

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист-
психиатр Департамента
здравоохранения города Москвы,
профессор Г.П. Костюк

« » _____ 2019 года



РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы

« » _____ 2019 года



НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Методические рекомендации № 1

УДК 616.89
ББК 56.14
Н-56

Организация-разработчик:
ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Составители:

А.С. Аведисова, главный научный сотрудник Отдела новых методов терапии пограничных психических расстройств ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, д.м.н., профессор; М.С. Зинчук, ведущий научный сотрудник, к.м.н.; Е.В. Пашнин, Г.В. Кустов, Н.И. Войнова, И.А. Аркуша

Рецензент:

д.м.н., профессор Л.В. Ромасенко, ФГБУ «МИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, к.м.н. А.В. Масыкин, ГБУЗ ПКБ им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Несуицидальное самоповреждающее поведение в общей медицинской практике. Методические рекомендации. – Под редакцией А.С. Аведисовой. – Москва – 2019. – 24 с.

В методических рекомендациях обобщены данные о факторах риска, клинической феноменологии, диагностике и прогностических характеристиках несуицидального самоповреждающего поведения в медицинской практике. Сформулированы практические рекомендации по проведению обследования пациента с признаками самоповреждающего поведения, описан алгоритм дифференциальной диагностики и определены показания к применению диагностических шкал.

Методические рекомендации предназначены для врачей общей практики, неврологов, психиатров, психотерапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут персональную ответственность за представленные данные в методических рекомендациях.

© Коллектив авторов, 2019.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЯ | 5 |
| ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ | 6 |
| КЛАССИФИКАЦИЯ | 8 |
| ДИАГНОСТИКА НССП | 10 |
| Диагностические критерии НССП | 10 |
| Оценка тяжести НССП | 11 |
| Применение психометрических шкал в диагностике и оценке тяжести НССП | 12 |
| Некоторые рекомендации по общению с пациентами с подозрением на НССП | 12 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 16 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1 | 17 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2 | 18 |
| ЛИТЕРАТУРА | 19 |

ВВЕДЕНИЕ

Исследования самоповреждающего поведения, проводимые в последние десятилетия, убедительно показали целесообразность выделения среди всего массива случаев намеренного нанесения себе повреждений, случаев несуицидального самоповреждающего поведения (НССП). К данной категории относятся случаи причинения себе повреждений (например, ожога или пореза) с целью изменения текущего психического состояния.

В качестве самостоятельной диагностической категории с чётко определёнными временными и количественными критериями НССП впервые появилось 2013 году в классификации DSM 5.

Проведённые на основании утверждённых диагностических критериев исследования выявили значительную распространённость НССП как в популяции лиц с психическими расстройствами, так и в населении вообще.

Несмотря на то, что в момент нанесения самоповреждения отсутствует намерение уйти из жизни, большинством исследований выявлен более высокий риск как суицидальной попытки, так и завершённого суицида среди практикующих НССП по сравнению с общей популяцией. Данные риски увеличиваются при сочетании НССП с некоторыми психическими расстройствами. Всё это делает актуальным повышение уровня осведомлённости о клинических проявлениях НССП, тактике ведения беседы с данными пациентами, подходах к дифференциальной диагностике и оценке риска не только среди психиатров, психотерапевтов и неврологов, но также и врачей общей практики.

Целью настоящих методических рекомендаций является освещение современных данных о распространённости, факторах риска и классификациях НССП, а также предоставление клиницистам различных специальностей практической основы для диагностики НССП и оценки связанных с данным состоянием рисков.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Сведения о распространённости НССП существенно, иногда в разы, отличаются, однако большинство исследователей сходятся во мнении, что в последние 30 лет происходит прогрессивное увеличение частоты НССП [3,4]. Данный феномен отмечается как в клинических, так и, в особенности, в общепопуляционных исследованиях. Следствием это явилось то, что в настоящее время самоповреждения не могут быть расценены однозначно как симптом пограничного расстройства личности, да и психического расстройства вообще.

