**Оглавление**

Введение

1. Аутоагрессия как форма отклоняющего поведения

. Дефиниции самоповреждающего поведения в клинической психологии

Заключение

Список использованных источников

# **Введение**

Проблема аутоагрессивного поведения в современной психологии и психиатрии становится всё более острой, а интерес к представленной теме определен, главным образом, определёнными обстоятельствами, иллюстрирующими нынешнее состояние общепсихологического знания об аутодеструктивном поведении. Отсутствие однозначного определения поведения, связанного с нанесением человеком себе повреждений различной степени тяжести, создает терминологическую неопределенность и обусловливает смысловое тождество по-разному звучащих понятий. Наряду с понятием самоповреждающего поведения (self-injurious behavior) используют понятия членовредительства (self-mutilation behavior), намеренного самовреда (deliberate self-harm) и саморанения (self-wounding) [8, с. 49].

Отсутствие единого термина обуславливается многообразием причин, факторов развития и проявлений самоповреждающего поведения.

Клиническая практика рассматривает самоповреждающее поведение как устойчивую модель поведения, посредством которой объединяются действия, связанные с травматизацией (повреждением) тканей или органов собственного тела.

Зарубежные исследователи обращают внимание на наличие эмоциональных нарушений различного уровня при самоповреждающем поведении, нарушения эмоционально-волевой регуляции и специфические эмоциональные состояния, например, депрессию.

Самоповреждающее поведение можно представить как недостаточно изученную проблему психологии. До сих пор нет однозначного понимания самого термина самоповреждающего поведения. При этом всех исследователей объединяет мнение, что результатом самоповреждающего поведения далеко не всегда могут быть суицидальные попытки.

Западные исследователи, как правило, определяют самоповреждающее поведение в качестве преднамеренного причинения вреда своему телу как следствие повреждений тканей организма. Отсутствие статистики не позволяет определить степень распространенности данного феномена.

Отечественные исследователи рассматривают самоповреждающее поведение, как правило, в структуре несуицидального аутоагрессивного или саморазрушающего поведения. При этом аутоагрессия рассматривается в качестве действий, которые направлены на причинение вреда своему соматическому или психическому здоровью.

Проявления аутоагрессии связаны с самообвинением, самоунижением, нанесением самому себе телесных повреждений вплоть до самоубийства. Сюда относят также аутодеструктивное поведение (алкоголизм, наркоманию, рискованное сексуальное поведение, рискованные виды спорта, провоцирующее поведение). Аутоагрессия не коррелирует ни с какими другими шкалами агрессии. Это подчеркивает особенность феномена аутоагрессии внутри общей проблематики психологии агрессии.

Учитывая рост аутоагрессивного поведения, можно сказать, что используемые в настоящее время подходы к пониманию аутоагрессивной активности недостаточно адекватны тому, что происходит в действительности.

В связи с этим, цель данного исследования заключается изучении общих и специальных теоритических, методологических основ аутоагрессивного и самоповреждающего поведения личности, их дифференциации и выявлению общих закономерностей возникновения, для последующего создания эффективных превентивных методов терапии.

**1. Аутоагрессия как форма отклоняющего поведения**

Аутоагрессию следует рассматривать в качестве различных форм и степеней агрессии, при которых отмечается совпадение объекта и субъекта действия. Осуществление аутоагрессии происходит посредством действия, а также может представлять собой намерение, высказывание, угрозу, попытку или внешнее бездействие. В настоящее время отмечается достаточно высокий научный интерес к изучению психологических аспектов аутоагрессии. В России, как и во многих других странах, отмечается рост случаев аутоагрессии и использование разнообразных видов аутоагрессивного поведения. Социальная приемлемость отдельных видов аутоагрессии, равно как и нежелание аутоагрессора доводить свое действие до последствий, которые могут быть физически опасны, обуславливают отсутствие прямой статистики о количестве и качестве совершаемых актов самоповреждения. В данных, полученных зарубежными и российскими медицинскими и правоохранительными органами, как правило, отражаются только результаты тех степеней аутоагрессии, которые следует признать крайними, деструктивными: суицида, тяжких телесных повреждений, социально осуждаемых форм.

К наиболее многочисленным, то есть социально приемлемым и даже одобряемым формам аутоагрессии (рискованные увлечения, изнуряющая работа и т. п.) в настоящий момент только начинает проявляться интерес со стороны исследователей [1, с. 5].

