

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатр Департамента
здравоохранения города Москвы,
профессор., д.м.н.


_____ Г.П. Костюк

« » _____ 2023 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 3





« 09 АВГУСТА » _____ 2023 г.

КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ
ЛИЦ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ
ПОВЕДЕНИЕМ В РАМКАХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ

Методические рекомендации № 31

Москва, 2023

УДК 616.89

ББК 56.14

К78

Организация-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители:

Святская Екатерина Андреевна, младший научный сотрудник кризисного суицидологического отдела ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»

Зинчук Михаил Сергеевич, кандидат медицинских наук, заведующий кризисным (суицидологическим) отделом ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»

Акжигитов Ренат Гаясович, кандидат медицинских наук, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»

Рецензенты:

А.С. Аведисова – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

А.Я. Басова – к.м.н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Краткосрочная психотерапия несуйцидальных самоповреждений для лиц с непсихотическими психическими расстройствами: методические рекомендации / Сост. Е.А. Святская, М.С. Зинчук, Р.Г. Акжигитов — М.: ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2023-23 с.

В настоящих методических рекомендациях представлена информация о распространенности, моделях развития и методах психотерапевтической коррекции несуйцидального самоповреждающего поведения, подробно описаны виды психотерапевтических методик и структура психотерапевтических сессий. Рекомендации предназначены для специалистов в области психического здоровья, материал может быть использован для постдипломной подготовки врачей-психиатров, а также при обучении ординаторов и студентов 5 и 6 курсов медицинских ВУЗов.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Неблагоприятные варианты течения непсихотических психических расстройств: факторы риска, механизмы формирования, подходы к превенции и коррекции.

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.

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2023

© ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ, 2023

©Коллектив авторов, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки	4
Определения	5
Перечень обозначений и сокращений	6
Введение	7
Актуальные модели развития НССП	9
Факторы уязвимости и резилентности в развитии НССП	11
Основные подходы к терапии НССП	12
Структура психотерапевтических интервенций для лиц с НССП	16
Заключение	20
Список литературы	21

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

Конституция Российской Федерации;

Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 декабря 2020 г. № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;

Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2 ноября 2009 г. № 1400 «Об организации оказания и учета стационарной медицинской помощи иногородним, а также иностранным гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы»;

Поручение главного внештатного специалиста психиатра Г.П. Костюка от 30 мая 2019 г. № 03-02-3694/19 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Комплаентность - степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача.

Ментализация – процесс придания материальной формы или физического выражения абстрактным или психическим понятиям, то есть способность превратить мысли, идеи или эмоции в конкретные объекты или явления.

Несуицидальное самоповреждающее поведение – преднамеренное, повреждение тканей своего тела без суицидальных намерений и в целях, не обусловленных культуральными или социальными мотивами.

Отрицательное подкрепление – усиление поведения, происходящее за счет исчезновения некоторого неприятного стимула или события; происходит при наличии стимулов, действие которых субъект хочет ослабить или прекратить, изменив поведение.

Положительное подкрепление – усиление поведения (подкрепление), происходящее за счет возникновения некоторого стимула или события; как правило, можно интерпретировать как стимулы, которые субъект хочет усилить или продлить своим поведением.

Психообразование – процесс обучения пациента с психическим (физическим) расстройством и членов его семьи, целью которого является знакомство последних с природой болезни, её этиологией, последствиями, прогнозом и методами лечения.

Стратегия совладания – психические процессы и поведение, направленные на преодоление и переживание стрессовых (кризисных) ситуаций, особенно психосоциального характера.

Психотерапевтическая мишень – проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия.

ПЕРЕЧЕНЬ ОБОЗНАЧЕНИЙ И СОКРАЩЕНИЙ

БАР – биполярное аффективное расстройство

БДР – большое депрессивное расстройство

ГГНС – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система

ДПТ – диалектическая поведенческая терапия

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

МБТ – терапия основанная на ментализации

НССП – несуицидальное самоповреждающее поведение

ТРП – терапия решения проблем

Введение

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) представляет собой значимую клиническую и социальную проблему. Согласно определению Международного Общества по изучению несуицидального самоповреждения (ISSS), НССП — это преднамеренное, повреждение тканей своего тела без суицидальных намерений и в целях, не обусловленных культуральными или социальными мотивами (1,2). Распространенность НССП увеличивается в последние десятилетия (3) и по данным различных исследований встречается в общей популяции у 22-46,5% (на протяжении жизни) (4,5), в то время как распространенность в клинических выборках достигает 62,2% (6)

Такая высокая распространенность свидетельствует о том, что большинство психиатров и психотерапевтов в своей повседневной практике будут сталкиваться с пациентами, практикующими НССП. При этом даже опытные специалисты в сфере психического здоровья, не имеющие специальных знаний и навыков работы с НССП, испытывают трудности при ведении данного контингента пациентов.

