

ПРЕДИКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЙ)¹

© 2009 г. Н. А. Польская

Кандидат философских наук, доцент кафедры специальной психологии, Педагогический институт Саратовского государственного университета, Саратов

Представлен теоретико-аналитический обзор зарубежных и отечественных исследований самоповреждающего поведения. Анализируются различные концепции самоповреждающего поведения, обсуждаются его признаки, определения, классификации, предикторы и механизмы формирования.

Ключевые слова: культурно обусловленные и девиантные самоповреждения, когнитивно-поведенческая и психодинамическая концепции самоповреждений, эмоциональная уязвимость.

В современной науке феномен самоповреждающего поведения (СП) исследуется в широком междисциплинарном контексте психиатрии, психологии, социологии и культурной антропологии. Интерес к данной проблеме вызван как культурно-исторической устойчивостью и универсальностью модели самоповреждающего поведения, фиксируемой в разные исторические периоды, независимо от уровня развития общества, так и своеобразной интенсивностью и многообразием современных практик самоповреждений.

Несмотря на негативную социальную оценку СП, по данным исследователей, этот поведенческий феномен широко распространен [36] и является одним из наиболее неконтролируемых, разрушительных и непредсказуемых типов поведения [52].

В отечественной научной литературе акты самоповреждения рассматриваются преимущественно в структуре аутоагрессивного и саморазрушающего поведения, расцениваемого как следствие психического расстройства или серьезных поведенческих проблем [3, 4, 6].

В зарубежных публикациях дискуссия о причинах и механизмах СП широко развернулась в 70-е гг. XX в. Но уже в работах З. Фрейда, К. Меннингера, Д. Виникота проблема самоповреждения была поставлена в контексте обсуждения природы аутоагрессии [5, 42, 69]. Исследования современных зарубежных авторов касаются выявления эмоциональных, личностных предикторов СП, а также описания механизмов формирования и реализации СП [17, 23–33, 36–39, 45, 58, 61, 62, 68 и др.].

В данной статье на основе анализа научных публикаций решаются задачи, связанные с пониманием и определением феномена СП. Эти задачи включают: а) определение и классификацию СП; б) анализ исследований, направленных на выявление предикторов и описание механизмов и моделей СП; в) общую характеристику и существующие интерпретации СП в социальных и медицинских науках.

Дефиниции самоповреждающего поведения. Строгое, общепринятое определение СП отсутствует. До сих пор обсуждается необходимость различения понятий самоповреждения и членовредительства, самоповреждения и суицидального действия. С одной стороны, широко распространенные практики самоповреждений требуют обобщающего подхода к пониманию и определению сущности данного явления. С другой – полиморфизм и прежде всего симптоматический характер СП ставят под сомнение необходимость и возможность такого рода обобщений.

В научных публикациях акты самоповреждений рассматриваются преимущественно в структуре таких понятий, как аутоагрессия, саморазрушение, членовредительство, симуляция, патомимия, мазохизм, парасуицид и неудавшийся суицид.

В классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) СП не выделяется как отдельный синдром, а представлено лишь в качестве симптома в клинике: 1) депрессивного эпизода (*F 32*) и легкого депрессивного эпизода (*F 32.0*); 2) пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности (*F 60.31*); 3) детского аутизма (*F 84.0*); 4) стереотипных двигательных расстройств (*F 98.4*) [2].

В общей медицине самоповреждения объединяются понятием патомимии, означающим чрезмерно драматические, неправдоподобные жало-

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант №08-06-00492а).

бы на мнимое соматическое заболевание и склонность к самоповреждению для инсценировки его симптомов. Также СП рассматривается в структуре психосоматических нарушений. Повреждение кожи вследствие самоповреждающих актов описываются в рамках таких диагнозов, как дерматомания – неумеренное стремление повреждать кожу, ее придатки, слизистые оболочки; трихотилломания – навязчивое выдергивание волос; онихофагия – обкусывание ногтей; хейлофагия – обкусывание губ; дерматотазия – обкусывание кожи вокруг ногтевого ложа.

В своих определениях СП одни исследователи подчеркивают психологическое содержание, другие – физический компонент. К. Меннингер (*K. Menninger*) называл СП “попыткой самоисцеления, когда локальное саморазрушение, будучи формой частичного суицида, предотвращает тотальный суицид” [42, с. 271]. М. Симпсон (*M. Simpson*) в своем определении СП фокусируется на физическом вреде, причиняемом собственному телу, независимо от явных или скрытых намерений, включающем в себя удаление, разрушение, обезображивание или повреждение части тела [56]. А. Фавацца и Р. Розенталь (*A. Favazza, R. Rosenthal*) связывают акты самоповреждения с нарушениями психической регуляции и психологическими проблемами. Они подразумевают под СП “нарушение волевого контроля... определенный синдром, благодаря которому акты самоповреждения становятся повторяющимися ответами на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира” [18, с. 81].

Наиболее распространенным является понимание СП как социально неодобряемого поведения, связанного с преднамеренным нанесением себе телесных повреждений, однако не имеющего суицидальной направленности. В качестве основных признаков СП определяют: 1) преднамеренный (сознательный) характер; 2) отсутствие суицидальных намерений; 3) самостоятельное причинение себе повреждений; 4) элемент физического насилия; 5) привычный характер.

Классификация самоповреждений. А. Фавацца и Р. Розенталь различают две основные категории актов самоповреждений: (1) самоповреждения, обусловленные социокультурным укладом (ритуалом, обычаем, традицией), например прокалывание мочек ушей, обрезание; (2) девиантные самоповреждения, включающие в себя значительные (тяжелые), стереотипные и поверхностные (символические) самоповреждения [17, 18].