В целом для России характерно устойчивое снижение среднего возраста аутоагрессоров при одновременном росте числа совершения повторных попыток. Разнообразные формы и степени аутоагрессии, как и увеличение повторных совершений более характерны для подросткового возраста. Около половины аутоагрессоров юношеского возраста совершали повторный акт самоповреждения. Здесь следует учитывать, что для лиц юношеского возраста характерно достаточно легкое возникновение и закрепление стереотипных реакций - "клише", поэтому аутоагрессию можно рассматривать в качестве результата формирования и развития у человека конкретного "жизненного сценария", что можно представить как социально обусловленные стратегии поведения, которые зафиксированы в субъективных системах значений аутоагрессора.

Так как для лиц юношеского возраста при аффективном реагировании характерно стереотипное повторение, то, в последующем, после первого акта аутоагрессии, в сходных обстоятельствах у субъекта может проявляться привычная аутоагрессивная реакция. Такая стереотипия может быть неосознанной, но при этом может отмечаться ее присутствие в различных формах значений сознания субъекта (образы, символы, коммуникативные и ритуальные действия, словесные понятия), посредством чего определяются его мысли и поступки. Таким образом, происходит создание семантически закрепленной осознанной или неосознанной установки на аутоагрессию, где впоследствии актуализируются поведенческие аутоагрессивные социально-ролевые стереотипы.

Российские исследователи рассматривают аутоагрессию, как правило, с клинических позиций и на выборках испытуемых из социально дезадаптированных групп.

Теоретическое изучение аутоагрессии в клинической психологии показывает, что аутоагрессивному поведению свойственно значительное разнообразие форм и вариаций проявления. Внешне аутоагрессия представляет собой широкий континуум поведения, от "весьма хорошего" (термин Д. Винникота) до приводящего к деструктивным физическим и психологическим повреждениям [1, с. 6].

Аутоагрессия существовала практически на протяжении всей истории человечества, ее нельзя рассматривать как характерную черту того или иного временного периода и свойства определенной социальной группы.

Согласно существующим классификациям, аутоагрессию можно определить в качестве проявления дисфункционального состояния личности при учете выраженности психопатологии, степени опасности для жизни и уровня социальной адаптации.

На протяжении достаточно долгого времени две формы аутоагрессии, которые являются принципиально отличными, - самоповреждение и аутодеструкция - рассматривались в качестве начальной и финальной фазы, которые соответствовали одному общему стилю саморазрушающего поведения. На ошибочность этой точки зрения еще в 1938 г. указывал К. Меннингер, который определял самоповреждение как средоточие "убийственного импульса" по отношению к части тела с целью избежать фактического суицида.

Следует отметить, что аутоагрессия в своих проявлениях является более широким понятием, чем суицид, ее нельзя полностью отождествлять с аутодеструкцией. При этом, самоповреждение, как самостоятельный феномен, стало рассматриваться относительно недавно.

Отличия самоповреждения от аутодеструкции заключаются в:

осознании результата;

социальной оценке и реакции ближайшего окружения;

влиянии, которое стрессовая ситуация оказывает на повторность совершения попыток;

особенностях когнитивного стиля;

изменении эмоционального состояния;

гендерных и возрастных отличиях.

Рассматривая виды и формы самоповреждения, следует отметить, что достаточно часто встречается сочетание нескольких видов самоповреждения. Например, нарушение принятия пищи, аддикции и т.д. [1, с. 9].

При исследованиях у аутоагрессоров отмечают наличие маркеров нарушения сексуальной жизни: от беспорядочных связей и кровосмесительных отношений до полного отвержения. По результатам ряда исследований аутоагрессивное поведение было связано с тем, что пациент был неспособен формировать в себе общепринятую в данной культуре сексуальность, что было связано с пережитым насилием в детстве или в подростковом возрасте. Существуют гипотезы, согласно которым пережитое насилие связывается с изменениями физических и эмоциональных ответов на болевое восприятие.

Результаты исследований показали, что в большинстве случаев начало аутоагрессивных действий относится к подростковому возрасту или ранней юности.

Специфические психологические проблемы, связанные с аутоагрессивным поведением в подростковом и юношеском возрасте обусловлены основными потребностями этих периодов: физиологической (период пубертата); психологической безопасностью ("реакцией группирования"); поиском независимости от взрослых и созданием личных привязанностей; стремлением к социальному успеху, проверкой своих возможностей в самореализации и развитии собственного "Я".