Большинством исследований подтверждается, что дебют НССП чаще всего приходится на подростковый и ранний взрослый возрастные периоды (1,7). Как правило данный феномен является транзиторным, однако в популяции лиц с психическими расстройствами, в особенности в госпитальных когортах, НССП встречается практически во всех возрастных группах.

Проведенные исследования установили ряд факторов риска развития НССП таких как психические расстройства, химические зависимости, сексуальная травма, травля, альтернативная гендерная идентичность и негетеросексуальная ориентация (8–10). Кроме того, существуют убедительные доказательства вовлеченности различных биологических систем в развитие и поддержание НССП. У лиц с НССП были обнаружены изменения в ГГНС и эндогенной опиоидной системе, а также в нейронной обработке эмоциональных стимулов (11,12). Одной из основных «биологических» гипотез, объясняющих процессы, лежащие в основе НССП, является предположение о нарушениях в эндорфинной системе. Это согласуется с описаниями состояний, при которых происходит парадоксальное изменение эмоционального фона в сторону повышения при переживании боли (роженицы, лица, практикующие мазохистические сексуальные или самоистязующие религиозные практики). При этом наибольшее повышение уровня эндорфинов происходит при нарушении целостности тканевых структур, что объясняет, во-первых, преобладание частоты инструментальных методов НССП над не инструментальными, а во-вторых, неэффективность терапевтических подходов вызывания боли, не предполагающих разрушение целостности тканей.

В настоящее время большинством исследователей НССП понимается как неадаптивный способ совладания с эмоциональным напряжением и/или оказания влияния на окружающих. М. К. Нок и М. Дж. Принстейн (2004) разработали принципиально новую модель НССП, используя функциональный подход (фокусируясь на предшествующих и последовательных контекстуальных влияниях), призванный сменить синдромальный клинический (фокусирующийся на признаках и симптомах) подход. Модель К. Нок и М. Дж. Принстейн прагматически ориентирована и фокусируется на целях самоповреждений, а не на гипотетических причинах. В данной модели все функции НССП классифицируются по двум дихотомическим факторам, согласно которым подкрепление для НССП может быть либо (а) положительным (т.е. включает добавление благоприятного стимула), либо отрицательным (т.е. включает удаление аверсивного стимула; а по другой оси (б) автоматическим (т.е. внутриличностным) или социальным. Автоматическое негативное подкрепление происходит, когда человек прибегает к НССП для уменьшения негативных эмоций. Автоматическое положительное подкрепление подразумевает использование НССП для создания желаемого физиологического состояния, например, переживания боли, которая устраняет чувство диссоциации.

При этом установлено, что, несмотря на улучшение состояния непосредственно после нанесения самоповреждения, НССП является предиктором целого спектра неблагоприятных социальных (13) и (14) исходов, включая суицидальное поведение (7). Все это делает актуальным проведение вмешательств, направленных на сокращение частоты, уменьшение травматичности, а в идеальном случае и полном отказе от НССП. В настоящее время не существует доказанного фармакологического подхода к коррекции НССП. Обзоры литературы и клинические руководства рекомендуют психотерапию в качестве основного метода лечения НССП, а использование фармакотерапии для коррекции сопутствующих психических нарушений, таких как симптомы депрессии или тревоги. В настоящее время методами психотерапии с наибольшей доказательной ценностью в отношении НССП являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) и терапия с опорой на ментализацию (ТОМ) (15). При этом большинство исследователей сходятся во мнении, что терапия НССП должна включать такие этапы как: установление лечебной мотивации, психообразование, выявление факторов, вызывающих или поддерживающих НССП, изучение альтернативных поведенческих навыков при НССП и стратегии разрешения конфликтов, а также соблюдение рекомендаций по лечению сопутствующих психических расстройств (16).

Актуальные модели развития НССП

Некоторые из ранних теорий, касающихся НССП, берут свое начало из психоаналитических концепций «влечения к смерти» и «управления агрессивным драйвом». Первая статья, посвященная НССП у лиц с НППР была опубликована Л. Е. Эмерсоном в 1913 году (17), и содержит в себе описания паттернов, которые встречаются у лиц с НССП и в настоящее время. Однако объяснительные гипотезы, предлагавшиеся авторами первой половины XX века, в настоящее время имеют лишь историческое значение. Ниже будут представлены основные актуальные теории развития НССП имеющие значения для понимания «мишеней» предлагаемого нами психотерапевтического вмешательства.

