

УДК 159.9(091):616.89

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

Зайченко А.А. (Саратов, Россия)

Самоповреждающее поведение, как преднамеренный ущерб, причиняемый собственному телу, направлено на уменьшение невыносимых эмоций или связано с ощущением невозможности действовать или чувствовать. Необходима его дифференциальная диагностика с другими формами аутодеструктивного поведения. Оптимальной является когнитивно-поведенческая психотерапия, которая имеет особенности, связанные со стремлением пациентов превратить психотерапию в еще один источник боли.

Zaichenko A.A. (Saratov, Russia). THE SELF-INJURIOUS BEHAVIOR (SIB)

The self-injurious behavior (SIB), the deliberate self directed damage to the body, has the purpose to achieve the reduction of intolerable emotions, or is associated with the feeling of inability.

ty to act or feel. It is necessary to make differential diagnostics of it and other forms of autodestructive behavior. The optimal psychotherapeutic treatment is cognitive-behavioral psychotherapy, which has special features associated with the tendency of patients to transform psychotherapy into the additional source of a pain.

В отличие от широкого понятия самодеструктивного, аутодеструктивного, аутоагрессивного, саморазрушительного поведения (self-destructive behaviour) для обозначения преднамеренного ущерба, причиняемого человеком собственному телу используются понятия self-injury (SI) – «самоущерб», self-harm (SH) – «самовред», self-inflicted violence (SIV) – «причиненное себе насилие», self-mutilation (SM) – «членовредительство», «самоистязание», «самоуродование», self-injurious behavior (SIB) – «самоповреждающее поведение».

Самоповреждающее поведение направлено на освобождение или уменьшение невыносимых эмоций (человек надеется справиться с эмоциональной болью) или связано с ощущением невозможности действовать или чувствовать.

Расширенное определение самоповреждающего поведения включает причинение вреда телу посредством нарушений пищевого поведения (анорексия и булимия), татуировок, пирсинга и ряда навязчивых действий: онихотилломании (разрушение ногтей и околоногтевых валиков), онихофагии (обкусывание ногтей и околоногтевых валиков), онихохейлофагии (обкусывание ногтей, околоногтевых валиков и губ), аутодепиляции – трихотилломании (выдергивание волос, синдром Аллопо) с возможной дальнейшей трихофагией (поедание волос), дерматотилломании (щипание кожи), вывихов суставов пальцев, а также других форм несмертельного повреждения, к которым относят: кусание рук и других частей тела (чаще – губ, языка); царапанье кожи; расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен; самопорезы; перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; удары кулаком и головой о предметы и самоизбиение (чаще – кулаком, проводом); уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.); самоожоги (чаще – сигаретой); неполное самоудушение (без желаний усиления полового возбуждения или достижения сексуального удовлетворения); злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения); глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок.

Самоповреждающее поведение следует отличать от следующих форм поведения:

1) самоповреждений, причиняемых в результате императивных вербальных галлюцинаций или бреда (аутокастрация, аутоампутация, ауотрепанация, аутоэнуклеация) при шизофрении;

2) активности, связанной с усилением полового возбуждения или достижением сексуального удовлетворения (садо-мазохистская практика, сдавление кровеносных сосудов или неполное самоудушение, мастурбационные ритуалы с помещением предметов в прямую кишку или мочеиспускательный канал);

3) повреждения половых органов при транссексуализме;

4) суицидального поведения, включая демонстративные суициды.

Самоповреждающее поведение обычно не связано с попыткой самоубийства. Кроме того, популярное неправильное представление о самоповреждающем поведении связано с тем, что оно является средством привлечения внимания: большинство людей, склонных к самоповреждению, скрывают свое поведение и его следы от дру-

гих, предлагают другие объяснения своих ран и шрамов. В частности поэтому точная статистика по самоповреждающему поведению отсутствует.

Считается, что самоповреждающее поведение в большей степени распространено среди молодых людей и женщин. Впрочем, последнее обстоятельство может быть связано с тенденцией мужчин скрывать подобное поведение.

