

ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ САМОПОРЕЗЫ С СУИЦИДАЛЬНОЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.Г. Скрыбин, П.Б. Зотов, М.А. Аксельров, И.А. Трошина, Л.И. Рейхерт, Ю.А. Петрова, А.Г. Бухна

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

INTENTIONAL SUICIDAL AND NON-SUICIDAL SELF-CUTTING IN CLINICAL PRACTICE

E.G. Skryabin, P.B. Zotov, M.A. Akselrov, I.A. Troshina, L.I. Reikhert, Yu.A. Petrova, A.G. Buhna

Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Tyumen industrial University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

Скрыбин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: Россия, 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Россия, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Аксельров Михаил Александрович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Место работы и должность: заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; заведующий детским хирургическим отделением №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. Электронный адрес: akselrov@mail.ru

Трошина Ирина Александровна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 744365; ORCID iD 0000-0002-7772-8302; Scopus AuthorID: 23981629100). Место работы и должность: профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (982) 906-65-39, электронный адрес: iritro@inbox.ru

Рейхерт Людмила Ивановна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1703-2302; ORCID iD: 0000-0003-4313-0836; Scopus AuthorID: 6507192699). Место работы и должность: профессор кафедры неврологии с курсом нейрохирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (3452) 28-74-47, электронный адрес: lir0806@gmail.com

Петрова Юлианна Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9112-2725; ORCID iD: 0000-0002-7380-091X; Scopus AuthorID: 57194203657). Место работы и должность: доцент кафедры физического воспитания ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, 38. Телефон: +7 (919) 938-90-89, электронный адрес: pimtmn@mail.ru

Бухна Андрей Георгиевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии и педагогики с курсом психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (912) 398-14-27, электронный адрес: Buhna_Andrey@mail.ru

Information about the authors:

Skryabin Evgeny Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Place of work: Professor of the Department of Traumatology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Specialist of traumatological Department of children's hospital of Regional clinical hospital №2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Phone: +7 (3452) 28-70-18, email: skryabineg@mail.ru

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Akselrov Mikhail Alexandrovich – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Place of work: Head of the Department of pediatric surgery, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Head of the children's surgical Department №1 of Regional clinical hospital № 2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Email: akselrov@mail.ru

Troshina Irina Aleksandrovna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 744365; ORCID iD 0000-0002-7772-8302; Scopus AuthorID: 23981629100). Place of work: Professor of the Department of hospital therapy, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Tel.: +7 (982) 906-65-39, email: iritro@inbox.ru

Reikherth Ludmila Ivanovna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1703-2302; ORCID iD: 0000-0003-4313-0836; Scopus AuthorID: 6507192699). Place of work: Professor of the Department of Neurology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (3452) 28-74-47, email: lir0806@gmail.com

Petrova Yulianna Alekseevna – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 9112-2725; ORCID iD: 0000-0002-7380-091X; Scopus AuthorID: 57194203657). Place of work: associate Professor of physical education Department, Tyumen industrial University. Address: Russia, 625000, Tyumen, 38 Volodarsky's, str. Phone: +7 (919) 938-90-89, email: pimtmn@mail.ru

Buhna Andrey Georgievich – MD, PhD (SPIN-code: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Place of work: assistant of the Department of psychology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (912) 398-14-27, email: Buhna_Andrey@mail.ru

Нанесение себе порезов – распространённый в популяции вид травм, значительная часть которых не требует медицинского вмешательства. Однако прямое внешнее повреждение кожи и мягких тканей не всегда носит случайный характер. Порезы собственного тела так же могут быть совершены преднамеренно, в том числе по суицидальным мотивам или без них. Целью настоящего исследования было изучение основных характеристик лиц, совершивших умышленные самопорезы по суицидальным и несуйцидальным мотивам, на основе анализа данных литературы с привлечением собственного клинического опыта. Результаты: В России доля самопорезов в структуре способов самоубийства по отдельным регионам составляет от 0,7 до 8,3%. Среди попыток суицида этот показатель значительно выше – до 54,5% у мужчин и 38,5% – у женщин. Частота порезов среди погибших и совершивших попытки различается как минимум в 10 раз. Среди поступающих в стационар после суицидальной попытки доля самопорезов может достигать 34-44%. Самые высокие показатели распространённости самопорезов связаны с умышленными несуйцидальными повреждениями (НССП), и наиболее часто регистрируются у подростков: в России – около 17%, в европейских странах и США – от 17,1 до 46,5%. Преобладают женщины. Самопорезам свойственно неоднократное повторение, в том числе в течение длительного периода. Чаще совершаются по несуйцидальным мотивам, но их наличие резко увеличивает риск погибнуть от самоубийств в течение последующего года (у подростков – более чем в 30 раз). У обращающихся за медицинской помощью преобладают различной глубины порезы предплечий в области поверхностных вен. Преобладают поражения недоминантной руки (94,5%), чаще (78,6%) множественные. У каждого пятого (19,1%) обнаруживаются рубцы от порезов, нанесённых себе ранее. До 40% порезов делается в скрытом от внешних взглядов местах, и обычно ассоциированы с предыдущим самоповреждением. *Факторы риска* преднамеренных самопорезов во многом схожи с другими формами НССП: женский пол, подростковый или молодой возраст, эмоциональные нарушения, низкая самооценка, тревожность и импульсивность, сексуальное, эмоциональное и физическое насилие, преднамеренные самоповреждения со стороны друзей, неполная семья, умышленное причинение себе вреда в семье, у взрослых – дополнительно – проживание в городе, отсутствие фиксированного места жительства. Алкоголь выявляется лишь у 16-22% пострадавших, но его употребление ассоциируется с более тяжелыми резанными ранами и значительно повышает суицидальный риск. При самопорезах медицинская помощь обычно ограничивается хирургическим компонентом, но хирурги часто не могут оценить суицидальные намерения пациентов, основываясь на характеристиках раны. Поэтому важно, чтобы они инициировали психиатрическую консультацию. В работе с данным контингентом предлагается мультимедийный подход, включающий четыре этапа: 1. Первичная оценка. 2. Психологическое интервью. 3. Хирургическое пособие. 4. Реабилитация. Авторами в качестве иллюстраций приводятся наблюдения из собственной клинической практики. В заключении делается вывод о необходимости повышения уровня подготовки медицинского персонала в области суицидологии и девиантного поведения, а также организации профильных баз регистрации и учёта случаев самоповреждений (регистров).

Ключевые слова: самопорезы, самоповреждения, несуйцидальные самоповреждения, девиантное поведение, суицид, суицидальное поведение, клинические наблюдения самопорезов, Тюмень, Западная Сибирь

Нанесение себе порезов – достаточно распространённый в популяции вид травм, получаемых при реализации бытовой или производственной деятельности, значительная часть которых излечиваются самостоятельно, без каких-либо значимых последствий для пострадавшего, и не требует медицинского вмешательства. Однако прямое внешнее повреждение кожи и мягких тканей тела

Self-inflicted cuts are a fairly common type of injuries in the population that tend to happen as a result of household or industrial activities, a significant part of which would heal on their own, without any significant consequences for the victim, and does not require medical intervention. However, direct external damage to the skin and soft

не всегда носит случайный характер. Порезы собственного тела так же могут быть совершены преднамеренно, в том числе по суицидальным мотивам или без них [1]. Последнее рассматривается в литературе как умышленное несуицидальное самоповреждение [2, 3].

В клинической практике при обращении за медицинской помощью человека с самопорезами выявление преднамеренного характера повреждений имеет важное значение с целью возможного предупреждения повторных аутоагрессивных действий и/или самоубийства.

Целью настоящего исследования было изучение основных характеристик лиц, совершивших умышленные самопорезы по суицидальным и несуицидальным мотивам, на основе анализа данных литературы с привлечением собственного клинического опыта.

Распространённость.

В России доля самопорезов и проникающих ранений в структуре способов самоубийства относительно невелика и по отдельным регионам составляет от 0,7 до 8,3% [4, 5, 6, 7]. Среди попыток суицида этот показатель значительно выше – до 54,5% у мужчин и 38,5% – у женщин [8]. Частота порезов среди погибших и совершивших попытки различается как минимум в 10 раз [9]. Среди поступающих в стационар после суицидальной попытки доля самопорезов может достигать 34-44% [10, 11, 12].

В США частота проникающих ран и повреждений при самоубийстве значительно выше, и согласно данным различных исследований [13, 14, 15, 16] составляет – от 23 до 39%, следуя за показателями применения огнестрельного оружия, направленного против себя.

Самые высокие показатели распространённости самопорезов связаны с умышленными несуицидальными повреждениями (НССП) [17, 18].

НССП регистрируются во всех возрастных группах как среди мужчин, так и женщин, но не с одинаковой частотой в разных странах. В Англии (2013 г.) наибольшая доля самоповреждений отмечена в возрастной группе 40-49 лет (30%) у мужчин и 19-29 лет (28%) у женщин [19]. В Северной Ирландии пик самоповреждений среди мужчин приходится на возраст 20-24 года (809 на 100000), среди женщин – на возраст 15-19 лет (837 на 100000). Риск повторения выше у пациентов в возрастной категории 35-44 лет [20].

Тем не менее, наиболее часто самоповреждения регистрируются у подростков (табл. 1), с началом заболевания в возрасте 10-14 лет [3, 21]. В отдельных европейских государствах распространённость НССП среди учащихся колеблется от 17,1 до 38,6% [22] и даже 46,5% [3]. Наиболее высокие показатели присутствуют в Эстонии, Франции, Германия и Израиле. Низкий уровень отмечен в Венгрии, Ирландии, Италии и др. [22]. У студентов университетов частота НССП может достигать 38,9%, у взрослых колеблется от 4 до 24% [3, 23]. Мета-анализ [17], включающий, сообщения о самоповреждении у 597548 участников из 41 страны показал, что об-

tissues of the body is not always accidental. Cuts to one's own body can also be committed intentionally, both with suicidal reasons and without them [1]. The latter is classified in the literature as deliberate non-suicidal self-injury (NSSI) [2, 3].

In clinical practice, when providing medical help to a person with self-cuts, it is extremely important to identify the deliberate nature of these injuries in order to possibly prevent repeated auto-aggressive actions and / or suicide.

The aim of this research was to study the main characteristics of persons who committed deliberate self-cutting with and without suicidal motives, based on the literature data analysis as well as the involvement of researchers' own clinical experience.

Prevalence.