Модель эмоциональной дисрегуляции при НССП

Основной посыл данной концепции состоит в том, что лица с НССП, как правило, имеют низкую толерантность к стрессу и не обладают эффективными адаптивными стратегиями совладания с ним. То есть они одновременно имеют более низкий порог развития восприятия ситуаций как стрессовых и при этом полагаются на дисфункциональные стратегии его преодоления, такие как избегающее и отвлекающее поведение, включающие наряду с НССП еще и употребление алкоголя, наркотиков, и нарушения приема пищи(18,19). Таким образом, регуляция эмоций является центральной проблемой для людей с НССП, влекущей множество неблагоприятных последствий, связанных как непосредственно с реакцией стресса, так и дезадаптирующими еще больше методами совладания (20,21). Дисрегуляция эмоций проявляется в характерных для большинства лиц с НССП перепадах настроения, интенсивных и несоразмерных ситуации импульсивных эмоциональных реакциях. Дж. Уитлок и др. (2011) сообщают, что 81% респондентов с НССП наносят повреждения с целью регуляции эмоций (22). Исследование К. Брезин (2014) также продемонстрировало, что люди с НССП испытывают более интенсивные негативные эмоции, более низкий уровень позитивного аффекта, большую лабильность эмоций и часто испытывают одновременно множество различных негативных эмоций (например, гнев, печаль, беспокойство) (23).

Модель избегания переживаний при НССП

Модель избегания переживаний, разработанная А. Чапманом, К. Гратц и М. Брауном (24) основана на предположении, что НССП является негативно подкрепленной стратегией, направленной на уменьшение или прекращение нежелательного эмоционального возбуждения

(например, гнева или тревоги). Модель описывает, как негативный стимул вызывает нежелательную (авersive) эмоциональную реакцию, что, в свою очередь, вызывает у человека желание устранить эту эмоцию. Не имея более совершенных навыков и более адаптивных стратегий совладания со стрессом, человек прибегает к НСП.

Факторы уязвимости и резилентности в развитии НССП

Пренебрежение, плохое обращение и сексуальное насилие в детстве являются факторами риска для развития НССП, поскольку они часто формируют негативное отношение к самому себе (25). Так, в репрезентативной выборке населения Германии, 70% лиц с НССП сообщали о пережитом насилии в детстве (7). Кроме того, многие из симптомов детской травмы (например, подавленность, тревога, гнев, отвращение, чувство вины, стыд, и диссоциация) часто предшествуют развитию НССП у взрослых (26).

Низкая самооценка, ненависть к себе, негативное представление о своих способностях, и высокая общая самокритичность являются психологическими характеристиками, предрасполагающими к НССП (27). «Я делаю это, чтобы наказать себя» или «Я делаю это потому, что я этого заслуживаю» - относятся к числу наиболее распространенных объяснений мотивов для нанесения самоповреждений (28). При этом для лиц с НССП характерен «порочный круг», состоящий в том, что сразу после самоповреждения испытывается не только облегчение, но также стыд и вина, связанная со «срывом» и «возвращением к повреждениям» (28).

В последнее десятилетие в числе факторов риска выделяют также расстройства привязанности и снижение способности к ментализации. Было установлено, что дети, пережившие пренебрежение и насилие, имеют нарушенную способность развивать привязанность, подвержены повышенному риску развития психопатологии в целом и НССП в частности. По данным исследований амбивалентная и дезорганизованная привязанность, которая проявляется как "противоречивая склонность к сближению и бегству от родителя", часто встречается среди лиц с НССП (29). Ранний опыт привязанности формирует основу внутренних моделей, которые оказывают значительное влияние на личные отношения на протяжении всей жизни, а дефицит данных компетенций лишает возможности формирования поддерживающих как партнерских, так и дружеских отношений. Последнее дополнительно усложняет «проживание» стрессовых ситуаций и заставляет полагаться на несоциальные стратегии преодоления стресса, в числе которых и НССП.

Основные подходы к терапии НССП

Обзоры и клинические руководства рекомендуют психотерапию в качестве основного метода терапии НССП (30,31). При наличии нескольких подходов, продемонстрировавших свою эффективность, у экспертов нет единого мнения о том, какая именно форма психотерапии предпочтительна. Это частично определяется гетерогенностью группы лиц, практикующих НССП, в которой встречаются как лица с выраженными психическими нарушениями, так и вполне благополучные молодые люди, которые прибегают к НССП в редких случаях «тяжелых» ситуаций. Это ставит под сомнение саму возможность выработки универсального терапевтического подхода для клинической популяции, практикующих НССП.

