

METODIKA

SPECIALISTAMS DARBUI SU SAVE ŽALOJANČIAIS VAIKAIS IR PAAUGLIAIS

PARENGĖ

Dalius Klimavičius, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt;

Prof. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt;

Jūratė Baltrėnė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas jurate.baltrėnė@kaunoklinikos.lt;

Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt;

Metodikai pritarė Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija

TURINYS

I. Įžanga

II. Aktualumas

III. Literatūros apžvalga

IV. Atpažinimas, diagnostika, stebėjimas, gydymas

V. Pagalbos algoritmas

I. Įžanga

Ši metodinė priemonė skirta įvairiems sveikatos priežiūros specialistams, tiesiogiai bendraujantiems su save žalojančiais vaikais ir paaugliais ir priimantiems sprendimus dėl tolimesnės pagalbos šiems jaunuoliams.

Šioje metodikoje savęs žalojimas apibrėžiamas, kaip apsinuodijimas ar savęs žalojimas, kurį asmuo atliko nepriklausomai nuo motyvacijos [1]. Dažniausiai tai apima apsinuodijimą vaistais ar savęs sužalojimą pjaustantis.

Savęs žalojimą reikėtų atskirti nuo socialiai priimtinos praktikos, tokios kaip tatuiruotės, auskarų vėrimas ir religiniai ritualai; netyčinio savęs žalojimo bei netiesioginio savęs žalojančio elgesio, pavyzdžiui, mitybos sutrikimų ar psichoaktyvių medžiagų vartojimo.

Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajame pataisytame ir papildytame leidime (Australijos modifikacija, toliau (TLK-10-AM))[2] savęs žalojimas gali būti sutrikimo simptomu, bet nėra apibrėžiamas kaip atskiras sutrikimas [3]. Tyčinis savęs žalojimas šioje klasifikacijoje nurodomas “išorinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių” skyriuje ir apibrėžiamas X60 – X84 kategorijomis.

Šiuo metodiniu dokumentu siekiama pagilinti įvairių sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių su save žalojančiais vaikais ir paaugliais ne tik gydymo, bet ir visuomenės sveikatos bei ugdymo įstaigose, žinias, pagerinti minėtos tikslinės grupės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, mažinant teritorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus tarp didžiųjų miestų ir rajonų savivaldybių.

II. Aktualumas

Norint suprasti savęs žalojimo mastą, reiktų pasinaudoti ledkalnio modeliu, susidedančiu iš trijų dalių. Ledkalnio viršūnė, sudaranti tik mažą jo dalį – tai mirtys dėl savižudybių. Kitą, matomą, didesnę ledkalnio dalį sudaro savęs žalojimo atvejai, kai asmuo dėl to kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas, įskaitant psichikos sveikatos centrus, ligoninių priėmimo skyrius. Trečioji, panardinta, nematoma, paslėpta, bet didžiausia ledkalnio dalis apima savęs žalojimą, kuris vyksta bendruomenėje. Šie asmenys yra neatpažįstami, jie dažniausiai negauna jokios pagalbos ir gydymo. Vienas iš tyrimų rodo, kad tik 12,6 % save žalojusių asmenų kreipėsi į ligoninę, o didžioji dauguma dėl savęs žalojančio elgesio buvo „nematomi“ specialistams [4]. Save žalojantiems asmenims kyla didesnė savižudybės rizika. Tyrimai parodė, kad per pirmus metus po savęs žalojančio elgesio mirtinos savižudybės rizika padidėja net 30 kartų lyginant su bendrąja populiacija [6]. Kitas tyrimas, kuriame ilgą laiką buvo stebėti į skubios pagalbos skyrių dėl pirmojo apsinuodijimo epizodo patekę paaugliai nustatė, kad jie turėjo daugiau nei 32 kartus didesnę tikimybę mirti nuo savižudybės per vienerius metus ir daugiau nei penkis kartus didesnę tikimybę mirti atsitiktinai nei kontrolinės grupės paaugliai [7].

Ankstyvas save žalojančio elgesio rizikos veiksnių atpažinimas, prevencinės priemonės, savalaikė savęs žalojančio elgesio diagnostika bei tinkama pagalba gali žymiai pagerinti vaikų ir paauglių psichologinę savijautą, prisidėti prie ankstyvo lydinčių psichikos ligų atpažinimo bei sumažinti savižudybių skaičių.

III. Literatūros apžvalga

Epidemiologija

Įvairiose pasaulio šalyse atliktų tyrimų metaanalizės duomenimis, bent vieną kartą gyvenime save yra žaloję vidutiniškai 17,2 proc. mokyklinio amžiaus tiriamųjų [3]. 2019 metais atliktos 15 metų amžiaus 1304 Lietuvos mokinių apklausos duomenimis nustatyta, kad savęs žalojimas yra būdingas 17,3 proc. tiriamųjų [5]. Savęs žalojimas dažniausiai prasideda 12- 14 metų amžiuje [8]. Savęs žalojimo paplitimas tarp psichiatrijos skyriuose gydomų paauglių siekia 50-70 procentų [9]. Vertinant pasiskirstymą tarp lyčių, metaanalizės duomenys rodo, kad paauglystėje 1,5 karto dažniau save žaloja merginos [10]. Savęs žalojimo rizika seksualinių mažumų paaugliams yra 6 kartus didesnė nei tarp heteroseksualių paauglių [11].

Save žalojančio elgesio rizikos veiksniai [3]

- Demografiniai rizikos veiksniai yra paauglystė, moteriška lytis, vienatvė.
- Šeimos rizikos veiksniai yra sveikatos problemos šeimoje, tėvų psichopatologija, psichologinė įtampa, paveikianti vieną ar abu tėvus, išsiskyrę tėvai, konfliktiški tėvų ir vaikų santykiai, sunkumai bendraujant su tėvais, subjektyviai suvoktas ar realus tėvų kritiškumas.
- Psichikos sutrikimai ar simptomai: depresija, nerimo sutrikimai, valgymo sutrikimai, emocinės/ internalizuotos problemos (depresyvus afektas, socialinis atsiribojimas ir izoliacija, neigiamas savęs vertinimas), eksternalizuotos/elgesio problemos (agresija, delinkventinis elgesys, psichoaktyvių medžiagų vartojimas), miego sutrikimai, afekto reguliacijos sutrikimai, impulsyvumas.
- Netinkamas elgesys su vaiku: emocinis, fizinis, seksualinis smurtas vaikystėje, vaiko nepriežiūra.
- Kiti rizikos veiksniai: anksčiau buvęs save žalojantis elgesys, ribinio, histrioninio, narciziško, asocialaus tipo asmenybės bruožai ir sutrikimai, anksčiau buvusios savižudiškos mintys ar elgesys, kiti neigiami gyvenimo įvykiai ir stresoriai, apimantys patyčias, taip pat ir internetines; bendraamžių save žalojančio elgesio poveikis, tarpasmeninės netektys.