Достаточно часто аутоагрессивное поведение в юношеском возрасте выполняет социально адаптивную функцию в социализации. При совершении аутоагрессивного акта, субъект стремится к повышению собственной самооценки, что способствует идентификации с референтной группой. Данный аспект можно рассматривать в качестве одного из объяснений, почему неэффективно препятствовать аутоагрессии юноши, не предлагая заменителя, столь же адекватного для поддержания ведущей деятельности [1, с. 8].

В различных отечественных и зарубежных концепциях объяснение феномена аутоагрессии имеет функциональный характер. Они рассматривают аутоагрессивное поведение как попытку индивида справиться с ситуацией или эмоциями. Исследователи приписывают каждому типу самоповреждающего поведения особую функциональную ценность.

Хронологически аутоагрессию как процесс можно разделить на три периода: предиспозицию, генерализацию и поддерживающие факторы. Исследования предиспозиционных факторов направлены чаще всего на поиск возможных биохимических детерминант аутоагрессии.

За исключением незначительной части случаев, где аутоагрессоры обладают редкими генетическими аномалиями, акты самоповреждения объясняются причинами чисто символического характера.

С точки зрения классического психоанализа предиспозиция аутоагрессии обусловлена обострением противоречий между одновременно присущими человеку инстинктами самосохранения и саморазрушения. В основе аутоагрессивного поведения лежит нарушение идентификации, в результате которого объект агрессии совпадает с субъектом. Аутоаугрессивный характер поведения определяется бессознательными психическими силами, а момент осознания является фактором их энергетического преобразования и направления [8, с. 49].

Теория объектных отношений рассматривает аутоагрессию в рамках" угрожающего паттерна отношений" и действия примитивных защитных механизмов (проективной идентификации, расщепления, отреагирования и др.

Психоанализ рассматривает связь аутоагрессии и депрессии, обращенной на себя ненависти, обвиняющего Супер-Эго; нарушения регуляции аффектов; диффузности Я-идентификаций и нарушенных границ Эго.

Когнитивное направление рассматривает аутоагрессию через действие определенного рода когнитивных искажений, для которых свойственна ригидность когнитивных схем, дихотомия в мышлении и склонность к глобализации. В рамках когнитивного направления изучается атрибутивный стиль, когнитивная гибкость/ригидность, стратегий саморегуляции, степень сложности когнитивных стилей аутоагрессоров.

Аутоагрессоры уязвимы к фактору неопределённости ситуации, а также имеют неэффективный контроль над эмоциями, неспособность к их отсрочке.

В отечественных клинических исследованиях аутоагрессия рассматривается как дезадаптивная стратегия выхода из психологического кризиса, которая обусловлена особыми предиспозиционными факторами. Социально-психологическую дезадаптацию можно представить как парциальную или тотальную в зависимости от того, в какой степени нарушен познавательный, преобразовательный, коммуникативный и ценностно-ориентированный характер. Однако во всех случаях в качестве решающего момента формирования предиспозиции к аутоагрессивным проявлениям выступает смысловой конфликт. Исполнение аутоагрессивного решения (вне зависимости от причин, условий и форм дезадаптации) происходит только после этапа личностной переработки конфликта. Не существует прямой зависимости аутоагрессивного поведения от характера и от тяжести болезни. Даже в случае психотического состояния индивида, "псевдореальный" конфликт преломляется через "базальные установки личности", что и обуславливает выбор формы последующего поведения.

Г.Я. Пилягина считает, что для возникновения аутоагрессивного поведения необходима система, включающая как минимум три компонента:

1) фрустрированный человек с формирующимся внутренним конфликтом, подавляющий свою агрессию, и одновременно отрицающий свои социализированные интроекты;

2) психотравмирующая ситуация, в которой реализуются защитные паттерны поведения, обусловленные внутриличностным конфликтом;

3) обратная отрицательная связь в виде несбывшиеся ожидания по отношению к объекту и увеличивающей напряжение ситуации, агрессивность субъекта, потребность разрешения внутриличностного конфликта.

На основе вышеописанных компонентов Г.Я. Пилягина представляет иерархическую структуру генеза аутоагрессии (рисунок 1).



Рисунок 1. Структурно-динамическая иерархия аутоагрессии

В психологической теории "аутоагрессивного паттерна личности" (А. А. Реан) аутоагрессия рассматривается в качестве сложного поведенческого комплекса, в структуре которого выделяется четыре составляющих: характерологическая, самооценочная, интерактивная и социально-перцептивная.