Во многом суть психотерапевтического воздействия и его «мишеней» определяется базовой теорией, лежащей в основе психотерапевтической модальности, например, дисрегуляция эмоций (20), интерперсональные проблемы и проблемы дефицита ментализации (32), диффузная идентичность и диссоциация(33). Кроме того, эффективность различных форм психотерапии зависит не только от тяжести течения НССП, но и от того насколько пациент мотивирован на терапию, а также от актуальных личных ресурсов пациента, то есть от того на каком жизненном этапе он включается в психотерапевтическую работу.

В систематическом обзоре психологических и фармакологических подходов к лечению НССП, Б. Дж. Тернер (2014) пришел к выводу, что структурированные психотерапевтические подходы, которые фокусируются на совместной терапии, и которые непосредственно направлены на НССП, представляются наиболее эффективными в терапии НССП (30). Структура и предсказуемость являются ключевыми в терапии НССП, потому что пациент, который практикует самоповреждения, часто импульсивен и имеет тенденции к саморазрушению. В случае если терапия фокусируется на причинах сменяющих друг друга кризисов пациента (характерная черта многих пациентов с НССП), то это может нарушить целенаправленный процесс лечения. Поэтому именно при НССП особенно важно, чтобы терапевт и пациент вместе разработали формулировку случая и сохраняли четкую направленность лечения, чтобы усилия по оказанию помощи пациенту в прекращении самоповреждающего поведения не уходили на задний план, а оставались основной целью терапии на протяжении всего курса.

В Кокрейновском обзоре психотерапевтических вмешательств при самоповреждении у взрослых, включающем как несуйцидальное, так и суйцидальное самоповреждение, К. Хоутон и соавт. (2016) (34) обнаружили, что КПТ приводит к уменьшению частоты НССП, а ДПТ эффективна для лиц с многочисленными эпизодами самоповреждений и/или предполагаемым расстройством личности. Обзор показывает, что КПТ имеет преимущество в терапии НССП по

сравнению с классическим лечением, однако качество исследований оценено как низкое, а доказательная база - умеренная.

Ниже будут приведены краткие характеристики наиболее используемых психотерапевтических подходов к НССП.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) была разработана в США в 1990-х годах американским психологом М. Линехан и ее коллегами и предназначена в первую очередь для лечения пациентов с БДР и импульсивным НССП или суицидальным поведением.

ДПТ использует элементы когнитивной, психодинамической, гуманистическо-экзистенциальной и эмпирической психотерапии, но уникальной ее делает специфическая комбинация классической поведенческой терапии, навыков осознанности и диалектической философии. Эти элементы используются как систематически, так и прагматически и такое сочетание делает ДПТ во многих отношениях нетрадиционным подходом к терапии.

Многие пациенты с дисрегуляцией эмоций склонны к черно-белому мышлению, которому противостоит диалектический подход. Суть заключается в том, чтобы заменить мышление по принципу "или-или" на мышление по принципу "и-или", которое допускает, что две противоположные позиции могут быть истинными одновременно. Человек может быть одновременно красивым и уродливым, хорошим и плохим, счастливым и печальным, правильным и неправильным; жизнь может быть, как болезненной, так и радостной; а поведение может быть, как деструктивным, так и конструктивным. Аналогичным образом, многие пациенты, наносящие себе самоповреждения и склонные к суицидальному поведению, испытывают одновременное желание жить и умереть.

Терапия с опорой на ментализацию (ТОМ)

Развитие терапии на основе ментализации (mentalization-based therapy - MBT) связано с клиническим и теоретическим вкладом П. Фонаги и Э. Бейтмана. Их подход основывался на психоанализе, нейропсихологии, теории привязанности и изучении ранних взаимодействий матери и младенца (35). Одной из сильных сторон метода является непротиворечивая интеграция различных теоретических и клинических подходов, что обеспечивает прочный научный фундамент.

ТОМ — это психодинамическая форма психотерапии, которая практикуется как в индивидуальном, так и в групповом формате. Основное внимание уделяется межличностным

процессам ("событиями"), которые происходят между пациентом и другими людьми, как во время терапии, так и вне ее. Как правило, в центре внимания находятся эмоциональные переживания, связанные с "событием" (например, спор или непонимание), с целью выявления неудач в ментализации. Усилия направлены на то, чтобы помочь пациентам понять, что у людей могут быть разные модели мира, которые руководят их действиями. Развитие более глубокой оценки и понимание собственного и чужого восприятия той или иной ситуации помогает пациентам ментализировать события. Таким образом, улучшение способности к ментализации подразумевает как улучшение самопонимания пациента (понимание источника своих чувств и мыслей), так и возможности строить гибкие гипотезы об истоках поведения и чувств других людей.

