 4 въпроса.

Критерий D е преобразуван във въпрос, оценяващ валидни методи за самонараняване. DSM-5 уточнява, че индивидите не могат да се диагностицират с Разстройство с несуицидно самонараняване, ако техен единствен метод на самонараняване е чоплене на белези или гризание на нокти. На база предоставените възможности за отговор на този въпрос, свързан с методи на самонараняване, критерият се счита за изпълнен, ако участниците са дали отговор различен от чоплене на белези или гризание на нокти.

Критерий E е преобразуван в 3 въпроса, оценяващи произтичащите от несуицидното самонараняване нарушения във функционирането. Използвана е ликертова скала за оценка дали НСС предизвиква проблеми с околните, академични затруднения или друг тип затруднения в живота на юношата. Минималният праг, необходим за покриване на въпроса, е 2 или повече („понякога“ или повече) и критерият като цяло е отбелязан като изпълнен, ако на поне един от въпросите е отговорено с 2 или повече.

Последният критерий (**критерий F**) е преобразуван в 3 въпроса с ликертова скала, които потенциално биха изключили наличието на диагноза „Разстройство с несуицидно самонараняване“ (РНСС). Участниците отговарят на въпроси свързани с честотата на извършване на несуицидно самонараняване под влиянието на алкохол или наркотични вещества, и честотата на извършване на НСС на фона на преживени налудности или халюцинации. DSM-5 изрично пояснява, че диагнозата РНСС се отхвърля, ако несуицидното самонараняване се наблюдава изключително/единствено по време на психотичен епизод или интоксикация с вещества. Поради това условията за диагноза на Разстройство с несуицидно самонараняване според DSM-5 се считат за спазени, ако на всеки от двата въпроса участникът е дал отговор различен от 5 („винаги“) (т.е. поне част от времето несуицидното самонараняване се извършва извън наличието на психоза или интоксикация). Следва въпрос, оценяващ с „Да“ или „Не“ дали участникът някога е бил диагностициран с психично разстройство. Участниците са отбелязани като изпълнили критерий F, ако покриват всички три аспекта от критерия (т.е. НСС извън употреба на психоактивни вещества, НСС извън наличието на психоза и НСС, което не се дължи на друга диагноза).

2.2 Отавски въпросник за несуицидно самонараняване (*Ottawa self-injury inventory, OSI*)

Този самооценъчен въпросник извършва оценка не само на функциите на НСС, подобно на редица други инструменти, но единствен включва и подробна оценка на зависими характеристики на НСС. Последните са заимствани от критериите на DSM-IV за Синдром на зависимост (APA, 2000). Въпросникът първо е разработен през 2002г от Клотнер и Никсън (Nixon et al., 2002) на базата на доклади от хоспитализирани юноши,

мненията на клиницисти и наличната научна литература, а впоследствие с помощта на изследователски факторен анализ Мартин и сътрудници (Martin et al., 2013) са изследвали подлежащата факторна структура на функциите и зависимите черти на OSI. В настоящата работа са използвани въпросите, засягащи черти водещи до зависимо поведение, поради тяхното голямо значение за тежестта и прогреса на НСС във времето.

3. ДИЗАЙН И СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ

В настоящото епидемиологично срезово неинтервенционално проучване за проверка на хипотезите и изпълнение на задачите са използвани анкетен и статистически метод.

За статистически анализ е използвана програма SPSS 19 (IBM Statistics). Статистическата обработка на резултатите е разделена условно на няколко части. Извършен е честотен дескриптивен анализ на участниците, попълнили демографската анкета и по-значимите въпроси от втората част на въпросника. При анализ на NSSIDS въпросите са прекодирани от ликертова скала в дихотомни стойности според моделът заложен от авторите на скалата за проверка на покриването на критериите (Victor et al., 2017). По този начин се придобива информация дали участникът е отговорил на изискването за покриване на дадена подточка от критерий или целият критерий.

За оценка на психометричните качества на диагностичният въпросник са приложени статистически методи, включващи валидност и надеждност, клъстерен анализ, факторен анализ, регресионен анализ и значими корелации. За изследване на разпределението на извадката в зависимост от покриването на диагностичните критерии на DSM-5 бе избран двустъпков клъстерен анализ, който е удачен при дихотомни вариабилни. За оценка на конструктивната валидност на диагностичната скала беше извършен потвърждаващ факторен анализ. Данните са анализирани по метода на главните компоненти с ортогонална ротация по метода Варимакс (Varimax) с нормализация на Кайзер (Kaiser). Универсално прието е факторни тегла по-ниски от .3 да се изключват от ротираната компонентна таблица, като стойности под 0.4 също са пренебрежими и няма да бъдат взети предвид при анализ на резултатите. Тестът на Бартлет за сферичност показва дали променливите са достатъчно силно корелирани, за да започне факторният анализ. Анализ на въпросите, отнасящи се до различни аспекти на несуицидно самонараняване и неговата тежест на протичане, е извършен корелационен анализ, клъстерен анализ, Хи-квадрат тест за независимост.

IV. РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

Резултатите от проведеното изследване биха могли да се обобщят като: **1/** Оценка на демографски показатели на извадката; **2/** Оценка на разпространението на несуицидно самонараняване; **3/** Оценка на предложените от DSM-5 критерии; **4/** Оценка на основни функции и предразполагащи фактори; **5/** Оценка на субективното възприятие за пристрастяващ потенциал на НСС; **6/** Оценка на допълнителни характеристики на НСС, имащи отношение към значението на проблема в нашата популация.

1. РЕЗУЛТАТИ ОТНОСНО ОСНОВНИ СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПОПУЛАЦИЯТА, ОБХВАНАТА В ЕПИДЕМИОЛОГИЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

За периода на изследване достъп до анкетата е предоставен на 294 ученика, от които 286 са дали положително информирано съгласие за участие.

От заявिलите желание за участие 286 ученика, 7 са изключени поради неправилно или непълно попълване на въпросника и на първоначална статистическа обработка са подложени 279 участника.

На първи етап бе извършен дескриптивен честотен анализ на общия брой ученици, попълнили правилно демографската част от анкетата.

Таблица 1. Разпределение по пол

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност				
Момиче	205	73.5	73.5	73.5
Момче	74	26.5	26.5	100.0
Общо	279	100.0	100.0	

Разпределението по пол е с превес на момичетата. Разпределението по възраст, показва, че процентът на респондентите сред по-големите ученици е по-малък, и активността е най-голяма сред по-младите респонденти.

Таблица 2. Разпределение по възраст

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна	14	78	28.0	28.0	28.0
стойност	15	62	22.2	22.2	50.2
	16	66	23.7	23.7	73.8
	17	45	16.1	16.1	90.0
	18	24	8.6	8.6	98.6
	19	4	1.4	1.4	100.0
	Общо	279	100.0	100.0	

При оценка на резултатите и анализите за несуицидно самонараняване като значими за градското население бе зададен въпрос относно местоживеенето, като мнозинството (N=264, 94.6%) са посочили, че са от град Варна. Мнозинството от участниците живеят със семейството си (N=273, 97.50%), а 76.79% (N=215) имат братя или сестри (сиблинги). Едва 117 участника са отговорили на въпрос за семейни отношения, като 34.19% (N=40) са отговорили, че семейните им отношения са „добри и хармонични“, 62.39% (N=73) от участниците са споделили за „добри и лоши дни, както всички други“, 0.85% (N=1) са споделили „често се караме, не ме разбират“, докато 2.85% (N=3) са посочили „предпочитаме да не си говорим, те са заети“.

По отношение на приятелствата 98.21% (N=275) са съобщили, че имат приятели в училище, а 97.86% (N=274) имат приятели извън училище.

2. РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ОЦЕНКА НА РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА НСС В ПОПУЛАЦИЯТА

2.1 Честота на поведения на несуицидно самонараняване

От 279 респонденти, 9 са отказали по-нататъшното си участие във втората част от анкетата с въпроси за несуицидно самонараняване и затова последващите статистически данни включват 267 участника. Лица, които са отговорили отрицателно на единия или на двата скрининг въпроса не се допускат до следващата част от анкетата.

Разпространението на НСС в юношеска възраст е сравнително често и мисли за самонараняване не представляват рядкост в тази популация. Поради това са зададени два скрининг въпроса, които целят да покажат разпространението на мисли за самонараняване без действия и да се отделят лица, които освен мисли извършват и самонараняващи действия.

Таблица 3. Мисли или силно желание за самонараняване, без суицидно намерение

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	85	31.8	31.8	31.8
	Не	182	68.2	68.2	100.0
	Общо	267	100.0	100.0	

Таблица 4. Някога извършвали ли сте самонараняващи действия, нарочно и без намерение да сложите край на живота си?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	68	25.5	25.5	25.5
	Не	199	74.5	74.5	100.0
	Общо	267	100.0	100.0	

От всички отговорили, 31.8% съобщават за наличие на мисли или силно желание за самонараняване, без намерение за суицид, а 25.5% потвърждават извършването на самонараняващи действия, без намерение за суицид. Установените от нас проценти на разпространение на НСС действия напълно съответстват на намереното в подобни чужди епидемиологични популационни изследвания сред юноши, където цитираният процент варира между 13-22%, а в някои стойността достига и повече (Taylor et al., 2018). В проучване на Еюбова установеният процент на разпространение на действия на самонараняване е значително по-висок, 35% от общата извадка, като от всички възможни описани методи на самонараняване, най-често съобщаван е „чопленето на рани“ (15%).

Извършен бе Хи-квадрат тест за независимост, за изследване на наличието на разлика между присъствието на мисли и наличието на действия на самонараняване в зависимост от пола. Подобна статистически значима разлика не е установена при първия скрининг въпрос за мисли или желание за НСС ($\chi^2(1)=2.900$, $p = 0.89$, $\Phi = .104$). Малка, но статистически значима разлика е установена по отношение на действия на самонараняване в зависимост от пола ($\chi^2(1)=4.150$, $p = 0.042$, $\Phi = .125$). Значително повече момичета са докладвали действия на самонараняване (57Ж : 11М). Установена е силна зависимост между наличието на мисли и желание за самонараняване и извършването на самонараняващи действия ($\chi^2(1)=107.297$, $p<0.01$, $\Phi = .634$).

Таблица 5. Зависимост между пол и действия на НСС

			Пол		Общо
			Момиче	Момче	
Някога извършвали ли сте самонараняващи действия, нарочно и без намерение да сложите край на живота си?	Да	Брой	57	11	68
		Очакван брой	50.7	17.3	68.0
	Не	Брой	142	57	199
		Очакван брой	148.3	50.7	199.0
Общо		Брой	199	68	267
		Очакван брой	199.0	68.0	267.0

Таблица 5.1 Хи-квадрат тестове

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.150 ^a	1	.042
Continuity Correction ^b	3.519	1	.061
Likelihood Ratio	4.438	1	.035
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	4.134	1	.042
N of Valid Cases	267		
Симетрични оценки		Value	
Nominal by Nominal	Phi	.125	
	Cramer's V	.125	
N of Valid Cases		267	

Таблица 6. Зависимост между мисли или желание за самонараняване и извършване на самонараняващи действия

			Някога извършвали ли сте самонараняващи действия, нарочно и без намерение да сложите край на живота си?		Общо
			Да	Не	
Някога имали ли сте мисли или силно желание да се самонараните, без намерение да сложите край на живота си?	Да	Брой	56	29	85
		Очакван брой	21.6	63.4	85.0
	Не	Брой	12	170	182
		Очакван брой	46.4	135.6	182.0
Общо		Брой	68	199	267
		Очакван брой	68.0	199.0	267.0

Таблица 6.1. Хи-квадрат тестове

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	107.297 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	104.196	1	.000		
Likelihood Ratio	105.445	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	106.895	1	.000		
N of Valid Cases	267				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.65.

b. Computed only for a 2x2 table

Таблица 6.2 Симетрични оценки

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	.634	.000
Nominal	Cramer's V	.634	.000
N of Valid Cases		267	

Както беше отбелязано в литературния обзор на дисертационния труд, несуйцидното самонараняване изпълнява разнообразни функции, често зависими от актуалното психо-емоционално състояние на индивида и провокиралата го ситуация. Несуйцидното самонараняване, като форма на антисуйцидно поведение предпазва индивида от крайни действия, като намира приемлива алтернатива за облекчаване на напрежението. В тази връзка наличието на мисли или желание за НСС сме склонни да разглеждаме като по-

лека степен на компромисно волево действие с цел да се избегне извършването на самонараняващи действия сред лицата, които съобщават за това.