Характерологический субблок аутоагрессивного паттерна. Аутоагрессивное поведение вплетено в обширную систему связей с другими психологическими особенностями личности: степень аутоагрессии положительно коррелирует с интроверсией, замкнутостью, педантичностью, склонностью к депрессиям, невротичностью и отрицательно - с демонстративностью и истеричностью личности.

Самооценочный субблок аутоагрессивного паттерна. Обнаружено, что чем выше склонность личности к аутоагрессии, тем ниже личная оценка собственных когнитивных и умственных способностей, восприятия своего тела, собственных способностей, самостоятельности, независимости и автономности поведения.

Интерактивный субблок аутоагрессивного паттерна. Аутоагрессия связана со способностью/неспособностью к адекватной и эффективной адаптации личности в социуме, с успешностью/неуспешностью межличностного взаимодействия и построению близких и крепких отношений. Это создаёт социально-психологического трудности для личности, связанные с установлением социальных контактов и подержанием продуктивного общения, что закрепляется на уровне поведения в высоком уровне застенчивости и низких показателях общительности.

Социально-перцептивный субблок аутоагрессивного паттерна. Наличие аутоагрессивного поведения связано с личностными особенностями воспринимать окружающий мир и других людей. По данным исследования А.А. Реана аутоагрессия практически не коррелирует с негативизацией восприятия окружающих людей, а, наоборот, связана с позитивным восприятием аутоагрессором значимых других. Вместе с тем, уровень и степень аутоагрессии отрицательно связаны с представлением о том, каким человека видят другие.

Все эти составляющие могут проявляться следующим характерным образом:

посредством преобладании стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки;

несбалансированностью функционирования одного или нескольких компонентов, к которым относится когнитивный, поведенческий и эмоциональный;

неразвитостью когнитивно-оценочных механизмов;

дефицитом социальных навыков, которые необходимы для разрешения проблем;

интенсивным использованием стратегий, которые не свойственны возрасту (например, детские стратегии используются юношами или взрослыми);

преобладанием мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха;

отсутствием готовности к активному противостоянию среде;

негативным отношением к проблеме, а также оцениванием ее как угрожающей;

псевдокомпенсаторным, защитным характером поведенческой активности;

низким функциональным уровнем копинг-поведения;

направленностью копинг-поведения не на стрессор как на причину негативного влияния, а на психоэмоциональное напряжение с целью его редукции;

низкой эффективностью функционирования блока личностно-средовых ресурсов (негативная слабо сформированная Я-концепция);

низким уровнем восприятия социальной поддержки, эмпатии.

М. Терп рассматривает поведение, связанное с нанесением самоповреждения, и как прямые акты насилия по отношению к собственному телу, и как скрытые способы причинения вреда самому себе. При этом регуляция этих актов самоповреждения основана на бессознательных процессах и связана с недостаточной заботой о себе и собственном теле.

Рассматривая данный феномен Карл Теодор Ясперс отмечает, тот факт, что феноменологическими и экзистенциальными причинами аутоагрессивного поведения является отсутствие способности у индивидуума к адаптации в социуме и неуспешность межличностного взаимодействия в своем микросоциуме, т.к. по его мнению, наличие феномена аутоагрессии связано с особенностями восприятия других людей.

По мнению Фарбероу скрытыми формами саморазрушения является такое поведение, которое связано с пренебрежением опасностью, повышенным риском, стремлением к возбуждающим переживаниям или с игнорированием депрессии [8, с. 50-51].

**2. Дефиниции самоповреждающего поведения в клинической психологии**

Исследователи рассматривают самоповреждающее поведение как один из наиболее неконтролируемых и непредсказуемых типов поведения, который является социально неодобряемым, но при этом встречается достаточно часто. Актуальность исследований самоповреждающего поведения и аутоагрессии обуславливается частотой случаев, склонностью психически здоровых людей прибегать к самоповреждениям и донозологическим характером большинства проявлений этого феномена.

Самоповреждающее поведение представляют как социально неодобряемое поведение, которое связано с преднамеренным нанесением себе телесных повреждений и не имеет суицидальной направленности. Основными признаками самоповреждающего поведения выступают сознательный и привычный характер, отсутствие прямых суицидальных намерений, самостоятельное причинение себе повреждений, элемент физического насилия.

