

СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

© 2014 г. Н. А. Польская

Кандидат философских наук, доцент кафедры психологии личности,
Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, Саратов
e-mail: polskayana@yandex.ru

Исследуется развитие самоповреждающего поведения на базе теоретических представлений о дифференционной направленности и культурно-исторической опосредованности онтогенеза психики и поведения. Описываются биологические и социокультурные детерминанты самоповреждающего поведения. Его структура рассматривается на основе онтогенетических закономерностей формирования поведения: от элементарных моторных схем до символически опосредованных действий. Осуществлена систематизация типов самоповреждения (реактивный, дисфункциональный, идентификационный и дизонтогенетический), выделены функции самоповреждающего поведения (организационные, эмоционально-регулятивные и личностно-регулятивные).

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, культурно-исторический подход, онтогенез, дизонтогенез, классификация актов самоповреждения, типы самоповреждения, функции самоповреждающего поведения.

Под самоповреждающим поведением (СП) подразумевается поведение, связанное с намеренным повреждением тканей и органов собственного тела, не имеющее суицидальной направленности [11–15, 32, 39, 62 и др.]. Актуальность исследования данной проблемы определяется высокой частотой действий самоповреждающего характера в клинических и неклинических популяциях [24, 25, 42, 52, 56]. По результатам наших исследований, порезы острыми и режущими предметами наносили себе 26% подростков, находящихся в местах лишения свободы, 47.2% молодых людей, относящих себя к неформальным субкультурным группам (“эмо”, “готы”, “панки”), 18–19.4% школьников и студентов [12, 13].

Наряду с термином “самоповреждающее поведение” (*self-injurious behavior*) [54] в научной литературе встречаются близкие ему понятия саморанения (*self-wounding*) [58], членовредительства (*self-mutilation behavior*) [32, 33], парасуицида [1], намеренного самовреда (*deliberate self-harm*) [52, 53].

Различия в терминологии объясняются разными способами операционализации понятия СП. Так, из понятия несуйцидального самоповреждения (*nonsuicidal self-injury*) исключаются суицидальные акты и социально санкционированные формы самоповреждения, а намеренный самовред

(*deliberate self-harm*) учитывает самоповреждения с суицидальными намерениями.

На понимание СП оказывает влияние и его концептуализация в рамках различных моделей: аддикции [27], аутоагрессии [26], межличностного и внутриличностного функционирования [48, 55], эмоциональной регуляции и саморегуляции [37, 51].

В качестве топографических форм СП можно выделить две большие группы: 1) самоповреждения, нарушающие анатомическую структуру тела (ампутация, кастрация, повреждение костной ткани и внутренних органов); 2) самоповреждения, травмирующие поверхность тела (повреждение кожи, волосяных покровов, ногтей) [15, 32, 47].

На основе оценки степени физического вреда построена классификация Уолша и Розена (*Walsh, Rosen*), которые выделяют четыре степени тяжести СП: 1) пирсинг ушей, небольшие татуировки – малая степень физического вреда, совершаются в спокойном состоянии, социально приемлемы; 2) пирсинг, татуировки в бандитских группировках и у моряков, ритуальные шрамы – средняя степень физического вреда, совершаются в спокойном или возбужденном состоянии, приняты в субкультурах; 3) порезы, препятствие заживлению ран, ожоги – средняя степень физического

вреда, совершаются в состоянии психологического кризиса, приемлемы лишь в некоторых субкультурах; 4) ампутация, самокастрация – тяжелый физический вред, совершаются при психозе, социально неприемлемы [61].

Наиболее общепризнанной является классификация самоповреждающего поведения, предложенная американским психиатром Армандо Фаваззой и его коллегами [32]. Различение актов самоповреждения исходит из социального значения той или иной формы самоповреждения (культурно санкционированная или социально неприемлемая). Все самоповреждения подразделяются на две категории: 1) самоповреждения, обусловленные социокультурным укладом (ритуалом, традицией); 2) девиантные самоповреждения, объединяющие значительные, стереотипные и поверхностные (символические) акты самоповреждения [14, 32, 33].

Последние исследования в этой области направлены на изучение взаимосвязи СП с такими параметрами, как импульсивность [36], депрессивная симптоматика [39, 46], дисрегуляция эмоций [23], самооценка и Я-концепция [29, 40, 44], образ тела [49].

В настоящее время отсутствует единый теоретический подход к проблеме СП, который позволил бы интегрировать разные эмпирические данные, связанные с этой проблемой, и на основе которого можно было бы представить в одном теоретическом поле все проявления данного феномена как взаимосвязанные общими закономерностями.

Целью работы выступили анализ истории развития СП на базе теоретических представлений о дифференционной направленности [10, 22] и культурно-исторической опосредованности онтогенеза психики и поведения [3–5], а также выделение типов самоповреждения (реактивный, дисфункциональный, идентификационный и дигнозотенетический) и функций СП (организационные, эмоционально-регулятивные и личностно-регулятивные).

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СП

Согласно культурно-историческому подходу, поведение является продуктом эволюционного, исторического и онтогенетического развития [5, с. 19], что объясняет сложную детерминированность поведенческого акта и необходимость учитывать взаимодействия детерминант разного

уровня при анализе СП. Детерминация СП носит опосредованный, нелинейный характер: если на ранних этапах развития акт самоповреждения во многом определяется биологическими и средовыми условиями, то по мере психического развития он из непосредственного превращается в сложное, опосредованное внешними и внутренними причинами действие, имеющее символическое значение, являющееся по своей сути культурным знаком. Таким образом, сам акт самоповреждения выполняет детерминирующую роль, так как системная детерминированность любых психических явлений предполагает, что “сами они играют роль важнейших детерминант биологических и социальных процессов” [2, с. 18].