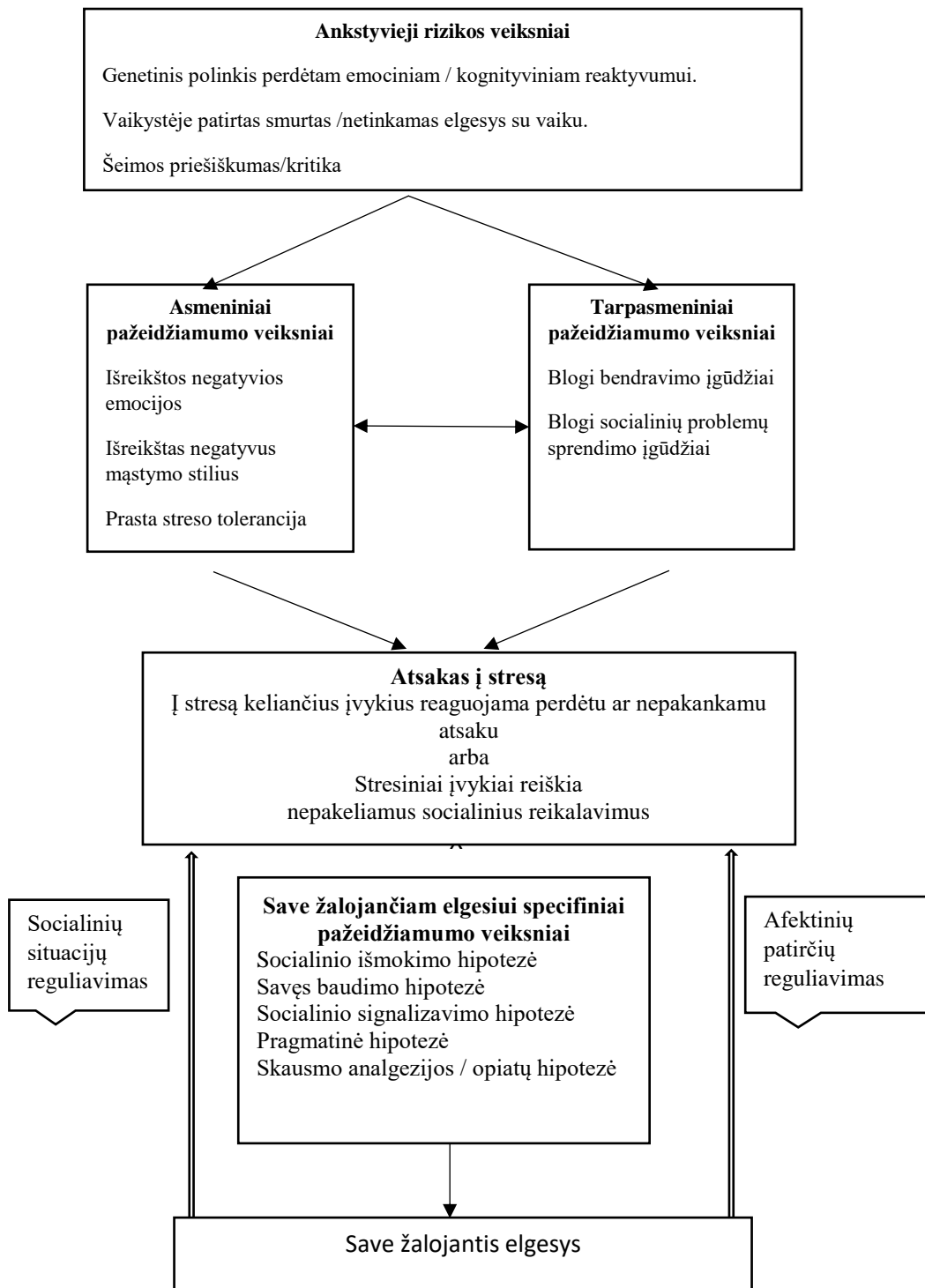
Apsauginiai veiksniai

- Veiksniai, kurie gali apsaugoti paauglius nuo save žalojančio elgesio yra sveika savivertė ar užuojauta sau, malonios, sutariančios asmenybės bruožai (asmenybės šiluma ir draugiškumas), sąžiningumas (atidumas, rūpestingumas) bei pasitenkinimas socialine parama [12,13].
- Paauglių, kurie tapatina save su seksualinėmis mažumomis apsauginiai veiksniai yra ryšys su kitais (pvz., tėvais, kitais suaugusiais ir draugais) ir saugumo jausmas mokykloje.

Save žalojančio elgesio susiformavimas

Save žalojančią elgesį įtakoja psichologiniai, socialiniai ir biologiniai veiksniai.

Integruotas teorinis savęs žalojimo išsivystymo ir palaikymo modelis



Savęs žalojimo atsiradimą aiškinantis integralus modelis (1 schema) [14] rodo, kad savęs žalojimas atsiranda dėl vaikystėje buvusių ir dabar veikiančių rizikos veiksnių sąveikos. Asmuo turi įgimtą ar sukauptos ankstyvos neigiamos patirties (pvz. netinkamas elgesys su vaiku) įtakotą polinkį intrapsichiniams (pvz., polinkis neigiamoms emocijoms ir negatyviam mąstymo stiliui) ir tarpasmeniniams (pvz., prasti bendravimo įgūdžiai) pažeidžiamumo veiksniams. Dėl šių pažeidžiamumo veiksnių asmenims sunku adaptyviai reaguoti į stresorius. Šis nesugebėjimas suvaldyti streso kartu su kitais pažeidžiamumo veiksniais, būdingais save žalojančiam elgesiui (pvz., socialinis išmokimas ir savęs baudimas), padidina savęs žalojimo tikimybę.

Kodėl save žalojantys asmenys renkasi būtent tokį emocijų reguliacijos būdą, nusako šios hipotezės [14]:

