

УДК: 616.89-008-053.8

*С.Г. Поликова***ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ФЕНОМЕНУ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, діагностика

Сучасними авторами аутоагресивна поведінка трактується як дії, спрямовані на заподіяння будь-якої шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю, тобто є комплексним поняттям, до складу якого входять суїцидальна поведінка, неусвідомлені життєво небезпечні дії, демонстративно-шантажні суїцидальні спроби, а також навмисні аутодеструктивні вчинки [1,2]. В той же час, несуйцидальні самоушкодження клініко-психопатологічно дуже відрізняються від інших видів аутоагресії, що робить виправданим їх вивчення як окремого феномена. Необхідність виділення самоушкоджень без мети позбавлення себе життя як особливого виду аутоагресії підкреслювалася багатьма дослідниками і залишається актуальною проблемою і сьогодні [3,4].

У МКБ-10 несуйцидальні самоушкодження включені у розділі «Навмисні самоушкодження» (X76 - X83), «Пошкодження з невизначеними намірами» (Y26-Y30), «Наслідки навмисних самоушкоджень» (Y87.0), тобто розглядаються як варіант «зовнішніх причин захворюваності та смертності» (розділи X72-X83). Проблематика аутодеструкції, що має саме тісне відношення до розладів психіки, не знайшла належного відображення в класифікації психічних і поведінкових розладів. Але розглядається питання включення несуйцидальних самоушкоджень до класифікації DSM-V.

Відсутність однозначного визначення поведінки, пов'язаної із нанесенням індивідумом собі ушкоджень різного ступеня тяжкості, створює термінологічну невизначеність і обумовлює смислову тотожність понять, які по-різному звучать, що також ускладнює діагностику даних станів [5,6]. Поряд із поняттям самоушкоджуючої поведінки (*self-injurious behavior*) використовують поняття членушкодження (*self-mutilation behavior*), навмисної самошкоди (*deliberate self-harm*) і самопоранення (*self-wounding*) [7].

Вибір найбільш відповідного терміна визначається клінічною ситуацією і колом проблем,

пов'язаних і з досліджуваними аспектами самоушкодження, і з теоретичними установками дослідника. На наш погляд, відсутність єдиного терміну не створює проблеми, а лише вказує на різноманіття причин, чинників розвитку і проявів самопошкоджуючої поведінки.

І у вітчизняній, і в зарубіжній традиції існує досвід визначення суті самоушкоджуючої поведінки через термін «парасуїцид», під яким мається на увазі поведінка, що імітує суїцидальну, але без наміру вбити себе. Проблема розрізнення суїцидальної дії і самоушкодження ускладнюється ще й тим, що не завжди просто визначити, де ми маємо справу з повторюваними актами самоушкодження, а де з «репетиціями» суїцидального акту, так як за формою вони можуть виглядати ідентично.

При визначенні самоушкоджуючої поведінки дослідники акцентують увагу на психологічному чи фізичному компоненті. Психологічний компонент самоушкоджуючої поведінки пов'язується із психологічним неблагополуччям індивідуума і його прагненням це неблагополуччя подолати.

Фізичний компонент - із фізичною травматизацією, пошкодженням тканин і органів тіла. Згідно К. Меннінгер (K. Menninger) самоушкоджуюча поведінка виявляється формою «часткового суїциду», своєрідним самозціленням, що запобігає «тотального суїциду» [8]. А. Фавацца і Р. Розенталь (A. Favazza, R. Rosenthal) пояснюють даний феномен як форму відповіді «на психологічні симптоми або події навколишнього світу, що турбують» [5].

Під фізичною шкодою розуміється побиття, нанесення ран, кровопускання, переломи кісток та інші пошкодження тканин. Прагненням виділити самоушкоджуючу поведінку в окремий синдром продиктовано уточнення даного поняття деякими авторами через вказівку основних рис акта самоушкодження: навмисність, повторюваність, інтенціональність, соціальна неприйнятність, відсутність суїцидального наміру, по-

чуття напруги або тривоги, що передують акту, і почуття полегшення або занепокоєння після акту само ушкодження [9].

У клінічній практиці під самоушкоджуючою поведінкою мається на увазі стійка модель поведінки, що об'єднує дії, пов'язані із травмизацією (пошкодженням) тканин або органів власного тіла. Подібні дії:

а) здійснюються навмисно і виникають як звичайні дії у ситуаціях, що переживає особистість як кризові (в широкому сенсі цього поняття);

б) виявляються наслідком психопатологічних або невротичних розладів і носять характер нав'язливих, імпульсивних або стереотипних дій.