Неразрывность биологического и социального очевидна в экспериментальных моделях стресса и привязанности, которые используются для изучения СП в лабораторных условиях (на примере приматов). Наблюдения за поведением макак-резусов, содержащихся в лабораторных условиях, показывают, что ранняя социальная сепарация, стрессовые события, связанные с манипуляциями в рамках исследовательских процедур (большее количество заборов крови, ветеринарные осмотры) могут служить причиной изменения в нейропептидной и нейроэндокринной системах, связанных с регуляцией стресса и тревоги. В результате животные начинают кусать себя. При этом происходит выброс эндогенных опиоидов, что способствует закреплению подобного поведения. Проводится аналогия между полученными результатами и СП пациентов с пограничными личностными расстройствами: неблагоприятный ранний опыт, с одной стороны, и переживание тревоги, с другой стороны, приводит к нанесению самоповреждений в целях снижения напряжения и тревоги [45, 60].

Выдвигаются гипотезы относительно того, дисбаланс какого нейромедиатора играет преимущественную роль в генезе и подкреплении СП. Стереотипные самоповреждения связывают с недостатком серотонина (на это указывает, в частности, успешность применения ингибиторов обратного захвата серотонина на животных и в терапии), импульсивные – с его избытком, сопровождающимся лобной гипофункцией. Так, СП пациентов с нарушениями интеллектуального развития объясняется дисрегуляцией передачи серотонина или дофамина в центральную нервную систему, а также опиоидов в центральную и периферическую нервные системы [31, 50, 59]. Применение фармакологических препаратов, понижающих уровень серотонина или повышающих

щих уровень дофамина, способствует усилению аутоагрессивных и агрессивных форм поведения [38, 50].

Некоторые исследователи указывают на связь пароксизмальной активности в лобной и височной долях коры головного мозга с актами самоповреждения больных аутизмом. Этим объясняются такие самоповреждения пациентов, как удары головой, шлепки по ушам или голове, кусание рук, расцарапывание лица или рук, удары лицом о колени [34, 35].

Потребностью в самостимуляции объясняются самоповреждения пациентов с генетическими аномалиями развития [30]. Это связывается с актуализацией эволюционно ранних паттернов поведения, когда акты самоповреждения в форме патологических привычных действий (например, трихотилломания или онихофагия¹) совершаются в рамках модели груминга [6]. Подобная самостимуляция в форме различных стереотипий [21], в том числе и стереотипных самоповреждений, нередко наблюдается в условиях сенсорно обедненной среды и является следствием изоляции и ограниченного диапазона средовых (социальных, культурных) стимулов.

Таким образом, СП детерминруется нарушениями нейробиологического баланса, которые могут иметь связь с нарушениями психического развития и/или стрессовыми воздействиями. СП возникает и поддерживается за счет дисрегуляции содержания некоторых нейромедиаторов и гормонов и нарушения механизмов их синтеза, транспортировки, обработки и хранения в определенных областях нервной системы. Дисрегуляция передачи серотонина или дофамина в центральную нервную систему, а также опиоидов в центральную и периферическую нервную системы [60] не возникает сама по себе, а является результатом неблагоприятных внешних воздействий. В качестве непосредственных причин СП можно назвать причины как внешнего неблагополучия (депривация, изоляция, болезненные манипуляции у животных; длительная госпитализация, стресс у людей), так и внутреннего дисбаланса (неблагоприятный ранний опыт, возбудимость, высокая восприимчивость к стрессовым воздействиям, у людей – интеллектуальное снижение и другие когнитивные нарушения, тревожность, депрессивные симптомы и др.).

Одним из механизмов закрепления актов самоповреждения в поведении (у животных – ведущим) является нейробиологический механизм

саморегуляции. Неблагоприятная среда провоцирует изменения на нейрофизиологическом уровне, которые являются биологическими детерминантами акта самоповреждения. В свою очередь, повторение самоповреждений вызывает дальнейшее изменение нейрофизиологических систем и повышает их чувствительность к влияниям среды.

Если биологические детерминанты имеют большой вес при объяснении импульсивных и стереотипных самоповреждений, то, когда речь идет о намеренных, волевых самоповреждениях, основная роль отводится социокультурным и психологическим факторам.

Нанесение самоповреждений при прохождении обрядов и ритуалов типично для многих культур и религий [11, 32, 41, 47]. Некоторые современные субкультуры используют акты самоповреждения как форму социального дискурса, касающегося традиционно табуированных тем (например, смерти или сексуальности), или как способ коммуникации, когда “коммуниканты обмениваются идеями, интересами, мнениями” [9, с. 6]. В подобном обмене самоповреждение выступает невербальным кодом социальной идентификации субъекта. Существует мнение, что модификации тела (татуирование, пирсинг, клеймение, шрамирование и другие) представляют собой самоповреждения, свойственные преимущественно маргинальным группам, и являются для них повседневными практиками решения жизненно важных проблем [41].

Модификации тела, повреждения собственного тела во время проведения обрядов исцеления и инициации в примитивных племенах, экстатические самоповреждения в религиозных ритуалах, нанесение себе ран во время обрядов оплакивания умерших – эти и подобные самоповреждения связаны с особенностями социальной и культурной идентификации личности [11] и детерминированы процессами усвоения коллективных норм или противодействия им.

Различные типы культуры, доминирующие культурные традиции определяют субъективную ориентированность как на норму, так и на ее нарушение [7], обуславливая и формы, и смысл социально-санкционированных актов самоповреждения. Коллективные нормы детерминируют СП, определяя, является ли акт самоповреждения знаком следования культурной традиции (как, например, в случае самоповреждений при обрядах исцеления или оплакивания умерших) или символизирует субкультурные, контркультурные ценности (модификации тела) [11].

¹ Трихотилломания – навязчивое выдергивание волос; онихофагия – навязчивое обкусывание ногтей.