- Socialinio išmokimo hipotezė – sprendimas pradėti save žaloti priimamas stebint kitų žmonių tokį elgesį, pirmiausiai draugų, šeimos narių, žiniasklaidoje.
- Savęs baudimo hipotezė – savęs baudimas ar nuvertinimas gali paskatinti save žalojančią elgesį. Savęs žalojimas yra tiesioginio smurto prieš save forma, kuri išmokstama patiriant smurtą ir kritiką iš kitų. Tyrimai patvirtina save žalojančio elgesio sąsajas su vaikystėje patirtu smurtu ir perdėta savikritika paauglystėje. Daugelis save žalojančių asmenų savęs baudimą laiko pagrindiniu tokio elgesio motyvu.
- Socialinio signalizavimo hipotezė – save žalojantis elgesys gali būti ypač veiksminga socialinio bendravimo ir įtakos priemonė, kadangi didelio intensyvumo elgesys, (pvz., agresyvūs gestai, savęs žalojimas) labiau linkęs sukelti norimas pasekmes, nei mažo intensyvumo elgesys (pvz., žodiniai prašymai). Save žalojantis elgesys labiau tikėtinas, kai kitos bendravimo strategijos buvo neveiksmingos dėl nereaguojančios ar nuvertinančios aplinkos.
- Pragmatinė hipotezė – paaugliams, kuriems trūksta gebėjimo konstruktyviai reguliuoti savo emocijas ir elgesį, savęs žalojimas gali būti greitas ir lengvai prieinamas, mažiau pastangų (priešingai nei pvz. atsipalaidavimo pratimai, mankšta) reikalaujantis nusiramino, įtampos mažinimo būdas.
- Skausmo analgezijos /opiatų hipotezė – žalojimosi metu kai kurie asmenys nejaučia ar jaučia silpną skausmą. Tam galimi du paaiškinimai. Pirmasis daro prielaidą, kad savęs žalojimo metu išsiskiria endogeniniai opioidai, kurie sukelia anesteziją ir sumažina streso lygį. Antrasis atkreipia dėmesį į galimą didesnę turimų endogeninių opioidų kiekį, kas lemtų didesnę toleranciją skausmui ir sudaro galimybę tokiam elgesiui.

Savęs žalojančio elgesio funkcijos

Savęs žalojimas prasideda ir gali tęstis todėl, kad šis elgesys pacientui atlieka vieną ar daugiau svarbių funkcijų. Šios funkcijos gali būti suprantamos įvertinant veiksnius ir įvykius, vykstančius prieš pat save žalojančią elgesį ar iš karto po jo. Praktiniame darbe tai gali mums padėti suprasti paciento save žalojančio elgesio priežastis ir metodus, pasirinkti tinkamiausią taktiką kaip jam padėti.

Žvelgiant iš funkcinės perspektyvos, save žalojančią elgesį palaiko keturi pastiprinimo procesai [14]. Šie procesai skiriasi priklausomai nuo to, ar pastiprinimas yra teigiamas ar neigiamas ir, ar to įvykio pasekmė yra intrapsichinė ar socialinė (tarpasmeninė).

1. Intrapsichinis neigiamas pastiprinimas – elgesys sumažina (reguliuoja) neigiamas ir priešiškas mintis ir emocijas, tokias kaip pyktis, liūdesys ir nerimas.
2. Intrapsichinis teigiamas pastiprinimas – elgesys sukelia norimus jausmus ir mintis (pvz., geriau jausti ką nors, nei visiškas „bejausmiškumas“, „net jei tai yra skausmas“ arba pasitenkinimas dėl savęs nubaudimo).
3. Socialinis neigiamas pastiprinimas – elgesys padeda pabėgti nuo nepageidaujamų socialinių reikalavimų ir nepakeliamų socialinių situacijų (pvz., vaikui leidžiama neiti į mokyklą ir likti namuose).
4. Socialinis teigiamas pastiprinimas – elgesys sukelia teigiamą kitų atsaką, pvz. dėmesį ar paramą iš šeimos ar draugų.

Dažniausiai pacientai teigia, kad save žalojantis elgesys jiems padeda suvaldyti neigiamas emocijas (intrapsichinis neigiamas pastiprinimas). Tačiau dažnai save žalojantis elgesys atlieka daugiau nei vieną iš šių keturių funkcijų.

Save žalojančio elgesio klinikiniai ypatumai

Savęs žalojimui pacientai naudoja įvairius būdus. Dažniausiai (apie 70-90 proc.) pjaustoma ar aštriu daiktu durinama oda. Kiti žalojimosi būdai – tai žodžių ar simbolių pjaustymas odoje, odos deginimas karštais daiktais, kūno dalių daužymas, odos braižymas iki kraujavimo, kandimas sau iki kraujavimo, odos trynimasis į šiurkščius paviršius, žaizdų krapštymas trukdant joms gyti, odos suspaudimas iki kraujavimo, pavojingų cheminių medžiagų prarijimas. Dažniausiai žalojamos rankos, plaštakos, riešai, šlaunys, tačiau gali būti sužalota bet kuri kūno vieta [16]. Save žalojantys asmenys turi didesnę skausmo slenkstį, didesnę skausmo toleranciją, jų skausmo intensyvumo pojūtis yra mažesnis lyginant su tais, kurie savęs nežaloja [17]. Vaistai, kuriais dažniausiai nuodijasi paaugliai yra analgetikai ir antidepresantai [18]. Paaugliams, kurie save žaloja, dažniausiai stebimi funkcionavimo sutrikimai mokykloje ir socialinėje srityje [19]. Kartu su save žalojančiu elgesiu dažnai pasireiškia ir kiti psichiatriniai simptomai: sutrikusi afekto reguliacija, negatyvus mąstymo stilius, žema savivertė, vienišumo jausmas, valgymo sutrikimai, rizikingas seksualinis elgesys, miego sutrikimai, lydimi naktinių košmarų [15]. Daugelis save žalojančių paauglių atitinka psichikos sutrikimų kriterijus. Tačiau save žalojantis elgesys gali pasireikšti ir nesant psichikos sutrikimo [20]. Asmenys, kurie save žaloja dažniausiai serga šiais psichikos sutrikimais: nerimo, depresijos, elgesio, valgymo, potrauminio streso sutrikimais, psichikos ir elgesio sutrikimais dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo. Jiems būdingi ribinio, nerimastingo [vengiančio], paranoidinio tipo asmenybės sutrikimai [20,21].

Nagrinęjant save žalojančio elgesio dinamiką nustatyta, kad dalis asmenų save žaloja tik vieną kartą. Tie, kurie save žaloja pakartotinai, dažniausiai nustoja save žaloti baigiantis paauglystei.

IV. Atpažinimas, diagnostika, stebėjimas

Požymiai, galintys padėti atpažinti, kad paauglys save žaloja:

- Dažni dilbių, riešų ir plaštakų ar kitų kūno dalių sužalojimai, kuriems nėra paaiškinimo arba pateikiami kaip „nelaimingi atsitikimai“; ypač sužalojimai, dėl kurių atsiranda randų ant nedominuojančios rankos,
- Neįprasta arba netinkama apranga, kelios apyrankės ar kiti papuošalai, dengiantys didelius dilbių plotus; rūbai ilgomis rankovėmis šiltu metų laiku; atsisakymas

dalyvauti veikloje, kurios metu reikia nusiimti drabužius, pvz., sporto pamokose ar baseine,

- Anksčiau buvęs save žalojanti elgesys.

Save žalojančio elgesio diagnostika turėtų būti bendro klinikinio įvertinimo dalis, apimanti psichikos ir kitų medicininių sutrikimų anamnezės rinkimą, psichikos būklės vertinimą, fizinę apžiūrą bei, esant reikalui, laboratorinių tyrimų atlikimą. Vienas iš tyrimų atskleidė, kad 42 proc. save žalojusių paauglių niekam apie tai nebuvo pranešę [22].

