

WHAT ARE THE FUNCTIONS OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOURS

Sevdzhihan A. Eyubova

ABSTRACT: Auto-aggressive behaviours or self-injuries can be defined as deliberate and direct bodily injury without the presence of suicidal intentions. Different research groups use a variety of terms such as deliberate injury, self-mutilation and even parasuicide. This report focuses on reviewing publications related to research into auto-aggressive behaviours and their functions. The aim is to present summary data on the definition of auto-aggressive behaviours, frequency, forms of self-harm, possible functions and appropriate interventions.

KEYWORDS: auto-aggressive behaviours, forms, functions

Изследването е финансирано по проект № РД-08-131/07.02.2018 г. от параграф на фонд „Научни изследвания” на ШУ „Епископ Константин Преславски”.

Автоагресивните поведения или самонараняванията могат да бъдат определени като умишлени и директни наранявания на собственото тяло без да са налице суицидни намерения. Различните изследователски групи използват разнообразие от термини като преднамерено нараняване [3], осакатяване [9] и дори парасуицид [7].

Настоящият доклад се фокусира върху преглед на публикациите, свързани с изследвания на автоагресивните поведения и техните функции. Целта е да са представени обобщена информация за дефиницията на автоагресивните поведения, честота, формите на самонараняване и възможните функции и подходящите интервенции.

Автоагресивните поведения или умишлените самонаранявания се различават от стереотипните самонаранявания при лица с умствена изостаналост, както и от тежките форми на автоагресия при психотични лица. В проучванията, свързани с видовете самонаранявания водещи са кожните порязвания, но и други форми на автоагресия като горене, драскане, удряне на тялото и разранявания [1], [2].

Първите публикации и изследвания на групи лица със самонаранявания датират от 60-те години на XX-ти век и тези поведения са описвани най-често като част от клиничната картина на редица психични заболявания. През 80-те години изследователският интерес към природата на тези поведения се повишава до степен да започнат обсъждания за отделна диагностична категория. В началото на XXI-ви век вече се знае много повече за честотата и рисковите фактори, свързани с автоагресивните поведения в различни популации, но изследванията относно функциите на тези поведения все още са недостатъчно добре проучени, за да се конкретизират етиологията, класификацията и възможностите за превенция.

Въпреки че самонараняването е част от психиатричната нозология и най-често се описва като симптом на граничното личностно разстройство, са документирани и клинични случаи на пациенти с други психични разстройства, които също се самонараняват – депресия, тревожност, зависимост към психоактивни вещества, хранителни разстройства, постравматичен стрес, шизофрения и няколко вида личностни разстройства [10].

В голямата си част тези проучвания си приличат по отношение на едно много сериозно ограничение – изследваните лица са хора, които получават медицинска помощ, хоспитализирани са или са в процес на терапия, т.е. извадките имат подчертано „клиничен характер“. Социалните психолози изтъкват, че данните се отнасят само за една малка част от случаите на самонаранявания, които представляват „върха на айсберга“ и проучванията следва да се насочат към общата популация и да се провеждат в естествената среда на лицата, които се самонараняват, а не post factum в клинични и лабораторни условия.

Честотата на самонараняванията варира в световен мащаб, резултатите се различават за отделните страни и са зависими от характеристиките на изследваната популация и методът за събиране на данни. Освен това е трудно да се определи честотата само и единствено според броя случаи в психиатричните и спешните отделения. Така например се съобщава, че самонаранявания има при 10 до 20 % от всички психиатрични пациенти, а при тези, които са в юношеска възраст, честота е от 40 до 60%. Още по-трудно е с анализа на данните от спешните отделения, тъй като по-голяма част от самонараняванията са част от опит за самоубийство. Поради тази причина редица изследователи се опитват да екстраполират данните от клиничните извадки, за да прогнозират каква е честотата на самонараняванията в общата популация и предлагат като честота 1–4% за цялата популация, а за подгрупата юноши до 20%. Голяма е вероятността резултатите от тези проучвания да не са реални, тъй като се базират на информация, която се споделя от лица, които търсят медицинска помощ след самонараняване, а много от формите на самонараняване могат да останат скрити и незабелязани.

За България, но и в световен мащаб, липсват епидемиологични проучвания, които да помогнат тези честоти да се прецизират.