СП В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ПОДХОДА

В рамках культурно-исторического подхода СП может быть проанализировано как поведение, имеющее свой “генетический контекст” [3], как одна из ранних форм организации поведения, имеющая свой вес не только на начальных, но и на более поздних этапах онтогенеза. Это обусловлено “генетической многослойностью поведения”, о которой писал Л.С. Выготский (ссылаясь на работы Х. Вернера и П.П. Блонского), что означает возможность сосуществования разных “генетических пластов”, отражающих “все ступени, пройденные человеком в его психическом развитии” [4, с. 140].

На начальном этапе формирования поведения, при слитности, слабой дифференцированности восприятия, отсутствия субъект-объектного разделения, действия самоповреждающего характера случайны, импульсивны и на непродолжительное время избираются младенцем в качестве способов моторной организации или сенсорной стимуляции. Закрепление, или фиксация этих действий в поведении, их стереотипизация происходит в случае нарушений психического развития и/или существенных средовых ограничений, выступающих факторами психической депривации. В рамках дизонтогенетического типа СП основными задачами выступают организация или регуляция поведения (на наиболее примитивном, раннем уровне психического онтогенеза).

По мере когнитивной дифференциации, усвоения социальных форм поведения [там же, с. 141], интериоризации культурных знаков, когда в результате взаимодействия внешних стимулов и внутренних мотивов изначально примитивное действие наделяется волевым компонентом – СП приобретает символическое значение. Акт самоповреждения становится “дополнительным стимулом”, через который происходит “овладение собой” [там же, с. 280]. Таким образом, в рамках высокодифференцированной психики СП выступает как способ саморегуляции поведения; возможность его актуализации объясняется регрессом, т.е. возвращением к онтогенетически более ранним формам поведения. Причины подобного регресса могут быть связаны с фрустрирующими социальными и психологическими факторами. СП как следствие регресса – это результат отсутствия в поведенческом диапазоне релевантных приемов поведения и вынужденный возврат к ранним формам самоорганизации (в целях самоконтроля). На этом этапе онтогенеза СП выступает в качестве

реакции на неблагоприятное воздействие (реактивный тип), как результат нарушений психологического функционирования (дисфункциональный тип) или как способ культурной идентификации (идентификационный тип). Функциональными задачами СП становятся саморегуляция поведения и аутоидентификация.

СП В ОНТОГЕНЕЗЕ

Оценка СП с онтогенетических позиций базируется на представлениях Л.С. Выготского о развитии, которое проходит одновременно в двух направлениях: органическом и психологическом – и включает в себя натурально-психологический и культурно-психологический периоды [4]. Натурально-психологический период соответствует младенческому возрасту; культурно-психологический подразделяется на магическую (или переходную) и культурную стадии. Магическая стадия начинается около двух лет, культурная стадия связана с началом использования социализированной речи и манипулирования предметами на основе искусственно созданных стимулов [там же].

Базовой единицей анализа формирования СП в онтогенезе выступают действия. Действия могут быть как примитивными (рефлекторными), так и сложно организованными (импульсивными или волевыми); способом осуществления действий являются произвольные и произвольные движения [16, 19]. Любой вид действия имеет как элементарную форму проявления, так и более дифференцированные формы. С.Л. Рубинштейн подчеркивал принципиальную разницу между импульсивными движениями как формой организации двигательной активности в младенческом возрасте и импульсивными действиями как способом разрядки аффекта [16]. Подобное различие функций указывает на разные психогенетические уровни реализации импульсивного действия. В первом случае это действия, связанные с организацией собственного поведения посредством двигательной активности, относящиеся к раннему этапу онтогенеза. Во втором случае это действия, связанные с дезорганизацией поведения, регрессивные по своему характеру, хотя и отличающиеся более высокой степенью дифференциации и интегрированные в более зрелые психологические структуры.

Уже на онтогенетически раннем уровне организации поведения – моторном поведении, которое представляет собой комплекс случайных или повторяющихся движений, – выделяются дей-

ствия, связанные с физическим повреждением тела. Это объясняется тем, что формирование моторного поведения определяется, с одной стороны, случайными, произвольными движениями младенца, а с другой стороны, результатом: как отмечает Л.С. Выготский, если “получается какой-нибудь интересный результат, младенец повторяет движение без конца” [4, с. 320]. Слабая дифференциация движений связана с диффузностью восприятия младенцем “процессов, происходящих в его собственном теле” и “внешних вещей” [там же, с. 321].

Функциональное значение действий самоповреждающего характера в данном случае связано с их участием в организации моторного поведения, когда пробы движения и их неоднократное повторение формируют ассимиляционную схему, позволяющую “придать значение последующим пробам” [10]. Акт самоповреждения произволен, случаен и относится к “пробе движения”.

Если на этапе слитности, синкретичности восприятия ребенком себя и окружающих предметов акт самоповреждения включен в комплекс моторных движений, то начинающееся различение себя и других, выражающееся в выделении предметов из окружения и попытках манипулирования ими, изменяет значение акта самоповреждения. Он становится приемом исследовательского (познавательного) поведения, при котором собственное тело оказывается предметом манипуляции.

Удары головой, рукой, ногами или расцарапывание одних и тех же участков тела [43, 57] – эти и подобные самоповреждения, наблюдаемые у нормально развивающихся детей в возрасте около одного-полутора лет, объясняются экспериментированием с различными действиями и связаны с процессами выделения себя как объекта.

По сути, акт самоповреждения включается в процесс получения ребенком сенсорного опыта и в условиях нормально протекающего онтогенеза быстро уступает место более сложным двигательным актам, связанным с познанием внешнего мира и самопознанием.