Gydytojas ar kitas specialistas, įtaręs, kad vaikas ar paauglys save žaloja, turi inicijuoti asmens, išgyvenančio savižudybės krizę, psichosocialinį vertinimą, nukreipdamas pacientą į asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje dirba gydytojas psichiatras, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba medicinos psichologas, kaip tai apibrėžia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-856 “Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašas”.

Jei savižudybės rizika yra maža arba vidutinė, šių specialistų įvertinimui galima nukreipti į ambulatorines vaikų psichiatrijos paslaugas teikiančias įstaigas – psichikos sveikatos centrą arba konsultacinę polikliniką. Jeigu savižudybės rizika didelė, reikalinga skubi šių specialistų konsultacija, esant reikalui nukreipimas į ligoninės skubios pagalbos skyrių ar greitosios medicinos pagalbos kvietimas bendrosios pagalbos telefonu 112. Apie šių specialistų konsultacijos poreikį ir tvarką turi būti informuojamas tiek pats vaikas/paauglys, tiek jo tėvai/globėjai. Savižudybės rizikos įvertinimas aprašytas toliau.

Įtarus save žalojančią elgesį, svarbus somatinės būklės, žaizdų įvairiose kūno dalyse įvertinimas ir, jei reikia, gydymo, detoksikacijos, perrišimų, vakcinacijos nuo stabligės skyrimas.

Specialistas, atpažinęs savęs žalojimo riziką, atlieka preliminarų psichikos būklės vertinimą. Vertinimas gali būti atliekamas pradžioje dalyvaujant tėvams/ globėjams kartu, bet svarbu kad pacientas būtų apklausiamas ir vienas.

Tėvus ir patį pacientą reikėtų tiesiogiai paklausti apie save žalojančią elgesį, nelaukiant, kol jie patys apie tai papasakos. Svarbu išsiaiškinti, ar pacientas norėjo save žaloti, ar jis turėjo ir ketinimą mirti.

Pokalbio metu, aiškinantis save žalojančio elgesio aplinkybes, svarbu valdyti savo kalbos toną, būti atviriems, empatiškiems, susirūpinusiems, tačiau vengti smerkiančių, kritiškų ir piktų reakcijų. Negatyvus specialisto reagavimas gali sustiprinti stigmą, mažinti paauglio norą kalbėti apie save žalojančią elgesį ir įsitraukimą į gydymo procesą.[23, 24]

Jei pacientas patvirtina, kad save žaloja, reikėtų išsiaiškinti tokio elgesio trukmę, dažnį, savęs žalojimo būdus, aplinkybes bei tokio elgesio funkcijas jam, užduodant detalius klausimus:

- Kada toks elgesys prasidėjo? Kas nutiko, kai pirmą kartą susižalojai?
- Elgesio dažnis. Kaip dažnai per pastarąjį mėnesį, praėjusius metus ar pačiu sunkiausiu asmens gyvenimo momentu kartojosi savęs žalojimas? Kiek pjūvių įvyksta per vieną susižalojimo epizodą? Ar dažnis padidėjo, sumažėjo arba išliko maždaug toks pat per pastarąjį mėnesį ar praėjusius metus?
- Ankstesni ir dabartiniai savęs žalojimo būdai.

- Sužalojimų medicininis sunkumas / pavojingumas. Ar kada nors anksčiau kreipeisi į medikus dėl savęs žalojimo? Kaip paprastai rūpiniesi žaizdomis?
- Sužalojimų vieta ant kūno.
- Kontekstas. Ar žalojiesi vienas, ar kartu su kitais?
- Epizodo trukmė. Kai save žaloji, kiek laiko paprastai tai trunka?
- Kokie įvykiai, jausmai, mintys būna prieš save žalojantį elgesį ir jį paskatina?
- Elgesio pasekmės. Ar skauda susižalojus? Kaip jautiesi iškart susižalojęs? Kaip jautiesi praėjus kelioms valandoms po savęs sužalojimo?
- Elgesio funkcija. Kodėl žalojiesi? Kaip tau padeda savęs žalojimas? Toks elgesys pacientui gali atlikti kelias funkcijas. Dažniausia savęs žalojimo funkcija yra neigiamų emocijų (pvz., pykčio, nerimo ir liūdesio) reguliavimas.
- Apsauginiai veiksniai. Ar susižaloji kiekvieną kartą, kai kyla noras sau pakenkti, ar kartais sugebi atsispirti potraukiui? Jei gali atsispirti potraukiui, kas tau padeda tai padaryti?
- Poveikis funkcionavimui. Ar save žalojanti elgesys apsunkina tavo gyvenimą? Ar tai trukdo mokyklai ar santykiams (su šeima, draugais)? Ar toks elgesys neleidžia daryti to, ką norėtum daryti?
- Elgesio stabdymas. Ar bandei atsisakyti tokio elgesio praeityje? Jei taip, kiek laiko tai truko ir kokios priežastys paskatino nesižaloti? Ar nori dabar nebesižaloti?
- Taip pat svarbu įvertinti santykius šeimoje, su draugais ir bendraamžiais, tarpasmeninius stresorius, kitus psichikos simptomus ir sutrikimus. Ar pacientas savo elgesį atskleidė šeimai, draugams, ar jaučia jų paramą?
- Ar pacientas jau gydomas dėl savęs žalojimo ar psichikos sutrikimo?

Sekantis žingsnis - savižudybės rizikos vertinimas [25]:

Savižudybės rizika yra didelė, kai:

- Pacientui diagnozuota sunki depresija, psichozė su imperatyvinėmis (liepiančiomis kažką daryti) haliucinacijomis arba kliesdėmis apie mirtį, pacientas apimtas beviltiškumo, savęs nuvertinimo minčių, išreikštas pyktis ir priešiškumas.
- Nuolatinės/konkrečios mintys apie savižudybę su aiškiais ketinimų įrodymais, buvęs bandymas su didele letališkumo rizika.
- Dabar esanti intoksikacija, piktnaudžiavimas ar priklausomybė psichoaktyvioms medžiagoms (PAM).
- Apsunkintas objektyvios anamnezės (duomenų) gavimas, ji prieštaringa.
- Pacientas atsisako pagalbos; nėra palaikančių santykių tinklo ar priešiški santykiai; artimieji nepasiekiami, negali padėti, serga psichikos liga, smurtauja ar vartoja PAM.
- Turi aiškų planą, numatytą laiką ir priemones savižudybei.

Savižudybės rizika yra vidutinė, kai:

- Vidutinio sunkumo depresija, saikingas liūdesys, beviltiškumas, kai kurie psichozinio sutrikimo simptomai, vidutiniškai išreikštas pyktis, priešiškumas.
- Dažnos mintys apie savižudybę, pasikartojantys grasinimai, daugkartiniai suicidiniai bandymai su maža letališkumo rizika.
- Intoksikacijos, žalingo vartojimo ar priklausomybės PAM rizika.