In Russia, the share of self-cutting and penetrating wounds in the structure of suicide methods is relatively small ranging in some regions from 0.7 to 8.3% [4, 5, 6, 7]. This indicator is much higher when suicide attempts are considered – its share can reach up to 54.5% for men and 38.5% for women [8]. The frequency of cuts among those who died by suicide and just committed an attempt differs by at least 10 times [9]. Among those delivered to the hospital after a suicide attempt, the proportion of self-cuttings can reach 34-44% [10, 11, 12].

In the United States, the prevalence of penetrating wounds and injuries during suicide is significantly higher, and according to various studies [13, 14, 15, 16], it ranges from 23% to 39%, following the rates of use of firearms against oneself.

The highest prevalence rates of self-cuts are associated with intentional non-suicidal injuries (NSSI) [17, 18].

NSSIs are recorded in all age groups and sexes, however the frequency in different countries would vary. In England (2013), the highest proportion of self-harm was registered in the 40-49 years of age group (30%) for men and 19-29 (28%) for women [19]. In Northern Ireland, the peak of self-harm was observed at the age of 20-24 among men (809 per 100,000) and at the age of 15-19 for women (837 per 100,000). The risk of recurrence is higher in patients aged 35-44 years [20].

Still, self-harm is most often registered among adolescents (Table 1), with the onset of the phenomenon at the age of 10-14 [3, 21]. In some European countries, the prevalence of NSSI among students ranges from 17.1 to 38.6% [22] and even 46.5% [3]. The

щая распространённость НССП в течение всей жизни составляет 16,9%. Такие же показатели отмечены и в России [24].

Таблица 1 / Table 1

Распространённость несуицидальных самоповреждений у подростков разных стран, в %
The prevalence of non-suicidal self-harm in adolescents from different countries, %

Страна / Country	%	
	М / Male	Ж / Female
Норвегия / Norway [25]	3,1	10,2
Ирландия / Ireland [26]	4,3	13,9
Венгрии / Hungary [27]	7-17	
Россия / Russia [24]	16,9	
Гонконг / Hong Kong [28]	13,4	19,7
Англия / England [29]	9,1	25,6
Китай / China [30]	23,2	

В структуре самоповреждений ведущее место занимают порезы кожи и мягких тканей (табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

Доля самопорезов в структуре несуицидальных самоповреждений, в %
The share of self-cut in the structure of NSSI, %

Страна / Country	%
США (общая популяция) USA (general population) [31]	20
Австралия / Australia [32]	59,2
Россия / Russia [24]	65
Ирландия / Ireland [26]	66
Англия / England [29, 33]	73,5-89
Норвегия / Norway [25]	74,1
США (в племени белых горных Апачей) USA (white mountain Apache tribes) [34]	98

Пол и возраст.

Среди совершающих самопорезы преобладают лица женского пола (до 80%), подросткового или молодого возраста [35, 36, 37]. Но согласно публикуемым данным, в отдельных странах эти тенденции прослеживаются не всегда. Так, в Ирландии, напротив, преобладают мужчины (соотношение М : Ж – 1 : 0,6) [38]. Подобная ситуация присутствует в Непале [1]. В Южной Корее среди пациентов отделения неотложной помощи с порезами вен, женщины – 63,5%, при среднем возрасте – 34,42 года (мужчины – 50,0 лет) [39]. В России, как и во многих странах мира, порезы доминируют среди преднамеренных самоповреждений [40]. Чаше это так же подростки и молодые люди, преимущественно лица женского пола [24, 41, 42, 43].

Таким образом, в характеристиках половозрастного состава этого контингента могут присутствовать значительные различия. Данные, полученные при анкетном опросе, указывая на высокую распространённость в популяции, не всегда согласуются с медицинской статисти-

highest rates are found in Estonia, France, Germany and Israel. A low level was noted in Hungary, Ireland, Italy, etc. [22]. Among university students, the incidence of NSSI can reach 38.9%, while for adults it varies from 4 to 24% [3, 23]. A meta-analysis [17] that included reports of self-harm in 597,548 participants from 41 countries, showed that the overall lifetime prevalence of NSSI was 16.9%. The same indicators were noted in Russia [24].

In the structure of self-harm, cuts to the skin and soft tissues take the leading role (Table 2).

Gender and age.

Those inflicting self-cuts tend to be predominantly female (up to 80%), adolescents or young people [35, 36, 37]. But according to published data, these trends are not always observed in all countries. For example, in Ireland, unlike the general trend, men would predominate (the ratio M:F - 1:0.6) [38]. It is also true for Nepal [1]. In South Korea, 63.5% of patients in the emergency departments with vein cuts were women, with mean age of 34.42 years (the mean age for men made up 50.0 years) [39]. In Russia, as in many other countries, cuts sit on top of intentional self-harm [40], adolescents and young people, mainly women prevail [24, 41, 42, 43].

Thus, there may be significant differences in the characteristics of the age and sex composition for this contingent. The data obtained from the questionnaires, indicating a high prevalence in the population, do not always agree with medical statistics. This leads to the conclusion that deliberate self-harm is a widespread, but often hidden problem [35].

It can be assumed that, among other factors, these indicators may be influenced by the handling and severity of damage. Studies show that after applying self-cuts, only 6-15% of victims would be seeking medical help [25, 26, 35], but this figure is higher (30.1%) when self-harm is carried out with an intention to die [29]. After committing an auto-aggressive act most people tend to seek advice from friends and acquaintances [32, 44]. Therefore, a significant part of the victims are not presented in the medical reports. As a rule, they are admitted to the hospital with more serious wounds that require surgical treatment including comorbid injuries (more often it would be men who inflict more severe wounds) [39]. This is consistent with the results of K. Hawton et al. [45], who noted that in England during

стикой. Это позволяет сделать вывод о том, что преднамеренное самоповреждение является широко распространённой, но часто скрытой проблемой [35].

Можно предположить, что среди других факторов на эти показатели могут влиять в том числе обращаемость и тяжесть повреждения. Исследования показывают, что после нанесения самопорезов за медицинской помощью обращаются лишь 6-15% пострадавших [25, 26, 35], но этот показатель выше (30,1%), когда самоповреждение осуществляется с желанием умереть [29]. Большинство после совершения аутоагрессивного акта обращаются за консультацией к друзьям и знакомым [32, 44]. Поэтому значительная часть пострадавших не попадает в медицинские отчёты. В стационар поступают, как правило, с ранами, требующими хирургической обработки и/или более серьёзными, в том числе сочетанными повреждениями (чаще более тяжелые раны наносят мужчины) [39]. Это согласуется с результатами К. Навтон и соавт. [45], отметивших, что в Англии в период 1976-1998 гг. среди лиц, совершивших самопорезы, в больницах общего профиля преобладали мужчины, холостые, не работающие, и это не совпадает с традиционным взглядом о преобладании женщин.

Повторность самопорезов.

Подозрение или прямые признаки умышленного самоповреждения всегда требуют оценки ситуации на возможность их повторения, а также связи с суицидальным поведением. Это должно обязательно учитываться при определении индивидуальной тактики ведения пациента. Исследования свидетельствуют о том, что большинство НССП имеют склонность к неоднократному повторению, регистрируясь с частотой от 5,7 [46] до 28% [47, 48]. При этом совокупные риски повтора наиболее высоки в первый год [49], нередко выше в первые 3 месяца [50], а при неразрешении ситуации могут сохраняться в течение нескольких лет: во второй год – 7,8%, в четвертый – 9,5% [46].

Самопорезы занимают лидирующее положение среди всех способов НССП по риску повторных ранений [51]. Он выше (1,38) при нанесении незначительных ран, и несколько ниже при тяжелых – 1,25 [52]. Риск повторного повреждения значительно возрастает по мере увеличения числа предыдущих эпизодов самопорезов [51].

Самопорезы и суицидальное поведение.

Важным клиническим фактом является то, что даже в случае доказанного отсутствия суицидальных идей при текущем повреждении, сам факт нанесения раны значительно повышает риск погибнуть от суицида в будущем [29, 53]. При этом самопорезы как метод самоповреждения несёт в себе бóльший риск самоубийства (и повторения), чем другие способы НССП, в том числе самоотравление [47]. По мере увеличения частоты самоповреждений возрастает и суицидальный риск [29]. У подростков, совершивших умышленное самоповреждение, риск погибнуть от самоубийств в течение последующего года

1976-1998 among those who committed self-cuts and were admitted to general hospitals, there were predominately men, unmarried and unemployed, and this does not go along with the traditional view of the predominance of women.

Repeated self-cuts

Suspicion or direct signs of deliberate self-harm always require an assessment of the situation for the possibility of its recurrence, as well as in connection with suicidal behavior. This must be taken into account when determining the individual tactics of patient management. Studies show that the majority of NSSIs have a tendency to be repeated, registering with a frequency from 5.7 [46] to 28% [47, 48]. At the same time, the cumulative risks of recurrence are highest in the first year [49], often higher in the first 3 months [50], and if the situation is not resolved, the risk can persist for several years reaching 7.8% in the second year and 9.5% in the fourth year [46].

Self-cuts stay on top of all other NSSI methods in terms of the risk of repeated infliction [51]. It is higher (1.38) when minor wounds are inflicted, and slightly lower (1.25) for severe wounds [52]. The risk of re-damage increases significantly as the number of previous episodes of self-cuts increases [51].

Self-cutting and suicidal behavior.

An important clinical fact is that even in the case of a proven absence of suicidal ideation in the current injury, the very fact of self-inflicted injuries significantly increases the risk of dying from suicide in the future [29, 53]. At the same time, self-cuts as a method of self-harm carries a greater risk of suicide (and its repetition) than other methods of NSSI, including self-poisoning [47]. As the frequency of self-harm increases, the risk of suicide increases as well [29]. For adolescents who have committed deliberate self-harm the risk of dying from suicide over the next year is more than 30 times higher than the expected mortality rate in the general population [54]. In Taiwan, this figure shows about 75-fold increase, standardized for age and sex [46]. Some authors mention 400-fold increase in risks for certain contingents [55]. And these risks persist for a rather long period: within 9 years following the injury; about 7% of those who committed NSSI die from self-murder [46].

The close relationship between these two phenomena is also supported by the anamnesis data: in a retrospective analysis of suicides, cases of deliberate self-cutting

более чем в 30 раз выше, чем ожидаемая смертность в общей популяции [54]. В Тайвани этот показатель составляет примерно 75-кратное увеличение, стандартизованное по возрасту и полу [46]. Некоторые авторы по отдельным контингентам приводят 400-кратное увеличение рисков [55]. И эти риски сохраняются достаточно длительный период: в течение 9 лет, последующих после повреждения; около 7% лиц, совершивших НССП, погибают от самоубийства [46].