Сохранение действий самоповреждающего характера как привычных происходит при неблагоприятных условиях развития ребенка (в частности, при ограничении или нарушении движения, когда ребенок содержится в закрытом пространстве, находится на постельном режиме, имеет нарушения в физическом и/или психическом развитии). Депривация жизненно важных потребностей приводит к формированию устойчивой склонности к нанесению самоповреждений

в форме привычных патологических действий. Следует отметить, что в данном случае СП может играть роль как стимуляции, усложняющей среду, так и “шума”, используемого в слишком сложных ситуациях при избытке стимуляции [43].

Дальнейшее развитие ребенка, сопровождающееся органическими и культурными изменениями, выражается в перестройке особенностей высших психических функций, развитии способности манипулировать предметами, используя искусственные стимулы, осознании ребенком собственного Я [4] и выделении себя как субъекта [17, 18]. Согласно Ж. Пиаже, “ребенок приходит к наиболее элементарным формам символической игры, состоящей в том, что, используя собственное тело, он осуществляет действие, чуждое актуальному контексту” [10, с. 163]. Х. Вернер указывает на связь символической функции с двигательным поведением маленьких детей, а также на слитность слов и движений, действий, свойственную представителям примитивных культур (см. [22, с. 90]).

Развитие символической функции обуславливает формирование действий самоповреждающего характера, которые не являются случайными двигательными пробами или стереотипиями, а выражают скрытый смысл. Это символическое значение акты самоповреждения сохраняют и при интеграции в более сложные, концептуальные психологические модели, свойственные зрелой личности, такие как психологические защиты высшего порядка (например, интеллектуализация или сублимация), стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, самоконтроль и т.п. Они оказываются приемом воздействия на собственную личность в целях ее изменения, становятся частью социальных взаимодействий, способом изменения идентичности субъекта.

Таким образом, первоначально акт самоповреждения представляет собой один из вариантов возможных движений, к концу первого года жизни включается в исследовательское поведение, связанное с дифференциацией восприятия себя и пространства. На начальных этапах развития акты самоповреждения связаны с организацией поведения и познанием, они в большей степени случайны, непродолжительны и ограничиваются такими формами как расцарапывание кожи, удары по телу или удары руками, ногами или головой о поверхность.

С момента овладения ребенком социализированной речью и способностью к использованию искусственных культурных стимулов действия самоповреждающего характера приобретают ка-

чественно новую функцию – символическую – и осуществляются в результате нарушений психологического функционирования. Это уже намеренные и целенаправленные акты самоповреждения, возникающие как реакция на острые стрессовые воздействия или являющиеся следствием хронических психологических дисфункций.

Символический характер СП наиболее отчетливо выступает в социально санкционированных формах самоповреждения (ритуальные самоповреждения и модификации тела). В этом случае, когда речь идет о процессах изменения идентичности (переход в другую возрастную группу, интеграция в новую культурную среду, изменение социального статуса и т.п.), СП выступает в качестве культурной практики, свойственной ранним обществам, своеобразным фиксатором значимых культурных изменений личности.

СП при дизонтогенезе формируется на основе примитивных или нарушенных связей между психологическими структурами, становится привычной формой поведения, принимая на себя функции несформированных структур коммуникативного взаимодействия, выражения эмоциональных состояний или разрядки эмоций [28]. Через участие в коммуникативных взаимодействиях акт самоповреждения закрепляется как культурно опосредованное действие, выполняя, таким образом, психологические функции, свойственные уровням высшего порядка.

Говоря о специфике культурного развития умственно отсталого ребенка, Л.С. Выготский указывал, что в качестве “вторичного осложнения умственной отсталости” выступает “культурное недоразвитие”, “волевое недоразвитие” и “общее недоразвитие всей личности ребенка” [4, с. 148]. Овладение культурными операциями происходит

в соответствии со стадией развития ребенка; низкий уровень развития предопределяет примитивный уровень овладения культурными операциями с опорой на имеющиеся функциональные возможности.

При значительном нарушении развития освоение самых простых культурных операций происходит на основе целостной, слабо дифференцированной психики с привлечением примитивных моторных схем, одной из которых может являться стереотипное или импульсивное нанесение самоповреждений. Но, с другой стороны, сам акт самоповреждения может стать культурной операцией примитивной психики, когда он используется в коммуникативных взаимоотношениях.

ТИПЫ И ФОРМЫ СП

Вышесказанное может быть обобщено в предлагаемой типологии, где все акты самоповреждения в зависимости от характера онтогенеза (нормального или аномального) подразделяются на четыре типа: реактивный, дисфункциональный, идентификационный и дизонтогенетический (см. рис. 1).

Идентификационные акты самоповреждения (в форме ритуально-обрядовых самоповреждений и модификаций тела) представляют собой культурно санкционированную форму самоповреждения, детерминированную социокультурной ситуацией, регламентирующей поведение личности в обстоятельствах, имеющих сакральное или социально-статусное значение [11]. Самоповреждения при модификациях тела подразделяются на: а) самоповреждения как декоративные модификации, связанные с украшением тела; б) самоповреждения в рамках осуществления эксперимен-