В психиатрических исследованиях довольно часто внимание в первую очередь обращается на психологическую сторону самоповреждающего поведения. Локальное саморазрушение с этой точки зрения рассматривается как форма частичного суицида, предотвращающая тотальный суицид; как синдром, где акты самоповреждения выступают как своего рода ответы на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира.

Механизмы самоповреждающего поведения объясняются с точки зрения психодинамической и когнитивно-поведенческой моделей [9].

Психодинамическое направление связывает причины самоповреждающего поведения с ранним травматическим опытом (нарушение эмоциональных связей с матерью, проблемы на первых этапах социализации), что является причиной низкого потенциала социальной адаптации личности. Результатом нарушения объектных отношений является формирование склонности к самоповреждениям по недиссоциативному или диссоциативному типу. В первом случае самоповреждения являются формой выражения негативных эмоций. Во втором случае они имеют демонстративный характер.

При нарциссическом расстройстве личности самоповреждение связывают с аутоагрессией и рассматривают в качестве бессознательного желания или стремления к сохранению контроля над окружающими посредством пробуждения у них чувства вины. Также оно может являться своего рода компенсацией переживаний униженности или поражения.

Когнитивно-поведенческий подход связывает причины самоповреждения со стрессовыми событиями и способами их преодоления. Здесь самоповреждение рассматривается как поведение, которое направлено на то, чтобы преодолеть угнетающие переживания, негативные эмоции, чувство внутреннего оцепенения, при этом совладание такого рода само становится зависимостью. Постепенно происходит вырабатывание определенной модели поведения, где между актами самоповреждения наблюдаются определенные временные интервалы, что находит свое выражение в постоянном стремлении к членовредительству и в сильном желании реализовать идею о способах и средствах причинения себе вреда [9].

Для того чтобы понять психологический механизм формирования поведенческих отклонений, необходимо иметь подходящий психодиагностический инструментарий, особенно если речь идет о такой сложно дифференцируемой форме, как самоповреждающее поведение. Его эмпирическое исследование возможно при использовании специально разработанной исследовательской шкалы, которая, с одной стороны, позволяет обнаруживать и фиксировать признаки данной формы отклонения в поведении, а с другой - способствует обнаружению и анализу психологических коррелятов самоповреждения как на личностном, так и на когнитивном уровне.

Такая исследовательская шкала предназначена для оценки фактов самоповреждающего поведения. В теоретическом плане ее разработка основана на понимании самоповреждающего поведения как поведения, которое имеет сознательный характер и направлено на травмирование собственного тела. Выделение маркеров осуществляется по результатам аналитического обзора современных исследований в области самоповреждающего поведения (Польская, 2009) и с помощью экспертных оценок. Экспертные оценки давались психиатрами, психологами консультантами, психотерапевтами.

Таким образом, самоповреждающее проведение было определено как поведение, которое по своим исходным намерениям отличается от суицидального, но при условии определенных неблагоприятных обстоятельств может трансформироваться в суицидальное или привести к смерти по неосторожности.

Основными признаками, которые указывают на возможность самоповреждающего поведения являются рубцы и шрамы от порезов, ожогов, следы от проколов острыми предметами.

Существуют также определенные психологические составляющие: опыт травмы, который связан с насилием или утратой, стремление к переживанию острых ощущений, недостаточность навыков эмоциональной саморегуляции.

Имеющиеся теоретические и практические данные позволили сформулировать следующее определение самоповреждающего поведения: это поведение, которое связано с повреждением тканей собственного тела, которое не имеет прямой суицидальной направленности; акты самоповреждения являются маркерами самоповреждающего поведения: самопорезы, самоожоги, выдергивание волос, расчесывание кожи, препятствие заживлению ран, самоудары о твердые поверхности и удары по собственному телу [9].

Несуицидальные самоповреждения следует рассматривать как один из видов аутоагрессии. Современные авторы определяют аутоагрессивное поведение как действия, которые направлены на причинение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Таким образом, это следует рассматривать как комплексное понятие, которое включает в себя суицидальное поведение, неосознанные жизнеопасные действия, демонстративно-шантажные суицидальные попытки, а также преднамеренные аутодеструктивные поступки. При этом далеко не всегда можно определить цель поступков, направленных на самоповреждение по причине грубо расстроенной психической деятельности. Самоповреждающие действия исследуются наравне с другими аутоагрессивными проявлениями. При этом несуицидальные самоповреждения имеют значительные клинико-психопатологические отличия от других видов аутоагрессии, что оправдывает их изучение как отдельного феномена. Необходимость выделения самоповреждений без цели лишения себя жизни как особого вида аутоагрессии подчеркивалась многими исследователями.