О тесной связи этих двух состояний так же свидетельствуют данные анамнеза: при ретроспективном анализе самоубийств случаи преднамеренного нанесения самопорезов выявляются у 33% погибших женщин и 7% мужчин [56]. При этом реализованный способ суицида не обязательно представляет собой повторение самопорезов, и может отличаться [47].

Во многих случаях самопорезы и суицидальное поведение сосуществуют [57]. Самоповреждение, с одной стороны, может выступать как фактор риска суицида, с другой – может быть его непосредственным предвестником или началом реализуемой попытки. Для более объективного понимания ситуации при общении с каждым пациентом требуется как минимум беседа и целенаправленный опрос со сбором анамнеза. С целью дифференцирования состояний важен анализ мотивов и наличие покушений в прошлом. В недавних исследования [53] было показано, что среди поступающих с умышленными порезами запястья суицидальные намерения присутствуют у каждого пятого (21,3%) пострадавшего.

Мотивы самопорезов и НССП.

Наиболее часто мотивы НССП связаны с регуляцией внутреннего состояния, желанием облегчения от тяжёлых мыслей или чувств, регуляцией эмоций. Среди возможных вариантов – самонаказание, анти-самоубийство, анти-диссоциация [17, 35, 41, 58]. НССП также используется для утверждения межличностных границ, поиска ощущений и влияния на других, привлечение внимания [21, 25, 27], получения помощи от других людей, в том числе терапевтов. Служит для выражения эмоций символическим образом [55]. Значимыми факторами риска является отношение к своему телу / чувства, включая образ тела [59].

Точные механизмы, которые заставляют намеренные самоповреждения приводить к снижению чувства негативного эффекта, остаются неясными. Благодаря своему участию в регуляции боли и эмоций эндогенная опиоидная система была предложена для опосредования эффектов регуляции аффекта НССП. Предполагается, что (1) лица, участвующие в НССП, имеют более низкие исходные уровни эндогенных опиоидов, (2) НССП высвобождает эндогенные опиоиды и (3) опиоиды, высвобождаемые во время НССП, регулируют аффект [60]. Это согласуется и с клиническими данными – большинство (74-82%) пострадавших отмечают, что в результате самоповреждающего поведения они испытывают облег-

are detected in 33% of dead women and 7% of men [56]. In this case, the chosen method of suicide does not necessarily represent a repetition of self-cutting, and may differ [47].

In many cases, self-cuts and suicidal behavior coexist [57]. On the one hand, self-harming acts can be viewed as a risk factor for suicide, and on the other hand, it can be its immediate precursor or the beginning of a realizable attempt. For a more objective understanding of the situation, at least a conversation and a targeted survey with anamnesis collection are required when communicating face-to-face with such patients. In order to differentiate between the states, it is important to analyze the motives and the presence of attempts in the past. Recent studies [53] show that among those admitted with deliberate wrist cuts, every fifth (21.3%) would have suicidal intentions.

Motives of self-cuts and NSSI.

Most often, the motives of NSSI are associated with internal state regulation, the desire for relief from heavy thoughts or feelings, and emotions regulation. Possible options include self-punishment, anti-suicide, anti-dissociation [17, 35, 41, 58]. NSSIs are also used to assert interpersonal boundaries, seek sensations and influence others, attract attention [21, 25, 27], as well as receive help from other people, including therapists. It can be viewed as a symbolic way to express one's emotions [55]. Attitudes/feelings towards one's body, including body image, are stated as significant risk factors [59].

The exact mechanisms that cause intentional self-harm to reduce feelings of negative effect remain unclear. Due to its participation in the regulation of pain and emotions, the endogenous opioid system has been proposed to mediate the effects of affect regulation by NSSI. It has been suggested that (1) individuals involved in NSSI have lower baseline levels of endogenous opioids, (2) NSSI release endogenous opioids, and (3) opioids released during NSSI regulate affect [60]. This is consistent with clinical data – the majority (74-82%) of victims note that they experience relief as a result of self-injurious behavior [61].

In case of a suicidal purpose in the self-cutting act, on the contrary, the dominant motive is the desire to die. One of the options for such motivation there is also the desire to find out if someone loves them [58].

It is also noted that the relationship between self-harm and suicide is often quite

чение [61].

В случае нанесения самопорезов с суицидальной целью, напротив, доминирующим мотивом является желание умереть. Одним из вариантов такой мотивации так же является желание узнать любит ли их кто-то [58].

Так же отмечается, что отношения между самоповреждением и самоубийством часто достаточно парадоксальны. НССП на ранних этапах может выступать как фактор защиты от самоубийства. Поведение, связанное с нанесением себе увечий, можно определить как ослабленную форму самоубийства. НССП может играть роль антисуицидального акта, позволяя пациентам выйти из своей диссоциации и почувствовать, что они снова живут. Риск самоубийства не будет возрастать до тех пор, пока членовредительство приносит ожидаемое облегчение [55]. Тем не менее большинство авторов рассматривают членовредительство как фактор риска завершённого самоубийства [33, 47, 62, 63 и др.]. Повторяющиеся самоповреждения могут усилить дисфорию, которая будет устранена только суицидальными действиями. Самоубийцы, пытающиеся нанести себе увечья, могут подвергаться большому риску самоубийства по нескольким причинам: они испытывают большее чувство депрессии и безнадёжности, они более агрессивны и проявляют большую эмоциональную нестабильность, они недооценивают летальность своего суицидального поведения и, наконец, их беспокоят суицидальные мысли в течение более длительных и более частых периодов времени [55].

Локализация и характер ран.

У обращающихся за медицинской помощью преобладают различной глубины порезы рук [64], преимущественно предплечий в области поверхностных вен. Преобладают поражения недоминантной руки (94,5%) [65]. До 32% порезов наносятся на другие части тела – в области шеи, передней грудной стенки, иногда – нижних конечностей [64, 66, 67]. Проникающие травмы шеи имеют относительно низкую частоту. Тем не менее, анатомические проблемы, а также вероятность поражения сосудов и дыхательных путей делают их одним из самых смертельных типов травм [68].

У подростков до 95% случаев порезы локализируются на предплечьях, чаще в области средней трети (75,5%) левого предплечья (79,8%). Преобладают (78,6%) множественные порезы, у 6,8% располагаются на обеих руках. Глубокие раны присутствуют у 4,5% обращающихся за помощью. При осмотре пострадавших у каждого пятого (19,1%) обнаруживаются рубцы от порезов, нанесённых себе ранее [69].

Расположение разрезов – в открытой видимой для других или, напротив, в скрытой зоне может быть связано с отдельными клиническими характеристиками и психологическими факторами. До 40% порезов делается в скрытом от внешних взглядов местах. Эти случаи чаще ассоциированы с предыдущим самоповреждением,

paradoxical. In its early stages, NSSI can act as a protective factor against suicide. Self-mutilation can be defined as a weakened form of suicide. Also, NSSI can work as an anti-suicidal action, allowing patients to step out of their dissociation and feel like they are living again. The risk of suicide will not increase as long as self-harm brings the expected relief [55]. Yet, most authors consider self-harm as a risk factor for completed suicide [33, 47, 62, 63, etc.]. Repetitive self-harm can exacerbate dysphoria, which can only be eliminated by suicidal actions. Suicide attempters who try to self-harm may be at greater risk of suicide for several reasons: they feel more depressed and hopeless, they are more aggressive and show more emotional instability, they underestimate the lethality of their suicidal behavior, and, finally, they are experiencing suicidal thoughts for longer and more frequent periods of time [55].

Localization and nature of wounds.

In those seeking medical help, cuts of different depths prevail [64], mainly located in the forearms area of superficial veins. Lesions of the non-dominant hand predominate (94.5%) [65]. Up to 32% of cuts are made on other parts of the body, such as the neck, the anterior chest wall, and sometimes the lower limbs [64, 66, 67]. Penetrating neck injuries have a relatively low incidence. However, anatomical problems, as well as the likelihood of vascular and respiratory tract damage, make them one of the most fatal types of injury [68].

In adolescents, up to 95% of self-cuts are localized on the forearms, more often in the middle third (75.5%) of the left forearm (79.8%). Multiple cuts prevail (78.6%), in 6.8% they are located on both hands. Deep wounds are present in 4.5% of those seeking help. When examining the victims, one in five (19.1%) has scars from cuts self-inflicted earlier [69].

The location of the cuts – in the open surfaces, visible to others, or, on the contrary, in the hidden zone, may be associated with individual clinical characteristics and psychological factors. Up to 40% of cuts are made in places hidden from outside sight. These cases are more often associated with previous self-harm, deliberate intent, and a greater risk of recurrence in subsequent ongoing psychiatric treatment. These individuals are more likely to receive no psychosocial assessment and are less likely to be referred to mental health services from the emergency department [70].

преднамеренностью и бóльшим риском повторения его в последующем, текущим психиатрическим лечением. Чаще эти лица не получают психосоциальной оценки, и реже направляются в психиатрическую службу из отделения неотложной помощи [70].

Большинство пациентов, поступающих в стационар с резанными ранами рук, имеют отличные или хорошие функциональные результаты [53]. Поверхностные раны характерны для пациентов с опытом предыдущих умышленных ранений. Более глубокие и серьёзные повреждения встречаются реже. Они ассоциированы с: 1) мужским полом; 2) более молодым возрастом; 3) множественными повреждениями; 4) использованием для самопорезов любых острых предметов, оказавшихся под рукой [72]; 5) употреблением алкоголя или наркотиков; 6) наличием диагностированного психического расстройства [73].

Количество и тяжесть ранений при порезах рук статистически не различаются между суицидальными и несуйцидальными самоповреждениями. Поэтому хирурги часто не могут оценить суицидальные намерения пациентов, основываясь только на характеристиках раны [74]. Тем не менее, показано, что около 20% глубоких травм запястья вызваны попытками самоубийства. Суицидальные попытки с глубокими ранениями с бóльшей вероятностью вовлекают срединный нерв, лучевую артерию, сгибатель запястья, особенно на недоминантной руке, но с меньшей вероятностью вовлекают локтевую артерию и нерв на доминирующей руке. Продольная ориентация разреза при суицидальных глубоких травмах запястья связана с бóльшим количеством повреждений лучевой артерии, но меньшим количеством повреждений сухожилий и нервов [65]. Количество порезов и тяжесть повреждений зависят от многих факторов, включая глубину эмоциональных нарушений, импульсивность, используемое средство и др.