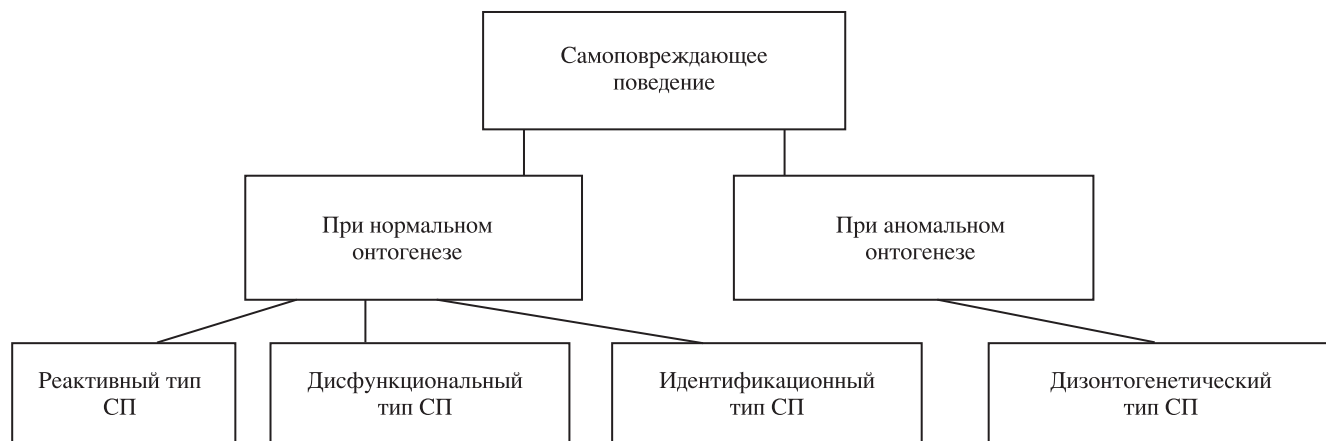


Рис. 1. Типология актов самоповреждения.

тальных или трансцендентальных модификаций, связанных с экспериментированием с телесными переживаниями, преодолением физических границ собственного тела.

Реактивные и дисфункциональные самоповреждения связаны с индивидуальной реакцией на стресс, переживанием фрустрации, возрастными или другими кризисами нормативно развивающейся личности, когда сочетание неблагоприятных внешних и внутренних факторов формируют аутодеструктивный паттерн поведения.

Акт самоповреждения в данном случае оказывается звеном конкретных психологических образований (например, психологических защит, копинг-поведения), и может выступать способом контроля или самоконтроля, задача которого – преодолеть стрессовое воздействие или его психологические последствия, изменить эмоциональное состояние (чаще всего – преодолеть острые болезненные эмоции; реже – получить новые переживания, новый эмоциональный опыт), воздействовать на собственную личность (в целях самонаказания, самовоспитания или саморазвития) или на поведение других людей. Подобные самоповреждения наиболее часто наблюдаются в неклинической популяции подростков и молодых людей, эпизодически или регулярно наносящих себе самоповреждения, но не находящихся под наблюдением психиатрических служб, и относительно успешно социально функционирующих.

Отличие реактивных актов самоповреждения от дисфункциональных: первые ситуативно обусловлены, возникают однажды или эпизодически и сопряжены с переживанием временных психологических трудностей, тогда как дисфункциональные самоповреждения детерминированы нарушениями личностного или эмоционального функционирования и возникают эпизодически или регулярно в сходных ситуациях, переживаемых субъектом как психологически неблагоприятные.

К *дизонтогенетическим самоповреждениям* могут быть отнесены акты самоповреждения пациентов с умственной отсталостью, аутизмом, шизофренией, пограничным расстройством личности, посттравматическим стрессовым расстройством, органическими поражениями головного мозга [15]. В клинических типологиях и классификациях подобные действия рассматриваются как симптом психического нарушения (пограничного личностного расстройства, шизофрении, умственной отсталости) или выделяются в отдельную группу: “невротические экскорiationи”, “патомимия”, “синдром Мюнхаузена”, “артифи-

циальный дерматоз” [8, 15, 20]. В данном случае акт самоповреждения выступает и как результат дефицита психологических функций вследствие психического дизонтогенеза, и как звено действия компенсаторных механизмов, приобретая значение несформированных, рассогласованных (искаженных, дисгармоничных) или поврежденных психологических функций и систем.

Форма СП зависит от уровня организации действий, структурирующих СП как импульсивную, стереотипную или волевую деятельность. Акты самоповреждения, относящиеся к какому-либо из типов СП, могут реализоваться в различных формах, что зависит от степени зрелости психики и сложности организации поведения. Например, в рамках реактивного типа СП действия самоповреждающего характера могут иметь импульсивный или волевой характер (например, реакция на стресс или способ самонаказания).

В рамках дисфункционального или дизонтогенетического типа СП может осуществляться в импульсивной, стереотипной или волевой формах. Основной формой идентификационного типа СП выступает волевая (когда в основе акта самоповреждения – сознательное намерение его осуществить).

Импульсивные самоповреждения характеризуются внезапностью и непродолжительностью; как правило, они детерминированы средовыми воздействиями стрессогенного характера. Стереотипные самоповреждения продолжительны, привычны и совершаются регулярно, автоматически; большую роль в их формировании играют биологические детерминанты. Регулярность и продолжительность волевых самоповреждений индивидуальна и напрямую связана с высокой интенсивностью переживаний. Не исключено, что спланированный акт самоповреждения, преследующий психологически значимые цели, впоследствии может ритуализироваться, приобрести собственную значимость, трансформироваться в Obsessive Compulsive Disorder, либо регрессивно воспроизводиться в ситуациях конфликта, стресса, фрустрации в виде импульсивных действий.

Таким образом, действия самоповреждающего характера, будучи системно детерминированными, и “закрепленными” в поведении вследствие фиксации или регресса, могут быть четырех типов: реактивными (немедленным ответом), дисфункциональными (результатом внутриличностных дисфункций), идентификационными (социально информирующими) и дизонтогенетическими (результатом нарушений развития психики и поведения). Каждый из указанных типов