Значительные самоповреждения – это редкие (или единичные) акты радикального и глубокого повреждения тканей тела (энуклеация глаза, кастрация, ампутация частей тела), совершенные,

как правило, под влиянием психотических переживаний.

Стереотипные самоповреждения – ритмичные акты, которые повторяются по жестко зафиксированной схеме и лишены смыслового содержания (стереотипные удары головой, выдавливание глазного яблока) [48, 60]. Подобные расстройства часто встречаются при детском аутизме “в виде ударов головой, кусания, царапания, вырывания волос” [2] и умственной отсталости [8].

В рамках стереотипных двигательных расстройств (*F 98.4*) СП включает в себя “повторяющиеся удары головой, шлепанье по лицу, тыканье глаз и кусание рук, губ и других частей тела” [2]. Есть данные, описывающие стереотипные двигательные расстройства у интеллектуально здоровых людей. В статье М. Мендес и А. Мирэ (*M. Mendez, A. Mirea*) рассматривается 27-летняя история ежедневных ударов головой с самоповреждениями у 49-летнего мужчины, не имеющего нарушений мышления. Частота его стереотипных ударов головой повышалась с тревогой, громкость удара – с испугом и тоской. Он сообщил об удовольствии от ударов головой; частота подобного поведения сокращалась лишь при приеме лекарственных препаратов [41].

Поверхностные (или символические) самоповреждения, подразделяющиеся на компульсивные, эпизодические и повторяющиеся акты самоповреждения, представляют собой неглубокие повреждения тканей тела, не представляющие риска для жизни: порезы на коже, “гравировка” на коже (слова, узоры или другие символы), препятствие заживлению ран, преднамеренные переломы костей, втыкание игл, выдергивание волос, обкусывание ногтей, расчесывание кожи и др. [17, с. 233]. Подобные акты самоповреждения могут наблюдаться в клинике антисоциального и пограничного расстройств личности, посттравматического стрессового расстройства, диссоциативного расстройства, нарушений пищевого поведения. Повторяющиеся самоповреждения свойственны личностям, испытывающим аддиктивную потребность в актах самоповреждения [17].

Тип символических самоповреждений наиболее распространен и наименее фиксируем клиническими и социальными службами. Именно этот тип самоповреждений наиболее часто связывается с переживанием психологических трудностей и наличием психологической предрасположенности к СП.

Самоповреждающее поведение в социокультурном контексте. Исследования социокультурных условий, в рамках которых становятся возможным и реализуется СП, осуществляются преимущественно в этнографической и социальной перспективах. Анализ СП осуществляется через раскрытие сущности традиционных для конкрет-

ного общества представлений о красоте, обрядов и ритуалов инициации, особенностей внутригруппового (статусного) взаимодействия и специфики социокультурной идентичности [14, 17].

В этнографической перспективе СП рассматривается в сложной системе ритуалов, где эмоциональная сторона самоповреждений не является доминирующей, а подчиняется строго регламентированной последовательности поведенческих актов. В социальной перспективе СП расценивается как форма социальной регуляции аффекта: аффекты через акт самоповреждения социализируются, приобретают определенный социальный смысл. Например, посредством самоповреждений достигается членство в определенной субкультуральной группе, эмоции получают символическое выражение, а идентичность – телесное “подтверждение”.

Социокультурные аспекты СП актуализируются в исследованиях самоповреждений в группах этнических меньшинств и эмигрантов. Так, интервьюирование семи азиатских женщин с историей самоповреждений, проживающих в Англии, позволило выделить на основе дискурсивного анализа такие конструкты самоповреждений, как “избавление от душевной боли”, “конец всему”, “осуществление изменения”, “получение контроля”, которые были систематизированы в нарративы бедственных обстоятельств. Давление привилегированной культуры, отрицающей другие интересы, было расценено в качестве неблагоприятного обстоятельства в развитии СП, и важность учета интересов, смыслов и нужд конкретной социокультурной среды была определена как необходимое условие превенции и лечения СП [40].

Культурно-исторические истоки феномена самоповреждений подробно рассмотрены в книге А. Фавазза “Осажденные тела” (“*Bodies under siege*”), в которой практики самоповреждений анализируются в мифологической, религиозной и антропологической аспектах [17]. Автор рассматривает взаимосвязь самоповреждений, совершенных под влиянием психопатологических переживаний, с самоповреждениями, обусловленными религиозными и культурными верованиями и традициями.

Обсуждение самоповреждений в культурно-историческом контексте позволяет рассматривать данный феномен с точки зрения украшения своего тела. Фавазза называет татуирование и “пускание” крови практиками “современного примитивизма”. Широко распространенные в современной культуре модификации тела (*body modification*), включающие в себя пирсинг, брендинг, татуирование, подвешивание на крюках и др., оцениваются одними авторами как способы

самоповреждений [34], другими же – как практики ухода за “поверхностью тела” [21].

Л. Кларк и М. Виттакер (*L. Clarke, M. Whittaker*) обращают внимание на существенные различия между современными и примитивными практиками самоповреждений. В современной культуре на первое место выходит эмоциональная и личностная обусловленность акта самоповреждения, тогда как в примитивных племенах он санкционирован не отдельно взятой личностью, а культурной традицией [14]. По сути, речь идет о двух разных социокультурных функциях самоповреждающего поведения: социальной регуляции и психологической саморегуляции. Кларк и Виттакер замечают, что в западной культуре “самоповреждающее поведение в большей степени терпимо, чем принято, и часто рассматривается и как способ самовыражения, и как ритуал, дающий молодежи чувство принадлежности к группе ровесников” [14, с. 130]. Татуирование и пирсинг, по мнению исследователей, представляют собой не только определенный признак девиантного поведения, но и свойственный молодому возрасту способ самовыражения, помогающий молодым людям в определении собственной идентичности и позволяющий ощущать контроль над своей жизнью [14].