В качестве средств повреждений используются ножи и лезвия (часто – подростки), реже – осколки стекла или другие острые или тупые предметы [66, 69, 74, 75]. При использовании ножа повреждения могут наноситься путём порезов и/или нанесения колотых проникающих ранений [76]. При сочетающихся колото- и резанных ранах риск гибели резко возрастает, особенно при проникающих ранениях в зонах жизненноважных органов [77, 78].

Факторы риска преднамеренных самопорезов во многом схожи с другими формами несуйцидальных самоповреждений: женский пол, подростковый или молодой возраст, эмоциональные нарушения, низкая самооценка, тревожность и импульсивность, сексуальное, эмоциональное и физическое насилие, преднамеренные самоповреждения со стороны друзей, неполная семья, умышленное причинение себе вреда в семье [25, 30, 44], у взрослых – дополнительно – проживание в городе [20], отсутствие фиксированного места жительства, соверше-

The majority of patients admitted to the hospital with cut wounds of the arms have excellent or good functional results [53]. Superficial wounds are characteristic of patients with previous deliberate injury. Deeper and more severe injuries are less common. They are associated with: 1) male sex; 2) younger age; 3) multiple injuries; 4) the use of any sharp objects at hand for self-cutting [72]; 5) the use of alcohol or drugs; 6) the presence of a diagnosed mental disorder [73].

The number and severity of hand cut injuries did not statistically differ between suicidal and non-suicidal self-harm. Therefore, surgeons are often unable to assess patients' suicidal intentions based solely on wound characteristics [74]. However, it has been shown that about 20% of deep wrist injuries come as a result of suicide attempts. Suicide attempts with deep wounds are more likely to involve the median nerve, radial artery, and wrist flexor, especially in the non-dominant arm, but are less likely to involve the ulnar artery and nerve in the dominant arm. The longitudinal orientation of the incision in suicidal deep wrist injuries is associated with more damage to the radial artery, but fewer injuries to the veins and nerves [65]. The number of cuts and the severity of injury depend on many factors, including the depth of the emotional disturbance, impulsivity, the means used, etc.

As the means of damage there are used knives and blades (often by adolescents) less often glass fragments or other sharp or blunt objects [66, 69, 74, 75]. When using a knife, damage can be caused by cuts and/or piercing stab wounds [76]. With concomitant stab and cut wounds, the risk of death increases dramatically, especially with penetrating wounds in the zones of vital organs [77, 78].

Risk factors for deliberate self-harm are very similar to other forms of non-suicidal self-harm: female gender, adolescence or young age, emotional disturbances, low self-esteem, anxiety and impulsivity, sexual, emotional and physical abuse, friends' deliberate self-harm, single-parent family, deliberate self-harm in the family [25, 30, 44], additional factors for adults would include living in the city [20], lack of a fixed place of residence, committing self-harm from 9 o'clock in the morning to 5 o'clock in the evening, without drinking alcohol [46, 79, 80].

Mental disorders and emotional disorders are the most frequent signs associated with NSSI in general, and self-cuts in par-

ние самоповреждения с 9 часов утра до 5 часов вечера, без употребления алкоголя [46, 79, 80].

Психические нарушения и эмоциональные расстройства – наиболее частый признак, ассоциирующийся с НССП в целом, и, самопорезами в частности – 45-88% [27, 41, 81]. Наиболее часто выявляются депрессивные (34-63%) и тревожные (37%) расстройства, у четверти – расстройства адаптации. Так же широко распространены пограничные расстройства личности и пищевого поведения (15%) [3, 18, 31, 82].

Характерологические особенности в сочетании с психическими нарушениями нередко отражаются и в особенностях наносимых себе повреждений. Так, в группе лиц с доминированием истерических черт порезы запястья чаще рассматриваются как выражение бессознательного намерения искать сочувствия к себе у других людей. В группе депрессии, резать запястья может быть формой предварительной репетиции самоубийства. В группе с поведенческими расстройствами главными мотивами перерезания запястий являются внутренние конфликты в подростковом возрасте или разногласия с родителями [83].

О большем суицидальном риске при самопорезах может свидетельствовать преимущественно депрессивный характер нарушений [29, 72, 83].

Роль алкоголя при самопорезах неоднозначна. При совершении самоповреждений алкоголь не самый частый признак – выявляется у 16-22% пострадавших [31, 34]. Но употребление алкоголя нередко ассоциируется с более тяжелыми резаными ранами при умышленных самопорезах [72], и значительно повышает суицидальный риск [53]. Поэтому наличие алкогольного опьянения у пациента должно рассматриваться как фактор повышенной суицидальной готовности.

Самопорезы и Интернет.

В настоящее время Интернет – неотъемлемая часть жизни большинства населения всех возрастов, источник получения и передачи информации, в том числе связанной с НССП [84]. Об использовании Интернета, и ассоциированной с самоубийством / самоповреждением информации указывают не менее 70% лиц с суицидальным поведением [85, 86]. Доступный в сети видеоматериал о самоповреждениях может потенцировать это поведение посредством регулярного просмотра, и часто положительно воспринимается зрителями [23], облегчает поиск сверстников, реализующих НССП, так как для самопорезов характерно наличие друзей, которые также совершают самоповреждения [87]. Отмечается, что Интернет поощряет или даже вызывает такие действия, как самопорезы через механизмы психологического заражения [88], и служит одной из причин значительного распространения данных форм девиантного поведения и дальнейшего увеличения числа в популяции [89]. В качестве одной из наиболее важных причин обращения к Сети может выступать и поддержка сверстников как цен-

тикуляр – 45-88% [27, 41, 81]. The most frequently detected are depressive (34-63%) and anxiety (37%) disorders, in a quarter of cases there are detected adjustment disorders. Borderline personality and eating disorders are also common (15%) [3, 18, 31, 82].

Characterological features in combination with mental disorders are often reflected in the peculiarities of self-inflicted damage. For example, for persons with dominant hysterical features, wrist cuts are more often viewed as an expression of an unconscious intention to seek sympathy from other people. For the depressed contingent, cutting wrists may be a form of early suicide repetition. For the group with behavioral disorders, the main motives for cutting wrists are internal conflicts during adolescence or disagreements with parents [83].

The predominantly depressive nature of disorders may indicate a greater suicidal risk when inflicting self-cuts [29, 72, 83].

The role of alcohol in committing self-cuts is controversial. When inflicting self-harm, alcohol is not the most frequent symptom – it is detected in 16-22% of victims [31, 34]. But alcohol consumption is often associated with both more severe cut wounds during deliberate self-cuts [72], and significantly increases the risk of suicide [53]. Therefore, the presence of alcoholic intoxication in a patient should be considered as a factor of increased suicidal readiness.

Self-cutting and the Internet.

Currently, the Internet is an integral part of life of the majority of population of all ages, a source of receiving and transmitting information, including information related to NSSI [84]. Internet use and information associated with suicide / self-harm are reported by at least 70% of people with suicidal behavior [85, 86]. Online video about self-harm can potentiate this behavior through regular watching, and is often positively perceived by viewers [23], facilitates the search for peers who inflict NSSI, since having friends who commit self-injury is typical for self-cutting [87]. It is noted that the Internet encourages or even induces such actions as self-cutting through the mechanisms of psychological infectiousness [88], and is one of the reasons for the significant spread of such forms of deviant behavior and its further increase in the population [89]. Peer support as a central component of online interactions in self-harm may also be one of the most important reasons for using

тральный компонент онлайн-взаимодействий при самоповреждениях [88]. С этих позиций при выявлении самоповреждений необходимым условием работы является анализ характера обращения пострадавшего к информации в Интернете и возможность её использования для определения индивидуального суицидального риска.

Оказание помощи и профилактика.

При самоповреждениях медицинская помощь чаще включает хирургический компонент, реже привлекаются специалисты в области психического здоровья, несмотря на ведущее место психических нарушений среди основных причин и механизмов развития этих форм девиантного поведения. Данные исследований так же свидетельствуют о том, что большинство пациентов с самоповреждениями не получают никакой психиатрической помощи и не обращаются за ней [17, 32, 71]. Эта ситуация характерна и для многих погибших от самоубийства [86, 90, 91].

В работе с данным контингентом предлагается мультидисциплинарный подход, включающий четыре этапа: 1. Первичная оценка. 2. Психологическое интервью. 3. Хирургическое пособие. 4. Реабилитация [53].

Хирурги часто не могут оценить суицидальные намерения пациентов, основываясь на характеристиках раны. Поэтому важно, чтобы хирурги, лечащие этих пациентов, инициировали психиатрическую консультацию [71, 73]. Привлечение специалиста в области психического здоровья так же требуется и в случае выявления необъяснимых ран, шрамов на руках или на других частях тела, особенно у подростков [64]. Так как суицидологический скрининг имеет важное значение не только среди контингента с объективно видимыми просуицидальными факторами. Показано, что среди подростков, обратившихся за неотложной помощью по другим причинам, при целенаправленном обследовании у 16% выявляется повышенный риск самоубийства. Из них почти половина (46%) сообщают о наличии суицидальных мыслей и попыток, 10% указывают на попытки в анамнезе, 42% – об актуальных суицидальных мыслях, а 27% о злоупотреблении алкоголем и депрессии. В этой связи целенаправленный скрининг на повышенный риск самоубийства рекомендуется начинать в отделениях неотложной помощи [91]. Помимо оценки истории самоповреждения, времени между первой и последующей умышленной травмой, так же предлагается оценивать основные психосоциальные характеристики пациентов [51]. Такой подход позволит не только своевременно оказать психологическую помощь в период пребывания в стационаре, но и способствовать дальнейшему динамическому наблюдению пострадавшего, с проведением необходимых медицинских и реабилитационных мер психосоциальной поддержки.

Методы профилактики рецидивов НССП различны, но не все подтверждают свою достаточную эффективность, особенно в случае самоповреждений. Так, например, в Англии, вводимые комплексные меры профилактики

the Web [88]. From these stand points, in order to determine the individual suicidal risk when identifying self-cuts it is a necessary prerequisite in therapeutic work to analyze the nature of the victim's access to information on the Internet and the possibility of using it.

Assistance and prevention.

With self-cuts, medical care often includes a surgical component, with mental health specialists being less often involved, despite the leading place mental disorders take among the main causes and mechanisms of the development of these forms of deviant behavior. Research data also indicate that most patients with self-cuts do not receive any psychiatric help and do not seek it [17, 32, 71]. This situation is typical for many people who died from suicide [86, 90, 91].

