



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Троц Марина

Львов-2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. ТЕРМИНОЛОГИЯ.....	4
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ФЕНОМЕНА НССП.....	5
3. НССП И ЕГО МЕСТО В КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ.....	6
4. ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ НССП.....	9
5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НССП.....	10
6. ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УЯЗВИМОСТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ НССП.....	11
7. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ НССП.....	13
8. ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НССП.....	14
9. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	16
1) Представление случая (жалобы, запрос, история состояния, анамнез семейный, социальный, история развития, данные дополнительных методов обследования, психический статус, диагноз и др.).....	16
2) Диагностическое формулирование.....	16
3) План терапии.....	28
4) Ход терапии	30
А. Трудности терапии.....	34
С. Результат терапии.....	35
Библиография.....	36

ВВЕДЕНИЕ

Для меня выбор этой темы не был сознательным. Для ее выбора я обратилась за помощью к своему преподавателю, и он задал логичный вопрос: «С какими пациентами вы работаете в последнее время?» Ответила я быстро, так как на тот момент было несколько молодых людей с самоповреждающим поведением. Буквально сразу же я осознала, что моя личная история непосредственно связана с этой болезненной и непростой темой и каждая моя клеточка знакома с тончайшими нюансами переживаний.

Сегодня мы сталкиваемся со все возрастающими проблемами в сфере психического здоровья и, к сожалению, проблема несуицидального самоповреждающего поведения (далее - НССП), (Non-Suicidal Self Injury или NSSI в зарубежной терминологии) в последние годы становится все более актуальной. Большое количество исследователей, практикующих специалистов и общественность пытаются разобраться в этом сложном феномене, когда люди с повторяющейся периодичностью наносят своему телу различного рода повреждения. Исследования говорят о том, что основными группами риска являются подростки и молодые взрослые (учащиеся средней и старшей школы, студенты высших учебных заведений, военнослужащие) [1].

Для изучения, предотвращения и лечения НССП создан ряд профессиональных организаций, занимающиеся этими вопросами. Так, в 1986 году в США после обсуждений феномена в различных шоу и печатных изданиях по инициативе доктора Karen Conterio и в сотрудничестве с доктором Wendy Lader, была основана одна из старейших организаций, посвященных НССП, Self-Abuse Finally Ends Alternatives (SAFE — «Самоповреждения наконец заканчиваются», веб-сайт: www.selfinjury.com). В 2006 году во время встречи небольшой группы исследователей и практикующих специалистов по лечению НССП, проводимой по инициативе Janis Whitlock и ее коллег из Корнелльского университета, было принято решение о создании International Society for the Study of Self-Injury (ISSS — Международное сообщество изучения самоповреждения, веб-сайт: itriples.org). На данный момент организация имеет около сотни членов, объединяет исследователей НССП из различных стран, проводит регулярные встречи. Также, в рамках Association for Behavioral and Cognitive Therapies (АВСТ — Ассоциация поведенческой и когнитивной психотерапии, веб-сайт: www.abct.org) в 2009 году была создана Suicide and Self Injury SIG (SIG - Special Interest Group — специальная группа по интересам), занимающаяся вопросами суицидального и самоповреждающего поведения.

По аналогии с ВИЧ был учрежден ежегодный День осведомленности, который отмечается 1 марта и предполагает ношение оранжевой ленты людьми, желающими

проявить солидарность с имеющими данную проблему лицами.

1. ТЕРМИНОЛОГИЯ

Вопрос терминологии очень важен, так как для исследования данной темы необходимо «говорить на одном языке» и использование расплывчатой и противоречивой терминологии в клинической практике может некорректно отображать тип поведения клиента, что может повлиять как на точность описания случая, так и на качество оценки рисков.

В различное время для НССП были введены различные определения такие как, «попытка суицида» и «несуицидальное самоповреждение». Исследования показывают, что НССП отличается от суицидального поведения и требуют соответствующих эффективных видов интервенции для клиентов с этой проблемой.

Одним из первых исследователей, кто предложил выделить несуицидальное аутоагрессивное поведение из группы суицидальных проявлений был Норманн Фарбероу. Под термином Indirect self-destructive behavior (ISDB, не прямое саморазрушающее поведение) он объединил широкий спектр видов поведения, имеющих косвенную направленность на саморазрушение без прямого умысла на добровольное лишение себя жизни. Данный термин включал в себя в том числе алкоголизм, наркоманию, занятие опасными видами деятельности и т.д. [2].

Кроме того, в зарубежной литературе для описания НССП существовал ряд различных терминов, которые использовались непоследовательно и заменяли друг друга.

Так, например, самопорезы долгое время определялись как «незавершенная суицидальная попытка». Такой термин, приписывал суицидальную интенцию всякому самоповреждению, и объединял множество различных по механизмам возникновения и прогнозу состояний, существенно искажая суицидальную статистику [3].

Термин «парасуицид», рекомендованный ВОЗ, а также выражение «суицидальные жесты» (suicidal gesture), традиционно отображают случаи намеренного привлечения внимания и явной вторичной выгоды. Данный термин объединял такие разнородные состояния, как манипуляция окружением при гистрионных личностных нарушениях и протестное поведение лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях.

Понятие «самоувечь» (self-mutilation) чаще всего использовалось, при описании случаев умышленного причинения заведомо тяжелого вреда своему здоровью без

намерения умереть, (аутоэнуклеация глазного яблока, самокастрация и аутоампутация, встречающихся в рамках психотических расстройств, а также в качестве осложнений стереотипий при выраженных формах умственной отсталости [4].

Термин «преднамеренное самоповреждение» (deliberate self-harm) включал наряду с самопорезами другие аутоагрессивные действия. В этом случае самопорезы относились к состояниям «повторяющегося самоувечья» (repetitive self-mutilation) [5]. Кроме того, deliberate self-harm мог объединять случаи самоповреждения как с несуицидальной, так и суицидальной мотивацией [6].

Термин «поверхностные/ умеренные самоповреждения» (superficial/moderate self-injury) иногда дублирует получивший наибольшее распространение термин НССП (nonsuicidal self-injury) с той разницей, что применяется исключительно к ситуациям повреждения кожных покровов, не представляющих угрозы для жизни.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ НССП

НССП — понятие, описывающее широкий круг действий, связанных с намеренным повреждением человеком тканей собственного тела без суицидальных намерений и по причинам, не принимаемым обществом [7].

В 1990 году была опубликована классификация данного феномена, впоследствии широко принятая в клинической практике. Ее разработали одни из первых исследователей Armando R. Favazza и Richard J. Rosenthal. В данной классификации самоповреждения подразделяются на три категории.

1) Значительные (major) самоповреждения включают экстремальные, но редкие акты, как правило, связанные с психотическими переживаниями. Такие акты (самоампутация, самокастрация, энуклеация глаза) обычно происходят лишь однажды и связаны с использованием предметов.

2) Стереотипические (stereotypic) самоповреждения обычно являются ритмичными, требуют использования каких-либо предметов и лишены смыслового содержания (стереотипные удары головой, прикусывание языка, кусание конечностей и т.п.). Часто связаны с нарушениями развития или психоневрологическими нарушениями (например, синдромом Туретта или синдромом Леша-Найхана).

3) Поверхностно-умеренные (superficial-to-moderate) самоповреждения

соответствуют определению НССП, приведенному выше.

Позднее Favazza и Rosenthal предложили разделение поверхностно-умеренных самоповреждений на компульсивные и импульсивные акты, при этом среди последних, в свою очередь, было решено выделить эпизодические и повторяющиеся акты. Кроме того, необходимо отличать НССП от расстройства пищевого поведения, так как чаще всего причиной становится желание изменить свой вес и образ тела, чем нанесение ущерба своему телу. Также вред от злоупотребления веществами (алкоголь, курение, различные психоактивные вещества) как правило, проявляется в долгосрочной перспективе и их употребление не несет суицидальных намерений, а также не направлен на прямое повреждение тканей.

Также не следует путать НССП с проявлениями мазохизма – в их основе лежат разные психологические механизмы. Мазохизм предполагает получение удовольствия, в том числе сексуального посредством причинения болезненных действий другими людьми, а не самим человеком. В отличие от мазохизма, НССП чаще всего проявляется в ответ на интенсивные болезненные переживания. Если говорить о получивших сегодня широкое распространение татуировках и пирсинге, то в основном они исключаются из проявлений НССП, поскольку проводятся не самостоятельно и являются культурно и общественно приемлемыми.

3. НССП И ЕГО МЕСТО В КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ

На сегодняшний день НССП не признано в качестве отдельного диагноза и чаще всего оно рассматривалось в качестве клинически значимого дезадаптивного поведения.

В четвертом издании DSM НССП упоминается в качестве критерия диагностики пограничного расстройства личности (ПРЛ). И сейчас можно встретить идеи о том, что по наличию НССП можно диагностировать ПРЛ. Однако, исследования говорят о том, что НССП может проявляться без ПРЛ и наоборот. Следовательно, даже если проявления НССП имеют место, диагноз ПРЛ может быть поставлен только с учетом наличия остальных важных критериев согласно DSM.

Вследствие различных концепций, заложенных в основу DSM и МКБ (областью применения DSM являются психические и поведенческие расстройства, в то время как МКБ изначально призвано охватить все заболевания, причины смерти и проблемы, связанные со здоровьем), НССП в МКБ-10 оказалось «разбросанным» по различным рубрикам. Так, близкие к НССП состояния можно найти не только в рубрике F, но также

и в рубриках X (X6-X8 преднамеренное самоповреждение), Y (Y87 последствия умышленного самоповреждения) и Z (Z91.5 в личном анамнезе самоповреждения).

Одним из нововведений в номенклатуре DSM-5 стало появление «несуицидального самоповреждающего поведения» (НССП). Данное расстройство было включено в секцию III и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения.

Диагностика НССП предполагает наличие следующих диагностических критериев:

А. В течение последнего года было 5 дней или более, когда индивидом намеренно совершались акты самоповреждения поверхности тела, способные привести к кровотечению, синякам или вызывать боль (т.е. нанесение порезов, прижигание, уколы, удары, сильное трение), при этом ожидаемый физический вред оценивается как незначительный или умеренный (т.е. нет суицидальной цели).

В. Индивид, совершая акт самоповреждения, ожидает один или несколько из следующих эффектов:

1. Получить облегчение от негативных чувств или мыслей.
2. Разрешить межличностные трудности.
3. Вызвать положительные чувства.