Возрастная и гендерная специфика самоповреждающего поведения. Исследователи возрастных аспектов СП отмечают, что акты самоповреждения совершаются как в молодом [31, 32, 37], так и в преклонном возрасте [30]. Тем не менее пик самоповрежденческих действий приходится на начало двадцати лет. Склонность к самоповреждению “угасает” к тридцати годам. Однако некоторые сохраняют готовность к таким поведенческим действиям в течение всей жизни.

Результаты установления взаимосвязи самоповреждений с гендером не дают однозначного ответа на вопрос о гендерной специфичности СП [26, 38, 50, 71]. Одни исследователи настаивают, что самоповреждающие действия более свойственны девушкам и женщинам [43, 44], тогда как другие на основании клинических данных утверждают, что самоповреждения с одинаковой частотой встречаются как среди женщин, так и среди мужчин [47]. Статистические данные относительно гендерной частоты совершения самоповреждений вызывают, как считает М. Фрост (*M. Frost*), сомнения в силу того, что нередко самоповрежденческие акты у мужчин диагностируются как “несчастный случай”, а это искажает реальную картину [19]. Тем не менее большинство исследователей сходятся во мнении, что умеренные самоповреждения более свойственны девушкам-подросткам и молодым женщинам. Так, в исследовании гендерных различий при самоповреждениях подростков было выявлено, что СП более распространено у девушек, чем у юношей, одна-

ко юноши чаще совершают самоповреждения, приводящие к госпитализации [33], что объясняется выбором юношами более опасных способов самоповреждений [10, 11]. В исследовании, посвященном гендерной идентификации интернет-данных (дневников, форумов) подростков с СП, было установлено, что большинство из них – девушки в возрасте между 12 и 20 годами. Согласно позиции авторов, гендерные различия в выражении гнева приводят к тому, что девушки чаще проявляют аутоагрессивные паттерны поведения. Девушки в меньшей степени, чем юноши, трансформируют переживаемый ими гнев в агрессию, направленную против других, но в большей степени склонны к агрессии, направленной на себя. Анализ наиболее обсуждаемых тем и содержательных взаимосвязей между сообщениями привел исследователей к выводу, что интернет-общение безусловно оказывает поддержку подросткам, чувствующим себя изолированно в ситуации переживания проблем, связанных с самоповреждением. Тем не менее подобные обсуждения могут способствовать закреплению паттерна самоповреждения и более того – расширить репертуар СП подростка потенциально летальными практиками [68].

Показатели развития самоповреждающего поведения. Значимыми социальными предикторами для развития СП называют употребление психоактивных веществ [33, 58], факты самоповреждения в дружеском и семейном окружении [33], опыт эмоционального, физического или сексуального насилия [15, 24, 25, 64, 70]. В исследовании, проведенном в группе из 113 пациенток психиатрического стационара, которые пострадали от насилия со стороны интимного партнера и имели опыт самоповреждения, было доказано, что история домашнего насилия является статистически достоверным предиктором телесных самоповреждений даже по прошествии многих лет замужества. Среди некоторых жертв домашнего насилия эти статистические связи указывают, по мнению авторов, на высокий порог чувствительности к плохому обращению с телом и/или неуважению к телу [53].

Ряд таких психологических показателей, как низкий уровень самоуважения и самооценки, депрессия, тревожность, импульсивность, по мнению многих авторов, определяет готовность к самоповреждениям и поддерживает паттерн СП. Одним из ведущих психологических предикторов СП является низкая способность выдерживать высокоинтенсивные негативные эмоции. Именно неспособностью терпеть “душевную боль” объясняется готовность к боли физической.

Проанализировав три личностных фактора: способность терпеть сильные эмоции, способность поддерживать чувство самооценки и способность поддерживать чувство связи с другими в

группах пациентов “с историей самоповреждения” и “не имеющих опыт самоповреждения”, исследователи пришли к заключению, что изучаемые показатели оказались значительно ниже в группе пациентов с историей самоповреждения [15].

К. Грац и А. Чэпмэн (*K. Gratz, A. Chapman*) анализировали две группы факторов: социальные (плохое обращение в детстве) и индивидуальные (эмоциональная невыразительность, реактивность и интенсивность эмоций, нарушение эмоциональной регуляции), которые связаны с развитием и закреплением преднамеренного самоповреждения среди лиц мужского пола. Они приходят к выводам, что физическое насилие, пережитое в детстве, и нарушение эмоциональной регуляции отличают группу с СП. В этой группе нарушения эмоциональной регуляции связаны с частотой актов самоповреждения. При этом вопреки вышеозначенным предикторам усиление интенсивности и реактивности аффекта оказалось связано с уменьшением частоты актов самоповреждения [25].

Подобное исследование, проведенное среди девушек – студенток колледжа, позволило сделать вывод, что пережитое в детстве насилие и слабость позитивных переживаний отличали группу девушек с СП от девушек, не имеющих подобного опыта. В отличие от предыдущего исследования, среди девушек с историей самоповреждения трудности эмоционального выражения оказались связаны с усилением частоты актов самоповреждения [23].