Так как результатом самоповреждений такого рода часто бывают травмы значительно степени тяжести, такие больные попадают в поле зрения хирургов, офтальмологов, дерматологов, судебных медиков и других врачей. Поэтому самоповреждения описываются не только в психиатрической литературе, но и в других областях медицины.

Последствия самоповреждающих действий могут быть весьма разнообразными, их вариации могут начинаться с незначительных морфофункциональных изменений и заканчиваться грубыми анатомо-физиологаческими дефектами, которым соответствуют повреждения существенных функций и органов. Однако до сих пор еще не выработано необходимого, полностью соответствующего описания феноменологии самоповреждений, нет определения их вариантов, не проанализированы мотивация и коморбидность аутодеструктивных актов, не выявлены факторы риска и меры предупреждения повторных самоповреждающих действий.

В психиатрической литературе самоповреждения описываются, как правило, не у больных с расстройствами шизофренического спектра, а у пациентов с личностной патологией, органическими психическими нарушениями, алкоголизмом, наркоманиями [8, с. 4].

В современных исследованиях самоповреждающего поведения подчеркивается, что, в частности, в подростковом возрасте, его спецификой является опосредованность групповыми ценностями, в том числе ценностями субкультуры. С другой стороны, было бы заблуждением признавать феномен самоповреждающего поведения характерным только для подросткового возраста. Данные центра по исследованию самоубийств ВОЗ свидетельствуют о том, что самый высокий уровень самоповреждающего поведения наблюдается у женщин в возрасте от 15 до 24 лет, а у мужчин - от 12 до 34 лет. Вместе с тем, исследования Д.Пирса демонстрируют картину самоповреждающего поведения у лиц пожилого возраста: в исследовании районной больницы общего профиля в Великобритании 5,4% всех случаев самоповреждения были совершены лицами старше 65 лет.

Самоповреждающее поведение является одним из средств адаптации к событиям внешнего мира или совладания с тяжелыми переживаниями при отсутствии других, более безопасных форм поведения. Так, на основе категории цели разделяется на следующие группы: релаксационное, манипулятивное, инфантильно-демонстративное, призыв, инфантильно-подражательное, инфантильно-мазохистическое, симулятивное. Также отдельные исследователи признают ведущую роль микросоциальных факторов и личностных особенностей человека, имеющих значение при возникновении самоповреждающего поведения [11].

Таким образом, такое поведение можно рассматривать как следствие неумения человека строить комфортные отношения с окружающими, попытку таким образом разрешить внутриличностные конфликты, возникающие от непонимания, отсутствия признания со стороны значимых для него людей.

Рассматривая формы саморазрушительного поведения, можно говорить о:

аутоагрессивном поведении (суицидальном и парасуицидальном поведении);

расстройствах пищевого поведения (булимии, анорексии, аллотриофагии);

аддитивном поведении (злоупотреблении психоактивными веществами - алкоголизме, наркомании, токсикомании, игровой и эмоциональной зависимости);

фанатическом поведении (вовлеченности в деструктивно-религиозный культ, сверхсильной увлеченности каким-либо видом спорта или музыкальным направлением);

аутическом поведении;

виктимном поведении (стереотипном поведении жертвы);

деятельности, имеющий выраженный риск для жизни (экстремальных видах спорта, существенном превышение скорости при езде на автомобиле и др.) [3, с. 34].

Фактически, целью самоповреждающего поведения является освобождение или уменьшение невыносимых эмоций, когда человек стремится справиться с эмоциональной болью, либо ощущением невозможности действовать или чувствовать, эмоциональным онемением.