В отличие от ДПТ, ТОМ фокусируется не на самом НССП, а на лежащих в его основе психических процессах. Обоснование заключается в том, что улучшение способности к ментализации уменьшит уязвимость человека и, следовательно, его потребность в НССП или других формах саморазрушительного поведения. Улучшенная, более устойчивая способность к ментализации также положительно скажется на межличностных отношениях, которые, в свою очередь, уменьшив количество конфликтов, помогает пациенту развивать более прочные и взаимовыгодные отношения.

Терапия решения проблем (ТРП)

ТРП была одним из первых методов терапии НССП, эффективность которого была подтверждена исследованиями. М. К. Нок и В. Б. Мендес (2008) (36) обнаружили, что люди, наносящие себе самоповреждения, менее способны находить адаптивные решения в проблемных ситуациях, так как они обладают более низкой самооценкой и способностью принимать эффективные решения, чем те, кто не наносит себе самоповреждения. Исследование показало, что их способность генерировать адаптивные решения значительно снижается в подавленном состоянии. ТРП — это форма краткосрочной КПТ, которая используется в рамках целого ряда различных заболеваний и, как было показано, уменьшает выраженность суицидального поведения (37).

В рамках ТРП НССП рассматривается как метод избегания, а терапия направлена на развитие более безопасных и эффективных навыков решения проблем, дающих пациентам возможность генерировать адаптивные решения и таким образом уменьшить их потребность в НССП при столкновении с проблемами. ТРП может проводиться на индивидуальной или групповой основе и следует структурированному семиэтапному курсу:

1. Выработка позитивного и конструктивного подхода к проблемам ("вызовам").

2. Распознавание и идентификация проблемы (чувствование своих эмоций, физических реакций, мысли и поведение).
3. Выбор и определение проблемы для решения. (что такое проблема, и почему эта проблема является проблемой? Когда и где возникает проблема?)
4. Генерирование решений (мозговой штурм - поиск как можно большего количества решений).
5. Принятие решения (плюсы и минусы различных решений проблемы).
6. Разработка и реализация плана действий SMART.
7. Оценка процесса. (Что прошло хорошо, что было менее успешным? Проблема все еще существует? Если да, начните сначала).

Когнитивно-поведенческая терапия

При всех достоинствах вышеописанных методов их доступность в настоящее время остается низкой из-за малого количества специалистов, подготовленных к их использованию. Подготовка в некоторых из модальностей предполагает многолетний тренинг. В этой связи наиболее доступным представляется повышение квалификации специалистов в сфере психического здоровья путем освоения ими основ КПТ и протоколов ведения конкретных патологий.

В основе теоретической модели когнитивно-поведенческих интервенций лежит идея о том, что НССП напрямую связано с суицидальными мыслями и дефицитом поведенческих навыков. Таким образом, работая с суицидальными мыслями, развивая навыки решения проблем и повышая самооценку можно снизить частоту рецидивов НССП. Основным преимуществом когнитивно-поведенческой терапии в работе с самоповреждающим поведением является высокий уровень доказательности, подтвержденный клиническими исследованиями (16, 18, 34), и возможность применения краткосрочного психотерапевтического вмешательства, что делает данный подход применимым в повседневной клинической практике.

Структура психотерапевтических интервенций для лиц с НССП

В первичную структуру терапии входят 10 модулей и 10 психотерапевтических сессий, направленных на психообразование и повышение комплаентности к терапии.

Сессия 1-3

Цели:

- Дать общее представление о КПТ терапии
- Провести психообразование, посвященное причинам и функциям НССП
- Добиться совместного понимания функции самоповреждения, хронологии несуицидального самоповреждения и суицидального поведения
- Приступить к оценке риска и начать планирование безопасности

Сессия 4-6

Цели:

- Пересмотреть оценку рисков и планирование безопасности.
- Выявить сильные стороны пациента
- Определить конкретные проблемы и цели терапии и ввести понятие ценностей.
- Познакомить пациента с альтернативами самоповреждению

Сессия 7-10

Цели:

- Создание мотивации к изменениям
- Размышления об отношениях в жизни пациента

Модуль 1.