Для опису феноменів самоушкодження в клініці соматичних хвороб використовують такі поняття, як «невротичні екскоріації», «патомімія», «синдром Мюнхгаузена», «артіфіціальним дерматоз». До невротичних екскоріацій, «коли об'єктом невротичної атаки стає шкіра», відносять наслідки звичного розчісування шкіри, в результаті якого на шкірі утворюються рани та рубці.

У клініці пограничних особистісних розладів, поряд з повторюваними загрозами та/або спробами самогубства, акти самоушкодження, або самоспотворення (self-disfigurement) виступають одним з діагностичних критеріїв пограничного особистісного розладу [10]. Погранична особистість характеризується такими особливостями, як лабільність самооцінки, мінливість уявлень як про навколишню дійсність, так і про власну особистість - порушення аутоідентифікації, мінливість життєвих установок, цілей і планів, нездатність протистояти думці оточуючих. Акти самоушкодження пограничних особистостей включають самопорізи, удари по власному тілу та по голові, глибоке розчісування шкіри, висмикування волосся, втикання в шкіру голок, обкушування нігтів, припікання сигаретами та ін.

При розумовій відсталості факти самоушкодження реєструються у від 4 до 14% пацієнтів; як правило, включають багаторазові удари або шлепки по голові або особі, гучні удари головою об підлогу, стіни або меблі і характеризуються постійністю, а в разі неконтрольованості призводять до серйозних наслідків.

Надалі, якщо подібні факти ігноруються, репертуар розширюється за рахунок включення значних самоушкоджень, результатом яких може стати розвиток вторинних шкірних проблем (інфікування, порушення чутливості), невро-

логічні порушення і навіть летальний результат.

На думку дослідників, самопошкоджуюча поведінка при порушеннях психічного розвитку здійснюється в двох основних формах:

- у формі самоушкоджень, що тривають не більше декількох секунд;

- у формі тривалих актів самоушкодження (стереотипій), що тривають кілька годин з дуже короткими паузами.

Акти самоушкодження хворих шизофренією відрізняються широким діапазоном, вторинним характером (на тлі психопатологічної симптоматики), нерідко включені в структуру маячних розладів і відрізняються особливою химерністю, витонченістю, раптовістю і жорстокістю.

У даному випадку з найбільшою частотою зустрічаються такі важкі форми самоушкодження, як самоампутація, самокастрація, енуклеація очей. У дитячому віці при даній патології переважають стереотипні самоушкодження, які не супроводжуються больовими відчуттями і доставляють своєрідне задоволення.

Незважаючи на те що йде дискусія про необхідність виділення самоушкоджуючої поведінки як окремого синдрому, на сьогоднішній день феномени самоушкодження розглядаються як симптоми в структурі різних діагнозів.

У класифікації психічних і поведінкових розладів (МКБ-10) самоушкодження розглядається як супутній симптом в клініці депресивних і пограничних розладів (F32, F60.31), дитячого аутизму (F84.0) і стереотипних рухових розладів (F98.4).

Несуїцидальні самоушкодження розглядаються в рамках «зовнішніх причин захворюваності та смертності» (х 72-Х83) та включені до розділів «Навмисні самоушкодження» (Х76-Х83), «Пошкодження з невизначеними намірами» (Y26-Y30), «Наслідки навмисних самоушкоджень» (Y87 .0).

Класифікація самоушкоджуючої поведінки, запропонована американським психіатром Армандо Фаваззой і його колегами, базується на розрізненні актів членушкодження, раніше поданому К. Меннінгером:

1) членушкодження при невротичних розладах;

2) членушкодження психопатичних особистостей (під якими мають на увазі пацієнтів, що страждають манією, меланхолією, шизофренією, епілепсією);

3) членушкодження при органічних порушеннях;

4) членушкодження культурно-релігійного

характеру;

5) побутові форми членушкодження.

Згідно Меннінгер випадки нанесення собі ушкоджень різного ступеня тяжкості свідчать про підміну бажання померти бажанням покарати себе за якісь дії чи думки (як правило, сексуального характеру) і продовжувати жити далі (заплативши в буквальному сенсі «фізичну» ціну).

Якщо у випадках невротичного самоушкодження мова йде про те, щоб встановити певний компроміс «між руйнівними імпульсами і свідомістю» і, таким чином, через подібне «спокутування провини» знайти мир із самим собою, то у випадках психопатичного самоушкодження мова йде лише про самопокарання в силу байдужості до власної особистості.

У класифікації Фаваззі і його колег тенденції, намічені Меннінгером, отримують більш глибоке опрацювання і сучасну інтерпретацію. Базове розрізнення актів самоушкодження виходить із соціального значення тієї чи іншої форми самоушкодження (соціально та культурно обумовлена або девіантна, соціально неприйнятна).