С. Намеренное самоповреждение сочетается как минимум с одним из следующих феноменов:

1. Межличностные трудности, негативные чувства или мысли, такие как подавленность, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед совершением акта самоповреждения.
2. Перед нанесением самоповреждения есть период, когда мысли индивида поглощены желанием его осуществить и это трудно контролировать.
3. Мысли о самоповреждении возникают часто и не всегда реализуются.

Д. Данное поведение не является социально санкционированным (например, пирсинг, татуировки, часть религиозного или культурного ритуала) и не ограничивается сквыриванием болячек или обкусыванием ногтей.

Е. Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или препятствуют нормальному функционированию в межличностной, учебной или других важных сферах.

Ф. Данное поведение присутствует не только во время психотических эпизодов, делирия, интоксикации или отмены психоактивных веществ. У индивидов с нарушениями психического развития самоповреждения не являются частью паттерна стереотипий. Это поведение не может быть более точно объяснено другим психическим расстройством или

медицинским состоянием (например, психотическое расстройство, расстройство аутистического спектра, умственная отсталость, синдром Леша—Нихена, расстройство стереотипных движений с самоповреждениями, трихотилломания, эскориации).

Кроме того, дополнительно выделено 2 подтипа неуточенного НССП (*nonsuicidal self-injury, not otherwise specified*), к которым могут быть отнесены случаи с меньшей чем 5 раз за последний год частотой самоповреждений (тип 1, *sub-threshold*), и случаи, когда при нанесении самоповреждений наравне с желанием избавиться от неприятных чувств, решить межличностные трудности либо получить приятные переживания, имело место, хотя бы отчасти, еще и желание совершить суицид (тип 2, *intent uncertain*).

На ряду с явными плюсами, термин НССП также имеет ряд недостатков. Во-первых, он несет в себе негативную коннотацию: есть понимание отсутствия суицидального намерения, но при этом игнорируется клинико-психологическая суть расстройства - направленность на попытку справиться с негативными переживаниями. Во-вторых, сегодня нет подтверждений о правомерности говорить в терминах жесткой дихотомии суицидальный/несуицидальный. Многие авторы отмечают более высокий риск совершения суицидальной попытки у лиц с НССП, особенно в форме самопорезов. Так, по данным R. Dulit и соавт., 80% всех пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ), неоднократно прибегавших к самоповреждающему поведению, на протяжении жизни совершают как минимум одну суицидальную попытку. Эпизод НССП в прошлом значительно увеличивает риск будущей суицидальной попытки, превышающий по прогностической ценности даже суицидальную идеацию. Лонгитюдное исследование в Англии и Уэльсе показало, что среди лиц, госпитализированных по поводу НССП, риск суицида в первый год составляет 0,7%, через 5 лет — 1,7%, через 10 лет — 2,4% и спустя 15 лет — 3%, что, безусловно, выше средних популяционных показателей. С другой стороны, D. Ougrin, обсуждая результаты двух крупнейших европейских популяционных исследований, посвященных самоповреждениям, обращает внимание на реципрокные отношения НССП и самоубийств в таких странах, как Венгрия и Израиль. Это частично подтверждает теорию о лежащей в основе части НССП антисуицидальной мотивации. Однако стоит признать, что вопрос влияния распространенности НССП на количество суицидов в популяции все еще далек от своего разрешения [8].

4. ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ НССП

Конец XIX — начале XX вв. стал первым этапом в развитии учения о НСПП. Тогда стали появляться разрозненные клинические описания случаев самоповреждающего поведения, при этом чаще всего приводились случаи самоувечья, совершенные больными в состоянии психоза, в основе которых лежали обманы восприятия, а также бредовые идеи греховности и вины. Так, в начале XX в. была зафиксирована «эпидемия самоистязаний», распространившаяся среди молодых женщин. Они вводили в кожу иглы и булавки, что способствовало появлению специального термина, получившего в то время широкую известность «девочка-иголка» (needle-girl) [9].

Второй этап исследования феномена НССП связан с доминировавшей на тот момент психоаналитической парадигмы. Данные феномены рассматривались в рамках истерии, вариантов мазохизма и как проявления подавленной сексуальности и замещения мастурбаторных импульсов. В частности, клинический интерес к поведению, включающему самоповреждение, возник еще в 1930-х годах у психоаналитика Karl Menninger. Меннингер [10] использовал термин членовредительство, рассматривая такие действия как форму незавершенного самоубийства. После этого в ранней литературе все не смертельные и преднамеренные формы самоповреждения рассматривались как попытки самоубийства, независимо от выраженности суицидальных намерений.

Однако не все одобряли такой подход. В 1969 г. Kreitman, Philip, Greer и Bagley отметили, что «подавляющее большинство пациентов, действующих подобным образом, на самом деле не пытаются покончить жизнь самоубийством». В 1983 году Pattison и Kahan [11] отмечали, что не все действия с причинением себе вреда можно отнести к категории суицидальных. Вместо этого они заметили, что многие люди намеренно причиняют себе физический вред без какого-либо намерения убить себя. В своей широко известной книге 1987 года «Тела в осаде», Armando Favazza [12] описал как исторические, так и современные проявления самоповреждения, что стало почвой для исследований по этой теме. Он также определил членовредительство как «преднамеренное разрушение или изменение тканей тела без сознательного суицидального намерения». Хотя намерение трудно измерить, признание его важности в определении суицида и не смертельного суицидального поведения позволило продвинуться в изучении НССП. Это облегчило разделение самоповреждающего поведения (широкая и общая категория) на суицидальное поведение (которое включает наличие намерения умереть) и несуйцидальное самоповреждающее поведение. В последнем случае нет намерения умереть.

Третий этап развития концепции НССП можно рассматривать в парадигме психодинамической психиатрии, где проявлялся интерес к анализу психологических защит с последующей разработкой теории патологических личностных организаций. НССП стало определяться одним из поведенческих паттернов, свойственных «пограничной» личности («borderline personality»), а сам феномен НССП воспринимался почти как синоним современного понятия ПРЛ. Такое положение сохранилось в диагностических критериях ПРЛ и в DSM-IV (1994), пункт 5: повторяющееся суицидальное поведение, действия или мысли, а также самоповреждающее поведение. Приблизительно в это же время ВОЗ в МКБ-10 (1993) включает «акты самоповреждения» в критерии пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности.

5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НССП

Сведения о распространенности НССП существенно, иногда в разы, различаются. Причины кроются в отсутствии согласия между исследователями до принятия DSM-5 относительно того, какие проявления могут быть отнесены к НССП, а также в отсутствии у исследователей разных стран общего инструментария.

Средний возраст людей к периоду начала НССП приходится на 14—16 лет, хотя встречаются исследования, свидетельствующие о более раннем начале. В детском возрасте НССП встречается не часто и выявляется преимущественно у страдающих умственной отсталостью и расстройствами аутистического спектра. Также невелика встречаемость НССП в группе лиц пожилого возраста, однако количество исследований, посвященных данной теме, остается недостаточным. Метаанализ, выполненный S. Swannell и соавт. [13], свидетельствует о следующей распространенности НССП в неклинической выборке: 17,2% — среди подростков, 13,4% — среди лиц юношеского возраста и 5,5% — среди взрослых. К настоящему времени во многих странах мира были проведены исследования, посвященные оценке распространенности самоповреждающего поведения, показавшие высокую встречаемость данного феномена в неклинических подростковых выборках.

С последнего десятилетия прошлого века, в исследованиях наблюдается неуклонный рост распространенности НССП, преимущественно за счет групп с более поздним годом рождения. Данная тенденция хорошо видна при сравнении двух европейских исследований CASE (Child & Adolescent Self-harm in Europe) и проведенного 4 года спустя SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe). В первом случае средняя распространенность составила 13,5% для девушек и 4,3% для юношей, во втором уже —

29,9 и 24,6% соответственно, при средней распространенности — 27,6%. Причем 7,8% выборки наносили себе повреждения регулярно [14,15].

Целью проекта SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), который финансируется Европейским союзом в рамках Седьмой программы здравоохранения, является решение этих проблем путем сбора исходных и последующих данных о здоровье и благополучии европейских подростков, составления эпидемиологической базы данных, тестирование в рандомизированном контролируемом исследовании трех различных вмешательств по профилактике суицида, оценка результата, а также рекомендация адаптированных к культурной модели для укрепления психического здоровья и предотвращения суицидального поведения [16].

В исследование были включены 11000 школьников из 11 европейских стран (средний возраст 15 лет). По данным результатов SEYLE, распространенность самоповреждений в разных странах значительно колебалась — от 17,1% в Венгрии до 38,5% во Франции. Кроме Франции, показатели распространенности НСПП превышали 30% в Германии, Эстонии и Израиле. В то же время Венгрия и Ирландия (20,4%) показали наименьшие значения НССП. При этом в Венгрии при низких значениях показателей НССП наблюдался высокий уровень завершенных суицидальных попыток, в то время как в Израиле при высоких значениях показателей НССП показатели завершенных суицидов были низкими.

Важным следствием выявленной широкой распространенности НССП в неклинических подростковых выборках стало более осторожное отношение к постановке диагноза ПРЛ лицам с самоповреждающим, в том числе повторяющимся, поведением. Было выявлено, что не только НССП, но и другие диагностические критерии ПРЛ (гиперсексуальность, промискуитет, неустойчивость сексуальной ориентации, поверхностность эмоциональных связей, импульсивность, склонность к употреблению алкоголя и психоактивных веществ, НПП) характерны для подросткового криза и в части случаев подвергаются спонтанной возрастной редукции.

6. ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УЯЗВИМОСТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ НССП

В качестве психологических предпосылок развития НССП чаще всего указываются невротизм, алекситимия, избыточная самокритика, повышенная импульсивность и неадаптивные коупинг-стратегии. Отмечается, что различные виды НССП могут преследовать разные внутренние цели.

Повторяющимся фактором риска НССП в большинстве исследований является ранняя физическая/сексуальная травматизация [17]. Вероятно, что клинические последствия сексуального насилия, такие как тревога, депрессия и самоуничижительные мысли, являются значимыми факторами риска НССП. Также НССП часто сочетается с рискованным сексуальным поведением (частые смены сексуальных партнеров, вступление в сексуальные отношения с малознакомыми людьми, незащищенные контакты, маргинальные сексуальные практики). Часто рискованное сексуальное поведение и НССП рассматривают как варианты саморазрушающего поведения в широком смысле, свойственного лицам с ПРЛ.

По мнению большинства исследователей, наряду с ранней травматизацией, сексуальные и гендерные меньшинства составляют группу высокого риска НССП. Так, по данным А. Davey и соавт. [18], НССП выявляется у 19% транссексуалов, а гендерная дисфория является значимым предиктором НССП, включая тяжелые самоувечья. Кроме того, у трансгендеров чаще, чем в популяции, встречаются и другие психические нарушения, такие как депрессия, тревога, НПП и аддиктивные расстройства.