Някои проучвания посочват, че по-често жените се самонараняват в сравнение с мъжете [8],[10], докато при други не се установяват различия по пол [1]. За начална възраст на умишлените самонаранявания се посочва възрастовият интервал 12–24 години [2].

В продължение на десетилетия се е смятало, че умишлените самонаранявания са своеобразен опит за самоубийство, а лицата, които ги проявяват, често са били диагностицирани с психиатрични диагнози и възприемани като хора със слаб емоционален контрол. Повечето съвременни изследователи обаче са на противоположно становище и разглеждат самонараняванията като средство, чрез което се търси временно облекчение, а лицата със самонаранявания като устойчиви [2], [3]. Въпреки че някои от формите на самонараняване могат да бъдат изключително сериозни, при интервюта с лица със самонаранявания се установява, че тези поведения се случват като опит да си помогнат при състояния като тревожност, депресонализация, неприятни мисли, интензивни емоции. Самонараняването може да даде на някои лица усещане за контрол, усещане на тялото им и възможност непоносимата емоционална болка да се конвертира във физическа болка, която може да бъде повлияна. По този начин умишлените самонаранявания могат да бъдат разглеждани и като стратегия за емоционална регулация.

Сред **най-честите форми на самонаранявания** са кожните порязвания, но с това понятие се описват и други поведения, включително изгаряне, тежко издраскване на кожата, удряне на части от тялото, чоплене на кожата до степен на разраняване, скубане на коса и поглъщане на токсични вещества. Поведенията, свързани със злоупотреба с вещества и хранителните разстройства не се смятат за самонараняване, защото при тях уврежданията са странични, а не търсен ефект. Границите на автоагресивните поведения обаче не са категорично определени и в някои случаи поведение, което обичайно попада извън рамките на самонараняването, може да бъде прието за такова, ако се извършва с намерение да се причини увреждане на тялото.

В свое **изследване на формите и функциите на самонараняванията** Klonsky [4] прави опит за класифициране на най-честите форми на несуицидното самонараняване и възможните функции, които те имат. Сред формите на умишлените самонаранявания водят кожните порязвания – 70–97%, последвани от удряне – 21–44% и изгаряне – 15–35% [1],[2]. Като по-голяма част от лицата, които се самонараняват, използват комбинация от методи.

Сравнителният анализ от прегледа на данните от 18 проучвания насочват към категорични доказателства по отношение на афективна регулация свързана със самонараняващите поведения. Научните изследвания доказват, че самонараняванията са предшествани от остри емоционални реакции; чрез тях самонараняващите се успяват да понижат влиянието на негативните преживявания и дори да получат облекчение. В резултат на извършения метаанализ, както и на собствени наблюдения и изследвания, Klonsky и колегите му създават специален въпросник **ISAS Inventory of Statements about Self-Injury** [4],[5] (вж. **Таблица 1**).

ISAS или т.нар. „Списък с твърдения, свързани със самонараняване“ представлява въпросник, съставен от две части – поведенческа и функционална. **ISAS** демонстрира добри

психометрични характеристики и добра конструктивна валидност. Първата част на въпросника – поведенческата, е насочена към проучване честотата на 12 самонараняващи поведения, които се извършват умишлено, но без суицидно намерение.

Поведенията, които се проучват, са:

- порязване на кожата
- тежко издраскване
- хапане
- блъскане на тялото (нанасяне на удари върху себе си)
- горене (изгаряне)
- „чоплене“ на рана
- дълбаене по кожата
- триене на кожата върху твърда повърхност
- щипане
- забиване на игли в кожата
- скубане на коса
- поглъщане на опасни вещества.

От изследваните лица се иска да посочат приблизително колко пъти са извършвали изброените поведения. Пет допълнителни въпроса събират информация за начална възраст на самонараняванията, преживяване на болка, дали нараняването е в присъствието на други хора или не, времеви интервал от възникване на импулса за самонараняване до преминаване към действие и дали изследваното лице е правило опити да спре практиката със самонараняване. Последните четири въпроса дават възможност за избор на отговор.