Всі самоушкодження поділяються на дві основні категорії:

1) самоушкодження, зумовлені соціокультурними укладом (ритуалом, звичаєм, традицією);

2) девіантні самоушкодження, що включають в себе значні (важкі), стереотипні і поверхневі (символічні) акти самоушкодження.

У рамках самоушкоджень, обумовлених соціокультурними укладом, Фавазза розрізняє:

- самоушкодження, що здійснюються в ході ритуалів ініціації, символізуючих перехід з дитячого віку в доросле життя;

- самоушкодження, що здійснюються під впливом модних тенденцій, пов'язані з прикрасою свого тіла (татування, пірсинг, брендинг) [10].

Перша група девіантних самоушкоджень - це значні самоушкодження - рідкісні (або поодинокі) акти радикального і глибокого пошкодження тканин тіла (енуклеація очей, кастрація, ампутація частин тіла). Самоушкодження даного типу відрізняються раптовістю, значними ушкодженнями, нерідко відбуваються під впливом психотичних переживань і вимагають швидкого медичного втручання [11].

Друга група девіантних самоушкоджень - стереотипні самоушкодження - ритмічні акти, які повторюються строго за певною схемою і позбавлені смислового змісту (стереотипні удари головою, натискання на очне яблуко і т.п.). Подібні розлади найбільшою мірою асоційовані

з психоневрологічними розладами і часто зустрічаються при різних формах порушень психічного розвитку.

Третя група девіантних самоушкоджень - поверхневі (або символічні) самоушкодження - поділяються на компульсивні, епізодичні і повторювані акти самоушкодження. До цього типу належать неглибокі ушкодження тканин тіла, не представляють ризику для життя: порізи на шкірі, «гравірування» на шкірі (слова, візерунки або інші символи), перешкода загоєнню ран, навмисні переломи кісток, втикання голок, висмикування волосся, обкушування нігтів, розчісування шкіри та ін. [12].

Компульсивні самоушкодження об'єднують повторювані ритуальні дії, спрямовані на позбавлення від напруги; епізодичні самоушкодження відбуваються рідше, але також націлені на зняття напруги; повторювані акти самоушкодження характеризують глибоку поглинення і залучення індивідуума в процес само ушкодження [13].

Подібні акти можуть спостерігатися в клініці антисоціального і пограничного розладів особистості, посттравматичного стресового розладу, дисоціативного розладу, порушень харчової поведінки.

Як приклад більш вузької класифікації можна назвати топографічну класифікацію типів самоушкоджуючої поведінки дітей з інтелектуальною недостатністю та генетичними аномаліями. На основі таких ознак, як місцезнаходження рани, спосіб її нанесення і пов'язаний з цим тип поведінки, дослідники виділяють п'ять типів самоушкоджуючої поведінки [14]:

1) екстремальне самоушкодження (extreme self-inflicted injury);

2) стереотипне або та, що повторюється самоушкоджуюча поведінка (repetitive or stereotypic self-injurious behavior);

3) самоушкоджуюча поведінка зі збудженням (self-injurious behavior with agitation);

4) самоушкоджуюча поведінка зі збудженням при перериванні (self-injurious behavior with agitation when interrupted);

5) самоушкоджуюча поведінка з множинною топографією (self-injurious behavior with multiple topographies) [15].

Акти самоушкодження є досить поширеним явищем в клінічній практиці. Тип основного розладу визначає характер і особливості здійснюваних самоушкоджень.

Порушення інтелекту різного генезу зумовлюють стереотипні форми самоушкодження; розлади мислення й особистісні аномалії визна-

чають переважно імпульсивний або обсессивний характер актів самоушкодження.

У разі формування самоушкоджуючої поведінки на фоні вже наявних психічних і особистісних розладів інтенсивність і характер актів самоушкодження повністю визначається або біологічними механізмами (особливо якщо мова йде про самоушкодження на тлі порушень інтелекту), або тими психотичними або особистісно-аномальними структурами, які підтримують

хворобливий стан [16].

Акти самоушкодження у цьому разі мають вторинний і симптоматичний характер і визначаються переважно активністю патологічного стану психіки і глибиною особистісних розладів.

Тобто, враховуючи вищенаведені дані, ми намагалися вдосконалити діагностику аутоагресивної поведінки, за рахунок включення цих даних в карту обстеження пацієнта із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки.