Хотя НССП часто проявляется независимо от ПРЛ, также НССП и ПРЛ могут проявляться вместе. Ядром проблем являются негативные эмоции, которые трудно регулировать.

НССП может быть одним из симптомов психиатрических расстройств: большого депрессивного расстройства, тревожных расстройств, ПТСР, связанных с употреблением алкоголя или веществ расстройства, расстройств пищевого поведения.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ

Эмоциональность

Все большее число исследований указывает на ключевую роль аффективной дисрегуляции в проявлениях НССП. Люди не в состоянии перенести переживаемый стресс и стремятся как можно быстрее прекратить страдание. Это говорит о наличии затруднений в толерантности к негативным эмоциям и дистрессу [19]. Такое понимание приводит к возможности разработки эффективного плана лечения (научению навыкам адаптивных стратегий эмоциональной регуляции).

Самоуничижение

Самоуничижение и отвращение к себе, сильная самокритика часто являются факторами, способствующими появлению НССП. Например, некоторые самоповреждающие себя индивиды сообщают о том, что они ведут себя подобным образом для того, чтобы наказать себя и это выражает их гнев по отношению к себе.

Импульсивность

Исследованиями подтверждается, что самоповреждающиеся индивиды более импульсивны, чем те, которые не делают этого. Это подтверждают сами пациенты [1], а также биологические измерения импульсивности [20]. Оценка импульсивности в контексте НССП находит применение в оценке суицидального риска. В частности, используя методики самоотчета и лабораторные измерения импульсивности, исследователи предположили, что высокий уровень импульсивности (совместно с другими факторами, такими как депрессия и чувство безнадежности) имеют устойчивую взаимосвязь с историей проявлений НССП и попыток суицида по сравнению со случаями, где имеют место только проявления НССП.

Одним из аспектов многофакторного подхода к импульсивности называется «безотлагательность». Здесь «безотлагательность» означает неспособность сопротивляться побуждениям при переживании негативных аффектов. Индивиды, имеющие больше затруднений в регуляции негативных эмоций, могут иметь более высокий риск возможности проявления НССП.

Другим фактором является «поиск новых ощущений». Также существуют доказательства того, что фактор «предопределенности» (неспособность отложить запланированное ранее действие) выше среди самоповреждающихся, и что низкие показатели «настойчивости» (невозможность концентрироваться на задаче до ее завершения) имеет отношение к частоте проявлений НССП среди самоповреждающихся.

7. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ НССП

Существует несколько гипотез, объясняющих механизмы формирования НССП.

Концепции М. Nock, М. Prinstein [21] и Е. Klonsky и соавт. [24]. Первая концепция была разработана на основе опросника Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) [23]. Она предлагает четырехфакторную модель интерпретации функций и механизмов формирования НССП. Первую пару составляют варианты автономного (внутренне

ориентированного) негативного или позитивного подкрепления, направленные на нейтрализацию неприятных чувств, уменьшение интенсивности тягостных переживаний или призванные вызвать положительные ощущения и эмоции, дать себе почувствовать «хоть что-то, пусть даже боль», чтобы выйти из мучительного эмоционального оцепенения. Вторую симметричную пару (противопоставленную первой) составляют варианты социального (внешне ориентированного) негативного или позитивного подкрепления, связанного с нанесением повреждений с целью уменьшения давления со стороны окружающих, достижения возможности уклониться от межличностных обязательств, избежать участия «в неприятном деле» или с возможностью привлечения внимания, достижения желаемых реакций от окружения.

В основе второй концепции НССП [23], разработанной в результате использования опросника Inventory of Statements About Self-injury (ISAS) [24], лежит двухфакторная модель, разделяющая все функции на интраперсональные и интерперсональные. Примером первых могут служить такие цели, как регуляция аффекта, антидиссоциация, антисуицид и самонаказание, а второй — реализация влияния на окружение, попытка соответствовать сверстникам, проведение границ между собой и окружающими. Полемизируя с концепцией М. Nock и М. Prinstein, авторы двухфакторной модели обращают внимание на значимую корреляцию в паре социальных функций, которые, возможно, отражают один и тот же латентный фактор, а также на невозможность в большинстве случаев четкого разграничения вариантов в паре автономных функций (например, намерение избавиться от напряжения от желания почувствовать расслабление).

8. ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НССП

Разносторонние исследования феномена НССП подразумевают факт того, что конечной целью является формирование действенных стратегий и методов помощи страдающим людям.

Нужно сказать, что на сегодняшний день существует не так много исследований эффективности КПТ в лечении НССП. Кроме того, их результаты достаточно противоречивы (Tyler et al, [25] и Brown et al) . Так, задачей исследования Tyler et al.2003, длившегося год, было определение эффективности КПТ и лечения как обычно (TAU). Для этого было разработано 70-и страничное руководство по снижению риска самоповреждений (MACT), основанное на принципах КПТ. Также, участникам этой группы было предложено 5 плюс 2 бустерные сессии в течении первых трех месяцев. Участники другой группы получали стандартное лечение (TAU) в зависимости от места, где они его проходили. Оценка риска

парасуицида, тревоги, депрессии, социальной адаптации, позитивного и негативного мышления, качества жизни оценивалось спустя 6 и 12 месяцев. В исследовании принимало участие 480 пациентов, которые были рандомно определены в разные группы. Результатом данного исследования стал вывод о том, что краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия имеет ограниченную эффективность в снижении самоповреждений, но результаты, взятые в сочетании с экономической оценкой (Byford et al. 2003), указывают на преимущества МАСТ над ТАУ с точки зрения стоимости и эффективности вместе взятых.

Тем не менее, еще одно рандомизированное контролируемое исследование (Nadja Slee et al.) [26], которое проходило с марта 2003г. по апрель 2006г. в медицинском центре университета Лиден и центре психического здоровья Rivierduinen показало его высокую эффективность.

Участниками исследования стали 90 человек в возрасте от 15 до 35 лет, имеющих в анамнезе эпизоды самоотравления (передозировки) и самоповреждения. Группа – 48 участников, получающих ТАУ плюс КПТ и группа - 42 участника – ТАУ. Оценка состояния участников проводилась через 3, 6 и 9 месяцев с момента начала исследования.

Было предложено 12 сессий КПТ (десять из двенадцати проводились еженедельно, две последние - завершающие). В общей сложности длительность интервенций была приблизительно около 5.5 месяцев.

Главной целью интервенций было определение и изменение механизмов, ведущих к НССП. Терапия предполагала детальное изучение последнего эпизода (обстоятельства, мотивы и причины, эмоции, а также поведение до и во время эпизода). Терапевт вместе с пациентом исследовали каким образом эмоциональные, когнитивные и поведенческие факторы способствовали НССП. Такими факторами было дисфункциональное мышление, сложности с эмоциональной регуляцией и трудностями в решении проблем.

Результаты исследования показали, что КПТ вместе с лечением как обычно показала себя гораздо эффективнее не только в уменьшении риска самоповреждений, но и в уменьшении симптомов депрессии, тревожности, суицидальных мыслей, улучшении самооценки, а также способности решать проблемы.

В основе теоретической модели интервенций КПТ была идея о том, что НССП связано с суицидальными мыслями и дефицитом поведенческих навыков. Таким образом, работая с суицидальными мыслями, развивая навыки решения проблем и повышая самооценку, предполагалась возможность снижения рецидивов.

Вначале терапии пациенты были подавлены проблемами. Примечательным является то, что показатели депрессии, тревожности, суицидальных мыслей и навыков решения проблем

за время терапии улучшились. Таким образом, КПТ, направленная на снижение риск факторов: депрессии, суицидальных мыслей, беспомощности становится особо эффективной.

По мнению авторов исследования, отличия в результатах с Tuer et al. могут быть связаны с тем, что в данной работе все участники, прошли от начала до конца полный курс КПТ.

Также есть несколько исследований, подтверждающих эффективность Диалектико-поведенческой терапии и Схема-фокусированной терапии в контексте данного вопроса.

9. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент: Яна, 17 лет, студентка 1 курса университета, факультет экономики, учится на стационаре. Живет с родителями и дедушкой отца, есть старший брат, женат, с маленьким сыном (живут отдельно).

Основной диагноз: несуицидальное самоповреждающее поведение, социальная тревожность, ОКР, депрессия.

Сопутствующие проблемы: постоянное ощущение спазмированности в теле, быстрая утомляемость.

Краткое описание течения терапии и ее результата: терапия в методе КПТ - 29 сессий. По протоколу лечения данных расстройств использовались классические когнитивные техники, поведенческие эксперименты и экспозиции, майндфулнес подход. Проведена эффективная работа с травматическим воспоминанием, удалось снизить сильное чувство стыда и вины, приводящие к НСПП. Также удалось наладить отношения с матерью и отцом, начать эмоциональную сепарацию от родителей.

1) Представление случая (жалобы, запрос, история состояния, анамнез семейный, социальный, история развития, данные дополнительных методов обследования, психический статус, диагноз и др.)

Описание проблемы, с которой пациентка обратилась на терапию, ее проявления в настоящем:

Основной жалобой пациентки было «ощущение одеревеневшего тела, которое не подчиняется моим желаниям», невозможности учиться так как она хочет – на отлично из-за сильнейшей социальной тревожности и быстрой утомляемости. Со слов девушки, эти симптомы сопровождают ее уже как минимум года три, а социальная тревожность - ее спутник по жизни. Только в университете она поняла насколько все запущено, так как с появлением расширенной социальной среды и возможности сравнить поведение молодых

людей со своим, она была шокирована. Яна не могла пойти в кафе и выпить чашечку кофе с одноклассниками, так как для нее есть в присутствии других было абсолютно не приемлемо. Так же она не могла пойти в магазин, либо другое общественное место как самостоятельно, так и в присутствии других людей – это вызывало паническое состояние, связанное со страхом выглядеть «полной идиоткой с трясущимися руками», если ей нужно будет что-то попросить у персонала.

От терапии пациентка ожидала улучшение физического состояния и качества жизни.

Пациентка была одета в специфическую одежду готического стиля, что вызвало у меня определенные мысли. И если бы я не задала вопрос о том, были ли в ее жизни ситуации, когда она могла причинять себе физический вред, вряд ли она мне об этом сказала на диагностической встрече, так как не это было ее основным запросом. Со смущением она сказала, что периодически прижигает, а также режет лезвием руки в области предплечий, внутреннюю и внешнюю стороны бедер.