Тенденция нарастания частоты НССП хорошо видна на примере двух европейских исследований CASE (Child & Adolescent Self-harm in Europe) и SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), проведённых с разницей в 4 года. В первом случае средняя распространённость составила 13,5% для девушек и 4,3% для юношей, во втором уже - 29,9% и 24,6%, соответственно, причем, 7,8% выборки наносили себе повреждения регулярно [5,6]. При этом распространённость самоповреждений весьма сильно отличается даже внутри Европы, варьируя в диапазоне от 17,1% (Венгрия) до 38,5% (Франция) [2].

Во всех странах группой наибольшего риска в отношении самоповреждений являются подростки и молодые взрослые. В среднем распространённость НССП в подростковой неклинической выборке составляет 17,2%, а среди лиц юношеского возраста - 13,4% [1], при этом получают психиатрическую помощь по данному поводу менее 2% [2].

Таким образом, существует значительная, притом увеличивающаяся, вероятность попадания лиц с НССП в поле зрения врачей всех специальностей.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

НССП является сложным поведенческим феноменом и, как и большинство подобных расстройств является результатом взаимодействия целого комплекса ряда биологических, психологических и социальных факторов.

К немодифицируемым факторам риска развития НССП чаще всего относятся подростковый возраст и женский пол. Значение последнего очень велико в отношении таких самоповреждений как самопорезы и царапины, однако же, менее очевидно при таких формах НССП как «удары о твёрдые поверхности» и «ожоги».

Исследования последних лет убедительно демонстрируют наличие биологических предпосылок НССП. Это касается как генетических отклонений, связанных с обменом серотонина, дисбаланса в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нарушений в опиоидной системе. Для лиц, прибегающих к НССП, характерно изменённое восприятие боли, что подтверждается как исследованиями вегетативных реакций на болевые стимулы, так и последними данными фМРТ исследований. Описанные изменения частично носят наследуемый характер, что подтверждается исследованиями, проведёнными на близнецах, частично же формируются в результате перенесённого раннего, стресса. К наиболее прогностически неблагоприятными в отношении развития НССП формам детского стресса относятся опыт раннего физического и сексуального насилия.

Дополнительными неблагоприятными факторами развития НССП являются развод родителей, очень молодой возраст матери на момент рождения пациента, депрессия у матери, школьный буллинг, отсутствие работы или ненадёжность положения на работе, проживание за чертой бедности, а также наличие среди знакомых лиц, прибегающих к НССП [7,8,9,10,11,12].

Лица с альтернативной сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью по данным большинства исследований чаще встречаются среди лиц практикующих НССП. Распространённость НССП среди бисексуалов выше, чем среди гомо и гетеросексуалов, а также значительно превышает средние популяционные показатели [20,21,22,23,24]. Гендерная дисфория (неприятия своего биологического пола) не только является значимым предиктором НССП, но также сопряжена с более травматическими способами самоповреждений, вплоть до самоувечья [13,14,15].

К психологическим характеристикам, способствующим развитию НССП относятся нейротизм (тенденция испытывать частые, сильные негативные эмоции - тревогу, депрессию, гнев и раздражительность, связанные с чувством неконтролируемости в ответ на стресс), алекситимия (трудности в словесном описании эмоций), избыточная самокритика, повышенная импульсивность и неадаптивные копинг-стратегии (способы преодоления

стресса), а также неприятные ситуации неуспеха, особенно при разрыве романтических отношений [16,17].

Из клинических факторов риска наиболее значимым является наличие психического расстройства. В большей степени с развитием НССП сопряжены аффективные расстройства, расстройства личности, в особенности пограничного типа, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушениями пищевого поведения и злоупотребление психоактивными веществами.