Ако са оценени едно или повече поведения, свързани със самонараняване, изследваното лице продължава попълването на **ISAS**, като преминава към втората функционална част на въпросника, оценяваща 13 потенциални функции на самонараняващите поведения, а именно:

Таблица 1. Функции на несуицидните самонаранявания по D.Klonsky

№	Функционални скали в ISAS	Описание
1	Афективна регулация	Да се облекчат негативните емоции
2	Анти-дисоциативно/генериране на чувства	Да се прекрати усещането за деперсонализация и дисоциация
3	Анти-суицид	Да се замести или преодолее импулса за самоубийство
4	Изразяване на дистрес	Да се екстернализират емоционалните преживявания
5	Самонаказване	Да се изрази гневът спрямо себе си
6	Автономност	Да се утвърди автономността
7	Междупличностни граници	Да се разграничи Аз-ът от другите
8	Междупличностно влияние	Да търси помощ или да манипулира другите
9	Свързване с връстници	Социализация
10	Отмъщение	Пренасочване на гневния импулс и разрушителното поведение
11	Грижа за себе си	Създаване на причина за полагане на грижи
12	Търсене на сетивни усещания	Да ободрява или създава вълнение
13	Издръжливост	Контролиране на ситуацията

Разбирането на функциите на всяка форма на авто-агресивно поведение или на т.нар. променливи, които мотивират дадено самонараняващо поведение, ще спомогне за превенцията и терапията при самонараняванията.

Интервенциите при умишлените несуицидни наранявания поставят редица предизвикателства пред консултантите. Самонараняването само по себе си е свързано със стрес както при лицата, които го упражняват, така и при близките им, като в част от случаите се налага и спешна медицинска намеса.

Проучванията на ефекта от психотерапевтичните интервенции са с окуражаващи резултати по отношение на т.нар. **диалектичката поведенческа терапия**. Диалектичката поведенческа терапия представлява интензивна форма на консултиране включваща индивидуална работа и работа в група. Този психотерапевтичен модел на консултиране е разработен от Марша Линехан през 1993 и представлява комбинация между стандартни когнитивно-поведенчески техники за емоционална регулация и различни медитативни техники за повишаване на осъзнатостта [6]. Диалектичката поведенческа терапия се основава на био-социалната теория и е една от първите терапии, които при експериментални проучвания показват добра обща ефективност при редица резистентни състояния като граничните личностни разстройства, суицидни пациенти, депресия, зависимости, хранителни разстройства и други.

Въпреки нарастващият изследователски интерес към самонараняванията в световен мащаб, все още е недостатъчна информацията по отношение на концептуализацията на различните форми и функции на автоагресивните поведения, както и емпиричните взаимовръзки между тях. Бъдещите проучвания следва да се фокусират към разработване на все по-точни инструменти за изследване на всяка функция и възможните вариации, както и към търсене на специфични терапевтични стратегии.

References:

1. Briere, John, and Eliana Gil. (1998): *Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions.* // American Journal of Orthopsychiatry 68:p.609-620.
2. Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988): *The plight of chronic self-mutilators.* // Community Mental Health Journal, 24, p.22-30
3. Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993): *Diagnostic issues in self-mutilation.* // Hospital and Community Psychiatry, 44, p.134-140.
4. Klonsky, D. (2007): *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence* //Clinical Psychological Review 27 (2), p.226-239
5. Klonsky, E. D. (2007): *Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction* // Journal of Clinical Psychology 63 (11), p. 1039-1043
6. Linehan, Marsha M.; Schmidt, Henry III; Dimeff, Linda A.; Craft, J. Christopher; Kanter, Jonathan; Comtois, Katherine A. (1999): *Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence.* // The American Journal on Addictions. p. 279-292.
7. Ogundipe, L. O. (1999): *Suicide attempts vs. deliberate self-harm.* //British Journal of Psychiatry, 175, p.90
8. Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001): *Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?* //American Journal of Psychiatry, 158, p.427-432.
9. Tantam, D., & Whittaker, J. (1992): *Personality disorder and self-wounding.* //British Journal of Psychiatry, 161, p.451-464
10. Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999): *Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients.* //Journal of Nervous and Mental Disease, 187, p.296-301.

*Sevdzhihan Eyubova, lecturer
Department of Social work
Pedagogical faculty
Konstantin Preslavsky – University of Shumen
s.eyubova@shu.bg*