История развития проблемы:

Как уже было сказано выше, проблемы стали осознаваться как критические только с поступлением в университет, где появилось больше автономии от родителей с их контролем, сравнения себя с другими молодыми людьми и увеличением нагрузки плюс большей ответственности.

История развития:

Девушка является младшим ребенком в семье. Раннее детство помнит хорошо и с ее слов до 7 лет все было замечательно, особенно отмечает огромную любовь к отцу «который был для меня всем». Она всегда была замкнута и спокойна, умна, но крайне стеснительна. В садик ходила и там произошла ситуация, когда воспитатель наказала мальчика, заставив его голенького встать перед группой после того, как он уписался. Этот случай крайне повлиял на пациентку. С тех пор она стала одержима идеей контролировать свое тело и быть «правильной, идеальной». Мама работала, была очень требовательна и педантична, основным поводом ее раздражения была грязь в квартире, и она часто проявляла из-за этого недовольство. В 7 лет произошел конфликт между родителями - измена отца, а ребенок это узнал, так как она часто играла с его телефоном и прочитала переписку. Она никому ничего не сказала, утаила эту историю, но с тех пор отец перестал для нее существовать. Кроме того, с ее слов, она стала сильнее его, начала его презирать, полностью став на сторону матери. Родители не развелись, но семейного тепла нет, есть совместное проживание на одной территории. С братом отношения достаточно спокойные, но близости не было.

В школе ей было сложно общаться с детьми, ее пугали активные игры и яркие эмоции. Было пару подруг, с которыми она могла проводить время. Она полностью посвящала время учебе, училась всегда на отлично и чтению литературы. На кружки не ходила.

В 14 лет, во время летних каникул у бабушки в селе, к ней начал приставать взрослый мужчина. Это случилось, когда она гуляла сама на берегу реки не далеко от места, где жила. Она часто любила там сидеть и читать. К ее ужасу, к ней подошел взрослый мужчина и стал говорить о том какая она красивая, умная и смелая, если ходит гулять сама. Он был голый, и сказал, что хочет ее трогать и начал это делать. Изнасилования не было, он ушел сам, также не применял физической силы и явных угроз, кроме того, что сказал: «ты же умная девочка и не будешь кричать». Рассказывая эту историю, пациентка с каменным лицом и улыбкой говорила о том, как все было, «словно в замедленной съемке», что когда он к ней прикасался, она не могла ни кричать, ни убежать, хотя все возможности для этого были. Девушка об этом случае никому не сказала. Ее мучения закончились после смерти бабушки, когда полностью отпала необходимость ездить в село. После этого случая Яна стала постоянно чувствовать себя грязной, что доводило ее до состояния иступления, ей хотелось содрать с себя кожу. Так в жизнь вошел многократный и длительный душ не меньше 40 минут за прием. Приблизительно в это время она стала активно интересоваться готической субкультурой, появились единомышленники. Для нее стала привлекательной идея боли и страданий. Очень привлекала атрибутика и черный цвет. Она начала курить сигареты, алкоголь и наркотики – категорически нет, так как исчезает контроль, а это для нее было не допустимо. Вместе с этим в жизнь вошли прижигание и порезы.

В 15 лет она познакомилась с парнем из общей интернет тусовки, что стало для нее огромным достижением. Он ее поддерживал и заботился. Она чувствовала себя счастливой и на какое-то время НССП ушло. Он стал ее первым сексуальным партнером, хотя этот опыт для нее был не очень приятным, так как она не была готова, но согласилась из-за мысли, что «уже пора». В связи с тем, что парень жил в другом городе и виделись не так часто, как хотелось бы они расстались. Чувство неполноценности захватило ее с новой силой и повреждения возобновились.

Психический статус:

Девушка производит впечатление активной, но крайне ригидной, без эмоциональной, с улыбкой на лице, когда речь заходит о болезненных состояниях, что вызывало чувство несоответствия и грусти. С ее слов, только одна подруга знает о ее реальном состоянии, именно она настояла обратиться ко мне.

Диагноз: НССП, социальная тревожность, ОКР, депрессия.

2) ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ФОРМУЛИРОВАНИЕ

Факторы склонности:

Биологические факторы склонности:

- У девушки существует нейробиологическая склонность к повышенной тревожности и депрессии (тревожная мать, у которой судя по всему тоже ОКР и депрессия. Отца девушка характеризует как достаточно спокойного, либо безразличного).

Психологические факторы склонности:

- В детском саду пациентка стала свидетелем наказания воспитателем мальчика, а также скандалов в семье из-за измены отца. В подростковом возрасте стала жертвой сексуального насилия. В связи с этим формировалось ощущение незащищённости, беспомощности, чувства стыда, вины. Это привело к формированию гиперкомпенсаторного поведения: «я должна контролировать все на 100%».

Критический случай:

В связи с поступлением в университет, увеличением социального взаимодействия и особенно необходимости публичных выступлений на парах в своей и совместных с другими группах, увеличившейся зоны ответственности пациентка перестала справляться с учебной, усилился ОКР и НССП.

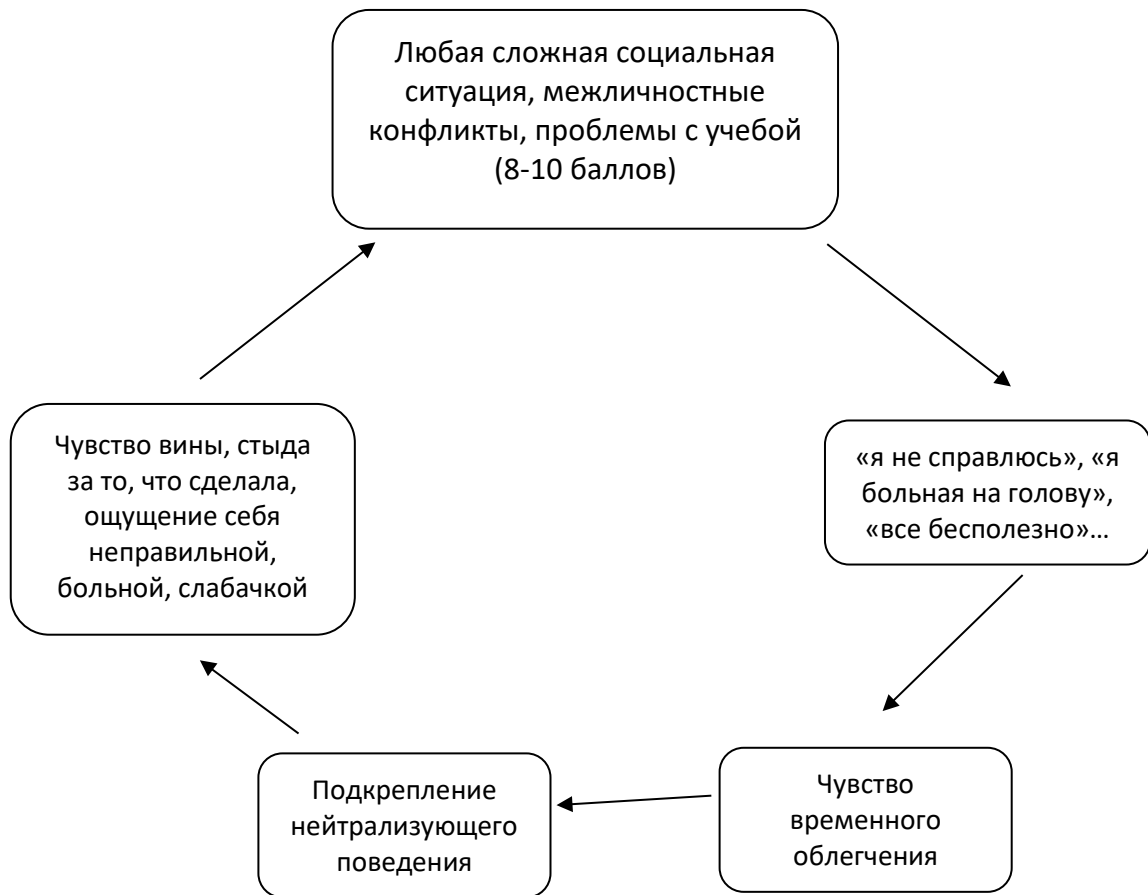
Основные когниции, эмоции, поведение и поддерживающие циклы:

Вышеперечисленные сложности подтверждали и усиливали ранее сформированные убеждения: «я больная на голову», «я заслуживаю того, что со мной происходит», «я должна взять в руки свою жизнь, иначе я полное ничто», «я не справлюсь».

Цикл НСПП

Данный цикл проявлялся всегда, когда уровень стресса, напряжения, тревоги увеличивался на 8-10 баллов по субъективной десятибалльной шкале оценки. Он был ярко выражен в возрасте 14-16 лет, тогда девушка могла наносить повреждения до нескольких раз в неделю. По ее словам, она хорошо контролировала себя и никогда не пыталась причинить себе сильный вред, так как «мое тело должно быть красивым», а целью – исключительно функция эмоциональной саморегуляции. Порезы были небольшими, «аккуратными», всегда

обрабатывались дезинфекторами. Яна говорила, что ей был важным сам момент рассечения кожи до появления первых капель крови, либо легкое прижигание и ощущение боли. Благодаря отношениям, эти случаи стали реже, и на момент терапии девушка уже подошла к мысли прекратить делать подобное с собой. Кроме того, появилось желание сделать косметическое удаление рубцов, но так как она не справлялась с подобным желанием, то и не делала эту дорогостоящую процедуру.



Цикл «социальной тревожности»

С раннего детства пациентка была очень ранимой и чувствительной к социальным взаимодействиям, боялась проявлять себя. Ситуация в детском саду сильно повлияла на восприятие впоследствии и учителей, как опасных и жестоких. Замкнутая, мечтательная, считала себя начитанной и умной только в кругу близких людей. Но в ситуациях, где есть конкуренция, самооценка всегда очень низкая, забываются все реальные успехи. В школе училась прекрасно, но ценой больших усилий. Некоторые учителя, понимая ее состояние, не вызывали к доске. Кроме того, она была свидетелем буллинга одноклассника и пыталась изо всех сил быть сильной. В университете, выступая перед группой, она склоняла голову так, чтобы волосы практически полностью закрывали лицо, а руки держала сильно прижатыми к столу.