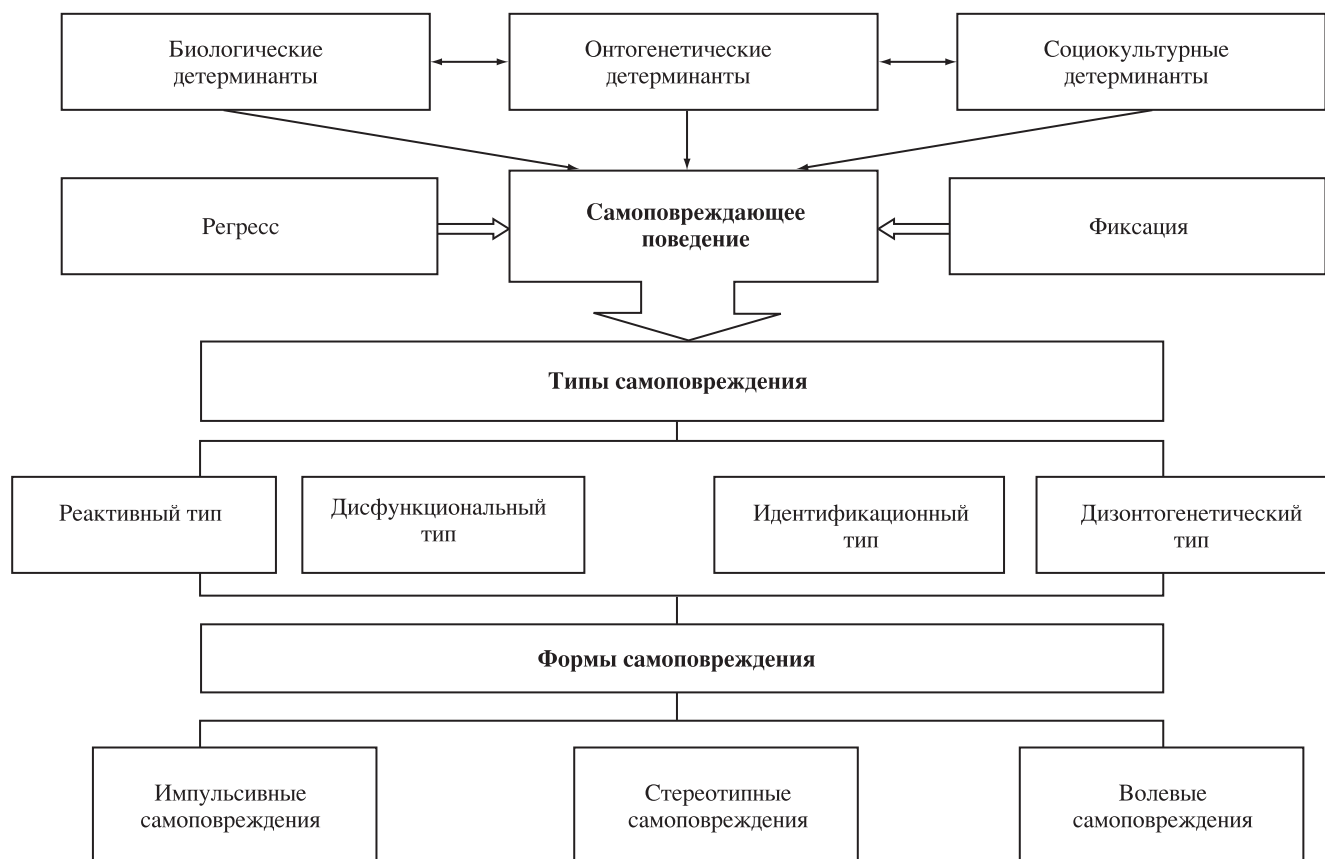


Рис. 2. Типы и формы СП.

может осуществляться в форме импульсивных, стереотипных или волевых самоповреждений (см. рис. 2).

ФУНКЦИИ СП

Систематизация функций СП с позиций культурно-исторического подхода позволяет разделить их на две группы: первичные и вторичные (см. рис. 3). Это разделение условно может быть соотнесено с последовательностью стадий психологического развития: натурально-психологической и культурно-психологической [4].

Каждая из форм СП – импульсивная, стереотипная или волевая – выполняет как первичные, так и вторичные функции, что зависит от онтогенетической зрелости и особенностей психологического функционирования личности.

Импульсивные самоповреждения могут выполнять такие функции, как получение сенсорного опыта, сигнализация о неблагополучии или самонаказание.

Стереотипные акты самоповреждения реализуются как на примитивном уровне моторных действий (моторная функция или функция сен-

сорной стимуляции), так и на более дифференцированном уровне обсессивных действий (решение психологически значимых задач, связанных как с совладанием с трудностями, так и с действием защитных механизмов).

Волевые (сознательные, целенаправленные) самоповреждения связаны с решением психологически и социально значимых задач, выполняют функции высшего порядка, но в отдельных случаях выполняют и более примитивные функции (например, сигнальную или сенсорную стимуляцию при посттравматическом стрессовом расстройстве или пограничном личностном расстройстве).

Первичные (организационные) функции СП непосредственно связаны с наиболее примитивными схемами организации поведения:

- моторная функция (организация двигательной активности);
- функция сенсорной стимуляции (получение сенсорного опыта);
- сигнальная функция (сообщение о неблагополучии, депривации жизненно важных потребностей).



Рис. 3. Функции СП.

Вторичные (символические) функции СП участвуют в процессах саморегуляции поведения и обеспечивают сохранение самоконтроля. В данной группе выделяем эмоционально-регулятивные и личностно-регулятивные функции, которые направлены на преодоление психологического дисбаланса или достижения желаемого состояния (функция копинга или защиты), самонаказание, самовоспитание, получение возможности воздействовать на других людей или контролировать их поведение (функция контроля), коммуникативное взаимодействие, культурно-социально статусные изменения (функция идентификации).

При некоторых обстоятельствах сигнальная функция СП может реализоваться в рамках программ эмоциональной саморегуляции поведения. Например, реактивный тип СП в форме импульсивных действий самоповреждающего характера в ситуации подросткового кризиса выполняет сигнальную функцию – сообщение о психологическом неблагополучии.

