

Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями

Абрамова А.А.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник. отдел медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, aida-abramova@yandex.ru

Ениколопов С.Н.,

кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, enikolopov@mail.ru

Ефремов А.Г.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, efremovalexander@mail.ru

Кузнецова С.О.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, kash-kuznezova@yandex.ru

В связи с увеличивающимся ритмом и темпом современной жизни нарастает ощущение давления и стресса. Особенно это чувствуется в подростковом и юношеском возрасте. Зачастую, чтобы совладать и каким-то образом контейнировать внутренние изменения и внешнее давление, приводящие к внутреннему напряжению и ощущению невыносимости, подростки и юноши могут прибегать к различным неадаптивным средствам и методам: сигареты, наркотики, агрессивное и аутоагрессивное поведение. Можно выделить суицидальное, аутодеструктивное (суицидальные эквиваленты), самоповреждающее поведение. Причинение себе вреда может являться для человека средством каким-то образом обойтись со своими негативными эмоциональными переживаниями. В исследовании характеристик эмоциональной регуляции и совладающих стратегий среди неклинической выборки лиц старшего подросткового и юношеского возраста с аутоагрессивными проявлениями и без таковых участвовали 248 человек (128 юношей и 120 девушек), средний возраст 19,4 года, SD=1,6. Были использованы следующие методики: русскоязычная версия опросника на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением (Deliberate Self-Harm

Inventory, DSHI); опросник Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций; фиксирование отдельных показателей эмоционального состояния производилось с помощью опросника Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form (PANAS-X); оценка выбора тех или иных совладающих стратегий, применяемых испытуемыми, проводилась с помощью методики COPE. В ходе исследования были выявлены значимые различия в параметрах негативных эмоциональных характеристик у аутоагрессоров и лиц, никогда не совершавших аутоагрессивные действия. Причем у «недавних аутоагрессоров» выраженность негативных эмоций существенно выше, чем у «давних аутоагрессоров». Было подтверждено использование аутоагрессорами модели избегания, согласно которой повышенный фон негативных эмоций – ключевой аспект поведения с преднамеренным самоповреждением. Выявлено, что аутоагрессоры чаще, чем испытуемые нормативной группы, выбирают дезадаптивные виды копинг-стратегий.

Ключевые слова: аутоагрессивное несуицидальное поведение, аутоагрессоры, негативные эмоции, копинг-стратегии, совладание.

Для цитаты:

Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 21–40. doi: 10.17759/psyclin.2018070202

For citation:

Abramova A.A., Enikilopov S.N., Efremov A.G., Kuznetsova S.O. Autoaggressive Non-Suicidal Behavior as the Way of Coping with Negative Emotions [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 21–40. doi: 10.17759/psycljn. 2018070202 (In Russ., abstr. in Engl.)

В связи с увеличивающимся ритмом и темпом современной жизни нарастает ощущение давления и стресса. Особенно это чувствуется в подростковом и юношеском возрасте, когда наряду с увеличивающейся школьной нагрузкой возрастает влияние гормональных, физических и эмоциональных изменений. Зачастую, чтобы совладать и каким-то образом контейнировать внутренние изменения и внешнее давление, приводящие к внутреннему напряжению и ощущению невыносимости, подростки и юноши могут прибегать (сознательно или нет) к различным не только адекватным и адаптивным, но и неадекватным и неадаптивным средствам и методам: сигареты, наркотики, беспорядочная половая жизнь, агрессивное и аутоагрессивное поведение, криминальные группы, секты и т.п.

Ряд исследований подтверждают наличие и распространенность аутоагрессивных тенденций, мыслей и действий среди подростков и лиц юношеского возраста [3; 19]. Подростковый возраст является фактором риска как

критический период в развитии личности. Для большинства подростков характерны импульсивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость. У них обостряется склонность к самоанализу, повышается интерес к проблеме жизни и смерти, усиливается увлечение философскими вопросами. Молодые люди склонны к «переоценке ценностей», ищут свое место в обществе, пытаются понять «смысл жизни». Бескомпромиссность, эгоцентричность, отсутствие жизненного опыта, порой оценка ситуаций как безвыходных усиливают реакцию протеста, усугубляют конфликт между еще несформировавшимся, легкоранимым «я» и жестоким, несправедливым, по их мнению, обществом, что может привести к появлению аутоагрессивных тенденций [9].