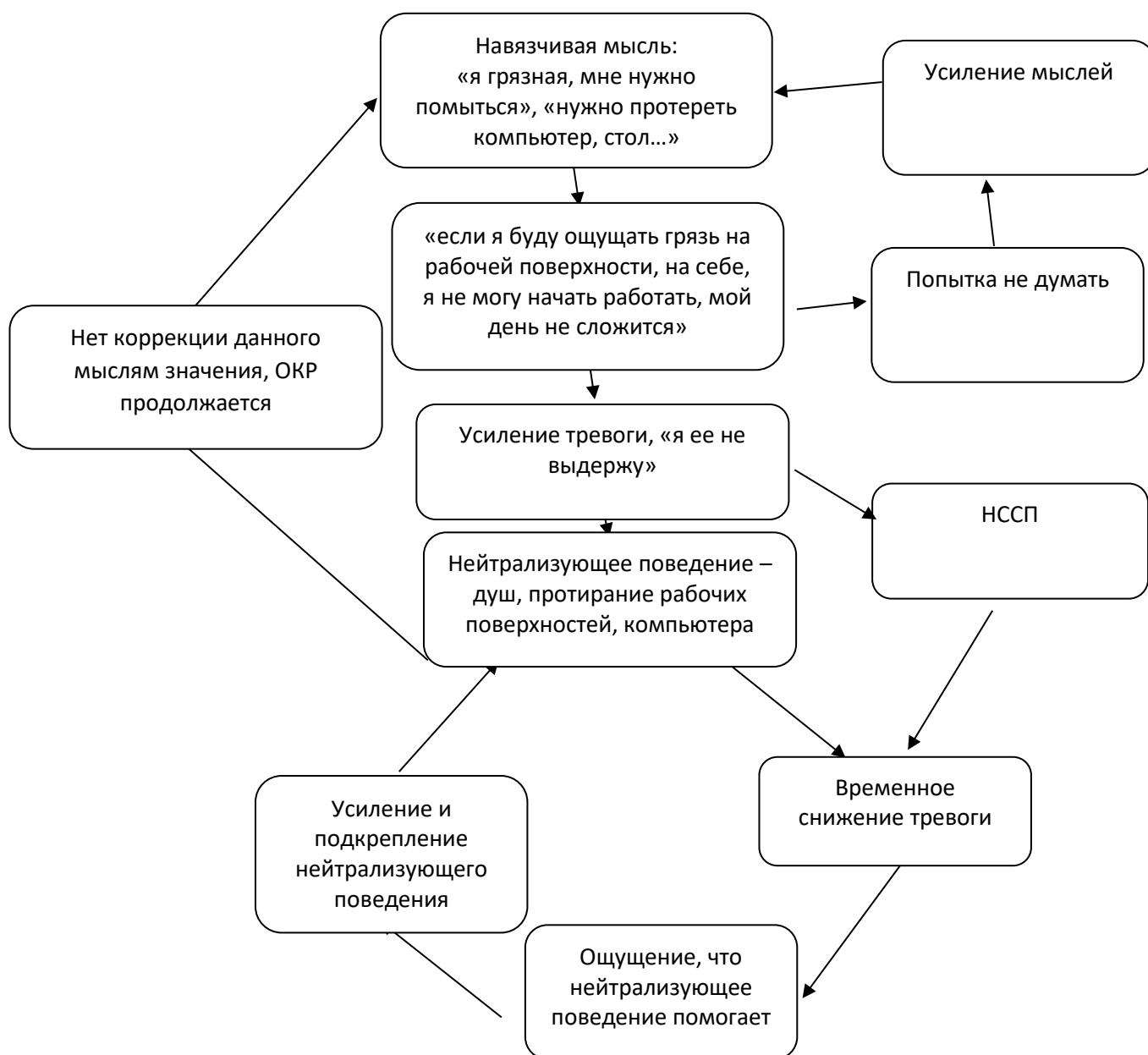
Цикл депрессии

На момент нашей встречи, уровень депрессии по шкале PHQ-9 составлял 20 баллов, что соответствует тяжелой степени. Судя по всему, пациентка в нем находилась не первый год. При всем этом, как уже упоминалось выше, на встречах девушка выглядела достаточно активной. И, если не знать о том, какое количество внутренних ресурсов идет на поддержание функциональности, то было сложно представить в каком она состоянии. Если бы не долги по учебе, которых не было в школе, вероятнее всего, компенсаторный механизм продолжал бы работать еще какое-то время. В связи с критической ситуацией, кроме «стандартного» цикла депрессивной руминации добавился цикл накопления проблем.



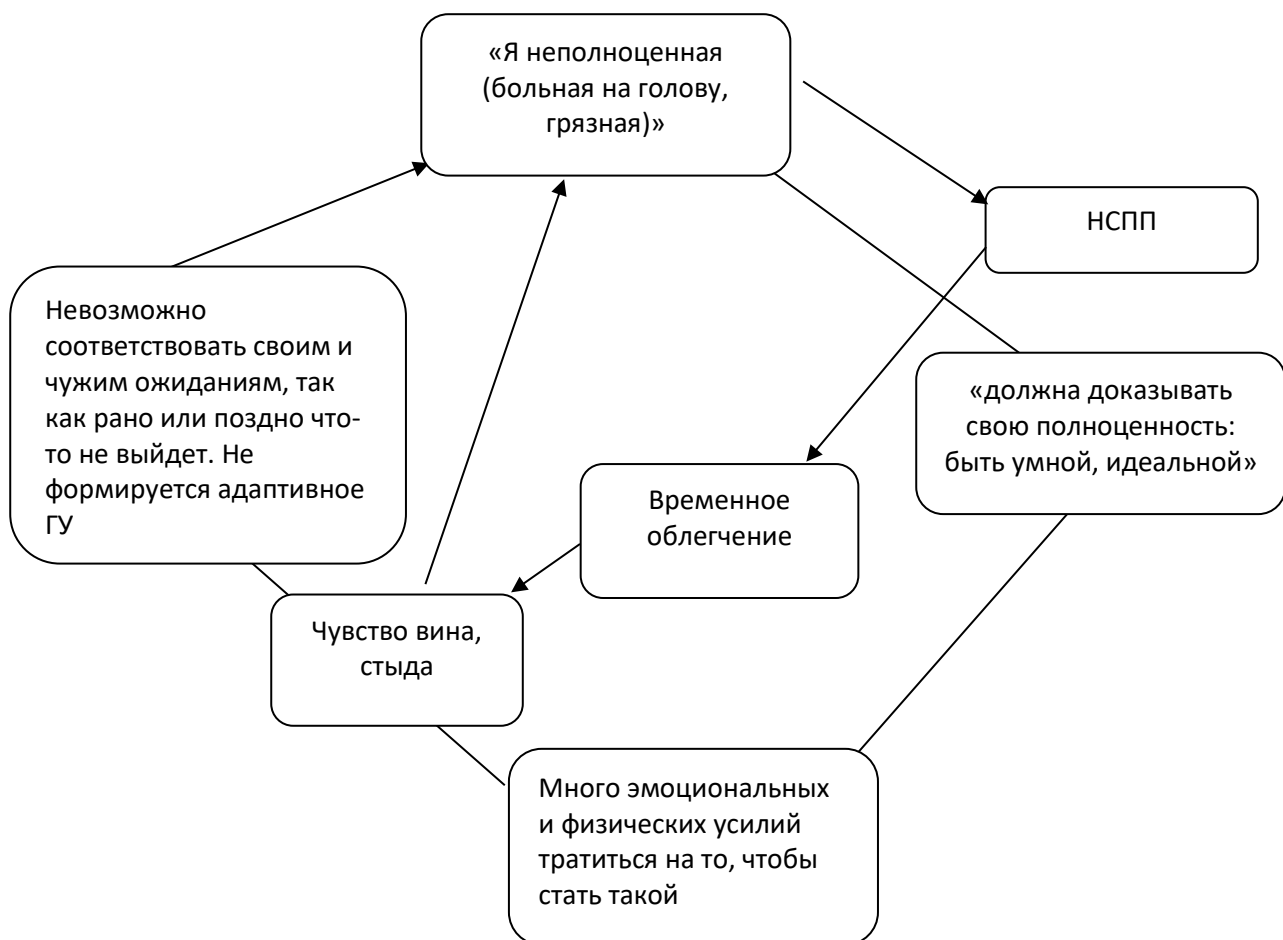
Цикл ОКР

Данный цикл проявлялся у девушки не явно с детства, генетическая предрасположенность по материнской линии лишь усилила симптоматику с появлением критического события (сексуальное насилие в 14 лет). Мать невероятно чистолюбива, заставляла и поощряла дочь к многократным уборкам. Девушка росла в семье, где поводом к скандалам были не правильно поставленная обувь отца и его вещи. Она стала заиклена на идее чистоты и порядка. После случая в селе, появилось ощущение своей «грязности», чувство стыда и вины. Появился ритуал смывания с себя грязи в определенной последовательности. В ходе терапии девушка вспомнила, что именно в таком порядке к ней прикасался насильник. Для того, чтобы снизить уровень тревоги подключалось НССП, которое закреплялось, как и ОКР благодаря временному облегчению.



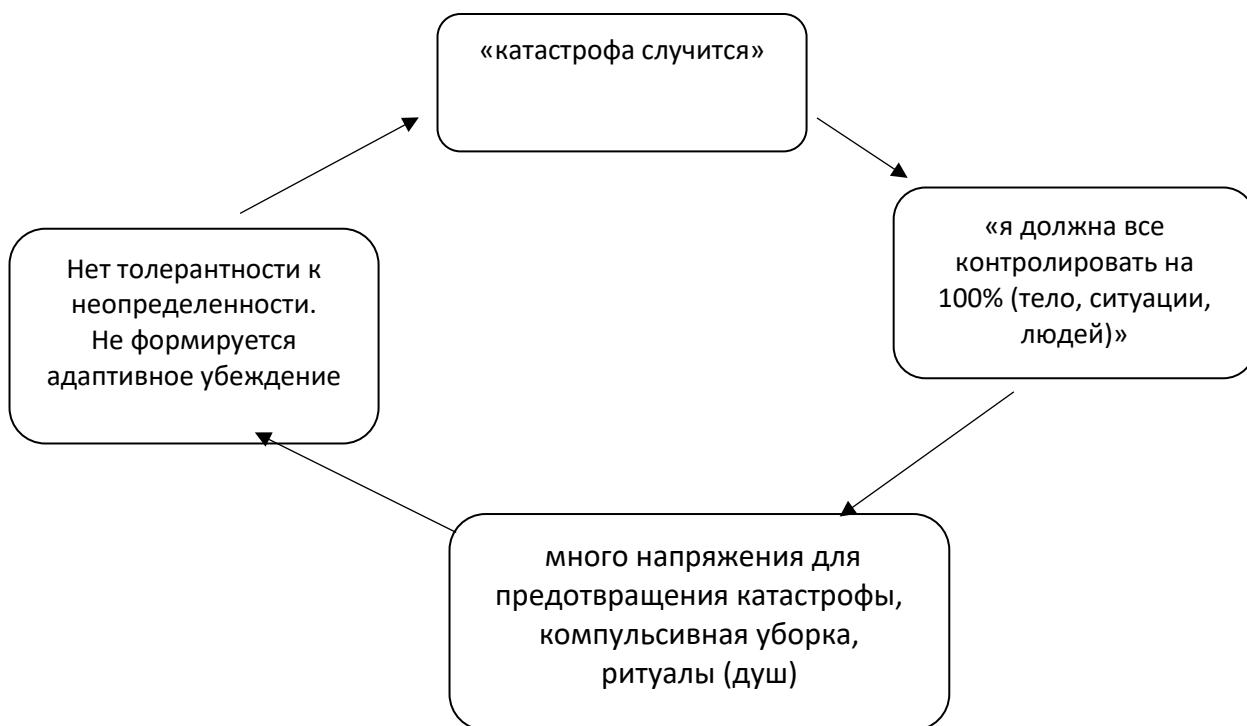
Цикл глубинного убеждения «я неполноценная (больная на голову, грязная)»