When working with this contingent, a multidisciplinary approach is proposed, which includes four stages: 1. Initial assessment. 2. Psychological interview. 3. Surgical aid. 4. Rehabilitation [53].

Surgeons are often unable to assess patients' suicidal intentions based on wound characteristics. Therefore, it is important that the surgeons treating these patients initiate a psychiatric consultation [71, 73]. Involvement of a mental health professional is also required in the case of unexplained wounds, scars on the hands or other parts of the body, especially for adolescents [64]. Since suicidalological screening is important not only among the contingent with objectively visible prosuicidal factors. It has been shown that among adolescents who sought emergency care for other reasons, targeted examination in 16% revealed an increased risk of suicide. Of these, almost half (46%) reported the presence of suicidal thoughts and attempts, 10% indicate a history of attempts, 42% informed about actual suicidal thoughts, and 27% told about alcohol abuse and depression. Therefore, it is recommended that targeted screening for an increased risk of suicide should be initiated in emergency departments [91]. In addition to assessing the history of self-harm, the time between the first and subsequent deliberate injury, it is also proposed to assess the main psychosocial characteristics of patients [51]. This approach will allow not only to provide timely psychological assistance during the period of hospital stay, but also to facilitate further dynamic victim observation, with the necessary medical and rehabilitation measures of psychosocial support.

способствовали в 2000-2007 гг. заметному снижению числа самоповреждений, но это касалось преимущественно только самоотравлений, при минимальном уменьшении количества самопорезов, на фоне увеличивающегося числа других самоповреждений (повешение, прыжки, связанные с дорожным движением) [92]. Более значительное снижение самоотравлений связывается с ограничениями доступности основных средств покушений (ограничение продаж парацетамола в общей торговой сети, более жёсткий контроль рецептурного отпуска лекарств и др.) [93, 94, 95]. В случае самопорезов подобные ограничительные меры невозможны, что указывает на необходимость поиска других направлений профилактики.

Собственный клинический опыт авторов основан на многолетней практике помощи пациентам, обращающимся в приёмное отделение ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» (г. Тюмень). Количество обращений в стационар в течение нескольких последних лет относительно стабильное, и в среднем составляет 204 случая в год (табл. 3).

Таблица 3 / Table 3

Количество обращений с самопорезами в ОКБ №2 (г. Тюмень) в 2016-2019 гг. (дети и взрослые)

The number of applications with self-tapping screws in RCH № 2 (Tyumen) in 2016-2019 (children and adults)

Год / Year	Количество обращений Number of admissions
2016	220
2017	197
2018	195
2019	205
Средний / Mean	204,25

Опыт работы и анализ клинического материала свидетельствует о том, что среди обращающихся за медицинской помощью с самопорезами, доля лиц с суицидальным поведением в разные годы составляет 66-73%. Это отличается от данных, приводимых в литературе. Среди причин можно выделить, на наш взгляд, три наиболее значимые:

1. Привлечение психиатра для осмотра пострадавших производится не во всех случаях (чаще связано с режимом работы приёмного отделения, особенно в случаях обработки незначительных ран и последующего отказа пациента от госпитализации).

2. Отсутствие системы дифференцированного учёта повреждений по суицидальным и несуйцидальным мотивам.

3. Недостаточная профессиональная подготовка врачей, в том числе хирургов, среднего медицинского персонала в области диагностики и дифференциальной диагностики суицидального поведения и НССП.

Можно предположить наличие аналогичных ситуаций и в других лечебных учреждениях. По всем трём

Methods for preventing recurrence of NSSI are different, but not all confirm their sufficient effectiveness, especially when it comes to self-cuts. For example, in England, a complex of preventive measures contributed to a noticeable decrease in the number of self-injuries in 2000-2007, but this mainly concerned only self-poisoning, with a minimal decrease in the number of self-cuts, against the background of an increasing number of other types of self-injuries (hanging, jumping out in front of a moving car) [92]. A more significant decrease in self-poisoning is associated with restrictions on the availability of the means of suicide (limitation of sales of paracetamol in the general distribution network, stricter control of prescription drug, etc.) [93, 94, 95]. In the case of self-cutting, such restrictive measures are impossible, which indicates the need to search for other areas of prevention.

The authors' own clinical experience is based on many years of practice in helping patients who come to the admission department of the Regional Clinical Hospital No. 2 (Tyumen). The number of hospital visits has been relatively stable over the past few years, and averages 204 cases per year (Table 3).

Work experience and analysis of clinical material indicate that among those seeking medical help because of self-cuts, the proportion of people with suicidal behavior in different years reaches 66-73%. This doesn't go along with the data reported in the literature. Among the reasons that can be pointed out there are three most significant, in our opinion:

1. A psychiatrist is not involved in examining the victims in all cases (more often it is associated with the admission department operation mode, especially in cases of treatment of minor wounds and the subsequent refusal of the patient from hospitalization).

2. Lack of a system of differentiated record of injuries with and without suicidal motives.

3. Insufficient professional training of doctors, including surgeons, nurses in the field of diagnosis and differential diagnosis of suicidal behavior and NSSI.

It can be assumed that the situations are similar in other medical institutions. For all three points noted, the solution to the problem is quite achievable for the majority of domestic hospitals that provide assistance to this contingent. Therefore, if

отмеченным пунктам решение проблемы вполне посильно для большинства отечественных стационаров, оказывающих помощь данному контингенту. Поэтому при достаточном акцентировании внимания руководства клиник в данном направлении можно ожидать улучшения ситуации [96].

В заключении обсуждения темы самопорезов приведём несколько наблюдений из собственной практики с их кратким описанием.

Рис. 1. Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в верхней трети. «Классические» признаки самопорезов, характерные для НССП подростков: недоминантная рука, поверхностная рана в нижней трети предплечья. Настоящее повреждение оценено как *несуицидальное самоповреждение*. В области лучезапястного сустава так же имеется «тату».

Fig. 1. An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the upper third. "Classic" signs of self-cuts, characteristic of adolescents' NSSI: non-dominant hand, superficial wound in the lower third of the forearm. The present damage is assessed as *non-suicidal self-harm*. There is also a "tattoo" in the area of the wrist joint.

Рис. 2. Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в верхней трети. Присутствуют рубцы от предыдущих повреждений, распространенные по всему предплечью. Настоящее повреждение оценено как *несуицидальное самоповреждение*.

Fig. 2. An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the upper third. There are present scars from previous injuries throughout the forearm. The present damage is assessed as *non-suicidal self-harm*.

Рис. 3. Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в верхней трети (недоминантная рука). Присутствуют рубцы от предыдущих повреждений. Настоящее повреждение оценено как *несуицидальное самоповреждение*.

Fig. 3. An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the upper third (non-dominant arm). There are present scars from previous injuries. The present damage is assessed as *non-suicidal self-harm*.

Описание случая: со слов юноши С., 17 лет (рис. 3), «свежую» рану он получил случайно, во время прогулки с собакой, когда та дернула резко поводок, и он упал, не удержавшись на ногах, поранив при этом левое предплечье об торчащую из снега арматуру. На вопрос врача, как можно так поранить руку на улице в декабре, через зимнюю одежду, пациент ничего не ответил. Также он не ответил на вопрос травматолога о происхождении рубцов в области левого предплечья, расположенных дистальнее раны, подвергнутой первичной хирургической обработке. После оказания медицинской помощи пациент быстро покинул лечебное учреждение, не дождавшись приезда врачей психиатрической бригады.

Case description: According to young man S., 17 years old (Fig. 3), he got a "recent" wound by accident, while walking his dog, when it pulled the leash sharply, and he fell, unable to stay on his feet, injuring his left forearm against fittings sticking out of the snow. When the doctor asked how it was possible to injure his hand on the street in December, through winter clothes, the patient was not able to answer. He also could not answer the traumatologist's question of the origin of the left forearm scars located distal to the wound subjected to primary surgical treatment. After providing medical care, the patient quickly left the hospital, without waiting for the arrival of the psychiatric team doctors.



Рис. 4. Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в нижней трети (недоминантная рука). Присутствуют рубцы от предыдущих повреждений. Текущий эпизод – точно оценить невозможно, пациент не помнит (рубцов – более 30).

Fig. 4. An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the lower third (non-dominant hand). There are present scars from previous injuries. The current episode is impossible to accurately assess, the patient does not remember (there are more than 30 scars).



Рис. 5. Множественные резаные раны передней поверхности левого предплечья (недоминантная рука). Одновременно нанесено более 50 ран различной глубины с повреждением кожи и подкожно-жировой клетчатки. Настоящее повреждение оценено как суицидальная попытка.

Fig. 5. Multiple cut wounds on the anterior surface of the left forearm (non-dominant hand). More than 50 wounds of various depths were inflicted at a time with damage to the skin and subcutaneous fat.



The present injury was assessed as a suicide attempt.

Рис. 6. Глубокая рваная рана левого лучезапястного сустава, тыльной поверхности левой кисти с повреждением сухожилий разгибателей пальцев (недоминантная рука). Текущий эпизод самоповреждений – первый. Использован кухонный нож. Настоящее повреждение оценено как суицидальная попытка.

Fig. 6. Deep laceration of the left wrist joint, dorsum of the left hand with damage to the extensor tendons of the fingers (non-dominant hand). The current episode of self-cutting is the first one with a kitchen knife used. The present injury was assessed as a suicide attempt.



Рис. 7. Резаная рана и рубцы передней поверхности левого предплечья у пациентки К. (16 лет), совершившей суицидальную попытку путём падения с 6 этажа. Повреждена недоминантная рука, раны и рубцы разной степени давности.

Fig. 7. A cut wound and scars of the anterior surface of the left forearm of a female patient K. (16 years old), who made a suicidal attempt by falling off from the 6th floor. The non-dominant hand is damaged, there are wounds and scars from various periods of time.



Рис. 8. КТ позвоночника пациентки К. (16 лет), совершившей суицидальную попытку путём падения с 6 этажа. Выявлены множественные переломы позвонков с деформацией позвоночного канала.

Fig. 8. A CT scan of the spine of a female patient K. (16 years old), who made a suicidal attempt by falling off from the 6th floor. There are revealed multiple vertebral fractures with deformation of the spinal canal.