Подобно на някои психологични терапевтични похвати изискващи визуализация с цел актуализация би могло да се предположи, че наличието на мисли или желание за НСС може да изпълнява самостоятелна функция. На основание на нашите резултати от проведения Хи-квадрат тест, обаче, ние не установяваме самостоятелно съществуване на мисли или желание, което може да свидетелства, че те не са достатъчни за причисляване към и изпълнение на функциите на НСС (регулация на афекта или други). В достъпната литература не открихме сведения за проучвания, специфично изследващи разлики между индивиди, съобщаващи единствено за мисли на самонаранявания без действия, което предоставя поле за научно търсене на особености в психо-емоционалния профил на тези индивиди.

2.2 Демографска характеристика на извадката с наличие на мисли и действия на самонараняване

Бихме искали да отбележим, че за постигане на достоверни резултати в последващите анализи са включени участници отговорили с „Да“ и на двата скрининг въпроса за наличие на мисли и действия на самонараняване. Те представляват 20.2% (или N=54) от общата ни извадка от 267 участника, което считаме, че този процент по-точно охарактеризира реалното разпространение на явлението НСС в общата популация от юноши. Индивиди, които са отговорили положително само на един от двата скрининг въпроса са изключени от последваща статистическа обработка. В групата на индивидите, които са потвърдили наличие на самонараняващи действия и мисли е извършен първоначален дескриптивен анализ по пол, възраст, клас, наличие на сиблинги. Средна възраст на извадката е 15.89 години ($SD = 1.44$).

Таблица 7. Пол

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Момиче	44	81.5	81.5	81.5
	Момче	10	18.5	18.5	100.0
	Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 8. Разпределение по възраст

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	14	25.9	25.9	25.9
	15	7	13.0	38.9
	16	12	22.2	61.1
	17	14	25.9	87.0
	18	6	11.1	98.1
	19	1	1.9	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 9. Наличие на сиблинги

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	39	72.2	72.2
	Не	15	27.8	100.0
Общо		54	100.0	

Какво разкриват получените данни за пол и възраст на общата група участници (N=267) и в групата на самонараняващите се (N=54)? Резултатите ни сочат по-голямо представителство на женския пол, както в общата извадка, така и в групата на самонараняващите се, като в последната разпределението е 44 Ж : 10 М. От общо 199 момичета в първоначалната популация, които са попълнили анкетата 44 (22.1%) са потвърдили НСС, като този брой момичета представлява 81.5% от всички извършващи несуицидни самонаранявания (N=54). От общо 68 момчета в първоначалната популация, несуицидно самонараняване са потвърдили 10 участника (14.7%). Като процент от общата популация 16.5% от момчетата и 3.7% от момчетата извършват НСС. Налични данни от чуждестранни изследвания върху различията в разпространението на НСС между момчета и момичета в юношеска възраст сочат над трикратна разлика в процента на разпространение (19% Ж : 5% М по Varrocas et al., 2012). Нашите резултати показват сравнително по-висок от очаквания от нас и описания в литературата процент на разпространение на НСС сред момчетата (14.7%). Поради неголемия брой участници от мъжки пол в нашето изследване е трудно да направим заключение дали този процент би се запазил при увеличение на извадката. Разбирането, че НСС е по-разпространено сред момичета, като се negliжира мъжката популация (която демонстрира значителен процент НСС 14.7%), е предпоставка за пропускане на сериозен здравен проблем и пренебрегване на психо-емоционалните нужди на младежите. Мъжкият пол неколкократно превишава женския по брой извършени самоубийства (Schmidtke et al., 1999). Предвид психологичните теории за несъмнената връзка между несуицидните самонаранявания и суицидните опити, negliжирането на НСС сред момчета

представлява сериозен здравен риск за пропускането на бъдещ суициден опит. Установено е, че между 47% и 70% от лицата, извършили суицид са имали афективно разстройство; от тях 75% от мъжете не са потърсили подкрепа от специалист за психичното си състояние в месеца преди извършването на самоубийството (Burke & McKeon, 2007). По-голямото представителство на девойките в нашата извадка от самонараняващи се може да свидетелства за по-голяма мотивация от тяхна страна за участие и споделяне на проблемни поведения. В психологическата теория за етиологията на НСС се изтъква възможността мъжкият пол да е по-резервиран относно докладването на проблемни поведения, свързани с изразяването на силни негативни емоции, което би довело до негативно възприемане на индивида от страна на неговото обкръжение. В подкрепа на това са данни от проучване, сочещи, че приблизително 40% от мъже студенти не биха потърсили специализирана помощ за техните емоционални или лични проблеми, по причина на притеснения относно поверителността (Donald et al., 2000). Други изследователи изтъкват, че очакван срам и позор са сред причините младежите да избягват професионалната подкрепа и да се притесняват от последващата негативната реакция на околните (Burke & McKeon, 2007; Varney et al., 2006).

3. РЕЗУЛТАТИ ОТ СКАЛА ЗА РАЗСТРОЙСТВО С НЕСУИЦИДНО САМОНАРАНЯВАНЕ

3.1 Диагностични критерии

Представени са резултати получени от адаптиран въпросник за несуйцидно самонараняване, като първите данни са получени от въпросите, съставлящи предложения от Виктор и съавтори диагностичен инструмент (Victor et al., 2017). Извършен е честотен анализ за установяване на процент от извадката, който отговаря на изискванията за покриване на отделен критерий и на диагнозата като цяло.

От общо 54-ма участници с несуйцидно самонараняване, 12 (22%) са отговорили на всички критерии необходими за диагноза, или **4.49%** от всички 267 участника в нашето изследване.

Таблица 10. Диагноза Разстройство с несуйцидно самонараняване

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Няма Диагноза	42	77.8	77.8	77.8
Диагноза РНСС	12	22.2	22.2	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Критерий А, състоящ се от две подточки, извършва оценка на настояще и минало несуйцидно самонараняване. Общо критерият е покрит от 74.1% от участниците. На

първото условие за самонараняване през последната година са отговорили 27.8% от участниците. По отношение на несуицидно самонараняване в миналото критерият е покрит от 40.7% от участниците.

Таблица 11. Критерий А „Продължителност на НСС”

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Неизпълнен	14	25.9	25.9	25.9
	Изпълнен	40	74.1	74.1	100.0
	Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 12. Брой епизоди през изминалата година (настоящо НСС)

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	По-малко от 5 епизода	39	72.2	72.2	72.2
	Повече от 5 епизода	15	27.8	27.8	100.0
	Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 13. Период на НСС в миналото от поне 5 епизода

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Отсъствие на НСС в миналото	32	59.3	59.3	59.3
	Наличие на НСС в миналото	22	40.7	40.7	100.0
	Общо	54	100.0	100.0	

3.2 Функции на несуицидно самонараняване

Критерий В оценява функциите на несуицидно самонараняване. В таблицата 14. – 17. са посочени процентите на лицата, които са покрили критерии за различните функции на НСС. Най-голям процент от участниците съобщават, че се самонараняват „за облекчаване на неприятни чувства и мисли“ (70.4%), следвано от „за справяне с проблеми с околните“ (50.0%). Потвърдителен отговор на функцията „за създаване на положителни емоции“ са дали едва 22.2% от участниците. Общо критерият е изпълнен от всички участници.

Таблица 14. Критерий В „Функции на НСС“

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Критерий „Функции на НСС“ покрит	54	100.0	100.0	100.0

Таблица 15. В.1 НСС за облекчаване на неприятни чувства и мисли

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Не покрит критерий (Никога/Рядко)	16	29.6	29.6	29.6
Критерий покрит (Понякога/често/винаги)	38	70.4	70.4	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 16: В.2 НСС за справяне с проблеми с околните

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Не покрит критерий (Никога/Рядко)	27	50.0	50.0	50.0
Критерий покрит (Понякога/често/винаги)	27	50.0	50.0	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 17: В.3 НСС за създаване на положителни емоции

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Не покрит критерий (Никога/Рядко)	42	77.8	77.8	77.8
Критерий покрит (Понякога/често/винаги)	12	22.2	22.2	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Критерий С. Факторите, които се наблюдават непосредствено преди извършването на самонараняващи действия се приемат като провокиращи или мотивиращи функциите на несуйцидно самонараняване. Критерий С1 се отнася до конфликти с околните преди акта на самонараняване, като 46.3% от участниците са потвърдили наличието на подобно събитие. Критерий С2 е свързан с наличието на отрицателни мисли или чувства преди самонараняване, като 87.0% са дали потвърдителен отговор. Критерий С3 оценява желанието/порива на индивида за извършване на НСС чрез неговата свръхангажираност с мисли за самонараняване, която е трудна за контролиране, като 61.1% са потвърдили наличието на свръхангажираност преди несуйцидно самонараняване. Критерий С4 оценява преокупацията (загрижеността) на индивида с действията на самонараняване, чрез оценка на наличието на мисли за самонараняване, дори когато не се извършват самонараняващи действия, като 38.9% са заявили подобни мисли. Общо критерият е изпълнен от 90.7% от участниците.

Таблица 18. Критерий С “Провокиращи събития”

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Не покрит критерий	5	9.3	9.3	9.3
Критерий покрит	49	90.7	90.7	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 19: С.1 Наличие на конфликт непосредствено преди НСС

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Не	29	53.7	53.7	53.7
Да	25	46.3	46.3	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 20: С.2 Наличие на отрицателни мисли и чувства непосредствено преди НСС

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност Не	7	13.0	13.0	13.0
Да	47	87.0	87.0	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 21: С.3 Наличие на свръхангажираност с мисли за самонараняване преди НСС

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Не	21	38.9	38.9	38.9
	Да	33	61.1	61.1	100.0
	Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 22: С.4 Наличие на мисли за самонараняване без действия

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Не	33	61.1	61.1	61.1
	Да	21	38.9	38.9	100.0
	Общо	54	100.0	100.0	

3.3 Основен метод на самонараняване

Критерий D има за цел да селектира и разграничи между участниците по отношение на техния метод на самонараняване. Както бе обсъдено по-рано в дисертационния труд, съществуват методи с нанасяне на директна и индиректна травма върху тъканите, както и поведения, които не се разглеждат като самонараняващи по смисъла на дефиницията, използвана в настоящата работа. Критериите за Разстройство с несуицидно самонараняване (PHCC) и авторите на NSSIDS изключват чопленето на белези и гризането на нокти като валидни методи на НСС. Тези две поведения са широко разпространени и биха могли да се разглеждат като социално приемливи форми на изразяване на тревожност, напрежение, разсеяност. Поради това присъствието на едно от тези поведения, като единствен метод на самонараняване е причина за непокриване на критерия. В нашата анкета като възможни отговори са заложили разнообразни методи на самонараняване: рязане, одраскване, чоплене на белези, изгаряне, ухапване, удряне, скубане на коса, гризане на нокти, пробождане на кожата с остри предмети, прекомерна употреба на алкохол, прекомерна употреба на забранени вещества, опити за счупване на кости, удряне на главата, поглъщане на неща, които са потенциално опасни или отровни. Установихме, че не всички методи са равномерно застъпени в популацията от самонараняващи се юноши. Налице са методи, които са слабо застъпени от юношите и вероятно не са характерни за нашата популация. Методи на самонараняване без подкрепа са: изгаряне, чоплене на белези, пробождане на кожата с остри предмети, удряне на главата, поглъщане на неща, които са потенциално опасни или отровни.

Най-разпространен метод на самонараняване е порязването, докладван от 42.6% от юношите. Извършено е разпределение на методите на НСС по пол и порязването се наблюдава сред 47.7% от момичетата и 20% от момчетата.

Таблица 23. Критерий D „Метод на самонараняване“

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност				
Гризане на нокти до обезобразяване на ноктя	1	1.9	1.9	1.9
Други (Прекомерна употреба на храна, гладуване, правене на рани по дланите с нокти)	3	5.6	5.6	7.4
Одраскване	10	18.5	18.5	25.9
Опити да счупване на кости	1	1.9	1.9	27.8
Прекомерна употреба на алкохол	2	3.7	3.7	31.5
Прекомерна употреба на забранени вещества	2	3.7	3.7	35.2
Рязане	23	42.6	42.6	77.8
Скубане на коса	1	1.9	1.9	79.6
Удряне	8	14.8	14.8	94.4
Ухапване	3	5.6	5.6	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 24. Критерий D. Валидни методи на НСС

	Честота	Процент	Валидна стойност	Кумулативен процент
Валидна стойност				
Чоплене/Гризане	1	1.9	1.9	1.9
Валидни методи	53	98.1	98.1	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 25: Разпределение на методи на НСС по пол

		Пол		Общо
		Момиче	Момче	
Кой метод на самонараняване сте извършвали или в момента извършвате най-често?	Гризане на нокти до обезобразяване на нокътя	0 (0%)	1 (10%)	1 (1.9%)
	Други	3 (6.8%)	0 (0%)	3 (5.6%)
	Одраскване	8 (18.2%)	2 (20%)	10 (18.5%)
	Опити да счупване на кости	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (1.9%)
	Прекомерна употреба на алкохол	2 (4.5%)	0 (0%)	2 (3.7%)
	Прекомерна употреба на забранени вещества	1 (2.3%)	1 (10%)	2 (3.7%)
	Рязане	21 (47.7%)	2 (20%)	23 (42.6%)
	Скубане на коса	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (1.9%)
	Удряне	5 (11.4%)	3 (30%)	8 (14.8%)
	Ухапване	2 (4.5%)	1 (10%)	3 (5.6%)
Общо		44	10	54

Критерий Е извършва оценка на нарушенията във функционирането, свързани с НСС. Критерий Е1 оценява отрицателното влияние на НСС върху отношенията с околните, като 31.5% от участниците споделят за предизвикани конфликти и/или проблеми с околните, вследствие на поведението. Критерий Е2 прави оценка на нарушенията свързани с академичното справяне, вследствие от НСС, като едва 18.1% от участниците потвърждават подобни академични нарушения. Критерий Е3 се отнася до нарушения в други области от живота на индивида, предизвикани от НСС, като те са налични при 29.6% от извадката. Общо критерият е изпълнен от 40.7% от извадката.