Матеріал та методи дослідження

Предметом нашого дослідження була несуйцидальна аутоагресивна поведінка у працівників небезпечних видів професій. Найнебезпечнішою серед цивільних професій вважають професію гірника. Цьому є багато підтверджень, а саме, постійні повідомлення про аварії на вугільних шахтах, які забирають життя гірників. Також в наше дослідження було включено машиністів та їх помічників. Проблему аутоагресивної поведінки було розглянуто з позицій психосоматики.

Для удосконалення процедури збору анамnestичних даних та покращання психо-діагностичної процедури ми розробили та використали спец-

іальну карту обстеження пацієнта із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки, яка складається з 5 розділів (загальна інформація, сімейний та соціальний стан, опис існуючих проблем, модальний аналіз існуючих проблем, біологічні фактори) та додатково психодіагностичних методик.

В загальні розділи ми включили питання стосовно різних варіантів аутоагресивної поведінки для більш детального аналізу та диференційної діагностики її несуйцидальних варіантів. Питання було оформлено у вигляді таблиць для кращого підрахування результатів та подальшої статистичної обробки.

Результати дослідження та їх обговорення

За допомогою нашої карти проводилося обстеження осіб небезпечних видів професій, а саме, гірників, що постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах, на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань, а також машиністів та помічників машиністів на базі Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ.

Карта дозволила більш детально вивчити медико-психологічний стан обстежуваного, скласти індивідуальну програму медико-психологічної реабілітації, а також, з урахуванням особливостей кожного обстеженого є можливість об'єднання їх в однорідні за проблематикою групи для проведення групової терапії з реабілітаційною метою.

Додатком до карти була низка психодіагностичних методик спрямованих на виявлення депресії та тривоги, рівня алекситимії – опитувальник Баса-Дарки, шкала депресії Цунга, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник

Шмішека, тест Люшера, Торонтська алекситимічна шкала, а також проєктивний тест виявлення психосоматичних проблем.

Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі. Середній вік 37, $3 \pm 1,7$, тобто працездатного віку. Нами було досліджено 534 працівника небезпечних видів професій – гірники вугільних шахт та машиністи і помічники машиністів метрополітену та залізничники, з них 354 обстежених було відібрано в наше дослідження, за критеріями включення. З них 278 гірників та 76 машиністів та помічників машиністів.

Гірники, машиністи та помічники машиністів, що увійшли в дослідження було визнано психічно здоровими, жодний з них не відмічав наявності суїцидальних думок, або суїцидальних спроб в анамнезі.

Один з факторів, який ми аналізували – була частота потрапляння обстежених в аварії, що представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл обстежених за частотою потрапляння в аварії

Обстежені	1-2 аварії		Більше 3 аварій	
	Число	Відсоток	Число	Відсоток
Гірники	46	16,5 %	232	83,5 %
Машиністи	51	67,1 %	25	32,9 %

Також ми обстежили пацієнтів за стажем роботи і виявили такий розподіл (рис.1).

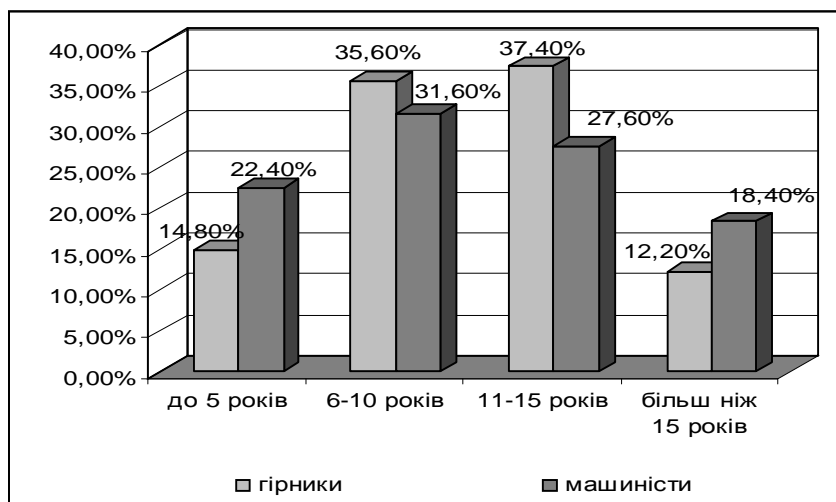


Рис. 1 Розподіл пацієнтів за стажем роботи

Між цими двома факторами виявився високий кореляційний зв'язок. Ми виявили, що показник частоти потрапляння в аварії підвищувався при зростанні стажу роботи. Цей зріст спостерігався до показника довжини стажу – до 15 років. При чому виявилася цікава тенденція – серед обстежених, особливо гірників, в групі тих, що мали стаж роботи більш ніж 15 років, частота потрапляння в аварії була менше ніж в групі до 5 років.