В рамках дизонтогенетического типа СП могут выполняться не только примитивные, но и культурно-психологические функции, однако их исполнение существенно беднее и ограничивается, пожалуй, только эмоционально-регулятивными

функциями, когда акт самоповреждения используется для привлечения внимания, передачи информации о себе, расслабления или, наоборот, стимуляции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за внешней аутодеструктивностью акта самоповреждения стоит онтогенетически обусловленная дифференциация и последующая интеграция действий, первоначально связанных с моторным развитием. Эти самоповреждения, начиная с примитивных моторных схем новорожденного ребенка, имеют конкретное функциональное значение, а на более высоких уровнях развития приобретают символический смысл.

В рамках нормального онтогенеза действия самоповреждающего характера непосредственно связаны с процессами организации пространства, выделением окружающих объектов и собственного тела. Факт подобных действий объясняется хаотичностью и слабой структурированностью движений младенца. Их можно назвать грубыми инструментами слабо дифференцированной психики, они связаны с воздействием на собственное

тело, получением ощущений, различением границы внешнего и внутреннего.

При нормативном развитии смысл в подобных действиях быстро утрачивается, однако сама возможность совершать их сохраняется: они могут актуализироваться на более зрелых уровнях развития поведения, как уже интегрированные в эмоциональные и личностные системы регуляции поведения. Это становится возможным вследствие регресса к онтогенетически ранним способам организации поведения. Подобный регресс объясняется как условиями индивидуального развития, так и социальным влиянием и культурным контекстом.

При дизонтогенезе акт самоповреждения может стать привычной формой поведения вследствие фиксации на конкретных действиях, когда простые (первичные) поведенческие паттерны приобретают значение, не соответствующее их изначальной роли, в силу того, что отсутствует необходимая дифференциация отдельных функций и возможность их объединения в более совершенные системы психологического функционирования. Поэтому действия самоповреждающего характера начинают выполнять не присущие им психологические функции высшего порядка. Когда речь идет о нарушениях онтогенеза, произошедших во взрослом возрасте, то СП выступает как симптом психической дезинтеграции и регресса к более простым и ранним формам поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций // Шестой Всероссийский съезд психиатров, г. Томск, 24–26 октября 1990 г.: Тез. докл. Т. 1. М., 1990. С. 105–106.
2. Барабанищikov В.А. Коммуникативный подход в исследованиях восприятия // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 3. С. 17–32.
3. Выготский Л.С. Психология развития как феномен культуры: Под ред. М.Г. Ярошевского. М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 3. Проблемы развития психики / Под ред. А.М. Матюшкина. М.: Педагогика, 1983.
5. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. М.: Педагогика-Пресс, 1993.
6. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.
7. Лотман Ю.М. Декабрист в повседневной жизни // Литературное наследие декабристов / Ред. В.Г. Базанова, В.Э. Вацура. Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1975. С. 25–74.
8. Марилов В.В. Синдром Мюнхаузена // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 4. С. 49–51.
9. Носуленко В.Н., Самойленко Е.С. Познание и общение: системная исследовательская парадигма // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 4. С. 5–16.
10. Пиаже Ж. Психология интеллекта / Пиаже Ж. Избранные психологические труды. Психология интеллекта. Генезис числа у ребенка. Логика и психология. М.: Просвещение, 1969. С. 55–231.
11. Польская Н. А. Акты самоповреждения в ритуальных практиках // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. Вып. 3. 2011. Т. 11. С. 88–91.
12. Польская Н.А. Взаимосвязь самооценки с самоповреждающим поведением // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. Вып. 3. 2010. Т. 10. С. 82–86.
13. Польская Н.А. Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. Вып. 1. 2010. Т. 10. С. 92–97.
14. Польская Н.А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) // Психологический журнал. 2009. Т. 30. № 1. С. 96–105.
15. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени Бехтерева. 2011. № 2. С. 4–8.
16. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер-Ком, 1998.
17. Сергиенко Е.А. Развитие психологии субъекта и субъект развития // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 1. С. 7–19.
18. Сергиенко Е.А. Системно-субъектный подход: обоснование и перспектива // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 1. С. 120–132.
19. Сеченов И.М. Элементы мысли. СПб.: Питер, 2001.
20. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
21. Хайнд Р. Поведение животных. Синтез этологии и сравнительной психологии. М.: Мир, 1975.