Этот цикл связан с ощущением себя в социальных ситуациях. Когда проявлялись телесные симптомы (покраснение, дрожь рук, голоса, путанные мысли и слова), девочка считала себя не такой как все и была уверена, что с ней что-то не так. Чувство грязности появилось после ситуации в селе и лишь добавило убежденности в своей неполноценности, дефективности. Чтобы быть принятой другими и каким-то образом соответствовать социальным «стандартам», с помощью гиперкомпенсации она сформировала новый образ себя, который периодически терпел крушение и, чтобы справиться с этим пациентка наносила себе самоповреждения.



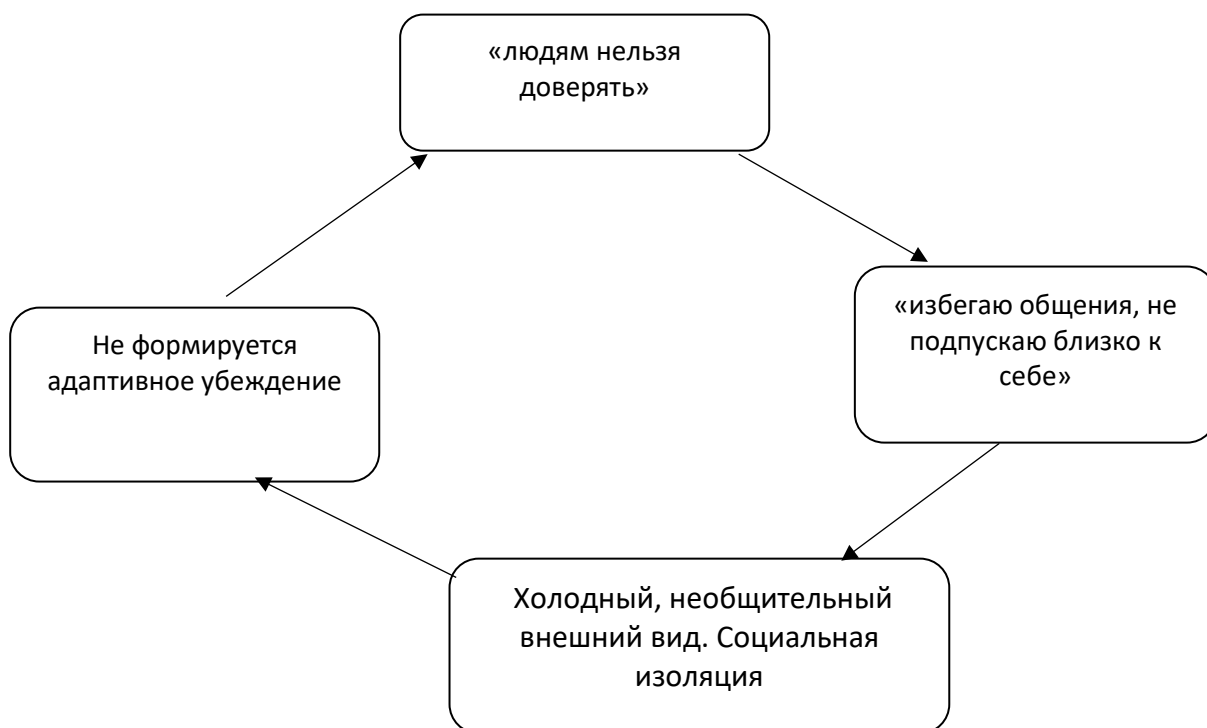
Цикл глубинного убеждения «катастрофа случится»

Цикл начал формироваться в садике, когда девочка стала бояться воспитательницу и жила в ожидании неприятностей. Она опасалась проявлять себя, старалась контролировать свои импульсы и желания. В связи с семейными событиями ребенок постоянно ожидал, что папа уйдет, а так как он был для нее очень значимым взрослым, то это было невыносимо. После случая в селе, пациентка обвинила себя в том, что произошло и убедилась еще раз в том, что не имеет права на расслабление и должна делать все возможное, чтобы избежать беды.



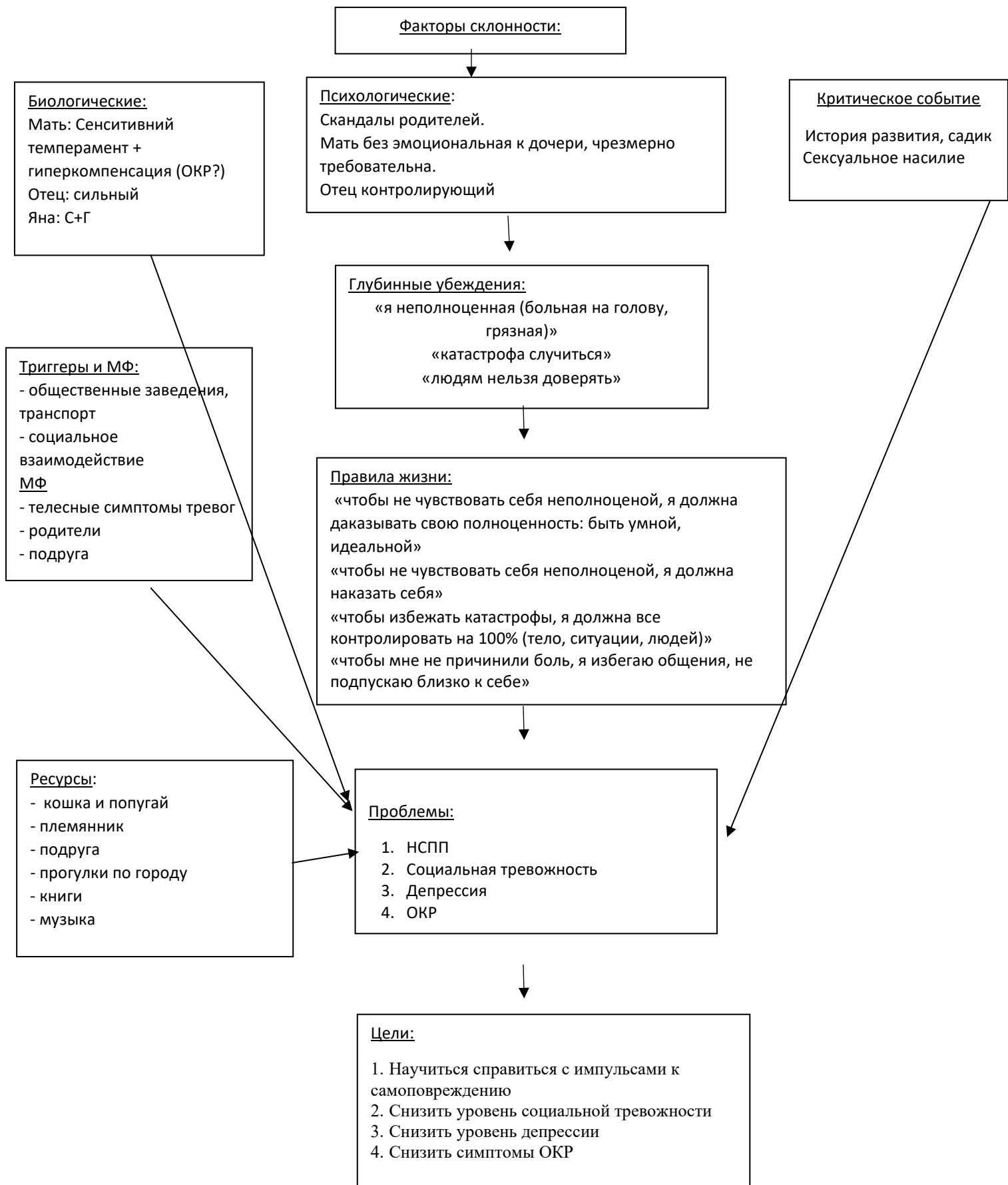
Цикл глубинного убеждения «людям нельзя доверять»

Вероятнее всего, данный цикл тоже связан с садиком, так как вера в «добрых взрослых» была подорвана, а дети, которые могли быть для девочки слишком шумны и экспрессивны были опасны. Кроме того, любимый папа совершил что-то очень плохое и она закрыла свое сердце для него, затаила обиду и злость. У девочки всегда было мало друзей, но для нее это было хорошо. Только во взрослом возрасте она поняла, что не умеет общаться, так как практически никому не доверяет и ощутила проблемы во взаимоотношениях с людьми.



Модифицирующие факторы и триггеры: любые социальные ситуации, магазины (рассчитаться на кассе, уточнить что-то у персонала), кафе (не может сделать заказ, есть в присутствии людей), университет...

Ресурсы: кошка и попугай, племянник, подруга, прогулки по городу в одиночестве, книги, музыка.



3) ПЛАН ТЕРАПИИ

А. Список проблем

1. НСПП
2. Социальная тревожность
3. Депрессия
4. ОКР

В. Цели терапии (сформулированные пациенткой)

1. Научиться справиться с импульсами к самоповреждению
2. Снизить социальную тревожность
3. Снизить уровень депрессии
4. Снизить симптомы ОКР

С. Показания к терапии

Основным запросом пациентки было состояние крайней неуверенности в социальных ситуациях и накопление долгов в университете из-за неспособности вовремя отвечать на групповых занятиях, что привело к формированию избегающего защитного поведения. Кроме того, в ходе диагностики была выявлена депрессия, ОКР и НСПП. Все вышеперечисленное сильно ухудшало качество жизни и, согласно протоколу, была показана индивидуальная КПТ. Встречи проводились раз в неделю. На момент завершения терапии было проведено 29 сессии. Для мониторинга эффективности терапии использовались: анкета IAPT, шкала оценки социальной фобии SPIN, шкала социальной тревоги SPRS, опросник самооценки Розенберга, шкала Йеля-Брауна, опросник OSI, опросники по работе с глубинными убеждениями и схемами YPI, YSQ-L. Также для мониторинга изменений использовалась шкала субъективной оценки своего состояния.