Увеличение распространённости НССП в последние десятилетия частично связано и с изменившейся информационной средой, сделавшей легкодоступными отчёты лиц, испытывающих положительные психологические эффекты от физических повреждений. Это в наибольшей степени касается подростков, что связано с их готовностью к идентификации со сверстниками и лёгкостью принятия субкультуральных форм поведения. В этой связи показателен опыт «выхода из тени» медиаперсон, прибегавших к НССП. Как и в случае с химическим и аддикциями и суицидальностью происходит не только формирование толерантной среды, но также увеличивается количество лиц вовлечённых в описываемые практики.

Обобщая, можно сказать, что в формировании НССП задействовано большое количество разноуровневых (биологических, психологических, социальных, клинических) факторов, часть из которых потенциально доступна для коррекции. В тоже время, реабилитационные мероприятия наиболее эффективны на ранних этапах течения расстройства, что делает необходимым повышение компетентности врачей всех специальностей, участвующих в оказании помощи лицам подростково-юношеского возраста.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В настоящее время существует несколько классификаций НССП. Наиболее важной является классификация, опирающаяся на функции самоповреждения. Несмотря на доказанный у лиц практикующих НССП более высокий риск совершения на протяжении жизни как суицидальной попытки, так и завершённого суицида, диагностика НССП предполагает отсутствие в момент их нанесения намерения уйти из жизни.

Наиболее типичной мотивацией для НССП является изменения эмоционального состояния. Эти цели в свою очередь могут быть разделены на 2 группы в зависимости от того основаны ли они на позитивном или же негативном подкреплении [18,19]. Позитивное подкрепление свойственно случаям, при которых целью самоповреждения становится вызывание ощущения «подъёма», «приятного возбуждения», либо же потребность «почувствовать хоть что-то, пусть даже боль», чтобы выйти из мучительного эмоционального оцепенения. При негативном подкреплении НССП способствует нейтрализации неприятных чувств, уменьшению интенсивности таких тягостных переживаний как тоска, тревога, раздражение.

Несмотря на то, что НССП чаще направлено на разрешение внутриличностного конфликта и является скорее «криком о боли», чем «криком о помощи» [25,26,27] интерперсональные факторы также не должны недооцениваться. Они относятся к дополнительным факторам, облегчающим дебют или поддерживающим самоповреждающее поведение и призваны вызвать желаемые изменения в социальном окружении. Межличностные мотивы НССП также могут быть условно разделены на связанные с позитивным (возможностью привлечения внимания, достижения желаемых реакций от окружения) и негативным подкреплением (уменьшение давления со стороны окружающих, достижения возможности уклониться от межличностных обязательств, избежать участия «в неприятном деле»).

В основе других подходов к классифицированию НССП лежат различия в локализации повреждений, механизмов их причинения и частота повторений.

В подавляющем большинстве случаев НССП локализованы в местах доступных для самостоятельного нанесения. Наиболее частыми зонами являются предплечье и плечо. Нанесения повреждений в области бёдер и живота чаще связано с желанием скрыть последствия самоповреждений. В зависимости от механизма и частоты нанесения следы повреждений варьируют от едва заметных пигментаций на коже до гипертрофических келоидных рубцов. Наиболее часто для нанесения повреждений используются острые режущие предметы (нож, бритвенное лезвие). В подобных случаях повреждения представляют собой ряд расположенных на расстоянии 1-2

см параллельных неглубоких порезов. Другой распространённой формой самоповреждения является нанесение ожогов, для чего чаще всего используются сигареты. Следы от тушения окурка о кожу чаще располагаются на тыльной стороне кисти, предплечьях и фронтальной поверхности бёдер. Данный тип НССП несколько чаще встречается у мужчин, что связано с сопутствующим данным практикам маскулинным атрибутам, таким как «сила воли» и «способность терпеть боль».

Длительное время отсутствовала общепринятая классификация НССП, что создавало значительные трудности как для сравнения получаемых в различных исследованиях данных, так и для реализации принципа преемственности в области практического здравоохранения. Для преодоления сложившегося положения создателями DSM 5 были выработаны подробные диагностические критерии НССП, а также разработаны критерии оценки тяжести их течения.