Таблица 26. Критерий Е. Нарушения на функционирането поради участие в НСС

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Непокрит критерий	31	57.4	58.5	58.5
	Покрит критерий	22	40.7	41.5	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсваща стойност		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Таблица 27. Е.1 Конфликт с околните вследствие НСС

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Не	36	66.7	67.9	67.9
	Да	17	31.5	32.1	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсваща стойност		1	1.9		
	Общо	54	100.0		

Таблица 28. Е.2 Нарушения в академично справяне вследствие на НСС

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Не	43	79.6	81.1	81.1
	Да	10	18.5	18.9	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсваща стойност		1	1.9		
	Общо	54	100.0		

Таблица 29. Е.3 НСС пречи на други области от живота

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Не	37	68.5	69.8	69.8
	Да	16	29.6	30.2	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсваща стойност		1	1.9		
	Общо	54	100.0		

Критерий F цели оценка на изключващи фактори и състояния, които биха отхвърлили диагноза Разстройство с несуицидно самонараняване. Едва 1 участник (1.9%) е потвърдил извършването на несуицидно самонаранявания изцяло и винаги под влиянието на алкохол или прием на ПАВ. На второто условие, също 1 участник (1.9%) е потвърдил извършването на НСС изцяло и винаги по време на психотични преживявания. Критерий F3 прави оценка на наличието на психиатрично разстройство, диагностицирано през целия живот, като 5 участника (9.3%) са потвърдили, че някога са диагностицирани с психично разстройство.

Таблица 30. Критерий F. Изключващи критерии

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	2	3.8	3.8	3.8
Изключващ критерий				
Покрит Критерий	52	96.2	96.2	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 31. F.1 НСС под влияние на алкохол или ПАВ

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	1	1.9	1.9	1.9
Винаги				
Не винаги	53	98.1	98.1	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 32. F.2 НСС по време на психотични преживявания

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	1	1.9	1.9	1.9
Винаги				
Не винаги	53	98.1	98.1	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Таблица 33. F.3 Наличие на психиатрична диагноза през целия живот

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	49	90.7	90.7	90.7
Не				
Да	5	9.3	9.3	100.0
Общо	54	100.0	100.0	

Резултатите получени от прекодираните въпроси, според описания начин в работата на Виктор и сътрудници (Victor et al., 2017), за покриване на критериите за диагноза ни насочват към следните разсъждения.

Критерий А е покрит приблизително от 2/3 от самонараняващата се извадка. Въпросите целят събирането на информация за настояще и минало самонараняване. Критерият е информативен единствено, ако се вземат предвид двете му подточки, които носят информация за актуалността и продължителността на самонараняване. Заложените честоти на самонараняване, респективно епизоди са обект на обсъждане, тъй като за редица изследователи праг от 5 епизода за последната година се счита като твърде нисък

(Zetterqvist et al., 2013). Бюленс и сътрудници установяват, че ако диагностичният праг се повиши от 5 на 10 епизода, то тогава 3 от всеки 10 юноша, които понастоящем покриват критериите за РНСС (27.8%), вече няма да отговарят на изискването за честота и разпространението на РНСС в тяхната извадка ще спадне от 7.6% на 5.5% (Buelens et al., 2020). Придържането към честота от 5 епизода на настоящо несуйцидно самонараняване предоставя възможност изискването да бъде покрито от индивиди с по-леко протичане на самонараняване и по-малко съпътстваща психопатология. Проучване за оценка на мненията на клиницисти и специалисти в областта на несуйцидно самонараняване относно диагностичните аспекти на РНСС установява, че наличието на епизод на самонараняване през последния месец има определяща роля за поставянето на диагноза РНСС (Ammerman et al., 2021).

Критерий В оценява функциите на НСС, които в този въпросник са три – премахване на негативни емоции, справяне с проблеми с околните и създаване на положителни емоции. Първите две отразяват двуфакторния модел за интраперсонални и интерперсонални причини за самонараняване, като и двата фактора споделят общата черта премахване на нещо неприятно за индивида. Създаването на положителни емоции е противоположно на това и също е нередка причина за самонараняване. По ред на тяхното намаляване индивидите в нашата извадка най-често съобщават за премахване на негативни мисли и чувства (70.4%), следвано от справяне с конфликт с околните (50.0%) и най-нисък процент съобщават за създаване на положителни емоции (22.2%). Нашите резултати съвпадат с установените от други автори честоти, а именно, че интраперсоналните причини за самонараняване са водещи (Victor et al., 2017). Не е необичайно даден юноша да извършва самонараняващи действия по повече от една причина, т.е. по интраперсонални и интерперсонални мотиви или за облекчаване или създаване на емоции в зависимост от ситуацията (Nock & Prinstein, 2004). Предвид високата възможност за съобщаване на повече от една причина е очаквано критерий В да е с висок процент на покриване като цяло. Същевременно така формулираните причини не са достатъчно конкретизирани и е вероятно да бъдат потвърдени от широка група индивиди. Въпросът носи малка дискриминативна стойност между индивидите, които се самонараняват епизодично и тези, които в по-голяма степен биха отговорили на диагностичните критерии. В редица систематични анализи са документирани повече от три функции за НСС, като в инструмента ISAS те са дори 13 (Klonsky & Glenn, 2009). В скалата NSSIDS въпросът за функциите на НСС изглежда опростен и извън фокус остават значими и често докладвани функции като самонаказание и антисуйцид.

Критерий С. С.1 Първото условие на критерий С изследва присъствието на междуличностни конфликти непосредствено преди акта на самонараняване като провокиращ фактор. В нашата извадка 46.3% от участниците са споделили за подобен конфликт. Известна е значимостта на юношеството за изграждането на дълготрайни приятелски и по-формални междуличностни взаимоотношения (Collins, 1997; Hunter & Youniss, 1982). Нуждата от приемане и свързаност са движещи фактори за редица юношески поведения (Laursen & Collins, 1994). Съответно наличието на конфликт е логична причина за преживяването на неблагоприятно и прибягването до

самонараняващи действия за решаване на тези конфликти или за справяне с чувствата на отхвърляне. В анкетата участниците бяха питани за конкретни събития, които биха могли да доведат до негативни емоционални и когнитивни състояния, а именно провал, изоставяне, загуба, отблъскване. Не е установена статистически значима връзка между конфликт с околните непосредствено преди НСС и една от изброените причини за самонараняване (провал, изоставяне, загуба, отблъскване) ($p = .452$, FET). Това ни навежда на мисълта, че най-вероятно междуличностните конфликти пораждаат други чувства у индивида, които се явяват причина за самонараняване и е необходимо допълнително изследване.

Установихме статистически значимо отношение между наличието на конфликт с околните предшестваш действията на самонараняване (С.1) и функцията на НСС „за справяне с проблеми с околните“ ($p=0.001$, FET). В допълнение извършихме регресионен анализ с цел търсене на причинно-следствените връзки между тези две величини – независимата „конфликт с околните предшестваш НСС“ и зависимата „НСС за справяне с конфликт с околните“. Анализът не установява причинно следствена връзка между двете променливи ($\chi^2(1) = 3.687$, $p=0.055$).

С.2 Емпирично доказано е, че самонараняващи действия се извършват след разнообразни неприятни предшестваш събития и условия. Мнозинството от нашата извадка е съобщило (87.0%), че изпитва неприятни мисли и чувства преди самонараняване. Интересно е да се отбележи, че не е установена статистически значима асоциация между функцията на НСС „за премахване на неприятни чувства и мисли“ и наличието на предхождащи самонараняването неприятни чувства и мисли. Това може да се обясни с факта, че преживяването на неприятни чувства и мисли е често наблюдавано явление и с ниска самостоятелна стойност/тежест за индивида, което го прави слабо специфично, поради това, че е краен резултат от различни събития. Самостоятелното съществуване на отрицателни мисли и чувства не е корелирано с нито една от функциите за самонараняване, като е възможно самото наличие на отрицателни чувства и мисли да не е достатъчна причина за извършването на самонараняване. Вероятно конкретното събитие провокирало тези преживявания в по-голяма степен е свързано с действията на самонараняване и субективните функции, които то изпълнява.

С.3 и С.4 Свърхангажираност с мисли за НСС, които са трудни за контролиране се среща сред 61.1% от извадката ни, което свидетелства, че над половината от юношите изпитват силен и труден за контролиране порив да се самонаранят. На критерий С.4 38.9% от индивидите съобщават за наличието на мисли за самонараняване, дори когато не извършват самонараняващи действия. Друго изследване, използващо по-ранна версия на критериите за РНСС установява, че 73.2% съобщават за трудно за противопоставяне силно желание за самонараняване, а 37.3% докладват за доминиране на мисли за самонараняване, дори без да се извършват действия (Zetterqvist et al., 2013). Последното е своеобразно доказателство за това каква част от ежедневието/живота на юношата е завладяна от феномена НСС и според това могат да се очакват евентуални по-сериозни нарушения във функционирането му. Налице е голямо сходство на установените от други автори проценти и нашите собствени резултати по отношение на критерий С.3 и

С.4 – европейско изследване сред момичета в юношеска възраст, установява, че малко под половината докладват за подобна свръхангажираност и невъзможност за контролиране на порива на самонараняване (In-Albon et al., 2013). Същевременно, изследване от 2020 год. установява разпространение на свръхангажираност с мисли за НСС през целия живот от 80.3%, а наличие на мисли за самонараняване дори когато действието не се извършва са докладвали 52.6% (Buelens et al., 2020).

Критерий D. От изведените данни става видно, че трима участника са посочили „други“ като метод на самонараняване, двама от които са споделили за „прекомерна употреба на храна“ и „гладуване“. Връзката между абнормните хранителни поведения и действията на самонараняване е комплексна и не изцяло уточнена, но редица изследователи на НСС посочват нарушенията на храненето като форми на НСС (Islam et al., 2015; Kiekens & Claes, 2020; Koutek et al., 2016; Wilkinson et al., 2018). От посочените отговори бихме могли да заключим, че неизвестна част от самонараняващата се популация използва храненето за регулиране на емоционалните си състояния, но задълбочени и разширени изследвания са необходими за допълнителни анализи в тази посока. Порязването е най-чест метод на самонараняване с разпространение 42.6% от извадката, следван от одраскването (18.5%) и удрянето (14.8%). Подобна доминация на самопорязването се наблюдава в почти всички изследвания върху методите на самонараняване. Същевременно е установено, че съществуват полови различия по отношение на използвания метод. Клайс и сътрудници установяват по-голяма честота на порязване, тежко одраскване и гризване на нокти сред момичета, в сравнение с момчетата (Claes et al., 2007). В нашето изследване не е установена статистически значима разлика между пол и метод на самонараняване ($p=.205$ FET), същевременно от таблица 25 могат да се видят тенденциите за разпределение на методите на самонараняване спрямо пола. Мъжкият пол е слабо представен в извадката ни, поради което статистически подкрепени заключения не могат да се извършат. Налице е тенденция най-голям процент от момчетата (30%) да използват удряне като метод на НСС, следвани от равни проценти 20% одраскване и рязане. Тези резултати са в съответствие с установените методи от други автори, които също установяват по-често удряне сред момчетата (Saraff & Pepper, 2014; Whitlock & Eckenrode, 2006).