Большое значение в формировании аутоагрессивного поведения играет семейный фактор. Эмоциональное отвержение в семье, незащищенность и ощущение покинутости способствуют возникновению стойких негативных эмоций, нарушению социализации, низкой устойчивости к стрессу и фрустрации, сниженному контролю аффективных реакций, недостаточно развитому чувству собственного достоинства, слабым защитным механизмам личности, ощущению своей бесполезности, недоверию к окружающему миру, неверию в свои возможности. Эти переживания сохраняются и в подростковом возрасте проявляются как негативные идеалы, формирующие деструктивные модели поведения: «поиск наказания», аутоагрессия, повторяющиеся аутоагрессивные попытки, пристрастие к наркотикам и антисоциальные действия. К причинам, которые обуславливают и провоцируют аутоагрессивные попытки, относятся, наряду с психическими расстройствами, конфликты самооценки, одиночество, нарушение межличностных отношений, неудовлетворенность своей внешностью, разочарование в отношениях с представителями противоположного пола, страх перед наказанием. Часто эти попытки бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее, а спустя год-два утрачивают всякую значимость. В большинстве случаев у подростков аутоагрессивные попытки становятся завершением длительной кризисной или конфликтной ситуации, которую, как показывает ретроспективный анализ, во многих случаях можно было предвидеть [4; 6]. Среди наиболее важных факторов аутоагрессивного поведения в возрасте 18-35 лет выделяют наличие аффективного, личностного или умственного расстройства или наличие психического диагноза в семье [5]. Д.Д. Федотов с соавторами отмечают, что аутоагрессивные попытки и намерения (по типу истерических реакций) чаще возникают у подростков в ответ на систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности; в ответ на конфликтные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем и приемом наркотических веществ [7]. Суициды и покушения, обусловленные психическими расстройствами (аффективно-шоковые и депрессивные реакции), чаще возникают в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, исключения по разным причинам из учебного заведения, измены [7].

Аутоагрессия может быть результатом психического расстройства, акцентуаций характера, воздействия длительного стресса, эмоциональной

нестабильности и социальной дезадаптации [2]. По мнению Э. Шнейдман, в основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем, а не подсознательное стремление к смерти [8].

Одна из существующих классификаций делит проявления аутоагрессивного поведения на следующие типы: суицидальное; аутодеструктивное (суицидальные эквиваленты); самоповреждающее поведение [1].

Большинство исследований поведения с преднамеренным самоповреждением сосредоточивается, как правило, на области переживаний аутоагрессорами негативных эмоций и копинг-стратегий. В основном испытуемыми были пациенты психиатрических клиник и/или заключенные в тюрьмах. Основной фокус данного рода исследований в том, что негативные переживания являются следствием специфической эмоциональной регуляции, принятой в таких замкнутых популяциях, что в свою очередь приводит к поведению с преднамеренным самоповреждением как единственному способу, который позволяет выразить переживаемые негативные эмоции и дает возможность за неимением другого способа взять сильные переживания под контроль. Помимо этого поведение с преднамеренным самоповреждением, например, среди заключенных часто несет еще и вторичную выгоду: смягчение режима отбывания наказания через помещение в тюремную больницу и как следствие избегание исправительных работ [23].

В исследованиях установлена связь между негативными эмоциональными установками и несуицидальным поведением с преднамеренным самоповреждением [20]. Причинение себе вреда может являться для человека специфическим средством управления собственными негативными эмоциональными переживаниями. Аутоагрессия может быть использована, чтобы телесно выразить переживаемые негативные эмоции, может быть способом снижения степени негативного аффекта или способом ухода от переживания негативных эмоций [16; 21].

Цель работы – сравнительное сопоставление характеристик эмоциональной регуляции и совладающих стратегий среди неклинической выборки лиц старшего подросткового и юношеского возраста с аутоагрессивными проявлениями и без таковых.

Выборка и методики

В исследовании участвовали 223 человека (112 юношей и 111 девушек), средний возраст 19,4 года ($M=19,4$; $SD=1,6$).

Были выделены три группы участников: старшие подростки и юноши без истории несуицидального поведения с преднамеренным самоповреждением (нормативная группа); старшие подростки и юноши с историей несуицидального поведения с преднамеренным самоповреждением в периоде, превышающем 12 месяцев ко времени исследования (группа «давние аутоагрессоры») и старшие подростки и юноши с историей несуицидального поведения с преднамеренным

самоповреждением в периоде менее 12 месяцев ко времени исследования (группа «недавние аутоагрессоры»).