ДИАГНОСТИКА НССП

Диагностика НССП осуществляется на основании жалоб, собранного анамнеза, а также данных объективного осмотра. Последний включает осмотр кожных покровов в зонах наиболее вероятного нанесения повреждений (кисти, предплечья, плечи, живот, фронтальная поверхность бёдер и голеней). Стоит обращать внимание на татуировки в указанных зонах, так как последние часто используются для маскирования косметических дефектов, возникших в результате самоповреждений.

В тоже время отсутствие самоповрежденческих «стигм» не является абсолютным доказательством отсутствия у пациента НССП и должно быть верифицировано во время клинической беседы. Это в особенности касается методов, оставляющих незначительные косметические дефекты, например введение под кожу игл, а также случаев со значительным периодом воздержания от самоповреждений. Ниже представлены диагностические критерии НССП, знание которых помогает клиницисту точнее формулировать вопросы и за минимальное время собрать данные об отсутствии или наличии НССП, а в последнем случае также о мотивах и частоте, что является достаточным для проведения первичной диагностики.

Диагностические критерии НССП

Диагностика НССП предполагает выполнение следующих диагностических критериев:

А. В течение последнего года было 5 или более дней, когда индивидом намеренно совершались акты самоповреждения поверхности тела, способные привести к кровотечению, синякам или вызывать боль (например, нанесение порезов, прижигание, уколы, удары, сильное трение), при этом ожидаемый физический вред, оценивается как незначительный или умеренный (т. е. не было суицидальной цели).

В. Индивид, совершая акт самоповреждения, ожидает один или несколько из следующих эффектов:

1. Получить облегчение от негативных чувств или мыслей.
2. Разрешить межличностные трудности.
3. Вызвать положительные чувства.

С. Намеренное самоповреждение сочетается как минимум с одним из следующих феноменов:

1. Межличностные трудности, негативные чувства или мысли такие как подавленность, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед совершением акта самоповреждения.

2. Перед нанесением самоповреждения есть период, когда мысли индивида поглощены желанием его осуществить, и это трудно контролировать.

3. Мысли о самоповреждении возникают часто и не всегда реализуются.

Д. Данное поведение не является социально санкционированным (например, пирсинг, татуировки, часть религиозного или культурного ритуала) и не ограничивается сквыриванием болячек или обкусыванием ногтей.

Е. Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или препятствуют нормальному функционированию в межличностной, учебной или других важных сферах.

Ф. Данное поведение присутствует не только во время психотических эпизодов, делирия, интоксикации или отмены психоактивных веществ. У индивидов с нарушениями психического развития, самоповреждения не являются частью паттерна стереотипий. Это поведение не может быть более точно объяснено другим психическим расстройством или медицинским состоянием (например, психотическое расстройство, расстройство аутистического спектра, умственная отсталость, синдром Лёша-Нихена, расстройство стереотипных движений с самоповреждениями, трихотилломания, эскориации).

Кроме того, дополнительно выделяется 2 подтипа неутонченного НССП (nonsuicidal self-injury, nototherwise-specified), что позволяет выявить лиц с меньшей, чем 5 раз за последний год, частотой самоповреждений (тип 1, sub-threshold) и тех, кто при нанесении самоповреждений, наравне с желанием избавиться от неприятных чувств, решить межличностные трудности, либо получить приятные переживания, имел, хотя бы отчасти, ещё и желание совершить суицид (тип 2, intentuncertain).