Критерий E. Малък процент от извадката ни е докладвала, че изпитва нарушения на функционирането в резултат на самонараняването. Трите области, които са подложени на оценка са нарушения на функционирането в училище, взаимоотношения с околните, други области от живота. В обяснителните модели на НСС е споменато, че поведението се практикува за премахване на неприятни преживявания или за постигане на дадена цел. Като цяло тези функции са с афективно регулаторна роля и водят индивида към по-добро цялостно ниво на функциониране. За юношеството е характерна известна невъзможност за пълноценна оценка на последствията от дадено поведение, поради което този период е съпроводен от рискови поведения. Възможно е ниската степен на докладван дистрес в извадката да е свързана с невъзможността за обективна преценка на негативните последствия от страна на юношата. Поведението се възприема като

ефективно за справяне с неприятни емоции, поради което се negliжират неговите неблагоприятни страни.

Оценка на преживения дистрес и нарушенията на функционирането причинени от дадено поведение е често срещан елемент сред диагностичните критерии на много психиатрични разстройства, поради което неговото присъствие тук предоставя важна информация относно клиничната значимост на НСС. По-високи нива на докладвани нарушения на функционирането обичайно са асоциирани със съпътстващи прояви на психопатология, житейски дистрес или липса на удовлетвореност (Glenn & Klonsky, 2013). Изследване сред лекари относно нагласите им към НСС е установило, че, ако пораздащите се вина и срам след действия на самонараняване се възприемат като белези за функционални нарушения, то клиничното значение на НСС се покачва значително (Burke et al., 2017). Поради това е важно да се извърши задълбочена оценка на този критерий и да се анализират други фактори, които биха оказали по-значимо влияние върху нарушенията, извън несуйцидното самонараняване.

Авторите на изследването за валидизация на инструмента отбелязват, че значителен процент от участниците със самонараняване, които са покрили диагностичните критерии от А до D, свързани с честота, методи, предшестващи фактори и функции на НСС, не са покрили изискванията на критерий Е (нарушения) (Victor et al., 2017). Допълват още, че критерий Е рядко е изследван насочено в предишни инструменти за оценка на критериите на РНСС.

4. ОЦЕНКА НА ВАЛИДНОСТТА И НАДЕЖНОСТТА НА ДИАГНОСТИЧНИЯ ИНСТРУМЕНТ NSSIDS

Извършена бе оценка на коефициента на вътрешна съгласуваност Алфа на Кронбах на въпросите от скала NSSIDS. Получената от нас стойност на Алфа на Кронбах .762 съответства на установения от авторите на скалата коефициент от .76 (Victor et al., 2017). Подобна стойност съответства на добра вътрешна съгласуваност и свидетелства за възможността за успешното приложение на скалата в нашата популация в сегашния ѝ адаптиран вариант.

Таблица 34. Коефициент на вътрешна съгласуваност

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.762	.695	16

В таблица 35 са посочени отделните стойности на айтемите, съставлящи скалата NSSIDS. От данните в таблицата може да се направи заключението, че съществуват айтеми (въпроси от скалата), които в по-малка степен допринасят за съгласуваността на

инструмента. Такива айтеми са „Методи на самонараняване“, „Самонараняване изключително под влиянието на алкохол или ПАВ“ и „Самонараняване ексклузивно по психотични мотиви“. Премахването на тези три айтема би повишило стойността на Алфата на Кронбах, докато премахването на всеки друг айтем би понижило нейната стойност. Не е сред целите и задачите, които сме си поставили в настоящата работа, да се редактира въпросника, но тези фактори биха могли да се вземат предвид при едно бъдещо приложение на скалата. Премахването на излишните айтеми ще облекчи съдържанието на скалата, без да отнема от информативността ѝ и ще доведе до по-прецизно изпълнение на задачите и по-голямо съдействие от страна на попълващите.

Таблица 35. Обща статистика на въпросите

	Средна стойност на скалата, ако айтемът се премахне	Вариация на скалата, ако се премахне айтем	Коригиран айтем-обща корелация	Алфа на Кронбах, ако айтемът се премахне
• Някога диагноза псих.р-во	8.2453	8.689	.371	.750
• НСС по психотични мотиви	7.3585	9.542	-.165	.771
• НСС под влияние на алкохол и ПАВ	7.3585	9.311	.108	.764
• НСС пречи учебни занимания	8.1509	8.708	.239	.759
• НСС пречи други области на живот	8.0377	8.152	.398	.746
• НСС причинява конфликт с околните	8.0189	8.134	.396	.746
• Мисли за НСС дори без действия	7.9434	7.862	.475	.738
• Свърхангажираност с мисли за НСС	7.7170	7.630	.574	.727
• Отрицателни мисли и чувства преди НСС	7.4717	8.639	.331	.752
• Конфликт непосредствено преди НСС	7.8679	7.925	.438	.742
• НСС за създаване на положителни емоции	8.1132	8.333	.373	.748
• НСС за справяне с проблеми с околните	7.8302	7.951	.427	.743
• НСС за облекчаване на неприятни чувства и мисли	7.6415	8.081	.427	.743
• Минало НСС поне 5 епизода	7.9245	7.725	.524	.732
• Настояще НСС брой епизоди	8.0566	8.324	.339	.751
• Основен метод на НСС	7.3585	9.581	-.210	.772

За проверка на конструктивната валидност на скалата бе извършен потвърдителен факторен анализ (виж таблица 36). Значими за интерпретацията на резултатите са мярката за адекватност (*The Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*, КМО), която показва дали броят на променливите за всеки фактор е достатъчен и тестът на

Бартлет за сферичност Bartlett's Test, който трябва да бъде статистически значим, т.е. да има стойности по-малки или равни на 0.05 ($p \leq 0.05$). Стойността на коефициента на Мярквата за адекватност на извадката (КМО) в нашето изследване е 0.708, а тестът на Бартлет е статистически значим ($p < 0.001$).

Таблица 36. Тест на КМО и Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.708
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	248.976
	df	120
	Sig.	.000

Резултатите в таблица 37 показват, че заложените 16 въпроса от скалата се разпределят в 6 фактора. Таблицата „Обяснена обща дисперсия“ представя как дисперсията се разпределя между 16 възможни фактора, които по брой са равни на броя на променливите (16 въпроса в скалата). Прави впечатление, че само първите 6 фактора (скрити променливи) имат собствено значение (Eigenvalue) по-голямо от 1, което е общоприет критерий, че факторът има смисъл. Общата обяснена дисперсия след ротацията за всички 6 фактора е 70.33%, а поотделно е съответно 18.74%, 15.01%, 10.85%, 9.33%, 8.84%, 7.56%.

Таблица 37. Обяснена обща дисперсия

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4.382	27.387	27.387	4.382	27.387	27.387	2.999	18.744	18.744
2	1.933	12.082	39.469	1.933	12.082	39.469	2.401	15.008	33.752
3	1.416	8.849	48.318	1.416	8.849	48.318	1.736	10.848	44.600
4	1.351	8.445	56.763	1.351	8.445	56.763	1.493	9.329	53.929
5	1.168	7.300	64.063	1.168	7.300	64.063	1.414	8.836	62.765
6	1.002	6.263	70.327	1.002	6.263	70.327	1.210	7.562	70.327

Метод на извличане: Анализ на главните компоненти

В следващата таблица 38 „Ротирана компонентна матрица“, са представени факторните тегла на всеки от шестнадесетте айтема (редове) за шестте фактора (колони) след ротацията на факторите по метода на Варимакс с нормализация на Кайзер. Според направения анализ към фактор 1 се отнасят 3 айтема (B1, B2, B3), съответстващи на критерий В за функции на несуйцидно самонараняване. Към фактор 2 се отнасят 3

айтема (E1, E2, E3), съответстващи на критерий E за нарушения вследствие на НСС. Фактор 3 съответства на трите въпроса, sluщези като изключващи при завършване на диагностичната оценка (F1, F2, F3). Фактор 4 включва айтем C1 за междуличностни конфликти и E1, отнасящ се до конфликти с околните поради действията на самонараняване. Фактор 5 слабо се отнася до мисли за НСС без действия, като този айтем свидетелства за нивото на преокупация на индивида с акта на самонараняване. Фактор 6 включва в себе си единствено айтем C3 „наличие на отрицателни мисли и чувства преди НСС“.

Таблица 38: Ротирана компонентна матрица

	Фактор					
	1	2	3	4	5	6
Критерий А:						
1. Брой самонараняващи епизоди пред последната година.			-.636			
2. Самонараняване в миналото.	-.475					
Критерий В:	.792					
1. Самонараняване за облекчаване на неприятни чувства или мисли.						
2 Самонараняване за справяне с проблеми с околните.	.641					
3. Самонараняване за създаване на положителни емоции.	.652					.413
Критерий С:				.827		
1.Междulichностен конфликт непосредствено преди НСС.						
2. Отрицателни чувства или мисли непосредствено преди самонараняване.						.823
3. Трудна за контролиране свръхангажираност със самонараняване преди НСС.	-.722					
4. Мисли за самонараняване без извършване на действия.	-.642				.517	

Критерий D:						
1. Валиден метод на НСС						-782
Критерий E:		.660		.449		
1. НСС води до проблеми (конфликти) с околните.						
2. НСС нарушава справяне в училище или други дейности		.792				
3. НСС нарушава други области на живота.		.812				
Критерий F:			.803			
1. НСС под влияние на алкохол или ПАВ.						
2. НСС по психотични мотиви.	.415		.555			
3. Наличие на психиатрична диагноза.			-.453		.420	
Метод на извличане: Анализ на главните компоненти						
Метод на ротация: Варимакс с нормализация на Кайзер						

При проверка на конструктивната валидност чрез потвърдителен факторен анализ, с ротация Варимакс и нормализация на Кайзер-Майер, е универсално прието факторни тегла по-ниски от .3 да се изключват от анализ, а в ротиранията компонентна таблица стойности под .4 също са пренебрежими и няма да бъдат взети предвид при анализ на резултатите. Проведеният анализ за оценка на валидността на инструмента NSSIDS разкри, че общият брой въпроси (16) се разпределя между 6 различни фактора. При анализ на данните се установи, че няколко от факторите съответстват напълно на даден критерий от предложените в DSM-5, необходими за диагноза Разстройство с несуйцидно самонараняване. Други фактори включват в себе си въпроси от различни критерии, които са свързани смислово. Фактор 1, поради това, че включва в себе си и трите условия на критерий В, е условно наречен „Функции на НСС“. Фактор 2, аналогично на предходния фактор, е условно наречен „Последствия върху функционирането“. Фактор 3 е условно наречен „Изключващи критерии“. Останалите 3 фактора не демонстрират толкова ясна връзка с предложените диагностичните критерии. Фактор 4 обединява въпроси (айтеми) С1 „Междоличностни конфликти преди НСС“ и Е1 „НСС води до проблеми с околните“, тоест този фактор е свързан с междуличностните отношения, които несуйцидното самонараняване повлиява. Фактор 5 включва айтем С4 „Мисли за самонараняване без действия“ и в незначителна степен F3 „Наличие на психиатрична

диагноза“. Характеристиките неотложност и преокупация с мисли за НСС са сред открояващите елементи на това поведение по отношение на тежест на протичане и вероятност за покриване на диагностичните критерии. Не е изненадващо тогава, че фактор 5 е съставен от един единствен айтем. Ниското факторно тегло на „Наличие на психиатрична диагноза“ не предоставя необходимата увереност за адекватно анализиране на приноса на този айтем към общото значение на фактора. Фактор 6 включва В3 „Самонараняване за създаване на положителни емоции“ и С2 „Наличие на отрицателни мисли и чувства преди НСС“. Два от айтемите, които съставят критерий А не попадат в нито един фактор, като техните стойности са или под 0.3 или са с отрицателна стойност на факторното тегло.