В исследовании использовались переведенные англоязычные опросники, пилотная апробация которых являлась предварительным этапом в рамках основного исследования.

1. Опросник на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением. Данная методика представляет собой опросник, который был специально разработан для измерения степени несуицидального аутоагрессивного поведения. Автор методики рассматривал преднамеренное самоповреждение как непосредственное повреждение тела, не смертельное для индивидуума, но достаточной силы, чтобы вызвать болезненные ощущения. Опросник фиксирует возраст испытуемого, время начала, частоту и дату последнего аутоагрессивного акта из 13 видов, представленных в методике [14].

Согласованность пунктов. Результаты показали высокую внутреннюю согласованность пунктов ($\alpha=.82$). Ниже приведены коэффициенты надежности по пунктам (Corrected Item-Total Correlation)

1. Ранения (уколы) острыми предметами – 0,63
2. Расцарапывания – 0,51
3. Битье головы о твердые предметы – 0,49
4. Вырезание слов на теле – 0,47
5. Порезы на теле – 0,63
6. Вырезание знаков и символов на теле – 0,45
7. Подкожное введение предметов – 0,64
8. Предотвращение заживления ран – 0,35
9. Прижигание открытым огнем – 0,51
10. Прижигание сигаретой – 0,52
11. Самоукусы – 0,43
12. Стирание кожи с помощью абразивных предметов или химикатов – 0,15
13. Другое (не внесенное в список) – 0,36.

Ретестовая надежность. 91 участник прошел повторное тестирование по опроснику. Сопоставление результатов показало достаточную ретестовую

надежность ($\rho=0,68, p<0,001$) в течение периода от 2 до 4 недель (среднее значение 3,1 недели). Кроме того, количество самоповреждаемых поведений, подтвержденных участниками первого и второго администрирования DSHI, высоко коррелировались ($r=0,92, p<0,001$).

Дискриминантная валидность. Для определения дискриминантной валидности подсчитывалась корреляция между данными опросника и количество попыток самоубийства, а также корреляции между опросником и частотой самоповреждений.

Конвергентная валидность определялась частотой проявления самоповреждений и наличием пограничной организации личности, поскольку самоповреждение является общепринятым коррелятом погранично-личностного расстройств. Результаты показали умеренные уровни корреляций (табл. 1).

Таблица 1

Корреляции между показателями опросника, погранично-личностной организацией, попытками суицидов и частотой самоповреждений

Параметры	Показатели опросника	Частота самоповреждений
Погранично-личностной организации	0,40**	0,48***
Попытки суицида	0,20*	0,21*

Примечания. * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

2. Опросник для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций [22]. Этот опросник учитывает наличие суицидальных мыслей на протяжении четырех временных периодов. В нашем исследовании мы оценивали наличие или отсутствие суицидальных мыслей у испытуемых за период не более года, предшествующего исследованию.

3. Фиксирование отдельных показателей эмоционального состояния производилось с помощью опросника оценки эмоциональных состояний [24]. Опросник состоит из 60 пунктов, предназначенных для оценки 11 типов позитивных, негативных и иных эмоциональных состояний. В работе испытуемые оценивали переживания своих эмоциональных состояний в общем.

4. Оценка выбора тех или иных совладающих стратегий, применяемых испытуемыми, проводилась с помощью методики для оценки копинг-стратегий [11]. Опросник методики состоит также из 60 пунктов и оценивает индивидуальное использование различных копинг-стратегий.

Математическая обработка результатов методик эмоциональных состояний и копинг-стратегий велась с помощью статистических процедур анализа дисперсий one-way ANOVA, использовался также Tukey's test и критерий хи-квадрат.

Результаты исследования и их обсуждение

Обработка результатов проводилась по следующей схеме. Сначала фиксировалась описательная информация о наличии у испытуемых поведения с преднамеренным самоповреждением с помощью опросника на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением (частота, сроки и виды поведения с преднамеренным самоповреждением), затем испытуемые оценивались с точки зрения наличия или отсутствия у них суицидальных мыслей (Опросник для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций). Испытуемые с суицидальными мыслями в период менее года на начало исследования из результатов исключались, поскольку такие испытуемые несли, на наш взгляд, существенную долю риска именно суицидального поведения, который не является темой настоящего исследования.