В одном из самых ранних исследований, выполненном в 1986 г. Conterio и Favazza [1], утверждается, что самоповреждающее поведение демонстрируют 0,75 % населения (из них 97 % женщины), половина из которых нуждаются в госпитализации. В более поздних исследованиях приводятся цифры, отражающие более равномерное распределение между мужчинами и женщинами. Так, согласно данным Центра по исследованию самоубийств ВОЗ [2], самоповреждающее поведение среди людей старше 15 лет встречается у 0,140 % мужчин и 0,193 % женщин. В каждой возрастной группе распространенность среди женщин превышает таковую среди мужчин. Самый высокий уровень самоповреждающего поведения среди женщин отмечается в 15-24 лет, а среди мужчин – в возрасте 12-34 лет. Отмечается, что отношение числа женщин к числу мужчин с самоповреждающим поведением, которое, как считалось, колеблется вокруг 2:1, уменьшается, а в Ирландии это отношение составляет 1:1 в течение многих лет. При исследовании абитуриентов в Соединенных Штатах отмечено, что 9,8 % из них, по крайней мере, однажды в прошлом сознательно совершали самопорезы или самоожоги. Однако когда определение самоповреждающего поведения было расширено и стало включать наряду с самопорезами, самоожогами удары головой о предметы, царапание себя, самоизбиение, 32 % опрошенных сказали, что они делали это. По мнению Vanderhoff и Lynn (2000) [3], это говорит о том, что проблема не является только психиатрической в узком смысле слова.

Изучение самоповреждающего поведения студентов колледжа показало, что наиболее частыми его формами, как для мужчин, так и для женщин являются [4]:

1) царапание или сжимание кулаков таким образом, чтобы на коже ладоней остались метки от ногтей или предметов, зажатых в кулаке, или произошло кровотечение (51,6 %);

2) удары кулаком по предметам иногда до кровотечения (37,6 %); 3) самопорезы (33,7 %);

4) удары себя кулаком (24,5 %).

Женщины в 2,3 раза чаще использовали царапание тела или сжимание кулаков и в 2,4 раза чаще – самопорезы. Мужчины в 2,8 раза чаще использовали удары кулаком предметов с намерением самоповреждения. Мужчины в 1,8 раза чаще повреждали кисть, а женщины – 2,3 раза чаще повреждали запястья и 2,4 раза чаще – бедра. Возможно, ассоциация самоповреждающего поведения с самопорезами объясняет иллюзию того, что это поведение более распространено среди женщин.

В Великобритании самоповреждающее поведение отмечается у 0,77% жителей, в большинстве случаев – это люди в возрасте между 11 и 25 годами, наиболее часто – 15-16-лет, причем девочки этого возраста почти четыре раза чаще наносили самоповреждения [5]. Однако если людей 16-74 лет просили ответить на вопрос: «Вы когда-либо вредили себе любым способом, но не с намерением самоубийства?», положительный ответ был получен от 2,4 % опрошенных (2,0 % мужчин и 2,7 % женщин) [6]. Приблизительно 10% обращений за медицинской помощью в Великобритании является результатом самоповреждений, однако большинство из них – результат передо-

зировок наркотиков, и только от 5 до 15 % этих обращений вызваны самопорезами [7].

В Новой Зеландии в результате самоповреждений госпитализируется больше женщин, чем мужчин, при этом женщины обычно выбирают «нефатальные» самоотравления [8].

К группе риска относятся люди, страдающие различными формами психических и поведенческих расстройств – депрессией, фобиями, психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, с недостаточностью навыков решения проблем, импульсивностью, высоким уровнем безнадежности и агрессии, росшие в среде, препятствующей выражению гнева.

В качестве первичных социальных факторов самоповреждающего поведения принято рассматривать насилие в детстве, раннюю потерю родителя, одиночество и проблемы в семейных или супружеских отношениях. Могут вносить вклад факторы экономических и социальных кризисов, войны, бедности и безработицы. Однако, многие из тех, у кого отмечается самоповреждающее поведение, не имеют ни одного из этих факторов.