Получените резултати показват, че приложената методология за измерване на НСС е достатъчно надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

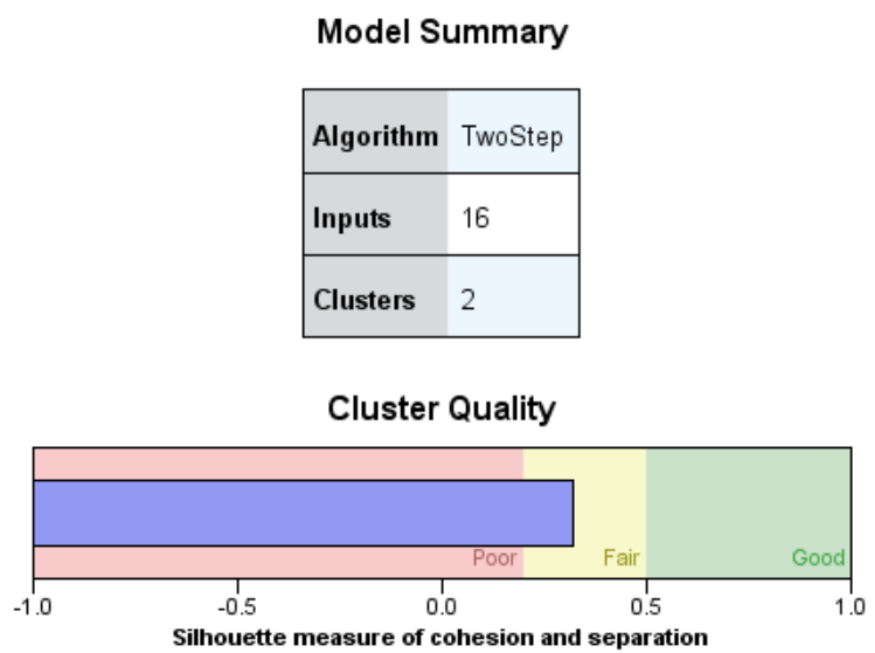
5. КЛЪСТЕРЕН АНАЛИЗ

Изследвахме разпределението на участниците в извадката в зависимост от отговорите им на въпросите от скала NSSIDS, съставена от предложените критерии, с цел да се анализира значението на всеки въпрос. Използван е двустъпков клъстерен анализ, който е с добри аналитични параметри при употребата с дихотомни вариабилни (двоични), за разлика от по-разпространеният йерархичен клъстерен анализ, който е приложим за интервални вариабилни. Получени са два клъстера от индивиди, различаващи се по вероятността си да отговорят на предложените диагностични критерии и съответно да имат по-изразено протичане на несуицидното самонараняване. Съотношението на размерите между двата отделни клъстера е 2.83, което се счита за добра стойност (препоръчително под 3).

Процентното съотношение разкрива, че 71.7% (N=38) от извадката попада в Клъстер 1 (диагностичен), а 28.3% (N=15) попада в Клъстер 2 (недиагностичен). В Клъстер едно 31.6% (N=12) от индивидите са изпълнили всички 6 условия за диагноза. Други 2/3 от извадката в Клъстер 1, макар да не покриват всички диагностични критерии се отличават с по-изразено от клинична позиция протичане на НСС и биха могли да се възприемат като група, нуждаеща се от продължително наблюдение за прогресия на самонараняването.

На фигура 3 е представена относителната значимост на всеки един от въпросите, съставлящи скалата. На таблица 39 е представен подробен модел сравняващ отделните клъстери, според отговора на участниците на всеки от въпросите, формиращи критериите за диагноза.

Фигура 1. Обобщен модел на клъстерен анализ



Фигура 2. Клъстерен анализ



Фигура 3. Предикторно значение на въпроси, съставлящи NSSIDS

Свърхангажираност с мисли за НСС преди действието

Поне 5 епизода на НСС в миналото

НСС предизвиква конфликт с околните

Конфликт с околните непосредствено преди НСС

Мисли за НСС дори когато не се извършват действия

НСС преди на други области от живота

Отрицателни мисли и чувства преди НСС

Брой епизоди на НСС в настоящето

НСС пречи на училищни занимания

НСС за справяне с проблеми с околните

НСС за създаване на положителни емоции

Наличие на псих.диагноза някога

НСС за облекчаване на неприятни мисли и чувства

Методи на НСС

НСС на фона на психотични преживявания

НСС под влиянието на алкохол или ПАВ

Таблица 39. Клъстерен анализ

Клъстер 1		Клъстер 2
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 86.8% <input type="checkbox"/> НЕ	Свърхангажираност с мисли за НСС преди действието	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 100%
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 55.3% <input type="checkbox"/> НЕ	Поне 5 епизода на НСС в миналото	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 93.3%
<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 55.3%	НСС предизвиква конфликт с околните	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 100%
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 60.5% <input type="checkbox"/> НЕ	Конфликт с околните непосредствено преди НСС	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 86.7%
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 52.6% <input type="checkbox"/> НЕ	Мисли за НСС дори когато не се извършват действия	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 93.3%
<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 57.9%	НСС преди на други области от живота	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 100%
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 94.7% <input type="checkbox"/> НЕ	Отрицателни мисли и чувства преди НСС	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 66.7% <input type="checkbox"/> НЕ
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 78.9% <input type="checkbox"/> НЕ	Брой епизоди на НСС в настоящето	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 53.3%
<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 73.7%	НСС пречи на училищни занимания	<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ 100%
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 81.6% <input type="checkbox"/> НЕ	НСС за справяне с проблеми с околните	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 100% <input type="checkbox"/> НЕ
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 84.2% <input type="checkbox"/> НЕ	НСС за създаване на положителни емоции	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 100% <input type="checkbox"/> НЕ

ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input checked="" type="checkbox"/> 86.8%	Наличие на псих.диагноза някага	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input checked="" type="checkbox"/> 100%
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 86.8% НЕ <input type="checkbox"/>	НСС за облекчаване на неприятни мисли и чувства	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 73.3% НЕ <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 92.1% НЕ <input type="checkbox"/>	Методи на НСС	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 100% НЕ <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 97.4% НЕ <input type="checkbox"/>	НСС не само на фона на психотични преживявания	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 100% НЕ <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ДА 97.4% НЕ <input type="checkbox"/>	НСС не само под влиянието на алкохол или ПАВ	<input checked="" type="checkbox"/> ДА 100% НЕ <input type="checkbox"/>

В таблица 39, мнозинството от лицата в Клъстер 1 отговарят положително на въпросите, отразяващи диагностичните условия, с изключение на трите въпроса, съставлящи критерий Е за причинени нарушения във функционирането. Във втория клъстер част от индивидите покриват частично 3 от критериите за диагноза: критерият отнасящ се до функциите на несуйцидно самонараняване; критерии за извършването на самонараняващи действия, извън контекста на алкохол, психоактивни вещества или психоза; критерий отговорен за изключването на индивиди, чиито несуйцидни самонаранявания представляват чоплене на белези или гризене на нокти.

Въпросът, който в най-голяма степен различава двете групи участници е свързан с наличието на свръхангажираност с мисли за самонараняване, които са трудни за контролиране преди действието, като за Клъстер едно 86.8% от участниците са отговорили потвърдително, а в Клъстер две 100% от участниците са отговорили с „Не“, т.е. нямат период на трудно контролируемо силно желание за самонараняване.

Следван е от въпрос за минало на самонараняване, тоест период от поне 5 отделни дни със самонараняване в период преди изминалата година. С голямо значение е и въпрос за мисли за самонараняване без действия. По своему тези въпроси отговарят на ключови за концептуализирането на НСС въпроси, свързани със силата на порива за самонараняване, неговата продължителност във времето и доминирането на НСС в съзнанието на юношата. В горната част на таблица 39 са два въпроса посветени на междуличностните конфликти свързани с НСС, независимо дали водят до НСС или НСС ги предизвиква. Те съответстват на фактор 5 от проведения потвърдителен факторен анализ, условно наречен „Междulichностни влияния“. Значението на тези въпроси може

да се разбере от позицията на юношеството като период на изграждане на значими социални контакти и е очаквано конфликти с околните да са сред приоритетните области на загриженост за младежите. Редно е да се отбележи, че и в двата клъстера мнозинството от индивидите са отговорили, че използват НСС за решаване на конфликти с околните (Клъстер 1 -81.6%, Клъстер 2-100%). Това би могло да се разглежда като метод за повлияване на околните, а е възможно и да е начин за сигнализиране на дистрес на околните. И в двата варианта НСС изглежда изпълнява комуникативна функция.

В Клъстер 1 малко над половината участници (55.2%) съобщават, че самонараняването им не води до проблеми с околните, в сравнение в Клъстер 2, където 100% категорично са отхвърлили подобни нарушения. Въпросите свързани с нарушения на функционирането, като цяло, са с ниска подкрепа от юношите, извършващи самонараняващи действия, което води до заключението, че рядко или единствено при определени условия НСС би водело до нарушения на функционирането. Това предоставя възможност бъдещи изследвания да се фокусират върху факторите, водещи до функционални нарушения при индивид с несуицидно самонараняване.

Нашите резултати подкрепят установените от различни автори (Kahan & Pattison, 1984; Favazza & Rosenthal, 1993) данни, че именно невъзможност за отлагане на импулса, мисловна и поведенческа свръхангажираност и честотата на епизодите на НСС са основни отличителни характеристики на диагнозата РНСС. Извършването на несуицидни самонараняващи действия за справяне с конфликт с околните е често съобщавана функция сред хоспитализирани юноши (Washburn et al., 2015). Преобладаването ѝ в клинични условия и мястото на този въпрос в клъстерния анализ, подкрепят значението на тази функция като предикторен фактор за диагноза РНСС.

Установените предходно данни за слабо информативни въпроси или въпроси, които не са общовалидни за нашата популация са видими и при настоящия анализ: наличие на отрицателни емоции и мисли преди НСС, всички въпроси свързани с нарушения на функционирането. В клъстер 1 попадат и индивиди, които са отбелязали, че има ситуации, в които извършват НСС и под влиянието на алкохол или по психотични мотиви. Тези данни не носят информация относно тежестта на самото самонараняване, но дават представа относно ситуациите, в които се наблюдава поведението.

При обсъждането на отделните критерии и техните подточки установихме, че съществуват критерии, които са покрити от приблизително цялата извадка. Считаме, че това се дължи на общовалидността на подточката и представлява широко възприета, универсална характеристика на самонараняващото поведение. Съществува тенденция някои от диагностичните въпроси да са формулирани прекалено общо или са слабо специфични и с това да предразполагат към свръхвключване на индивиди в потенциално диагностичната група. Такива са критерии В и С, които могат да се възприемат като универсални за несуицидното самонараняване, и според нас носят сравнително слаба информативност от диагностична гледна точка и смислово са значително свързани.

Поради този факт не е изненадващо, че при провеждане на кълстерния анализ по-голям процент от индивидите са попаднали в група 1, които в по-голяма степен биха били диагностицирани с РНСС. В обобщен вариант това, което можем да заключим от проведения кълстерен анализ е, че съществуват характеристики на НСС, които в значителна степен разграничават индивидите по степента на клинична значимост на тяхното самонараняване.

Изследвахме получените групи от кълстерния анализ чрез Хи-квадрат тест за независимост с цел да разберем дали съществува зависимост между принадлежност към даден кълстер и определени характеристики на НСС. Първо изследвахме наличието на асоциация между принадлежност към даден кълстер и преживявания на облекчение и болка свързани с НСС. Установена е статистически значима връзка ($p=0.002$, *Fisher's exact test*) по отношение на преживяно облекчение след НСС, като 78.9% (N=30) от Кълстер 1 съобщава, че “понякога” или по-често изпитват облекчение след самонараняване, докато едва пет (N=5) от индивидите в Кълстер 2 съобщават за подобно облекчение. Статистически значима асоциация не бе установена за въпрос свързан с наличие на болка по време на НСС ($p=.193$, *Fisher's exact test*).

Таблица 40. Отношение между кълстерна принадлежност и облекчение

		Изпитвате ли облекчение след като се самонараните?					Общо
		0 - никога	1	2 - понякога	3	4 - винаги	
Двустъпков кълстерен номер	1	Брой 3 7.9%	Брой 5 13.2%	Брой 17 44.7%	Брой 6 15.8%	Брой 7 18.4%	38 100.0%
	2	Брой 9 60.0%	Брой 1 6.7%	Брой 4 26.7%	Брой 1 6.7%	Брой 0 .0%	15 100.0%
Общо		Брой 12 22.6%	Брой 6 11.3%	Брой 21 39.6%	Брой 7 13.2%	Брой 7 13.2%	53 100.0%

Таблица 40.1 Хи-квадрат тестове

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	17.623 ^a	4	.001	.001		
Likelihood Ratio	18.058	4	.001	.002		
Fisher's Exact Test	15.056			.002		
Linear-by-Linear Association	13.199 ^b	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	53					

a. 5 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.70.

b. The standardized statistic is -3.633.

Таблица 40.2 Симетрични оценки

	Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal Phi	.577	.001	.001
Cramer's V	.577	.001	.001
N of Valid Cases	53		

Интерес за нас представляваше как участниците възприемат желанието си за самонараняване в зависимост от клъстерната им принадлежност. Установена е статистически значима връзка между клъстерна принадлежност и възприемане на желанието за НСС като притеснително – 71.1% от индивидите в Клъстер 1 (N=27) потвърждават, че „понякога“ и по-често преживяват желанието си за самонараняване като притеснително. Натрапливо желание за самонараняване докладват 68.5% от индивидите в Клъстер 1 (N=26), което също е статистически значимо. Значима връзка не бе установена по отношение на клъстерна принадлежност и възприемане на желанието за самонараняване като успокояващо.