Оставшиеся испытуемые были распределены на три группы: 1) испытуемые, совершившие самоповреждение менее 12 месяцев назад (группа «недавние аутоагрессоры»); 2) испытуемые, совершившие самоповреждение более 12 месяцев назад (группа «давние аутоагрессоры»); 3) испытуемые, никогда не совершавшие аутоагрессивных актов (нормативная группа). Каждая из полученных групп была также разделена по гендерному признаку.

Показатели параметров частоты, сроков и видов совершения аутоагрессивных актов (Опросник на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением)

Исключив из общей выборки испытуемых с суицидальными мыслями в период менее года до начала исследования (32 человека), мы получили следующие соотношения. Из общего числа оставшихся обследованных (191 человек) 13,8% (23 человека – 14 юношей и 9 девушек) совершали аутоагрессивные акты в течение последних 12 месяцев, 23,5% (39 человека – 23 юноши и 16 девушек) совершали аутоагрессивные действия более года назад, нормативная группа составила 104 человека. Таким образом, 37,3% испытуемых совершали поведение с преднамеренным самоповреждением. Полученные данные соотносятся с другими исследованиями [15]. Последний акт с преднамеренным самоповреждением среди испытуемых из группы «недавние аутоагрессоры» произошел около полугода назад ($M=5,6$ мес., $SD=5,2$). Испытуемые из группы «давних аутоагрессоров» демонстрировали поведение с преднамеренным самоповреждением достаточно давно – в среднем 5,5 лет назад ($M=69,2$ мес., $SD=39,2$). Значимых различий в способах самоповреждений между «недавними аутоагрессорами» ($M=1,9$, $SD=1,2$) и «давними аутоагрессорами» ($M=1,9$, $SD=1,1$) найдено не было: $t(60)=0,2$, $p>0,05$. Наиболее частыми способами самоповреждения были нанесение ран острыми предметами, расцарапывания, битье головой о твердые предметы, вырезание на теле слов, знаков и символов и препятствование к заживлению ран. Только 2 человека (менее 1%) сообщили, что в результате самоповреждений обращались за медицинской помощью. Частота совершенных аутоагрессивных актов в группе «недавних аутоагрессоров» ($M=11,9$, $SD=12,6$) почти в два раза превышает данный показатель в группе «давних аутоагрессоров» ($M=5,9$, $SD=7,0$): $t(54)=2,3$, $p<0,05$.

Показатели наличия (отсутствия) суицидальных мыслей

Важно отметить, что был выявлен высокий уровень показателя «наличие суицидальных мыслей за период более чем в год на момент исследования» у аутоагрессоров из обеих групп (Опросник для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций). Если взять за базовую величину 16% – показатель наличия суицидальных мыслей у испытуемых нормативной группы, то в группе «недавних аутоагрессоров» этот показатель выше в 3,5 раза и составляет 56%, а в группе «давних аутоагрессоров» – в 2,5 раза (41%). Оба приведенных показателя свидетельствуют о достаточно высокой концентрации данного рода размышлений, что может говорить о повышенной вероятности перехода от суицидальных мыслей к соответствующему виду поведения. Использование опросника для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций с лайкертвской шкалой ответов показало следующее. Между группами аутоагрессоров значимых различий по этому показателю не выявлено ($p > 0,5$). Однако по сравнению с нормативной группой аутоагрессоры обеих групп показали значимое превышение частоты возникновения суицидальных мыслей ($F(2,219)=12,98, p < 0,05$).

Примечателен также результат актуального на момент исследования сочетания высоких уровней суицидальных мыслей и показателей негативных эмоций в группе «давних аутоагрессоров» (они совершили аутоагрессивный акт в среднем более пяти лет назад). Данный факт не только отражает принципиальные различия между «давними аутоагрессорами» и нормативной группой, но и говорит о достаточно долгом периоде риска рецидива аутоагрессивного поведения. В этом плане перспективны лонгитюдные исследования, которые смогут окончательно прояснить соответствующий паттерн поведения.

