

НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

В. А. Ермоленко, Т. П. Пицко, Н. В. Хмара, Я. В. Цвирко
Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Расстройства пищевого поведения (РПП) и несуицидальные самоповреждения (НССП) являются актуальной проблемой клинической медицины. Распространенность нервной анорексии (НА) составляет 25,7 на 100 000 женщин (Н. Petkova и соавт., 2019), а нервной булимии (НБ) 13,6 на 100 000 женщин (N. Micalí и соавт., 2013), в тоже время уровень смертности от НА — один из самых высоких — 2–5 % среди всех психических расстройств, уступающий только злоупотреблению психоактивными веществами и самоотравлениям (S. Zipfel и соавт., 2015).

Это связано со значительной психопатологией и повышенным риском самоповреждений. Распространенность НССП в популяции существенно различается в зависимости от географических и экономических факторов, социодемографических характеристик выборок, возраста пациентов и критериев оценки. НССП совершают 7,5–46,5 % (в среднем каждый пятый) подросток в мире против 4–23 % взрослых. Частота НССП у европейских подростков составляла около 10–13 %; у девушек — в 3 раза больше [1].

А. Cuschi и соавт. выявили, что прижизненный риск НССП у лиц с НА и НБ достигает 22 и 33 % соответственно [2].

Цель исследования. Изучить современные представления о распространенности и клинических аспектах НССП у подростков с РПП.

Материал и методы. Теоретический анализ и обобщение научных исследований о НССП у подростков с РПП.

Результаты исследования. НССП — это термин, введенный в научный оборот, для обозначения самоповреждающего/саморазрушительного поведения. К НССП относится любое не смертельное, серьезное, преднамеренное членовредительство без суицидальных намерений. Исторически такое поведение рассматривалось как «попытки самоубийства», но в настоящее время считается, что люди, имевшие подобный тип поведения, не обязательно испытывают желание умереть. Они совершают эти действия по другим мотивам, включая самонаказание, установление эмоциональной/когнитивной конгруэнтности, саморегуляцию и даже в результате возможной зависимости. К НССП относят не только порезы, но и такие формы поведения как проглатывание предметов, введение предметов в кожу, использование горячих предметов, воздействие предметами, включая удары кулаком по стенам или другим объектам, воздействие на собственное тело, вырезание слов или символов на коже, втирание острых предметов в кожу, разрывание кожи, царапание или щипание, раздавливание пальцев твердыми предметами, вмешательство при заживлении ран, падение с лестницы или бросание себя с различной высоты. Однако, в широком смысле слова, к разновидности само-

повреждающего поведения можно отнести и косвенный вред телу вследствие НА и НБ.

НА — это расстройство пищевого поведения, характеризующееся ограничением приема пищи, которое приводит к недостаточному весу в сочетании с иррациональным страхом набрать вес и нарушением образа тела. НБ возникает при здоровом или повышенном весе и характеризуется перееданием, за которым следует компенсаторное поведение, направленное на предотвращение набора веса. Как и в случае с НССП, РПП часто начинаются в подростковом возрасте или в начале взрослой жизни.

М. А. Носк и соавт. разработали модель для объяснения механизмов формирования самоповреждающего поведения. Авторы выделяют четыре источника возникновения НССП. К ним относятся: внутреннее негативное подкрепление (с целью прервать негативную эмоцию, снизить напряжение), внутреннее позитивное подкрепление (чтобы «что-то почувствовать» в условиях ощущения внутренней пустоты или диссоциации), внешнее негативное подкрепление (для избегания неприятной ситуации) и внешнее позитивное подкрепление (для привлечения внимания и получения поддержки). Это функциональное деление применяется для объяснения механизмов переедания при НБ и очистительного поведения при НА [3].

А. Сисчи и соавт. обнаружили, что 27,3 % лиц с диагнозом РПП имели сопутствующие НССП, при этом более высокие показатели НССП отмечались у пациентов с диагнозом НБ (32,7 %) по сравнению с НА (21,8 %). Более половины стационарных пациентов-подростков с перееданием сообщают о НССП за месяц до госпитализации по сравнению с 17 % пациентов, которые придерживаются только ограничительного пищевого поведения [2].

Таким образом, НССП и РПП могут представлять собой сложный комплекс аутоагрессивного поведения. Рассмотренные литературные источники предоставляют убедительные доказательства тесной связи между НССП и РПП, требуется дальнейшее изучение этого вопроса.

Литература:

1. Hawton, K. Self-harm and suicide in adolescents / K. Hawton, K. E. Saunders, R. C. O'Connor // *Lancet*, 2012. P. 2373–2382.
2. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis / A. Cucchi [et al.] // *Psychological Medicine*. 2016. T. 46. N 7. P. 1345–1358.
3. Nock, M. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior / M. Nock, M. A. Prinstein // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004. N 72 (5). P. 885–890.
4. Plener, P. L. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents / P. L. Plener, M. Kaess, C. Schmahl // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2018. N 115 (3). P. 23–30.