Описание случая (рис. 7, 8):

Пациента К. 16 лет. Доставлена в стационар бригадой «Скорой помощи» с места падения в бессознательном состоянии. Со слов медицинских работников, прибывших на место трагедии, девушка, закрывшись в комнате, совершила прыжок из окна квартиры на шестом этаже. При осмотре на внутренней поверхности левого предплечья выявлены поверхностные порезы различной степени давности (самые свежие, судя по ране, нанесены около десяти дней назад). При проведении клинико-лучевого исследования, были диагностированы переломы костей левого предплечья, грудины, Th_{IV} грудного, L_I, L_{II}, L_V поясничных позвонков с деформацией позвоночного канала, черепно-мозговая травма. Кожные покровы правой (доминантной) руки, и другие участки кожи тела без признаков предыдущих ранений (к моменту завершения написания статьи пациентка находится на аппарате искусственной вентиляции легких, контакту недоступна).

Case description (Fig. 7, 8.):

A female patient K. is 16 years old. Delivered to the hospital by an ambulance brigade from the fall-off site in an unconscious state. According to the medical workers who arrived at the scene of the tragedy, the girl, having locked herself in the room, jumped out of the window of the apartment on the sixth floor. Examination on the inner surface of the left forearm revealed superficial cuts from different periods of time (the most recent judging by the appearance of the wounds were made about ten days ago). During the clinical ion beam examination the following injuries were diagnosed: fractures of the bones of the left forearm, sternum, Th_{IV} thoracic, L_I, L_{II}, L_V lumbar vertebrae with deformity of the spinal canal, traumatic brain injury. The skin of the right (dominant) hand and other areas of the body skin do not have signs of previous injuries (at the time the article was written, the patient was on a ventilator, no contact was possible).

Заключение.

Самопорезы – наиболее частая форма умышленных повреждений, характеризуются высокой склонностью к неоднократному повторению, могут совершаться по несуйцидальным и суйцидальным мотивам. При значительной распространении в популяции, преимущественно среди подростков и лиц женского пола, только небольшая часть этой категории пострадавших обращается за медицинской помощью, часто ограниченной лишь оказанием хирургического пособия. Между тем, данная форма девиантного поведения ассоциируется с высоким суйцидальным риском в будущем или является текущим этапом его реализации. Поэтому в клинической практике при обращении за медицинской помощью человека с самопорезами выявление преднамеренного характера повреждений и суйцидальных мотивов имеет важное значение для проведения индивидуальных мер суйцидальной превенции как в период пребывания в стационаре, так и на последующих этапах наблюдения. В качестве приоритетных задач совершенствования работы хирургического стационара с лицами, совершающими самопорезы, могут быть отмечены: повышение уровня подготовки специалистов (врачи и средний медицинский персонал) в области суйцидологии и девиантного поведения, организация профильных баз регистрации и учёта случаев самоповреждений (регистров).

Conclusion.

Self-cuts as the most common form of intentional injuries are characterized by a high probability of recurrence and can be committed with and without suicidal motives. With a significant distribution in the population, mostly among adolescents and females, only a small portion of this category of victims seek medical help which is often limited to the surgical aid provision only. Nevertheless, this form of deviant behavior is associated with a high suicidal risk in the future or can even be its current stage. Therefore, in clinical practice, when a person with self-cuts is seeking medical help it is important to identify the deliberate nature of injuries and suicidal motives in order to be able to take individual suicidal prevention measures both during the period of hospital stay and at subsequent stages of observation. As priority tasks for improving the work of surgical departments with persons inflicting self-cuts, the following can be noted: increasing the level of training of specialists (doctors and nurses) in the field of suicidology and deviant behavior, organizing specialized databases for registration and accounting of cases of self-harm (registers).

Литература / Reference:

1. Rabi S., Sulochana J., Pawan S. Self-inflicted Cut Injury as Common Method of Deliberate Self Harm: A Retrospective Study from Nepal. *Indian J Psychol Med.* 2017 Sep-Oct; 39 (5): 579-583. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_438_16
2. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012 Aug; 32 (6): 482-495. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
3. Cipriano A., Cella S., Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2017 Nov 8; 8: 1946. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01946
4. Зыков В.В., Юрков С.А., Зорин С.Л. Способы совершения самоубийств в Кировской области / В сб.: Общество. Наука. Инновации (НПК-2019). Сборник статей XIX Всероссийской научно-практической конференции: в 4-х томах. 2019. С. 185-190. [Zykov V.V., Yurkov S.A., Zorin S.L. Ways of committing suicide in the Kirov region / In sat.: Society. The science. Innovation (NPC-2019). Collection of articles of the XIX all-Russian scientific and practical conference: in 4 volumes. 2019. Pp. 185-190.] (In Russ)
5. Зотов П.Б., Бузык О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суйцидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2018; 3 (100): 62-66. [Zotov P.B., Buzik O.Zh., Umansky M.S., Khokhlov

- M.S., Zotova E.P. Methods of completed suicides: a comparative aspect. *Siberian Bulletin of psychiatry and narcology*. 2018; 3 (100): 62–66.] (In Russ)
6. Миронец Е.Н., Петров Г.П. Медико-статистический анализ завершённых суицидов в Чувашской республике за 1992–1996 гг. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2001; 1 (3): 30–32. [Mironets E.N., Petrov G.P. Medical and statistical analysis of completed suicides in the Chuvash Republic for 1992-1996. *Problems of expertise in medicine*. 2001; 1 (3): 30–32.] (In Russ)
 7. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В., Рагозина Н.П., Литус С.Н., Шабанов П.Д., Земляной А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику. *Девантология*. 2020; 4 (1): 33-44. [Torkunov P.A., Polozhy B.S., Rybakina A.V., Ragozina N.P., Litus S.N., Shabanov P.D., Zemlyanoy A.V. Analysis of suicidal activity of Pskov region residents and factors affecting its dynamics. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 33-44.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-33-44
 8. Чубина С.А., Антипова Н.М., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в тульской области. *Мат. XVI Съезда психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы"*. Тула, Москва: ООО «Альта Астра», 2015. С. 922. [Chubina S.A., Antipova N.M., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in the Tula region. *Mat. XVI Congress of psychiatrists of Russia. All-Russian scientific and practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reform: problems and prospects"*. Tula, Moscow: Alta Astra LLC, 2015. P. 922.] (In Russ)
 9. Кирпиченко А.А., Барышев А.Н. Суицидальное поведение подростков г. Витебска и Витебской области. *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2015; 14 (2): 77-82. [Kirpichenko A.A., Baryshev A.N. Suicidal behavior of teenagers in Vitebsk and the Vitebsk region. *Bulletin of the Vitebsk state medical University*. 2015; 14 (2): 77-82.] (In Russ)
 10. Ворсина О.П. Суицидальные попытки детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар г. Иркутска. *Уральский медицинский журнал*. 2011; 11 (89): 5-7. [Vorsina O.P. Suicide attempts of the children and adolescents psychiatric hospital in Irkutsk. *Ural medical journal*. 2011; 11 (89): 5-7.] (In Russ)
 11. Зарипова Г., Кадеров А. Суицидальные тенденции в поведении несовершеннолетних. *Законность*. 2007; 10 (876): 40-42. [Zaripova G., Kaderov A. Suicidal tendencies in the behavior of children. *Legality*. 2007; 10 (876): 40-42.] (In Russ)
 12. Штаньков С.И., Мытыга П.Г., Голышев В.Ю., Малева С.С. Особенности поведения суицидентов в г. Воронеже. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2019; 76: 33-38. [Stankov S.I., Motiga P.G., Golyshch V.Y., Maleva S.S. Behaviors of suicides in the city of Voronezh. *Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozeem region*. 2019; 76: 33-38.] (In Russ)
 13. van Aalst J.A., Shotts S.D., Vitsky J.L., Bass S.M., Miller R.S., Meador K.G., Morris J.A. Long-term follow-up of unsuccessful violent suicide attempts: risk factors for subsequent attempts. *Jr. J Trauma*. 1992 Sep; 33 (3): 457-464.
 14. Cusick T.E., Chang F.C., Woodson T.L., Helmer S.D. Is resuscitation after traumatic suicide attempt a futile effort? A five-year review at a level I trauma center. *Am Surg*. 1999 Jul; 65 (7): 643-646.
 15. Bittner J.G. 4th, Hawkins M.L., Atteberry L.R., Ferdinand C.H., Medeiros R.S. Impact of traumatic suicide methods on a level I trauma center. *Am Surg*. 2010 Feb; 76 (2): 176-181.
 16. Hadjizacharia P., Brown C.V., Teixeira P.G., Chan L.S., Yang K., Salim A., Inaba K., Rhee P., Demetriades D. Traumatic suicide attempts at a level I trauma center. *J Emerg Med*. 2010 Oct; 39 (4): 411-418. DOI: 10.1016/j.jemermed.2008.04.031
 17. Gillies D., Christou M.A., Dixon A.C., Featherston O.J., Rapti I., Garcia-Anguita A., Villasis-Keever M., Reebye P., Christou E., Al Kabir N., Christou P.A. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Oct; 57 (10): 733-741. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.018
 18. Bježančević M., Groznica Hržić I., Dodig-Čurković K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatr Danub*. 2019 Dec; 31 (4): 413-420. DOI: 10.24869/psyd.2019.413
 19. Tsiachristas A., Geulayov G., Casey D., Ness J., Waters K., Clements C., Kapur N., McDaid D., Brand F., Hawton K. Incidence and general hospital costs of self-harm across England: estimates based on the multicentre study of self-harm. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Mar 12; 29: e108. DOI: 10.1017/S2045796020000189
 20. Corcoran P., Griffin E., O'Carroll A., Cassidy L., Bonner B. Hospital-Treated Deliberate Self-Harm in the Western Area of Northern Ireland. *Crisis*. 2016 Jun; 36 (2): 83-90. DOI: 10.1027/0227-5910/a000301
 21. Jacobson C.M., Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007; 11 (2): 129-147. DOI: 10.1080/13811110701247602
 22. Brunner R., Kaess M., Parzer P., Fischer G., Carli V., Hoven C.W., Wasserman C., Sarchiapone M., Resch F., Apter A., Balazs J., Barzilay S., Bobes J., Corcoran P., Cosmann D., Haring C., Iosuec M., Kahn J.P., Keeley H., Meszaros G., Nemes B., Podlogar T., Postuvan V., Saiz P.A., Sisask M., Tubiana A., Varnik A., Wasserman D. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Apr; 55 (4): 337-348. DOI: 10.1111/jcpp.12166
 23. Lewis S.P., Heath N.L., St Denis J.M., Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011 Mar; 127 (3): e552-7. DOI: 10.1542/peds.2010-2317
 24. Банныков Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 42-68. [Bannikov G.S., Fedunina N.Y., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Mechanisms of Self-Harm Behavior in Non-Clinical Adolescent Population: The Results of Monitoring in Moscow Schools. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016; 24 (3): 42-68.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20162403004
 25. Ystgaard M., Reinholdt N.P., Husby J., Mehlum L. Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003 Aug 28; 123 (16): 2241-2245.
 26. Morey C., Corcoran P., Arensman E., Perry I. The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *J. BMC Public Health*. 2008 Feb 28; 8: 79. DOI: 10.1186/1471-2458-8-79
 27. Horváth O.L., Mészáros G., Balázs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2015 Mar; 17 (1): 14-22.
 28. Cheung Y.T., Wong P.W., Lee A.M., Lam T.H., Fan Y.S., Yip P.S. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Jul; 48 (7): 1133-1144. DOI: 10.1007/s00127-012-0640-4
 29. Kidger J., Heron J., Lewis G., Evans J., Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry*. 2012 Jun 27; 12: 69. DOI: 10.1186/1471-244X-12-69
 30. Liang S., Yan J., Zhang T., Zhu C., Situ M., Du N., Fu X., Huang Y. Differences between non-suicidal self-injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian J Psychiatr*. 2014 Apr; 8: 76-83. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.11.015
 31. Doshi A., Boudreaux E.D., Wang N., Pelletier A.J., Camargo C.A. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Jr. Ann Emerg Med*. 2005 Oct; 46 (4): 369-375. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2005.04.018
 32. De Leo D., Heller T.S. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004 Aug 2; 181 (3): 140-144.
 33. Geulayov G., Casey D., McDonald K.C., Foster P., Pritchard K., Wells C., Clements C., Kapur N., Ness J., Waters K., Hawton K. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018 Feb; 5 (2): 167-174. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30478-9