В исследовании, проведенном в трех группах студентов: имеющих опыт самоповреждения в прошлом, реализующих самоповрежденческие стратегии в настоящем и не имеющих опыта самоповреждения, было выявлено, что в группах с СП (независимо от времени самоповрежденческого инцидента) был выявлен высокий уровень негативных эмоций (враждебности, вины, уныния) в отличие от тех, кто не имел опыта самоповреждений. Исследователи приходят к выводу, что высокий уровень негативных эмоций сохраняет риск самоповреждения независимо от времени последнего акта самоповреждения [9].

Изучение связи психологических переменных с повторными актами самоповреждения подростков выявило высокие показатели по факторам депрессии, безнадежности, раздражительности и сниженные показатели по фактору принятия решений. Депрессия была определена в качестве ключевого фактора риска повторных актов самоповреждения среди подростков [32].

Следует уточнить, что депрессия, являющаяся предиктором суицидального поведения, в ситуации самоповреждения отражает межличностные трудности, переживаемые подростками в семье, среди ровесников, а также школьные проблемы. Согласно данным многолетних наблюдений, ак-

ты самоповреждения редко бывают связаны с суицидальными намерениями и с точки зрения долгосрочного прогнозирования редко приводят к суициду [31]. Тем не менее авторы, занимающиеся целенаправленными исследованиями суицидальных попыток среди лиц, имеющих опыт самоповреждения, предостерегают от клинической недооценки актов самоповреждения с позиций их суицидального риска [59].

Нахождение в местах лишения свободы, будучи само по себе фактором риска любых форм отклоняющегося поведения, в случае самоповреждения усугубляет и обостряет все неблагоприятные социальные и психологические условия СП. По результатам исследований, проведенных в группах заключенных, в качестве значимых предикторов СП выделяются: опыт суицидальных попыток, пережитое эмоциональное и сексуальное насилие, нарушение пищевого поведения (объедание и искусственное вызывание рвоты) [49], принадлежность к европейской расе, молодой возраст [49], высокий уровень депрессии [46], высокие показатели ипохондрии, депрессии, незрелость психологических защит, дефицит навыков преодоления и решения проблем [28].

Проблема отношения к собственному телу является одной из центральных в исследованиях СП. М. Симпсон утверждает, что акты самоповреждения связаны с негативным образом собственного тела и фактически являются внешним проявлением душевного страдания [57]. Негативное или амбивалентное отношение к собственному телу определяет характер, способ и границы воздействия на него, а также степень последующих повреждений или разрушений.

Наиболее ярким примером разрушительного отношения к собственному телу являются нарушения пищевого поведения (прежде всего анорексия и булимия). Известно, что именно при этих расстройствах достаточно часто регистрируются факты непосредственных повреждений собственного тела. Самоповреждение оказывается психологическим фактором, отягчающим течение основного заболевания. Рассмотрев две выборки пациентов с нарушениями пищевого поведения, имеющих и не имеющих опыт самоповреждения, исследователи пришли к следующему выводу: пациенты с нарушениями пищевого поведения и склонностью к самоповреждению чаще жалуются на тревогу, депрессию, враждебность, гнев, чаще сообщают о травматическом опыте и негативно оценивают размеры собственного тела [12].

Изучение актов самоповреждения (татуирование, пирсинг, обезображивающие самоповреждения) в клинике расстройств пищевого поведения позволило заключить, что татуирование и пирсинг выступают в качестве своеобразных приемов самопомощи и заботы о себе, защищая пациентов от

серьезных и травматичных самоповреждений. Представляют интерес данные корреляционного анализа, полученные в этом исследовании. Так, пирсинг был позитивно связан с экстраверсией и открытостью и негативно – с честностью. Прямые акты самоповреждений, напротив, были позитивно связаны с нейротизмом и честностью и негативно – с экстраверсией и открытостью. [13]. Все эти данные позволяют высказать предположение о социально обусловленном механизме саморегуляции, когда акты самоповреждения привлекаются для решения пищевых проблем, прежде всего булимии, предотвращая приступы неконтролируемого и безудержного потребления пищи.

Исследование самоповреждающего поведения с позиций разных подходов. Объяснение механизмов СП осуществляется на основе психофизиологических, биохимических и психологических показателей, предшествующих, сопровождающих и завершающих акт самоповреждения.

Ссылаясь на современные исследования, доказывающие повышение уровня бета-эндорфинов после акта самоповреждения, многие авторы соглашались с теорией, согласно которой эндогенные седативные вещества поддерживают СП [29, 52]. В рамках этой теории рассматриваются две гипотезы “обезболивания”: анальгетическая и аддиктивная. Согласно анальгетической гипотезе, циркуляция бета-эндорфинов снижает восприятие боли; люди со сниженным чувством боли наносят себе повреждения, используя данный акт как род стимуляции. Гипотеза аддикции предполагает, что выброс седативных веществ после акта самоповреждения доставляет удовольствие. Как следствие, люди с СП становятся зависимы от седативных веществ, вырабатываемых собственным организмом [52].

Психофизиологические исследования взрослых больных с психическим недоразвитием и тяжелым СП доказывают, что “фундаментальной функцией самоповреждающего поведения является избавление от спонтанного возбуждения” [7]. Такая физиологическая и биохимическая индикация СП, с одной стороны, раскрывает глубину вовлечения всех систем организма в акт самоповреждения, с другой – предлагает объяснение причин устойчивости паттерна СП, несмотря на его асоциальный и саморазрушительный характер.