Разница в показателях по гендерному признаку

Были обнаружены гендерные различия в группах аутоагрессоров и в нормативной группе. В части дифференцирования показателей своего эмоционального состояния (Опросник оценки эмоциональных состояний) юноши-аутоагрессоры показали бóльшую четкость ($M=10,3, SD=2,5$) восприятия своих эмоций, чем девушки-аутоагрессоры ($M=9,0, SD=2,2$): $t(220)=3,49, p=0,005$. С другой стороны, девушки проявили значимо более высокий уровень ($M=11,8, SD=3,2$) поиска социальной поддержки, чем юноши ($M=10,0, SD=3,0$): $f(221)=3,53, p=0,003$. Значимых различий между юношами и девушками в истории возникновения и частоты использования аутоагрессивных актов выявлено не было $\chi^2(2, 223)=3,5, p > 0,05$. Кроме того, не было различий и в числе совершенных аутоагрессивных действий между юношами ($M=3,2, SD=7,1$) и девушками ($M=1,7, SD=5,6$): $t(215)=1,65, p > 0,05$.

Результаты показателей эмоционального состояния

Сравнение трех групп испытуемых по показателям эмоционального состояния (Опросник оценки эмоциональных состояний) производилось с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) каждой из 11 шкал методики так, чтобы

дифференцировать различия между группами. Статистически значимые различия были обнаружены во всех четырех шкалах, описывающих негативные эмоции ($p < 0,005$): «Опасение», «Враждебность», «Вина», и «Печаль» (показатели значимо выше в группе «недавних») и во всех трех шкалах, описывающих положительные эмоции – «Общительность», «Самоуверенность», «Внимательность» (показатели значимо выше в норме). По другим шкалам значимых отличий получено не было ($p > 0,05$). С помощью критерия парных сравнений Тьюки (Tukey's HSD pairwise comparisons) были исследованы различия каждой из трех групп с двумя другими (табл. 2).

Таблица 2

**Групповые сравнения по шкалам эмоциональных показателей
(Опросник оценки эмоциональных состояний)**

1	2	3	4	5
Шкалы	«Недавние» (Н) (n=23)	«Давние» (Д) (n=39)	Норма (n=129)	p
Шкалы негативных эмоций				
Опасение	14,0(4,2)	11,9(4,0)	10,7(3,4)	0,0001
Враждебность	14,3(3,9)	12,2(3,5)	10,4(3,2)	0,0001
Вина	15,5(6,1)	12,5(5,8)	9,8(4,0)	0,0001
Печаль	13,6(4,6)	11,2(4,2)	9,0(3,5)	0,0001
Шкалы позитивных эмоций				
Общительность	23,1(5,5)	25,6(6,8)	28,2(6,0)	0,0001
Самоуверенность	15,6(4,0)	17,5(4,2)	18,4(4,0)	0,006
Внимательность	11,7(2,5)	13,2(2,6)	13,5(2,6)	0,009
Шкалы других эмоций				
Застенчивость	10,1(3,4)	8,4(4,0)	8,0(3,1)	0,017
Усталость	12,0(3,5)	10,8(2,9)	10,2(3,2)	0,033
Спокойствие	8,4(2,8)	9,1(3,0)	9,5(2,1)	0,102
Удивление	7,2(2,3)	6,6(2,3)	6,8(2,1)	0,580

Примечание. В столбцах 2, 3, 4 указаны средние значения и ст. отклонение, в столбце 5 – значимость различий.

Аутоагрессоры из группы «недавних» указали на значимо более высокие уровни шкалы «Опасение», чем испытуемые нормативной группы. По показателям шкал «Враждебность», «Вина», и «Печаль» группа «недавних аутоагрессоров» также

набрала существенно более высокие баллы, чем группа «давних аутоагрессоров» или нормативная группа. По этим же трем показателям группа «давних» значительно превосходила нормативную группу. По шкале «Общительность» получилась обратная зависимость. Обе группы аутоагрессоров набрали значительно меньшие показатели по данной шкале, чем нормативная группа.

Полученные нами соотношения показателей негативных эмоций среди аутоагрессоров из числа общей популяции подтверждаются рядом зарубежных исследований, проведенных уже на специфических выборках пациентов психиатрических клиник, заключенных и военных [13]. В указанных исследованиях также проводится корреляция между аутоагрессивным поведением и повышенным фоном негативных эмоций. Объяснение данной связи может заключаться в том, что лица, испытывающие сильные негативные эмоции, используют аутоагрессию как средство совладания с этими переживаниями.

Наиболее интересными, на наш взгляд, стали результаты непосредственного сравнения двух групп аутоагрессоров. При сравнении «недавних аутоагрессоров» и «давних аутоагрессоров» выраженность трех из четырех негативных эмоций (враждебность, вина, печаль) были существенно выше в группе «недавних аутоагрессоров». Получается, что группа «давних аутоагрессоров» занимает среднее промежуточное положение по выраженности негативных эмоций: выше нормативной группы, но ниже показателей «недавних аутоагрессоров». Этот факт дает нам возможность предполагать, что враждебность, вина и печаль носят пролонгированный характер и сочетаются с предыдущими видами поведения, которые так и остались незавершенными (например, конфликтное поведение и психологическая борьба с родителями), в то время как параметр «опасение» носит более ситуативный характер и зависит от непосредственных обстоятельств.