3) ПЛАН ТЕРАПИИ

На начальном этапе предполагалось прежде всего создать эффективный терапевтический альянс при котором будет возможно решение самого болезненного вопроса пациентки – НСПП. Для этого необходимо было провести психоэдукацию по нормализации

чувств, мыслей, телесных ощущений, при которых возникало непреодолимое желание причинить себе вред, а также показать связь СТр, депрессии и ОКР с циклом НСПП.

Данный этап также был сосредоточен на работе по уменьшению симптомов депрессии, так как одним из основных поддерживающих циклов был цикл депрессивной руминации, связанной с низкой самооценкой. Для его прерывания использовались когнитивные и майндфулнес техники. Необходимо было выделить достаточно времени на научение техникам дистанцирования, тестированию негативных автоматических мыслей и распознаванию когнитивных фильтров, а также научиться жить в стиле майндфулнес с принятием своих особенностей и заботой о себе. Здесь же предусматривалось обучение эмоциональной саморегуляции и составить план по решению проблем, а также тренинг навыков.

На втором этапе основной акцент был сосредоточен на работе с социальной тревожностью. Необходимо было объяснить формирование тревоги в целом и показать, что происходит в социальном взаимодействии с человеком, страдающим СТр. Планирование пошаговых экспозиций *in vivo*, *in vitro*, социального опроса с целью реформатирования образа себя.

Следующим этапом была работа с убеждениями и повышением толерантности к непереносимости неизвестности. Тестирование убеждений о полезности переживаний: «плюсы/минусы, полезные/не полезные переживания, как отличить», тренировка распознавания полезных и неполезных переживаний, техника «дерево переживаний»+ майндфулнес. Определение метакогниций о полезности переживаний, их когнитивная реструктуризация. Психоэдукация о схеме «катастрофа случится», ее происхождении, правила жизни, связанные с непереносимостью неопределённости. Когнитивное тестирование схемы «катастрофа случится» и правила жизни «я должна все контролировать на 100% (тело, ситуации, людей)». Действия по внедрению в жизнь нового правила и развитие большей толерантности к неопределённости.

Дальше необходимо было объяснить механизм формирования и закрепления ОКР, идентифицировать ключевые когниции, провести оценку веры в них, провести анализ доказательств за/против, генерировать альтернативные варианты. Также провести работу с гипотезой А/В («я не выдержу, если не помоюсь в душе, не протру телефон, не уберу в комнате»...). Необходимо было составить список obsessions и compulsions, защитного поведения, триггеров, разработать поведенческие эксперименты для проверки ключевых когниций, а также запланировать и провести пошаговые экспозиции, направленные на деактивацию компульсивного поведения. Так же мы работали с не интегрированной травматической памятью – сексуальным насилием, так как оно стало триггером для появления

убеждения «я грязная, равно неполноценная» с ритуальным принятием душа и появлению самоповреждений.

На данном этапе - работа с ГУ и дисфункциональными правилами жизни. Проведение когнитивного тестирования схем: «я неполноценная», «людям нельзя доверять» и экспириенциальной работы на их ослабление: техника кресел, имагинативная рескрипция. Когнитивное тестирование правил жизни: «я должна доказывать свою полноценность: быть умной, идеальной», «избегаю общения, не подпускаю близко к себе». А также тренинг новым моделям поведения, которые необходимо применять, чтобы жить с новыми правилами жизни (ассертивность, говорить и отстаивать свои потребности не дожидаясь критической точки).

Здесь же проводилась работа над проблемными отношениями с отцом и матерью, ощущением беспомощности и подконтрольности, не способности сказать им «нет», либо наоборот – попросить поддержки от них.

Конечным этапом терапии был этап менеджмента рецидивов и развития стрессоустойчивости: пересмотр/репетиция усвоенных навыков, идентификации зон риска, наработка ресурсов и навыков самопомощи.

4) ХОД ТЕРАПИИ

А. Динамика терапии (с описанием характеристики терапевтического альянса, реализации плана терапии, использованных техник и вмешательств, возможных проблем и др.)

Девушка пришла ко мне по рекомендации своей подруги, моей бывшей пациентки, и сразу же заявила о том, что видит, как та изменилась и готова делать что-то с собой. На первой диагностической встрече она проявляла инициативность и значительную степень открытости за исключением момента, связанного с НСПП. Как я уже упоминала выше, с ее слов, если бы я открыто не спросила ее о возможности самоповреждений, она бы вряд ли об этом сказала. Такое «сокрытие» я считаю совершенно естественным и была очень признательна ей за открытость. Собственно, эта сессия стала началом путешествия к исцелению.

Начальные сессии (1-3) были посвящены психоэдукации, социализации в модель КПТ, пониманию формирования НСПП, нормализации эмоциональных реакций. Для меня было важным, что пациентка приняла идею пошаговой терапии, с интересом и пониманием относиться как к удачам, так и к «провалам», которые могут возникать по ходу работы. Яна считала себя «ненормальной», так как большинство ее реакций были интеллектуального уровня, а она хотела обучиться чувствовать и проявлять себя. Мы договорились о том, что

если она не почувствует улучшения за 5-7 сессий, то обязательно обратится за медикаментозной поддержкой к психиатру. Изначально девушка была крайне скептически настроена на визит ко врачу.

Следующие (4-8) сессии мы работали с депрессией, не смотря на то, что депрессия была следствием тревожных и навязчивых состояний. Девушка впервые начала задумываться об истинности и реалистичности своих когниций и было интересно наблюдать эффект, который произвела на нее техника раннего дистанцирования. Я предложила написать на листе бумаги ее частую мысль и это была: «все так и останется». Как только девушка начала медленно отодвигать «ее» от лица со словами: «это просто мысль», она выдохнула и с удивлением отметила, как изменились ощущения в теле и состояние в целом. Параллельно с этим я дала майндфулнес, которой максимально быстро помог пациентке осознать в каком самоосуждении, требовательности и самонаказании она живет. Практически каждую последующую встречу мы заканчивали, либо начинали формальной практикой (около 10 минут). Со временем девушка сама выбирала, когда это делать, что давало возможность почувствовать «правильность» выбора. В связи с тем, что был риск НССП, мне нужно было с начальных встреч дать ей инструменты самопомощи. Для этого на сессиях мы подробно разбирали ситуации при которых были подобные реакции, находили ключевые когниции и определяли «точку кипения» за которой шло самоповреждение. Так, чаще всего Яна чувствовала себя загнанной в угол мыслями «выхода нет», «ничего не поможет», «я больная», что было чаще всего связано с социальными проблемами и отношениями с родителями. Она не могла прямо отстаивать свое недовольство либо мнение, полностью подавляла агрессию и вымещала ее на себя. На вопрос, чего хочется больше всего в моменты бессилия, она ответила: «поддержки», но попросить ее она не могла, так как это признак слабости. После тщательного анализа этой мысли она пришла к новой - «просить помощи – признак разумности и силы». Так же мы работали с навыками ассертивности, применяя технику кресел.

Кроме того, составили план самопомощи, в случае возникновения необходимости:

План предотвращения самоповреждений

1. Избавиться от наличия лезвий в квартире (особенно в своей комнате и ванной) + присутствие подруги для мониторинга.
2. Если я вижу, что мои мысли становятся сильнее, то я посмотрю видео (записала послание себе), почему хочу освободиться от самоповреждений, либо прочту флеш-карточку с напоминанием какой я хочу быть (жизнерадостной, способной

справляться с возможными трудностями. Хочу обрести свободу от тяжелых мыслей, ведь Я выбираю, что думать и что делать, а не депрессия. Хочу иметь кожу без шрамов).

3. Переключить внимание на другую активность: поиграть с животными, позвонить подруге, встретиться с племянником, присесть 50 раз, покачать пресс, посмотреть фильм, послушать веселую музыку и потанцевать под нее...
4. Умыться холодной водой, у меня в морозилке есть лед – почувствовать его колючий холод и приложить к рукам, лицу, вдохнуть ароматические масла, сжать в руке колючий массажор.
5. Майндфулнес, дыхание.
6. Я могу написать терапевту.

Могу сказать, что для меня было трогательно наблюдать, как девушка обретает силу и уверенность, хотя с основными причинами мы еще не работали. И, лично я была благодарна методу в котором работаю за его последовательность.

С 9-й по 16-ю сессии мы работали с тревожностью и социальной тревожностью. Была проведена психоэдукация по формированию тревоги и непреносимости неизвестности. Уже на данном этапе пациентке стало проще воспринимать симптомы тревоги, которые сопровождали ее с детства. Применяя технику «дерево переживаний», она сказала, что «интуитивно всегда пользуется ею, только вот про «отпустить» переживания не получалось». Были запланированы и проведены несколько сдвоенных экспозиций в кафе, супермаркете, аптеке. Одним из шагов был опрос персонала, проведенный мной, в то время как пациентка находилась рядом и слышала ответы людей. Так, для нее было открытием услышать, что персонал специально обучают как вести себя в разных ситуациях и, что они прекрасно понимают чувства людей, у которых подобные проблемы. Еще, рассказали историю, как уволили кассира, который был неадекватен и агрессивно вел себя с покупателями. После этого, девушка при мне начала задавать вопросы и буквально через пару сессий заявила о том, что для нее больше нет проблем с магазинами вообще. Для меня важным было донести идею о «волнах» в терапии и не останавливаться на достигнутом. Мы также составили опросник, в котором она интересовалась мнением людей на проявление симптомов социальной тревожности. Ожидания не подтвердились, в итоге у Яны появилось больше критического мышления в отношении себя. После подробного анализа страха выступить перед группой, она пришла к выводу, что ее реальные знания намного выше знаний одноклассников и не только и что цель показать знания стоит того, чтобы преодолеть страх. Благодаря предыдущим экспозициям она поняла, как это работает и постепенно начала выступать. Так же, достижением для нее было проспать на пары и получить средний балл без самоосуждения.