В рамках когнитивно-поведенческого подхода СП объясняется с точки зрения теорий научения и копинга. Самоповрежденческий акт рассматривается как поведенческая стратегия, реализующаяся в ситуации высокоинтенсивных негативных переживаний. Поведение друзей и членов семьи оказывает влияние на выбор данной стратегии. По замечанию исследователей, некоторые подростки верят, что самоповреждение – успешный способ межличностного взаимодействия, с

помощью которого можно достичь желаемого отношения со стороны других людей [61]. Подобные социальные действия были описаны в литературе как контагиозные (заразительные) эффекты суицида [22, 35], но вполне очевидно, что самоповреждения тоже обладают подобным влиянием [63].

Исходя из выявленных показателей дефицита навыков решения проблем, некоторые авторы определяют акт самоповреждения как особый род копинг-поведения, связанный со стратегией избегания проблем [28, 61]. Механизм СП в таком случае включает стрессовое воздействие и ответ на него в форме самоповреждения. Выдвигается предположение, что некоторые люди не имеют других возможностей совладания со стрессовой ситуацией, кроме как через причинение собственному телу физических повреждений, в таком случае самоповреждение для них – это копинг [8, 51, 67]. Однако другие исследователи делают упор на интерпретации самоповреждения как симптома психологического расстройства, генезис которого в недостатке копинг-навыков [20, 39, 54, 65]. Соответственно самоповреждения – это не своеобразные стратегии совладания со стрессом, а показатель дефицита, недостатка этих стратегий.

Рассматривая самоповреждение подростков с точки зрения содержательных характеристик и функций поведения, М. Нок и М. Принстайн (*M. Nock, M. Prinstein*) предлагают комплексную функциональную модель СП, в рамках которой описываются четыре первичные функции самоповреждения. Дифференциация функций осуществляется на основе двух дихотомий: автоматическое/социальное и позитивное/негативное подкрепление актов самоповреждений. Согласно данной модели, СП подростков реализуется на основе: 1) автоматического негативного подкрепления (“остановить плохие чувства”); 2) автоматического позитивного подкрепления (почувствовать хоть что-то, даже боль); 3) социального негативного подкрепления (“избежать неприятного дела, которое ты не хочешь делать”); 4) социального позитивного подкрепления (“привлечь внимание”) [45].

В рамках данной модели авторы дифференцируют уровни функционального подкрепления в соответствии с клиническими корреляциями, описанными в литературе. *Автоматическое негативное подкрепление*, взаимосвязанное с переживанием безысходности и историей суицидальных попыток, регулируется принципом “избежать чувства безысходности”. *Автоматическое позитивное подкрепление*, взаимосвязанное с переживаниями пустоты, изоляции, андегонии, ограничивающего диапазона аффекта, регулируется принципом “вызвать переживания или чувства” [45].

Социальный характер функций СП аргументируется авторами тем, что подростки нередко используют самоповреждение как способ получения поддержки от других (*социальное позитивное подкрепление*) или как возможность устранить воспринимаемые ожидания других (*социальное негативное подкрепление*) [45]. Этому соответствуют данные, согласно которым самоповреждение представляет собой своеобразный “призыв о помощи” и способствует получению поддержки со стороны социальных сетей [66].

С. Ши (*S. Shea*) в своем исследовании мужчин-заключенных с СП опирается на модель “фрустрации-агрессии”, разработанную Доллардом и его коллегами (*J. Dollard et al.*) [16], в рамках которой “самоповреждающее поведение осмысливается как род агрессии в стрессовой ситуации в популяции импульсивных разобщенных людей” [55]. Феминистски ориентированные терапевты определяют СП как “аутожестокость”, которую реализуют люди, пережившие комплексную травму, а самоповреждение расценивается как аутодеструктивный способ ухода за собой [8].

В рамках психодинамического подхода склонность к самоповреждениям связывается с нарушением объектных отношений. К. Саемото, М. Макдональд (*K. Suyemoto, M. MacDonald*) различают недиссоциативные и диссоциативные акты самоповреждения, обусловленные событиями первых шести лет жизни ребенка. В первом случае самоповреждение связано с ранним взрослением, когда на детей налагались взрослые обязанности и они вынужденно принимали на себя роль родителей. Здесь самоповреждение выступает как форма выражения негативных эмоций. Диссоциативные самоповреждения развиваются в результате нехватки заботы и тепла, которые ощущал человек в детском возрасте, либо жестокости со стороны родителей или опекунов. В данном случае самоповреждение носит демонстративный характер. В результате дефицита адекватной интернализации родительских фигур нарушается способность к самозащите и как следствие – формируются саморазрушающие и самоповреждающие формы поведения, цель которых усилить потенциал социальной адаптации личности [62].

О. Кернберг также указывает на взаимосвязь самоповреждения с аутоагрессией на примере анализа нарциссических личностных расстройств [1]. Понимание нарциссической личности, согласно Кернбергу, обусловлено пониманием характера и степени интеграции агрессии в структуру личности и реализации агрессии в объектных отношениях. Он выделяет три группы пациентов с различной реализацией ими аутоагрессивных импульсов. У пациентов первой группы акты самоповреждения представляют собой бессознатель-

ную попытку восстановить контроль над окружающими через пробуждение у них чувства вины. У пациентов второй группы следствием аутодеструктивного поведения является угроза их грандиозности, приводящая к переживанию травматического чувства унижения или поражения. Третий тип хронического аутодеструктивного поведения обнаруживается в структуре психоза. В данном случае самоповреждение связывается с чувством сознательного или бессознательного удовольствия от боли и аутоагрессии [там же]. Таким образом, самоповреждение рассматривается в структуре аутоагрессии, направленной на получение контроля над другими, сохранение и поддержание чувства собственного превосходства и получение удовольствия от боли.