Параметр общительности оказался выше в нормативной группе, чем в группах аутоагрессоров. Это совпадает с результатами исследования K.L. Gratz, где также были выявлена повышенная общительность в группе лиц юношеского возраста, никогда не причинявших себе вред, по сравнению с группами аутоагрессоров [15; 16]. Полученные результаты вполне закономерны, если учесть трудности в плане межличностных отношений, с которыми сталкиваются юноши и девушки при непосредственном осуществлении преднамеренного самоповреждения (например, разрушение отношений со значимыми другими).

Хотя поведение с преднамеренным самоповреждением уже не является актуальным для группы «давних аутоагрессоров», в то же время значимые различия в эмоциональном саморегулировании с представителями нормативной группы могут порождать определенные психологические трудности. Так, некоторые исследователи отмечают у лиц, совершивших преднамеренное самоповреждение более года назад, трудности и даже разрушение межличностного взаимодействия [16]. В нашей работе интенсивность отрицательных эмоций в группе «давних аутоагрессоров» не столь высока, как в группе «недавних аутоагрессоров», но тем не менее значимо выше, чем в нормативной группе. Это соотносится с результатами о

том, что психологические трудности межличностного общения у лиц, не совершающих аутоагрессивные действия год и более, сохраняются [10]. Таким образом, терапевтическая работа может быть направлена на устранение этих трудностей, поскольку более высокие, чем в норме, уровни негативных эмоций ведут к повышению стрессовых нагрузок, снижению социальной активности, социальной дезадаптации, провоцированию суицидальных мыслей.

Результаты использования копинг-стратегий

Метод анализа дисперсий (ANOVA) и критерий парных сравнений Тьюки были также использованы при оценке совладающих стратегий, применяемых испытуемыми трех групп, согласно методике для оценки копинг-стратегий. Сравнения групп проводились по всем 15 шкалам методики. Значимые различия были выявлены только для двух шкал из категории дезадаптивных копинг-стратегий. Шкала поведенческого разъединения (Behavioral disengagement) – отказ испытуемого на поведенческом уровне от усилий или существенное снижение этих усилий в попытках достичь цели, с которой связан стрессор. Обе группы аутоагрессоров показали существенно более высокие показатели по данной шкале, чем нормативная группа. Вторая шкала – это шкала использования психоактивных веществ. По этому параметру группа «давних аутоагрессоров» значительно превосходит нормативную группу (табл. 3).

При сравнении выбираемых копинг-стратегий в нормативной группе и группах аутоагрессоров значимые различия были выявлены только по двум шкалам. Обе группы аутоагрессоров чаще, чем испытуемые нормативной группы, используют стратегии, когда поведение не направлено на решение проблемы. Это может указывать на то, что те, кто имеет историю поведения с преднамеренным самоповреждением, предпочтут избрать при столкновении с проблемной ситуацией реакцию избегания, уход от решения или существенное снижение целенаправленных усилий. Данный результат совпадает с результатами исследований, согласно которым аутоагрессоры чаще предпочитают стратегию избегания [17]. Это же положение отражает и экспериментальная модель избегания, Experiential Avoidance Model (EAM), согласно которой люди с опытом преднамеренного самоповреждения в проблемной ситуации проявляют тенденции к использованию стратегий избегания целенаправленных ответов [12].

Также были получены значимые различия по применению дезадаптивной копинг-стратегии «использование психически активных веществ». «Давние аутоагрессоры» прибегают к данному виду стратегии чаще, чем испытуемые нормативной группы. Примечательно, что по данному показателю группа «недавних аутоагрессоров» не дала статистически существенных отличий от двух других групп. Возможно, что представители группы «давних аутоагрессоров» использовали употребление алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) как альтернативу аутоагрессивному акту. С другой стороны, само употребление ПАВ можно рассматривать как один из видов аутоагрессивного поведения. Тем не менее результаты методики по использованию копинг-стратегий (COPE) показывают, что

обе группы аутоагрессоров статистически более часто прибегают к дезадаптивным видам совладающих копинг-стратегий, чем нормативная группа испытуемых.