- Gaunama tam tikra objektyvi informacija apie įvykio aplinkybes, bet kyla abejonės išpasakotų įvykių patikimumu.
- Paciento požiūris į savo poelgį ir tolimesnę pagalbą ambivalentiškas; gali būti ribotas artimųjų palaikymas, bet artimieji nepageidauja ar nesugeba palaikyti ilgą laiką; vidutiniškai išreikšti psichikos sutrikimų simptomai šeimos narių tarpe, šeimos nestabilumas ar disfunkcinis auklėjimas.

Savižudybės rizika yra maža, kai:

- Nėra depresijos arba lengva depresija, liūdesys, nėra psichozės simptomų, optimistiškas požiūris į ateitį, nėra ar mažai išreikštas pyktis, priešiškusumas.
- Nėra arba nekonkrečios mintys apie savižudybę, nėra buvę suicidinių bandymų praeityje, ar vienas su mažu letališkumu.
- PAM nenaudojamos arba retai naudojamos.
- Įmanoma gauti patikimą informaciją apie asmenį, įvykio aplinkybes.
- Pacientas priima pagalbą, kuriasi terapinis aljansas (bendradarbiavimas) su konsultantu; geri tarpusavio santykiai su artimaisiais, yra jų palaikymas, artimieji gali nuolat padėti, palanki atmosfera šeimoje.

Asmeniui, kuriam nustatyta diagnozė pagal TLK-10-AM žymima tyčinio savęs žalojimo kodais X60–X84 (išorinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių skyriuje) bei kodu Z91.5 (Buvęs asmeniui savęs žalojimas), turi būti atliekamas savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas ir paruošiamas savisaugos planas. Detalus šio vertinimo atlikimas apibrėžtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymu Nr. V-856 “Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašas”.

Gydymas

Jei pacientas konsultuojamas medikų dėl savęs žalojimo ar apsinuodijimo vaistais, skubiai sprendžiamas chirurginio žaizdų gydymo poreikis bei indikacijos detoksikaciniam gydymui.

Stacionarinis gydymas vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionare indikuotinas, kai:

- Savižudybės rizika yra didelė, nėra alternatyvių būdų užtikrinti paciento saugumo namuose.
- Po bandymo nusižudyti, sunkaus kūno sužalojimo ar intoksikacijos reikalinga tęstinė medicinos pagalbos stacionare.
- Neįmanoma patikimai įvertinti savižudybės rizikos.

Sprendimą dėl nepilnamečio paciento stacionarizavimo į psichiatrijos skyrių priima jį konsultavęs gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras.

Tačiau ne visi asmenys, kuriems yra savižudybės grėsmė, turi būti paguldyti į ligoninę.

Kai savižudybės rizika vidutinė - pacientas gali būti nukreipiamas į vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarą, su sąlyga, kad pacientui grįžus kiekvieną dieną į namus bus užtikrinamas jo saugumas. Jei savižudybės rizika maža – gali būti taikomas ambulatorinis gydymas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Priimant sprendimą dėl hospitalizacijos ar ambulatorinio gydymo nėra griežtų taisyklių. Reikėtų atsižvelgti į tokius veiksnius, kaip šeimos parama, pagalbos išteklių turėjimas, save

žalojančio elgesio dažnis ir sunkumas, lydintys psichikos sutrikimai, stacionarinių lovų skaičius, neformalios paramos tinklo būvimas, kultūrinės tradicijos. Sprendimas turėtų būti priimtas remiantis klinikiniu situacijos įvertinimu, įtraukiant pacientą bei jo šeimą. Jei kyla abejonių, reikėtų pasitarti su kolega.

Jei pacientą nusprendžiama nukreipti ambulatoriniam gydymui iš skubios pagalbos skyriaus ar baigus stacionarinį gydymą vaikų ir paauglių psichiatrijos skyriuje, svarbu prieš tai su pacientu paruošti savisaugos planą, kuris labai padeda padidinti paciento saugumą.

Pagrindiniai savisaugos plano elementai yra:

- įspėjamieji savižudybės krizės ženklai;
- strategijos, kaip įveikti potraukį žalotis (veiklos, padedančios atsipalaiduoti arba nukreipti dėmesį, pavyzdžiui, mankštintis, klausytis muzikos, rašyti ar skaityti);
- žmogiškieji ištekliai, kuriais pacientai gali pasinaudoti kai jaučiasi nesaugūs, įskaitant šeimą, draugus ir psichinės sveikatos priežiūros paslaugas;
- aplinkos saugumo padidinimas, atsisakant savęs žalojimui naudotų priemonių.

Sudėtinis (kompleksinis) gydymas. Bendradarbiavimas.

Sudėtinį (kompleksinį) gydymą sudaro įvairios individualiai parinktos nemedikamentinės priemonės ir, esant reikalui, gydymas vaistais. Teikiant sudėtinę pagalbą save žalojančiam asmeniui gali būti siekiama šių tikslų:

- užtikrinti, kad savęs žalojimas nestiprėtų;
- sumažinti žalą atsirandančią dėl savęs žalojimo, sumažinti arba sustabdyti savęs žalojimą;
- sustabdyti elgesį, kuris gali padidinti savęs žalojimo riziką;
- pagerinti socialinį funkcionavimą bei gyvenimo kokybę;
- sumažinti lydinčių psichikos sveikatos sutrikimų išreikštumą.

Šiuos tikslus galima pasiekti specialistams bendradarbiaujant su save žalojančiu asmeniu, jo šeima, globėjais, kitais svarbiais asmenimis.

Šeimos medicinos gydytojas, gydytojas psichiatras ar gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, kiti specialistai (psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas ir kt.), dirbantys su save žalojančiais vaikais ir paaugliais, pagal kompetenciją turi stebėti vaiką dėl psichikos būklės pasikeitimo, kompleksinio gydymo režimo laikymosi, medikamentinio gydymo (jei taikomas) efektyvumo, toleravimo ir šalutinio poveikio. Jeigu stebimas ūmus psichikos būklės ar elgesio pablogėjimas, save žalojančio elgesio sustiprėjimas, minčių apie savižudybę atsiradimas, pacientas turi būti nukreipiamas skubiai gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar gydytojo psichiatro konsultacijai.

Pacientams, prisirašiusiems prie pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ASPĮ, psichikos sveikatos specialistų pagalba teikiama be šeimos gydytojo nukreipimo.

Specializuotai ambulatorinei vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugai siunčia:

- gydytojas psichiatras, dirbantis psichikos sveikatos centre (PSC), šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas, kai PSC, prie kurios prisirašęs pacientas, nedirba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, diagnozei nustatyti ir gydymui skirti ir (ar) keisti;

- PSC dirbantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, kai reikia patikslinti diagnozę ir PSC neturi reikiamų diagnostikos priemonių arba PSC taikomas ambulatorinis gydymas yra neefektyvus.