Таким образом, девушка самостоятельно стала применять способы снижения своей гиперответственности и перфекционизма. Хочу сказать, что это не повлияло на качество ее учебы)

17-21 сессии – работа с ОКР. Так как основная информация и реальные результаты по работе с тревожными расстройствами у пациентки были, то работа шла достаточно быстро не в плане избавления от компульсий, а в плане намерения и осознания процессов. Цикл ОКР запускался в случае появления мыслей: «я грязная, мне нужно помыться», «нужно протереть компьютер, стол, иначе я не смогу начать работу...». Компульсиями был длительный душ каждое утро перед началом дня. Это вызывало проблемы в семье, так как родители тоже нуждались в ванной комнате. Девушка приспособилась вставать в 5-6 утра, чтобы задолго до них иметь такую возможность. Но когда она выросла, мать стала упрекать ее в чрезмерном использовании воды, соответственно больших расходах, а это еще больше влияло на чувство вины и тревожность. В связи с вышесказанным, мы запланировали встречу с матерью, и девушка была впервые готова обсудить свое состояние. Могу сказать, что мать, в свою очередь, тоже впервые поняла в каком положении находится дочь и как на самом деле девушка в ней нуждается. Мы разработали план экспозиций, где начальным шагом было уменьшение времени пребывания в душе (с 40мин. до 20мин.). Девушка ставила таймер, а в случае необходимости мать напоминала ей. Это было сложно, но она справлялась. Точно так же постепенно шло уменьшение количества протираний поверхностей телефона, компьютера. Мы работали над составлением плана по облегчению выбора одежды утром, так как это было критичным для пациентки. Я рекомендовала с вечера продумать одежду и аксессуары, которые она могла бы надеть утром. Это вызывало ряд сложностей в связи с тем, что Яна настаивала на том, что не знает в каком настроении проснется завтра. Мы рассмотрели доказательства за и против этой мысли, и она пришла к выводу, что уже умеет до некоторой степени управлять настроением, и оно не должно критично влиять на ее решения.

Хотелось бы отметить тот факт, что когда мы начали работать с темой душа, то сразу же поднялись воспоминания с ситуацией в селе. Была проведена психоэдукация по работе с травмой и, буквально на следующей встрече провели работу по интеграции травматической памяти. Это было достаточно непросто, так как девушка попала в ловушку самоосуждения: «я отвратительная, так мне и нужно! Это я виновата, что не остановила его, я же могла убежать, закричать...». Но шаг за шагом нам удалось построить новую идею о том, что это была совершенно адекватная реакция на неадекватную ситуацию. В итоге, она пришла к выводу, «я была настолько напугана, что в ступоре нет моей вины». После этого работа с экспозициями в душе тоже пошла легче. Кроме того, через несколько встреч, Яна сказала, что хотела бы рассказать маме об этой ситуации.

С 22-й по 28-ю сессию мы работали с глубинными убеждениями: «я неполноценная», «людям нельзя доверять», «катастрофа неизбежна» и правилами жизни «должна доказывать свою полноценность: быть умной, идеальной», «я должна все контролировать на 100% (тело, ситуации, людей)», «избегаю общения, не подпускаю близко к себе». Было больно наблюдать, как после обсуждения базовых эмоциональных потребностей ребенка, пациентка сказала, что «теперь понятно, что со мной не так. Мама была всю жизнь отстраненной и когда были проблемы с папой я осталась без ее внимания». И еще, что, играя с племянником, она, словно играет с собой маленькой и дает ребенку то, что не получала сама.

Вовремя имажинативной рескрипции, связанной с ГУ «я неполноценная» девушка вспомнила историю из детства, когда маленькой ее укачало в машине и вырвало на кого-то из взрослых. Она не помнит, кто там был, но помнит, что маме было стыдно за дочь, и она долго извинялась перед тем человеком. Ребенок запомнил себя отвратительной и грязной, из-за которой одни проблемы. А еще вспомнила ситуации, как ее кормили булочками, а потом рассказывали, что она полная и папа заставлял ее заниматься спортом. С тех пор она терпеть не может регулярные занятия. Данное убеждение, как она заметила, тесно связано с темой контроля – рвота тоже стала триггером к будущим идеям идеальности и контроля функций тела. В итоге, ей удалось найти новое ГУ «мое тело – здоровое, а значит оно по-разному реагирует на разные ситуации. Я не должна быть идеальной, я хочу быть живой».

Рескрипция на тему недоверия людям привела к воспоминаниям, связанным с отцом. Это было предательство и оправданий не было. Только с высоты возраста пациентка смогла переосмыслить идею о том, что отец и мать еще муж и жена, а это совершенно другая история. У девушки возникла мысль начать по-другому общаться с отцом, так как он вовсе не так ужасен, как ей казалось.

Последняя 29-я сессия была посвящена обсуждению техник, их эффективности, методов самопомощи, а также результатов терапии. Девушка действительно сильно изменилась, но, учитывая факторы склонности всегда есть риск рецидива. Поэтому я еще раз напомнила о том, что важно быть внимательной к изменениям и, если будет необходимость обратиться за поддержкой фармакотерапии.

А. ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ

Учитывая уровень сложности запросов, мне хочется сказать о том, что работа была одновременно и сложной и нет. Сложными для меня было наличие самоповреждений, ОКР и депрессии. Так как я лично знакома с темой самоповреждений, то, как мне кажется, элемент самораскрытия помог формированию терапевтического альянса. Я знаю, что чувствует человек, попавший в болезненный цикл нерешаемых решений и была готова к появлению

рецидивов, но к моей радости и радости пациентки их не было. Вероятно, это связано с тем, что девушка уже была готова для изменений, а терапия помогла укрепиться в этом.

Сложности возникали на этапе работы с социальной тревожностью, когда нужно было начать выступать перед аудиторией и пару раз пациентка «заболела». Но, как я уже писала выше, успехи стимулировали к преодолению себя. Сложно было работать с травматическим воспоминанием, видеть, как шквал самоосуждения обрушивается на девушку. Тема идеальности, перфекционизма - очень коварная, но нам удалось рассматривая ее с разных сторон расшатать.

Я люблю свою работу и пациентов, которые преодолевают один из самых трудных барьеров в жизни – показать свою уязвимость и довериться чужому человеку. Работа с этой пациенткой вселила в меня больше уверенности.

В. РЕЗУЛЬТАТ ТЕРАПИИ

По завершении терапии - это 29 сессий, достигнуты стойкие позитивные результаты. Так, в начале терапии опросник РНQ-9 -20 баллов, к середине - 6 баллов; SPIN – 47 баллов в начале и 12 баллов в конце; самооценка по шкале Розенберга поднялась с 9 до 17 баллов.

Пациентке удалось вернуть качество жизни, полностью отказавшись от избегающего и защитного поведения: она решила вопрос с долгами по учебе, связанные с публичными выступлениями, стала совершать покупки в магазинах и ТЦ, достаточно свободно чувствовать себе в кафе и ресторанах. Уменьшилось количество проведенного времени в душе с 40мин. ежедневно. до 10-20мин., существенно сократилось количество протираний поверхностей телефона, компьютера. За время терапии случаев НССП не было. Улучшились отношения с матерью, начался пересмотр отношений с отцом.

На своем терапевтическом опыте я подтвердила невероятную эффективность КПТ в решении не только депрессии, ОКР, социальной тревожности, но и НССП. Уменьшение симптомов вышеперечисленных расстройств, укрепление самооценки и готовности решать проблемы снизило эмоциональную нагрузку с пациентки. Учитывая все факторы риска, мне сложно предполагать, как сложится ее дальнейшая история, но могу с уверенностью сказать, что как минимум, девушка получила навыки и знания как можно с этим справляться и куда обращаться за помощью.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Klonsky E. D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. // *American Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 160. P. 1501-1508.
2. Farberow N.L. Indirect self-destructive behavior: Classification and characteristics. In Norman L. Farberow (Ed.), *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
3. Nada-Raja S, Skegg K, Langley J, Morrison D, Sowerby P. Self-Harmful Behaviors in a Population-Based Sample of Young Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(2):177-186. <https://doi.org/10.1521/suli.34.2.177.32781>
4. Matson JL, Turygin NC. How do researchers define self-injurious behavior? *Research in Developmental Disabilities*. 2012;33(4):1021-1026. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.01.009>
5. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178(01):48-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.48>
6. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(1):80-87. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00017>
7. Nock M.K., Favazza A. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-Injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009. P. 9-18.
8. М.С. Зинчук, А.С. Аведисова, А.Б. Гехт. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119031108>
9. Gould GM, Pyle WL. *Anomalies and curiosities of medicine : being an encyclopedic collection of rare and extraordinary cases, and of the most striking instances of abnormality in all branches of medicine and surgery*. W.B. Saunders; 1901. <https://doi.org/10.5962/bhl.title.132830>
10. Menninger KA. *Man against Himself*. Harcourt, Brace: New York; 1938
11. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983;140:867-872
12. Favazza AR. *Bodies under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins Press; 1987.
13. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(3): 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
14. Ougrin D. Commentary: Self-harm: a global health priority — reflections on Brunner et al. (2014). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(4): 349-351. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12232>
15. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ de, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(6): 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
16. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-192>
17. Bergen HA, Martin G, Richardson AS, Allison S, Roeger L. Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Model Constructed From a Large Community Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(11):1301-1309.

<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000084831.67701.d6>

18. Davey A, Arcelus J, Meyer C, Bouman WP. Self-injury among trans individuals and matched controls: prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*. 2015;24(4):485-494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>

19. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M. Solving the puzzle of deliberate selfharm: the experiential avoidance model. // *Behavior Research & Therapy*. 2006. Vol. 44. P. 371-394.

20. Herpertz S., Sass H., Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. // *Journal of Psychiatric Research*. 1997. Vol. 31. P. 451-465.

21. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of SelfMutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(5): 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.885>

22. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olino TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015;9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>

23. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive Assessment. 2008; 31(3):215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

24. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2008; 31(3):215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

25. P. Tyrer, S.Thompson, U.Schmidt, V. Jones, M.Knapp, K.Davidson, J.Catalan, J.Airlie, S.Baxter, S.Byford, G.Byrne, S.Cameron, R.Caplan, S.Cooper, B.Ferguson, C.Freemn, S.Frost, J.Godley, J.Greenshields, J.Henderson, N.Holden, P.Keech, L.Kim, K.Logan, C.Manley, A.Macleod, R.Murphy, L.Patience, L.Ramsay, S.Demunroz, J.Scott, H.Seivewright, K.Sivakumar, P.Tata, S.Thornton, O.C. Ukoumunne and S. Wessely. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 969–976. f 2003 Cambridge University Press DOI: 10.1017/S0033291703008171 Printed in the United Kingdom

26. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial Nadja Slee, Nadia Garnefski, Rien van der Leeden, Ella Arensman and Philip Spinhoven. *The British Journal of Psychiatry* (2008) 192, 202–211. doi: 10.1192/bjp.bp.107.037564