Этот модуль посвящен психообразованию в отношении самоповреждения, обсуждению с пациентом того, что самоповреждение является распространенным явлением и что эта тема достаточно хорошо изучена. Во время этого занятия следует поделиться с пациентом кратким изложением соответствующих данных из исследований. Психообразование направлено на то, чтобы помочь пациентам почувствовать себя менее изолированными и непохожими на других, а также понять механизмы и функции поведения. Объясните, что в рамках этой терапевтической программы на предстоящих сеансах они научатся различным способам управления возникающими трудными эмоциями и определять мысли, которые способствуют возникновению этих эмоций, а также приобретут навыки улучшения взаимоотношений.

Модуль 2.

Этот модуль продолжает психообразование и начинает выяснять конкретные функции самоповреждения у пациента. Начните с того, что люди обычно делают что-то по какой-то причине, чтобы удовлетворить какую-то потребность. Некоторые из документально подтвержденных причин, по которым молодые люди прибегают к самоповреждению, будут рассмотрены в ближайшее время. Спросите пациента, какие из них относятся непосредственно к нему и какие еще причины он мог бы добавить к этому списку.

Некоторые пациенты самостоятельно называют свои основные причины самоповреждения, в то время как другие поддерживают варианты, предложенные им терапевтом. В любом случае, после этого обсуждения у вас должны быть некоторые подсказки относительно причин, по которым ваш пациент занимается самоповреждением. Следующий шаг - выяснить, когда началось самоповреждение, каковы его причины и частота возникновения. Эта информация собирается перед проведением подробного функционального анализа конкретного случая самоповреждения. Функциональный анализ важен для понимания того, что происходит с пациентом.

Модуль 3.

Целью данного модуля является составление протокола риска. Его следует завести в начале терапии и регулярно к нему возвращаться. Помните, если в какой-то момент терапии вы забеспокоились о безопасности пациента, важно перейти к оценке текущего риска.

Модуль 4.

Этот модуль помогает выявить положительные стороны жизни пациента - его сильные стороны. Из литературы известно, что повторное самоповреждение в подростковом возрасте связано с широким спектром психологических факторов, таких как депрессия, безнадежность, агрессивность. Для этого упражнения попросите пациента подумать о том, что у него хорошо получается. Подтолкните его к размышлениям, которые могут помочь в обсуждении. 'Что ваши друзья могли бы сказать о вас хорошего?' 'Почему вы нравитесь своим друзьям как друг?' 'Говорили ли они, какими качествами вы обладаете, что делает вас хорошим другом?' 'Что ваши друзья назвали бы вашими сильными сторонами?' 'Что учителя/семья говорили о вас положительного?' 'Были ли случаи, когда вы чего-то добивались/выигрывали и т.д.?' Цель этого упражнения - найти доказательства различных сильных сторон, чтобы помочь поднять самооценку пациента. Это можно предложить в качестве домашнего задания на следующую неделю, чтобы пациент заметил и записал случаи, когда он сделал что-то позитивное или получил положительную оценку от других.

Модуль 5.

Цель этого модуля - начать строить понимание того, как проявились проблемы и что их поддерживает (формулировка). Позже внимание будет сосредоточено на том, как развивались проблемы и какие убеждения или модели мышления могут стоять за этим, но на данном этапе мы будем исследовать то, что происходит в настоящее время, сосредоточившись на том, что поддерживает самоповреждение и какую функцию оно может выполнять. Это поможет выработать общее мнение, которое укажет наиболее полезный путь вперед. Возможно, вы уже начали строить эту работу в период между сессиями 1 и 2, но это возможность продолжить ее вместе с пациентом.

Модуль 6.

Цель этого модуля - узнать, что важно для пациента (его ценности), и как это может быть связано с полным пониманием текущих трудностей и определением проблем. Модуль исследует, что важно для пациента с точки зрения его ценностей, определяет, в чем заключаются его проблемы, насколько они серьезны, и ставит задачу определить конкретные цели, которых он хочет достичь в терапии.

Модуль 7.

Важно осознать разницу между мыслями, эмоциями и поведением, а также понять, как они взаимосвязаны. Обсудите с пациентом следующий пример: представьте, что вы находитесь дома один (остальные члены семьи вышли на некоторое время) и сидите внизу, когда слышите громкий удар наверху. Проведите пациента по двум возможным сценариям и попросите его подумать о различиях между ними. Объясните пациенту, что и в сценарии 1, и в сценарии 2 ситуация абсолютно одинакова, но эмоции/чувства, испытываемые при этом, различаются в зависимости от того, как интерпретируется шум.