К. Саемото, обобщив существующие подходы к СП, выделяет четыре модели и описывает шесть функций СП подростков [61].

1. *Модель влияния окружения* основывается на концепциях социального научения и моделирования поведения. Самоповреждение в данном случае расценивается как имитация насилия, которое наблюдалось в семье и было идентифицировано подростком как особый род заботы. Функция самоповреждения – это получение внимания со стороны окружающих.

2. *Модель влечения* основывается на психодинамических концепциях инстинктов. Акт самоповреждения управляется двумя функциями: анти-суицидальной (способ нахождения компромисса между влечениями к жизни и смерти) и сексуальной (способ контроля и управления сексуальными чувствами).

3. *Модель аффективной регуляции* базируется на концепциях эго-психологии. Интроекция чувств собственной ничтожности, неправильно обуславливает акт самоповреждения, основная функция которого – это функция регуляции аффекта, т.е. подкрепление негативного аффекта и получение таким образом контроля над ним. Другая функция – диссоциативная – регулирует прекращение диссоциативного состояния.

4. *Пограничная модель* опирается на концепции объектных отношений и характеризует самоповреждение как физический маркер собственных границ. В данном случае главной функцией СП является сепарация и дифференциация от первичной привязанности [61].

Некоторые авторы значительное внимание уделяют проблеме нарушения эмоциональной регуляции при СП, проявляющейся не только в импульсивности, но и невозможности адаптивно перерабатывать негативные эмоции [23–27 и др.]. Эмоциональную регуляцию рассматривают как многогранный конструкт, включающий: а) знание, понимание и признание эмоций; б) возможность включаться (быть занятым) в целенаправ-

ленное поведение и тормозить импульсивное поведение, когда переживаются негативные эмоции; в) гибкое использование ситуационно подходящих стратегий регуляции интенсивности и продолжительности эмоциональных реакций в противовес полному исключению эмоций; г) готовность переживать негативные эмоции как часть последующей целенаправленной активности в жизни [27]. В статье К. Грац, посвященной роли нарушений эмоциональной регуляции в лечении самоповреждений, указывается на то, что снижение эмоционального дисбаланса будет уменьшать потребность в малоадаптивных приемах поведения. Приводится пример применения эмоционально-регулятивной групповой терапии, базирующейся на одобрении, в лечении самоповреждающего поведения [24].

Результаты и перспективы изучения самоповреждающего поведения. Анализ научных публикаций, посвященных проблемам СП, позволяет сделать следующие общие *выводы*. Во-первых, следует различать культурно и социально обусловленные самоповреждения, связанные с традициями, обрядами, ритуалами, нормативными представлениями о красоте и статусе. Во-вторых, существует большая группа клинически обусловленных самоповреждений, вызванных расстройствами психического и соматического характера. В-третьих, необходимо выделить в отдельную группу психологически обусловленные самоповреждения, которые вызваны психологическими причинами и разворачиваются по психологическому “сценарию”. Такие самоповреждения могут иметь клиническое “выражение”, но могут быть тщательно скрываемы или замаскированы, представлены в форме “модификаций тела”.

Именно группа психологически обусловленных самоповреждений остается на сегодняшний день наименее изученной, несмотря на большое число работ, представленных в зарубежной научной печати. В рамках этих исследований выделяется широкий круг динамических и содержательных коррелятов психологической готовности к самоповреждению, однако разнородность и определенная этиологическая универсальность этих факторов в развитии различных форм нарушений поведения и расстройств личности не позволяет авторам выйти на уровень определения специфических предикторов и механизмов СП.

Существующие концепции и модели преимущественно затрагивают вполне определенную сторону СП (психопатологическую, психосоматическую, суицидальную, культурно-эстетическую, коммуникативную), оставаясь в рамках функционального подхода. Способ объяснения отдельных сторон СП с привлечением разных теоретических конструктов представляется малоэффективным, так как опора на отдельные

признаки и функции не позволяет выйти на уровень понимания взаимосвязи всех психологических компонентов, обеспечивающих возможность СП.

Во многих исследованиях осуществляется попытка отождествления самоповреждения с аутоагрессией, когда акт самоповреждения рассматривается как саморазрушительный по своей природе. Понятие аутоагрессии предполагает наличие импульса, направленного на “самоуничтожение” живой системы. Мы можем считать одним из мотивов СП мотив отсроченного самоуничтожения (через самонаказание), но следует учитывать и другие мотивы: украшения или улучшения внешнего вида, коммуникации, вхождения в субкультурную группу, закрепления памятных событий, преодоления психологического дискомфорта и достижения разрядки, получения нового опыта и “острых” переживаний, мотивы демонстративно-шантажного характера и др. Опора на концепт аутоагрессии исключает большую группу актов самоповреждений, совершаемых по иным мотивам.

Возникает необходимость в более обобщенном понятии, которое позволило бы объединить разные феномены самоповреждения, проанализировать его и выйти на уровень психологического моделирования СП. Отмечаемые практически всеми исследователями эмоциональные нарушения, которые сопутствуют СП и выражаются в импульсивности, раздражительности, сниженном настроении, и успешные психотерапевтические практики лечения СП, направленные на восстановление эмоционального баланса, дают возможность предположить, что понятие *эмоциональной уязвимости* является ключевым концептом, в рамках которого действует системный, а не функциональный анализ СП.