Save žalojantys vaikai ir paaugliai, įvertinus savižudybės riziką, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro gali būti nukreipti kompleksinei pagalbai į vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarą.

Save žalojantiems vaikams ir paaugliams su lydinčiais psichikos sutrikimais, turintiems biosocialinių funkcijų sutrikimų, ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu gali būti teikiamos medicininės reabilitacijos paslaugos. Dėl paslaugų poreikio pacientą gydantį gydytoją konsultuoja fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kuris paskiria atitinkamas paslaugas. Šias paslaugas teikia medicininės reabilitacijos komandos nariai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, medicinos psichologas, bendrosios praktikos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt. Vaikams gali būti skiriamos pirmo ir/arba antro etapo medicininės reabilitacijos paslaugos.

Save žalojantiems vaikams ir paaugliams, esant gretutiniams psichikos sutrikimams, gali būti rekomenduojamas namų mokymas (trukmė kiekvienam vaikui nustatoma individuali, tačiau ne ilgesnė kaip 12 mėnesių) arba nuotolinis mokymas nuotolinio mokymo paslaugas teikiančiose mokyklose (Vilniaus Ozo gimnazija, Kauno Puškino gimnazija ir Šiaulių Simono Daukanto gimnazija). Namų arba nuotolinį mokymą rekomenduoja gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, o skiria asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje vaikas yra prisirašęs, gydytojų konsultacinė komisija (GKK).

Jei yra duomenų, kad save žalojantis vaikas ar paauglys gali turėti specialiuosius ugdymosi poreikius (SUP), švietimo įstaigos, kurioje vaikas ugdomas, vaiko gerovės komisija (VGK) SUP nustatymui nukreipia vaiką į pedagoginę psichologinę tarnybą (PPT). Vaiko SUP įvertinami tam, kad vaikui būtų nustatyta pagalbos ir paslaugų reikmė, siekiant sudaryti jam optimalias ugdymo ir ugdymosi sąlygas. Remiantis LR švietimo ir mokslo ministro 2011m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-1795 „Mokinių, turinčių specialiųjų ugdymosi poreikių, ugdymo organizavimo tvarkos aprašu“ vaikui gali būti skiriamos pritaikytos pradinio, pagrindinio, vidurinio ugdymo bendrosios programos, siekiant sudaryti sąlygas įgyti tinkamą išsilavinimą arba individualizuotos pradinio, pagrindinio ugdymo programos, skirtos sutrikusio intelekto mokiniams.

Vaiką ugdantys pedagogai pirmieji gali pastebėti vaiko save žalojančią elgesį, elgesio ir emocijų pokyčius, išryškėjusius naujus simptomus. Tėvų informavimas dėl stebimų vaiko pokyčių yra svarbus siekiant savalaikio kreipimosi į psichikos sveikatos priežiūros specialistus.

Vertinant vaiko save žalojančio elgesio priežastis, įtariant gretutinį psichikos sutrikimą, svarbu gauti informaciją iš kelių šaltinių, t.y. su vaiku dirbančių pedagogų, mokyklos specialistų išvados, žinios apie vaiko šeimą, gyvenimo sąlygas namuose. Informacija iš skirtingų vaiko veiklos sričių padeda geriau identifikuoti vaiko problemas, sudaryti pagalbos ir gydymo planą.

Nemedikamentiniai gydymo metodai

- Psichoedukacija – pacientų ir jų tėvų/globėjų mokymas apie ligą bei sveikatą, remiantis mokslinėmis medicinos ir psichologijos teorijomis, siekiant, kad pacientas geriau įsisąmonintų savo būklę, bei pagerinti bendradarbiavimą gydymo procese.
- Psichologinis konsultavimas – tai medicinos psichologo teikiama pagalba pacientams, skirta padėti jiems suprasti ir išmokyti spręsti asmenines arba tarpasmenines su psichologine savijauta ir elgesiu susijusias problemas.
- Psichoterapija – sąmoningas psichologinių intervencijų ir tarpasmeninių santykių naudojimas tam, kad kvalifikuotas psichoterapeutas padėtų pacientui geriau suprasti ir koreguoti tuos psichologinius mechanizmus, kurie lemia psichikos sutrikimų simptomus ir susijusias psichosocialinio gyvenimo problemas. Vaikų psichoterapija – ryšiu su psichoterapeutu grindžiama pagalba vaikui, siekiant išspręsti jo emocijas, elgesio ir tarpasmenines problemas, trukdančias normaliam vystymuisi.
- Kognityvinė elgesio terapija – moksliskai pagrįstas ir įrodytas tikslingas minčių ir elgesio keitimo metodas, kuriuo siekiama pašalinti simptomus ar geriau adaptuotis.
- Tėvų konsultavimas – psichinės sveikatos priežiūros specialistų pagalba tėvams, siekiant padėti jiems geriau atlikti tėvų vaidmenį (tiek bendravimo su vaiku įgūdžių, tiek gebėjimo stebėti bei suprasti vaiką, prasme).
- Šeimos psichoterapija – gydymo metodas, kai gilinantys tarpasmeninius santykius šeimoje ir už jos ribų, padedama spręsti asmenines ir šeimos problemas; skatinamas pozityvus vaiko auklėjimas, ugdomi tėvų ir visos šeimos gebėjimai spręsti konfliktus ir problemas, tuo būdu mažinamas stresas tėvams ir vaikams.
- Aplinkos terapija – pacientui ir (ar) jų grupei vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro, stacionarines ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose psichikos sveikatos slaugytojo, ergoterapeuto, socialinio darbuotojo, meno terapeuto, vadovaujant gydytojui vaikų ir paauglių psichiatrui ir (ar) medicinos psichologui taikoma struktūruota programa, kuri padeda pacientui saugiai jaustis, moko suvokti elgesio pasekmes ir sąmoningai rinktis tinkamus elgesio būdus bei įsisavinti įgūdžius, būtinus socialinei kompetencijai atkurti, ir kuri apima struktūruotas aplinkos sukūrimą, mokymo, užimtumo ir fizinio aktyvumo organizavimą, paciento elgesio valdymą, terapinės erdvės, suskirstytos į zonas, įrengimą.
- Ergoterapija – asmens / grupių įgalinimas prasminga veikla, siekiant asmens / grupių gerovės, skatinant aktyvumą ir įsitraukimą į prasmingą (-as) veiklą (-as), ugdant reikiamus įgūdžius, įpročius, vaidmenis kasdienėje, mokymosi, darbinėje / profesinėje bei laisvalaikio aplinkose namuose ir bendruomenėje.
- Meno terapija – kūrybinio meno ar raiškos meno terapija, skatina žmones reikšti, suprasti emocijas per meninę raišką ir kūrybinį procesą. Menų terapijos jungia dailės, muzikos, dramos, judesio, šokio, poezijos kryptis.
- Specialioji pedagoginė pagalba – priemonės, kuriomis siekiama didinti asmens, turinčio specialiųjų ugdymosi poreikių, ugdymosi veiksmingumą.
- Socialinė pagalba – intervencijos, skirtos būtinų socialinių įgūdžių ir pagalbos priemonių, paramos pritaikymui, stengiantis kurti geresnę (sveikesnę) paciento aplinką. Vaikų psichikos sutrikimu gydyme apima tokias veiklas: sprendžiamos paciento socialinės problemos, užtikrinamas socialinis saugumas, sprendžiami globos klausimai, ginamos pacientų teisės ir teisėti interesai.