34. Cwik M.F., Barlow A., Tingey L., Larzelere-Hinton F., Goklish N., Walkup J.T. Nonsuicidal self-injury in an American Indian reservation community: results from the White Mountain Apache surveillance system, 2007-2008. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Sep; 50 (9): 860-869. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.06.007
35. Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., van Heeringen K., De Leo D., Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Jun; 49 (6): 667-677. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
36. Matsumoto T., Imamura F., Chiba Y., Katsumata Y., Kitani M., Takeshima T. Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: differences by age. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun; 62 (3): 362-364. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2008.01807.x
37. Gmitrowicz A., Kostulski A., Kropiwnicki P., Zalewska-Janowska A. Cutaneous deliberate self-harm in Polish school teenagers – an inter-disciplinary challenge. *Acta Derm Venereol*. 2014 Jul; 94 (4): 448-453. DOI: 10.2340/00015555-1690
38. Corcoran P., Reulbach U., Perry I.J., Arensman E. Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. *Int Psychogeriatr*. 2010 Dec; 22 (8): 1327-1336. DOI: 10.1017/S1041610210001377
39. Cho J., Choi Y. Patterns of wrist cutting: A retrospective analysis of 115 suicide attempts. *Arch Plast Surg*. 2020 May; 47 (3): 250-255. DOI: 10.5999/aps.2020.00059
40. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Аутодеструктивное поведение подростков мужского пола (клиника, классификация, прогноз). *Психическое здоровье*. 2009; 7 (10-41): 30-35. [Ruzhenkov V.A., Lyubov E.A., Boeva A.V. Autodestructive behavior of male adolescents (clinic, classification, prognosis). *Mental health*. 2009; 7 (10-41): 30-35.] (In Russ)
41. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Клинические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения (НСП) у подростков. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017; 17 (S2): 137-138. [Levkovska O.B., Shevchenko Yu.S., Danilova L.Yu., Grachev V.V. Clinical aspects of non-suicidal self-injuring behavior (NSP) in adolescents. *Mental health issues for children and adolescents*. 2017; 17 (S2): 137-138.] (In Russ)
42. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016; 2: 67-71. [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Self-harm in adolescents: approaches to therapy. *Eruditio Juvenium*. 2016; 2: 67-71.] (In Russ)
43. Гайворонская Е.Б., Борисенко К.О., Ширяев О.Ю. Факторы риска развития суицидального поведения в детском и подростковом возрасте. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2018; 21 (2): 18-22. [Gayvoronskaya E.B., Borisenko K.O., Shiryaev O.Yu. Risk factors of the suicidal behavior development at the children's and adolescent age. *Applied information aspects of medicine*. 2018; 21 (2): 18-22.] (In Russ)
44. Quarshie E.N., Waterman M.G., House A.O. Self-harm with suicidal and non-suicidal intent in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020 May 14; 20 (1): 234. DOI: 10.1186/s12888-020-02587-z
45. Hawton K., Harriss L., Simkin S., Bale E., Bond A. Self-cutting: patient characteristics compared with self-poisoners. *Suicide Life Threat Behav*. 2004 Autumn; 34 (3): 199-208. DOI: 10.1521/suli.34.3.199.42776
46. Chen V.C., Tan H.K., Cheng A.T., Chen C.Y., Liao L.R., Stewart R., Dewey M., Prince M. Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry*. 2010 Jan; 196 (1): 31-35. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.067009
47. Hawton K., Bergen H., Kapur N., Cooper J., Steeg S., Ness J., Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Dec; 53 (12): 1212-1219. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x
48. Steeg S., Quinlivan L., Nowland R., Carroll R., Casey D., Clements C., Cooper J., Davies L., Knipe D., Ness J., O'Connor R.C., Hawton K., Gunnell D., Kapur N. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry*. 2018 Apr 25; 18 (1): 113. DOI: 10.1186/s12888-018-1693-z
49. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep; 181: 193-199. DOI: 10.1192/bjp.181.3.193
50. Kwok C.L., Yip P.S., Gunnell D., Kuo C.J., Chen Y.Y. Non-fatal repetition of self-harm in Taipei City, Taiwan: cohort study. *Br J Psychiatry*. 2014; 204: 376-382. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130179
51. Bennardi M., McMahon E., Corcoran P., Griffin E., Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*. 2016 Nov 24; 16 (1): 421. DOI: 10.1186/s12888-016-1120-2
52. Larkin C., Corcoran P., Perry I., Arensman E. Severity of hospital-treated self-cutting and risk of future self-harm: a national registry study. *J Ment Health*. 2014 Jun; 23 (3): 115-119. DOI: 10.3109/09638237.2013.841867
53. Jeong S.H., Gu J.H., Kim W.K. Analysis of Self-Inflicted Lacerations to the Wrist: A Multi-Disciplinary Approach to Treating. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2020 Mar; 25 (1): 47-53. DOI: 10.1142/S242483552050006X
54. Hawton K., Bale L., Brand F., Townsend E., Ness J., Waters K., Clements C., Kapur N., Geulayov G. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Feb; 4 (2): 111-120. DOI: 10.1016/S2352-4642(19)30373-6
55. Oumaya M., Friedman S., Pham A., Abou Abdallah T., Guelfi J.D., Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale*. 2008 Oct; 34 (5): 452-458. DOI: 10.1016/j.encep.2007.10.007
56. Lahti A., Harju A., Hakko H., Riala K., Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov; 58: 123-128. DOI: 10.1016/j.jpsy.2014.07.020
57. Quinn P., Surgenor P., McGilloway S. An exploratory service-based study of Deliberate Self-Harm (DSH) in Ireland: 'A hidden population'? *Ir Med J*. 2017 May 10; 110 (5): 561.
58. Rodham K., Hawton K., Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jan; 43 (1): 80-87. DOI: 10.1097/00004583-200401000-00017
59. Brausch A.M., Muehlenkamp J. Body image and suicidal ideation in adolescents. *J Body Image*. 2007 Jun; 4 (2): 207-212. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.02.001
60. Bresin K., Gordon K.H. Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Mar; 37 (3): 374-383. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.020
61. Kądziała-Olech H., Zak G., Kalinowska B., Wągrowcka A., Perestret G., Bielawski M. The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatr Pol*. 2015; 49 (4): 765-778. DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/3
62. Matsumoto T., Yamaguchi A., Chiba Y., Asami T., Iseki E., Hirayasu Y. Patterns of self-cutting: a preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Aug; 58 (4): 377-382. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2004.01271.x
63. Kim J., Kim H.J., Kim S.H., Oh S.H., Park K.N. Analysis of Deliberate Self-Wrist-Cutting Episodes Presenting to the Emergency Department. *Crisis*. 2016 Mar; 37 (2): 155-160. DOI: 10.1027/0227-5910/a000361
64. Laukkanen E., Rissanen M.L., Tolmunen T., Kylmä J., Hintikka J. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug; 22 (8): 501-510. DOI: 10.1007/s00787-013-0390-1
65. Kisch T., Matzkeit N., Waldmann A., Stang F., Krämer R., Schweiger U., Mailänder P., Westermair A.L. The Reason Matters: Deep Wrist Injury Patterns Differ with Intentionality (Accident versus Suicide Attempt). *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019 May 1; 7 (5): e2139. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002139