Расширенное определение самоповреждающего поведения включает следующие его виды: причинение вреда телу посредством нарушений пищевого поведения (анорексия и булимия), татуировки, пирсинг и ряд навязчивых действий: онихотилломанию (разрушение ногтей и околоногтевых валиков), онихофагию (обкусывание ногтей и околоногтевых валиков), онихохейлофагию (обкусывание ногтей, околоногтевых валиков и губ), аутодепиляцию - трихотилломанию (выдергивание волос, синдром Аллопо) с возможной дальнейшей трихофагией (поедание волос), дерматотилломанию (щипание кожи), вывихи суставов пальцев, а также другие формы несмертельного повреждения, которые проявляются в: кусании рук и других частей тела (чаще - губ, языка); царапании кожи; расчесывании ран, язв, швов, родимых пятен; самопорезах; перфорации частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; ударах кулаком и головой о предметы и самоизбиение (чаще - кулаком, проводом); уколах (булавками, гвоздями, пером ручки и др.); самоожогах (чаще - сигаретой); неполном самоудушении (без желания усиления полового возбуждения или достижения сексуального удовлетворения); злоупотреблении алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения); глотании коррозийных химикалий, батареек, булавок.

Уолш и Розен предложили 4 категории степени самоповреждения (таблица 1).

**Таблица 1. Степени самоповреждения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Категории | Примеры поведения | Степень физического повреждения | Психологическое состояние | Социальная приемлемость |
| I | Пирсинг мочки уха, привычка грызть ногти, небольшие татуировки, косметические процедуры и операции (не рассматриваются как самоповреждение большинство населения) | От поверхностного к умеренному | Неопасное | В большинстве случаев приемлемо  |
| II | Пирсинг, шрамирование, татуировки и шрамы, связанные с принадлежностью к субкультуре | От легкого до умеренного  | От неопасного к тревожному | Принято в субкультурах |
| III | Порезы кистей, предплечий и других частей тела, сигаретные ожоги, татуировки, сделанные самостоятельно, препятствование заживлению ран  | От лёгкого до умеренного | Психический кризис | Принятно в узких социальных группах, но не принято обществом в целом |
| IV | Аутокрастрация, аутоампутация, аутоэнуклеация  | Тяжелое | Психотическая декомпенсация | Неприемлемо |

Другую классификацию создали Армандо Фавазза и Ричард Розеталь, изучившие сотни случаев и разделившие самоповреждающее поведение на две категории: культурно-санкционированное самоповреждение и девиантное самоповреждение. Однако Армандо Фавазза также выделил две подкатегории культурно-санкционированного самоповреждения: ритуалы и практики. Под ритуалами следует понимать повторяемые определёнными социальными группами сеансы по нанесению самоповреждений, которые отражают традиции, символику и убеждения общества (например, самоистязания мечами во время церемонии Ашуры в исламской традиции). Практики - исторически возникшие и непостоянные действия по нанесению косметических повреждений тела, такие как: прокалывание ушей, носа, брови, языка, а также мужское обрезании и т.п. Девиантное же самоповреждение эквивалентно членовредительству.

Самоповреждающее поведение отличается от иных форм поведения, таких как:

самоповреждения, которые причиняются причиняемых в результате императивных вербальных галлюцинаций или бреда (аутокастрация, аутоампутация, аутотрепанация, аутоэнуклеация) при шизофрении;

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

повреждения половых органов при транссексуализме;

суицидальное поведение и демонстративные суицидальные попытки.

Самоповреждающее поведение, как правило, не имеет отношения к попыткам самоубийства. К тому же, этот тип поведения достаточно редко используется в качестве средства привлечения внимания, скорее наоборот, такие люди склонны скрывать следы своего поведения [2, с. 192].

В группу риска попадают люди, имеющие различные формы психических и поведенческих расстройств, таких как депрессия, фобии, расстройства, возникающие в результате употребления психоактивных веществ, люди, имеющие недостаточные навыки решения проблем, импульсивные, с высоким уровнем безнадежности и агрессии, выросшие в среде, где препятствовали выражению гнева. Первичными социальными факторами самоповреждающего поведения, как правило, являются насилие в детстве, ранняя потеря родителя, одиночество и проблемы в семейных или супружеских отношениях. Могут оказывать влияние экономические и социальные кризисы, войны, бедность и безработица. Однако на многих людей, демонстрирующих самоповреждающее поведение, все указанные факторы влияния не оказывали.

С одной стороны, значительную часть случаев самоповреждающего поведения следует рассматривать как результат желания уйти от тяжелых чувств, физическая боль выступает в качестве средства отвлечения от эмоциональной боли. Самоповреждающее поведение может быть также средством, позволяющим что-либо ощутить или почувствовать, даже если это ощущение будет не приятным или болезненным: людям с самоповреждающим поведением физическая боль позволяет облегчить чувства пустоты или нечувствительности, или даже избавится от них.