Таблица 41. Възприемане на желание за НСС

	Клъстерна принадлежност
Желание за НСС притеснително	P = 0.001** FET
Желание за НСС натрапливо	P = 0.001** FET
Желание за НСС успокояващо	P = 0.137

От проведените тестове за независимост наблюдаваме, че Клъстер 1, където има по-голяма вероятност индивидите да покрият критериите за диагноза, е с по-високи нива на възприет дистрес от желанието за самонараняване. Със статистическа значимост установихме, че повечето индивиди преживяват желанието за самонараняване като натрапливо и обезпокояващо, като заедно с това преживяват значително по-често трудни за контролиране мисли за самонараняване. Бихме могли да заключим, че желанието и неотложността на порива за самонараняване представляват его-дистонни преживявания

за индивида. Необходими са допълнителни изследвания в посока изясняване на връзката между тези аспекти.

От данните изложени до тук става видно, че функционалните нарушения от несуйцидно самонараняване са с ниска цялостна подкрепа от мнозинството самонараняващи се, но такива нарушения съществуват. Може да се предположи, че лица съобщаващи за по-високи нива на преживени функционални нарушения се отличават с по-изразено и потенциално диагностицируемо НСС. В тази връзка е важно да се провежда скрининг и проследяване на индивиди, съобщили за нарушения на функционирането. Анализирахме връзката между клъстерна принадлежност и критерий Е от NSSIDS за „Нарушения на функционирането“. Установена е значима връзка с трите области на нарушение – конфликти с околните ($p=0.002$), академично справяне ($p=0.046$) и негативното повлияване на други области от живота на юношата ($p=0.002$). От таблиците става видно, че нито един от индивидите, попадащи в Клъстер 2 (недиагностичен) не е отговорил положително на въпрос за функционални нарушения вследствие на НСС.

Таблица 42. Отношение между функционално нарушение и клъстерна принадлежност

			НСС Предизвиква Конфликт С Околните		Общо
			Не	Да	
Клъстер 1 (PHCC)	Брой		21	17	38
	% в рамките на функ.нарушение		58.3%	100.0%	71.7%
Клъстер 2 (недиаг.)	Брой		15	0	15
	% в рамките на функ.нарушение		41.7%	.0%	28.3%
Общо	Брой		36	17	53
	% в рамките на функ.нарушение		100.0%	100.0%	100.0%

Таблица 42.1. Хи-квадрат тестове

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.879 ^a	1	.002	.002
Continuity Correction ^b	7.933	1	.005	
Likelihood Ratio	14.251	1	.000	.001
Fisher's Exact Test				.001
Linear-by-Linear Association	9.693 ^c	1	.002	.002
N of Valid Cases	53			

Таблица 43. Отношение нарушение на академично справяне и клъстерна принадлежност

			НСС преди на училищни занимания и др.		Общо
			Не	Да	
Клъстер	1 (PHCC)	Брой	28	10	38
		% в рамките на функ.нарушение	65.1%	100.0%	71.7%
	2 (недиаг.)	Брой	15	0	15
		% в рамките на функ.нарушение	34.9%	.0%	28.3%
Общо		Брой	43	10	53
		% в рамките на функ.нарушение	100.0%	100.0%	100.0%

Таблица 43.1 Хи-квадрат тестове

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.865 ^a	1	.027	.046
Continuity Correction ^b	3.298	1	.069	
Likelihood Ratio	7.535	1	.006	.027
Fisher's Exact Test				.046
Linear-by-Linear Association	4.774 ^c	1	.029	.046
N of Valid Cases	53			

Таблица 44. Отношение между нарушение на други области от живота и клъстерна принадлежност

			Негативно влияние на НСС върху други области на функциониране		Общо
			Не	Да	
Клъстер	1 (PHCC)	Брой	22	16	38
		% в рамките на функ.нарушение	59.5%	100.0%	71.7%
	2 (недиаг.)	Брой	15	0	15
		% в рамките на функ.нарушение	40.5%	.0%	28.3%
Общо		Брой		16	53
		% в рамките на функ.нарушение		100.0%	100.0%

Таблица 44.1. Хи-квадрат тестове

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.047 ^a	1	.003	.002
Continuity Correction ^b	7.159	1	.007	
Likelihood Ratio	13.192	1	.000	.002
Fisher's Exact Test				.002
Linear-by-Linear Association	8.876 ^c	1	.003	.002
N of Valid Cases	53			

6. РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ТЕЖЕСТ НА ПРОТИЧАНЕ И ПРОГРЕСИЯ НА НСС. НСС КАТО ЗАВИСИМО ПОВЕДЕНИЕ

В анкетата са включени 7 въпроса, свързани с тенденцията за прогрес и протичане на несуицидното самонараняване. За оценка на прогресията на несуицидно самонараняване бе извършен дескриптивен честотен анализ на въпросите, свързани със задълбочаване на действията на несуицидно самонараняване. От получените резултати: 25.9% съобщават за зачестяване на самонараняването; 42.6% съобщават за задълбочаване на нараняванията; 20.4% съобщават за зачестяване и задълбочаване на самонараняването за постигане на същия ефект; 31.5% съобщават за прекарване на значително време в планиране на самонараняващите действия; 24.1% съобщават за невъзможност да спрат действията на самонараняване, въпреки желанието им и 53.7% продължават действията на самонараняване, въпреки осъзнатите негативни последици; 35.2% съобщават за занемаряване на ангажименти и контакти за сметка на самонараняването.

Таблица 45. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте самонараняването да е по-често от предвиденото?

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност				
Да	14	25.9	26.4	26.4
Не	39	72.2	73.6	100.0
Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи	1	1.9		
Общо	54	100.0		

Таблица 46. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте тежестта на самонараняването да се е задълбочила (напр. по-дълбоки порязвания, по-голяма площ от тялото)?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	23	42.6	43.4	43.4
	Не	30	55.6	56.6	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Таблица 47. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте за да постигнете същия ефект от самонараняването, сега да е нужно да се самонараняване по-често и по-сериозно?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	11	20.4	20.8	20.8
	Не	42	77.8	79.2	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Таблица 48. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте това поведение или мисълта за него да ви отнема значителна част от времето?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	17	31.5	32.1	32.1
	Не	36	66.7	67.9	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Таблица 49. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте невъзможност да контролирате самонараняването, въпреки желание да го намалите?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	13	24.1	24.5	24.5
	Не	40	74.1	75.5	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Таблица 50. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте да продължавате да извършвате това поведение, въпреки осъзнаването, че то е вредно за вашето физическо и/или емоционално състояние?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	29	53.7	54.7	54.7
	Не	24	44.4	45.3	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Таблица 51. От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте да отбягвате или занемарявате важни учебни, семейни, приятелски или приятни занимания поради това самонараняване?

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Валидна стойност	Да	19	35.2	35.8	35.8
	Не	34	63.0	64.2	100.0
	Общо	53	98.1	100.0	
Липсващи		1	1.9		
Общо		54	100.0		

Малко известна концептуализация на същността на НСС е свързана с разглеждането му като потенциално зависимо поведение. Тази хипотеза не е нова, като още през 90-те години на миналия век, се появяват сведения, че поведението на самонараняване споделят общи черти с поведението на зависимост, а именно, че са преживени като „принудителни“ и „облекчаващи“ от самите индивиди (Tantam & Whittaker, 1992). В този ранен период се откроява една теоретична обосновка за възприемането на НСС като зависимо поведение, предложена от Фей (Faye, 1995). Авторката на предложението за зависим модел сравнява нарастващите негативни емоции непосредствено преди акта на

самонараняване с неприятните абстинентни симптоми, които преживяват зависимите индивиди.

Съществуват по-нови научни съобщения, които изграждат ясна връзка между несуицидното самонараняване и поведението с пристрастяващ характер (Buser & Buser, 2013; Nixon et al., 2002; Victor et al., 2012). Въпросите залегнали в раздел „Зависими черти“ на инструмента OSI изследват имплицитно зависимите черти на несуицидното самонараняване. Зависимостта като патологично поведение се характеризира със следните нарушения, които залягат в диагностичните критерии на отделните разстройства:

- силно желание за приемане на веществото;
- затруднен контрол върху приема;
- продължаване на употребата въпреки наличието на вредни последици;
- даване приоритет на приема на веществото пред другите видове активност и ангажименти;
- повишен толеранс;
- понякога физиологично състояние на абстиненция.

Установените от нас резултати хвърлят светлина върху подобна евентуална асоциация, като в нашата извадка най-голям процент, 53.7%, съобщават за продължително извършване на самонараняващите действия, въпреки осъзнатите вреди за собственото емоционално/физическо здраве. Приблизително 1/5 от индивидите (20.4%) съобщават, че за постигане на същия ефект (изпълняване на конкретните функции) е необходимо да се самонараняват по-често и по-сериозно. Тези данни резонират с друга характеристика, срещана при индивиди със зависимост, а именно повишаване на толеранса. Значителен процент (42.6%) докладват и за задълбочаване на тежестта на самонараняванията, което свидетелства за нарушен контрол над поведението. В подкрепа на това твърдение е още един въпрос, оценяващ директно нарушения контрол, като 24.1% съобщават за невъзможност да намалят самонараняването си, въпреки желанието им. Повече от 1/3 съобщават за пренебрегване на важни за индивида аспекти от живота за сметка на самонараняването.

В предложените от DSM-5 критерии за РНСС присъстват условия, които насочват клиничното мислене към наличието на хабитуалност и компулсивност в изпълнението на несуицидните самонараняващи действия, които черти са характерни за зависимите поведението. В първият критерий на диагнозата РНСС е заложено поведението да се практикува 5 или повече пъти през последната година, като емпирично установени данни посочват дори по-високи стойности от тази. В по-тясно тълкувание на думата компулсивност DSM-IV-TR (APA, 2000) описва компулсиите като хабитуални поведението, които са преципитирани от желание да се избегнат или облекчат негативни емоционални състояния. В този смисъл две условия, залегнали в критериите за РНСС разкриват поле за разсъждения относно възможни обединяващи мостове между самонараняващите и зависимите поведението, като отбелязват, че НСС непосредствено се

предшества от негативни емоции или се извършва с цел премахването на негативни емоции.

Значително внимание в концептуализацията на НСС се отдава на ролята на импулсивността, която се наблюдава като важна характеристика на несуйцидното самонараняване и употребата на вещества (Anestis et al., 2014; Herpertz et al., 1997). Различни изследователи установяват, че импулсивността участва като дистален рисков фактор за развитието на самонараняващи и суйцидни действия при индивиди със зависимост (Roy, 2003).

Изследване от 2017 г. сред турски пациенти, хоспитализирани в стационарни и дневно-стационарни условия за лечение на разстройства свързани с употреба на ПАВ, установява, че 52% от индивидите съобщават за несуйцидни самонаранявания (Guvendeger Doksat et al., 2017). Резултатите от това изследване сочат, че в зависимост от употребяваното вещество, най-голям процент коморбидно наличие на НСС се наблюдава сред групата индивид, злоупотребяващи с бензодиазепини (73.60%).

Макар напоследък да има по-отчетлив интерес към връзката между НСС и зависимите поведения в юношеска възраст, наличните емпирични изследвания по темата са ограничени. Едно от най-обширните изследвания, проведено от Никсън, е осъществено в клинични условия сред популация от пациенти със самонараняване и диагноза Гранично личностово разстройство (Nixon et al., 2002), като не е известно дали установените резултати са приложими и за общата популация. Изследване от 2008 г. на Уитлок, Мюленкамп и Екенрод установява 13.4% разпространение на НСС сред университетски студенти, като студентите са разделени на три групи според тежестта на протичане на НСС (Whitlock et al., 2008). Данните сочат, че подгрупата от индивиди с най-тежко протичане е значително по-вероятно да възприемат самонараняването си като пристрастяващо, като тежестта на протичане се определя от множествени методи на самонараняване, сериозни наранявания на целостта на кожата и данни за НСС през последната година.

Необходима е критична оценка на привидните сходства, поради това че съществуват важни аспекти разграничаващи поведенията на самонараняване и зависимост. Многобройни са конкретните причини и мотивации за извършване на кое да е от двете поведения, но голямото разнообразие би могло да се сведе до типа подкрепление, което лежи в основата на поддържане на поведението. Предпазливо е изтъкнато наблюдението, че зависимите и самонараняващи поведения се различават по основният тип подкрепление (Victor et al., 2012). Продължителната употреба при разстройствата със злоупотреба се поддържа от хедонистичните преживявания, последващи приема на веществото, т.е. в основата се наблюдават механизми на позитивно подкрепление. Несуйцидното самонараняване в значителна степен е поддържано чрез механизми на негативно подкрепление, т.е. избягват се неприятни или нежелани емоционални и когнитивни състояния.