Тот факт, что значимые различия между группой аутоагрессоров и нормативной группой были получены только по двум шкала из пятнадцати, можно объяснить тем, что в отличие от выборки в других исследованиях наша выборка состояла из лиц общей популяции (не из испытуемых клинических групп или заключенных). Считается, что психическое здоровье заключенных юношеского возраста существенно снижено, чем у ровесников из нормативной группы [18]. Следовательно, отличие полученных нами результатов по выбору копинг-стратегий от данных других исследований может объясняться еще и разницей в уровне психического здоровья испытуемых в настоящей работе от испытуемых клинических групп.

Таблица 3

Групповые сравнения по шкалам методики для оценки копинг-стратегий

1	2	3	4	5
Варианты копинг-стратегий	«Недавние» (Н) (n=23)	«Давние» (Д) (n=39)	Норма (n=129)	p
<i>Дезадаптивные стратегии</i>				
Поведение не направлено на решение проблемы (Behavioral disengagement)	7,1(1,7)	7,0 (2,0)	6,0(1,9)	0,001
Использование ПАВ (Substance use)	7,0(3,7)	7,4 (3,9)	5,4 (2,7)	0,001
Когнитивные усилия не направлены на решение проблемы (Mental disengagement)	10,6(2,1)	10,6 (2,4)	9,8 (2,3)	0,084
Отрицание проблемы (Denial)	7,0 (2,5)	5,8 (2,0)	5,7(2,1)	0,031
Замкнутость (Restraint)	8,8 (2,2)	9,1 (2,6)	9,2 (2,0)	0,660
Подавление активности (Suppress activities)	8,4(1,7)	8,8 (2,0)	9,0(2,1)	0,376
<i>Адаптивные стратегии</i>				
Позитивная переинтерпретация (Positive reinterpretation)	11,0(2,0)	11,8(2,8)	12,3 (2,5)	0,042
Выход эмоций (Venting emotions)	11,0(3,6)	10,3 (3,3)	9,9 (2,8)	0,233
Использование способов и средств поддержки (Instrumental support)	10,8(3,3)	10,6 (2,9)	11,1(2,7)	0,622
Активное совладание с ситуацией (Active coping)	9,7 (2,0)	10,3 (2,6)	10,7 (2,0)	0,069
Использования религии (Religious)	10,6 (4,4)	9,5 (4,1)	10,6 (4,0)	0,350

1	2	3	4	5
Варианты копинг-стратегий	«Недавние» (Н) (n=23)	«Давние» (Д) (n=39)	Норма (n=129)	p
<i>Адаптивные стратегии</i>				
Использование юмора при решении проблем (Humor)	7,7 (3,4)	9,4 (3,3)	8,8 (3,3)	0,175
Принятие проблемной ситуации (Acceptance)	9,5 (2,2)	10,7 (2,8)	11,1 (2,4)	0,014
Планирование при решении (Planning)	10,3(1,9)	10,8 (2,9)	11,7(2,4)	0,014

Примечание. В столбцах 2, 3, 4 указаны средние значения и ст. отклонение, в столбце 5 – значимость различий.

Формирование паттернов избегания решения ситуаций при столкновении с негативным внешним опытом, возможно, основывается на более повышенном, чем в среднем по популяции, эмоциональном реагировании, слабой стрессоустойчивости, дефицитарной эмоциональной регуляции и/или на трудностях с поиском альтернативных адаптивных копинг-стратегий. Как правило, такого плана испытуемые показывают высокий уровень негативных эмоций как в случаях преднамеренного самоповреждения, так и в общих ситуациях, не связанных с аутоагрессией. Это и привело к предложению учитывать в исследованиях эмоциональные predispositions аутоагрессоров [12].

Наряду с этим было сделано предположение, что раз поведение с преднамеренным самоповреждением тесно связано с негативными эмоциями, то анализ существующих у аутоагрессора и применение им копинг-стратегий будет чрезвычайно важным в деле психологической помощи пациентам с целью возможного предупреждения у последних преднамеренного самоповреждения. Например, в контексте модели избегания (EAM) учитывается, что аутоагрессоры вредят себе, поскольку не в состоянии применить к себе более адаптивные копинг-стратегии и более склонны использовать дезадаптивные стратегии избегания. Нанося себе вред, данные пациенты констатировали увеличение использования избегающего поведения и уменьшения степени осознанного контроля над своим поведением [13].