Literatūros duomenimis, pirmos eilės gydymo metodas save žalojantiems paaugliams yra dialektinė elgesio terapija. Ji paprastai skiriama ambulatoriniams pacientams ir apima grupinę terapiją su įvairių įgūdžių lavinimu (įsisąmoninimu grįstos intervencijos, streso tolerancijos

didinimas, efektyvesnis emocijų reguliavimas, tarpasmeninio bendravimo efektyvumo korekcija) ir individualią terapiją, nukreiptą į save žalojančio elgesio mažinimą [26,27.28].

Antros eilės gydymo metodas paaugliams, kuriems nepadeda dialektinė elgesio terapija ar kai jie atsisako šio gydymo metodo, yra kognityvinė elgesio terapija [26,27.28].

Trečios eilės gydymo metodas paaugliams, kuriems nebuvo efektyvi prieš tai taikyta dialektinė elgesio terapija, kognityvinė elgesio terapija ar nėra galimybių jas taikyti yra psichodinaminė psichoterapija [26,28].

Save žalojantis elgesys labai dažnai pasireiškia su kitais psichikos sutrikimais, kurie turi būti gydomi lygiagrečiai.

Medikamentinis gydymas

Asmenys, kurie save žaloja, dažnai serga depresijos, elgesio, valgymo, nerimo, potrauminio streso sutrikimais, psichikos ir elgesio sutrikimais dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo. Jiems gali būti būdingi ribinio, nerimastingo [vengiančio], paranoidinio tipo asmenybės bruožai. Save žalojantys vaikai ir paaugliai visada turi būti gydomi kompleksiskai, atsižvelgiant į konkretaus paciento ypatumus, derinant nemedikamentinius gydymo metodus ir, esant indikacijoms, gydymą vaistais.

Sprendimą pradėti gydymą vaistais priima gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, įvertinęs paciento psichikos būklę, ligos anamnezę ir fazę, anksčiau taikyto gydymo efektyvumą, nustatęs diagnozę ir sudaręs gydymo planą. Paskyrus gydymą vaistais, turi būti tęsiamas ir gydymas nemedikamentiniais metodais.

Sudėtinio gydymo atsaką vertina gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichiatras ir/arba šeimos medicinos gydytojas.

Apie save žalojančių vaikų ir paauglių gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras.

Vaikams ir paaugliams rekomenduojamas palaipsninis gydymo vaistais užbaigimas per 4-8 savaites. Užbaigus gydymą vaistais vaikams ir paaugliams rekomenduojamas stebėjimas dėl galimo recidyvo 12 arba 24 mėnesius, tęsiant gydymą nemedikamentiniais metodais.

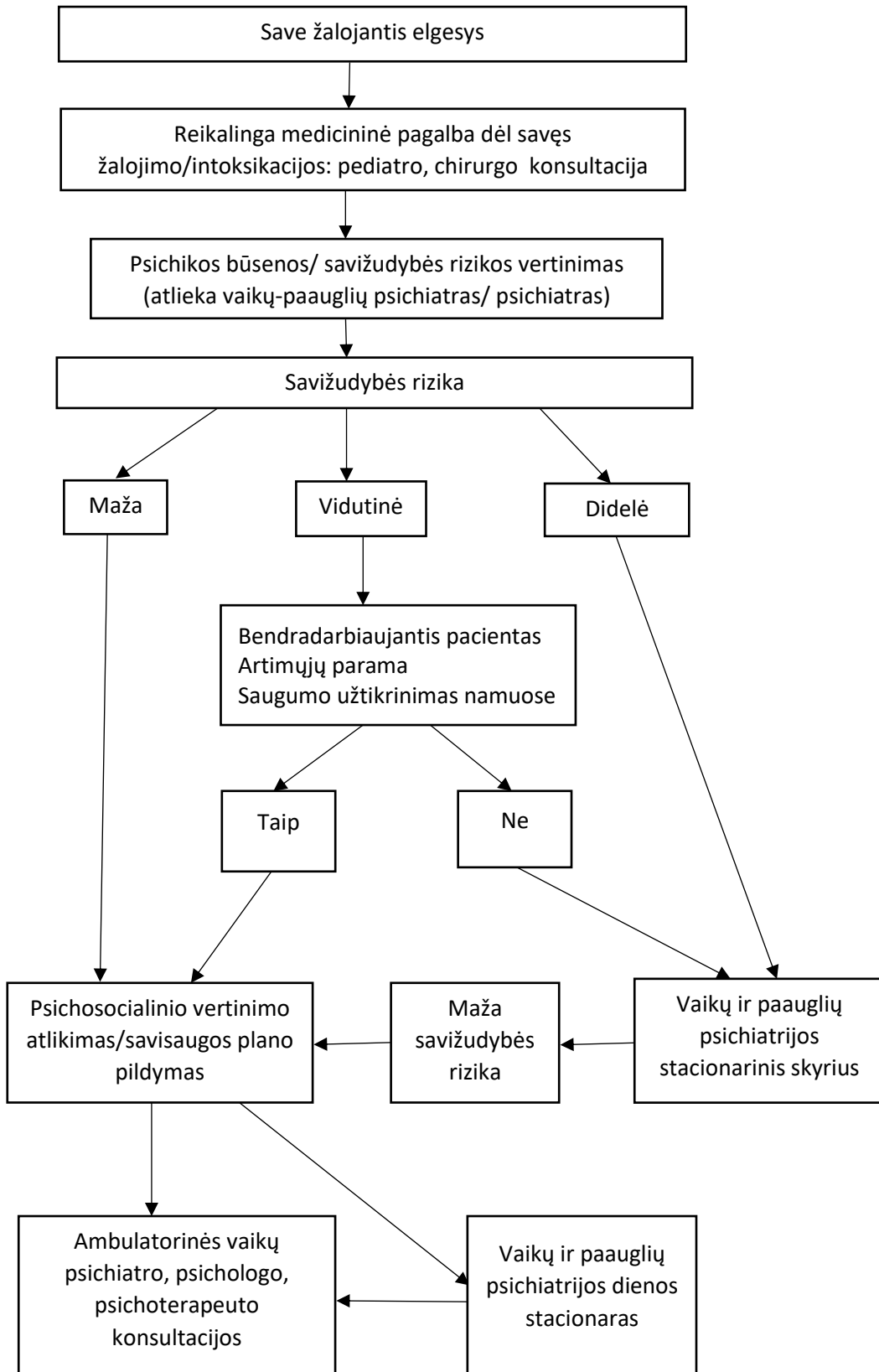
Remisijos kriterijai gydant save žalojančius vaikus ir paauglius: nebesikartoja save žalojantis elgesys, ne daugiau nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar su bendraamžiais (VBVS > 71).