Оценка тяжести НССП

Для оценки клинической тяжести НССП Американской Психиатрической Ассоциацией выработана специальная шкала Clinician-rated severity of nonsuicidal self-injury. Данная шкала заполняется врачом и основывается на данных о пациенте за прошедшие 12 месяцев. Шкала имеет 5 пунктов, из которых «0» свидетельствует об отсутствии или сомнительности диагноза (менее 3 эпизодов за предшествующий год, а также отсутствие намерения повторного нанесения самоповреждений), а остальные 4 отражают различные степени тяжести НССП. Первая или «подпороговая» степень тяжести соответствует случаям, при которых НССП наносились с частотой от 2 до 4 дней за предшествующий год или при меньшей частоте, но сохраняющимся намерении их повторения. Лёгкой степенью считаются случаи с частотой 5-7 дней с НССП за 12 месяцев при отсутствии необходимости их хирургического лечения (исключая косметические вмешательства). Критериями средней степени тяжести НССП является от 8 до 11 дней в

которые наносились самоповреждения одним методом и не потребовавшие хирургической помощи или от 5 до 7 дней за прошедший год при использовании более, чем одного метода.

Тяжелой формой НССП считаются случаи, при которых хотя бы одно самоповреждение потребовало хирургического лечения (исключая косметологические вмешательства) или НССП совершались в 12 и более дней за прошедший год, либо при частоте 8 и более дней в случаях использования более чем 1 метода повреждения.

Для облегчения практического использования указанные критерии представлены в виде таблицы в приложении к данным методическим рекомендациям.

Применение психометрических шкал в диагностике и оценке тяжести НССП

Некоторые из психометрических шкал хорошо зарекомендовавших себя в суицидологии позволяют выявить НССП. К таковым относятся Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ), Suicide Behaviors Questionnaire for Children (SBQ-C), Columbia Suicide Screen (CSS). Однако, к настоящему времени разработано и валидизировано несколько специализированных опросников (Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ), Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM), Self-Injury Questionnaire (SIQ), Self-Injury Motivation Scale (SIMS), Self-Harm Reasons Questionnaire (SHRQ), Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), Self-Harm Inventory (SHI) и структурированных интервью (Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII), Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) помогающих собрать и объективизировать данные о несуицидальных самоповреждениях. Несмотря на свою профилированность многие из вышеперечисленных инструментов позволяют с значительной долей уверенности дифференцировать суицидальные и несуицидальные формы самоповреждающего поведения. Ключевым различием между этими формами поведения является лежащая в их основе мотивация.

Некоторые рекомендации по общению с пациентами с подозрением на НССП

В последние годы отмечается резкий всплеск НССП, однако катанестические исследования показывают, что в большинстве случаев подростки с НССП в дальнейшем не выявляют признаков психического расстройства и не нуждаются в помощи психиатра. Это делает нецелесообразным закладывать в основу системы помощи данному контингенту обязательную консультацию врача-психиатра. С другой стороны, доказано, что НССП коморбидны многим психическим расстройствам, а также часто встреча-

ется у лиц со склонностью к суицидальному поведению. Таким образом, выявление врачом общей практики пациентов из группы высокого риска и выдача им рекомендаций обратиться за специализированной помощью является краеугольным камнем организации помощи для данного контингента. В тоже время, правильная оценка риска возможна только после проведения доверительной беседы.

Установлению продуктивного контакта с пациентом с НССП может препятствовать целый ряд как внешних, так и внутренних факторов, на которых мы остановимся более подробно.

Фактор «тайны общения». Прежде всего, не следует забывать о рекомендации обязательной для всех случаев институализированного общения: не давайте обещания не раскрывать «тайну». Это сомнительный способ добиться доверия чреватый многими негативными последствиями для обеих сторон. Возможны ситуации, когда в ходе беседы вскрываются обстоятельства жизни пациента или особенности переживаний, нераскрытие которых перед третьими лицами будет для Вас невозможным. В этом случае не сдержав обещание, Вы усилите недоверие пациента к контакту в дальнейшем. Попытка сдержать обещание чревата внутренним конфликтом, репутационными потерями и административным наказанием для врача, а также опасностью для жизни пациента