Так, серед гірників зі стажем роботи більше 15 років (34 особи) – 27 з них (79,4%) відмітили від 1 до 3 аварій, коли в групі гірників зі стажем роботи до 5 років (41 особа) – тільки 17 осіб (41,5%) відмітили частоту потрапляння в аварії від 1 до 3 разів.

Це можна пояснити кількома фактами, як наприклад, працівники, що дуже часто потрап-

ляли в аварії не витримували навантажень та кидали цю роботу чи переходили на більш легку. Навпроти особи, у яких стаж роботи був менше 5 років, частіше потрапляли в аварії, що може бути обумовлено тим, що вони можливо «шукали екстремальну роботу» і, коли починали працювати, то частіше нехтували правилами безпеки. Пошук екстремальних видів праці на сьогодні розглядається як один з багатьох варіантів несудимальної аутоагресивної поведінки.

Серед машиністів та їх помічників відмічалася інша тенденція – розподіл за частотою потрапляння в аварії та зв'язок зі стажем роботи був більш рівномірний. Це може бути обумовлено тим, що у машиністів нещасні випадки на роботі пов'язані більше із хибними діями інших осіб, навіть при умовах виконання усіх правил безпеки машиністами та помічниками.

С.Г. Поликова

ДИАГНОСТИКА ФЕНОМЕНА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В статье представлены результаты собственных исследований усовершенствования диагностики аутоагрессивного поведения у лиц опасных видов профессий. Представлен анализ состояния изучаемой проблемы. Описана разработанная «Карта обследования лиц с повышенным риском аутоагрессивного поведения», а также результаты ее апробации. Доказано, что использование разработанной карты усовершенствовало диагностику аутоагрессивного поведения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 36-41).

DIAGNOSTICS OF PHENOMENON OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

Donetsk National medical university named after M. Gorky

The article presents the results of our research to improve diagnostics of autoaggressive behavior in persons of dangerous professions. There is the analysis of the state of the problem being studied. The developed "Scale for persons with an increased risk autoaggressive behavior" as well as the results of its testing. It is proved that the use of the developed map improved the diagnostics of autoaggressive behavior. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 36-41).

Література

1. Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пилягина Г.Я, Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов (методическое пособие). Киев, 1998. - 54 с.
2. Гасанов А. Х., Агазаде Н. В. Применение батареи психологических методик для активного выявления суицидальных тенденций // Проблемы неотложной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конференции, 23-25 декабря 1985. - М., 1985. - С. 52 - 54.
3. Вольнов Н.М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы (клиника, типология, факторы риска): Автореф. дисс. . канд. мед. наук . М., 2003. - 20 с.
4. Бойко И. Б. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительств и аутоагрессии // Судебно-медицинская экспертиза. 1991. - №1. - С. 24-26.
5. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press 1996.
6. Solomon Y, Farrand J. Why don't you do it properly? Young women who self-injure. J Adolesc 1996; 19: 111-9.
7. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and selfwounding. Br J Psychiatry 1992; 161: 451-64.
8. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of Adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior 2004; 34: 12-23.
9. Stanley B, Cameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population. Am J Psychiatry 2001; 158 (3): 427-32.
10. Бек А., Фримен А. Когнитивная терапия пограничного расстройства личности. Журнал практической психологии и психоанализа. 2003; 2. <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20030208>
11. Oliver C, Hall S, Hales J et al. The Treatment of Severe Self-Injurious Behavior by the Systematic Fading of Restraints: Effects on Self-Injury, Self-Restraint, Adaptive Behavior and Behavioral Correlates of Affect. Research in Developmental Disabilities 1998; 19 (2): 143-65.
12. Matson JL, Lovullo SV. A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. Behavior Modification 2008; 32: 61-76.
13. Robey KL, Reck JF, Giacomini KD et al. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease. Dev Med Child Neurol 2003; 45: 167-71.
14. Stokes JV, Luiselli JK. Applied Behavior Analysis Assessment and Intervention for Health: Threatening Self-Injury (Rectal Picking) in an Adult with Prader-Willi Syndrome. Clinical Case Studies 2009; 8: 38-47.
15. Swamidhas P, Russell S. Self-injurious Behavior to the Lower Extremities Among Children With Atypical Development: A Diagnostic and Treatment Algorithm. The International Journal of Lower Extremity 2006; 5 (1): 10-7.
16. Thompson T, Caruso M. Self-Injury: What We're Looking For. Schroeder SR, Osterker ML, Thompson Travis (eds). Self Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships. Washington, DC: American Psychological Association 2002.

Поступила в редакцию 28.05.2012