Эмоциональную уязвимость при СП можно охарактеризовать как: а) низкую фрустрационную и стрессовую устойчивость личности; б) психофизиологическую готовность формировать связи между желаемым, психологически комфортным состоянием и агентом (телесным самоповреждением), который впоследствии отождествляется с желаемым состоянием, и уже одно обращение к этому агенту переживается как желаемое состояние; в) готовность не просто игнорировать физически болезненные ощущения, но переживать их как психологически позитивные (расслабление, разрядка, воодушевление, гармония, успокоение и т.п.). В рамках системного подхода могут быть описаны и раскрыты динамические и содержательные связи на когнитивном, личностном и поведенческом уровнях, обусловленные восприятием, оценкой и переработкой не только фрустрирующих и стрессовых, но и личностно значимых ситуаций, которые в конечном итоге реализуются в акте самоповреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М.: Независимая фирма “Класс”, 1998.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Россия. СПб: Адис, 1994.
3. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1994. № 1. С. 6–3.
4. Реан А.А. Аутоагрессивный паттерн личности // Ананьевские чтения – 98. СПб., 1998. С. 52–54.
5. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1990. С. 382–424.
6. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005.
7. Barrera F.J., Violo R.A., Graver E.E. On the form and function of severe self-injurious behavior // Behavioral Interventions. 2007. V. 22. № 1. P. 5–33.
8. Brown L.S., Bryan T.C. Feminist therapy with people who self-inflict violence // Journ. of Clinical Psychology. 2007. V. 63. № 11. P. 1121–1133.
9. Brown S.A., Williams K., Collins A. Past and recent deliberate self-harm: Emotion and coping strategy differences // Journ. of Clinical Psychology. 2007. V. 63. № 9. P. 791–803.
10. Canetto S.S. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence // Suicide Life Threat Behav. 1997. V. 27. № 4. P. 339–351.
11. Cantor C.H. Suicide in the western world // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Britain: John Wiley and Sons, Ltd., 2000. P. 9–28.
12. Claes L., Vandereycken W., Vertommen H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features // European Eating Disorders Review. 2003. V. 11. № 5. P. 379–396.
13. Claes L., Vandereycken W., Vertommen H. Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders // European Eating Disorders Review. 2004. V. 13. № 1. P. 11–18.
14. Clarke L., Whittaker M. Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses // Journ. of Clinical Nursing. 1998. V. 7. P. 129–137.
15. Deiter P.J., Nicholls S.S., Pearlman L.A. Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis // Journ. of Clinical Psychology. 2000. V. 56. № 9. P. 1173–1191.
16. Dollard J., Doob L., Miller N. et al. Frustration and aggression. New Haven, C.T.: Yale University Press, 1939.
17. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.
18. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Varieties of pathological self-mutilation // Clinical Behavioural Neurology. 1990. V. 3. P. 77–85.

19. Frost M. Self-harm and the Social Work Relationship. Norwich: Social Work Monographs, 1995.
20. Fruensgaard K., Flindt H.H. Disease patterns seen in self-mutilating patients // Nord. Psykiatr. Tidsskr. 1988. V. 42. P. 281–288.
21. Gardner A.R., Gardner A.J. Self-mutilation, obsessiveness, and narcissism // British. Journ. Psychiatry. 1975. V. 127. P. 127–132.
22. Gould M.S. Suicide and the media // Annals. of the New York Academy of Sciences. 2001. V. 932. P. 200–221.
23. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury // Journ. of Clinical Psychology: In Session. 2007. V. 63. № 11. P. 1091–1103.
24. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // Am. Journ. of Orthopsychiatry. 2006. V. 76(2). P. 238–250.
25. Gratz K.L., Chapman A.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates // Psychology of Men and Masculinity. 2007. V. 8(1). P. 1–14.
26. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // Am. Journ. of Orthopsychiatry. 2002. V. 72. P. 128–140.
27. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale // Journ. of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004. V. 26. P. 41–54.
28. Haines J., Williams C.L. Coping and problem solving of self-mutilators // Journ. of Clinical Psychology. 1995. V. 53. № 2. P. 177–186.
29. Haines J., Williams C.L., Brain K.L., Wilson G.V. The psychophysiology of self-mutilation // Journ. of Abnormal Psychology. 1995. V. 104. P. 471–489.
30. Hawton K., Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in older people // International Journ. of Geriatric Psychiatry. 1990. V. 5. № 6. P. 367–373.
31. Hawton K., Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome // Journ. of Child Psychology and Psychiatry (Online Early Articles). 2007.
32. Hawton K., Kingsbury S., Steinhardt K. et al. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors // Journ. of Adolescence. 1999. V. 22. № 3. P. 369–378.
33. Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self-report survey in schools in England // BMJ. 2002. V. 325. № 7374. P. 1207–1211.
34. Jeffreys S. Body Art and Social Status: Cutting, Tattooing and Piercing from a Feminist Perspective // Feminism and Psychology. 2000. V. 10. Issue 4. P. 409–430.
35. Joiner T. Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates // Journ. of Adolescence. 2003. V. 26. P. 495–504.
36. Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury: An introduction // Journ. of Clinical Psychology: In Session. 2007. V. 63. № 11. P. 1039–1043.
37. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner // Journ. of Clinical Psychology: In Session. 2007. V. 63. № 11. P. 1045–1056.
38. Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates // Am. Journ. of Psychiatry. 2003. V. 160. P. 1501–1508.
39. Lion J.R., Conn L.M. Self-mutilation: Pathology and treatment // Psychiatric Annals. 1982. V. 12. P. 782–787.
40. Marshall H., Yazdani A. Locating culture in accounting for self-harm amongst Asian young women // Journ. of Community and Applied Social Psychology. 1999. V. 9. № 6. P. 413–433.
41. Mendez M.F., Mirea A. Adult head-banging and stereotypic movement disorders // Movement Disorders. 2004. V. 13. № 5. P. 825–828.
42. Menninger K.A. Man Against Himself. N.Y.: Harcourt Brace and World, 1938.
43. Morgan H.G. Death Wishes? The Understanding and Management of Deliberate Self-harm. Chichester: John Wiley, 1979.
44. Morgan H.G., Pocock H., Pottle S. The urban distribution of non-fatal deliberate self-harm // British Journ. of Psychiatry. 1975. V. 126. P. 319–328.
45. Nock M.K., Prinstein M.J. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents // Journ. of Abnormal Psychology. 2005. V. 114. № 1. P. 140–146.
46. Palmer E.J., Connelly R. Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners // Criminal Behaviour and Mental Health. 2006. V. 15. № 3. P. 164–170.
47. Pattison E.M., Kahan J. The deliberate self-harm syndrome // Am. Journ. of Psychiatry. 1983. V. 140. № 7. P. 867–872.
48. Powell S.B., Newman H.A., Pendergast J.F., Lewis M.H. A rodent model of spontaneous stereotypy: initial characterization of developmental, environmental, and neurobiological factors // Physiology and Behavior. 1999. V. 66. P. 355–363.
49. Roe-Sepowitz D. Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women // Criminal Behaviour and Mental Health. 2007. V. 17. № 5. P. 312–321.
50. Ross R.R. Shocking habit: the company // Self-harm and the Social Work Relationship / Ed. M. Frost. Norwich: Social work Monographs, 1995.
51. Ross R.R., McKay H.B. Self-mutilation. Toronto: Lexington Books, 1979.
52. Sandman C.A., Hetrick W.P. Opiate mechanisms in self-injury // Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. 1995. V. 1. № 2. P. 130–136.
53. Sansoné R.A., Chu J., Wiederman M.W. Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence // Clinical Psychology and Psychotherapy. 2007. V. 14. № 5. P. 352–357.