К неизбежной трудности, свойственной самой ситуации обследования относится **разница в возрасте и культурном багаже**. Так как большая часть лиц регулярно практикующих НССП находятся в подростковом или юношеском возрасте, то установление доверительного контакта может затрудняться свойственной данному периоду готовностью к оппозиционному восприятию лиц старше себя. Ситуация усложняется ещё и тем, что лица с НССП очень часто принадлежат к молодёжным субкультурам, идеология которых не всегда известна врачу. В подобном случае не осуждающий расспрос, основанный на «уважительном любопытстве», может помочь установить контакт. В случае если Вы не знаете что-то об особенностях субкультур (например, типичны ли видимые Вами телесные модификации для конкретной субкультуры), то лучше не пытаться их угадать. Такие ошибки могут восприниматься как «нелепые», демонстрировать непреодолимую дистанцию между пациентом и врачом и подтверждать опасения о том, что он/она не могут быть поняты людьми «не своего круга». Кроме того, уточнение того о чём Вы не осведомлены в ключе «уважительного любопытства» само по себе способствует установлению контакта между Вами и собеседником.

Другим препятствием являются определённые **личностные особенности лиц склонных к НССП**. В определённой степени самоповреждения являются неадаптивной копинг-стратегией, попыткой справиться с эмоци-

ональной болью путём причинения себе боли физической. Необходимость использования такого травматичного способа говорит о неспособности индивида облегчить состояние другим образом, что, как правило, связано с нарушением функции ментализации и дефицитом коммуникативных навыков. Первая из проблем требует от врача терпения в отношении непонимания, как может казаться, «очевидных» вещей, неспособности к самостоятельному образованию связей между событиями и эмоциональной реакцией на них. Проблема дефицита коммуникативных навыков пациента требует от врача значительной инициативы в поддержании беседы. В данном случае подходят приёмы активного слушания, включающее регулярное подтверждение того, что Вы слушаете, активное задавание уточняющих вопросов в случае пауз, «конкретизация» при слишком «общих» высказываниях пациента. Многие пациенты с недостаточной «ментализацией» крайне чувствительны к невербальному поведению собеседника, поэтому постарайтесь поддерживать визуальный контакт, не пренебрегайте тем, чтобы кивать в ответ на сообщения пациента, не занимайтесь посторонними делами во время разговора. Таким образом, недостаточная мотивированность пациента к беседе в сочетании с невысоким коммуникативным потенциалом требуют от врача активного «компенсирующего» участия в беседе.

Будет уместным проявить заинтересованность в причинах такого поведения, в смысловой нагрузке и контексте, в котором это происходит. Чтобы помочь собеседнику раскрыться, можно воспользоваться некоторыми из следующих вопросов:

- Что Вы чувствуете перед тем как поранить себя?
- Как Вы чувствуете себя потом?
- Что может Вас толкать на это?
- Какие события, мысли или чувства?
- Что дают Вам самоповреждения?
- Трудно ли Вам говорить об этом со мной?

Некоторые из препятствий на пути к установлению продуктивного контакта в беседе с пациентом, практикующим НССП, могут располагаться внутри самого врача. **Предубеждения о самоповреждениях** могут крайне негативно влиять на восприятие врача пациентом. К числу наиболее распространённых в обществе предрассудков о НССП относится представление, о том, что основной целью повреждения является привлечение внимания за счёт «имитации суицида». Старайтесь избегать подобных предположений, часто воспринимаемых пациентами как обвинение в «обмане» окружающих. Другой крайностью является бездоказательное предположение о наличии у пациента желания покончить жизнь самоубийством. Это усиливает у пациентов тревогу, что их направят в «закрытую

больницу» и отрезает путь к выяснению истинных причин самоповреждения. Схожие трудности вызывает предубеждение, что НССП – симптом тяжёлого психического расстройства.