С одной стороны, в большинстве случаев самоповреждающее поведение является следствием желая «уйти» от мучительных чувств, своеобразной «уловкой»: физическая боль действует как средство отвлечения от эмоциональной боли [9]. Самоповреждающее поведение встречается и в результате потребности остановить, прекратить переживание не только эмоциональной боли, но и волнения, беспокойства, тревоги, фобий и других навязчивых состояний, сопровождающихся ажитацией.

С другой стороны, самоповреждающее поведение может быть средством «ощутить, почувствовать что-то», даже если это ощущение крайне неприятно и болезненно: люди с самоповреждающим поведением иногда описывают чувства пустоты или нечувствительности (ангедонии), и физическая боль помогает облегчить эти чувства или избавиться от них. «Человек может быть отделен от себя или от жизни, воспринимать себя оцепенелым и бесчувственным. Он может тогда испытывать потребность почувствовать себя реальным снова, и он решаете создать ощущение, чтобы пробудиться» [10].

Самоповреждающее поведение может также сопровождать расстройства аутистического спектра с депрессией и тревогой. Те, кто наносят самоповреждения, в то же самое время благодаря этому получают облегчение и помощь, обретают спокойствие: им может быть трудно начать этот акт, но они знают, что облегчение последует. Возможно, эта «помощь» является результатом выброса бета-эндорфинов. Как механизм совладания, своеобразная копинг-реакция, самоповреждающее поведение может привести к психической зависимости, создавать поведенческую матрицу, позволяющую справляться со стрессом. Источником самоповреждающего поведения может быть ненависть к себе. Оно может использоваться в качестве средства наказания за наличие сильных чувств. Преднамеренное повреждение половых органов может быть выбрано как способ их «наказания» при инцестуозных фиксациях в сфере фантазий, или в ответ сексуальное, физическое или эмоциональное злоупотребление в детстве со стороны людей, к которым жертва хорошо относится.

Оптимальным выбором при самоповреждающем поведении считается когнитивно-поведенческая терапия, которая, однако, иногда, особенно у клиентов со специфическими расстройствами личности, может быть не очень эффективна, в ряде случаев необходима госпитализация. Если саморазрушительные установки занимают

центральное место в поведенческих моделях, психотерапевту необходимо найти способ довести этот механизм до сознания пациента, помочь ему понять, каким образом этот компонент личности проявляется в его поведении, разобраться в индивидуальной истории его возникновения и научить противостоять разрушительным тенденциям. Однако терапия значительно затрудняется или становится невозможной в результате неспособности пациентов с влечением к самодеструкции принять успех. Ощущение прогресса, которое стимулирует усилия большинства пациентов, вызывает у них негативную реакцию и заставляет применять такие способы защиты как отвержение, уклонение, проявление сверхэмоциональности. Как правило, эти пациенты стараются превратить психотерапию в еще один источник боли, фрустрации, разочарования и неудачи.

Литература

1. What kinds of people self-injure? / <http://www.selfharm.net/who.html>
2. World Health Organisation Europe Multicentre Study of Suicide, retrieved Jul. 20, 2004 from Women and Parasuicide: a Literature Review, Women's Health Council. / http://www.whc.ie/publications/reports_parasuicide.html
3. Self-injury. / <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-injury>
4. Whitlock, J.L., Eckenrode J.E., Silverman D. The epidemiology of self-injurious behavior in a college population // Pediatrics. – 2006. – N. 117. – P. 6.
5. Self-injury at the BBC. /http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/medical_notes/4067129.stm
6. Teenage self-harm widespread. /<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/2884119.stm>.
7. Self-injury at the BBC. /http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/medical_notes/4067129.stm
8. Retrieved Jul. 20, 2004 from Hospitalisation for intentional self-harm, New Zealand Health Information Service. / <http://www.nzhis.govt.nz/stats/suicidefacts3.html>
9. Spandler, H. Who's Hurting Who? Young people, self-harm and suicide. – Manchester: 42nd Street, 1996. – 155 p.
10. Retrieved Jul. 28, 2005 from LifeSIGNS: Precursors to Self Injury. / <http://www.selfharm.org/what/precursors.html>