Также самоповреждающее поведение может проявляться в случаях расстройств аутического спектра, сопровождающихся депрессией и тревогой [2, с. 194].

# **Заключение**

Современная психология рассматривает а акты самоповреждения, как правило, в структуре аутоагрессивного и саморазрушающего (аутодеструктивного) поведения, которое определяется в первую очередь как следствие психического расстройства или серьезных поведенческих проблем. Однако темой будущих исследований должен стать более глубокий структурный анализ феноменов аутоагрессивного и самоповреждающего поведения в рамках дифференциальной диагностики, этиологии, нозологии и особенностей каждого из них. Следует отметить, что целый ряд проблем, имеющих отношение к самоповреждающему поведению, еще до конца не изучен. Поэтому психологический анализ различных показателей (эмоциональной регуляции, склонности к риску, ценностно-смысловой сферы, когнитивной зрелости, самоотношения и стрессоустойчивости) даст возможность лучшего понимания содержания и психологической сущности самоповреждающего поведения.

Решение проблемы аутоагрессивного и самоповреждающего поведения, прежде всего, состоит в качественном и количественном изучении сущности феномена, разработки путей, форм и методов профилактики. Для более детального изучения феномена целесообразно понять, на основании каких субъективных, ценностных систем значений тот или иной человек пришел к избранию данного способа поведения. После анализа субъективных систем значений конкретного индивида как операциональных аналогов сознания аутоагрессора возможно сформулировать практическую цель и определить основные задачи для достижения долговременного стабильного результата предупреждения аутоагрессивного и самоповреждающего поведения или редукции этих поведенческих схем к социально приемлемым формам через пересмотр и трансформацию тех параметров субъективного опыта индивида, связанных в его актуальной системе значений с аутоагрессией.

# **Список использованных источников**

*Русскоязычные источники:*

1. Ефремов А. Г. Системы субъективных значений улиц юношеского возраста с аутоагрессивными попытками. Автореферат диссертации / А. Г. Ефремов. - М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2006.

. Зайченко А. А. Самоповреждающее поведение / А. А. Зайченко // Психология телесности: теоретические и практические исследования. Сборник статей II международной научно-практической конференции. - Пенза: ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2009.

. Змановская Е. В. Девиантология / Е. В. Змановская. - М.: Академия, 2003.

. Карл Ясперс Общая психопатология. - М.: Практика, 1997.

. Левина С. Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность). Автореферат диссертации / С. Д. Левина. - М., 2007.

. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков. Саморазрушающее поведение у подростков. - Л., 1991.

. Пилягина Г.Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор // Таврический журнал психиатрии. - 1999. - Т. 3, №1

. Полшкова С. Г. Аутоагрессия: психосоматические механизмы и взаимоотношения (клинический случай) / С. Г. Полшкова // Лица Украины, №7 (163). - 2012.

. Польская Н. А. К проблеме эмпирического изучения самоповреждающего поведения [Электронный ресурс] / Н. А. Польская // Экспериментальная психология в России: традиции и перспективы.

. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности // Психологический журнал. - 1996. - №5.

. Тормосина Н. Г. Аутодеструктивное поведение и подростковые субкультуры: фактор риска или ресурс профилактики. [Электронный ресурс] / Н. Г. Тормосина // Прикладная психология и психоанализ: электрон. науч. журн. 2010. N 2.

*Зарубежные источники:*

1. Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characterisitics? Archives of Suicide Research, 14.

2. Burgess, J. W. (1991). Relationship of depression and cognitive impairment to selfinjury in borderline personality disorder, major depression, and schizophrenia. Psychiatric Research, 38.

3. Christenson, J., & Bolt, K (2012). Self-Injurious Behavior: Who’s Doing It, What’s Behind it, and How to Treat It. Journal of Theraputic Schools and Program.

. Dominique E. Roe-Sepowitz (2005), Indicators of Self-Mutilation: Youth in Custody, The Florida State University College of Social Work.

. Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993), "Diagnostic issues in self-mutilation", Hospital and Community Psychiatry (American Psychiatric Association).

. Favazza, A. R. (1996), Bodies Under Siege, 2nd ed, Baltimore: Johns Hopkins Press.

. Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988), Self Mutilation: Theory, Research and Treatment, Guilford. of N..Y, NY.

. Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral-Abrahms, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., & Knox, K. (2011). Non-suicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. Journal of American College Health, 59(8).