22. Чуприкова Н. И. Умственное развитие: Принцип дифференциации. СПб: Питер, 2007.
23. Adrian M., Zeman J., Erdley C., Lisa L., Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls // *Journal of abnormal child psychology*. 2011. V. 39. P. 389–400.
24. Baeten I., Claes L., Muehlenkamp J., Grieten H., Ongena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey // *Archives of Suicide Research*. 2011. V. 15. P. 56–67.
25. Ballinger B.R. Minor Self-Injury // *British journal of psychiatry*. 1971. V. 118. P. 535–538.
26. Brown L.S., Bryan T.C. Feminist therapy with people who self-inflict violence // *Journal of clinical psychology*. 2007. V. 63. № 11. P. 1121–1133.
27. Buser T.J., Buser J.K. Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: review of research and implications for counselor training and practice // *Journal of addictions & offender counseling*. 2013. V. 34. №1. P. 16–29.
28. Carr E.G., Durand V.M. Reducing behavior problems through functional communication training // *Journal of applied behavior analysis*. 1985. V. 189. P. 111–126.
29. Claes L., Houben A. Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents // *Journal of adolescence*. 2010. V. 33. P. 775–778.
30. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes // *British journal of psychiatry*. 1998. V. 172. P. 385–388.
31. DiChiara G., Camba R., Spano P.F. Evidence for inhibition by brain serotonin of mouse killing behavior in rats // *Nature*. 1971. V. 223. P. 272–273.
32. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 1996.
33. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Varieties of pathological self-mutilation // *Clinical behavioural neurology*. 1990. V. 3. P. 77–85.
34. Gedy A. Anatomy of self-injurious, stereotypic, and aggressive movements: evidence for involuntary explanation // *Journal of clinical psychology*. 1992. V. 48. P. 766–778.
35. Gedy A. Extreme self-injury attributed to frontal lobe seizures // *American journal on mental retardation*. 1989. V. 94. P. 20–26.
36. Glenn C.R., Klonsky E.D. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury // *Personality Disorders: theory, research and treatment*. 2010. V. 1. №. 1. P. 67–75.
37. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury // *Journal of clinical psychology*: In Session. 2007. V. 63. №11. P. 1091–1103.
38. Greenberg A.S., Coleman M. Depressed 5-hydroxyindole levels associated with hyperactive and aggressive behavior // *Archives of general psychiatry*. 1976. V. 33. P. 331–336.
39. Hankin B.L., Abela J.R.Z. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2-year longitudinal study // *Psychiatry research*. 2011. V. 186. P. 65–70.
40. Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England // *British medical journal*. 2002. V. 325. P. 1207–1211.
41. Jeffreys S. 'Body Art' and Social Status: Cutting, Tattooing and Piercing from a Feminist Perspective // *Feminism and Psychology*. 2000. Vol. 10. № 4. P. 409–430.
42. Kirkcaldy B.D., Brown J., Siefen R.G. Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care // *International journal of adolescent medicine and health*. 2006. V. 18. № 4. P. 597–614.
43. Lourie R.S. The role of rhythmic patterns in childhood // *American journal of psychiatry*. 1949. V. 105. P. 653–660.
44. Lundh L.G., Karim J., Quilish E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the deliberate self-harm inventory. *Scandinavian journal of psychology*. 2007. V. 48. P. 33–41.
45. Lutz C., Well A., Novak M. Stereotypic and self-injurious behavior in rhesus macaques: a survey and retrospective analysis of environment and early experience // *American journal of primatology*. 2003. V. 60. № 1. P. 1–15.
46. Marshall S.K., Tilton-Weaver L.C., Stattin H. Non-suicidal self-injury and depressive symptoms during middle adolescence: a longitudinal analysis // *Journal of youth and adolescence*. 2013. V. 42. № 8. P. 1234–1242.
47. Menninger K.A. Man Against Himself. N.Y.: Harcourt Brace and World, 1938.
48. Muehlenkamp J., Brausch A., Quigley K., Whitlock J. Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury // *Suicide and life-threatening behavior*. 2013. V. 43. № 1. P. 67–80.
49. Muehlenkamp J.J., Brausch A.M. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents // *Journal of adolescence*. 2012. V. 35. № 1. P. 1–9.
50. Mueller K., Nyhan W.L. Pharmacologic control of pemoline-induced self-injurious behavior in rats // *Pharmacology biochemistry and behavior*. 1982. P. 957–963.

51. *Nock M.K., Cha C.B.* Psychological models of non-suicidal self-injury // *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment.* M. K. Nock (ed.). American psychological association: Washington, 2009. P. 65–78.
52. *Pattison E.M., Kahan J.* The deliberate self-harm syndrome // *American journal of psychiatry.* 1983. V. 140. № 7. P. 867–872.
53. *Patton G. C., Harris R., Carlin J. B., Hibbert M., Coffey C., Schwartz M., Bowes G.* Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk// *Psychological medicine.* 1997. V. 27. № 3. P. 715–724.
54. *Solomon Y., Farrand J.* “Why don’t you do it properly?” Young women who self-injure // *Journal of adolescence.* 1996. V. 19. P. 111–119.
55. *Suyemoto K.L., MacDonald M.L.* Self-cutting in female adolescents // *Psychotherapy.* 1995. V. 32. P. 162–171.
56. *Symons F. J., Thomson T.* Self-injurious behavior and body site preference// *Journal of intellectual disability research.* 1997. V. 41. P. 456–468.
57. *Symons F.J., Sperry L.A., Dropik P.L., Bodfish J.W.* The early development of stereotypy and self-injury: a review of research methods // *Journal of intellectual disability research.* 2005. V. 49. P. 144–158.
58. *Tantam D., Whittaker J.* Personality disorder and self-wounding // *British journal of psychiatry.* 1992. V. 161. P. 451–464.
59. *Tiefenbacher S., Novak M.A., Lutz C.K., Meyer J. S. et al.* Autism gene variant causes hyperserotonemia, serotonin receptor hypersensitivity, social impairment and repetitive behavior // *PNAS.* 2012. V. 109. P. 5469–5474.
60. *Tiefenbacher S., Novak M.A., Lutz C.K., Meyer J.S.* The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model// *Frontiers in bioscience.* 2005. V. 1. № 10. P. 1–11.
61. *Walsh B.W., Rosen P.M.* Self-mutilation: Theory, research, and treatment. N.Y.: Guilford Press, 1988.
62. *Whitlock J., Muehlenkamp J. J., Purington A., Eckenrode J., Barreira J., Abrams G. B., et al.* Non-suicidal selfinjury in a college population: General trends and sex differences // *Journal of american college health.* 2011. V. 59. P. 691–698.

STRUCTURE AND FUNCTIONS OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

N. A. Polskaya

*PhD, assistant-professor, psychology of personality chair,
Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov*

Development of self-injurious behavior based on theoretical notions about differential orientation and cultural-historic mediation of psyche and behavior ontogenesis are studied. Biological and socio-cultural determinants of self-injurious behavior are described. Its structure is considered on the basis of ontogenetic laws of behavior formation – from elementary motor schemata to symbolically mediated actions. Systematization of self-injury types (reactive, dysfunctional, identificational and dysontogenetic) is carried out, functions of self-injurious behavior (organizational, emotional-regulative and personal-regulative) are marked out.

Key words: self-injurious behavior, cultural-historic approach, ontogenesis, dysontogenesis, classification of self-injury actions, types of self-injury, functions of self-injurious behavior.