Представените данни насочват вниманието към вероятното съществуване на друг поглед към същността на несуицидното самонараняване като зависимо поведение. На този етап няма категорични данни потвърждаващи или отхвърлящи тази хипотеза. Важността на нашите резултати е видна, предвид установените зависимости, че повече белези на зависимост са свързани с по-голяма честота на действията на НСС (Martin et al, 2013, Nixon et al, 2015) и по-голяма продължителност във времето (Martin et al, 2013, Nixon et al, 2002, Whitlock et al, 2008)

С цел да се открият групи от индивиди, които се отличават с по-сериозно протичане и вероятност за наличието на „зависими“ черти, независимо от наличието на диагноза, е проведен двустъпков клъстерен анализ. Установени са два клъстера със следното разпределение: Клъстер 1, при които не се наблюдава зачестяване или задълбочаване на протичането на самонараняване, и Клъстер 2, където участниците са дали повече положителни отговори на въпросите за тежест на протичане и зависими черти.

Фигура 4. Клъстерно разпределение на индивидите



Таблица 52. Разпределение на клъстерите

	„Зависими черти“ Клъстер 2 (N=29)	„Без зависими черти“ Клъстер 1 (N=24)
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте продължавате да извършвате това поведение, въпреки осъзнаването, че то е	ДА ✓ 89.66% N=26	НЕ ✓ 87.5% N=21

вредно за вашето физическо и/или емоционално състояние?		
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте тежестта на самонараняването да се е задълбочила (по-дълбоки порязвания, по-голяма площ от тялото)?	ДА ✓ 75.86% N=22	НЕ ✓ 95.83 % N=23
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте това поведение или мисълта за него ви отнема значителна част от времето (планирането го, мислите за него, събирате и криете остри предмети)?	ДА ✓ 58.62% N=17	НЕ ✓ 100% N=24
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте отбягвате или занемарявате важни учебни, семейни, приятелски или приятни занимания поради това самонараняване?	ДА ✓ 62.07% N=18	НЕ ✓ 95.83% N=23
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте самонараняването да е по-често от предвиденото?	ДА ✓ 51.72% N=15	НЕ ✓ 100% N=24
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте за да постигнете същия ефект от самонараняването сега е нужно да се самонараняване по-често и по-сериозно ?	ДА ✓ 62.07% N=18	НЕ ✓ 100% N=24
От както сте започнали да се самонаранявате, забелязали ли сте невъзможност да контролирате самонараняването, въпреки желание да го намалите?	ДА ✓ 58.62% N=17	НЕ ✓ 95.83% N=23

Въпросите в таблицата са дадени по ред на намаляване на тяхното изчислено предикторно значение. От анализа на въпросите бихме могли да заключим, че нивото на осъзнаване на проблема е основната разграничителна линия между двата посочени клъстера. Това донякъде противоречи на ниските докладвани стойности на въпроси свързани с функционални нарушения, произтичащи от НСС. Възможно е индивидите да осъзнават, че нанасят щети по тялото си на физическо ниво и това да носи вреда за

самите тях, но да нямат възможност да видят как действията на самонараняване се отразяват върху тяхното цялостно функциониране в обществото (емоционално, когнитивно, академично, социално). Бихме могли да спекулираме, че се касае за два отделни момента, характеризиращи несуицидното самонараняване – как индивида възприема влиянието на НСС върху самия него и как възприема влиянието му върху неговия живот.

Извършен бе Хи-квадрат тест за независимост между групите, получени в резултат на двата клъстерни анализа – диагностичен и за тежест на протичане ($\chi^2(1, 53) = 10.177$, $p=0.001$, $\phi = .438$). Установена е силна статистическа зависимост: индивиди, които е вероятно да попаднат в диагностичния клъстер, също така се отличават с по-изразена тежест на протичане и прогресия.

Наличието на зависими черти би могли да се използва при търсенето на диагноза Разстройство с несуицидно самонараняване или да се търси успоредното съществуване на две отделни болестни състояния – диагноза РНСС и зависимо поведение.

7. КОРЕЛАЦИОНЕН АНАЛИЗ

Предвид значението на дадени фактори за диагностицирането и протичането на НСС е извършен корелационен анализ за разкриване на възможни връзки, които биха могли да послужат за допълнително изясняване на поведението.

1/ Несуицидно самонараняване в миналото (5 епизода за период от година преди изминалата) е отрицателно корелирано с функцията на НСС „за създаване на положителни емоции“. Вероятно дългосрочното практикуване на НСС се поддържа от други механизми, докато създаването на положителни емоции служи за краткосрочно или бързо задоволяване на нуждите чрез НСС.

2/ НСС в миналото е положително корелирано с двата въпроса, оценяващи порива за НСС (импулс) и свърхангажираността на индивида с това поведение. Общото тълкуване на тези зависимости е че най-вероятно водещите отличителни характеристики на това поведение (порив и свърхангажираност) вземат участие в продължителното му практикуване, т.е. невъзможност то да се ограничи във времето.

Таблица 53. Корелационен анализ „НСС в миналото“

		НСС за създаване на положителни емоции	Конфликт с околните преди НСС	Период на свърхангажираност с НСС	Мисли за самонараняване, дори когато не се извършва
Самонараняване в миналото	Pearson Correlation	-.379**	.288*	.352**	.344*
	Sig. (2-tailed)	.005	.034	.009	.011
	N	54	54	54	54

V. ОГРАНИЧЕНИЯ И НЕДОСТАТЪЦИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО. НАСОКИ ЗА БЪДЕЩА РАБОТА

Епидемиологичните изследвания проведени в общата популация са ценни поради това, че предоставят неподправена информация относно предмета на изследване, с минимални грешки произтичащи от селекция на извадката. Съдействието на индивидите, което в някаква степен зависи от нивото им на разбиране на темата, би могло да варира и от възрастта на участниците. Работата с юноши по принцип се отличава със специфики, които изменят и изискват адаптиране на процеса на работа. В нашето изследване се сблъскахме с редица предизвикателства, които считаме, че са важни и повлияли за получените от нас резултати.

1. Изследването се проведе в училища, като достъп до учебната институция е предоставен от Регионално управление на образованието (РУО) и директорите на съответните гимназии. РУО се отличи с готовност за съдействие, предвид сензитивността на темата на изследване. Значителен негативизъм и скептицизъм бе срещнат от страна на директорите на училищата. Сред доводите, изтъкнати като причина за „невъзможност за провеждане на изследването на територията на гимназията“, бяха „притеснение от реакцията на родителите“, „невъзможност да посветят необходимото време и кадри“, „наличието на по-важни редовни учебни дейности“, „провеждането на друго скорошно анкетно проучване“, „чувствителност на темата на изследване“.

Въпреки проведените неколкократно срещи с директори, психолози и друг училищен персонал няколко училища отказаха своето участие в изследването ни.

2. Провеждането на изследването съвпадна с обявената в страната извънредна епидемична обстановка, което възпрепятства срещи с родителите за обяснение на същността и целите на провежданото изследване в общността с научна цел. Несъмнено ограничение при набирането на участници бе големият процент родителски отказ. Нямаме точни данни какви са конкретните причини родителите да откажат участието на децата си в проучването, но стигмата свързана с темата на изследване според нас е допринесла значително за крайния резултат. Несуицидното самонараняване е съпроводено от дезинформация, избягване и дори отказ да се разбере или обсъжда открито, което създава плашещо и отблъскващо усещане у родители, учители и ученици. Като общество и култура, сред нас съществува склонност да не се обсъждат неудобни и неясни теми като несуицидното самонараняване. Невъзможността да се концептуализира това поведение предоставя удобна възможност за неговото пропускане при обсъждането на други проблемни поведения, типични за юношеската възраст и залегнали сред психообразованието, провеждано в училищата. На този етап открито се обсъждат рискови поведения като употребата на алкохол, ПАВ, наличието на хранителни разстройства, насилието сред учениците, промискуитетно и рисково сексуално поведение. Не е ясно защо, обаче, предвид широкото си разпространение, несуицидното самонараняване остава извън фокуса на обсъждане. Трудностите при

провеждането на мащабно проучване в общността, което да покаже реалната картина на проблема допълнително затруднява неговото поставяне пред училищните и други власти, които определят обсъжданите в клас рискови поведения.

3. Чрез изискването на информирано съгласие за участие от родител се сигнализира относно съществуването на несуицидно самонараняване като поведение и така се повдига темата в рамките на семейството. Не е известно как тази тема се обсъжда в семействата – с разбиране, осъдително, пренебрежително, с прекомерна разтревоженост и свръхреагиране? Това обсъждане би могло да доведе до промени в положителна посока, но същевременно би могло да доведе до отричане на проблема от страна на юношите, а с това и до родителски отказ поради липса на проблем. Друг вариант е авторитарният родител да откаже участие поради недопускане на подобно поведение при неговото дете. Не е сред компетенциите на автора да спекулира с родителските мотиви, а да хвърли светлина върху възможните причини за ниско родителско съгласие.

4. Желанието и съгласието на юношите да участват е не по-малко важно от родителското информирано съгласие. Разпространението на анкетите бе осъществено от класните ръководители, които имаха за цел да разяснят значението и целите на проучването. Аналогично на вече споменатите по-горе трудности, ангажираността на учителите за адекватно и изчерпателно обяснение и мотивирано насърчаване за участие са неизвестни и под въпрос. Невъзможността за индивидуално посещение на изследовател в класовете се отчита като минус за съдействието на юношите в анкетата.

5. В епидемиологичното изследване не е извършен скрининг за наличието на психиатрична коморбидност и не е известно съвместното съществуване на несуицидно самонараняване с друга патология, която би утежила неговото протичане.

Считаме, че са необходими по-обширни бъдещи изследвания по темата за преодоляване на посочените ограничения. От получените резултати можем да приемем, че съществуват основателни причини за откритото обсъждане на несуицидно самонараняване в училищата, както и провеждането на психообразование сред родителите и юношите.

Бъдещи насоки за изследване и работа:

1. Усъвършенстване и персонализиране на подходите за работа с уязвими групи юноши, проявяващи рискови поведения: наличието на диагноза Разстройство с несуицидно самонараняване да се обоснове като високорисково състояние, налагащо извършването на скрининг за суицидни идеи и намерения, поради значението му като предиктивен фактор за суицидни опити.
2. Изследване и идентифициране на коморбидни състояния сред популацията от юноши с диагноза Разстройство с несуицидно самонараняване.
3. Изследване и изучаване на личностовите характеристики на индивидите с наличие на зависими черти и търсене на други поведения на зависимост, криещи опасност от задълбочаваща патология.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За изследователите, посветилите се на проблемните и рисковите поведения в юношеска възраст, несуйцидното самонараняване представлява предмет на интензивни и заинтригуващи проучвания. Анализът на литературата показва, че непрестанно се надграждат знания и се разработват нови модели на концептуализация в унисон с напредъка в науката. Повечето западни страни разполагат с епидемиологични проучвания, които изграждат фундамента за надграждащи и фокусирани изследвания върху дадена конкретна проблематика от несуйцидното самонараняващо поведение. За нашата страна подобно изследване не бе извършвано, поради което ние искахме да поставим основите за бъдещи изследвания по темата. Използваните термини и дефиниции в нашето проучване съответстват на общоприетите и установени като най-точни и присъщи за това поведение. От цялостните ни резултати става ясно, че дефиницията на НСС, която е представена на всеки участник в информираното съгласие за участие, е ясна, разбираема и включва именно поведение на несуйцидно самонараняване, и не приобщава други обсъдени в изложението периферни форми на себеувреда.

В нашето епидемиологично срезово проучване сред юноши в гимназиална възраст в град Варна си поставихме за цел да изследване разпространението и основните характеристики на несуйцидно самонараняване. За изпълнение на целта сме приложили предложените от DSM-5 критерии за диагноза Разстройство с несуйцидно самонараняване (РНСС), както и допълнителни въпроси, като създадохме хибриден и адаптиран за популацията ни въпросник.

Установихме 20.2% честота на разпространение на самонараняващи действия и мисли в популацията. Данните ни съответстват на резултатите от чужди епидемиологични популационни проучвания в юношеска възраст. Постоянство на данните предполага постоянство на проблема във времето и неговата актуалност, които изискват задълбоченото му разглеждане. Очакванията ни бяха в групата от самонараняващи се индивиди да има лица с различна тежест на самонараняване и да е необходимо допълнително подразделение на юношите за по-добро разбиране на проблема. Женският пол е по-представен в извадката от самонараняващи, както и в общата популация от юноши, взели участие в проучването. Контингентът на изследване е съставен от четири средни училища с различен профил на обучение в голям български град, което ние считаме за представителна извадка за тази възрастова група и за голям български град.