Модуль 8.

Цель этого модуля - дать пациенту возможность рассмотреть альтернативные варианты самоповреждения. Часто они настолько привыкли использовать самоповреждение, когда эмоционально переполнены, и не имеют опыта или воспоминаний об использовании других, более адаптивных стратегий преодоления. Некоторые так и не научились навыкам управления своими сильными эмоциями, другие забыли их. Эта сессия - возможность для них открыть или вновь обрести эти навыки. Ее также следует использовать для обзора текущих домашних заданий, таких как вызов мыслей, техники осознанности и противостояние страхам; для

наверстывания пропущенных или сокращенных сессий; и для напоминания пациенту о том, какие стратегии могут быть использованы в тех или иных ситуациях.

Модуль 9.

Этот модуль направлен на оценку мотивации к изменениям в рамках подготовки к следующему этапу терапии, а также на поиск альтернативных способов справиться с проблемами, кроме самоповреждения или суицидального поведения. Из исследований мы знаем, что взаимодействие между терапевтом и клиентом в полной мере влияет на сопротивление клиента, соответствие и изменение.

Нередко люди, занимающиеся самоповреждением, испытывают чувство стыда или смущения за свой способ преодоления трудностей. Однако пациенту также может быть трудно представить, какой была бы его жизнь без самоповреждений, и он может испытывать амбивалентность или даже отсутствие мотивации отказаться от НССП. Есть много причин, по которым они могут быть не в состоянии или не готовы измениться. Тем не менее, тот факт, что они начинают участвовать в этой программе, подразумевает, что хотя бы небольшая часть их самих (или кого-то, кто заботится о них) задумывается о переменах.

Модуль 10.

Целью этого модуля является получение представления о поддержке пациента и определение того, с кем он может поговорить и какие навыки межличностного общения или проблемы у него могут быть.

Из литературы ясно, что существует множество факторов риска и поддержания самоповреждения, в частности, семейные факторы, такие как трудности в отношениях между родителями и детьми, воспринимаемый низкий уровень родительской заботы и плохое общение, семейная история самоповреждений, психические заболевания родителей и злоупотребление психоактивными веществами. Многие случаи самоповреждения вызваны ссорой с одним из родителей, обычно с матерью. Другими поддерживающими факторами самоповреждения являются психологические факторы, например, депрессия, которая усугубляется негативной самоконцепцией. В этом модуле рассматриваются сильные стороны молодого человека после расшифровки информации о ключевых отношениях в его жизни.

Начните с того, что скажите пациенту, что сейчас он будет больше думать о людях в своей жизни и о том, как они могут влиять на его самоповреждения и эмоции. Выделите пример из дневника, когда они рассказывали о своей семье или друзьях, и скажите, что сейчас самое время составить схему расположения различных людей с точки зрения их важности (по их собственному мнению), поддержки и удаленности от центра (их самих).

Заключение

Несуицидальные самоповреждения являются серьезной и актуальной проблемой психического здоровья, которая требует квалифицированной и комплексной помощи. Методы психотерапии, включая когнитивно-поведенческую терапию, диалектическую терапию, психодинамическую терапию и многие другие, являются эффективным вариантом терапии, особенно, в сочетании с психофармакотерапией основного расстройства. Кроме того, важно отметить, что успешное лечение несуйцидальных самоповреждений может оказаться длительным процессом, требующим постоянной поддержки со стороны специалистов и близких пациента.

Список литературы

1. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2023 May 15]; 59(11):565–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371405901101>
2. What is self-injury? | ISSS [Internet]. [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.itriples.org/what-is-nssi>
3. Swannell S V., 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 Life Threat Behav* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 8]; 44(3):273–303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24422986/>
4. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Nov 8 [cited 2023 May 15];8 (NOV). Available from: </pmc/articles/PMC5682335/>
5. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 Aug 10 [cited 2023 May 15];13. Available from: </pmc/articles/PMC9399519/>
6. Wang L, Liu J, Yang Y, Zou H. Prevalence and risk factors for non-suicidal self-injury among patients with depression or bipolar disorder in China. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec 4;21(1):389.
7. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 May 15];19(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28315191/>
8. Zinchuk MS, Avedisova AS, Guekht AB. [Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 8]; 119(3):108–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31089105/>
9. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2023 Jun 8]; 42:156–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26416295/>
10. Lenkiewicz K, Racicka E, Bryńska A. Self-injury - placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 8]; 51(2):323–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28581540/>
11. Westlund Schreiner M, Klimes-Dougan B, Begnel ED, Cullen KR. Conceptualizing the neurobiology of non-suicidal self-injury from the perspective of the Research Domain Criteria Project. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 May 15]; 57:381. Available from: </pmc/articles/PMC5549671/>
12. Franklin JC, Aaron R V., Arthur MS, Shorkey SP, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: the role of emotion dysregulation. *Compr Psychiatry*. 2012 Aug 1;53(6):691–700.