Как и в случае с суицидом нередко существует опасение, что само поднятие этой темы может «подтолкнуть», спровоцировать соответствующее поведение. Данный предрассудок не подтверждается реальной практикой и многочисленными исследованиями. Как правило, возможность говорить о тяге к самоповреждению (суицидальному или нет) приводит хотя бы к кратковременному облегчению состояния.

Приведённая в конце методических рекомендаций сводная таблица обобщает данные о дифференциальной диагностике между суицидальными и несуйцидальными формами самоповреждений и помогает клиницисту сфокусировать внимание во время беседы на основных различиях между ними.

В случае если врач приходит к заключению, что пациент отвечает критериям среднего и тяжёлого течения НССП или выявляет суицидальные тенденции даже при подпороговом и лёгком течении НССП стоит рекомендовать пациенту обратиться за специализированной помощью для уточнения диагноза. В этом случае недопустима дача общих рекомендаций («найти хорошего психотерапевта», «проконсультироваться в больнице»). Для подобных случаев врач должен иметь контакты психиатрического центра, занимающегося оказанием помощи лицам с самоповреждающим поведением и владеть информацией о территориальном расположении центра и графике его работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важная задача раннего выявления лиц с неблагоприятным течением НССП невыполнима только силами службы психиатрической помощи, и требует участия врачей общей медицинской практики. Осведомлённость таких врачей позволит им проводить первичную оценку тяжести течения НССП, а также дифференцировать суицидальные и несуйцидальные формы самоповреждающего поведения.

В настоящих методических рекомендациях были рассмотрены наиболее характерные черты НССП, коморбидные расстройства, представлены эпидемиологические данные, современные представления факторах риска, подробно описаны критерии диагностики, даны базовые рекомендации по ведению клинического интервью с пациентами с НССП.

В приложении представлены материалы, облегчающие выявление и оценку тяжести НССП, основы дифференциальной диагностики суицидального и несуйцидального варианта самоповреждающего поведения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ТЯЖЕСТЬ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

(заполняется врачом)

Имя: _____ Возраст: _____

Пол: Муж Жен Дата: _____

Инструкция:

Этот заполняемый врачом инструмент предназначен для выявления наличия и оценки тяжести несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП). Основываясь на всей имеющейся у Вас информации о пациенте, а также используя собственное клиническое впечатление, пожалуйста, отметьте колонку, описание которой соответствует состоянию пациента за последний год.

Оцените тяжесть несуйцидального самоповреждающего поведения у данного пациента

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Нет | Подпороговая | Лёгкая | Средняя | Тяжёлая |
| Нет НССП или самоповреждения совершались реже чем 3 дня за прошедший год И нет намерения наносить самоповреждения снова. | НССП совершались в 2-4 днях ИЛИ в 5 и более, но при условии, что нет намерения повторять самоповреждения вновь. | НССП отмечалось в 5-7 днях за прошедший год, использовался только один метод и не потребовалось хирургического лечения (за исключением косметических вмешательств). | НССП возникли в 8-11 днях за прошедший год, использовался только один метод и не потребовалось хирургического лечения (за исключением косметических вмешательств) ИЛИ НССП совершались в 5-7 днях, при этом использовалось более одного метода. | По меньшей мере 1 из самоповреждений потребовало хирургического лечения (за исключением косметических вмешательств) ИЛИ НССП отмечалось в 12 и более днях с использованием единственного метода ИЛИ НССП отмечались в 8 и более днях при использовании более чем одного метода. |

Различия между НССП и суицидальным поведением

| Характеристики | НССП | Суицидальное поведение |
|-----------------------------------|---|---|
| Цель | Уменьшить эмоциональную боль; Почувствовать облегчение | Положить конец невыносимой боли; Умереть. |
| Используемый метод | Не относится к высоколетальным или не рассматривается человеком с этой точки зрения: неглубокие порезы, ожоги, введение игл под кожу, вырывание волос, расчёсывание кожи и т.д. | Потенциально летальный или рассматриваемый человеком в качестве такового. |
| Частота | Часто (ежедневно, еженедельно, ежемесячно, имеют свойство повторяться) | Единичные или редкие случаи. |
| Разнообразие применяемых способов | Множество различных способов | Один конкретный метод, который чаще всего повторяется в случае незавершенного суицида |
| Летальность | Низкая | Высокая |