Последните 10 години отчитат нарастващ интерес към изучаването на това поведение и усилия се полагат за засвидетелстването на несуйцидно самонараняване като собствена клинична диагноза. Методите на оценка и анализ на несуйцидното самонараняване са много и разнообразни, основно са разработени самооценъчни инструменти, оценяващи честота, методи, функции, предшественици на НСС. Не съществува изчерпателен всеобхватен инструмент, поради което нерядко се комбинират няколко инструмента за постигането на пълна представа.

Поради това сред задачите на настоящият труд бе приложението на хибриден въпросник, адаптиран за българската популация, разработен не само за откриване на НСС сред юноши, но и за откриване на групи с по-тежко и клинично протичане на поведението. За осъществяване на тази задача бе извършен за пръв път превод на диагностичните критерии на DSM-5 за Разстройство с несуицидно самонараняване, както и на скала, създадена на базата на тези критерии – NSSIDS, според правилата на научен превод.

При приложението на диагностичния въпросник първо изследвахме наличието на диагностично значимо несуицидно самонараняване сред извадката от самонараняващи се юноши. Приложението на предложените критерии от петата ревизия на DSM ни разкри, че 12 индивида, или 22.2%, са покрили всички 6 критерия необходими за диагноза РНСС. От общата популация юноши, взели участие в епидемиологичното изследване това са 4.49%. Данните ни потвърждават и подкрепят международните усилия за събиране на епидемиологични данни относно разпространението на РНСС, които цитират стойности от 5.6% до 7.6% сред юноши, а при възрастни стойностите са по-ниски \approx 3% (Andover, 2014; Buelens et al., 2020; Zetterqvist, 2015).

Индивидуалното разглеждане на всеки един от критериите ни насочи към това, кои са факторите, които са отличителни и важни за несуицидното самонараняване, и кои са по-широкообхватни или гранични, и поради това носят слаба диагностична информативност. Същевременно, анализът на отделните критерии разкри кои от тях се открояват с ниска застъпеност и, вероятно, ниска приложимост за нашите условия.

Установихме, че критерий В и аспекти от критерий С се открояват с голяма подкрепа от почти всички самонараняващи се индивиди. Изследвания са установили значителни припокривания между отделните подточки, залегнали в съответните критерии (Buelens et al., 2020). Поради това високо изпълнение на критериите и смисловото им сходство ние не възприемаме тяхното разделение като обосновано. Тяхното значение относно разграничението на диагностично и недиагностично РНСС е слабо и считаме, че критериите се нуждаят от преразглеждане и модификация. Съществуват критерии, които са с ниска емпирична подкрепа, независимо от източника на изследването или приложената методика. Аспекти на несуицидното самонараняване, свързани с функционални нарушения от всякакво естествено, се открояват с ниска подкрепа от юношите. Ние възприемаме тези данни като доказателство за субективните ползи, които НСС носи и невъзможността на конкретния индивид да прецени обективно негативните последици върху функционирането му. Резултатите ни посочват, че индивиди, които с по-голяма вероятност биха покрили диагностичните критерии за РНСС са тези, които изпитват най-силен дистрес от действията на самонараняване. От проведеня анализ на критерий В и С установихме, че регулацията на афекта като основна изучавана функция на НСС в теоретичните модели и емпиричните изследвания, също е най-доминираща и сред нашата извадка.

Различните форми на самонараняване са представлявали значителна бариера пред ясното концептуализиране на НСС, предвид широката гама от методи на самонараняване. Знак за равенство не би могъл да бъде поставен между всички тях,

поради разлики в тежестта на увредата и възможния леталитет, който носят някои от тях. В нашата извадка най-често употребяван метод на самонараняване е самопорязването, което съответства съобщаваното в литература по темата. Установените полови различия в предпочитания метод на самонараняване също съответстват на данните от чужди изследвания. Жените по-често прибегват до самопорязване, а момчетата предпочитат удрянето като метод на самонараняване. Това има значение в контекста на консултиране и работа с юноши с проблемни или рискови поведения – познаването на спецификите на НСС при двата пола позволява по-насочено търсене на евентуално несуицидно самонараняване.

Установеният от нас процент на лица с диагностично значимо несуицидно самонараняване представлява ценна информация, но групата от самонараняващи се индивиди е значително по-голяма и също се нуждае от допълнително внимание и изучаване. Проведеният от нас клъстерен анализ разкри наличието на два клъстера различаващи се по степен на покриване на диагностичните критерии, и респективно, степен на протичане. Диагностичният клъстер се възприема от нас като високорискова група от индивиди, които трябва да бъдат идентифицирани и проследявани за задълбочаване и прогресия на самонараняването.

Поради внушителните емпирични и теоретични данни за концептуализирането на НСС като зависимо поведение, си поставихме задача да изследваме прогресията на НСС и оценка на чертите му, присъщи за зависимост. Резултатите ни подкрепят тезата, че сред определени индивиди несуицидното самонараняване би могло да се разглежда като форма на зависимо поведение. Не е изненадващо, че съществува значителна асоциация между индивиди, които е вероятно да покриват диагностичните критерии за РНСС и индивиди, възприемащи в значителна степен поведението си като зависимо.

В допълнение към изтъкнатите важни за нас находки, които дават насока за разработване на скрининг инструменти и възможности за подобро откриване на уязвими юноши, нашето изследване маркира и отличителните характеристики на несуицидното самонараняване. Данните ни сочат, че трудните за контролиране мисли и действия за самонараняване са най-ясно открояващият се фактор, разграничаващ между индивиди с по-леко и по-тежко протичане на НСС. Давността на самонараняване също е от значение по отношение на тежестта на НСС. Неслучайно индивиди, които съобщават за по-голяма давност на самонараняване (период от 5 отделни дни в година преди предходната) са тези, при които са по-изразени чертите на зависимо поведение.

Според нас, при изучаването на всяко сравнително ново за нашата популация явление е удачно да се получи информация за възприятията на самите участници, относно това как би могло да им се помогне. Данните ни от финалната част на въпросника имат за цел да разкрият как юношите биха искали да им се помогне, което е важно за изграждането на доверие и терапевтичен съюз, и съдействие при работата с тях. Важно е да се отбележи, че нито един участник не възприема училищното консултиране като възможен начин за подкрепа и/или помощ, като според нас усилия трябва да бъдат насочени към промяна на тази нагласа сред учениците.

Проведеното епидемиологично проучване предоставя емпирични доказателства за съществуването на сериозно и значимо проблемно поведение, характерно за юношеската възраст. Резултатите установяват характеристики на несуицидното самонараняване, които биха могли да намерят практическа реализация в ежедневието на специалисти, ангажирани с осигуряването на психо-емоционалното здраве на тази възрастова група. Тези характеристики подкрепят уникалността на несуицидното самонараняване като самостоятелна диагноза със собствено клинично значение и нуждаеща се от собствен терапевтичен подход, който на този етап не е разработен.

VII. ИЗВОДИ

1. При проведеното епидемиологично проучване за несуйцидното самонараняване установихме, че това е явление със значимо разпространение сред юношите от град Варна, като честотата му кореспондира на наблюдаваното в други популации от Европа и света.
2. Успешно бе разработен и приложен в епидемиологичното проучване адаптиран за българската популация хибриден въпросник, базиран на Nonsuicidal self-injury disorder scale (NSSIDS) и Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) за тежест и прогресия на несуйцидното самонараняване.
3. Диагностичният въпросник за РНСС е надежден инструмент за идентифициране на субгрупа от индивиди, покриващи критериите за разстройството. Би могъл да бъде оптимизиран като:
 - 3.1. При критерий А, за по-прецизно диференциране между индивиди със самонараняване с диагностично значение и индивиди с по-леко протичане, е уместно да се повиши над 5 броя епизоди като праг за покриване на критерия.
 - 3.2. Критерий В се интерпретира като слабо информативен в диагностично отношение. Функциите заложи в скалата са ограничени и не обхващат други често срещани причини (функции) за несуйцидно самонараняване.
 - 3.3. За пълноценно и успешно приложение в българската популация е уместно да се премахнат въпроси с ниска диагностична значимост.
4. Порязването представлява най-разпространен метод на самонараняване сред наблюдаваната извадка, макар да съществуват разлики между самонараняващи се момичета и момчета – сред женския пол е най-разпространено порязването, а при момчетата удрянето е най-чест метод на самонараняване.
5. Наличието на мисли или желание за самонараняване не е статистически корелирано с някой от половете, но извършването на действия на несуйцидно самонараняване корелира позитивно с женския пол.
6. Несуйцидното самонараняване се наблюдава приблизително два пъти по-често сред момичета, в сравнение с момчета, в изследваната извадка от българската юношеска популация и това съответства на съобщаваното в научната литература и на нашите очаквания.
7. Причините за извършване на несуйцидни самонараняващи действия са разнообразни и строго индивидуални, но водещи са интраперсоналните причини, а междуличностните са с по-ограничено разпространение.

8. В мнозинството случаи самонараняването не представлява поведение „копирано“ или „заимствано“ от друг източник, а идея на самия индивид.
9. Изолираното наличие на мисли и желание за несуицидно самонараняване не изпълнява функция само по себе си без наличието на действия за самонараняване, което затруднява тяхното клинично тълкуване.
10. Самонараняващите се индивиди оценяват по-критично последствията от НСС, имащи влияние върху интерперсоналните им взаимоотношения, в сравнение с последствията върху академичното справяне.
11. Едновременното съществуване на няколко определени отличителни характеристики на НСС повишава вероятността индивидите да покриват критериите за диагностично значимо несуицидно самонараняване – индивиди със силен порив за самонараняване, по-продължително самонараняване във времето, отчитащи по-изразени междуличностни влияния от самонараняването и преживяващи мисловна и поведенческа преокупация с НСС, е по-вероятно да бъдат диагностицирани с РНСС.
12. На индивидите, попадащи в недиагностичния клъстер (с по-леко протичане) не са присъщи функционални нарушения вследствие на несуицидно самонараняване.
13. Сред част от индивидите несуицидното самонараняване може да се разглежда като зависимо поведение, проявяващо повечето от характерните черти, необходими за поставяне на клинична диагноза „Зависимост“.
14. Заучаването на механизми за справяне с трудни ситуации (отблъскване, провал) би могло да намали честотата на извършване на несуицидно самонараняване в подобни ситуации.
15. Извършването на анкетно проучване базирано в училища се отличава с редица ограничения, нехарактерни за други епидемиологични проучвания, извършвани сред възрастни или в други условия.

VIII. ПРИНОСИ

Приносите на дисертационния труд могат да бъдат разделени на теоретични и приложни.

Теоретични с оригинален характер:

- Изследвани бяха честотата и характеристиките на несуйцидното самонараняване в юношеска възраст в българската градска популация, и приемаме, че е обосновано обособяването и съществуването на клинично значимо разстройство с несуйцидно самонараняване.
- Идентифицирани са фактори, служещи за открояване на индивиди с по-тежко протичане на несуйцидно самонараняване.
- Уточнени са значими корелации между степента на протичане на НСС и степента на функционални нарушения в ежедневието на юношите.
- За пръв път в нашата научна литература е поставена и обсъдена темата за несуйцидно самонараняване като форма на зависимо поведение сред юношите.

Теоретични приноси с потвърдителен характер:

- Въз основа на наблюдения в българската популация са потвърдени основните методи за самонараняване, съществуващи полови различия, предшестващи и провокиращи събития и функции на НСС.
- Извършена е проверка на психометрични показатели, доказващи валидността и надеждността на инструмента „Скала за Разстройство с несуйцидно самонараняване“ (СРНСС, NSSIDS).

Приноси с приложен характер:

- Извършено е епидемиологично проучване на НСС сред юноши като се прилагат диагностичните критерии на DSM-5.
- В българската популация е приложена нова методика/въпросник за диагностициране на индивиди с РНСС – Скала за Разстройство с несуйцидно самонараняване (СРНСС, NSSIDS).
- Изследвани са зависимите черти на несуйцидно самонараняване и се разкриват пътища за възможно провеждане на скрининг в популацията от самонараняващи за възможното съществуване и на други зависими поведения.

IX. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

1. Р. Димитрова, Несуицидно самонараняване като форма на зависимо поведение. E-Journal VFU, 2021, бр.16
2. Р. Димитрова, Зл. Стоянов, П. Петров, Г. Радкова. Несуицидно самонараняване: приложение на ISAS и ABASI/ABUSI в неклинична популация от юноши, Българско списание за психиатрия, 2020, vol.5 (1).
3. Р.Димитрова, Г. Радкова, Зл.Стоянов, П. Петров. Първи резултати от приложението на ISAS и ABASI/ABUSI в проучване на несуицидно самонараняване сред варненски ученици. Известия на Съюза на Учените – Варна. Серия „Медицина и екология“. 1‘2019;24:85-89