66. Durmić T., Atanasijević T., Bogdanović M. Circumferential suicidal cutting of the lower legs. *Forensic Sci Med Pathol.* 2018 Dec; 14 (4): 561-563. DOI: 10.1007/s12024-018-0011-x
67. Csorba J., Dinya E., Plener P., Nagy E., Páli E. Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009 May; 18 (5): 309-320. DOI: 10.1007/s00787-008-0733-5
68. Sgardello S.D., Christodoulou M., Abbassi Z. Anatomy of a Suicide: A Case Report. *Am J Case Rep.* 2019 Dec 3; 20: 1801-1804. DOI: 10.12659/AJCR.917993
69. Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б. Основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 62-64. [Skryabin E.G., Zotov P.B. Main characteristics of intentional self-cutting in children and adolescents in Tyumen (Western Siberia). *Academic journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 62-64.] (In Russ)
70. Gardner K.J., Bickley H., Turnbull P., Kapur N., Taylor P., Clements C. The significance of site of cut in self-harm in young people. *J Affect Disord.* 2020 Apr 1; 266: 603-609. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.093
71. Fujioka M., Murakami C., Masuda K., Doi H. Evaluation of superficial and deep self-inflicted wrist and forearm lacerations. *J Hand Surg Am.* 2012 May; 37 (5): 1054-1058. DOI: 10.1016/j.jhsa.2011.12.040
72. Ersen B., Kahveci R., Saki M.C., Tunali O., Aksu I. Analysis of 41 suicide attempts by wrist cutting: a retrospective analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017 Feb; 43 (1): 129-135. DOI: 10.1007/s00068-015-0599-4
73. Park H.Y., Kim Y.C., Park S.C., Cho Y.J., Sur Y.J. Comparison of the demographic and wound characteristics of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries. *Medicine (Baltimore).* 2020 Feb; 99 (8): e19298. DOI: 10.1097/MD.00000000000019298
74. Kaliszan M., Kernbach-Wighton G., Bouhaidar R. Multiple self-inflicted stab wounds to neck, chest and abdomen as a unique manner of suicide. *J Forensic Sci.* 2010 May; 55 (3): 822-825. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01322.x
75. Ваулин С.В., Алексеева М.В., Моренец Т.В. Госпитальные суицидальные попытки и самоубийства в психиатрическом стационаре, во время лечебного отпуска и в ранние сроки после выписки. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии.* 2017; 16 (1): 94-99. [Vaulin S.V., Alekseeva M.V., Morenets T.V. Hospital suicidal attempts and suicides in a psychiatric hospital, during medical leave and in the early periods after discharge. *Bulletin of the Smolensk state medical Academy.* 2017; 16 (1): 94-99.] (In Russ)
76. Ohshima T., Kondo T. Eight cases of suicide by self-cutting or -stabbing: consideration from medico-legal viewpoints of differentiation between suicide and homicide. *J Clin Forensic Med.* 1997 Sep; 4 (3): 127-132. DOI: 10.1016/s1353-1131(97)90092-4
77. Srisont S., Peonim A.V., Chirachariyavej T. An autopsy case report of suicide by multiple self-cutting and self-stabbing over the chest and neck. *J Med Assoc Thai.* 2009 Jun; 92 (6): 861-864.
78. Ventura F., Bonsignore A., Gallo M., Portunato F., De Stefano F. A fatal case of suicidal stabbing and cutting. *J Forensic Leg Med.* 2010 Apr; 17 (3): 120-122. DOI: 10.1016/j.jflm.2009.12.006
79. Arensman E., Larkin C., Corcoran P., Reulbach U., Perry I. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *J Eur J Public Health.* 2014 Apr; 24 (2): 292-297. DOI: 10.1093/eurpub/ckt087
80. Barrett P., Griffin E., Corcoran P., O'Mahony M.T., Arensman E. Self-harm among the homeless population in Ireland: A national registry-based study of incidence and associated factors. *J Affect Disord.* 2018 Mar 15; 229: 523-531. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.040
81. Maloney C., Shah S., Ferguson D.G. Acute management of the self-cutter. *Arch Emerg Med.* 1987 Mar; 4 (1): 39-45. DOI: 10.1136/emj.4.1.39
82. Hintikka J., Tolmunen T., Rissanen M.L., Honkalampi K., Kylmä J., Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health.* 2009 May; 44 (5): 464-467. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.10.003
83. Takeuchi T., Koizumi J., Kotsuki H., Shimazaki M., Miyamoto M., Sumazaki K. A clinical study of 30 wrist cutters. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1986 Dec; 40 (4): 571-581. DOI: 10.1111/j.1440-1819.1986.tb03171.x
84. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Интернет и суицидальное поведение членов общества самопомощи психических больных. *Независимый психиатрический журнал.* 2019; 1: 27-29. [Lyubov Ye.B., Kulikov A.N. Internet and suicidal behavior of members of the society for the self-help of the mentally ill. *Independent psychiatric journal.* 2019; 1: 27-29. (In Russ)]
85. Mars B., Heron J., Biddle L., Donovan J.L., Holley R., Piper M., Potokar J., Wyllie C., Gunnell D. Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *J Affect Disord.* 2015 Oct 1; 185: 239-245. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.001
86. Спадерова Н.Н., Кузнецов П.В., Медведева И.В., Горохова О.В. "Игра со смертью" по данным посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз ГБУЗ ТО "Областная клиническая психиатрическая больница", г. Тюмень. *Тюменский медицинский журнал.* 2018; 20 (2): 26-29. [Spaderova N.N., Kuznetsov P.V., Medvedeva I.V., Gorokhova O.V. "The game of death" according to a comprehensive post-mortem psychological and psychiatric examinations at Regional clinical mental hospital, Tyumen, Russia. *Tyumen Medical Journal.* 2018; 20 (2): 26-29.] (In Russ)
87. Hawton K., Harriss L., Rodham K. How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Jun; 19 (6): 513-523. DOI: 10.1007/s00787-009-0065-0
88. Lavis A., Winter R. #Online harms or benefits? An ethnographic analysis of the positives and negatives of peer-support around self-harm on social media. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020 Aug; 61 (8): 842-854. DOI: 10.1111/jcpp.13245.
89. Польская Н.А., Якубовская Д.К. Влияние социальных сетей на самоповреждающее поведение у подростков. *Консультативная психология и психотерапия.* 2019; 27 (3): 156-174. [Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K. The Impact of Social Media Platforms on Self-Injurious Behavior in Adolescents. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2019; 27 (3): 156-174.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20192703010
90. Horowitz L.M., Ballard E.D., Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr.* 2009 Oct; 21 (5): 620-627. DOI: 10.1097/MOP.0b013e3283307a89
91. King C.A., O'Mara R.M., Hayward C.N., Cunningham R.M. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009 Nov; 16 (11): 1234-1241. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2009.00500.x
92. Bergen H., Hawton K., Waters K., Cooper J., Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *Br J Psychiatry.* 2010 Dec; 197 (6): 493-498. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.077651
93. Bateman D.N., Gorman D.R., Bain M., Inglis J.H.C., House F.R., Murphy D. Legislation restricting Paracetamol sales and patterns of self-harm and death from paracetamol-containing preparations in Scotland. *Br J Clin Pharmacol.* 2006; 62 (5): 573-581. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2006.02668.x
94. Morthorst B.R., Erlangsen A., Nordentoft M., Hawton K., Hoegberg L.C.G., Dalhoff K.P. Availability of Paracetamol sold over the counter in Europe: a descriptive cross-sectional international survey of pack size restriction Basic. *Clin Pharmacol Toxicol.* 2018; 122 (6): 643-649. DOI: 10.1111/bcpt.12959
95. Hawton K., Bergen H., Simkin S., Dodd S., Pocock P., Bernal W., Gunnell D., Kapur N. Long term effect of reduced pack sizes of Paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013; 346: f403. DOI: 10.1136/bmj.f403
96. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Suicidology in the study and practice of medical personnel. *Academic journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)

INTENTIONAL SUICIDAL AND NON-SUICIDAL SELF-CUTTING IN CLINICAL PRACTICE

E.G. Skryabin, P.B. Zotov, M.A. Akselrov,
I.A. Troshina, L.I. Reikher, t,
Yu.A. Petrova, A.G. Buhna

Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia; skryabineg@mail.ru
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru
Tyumen industrial University, Tyumen, Russia; pimtmn@mail.ru

Abstract:

Self-inflicted cuts are a common form of injury in the population, most of which do not require medical intervention. However, direct external damage to the skin and soft tissues is not always accidental. Cuts to one's own body can also be committed intentionally, both with and without suicidal motives. The aim of this research was to study the main characteristics of persons who committed deliberate self-cuts with and without suicidal motive based on an analysis of literature data and using authors' own clinical experience. Results: In Russia, the share of self-injuries in the structure of suicide methods in individual regions ranges from 0.7 to 8.3%. Among suicide attempters this indicator is significantly higher reaching 54.5% for men and 38.5% for women. The frequency of cuts among those died by suicide and attempted suicide is at least 10 times different. Among those admitted to the hospital after a suicidal attempt, the proportion of those committed self-cuts can reach 34-44%. The highest rates of self-cut prevalence are associated with intentional non-suicidal injuries (NSSI) and are most often recorded during adolescence: in Russia it is about 17%, in European countries and the USA it ranges from 17.1 to 46.5%. Females predominate. Self-cutting is characterized by repeated repetition, including over a long period. More often self-cutting is done without suicidal motive, but their presence dramatically increases the risk of dying from suicide within the coming year (for adolescents it exceeds the average more than 30 times). In those seeking medical help, forearm cuts of various depths in the area of superficial veins prevail. Lesions of the non-dominant hand prevail (94.5%), more often multiple (78.6%). Every fifth person (19.1%) has scars from cuts inflicted earlier. Up to 40% of cuts are made in places hidden from outside view, and are usually associated with previous self-harm. Risk factors for deliberate self-harm are similar in many ways to other forms of NSSI: female, adolescence or young age, emotional disturbances, low self-esteem, anxiety and impulsivity, sexual, emotional and physical abuse, deliberate self-harm committed by friends, single-parent family, deliberate self-harm in a family, and additionally for adults – living in the city, no fixed place of residence. Alcohol is detected in only 16-22% of victims, but its use is associated with more severe cut wounds and significantly increases the risk of suicide. With self-cuts, medical attention is usually limited to the surgical component, but surgeons are often unable to assess patients' suicidal intentions based on the characteristics of the wound. Therefore, it is important that they initiate a psychiatric consultation. In working with this contingent, a multidisciplinary approach is proposed, which includes four stages: 1. Initial assessment. 2. Psychological interview. 3. Surgical aid. 4. Rehabilitation. The authors cite observations from their own clinical practice as illustrations. It is concluded that it is necessary to increase the level of training of medical personnel in the field of suicidology and deviant behavior, as well as to organize specialized databases for registration and registration of cases of self-injury (registers).

Key words: self-cutting, self-harm, non-suicidal self-harm, deviant behavior, suicide, suicidal behavior, clinical observations of self-cutting, Tyumen, Western Siberia

Вклад авторов:

Е.Г. Скрябин: разработка дизайна исследования, описание клинических наблюдений, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
М.А. Аксельров: описание клинических наблюдений, написание текста рукописи;
И.А. Трошина: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
Л.И. Рейхерт: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
Ю.А. Петрова: обзор публикаций по теме статьи, перевод текста;
А.Г. Бухна: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

E.G. Skryabin: developing the research design, description of clinical observations, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications, article writing, article editing;
M.A. Akselrov: description of clinical observations, article writing;
I.A. Troshina: reviewing of publications of the article's theme, article writing;
L.I. Reikher, t: reviewing of publications of the article's theme, article writing;
Yu.A. Petrova: reviewing of publications of the article's theme, text translation;
A.G. Buhna: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 06.07.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 26.09.2020.

Для цитирования: Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Трошина И.А., Рейхерт Л.И., Петрова Ю.А., Бухна А.Г. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 130-147. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147

For citation: Skryabin E.G., Zotov P.B., Akselrov M.A., Troshina I.A., Reikher, t L.I., Petrova Y.A., Buhna A.G. Intentional suicidal and non-suicidal self-cutting in clinical practice. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 130-147. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147