ЛИТЕРАТУРА

- Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(3):273–303. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;55(4):337–48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Prinstein MJ. Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(1):1–8. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.1>
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(7):617. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ de, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberateself-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(6):667–77. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Ougrin D. Commentary: Self-harm: a global health priority - reflections on Brunner et al. (2014). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(4):349–51. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12232>
- Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(8):957–79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
- Hankin BL, Abela JRZ. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Research*. 2011;186(1):65–70 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Jantzer V, Haffner J, Parzer P, Resch F, Kaess M. Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany. *BMC Public Health*. 2015;15(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1940-x>

10. Jiang Y, You J, Hou Y, Du C, Lin M-P, Zheng X, et al. Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *Journal of Adolescence*. 2016;53:107–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.09.005>
11. Польская Н.А. Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения. *Клиническая и специальная психология*. 2012;2:40-52. [Pol'skaya NA. The role of social factors in the development of self-injurious behavior. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2012;2:40-52. (In Russ.)]
12. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте. *Психологическая наука и образование*. 2013;1:39-49. [Pol'skaya NA. Relationship of indicators of school bullying and self-injurious behavior in adolescence. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie*. 2013;1:39-49. (In Russ.)]
13. Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Non-Suicidal Self-Injury in Trans People: Associations with Psychological Symptoms, Victimization, Interpersonal Functioning, and Perceived Social Support. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(1):168–79. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12711>
14. Arcelus J, Claes L, Witcomb GL, Marshall E, Bouman WP. Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(3):402–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
15. Taliaferro LA, McMorris BJ, Rider GN, Eisenberg ME. Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. *Archives of Suicide Research*. 2018; <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
16. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Самоповреждающее и суицидное поведение у женщин с пограничной повреждающей психической организацией и пограничным личностным расстройством. *Медицина и образование в Сибири*. 2012;3:10. [Korolenko TsP, Shpiks TA. Self-damaging and suicidal behaviour at women with borderline damaging mental organization and borderline personality disorder. *Meditssinai obrazovanie v Sibiri*. 2012;3:10. (In Russ.)]
17. Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичников С.В. К вопросу о дискриминативности диагностических критериев пограничного личностного расстройства. *Медицина и образование в Сибири*. 2012;5:14. [Lasovskaya TYu, Korolenko TsP, Yaichnikov SV. Discriminatory power of diagnostic criteria of borderline personality disorder. *Meditssina i obrazovanie v Sibiri*. 2012;5:14. (In Russ.)]
18. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(5):885–90. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.885>
19. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA. 1997
20. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(3):541–6. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.54>
21. Blosnich J, Bossarte R. Drivers of Disparity: Differences in Socially Based Risk Factors of Self-injurious and Suicidal Behaviors Among Sexual Minority College Students. *Journal of American College Health*. 2012;60(2):141–9. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2011.623332>
22. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2015;28(1):58–69. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1073143>
23. DeCamp W, Bakken NW. Self-injury, suicide ideation, and sexual orientation: differences in causes and correlates among high school students. *Journal of Injury and Violence Research*. 2016; 8(1):15-24. <http://dx.doi.org/10.5249/jivr.v8i1.545>
24. Jackman K, Honig J, Bockting W. Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(23-24):3438–53. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13236>
25. Williams M. Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain. London: PenguinBooks, 2001
26. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;44(8):601–7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
27. Slade K, Edelman R, Worrall M, Bray D. Applying the Cry of Pain Model as a predictor of deliberate self-harm in an early-stage adult male prison population. *Legal and Criminological Psychology*. 2012;19(1):131–46. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8333.2012.02065.x>