54. Schaffer C.B., Carroll J., Abramowitz S.I. Self-mutilation and the borderline personality // *Journ. of Nervous and Mental Disease*. 1982. V. 170. P. 468–473.
55. Shea S.J. Personality characteristics of self-mutilating male prisoners // *Journ. of Clinical Psychology*. 1993. V. 49. № 4. P. 576–585.
56. Simpson M.A. Self-mutilation. Philadelphia: Temple University Press, 1980.
57. Simpson M.A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting // *Canadian Journ. of Psychiatry*. 1975. V. 20. P. 429–434.
58. Solano R., Fernandez-Aranda F., Aitken A. et al. Self-injurious behaviour in people with eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2005. V. 13. № 1. P. 3–10.
59. Stanley B., Cameroff M.J., Michalsen V., Mann J.J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population // *Am. Journ. Psychiatry*. 2001. V. 158. № 3. P. 427–432.
60. Stein D.J., Niehaus D.J.H., Seedat S., Emsley R.A. Phenomenology of stereotypic movement disorder // *Psychiatric Annals*. 1998. V. 28. P. 307–312.
61. Suyemoto K.L. The Functions of Self-Mutilation // *Clinical Psychology Review*. 1998. V. 18. № 5. P. 531–554.
62. Suyemoto K.L., MacDonald M.L. Self-cutting in female adolescents // *Psychotherapy*. 1995. V. 32. P. 162–171.
63. Taiminen T., Kallio-Soukainen K., Nokso-Koivisto H. et al. Contagion of Deliberate Self-Harm Among Adolescent Inpatients // *Journ. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998. V. 37. № 2. P. 211–217.
64. Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L. Childhood origins of self-destructive behavior // *Am. Journ. of Psychiatry*. 1991. V. 148. P. 1665–1671.
65. Van Moffaert M.M.M.P. Self-mutilation: Diagnosis and practical treatment // *Int. Journ. of Psychiatry in Medicine*. 1990. V. 20. P. 373–382.
66. Walker R.L., Joiner T.E., Rudd M.D. The course of post-crisis suicidal symptoms: How and for whom is suicide “cathartic”? // *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2001. V. 31. P. 144–152.
67. Walsh B.W., Rosen P.M. Self-mutilation: Theory, research, and treatment. N.Y.: Guilford Press, 1988.
68. Whitlock J.L., Powers J.L., Eckenrode J. The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self-Injury // *Developmental Psychology*. 2006. V. 42(3). P. 407–417.
69. Winnicott D.W. Hate in the counter-transference // *Int. Journ. Psychoanalysis*. 1949 V. 30. P. 69–74.
70. Zlotnick C., Shea M.T., Pearlstein T. et al. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation // *Comprehensive Psychiatry*. 1996. V. 37. P. 12–16.
71. Zoroglu S.S., Tuzun U., Sar V. et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003. V. 57. № 1. P. 119–126.

PREDICRORS AND MECHANISMS OF SELE-INJURIOUS BEHAVIOR (BY THE MATERIALS OF RESEARCHES)

N.A. Pol'skaya

PhD, assistant professor of special; psychology chair, Pedagogical Institute, Saratov State University, Saratov

Theoretical and analytical review of foreign and domestic researchers of self-injurious behavior is presented. Different conceptions of self-injures behavior are analyzed, its signs, definitions classifications, predictors and mechanisms of formation are discussed.

Key words: conditioned by culture and deviant self-injures, cognitive- behavioral and psychodynamic conceptions of self-injures, emotional vulnerability.