Pagalba save žalojančiam jaunuoliui mokykloje ar neformalaus ugdymo įstaigoje

- Kai atpažįstate, kad jaunuolis save žaloja, pabandykite rasti būdų, kaip su juo pasikalbėti apie tai, kaip jis jaučiasi.
- Pasikalbėkite su jaunuolio auklėtoja ar kitu gerai jį pažįstančiu asmeniu ir pabandykite suprasti, kaip paauglys dabar gyvena, kokios jo stiprybės ir sunkumai, kas jį žeidžia.
- Jaunuoliui yra labai svarbu, kai jis gali pasikalbėti su tuo, kuriuo pasitiki, kuris jo tinkamai klauso ir neteisiam.
- Nepasiduokite pagundai liepti daugiau jam taip nebedaryti arba prašyti, kad jis pasižadėtų to nedaryti.

- Svarbu, kad į visus bandymus save žaloti ar nusižudyti būtų žiūrima rimtai. Jaunuolio reikėtų paklausti, ar jis neturi minčių apie savižudybę.
- Jei radote jaunuolį, kuris save žaloja perdozuodamas vaistus, kitas medžiagas ar susipjaustė odą, stenkitės išlikti ramūs, nuraminkite jį ir teikite pirmąją pagalbą pagal algoritmą, kurio laikosi mokykla. Perdozavimo atveju neatidėliotinai skambinkite skubios pagalbos tarnybų telefonu 112, paprašykite patarimo, vykdykite jų nurodymus.
- Laikykitės nesmerkiančio požiūrio į jaunuolį. Pabandykite nuraminti jį paaiškindami, kad suprantate jį, kad žalodamas save jis/ji bando padėti sau įveikti įtampą, bet jūs esate, kad padėtumėte jam. Paaiškinkite, kad jūs turėsite apie tai kam nors pasakyti. Pabandykite kartu aptarti, kam būtų geriausia apie tai pranešti.
- Pasakykite jaunuoliui, kad svarbu, jog apie tai žinotų jo tėvai. Aptarkite, ko jis galėtų bijoti, jei apie tai sužinotų tėvai.
- Susisiekite su paauglio tėvais/globėjais, nebent pačiam paaugliui kyla pavojus dėl galimo smurto ar kitų aplinkybių. Šiuo atveju informuokite nedelsiant Vaiko teisių apsaugos tarnybą.
- Suteikite informaciją jaunuolio tėvams/globėjams apie save žalojančią elgesį, kad jie paauglį galėtų palaikyti.
- Pagalvokite apie galimus išteklius/paramą jaunuoliui mokykloje (pvz. psichologo konsultacijos, socialinio pedagogo vertinimas/pagalba), vietos bendruomenėje. Su mokyklos slaugytoja, psichologe, socialine pedagoge bei jaunuolio tėvais/globėjais aptarkite galimybę nukreipti paauglį šeimos gydytojo, psichologo, vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.
- Aptarkite galimybę bendradarbiauti su pagalba jaunuoliui teikiančiomis institucijomis.
- Po tėvų susirinkimo pasikalbėkite su jaunuolio tėvais asmeniškai arba parašykite jiems laišką, išreiškdami savo susirūpinimą.
- Turėkite krizinės pagalbos telefono numerius, kuriuos, esant reikalui, galėsite pateikti jaunuoliui: Vaikų linija 116111 (darbo laikas nuo 11 iki 23 val.); Jaunimo linija 8 800 28888.
- Apie incidentą įrašykite dokumentuose pagal jūsų įstaigos reglamentą.
- Jei reikia, ieškokite paramos sau.

V. Pagalbos algoritmas save žalojantiems vaikams ir paaugliams



Literatūra

1. Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., et al. (2003) Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, 33, 987–995.
2. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM). <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>
3. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Jan 19;115(3):23-30. doi: 10.3238/arztebl.2018.0023
4. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ: Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suic Life Threat Behav* 2014; 44: 273–303.
5. Lipkytė L. Savęs žalojimo problema paauglystėje: patiriami sunkumai ir pagalbos poreikiai. Magistro darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2019 Sep;64. Prieiga per internetą: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/103002>.
6. Keith Hawton, Liz Bale, Fiona Brand, Ellen Townsend, Jennifer Ness, Keith Waters, Caroline Clements, Nav Kapur, Galit Geulayov. 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. Epub 2020 Jan 8.
7. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S et al. Long-term outcomes following self-poisoning in adolescents: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015; (published online April 25.) [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00170-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00170-4).
8. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, et al. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2017; 45:971.
9. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:772.
10. Bresin K, Schoenleber M: Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38: 55–64
11. Batejan KL, Jarvi SM, Swenson LP. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. *Arch Suicide Res* 2015; 19:131.
12. Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Arch Suicide Res* 2009; 13:105.
13. Kiekens G, Bruffaerts R, Nock MK, et al. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *Eur Psychiatry* 2015; 30:743.
14. Nock MK. 2009. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 18:78–83
15. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol* 2017; 8:1946.
16. Walsh B. Clinical assessment of self-injury: a practical guide. *J Clin Psychol* 2007; 63:1057.

17. Koenig J, Thayer JF, Kaess M. A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. *Psychol Med* 2016; 46:1597.
18. Roger Chafe, PhD, Rana Aslanova, MD PhD, et. al. Hospitalizations due to self-poisoning at a Canadian paediatric hospital. *Paediatrics & Child Health*, Volume 23, Issue 2, May 2018, Pages 101–105, <https://doi.org/10.1093/pch/pxx149>.
19. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2013; 41:759.
20. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006; 144:65.
21. Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, et al. Familial and individual correlates of nonsuicidal self-injury in the offspring of mood-disordered parents. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:813.
22. Plener PL, Libal G, Keller F, et al. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med* 2009; 39:1549.
23. Dhingra K, Ali P. Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. *Nurs Stand* 2016; 31:42.
24. Lewis SP, Heath NL. Nonsuicidal self-injury among youth. *J Pediatr* 2015; 166:526.
25. Thomas Jans, Timo D. Vloet, Yesim Taneli & Andreas Warnke. Suicide and self-harming behaviour. In Rey JM & Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019.
26. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19:20.
27. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry* 2014; 59:576.
28. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2016; 10:46.