13. Cornet PA, Niemeijer AS, Figaroa GD, van Daalen MA, Broersma TW, van Baar ME, et al. Clinical outcome of patients with self-inflicted burns. *Burns* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Jun 9]; 43(4):789–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28065425/>
14. Hird K, Hasking P, Boyes M. Relationships between Outcome Expectancies and Non-Suicidal Self-Injury: Moderating Roles of Emotion Regulation Difficulties and Self-Efficacy to Resist Self-Injury. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 9]; 26(4):1688–701. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34636716/>
15. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014 Nov 1; 59(11):576–85.
16. Fischer G, Brunner R, Parzer P, Resch F, Kaess M. Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: A randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2013 Sep 13 [cited 2023 May 15]; 14(1):1–7. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-14-294>
17. Emerson LE. The Case of Miss A: A Preliminary Report of a Psychoanalytic Study and Treatment of a Case of Self-Mutilation. *Psychoanalytic Review*. 1913; 1:41–54.
18. Sim L, Adrian M, Zeman J, Cassano M, Friedrich WN. Adolescent Deliberate Self-Harm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate. *Journal of Research on Adolescence* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2023 May 15]; 19(1):75–91. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-7795.2009.00582.x>
19. Thomassin K, Guérin Marion C, Venasse M, Shaffer A. Specific coping strategies moderate the link between emotion expression deficits and nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2017 Apr 13 [cited 2023 May 15];11(1). Available from: [/pmc/articles/PMC5390354/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111115/)
20. You J, Leung F, Lai CM, Fu K. The Associations between Non-suicidal Self-Injury and Borderline Personality Disorder Features among Chinese Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2012 Apr 9 [cited 2023 May 15];26(2):226–37. Available from: [https://doi.org/10.1521/pedi2012262226](https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2012.26.2.226) [Internet]. 2012 Apr 9 [cited 2023 May 15];26(2):226–37. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2012.26.2.226>
21. Hasking P, Whitlock J, Voon D, Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cogn Emot* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2023 May 15]; 31(8):1543–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27702245/>
22. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, et al. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health* [Internet]. 2011 Nov [cited 2023 May 15]; 59(8):691–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950249/>
23. Bresin K. Five indices of emotion regulation in participants with a history of nonsuicidal self-injury: a daily diary study. *Behav Ther* [Internet]. 2014 [cited 2023 May 15]; 45(1):56–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24411115/>
24. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy* [Internet]. 2006 [cited 2023 May 15];

- 44(3):371–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16446150/>
25. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2012 Jul [cited 2023 May 15]; 36(7–8):572–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22858062/>
 26. Smith NB, Kouros CD, Meuret AE. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2014 Jan [cited 2023 May 15]; 15(1):41–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23878145/>
 27. Forrester RL, Slater H, Jomar K, Mitzman S, Taylor PJ. Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 Oct 15 [cited 2023 May 15]; 221:172–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28647667/>
 28. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009 Sep 30; 31(3):215–9.
 29. Woo J, Wrath AJ, Adams GC. The Relationship Between Attachment and Self-Injurious Behaviors in the Child and Adolescent Population: A Systematic Review of the Literature. <https://doi.org/10.1080/1381111820201804024> [Internet]. 2020 [cited 2023 May 15];26(2):406–27. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2020.1804024>
 30. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2023 May 15];59(11):576–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25565473/>
 31. Overview | Self-harm: assessment, management and preventing recurrence | Guidance | NICE [Internet]. [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
 32. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment of BPD. <https://doi.org/10.1521/pedi1813632772> [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2023 May 15]; 18(1):36–51. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
 33. Ford JD, Gómez JM. The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: a review. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2015 May 27 [cited 2023 May 15]; 16(3):232–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25758363/>
 34. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2023 May 16]; 3(8):740–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422028/>
 35. Fonagy P, Roth A, Higgitt A. Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin* [Internet]. 2005 Dec [cited 2023 May 16]; 69(1):1–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15899755/>
 36. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2008 Feb [cited 2023

May 16]; 76(1):28–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18229980/>

37. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med* [Internet]. 2001 [cited 2023 May 16]; 31(6):979–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11513383/>