В противоположность вышеизложенному мнению о неэффективности использования аутоагрессорами неадаптивных копинг-стратегий есть гипотеза, что несуицидальное поведение с преднамеренным самоповреждением применяется человеком тогда, когда у него вообще нет никаких совладающих стратегий, которые можно применить в данной ситуации [17].

Как было отмечено выше, данная модель EAM и соответствующие ей копинг-стратегии были отработаны на испытуемых-аутоагрессорах из числа заключенных и пациентов психиатрических клиник. С другой стороны, все чаще стали публиковаться исследования поведения с преднамеренным самоповреждением

в рамках общей популяции, то есть среди неклинических и некриминальных групп. Наиболее широкий разброс процентов аутоагрессоров был зафиксирован среди студентов вузов и колледжей. В данной выборке поведение с преднамеренным самоповреждением имеет разброс в пределах от 12 до 38% [16; 26]. Причем в исследовании J. Whitlock et al. отмечается, что из 2875 студентов 17% совершали аутоагрессивные действия вообще, а 9,7% – менее чем за год к моменту исследования [25]. Кроме того, только четверть аутоагрессивных студентов обратились за квалифицированной помощью и сообщили о самоповреждении медицинским работникам или психологам. И хотя такие высокие уровни распространенности аутоагрессии довольно тревожны для общества, как показывают другие работы, не суицидальное аутоагрессивное поведение имеет тенденцию снижаться в зависимости от возраста испытуемого. [20] Среди студентов 40% указали на прекращение поведения с преднамеренным самоповреждением в течение года после совершения аутоагрессивных действий, и 80% – в течение пяти лет [25].

Резюме

Большинство исследователей изучают несуицидальную агрессию просто как сам поведенческий факт, не делая привязок ко времени начала и завершения аутоагрессивных действий. В данной работе мы учитывали временной аспект, поскольку долгосрочность результата, связанного с выбором или отрицанием аутоагрессивного действия, тесно связана с наличием или отсутствием других существенных психологических или даже клинических симптомов.

Таким образом, были выявлены значимые различия в параметрах негативных эмоциональных характеристик у аутоагрессоров и лиц, никогда не совершавших аутоагрессивные действия. Причем у «недавних аутоагрессоров» выраженность негативных эмоций была существенно выше, чем у «давних аутоагрессоров». Было подтверждено использование аутоагрессорами модели избегания, согласно которой повышенный фон негативных эмоций – ключевой аспект поведения с преднамеренным самоповреждением. Выявлено, что аутоагрессоры чаще, чем испытуемые нормативной группы, выбирают дезадаптивные виды копинг-стратегий.

При терапевтической работе с лицами, совершившими аутоагрессивные действия достаточно недавно (менее года), специалисту следует направлять усилия не только на непосредственное предотвращение нового самоповреждения, но в первую очередь обратить внимание аутоагрессора на работу по саморегуляции эмоционального состояния. Лицам, совершившим последнее преднамеренное самоповреждение достаточно давно (более года), целесообразно рекомендовать постоянный мониторинг и соответствующую модуляцию своих негативных эмоций, чрезмерный уровень которых может срабатывать пусковым механизмом провокации новых аутоагрессивных действий. Наряду с этим работа должна быть направлена на обучение аутоагрессоров (независимо от срока давности совершения самоповреждения) адаптивным стратегиям.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4. С. 65–77.
2. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. 2-е изд., исправл. и доп. Томск: Сибирский издательский дом, 2001. 130 с.
3. Масагутов Р.М. Гендерные различия в проявлениях аутоагрессии у подростков // Вопросы психологии. 2003. № 3. С. 35–42.
4. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В. Проблема самоубийств в обществе и вооруженных силах // Военно-медицинский журнал. 1997. Т. 317. №12. С. 12–18.
5. Остроглазов В., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии. 2000. № 6. С. 18–20.
6. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. Пер. с нем. М.: Мир, 1994. 320 с.
7. Федотов Д.Д., Чудин А.С., Саркисов С.А. О реактивно-обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 10. С. 1559–1563.
8. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с.
9. Яворский А.А. Клинические особенности суицидального поведения психопатических и акцентуированных личностей в период прохождения воинской службы: Автореф. дисс канд. мед. наук. СПб., 1991. 20 с.
10. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder // Journal of Abnormal Psychology. 2002. № 111. Pp. 198–202.
11. Carver C.S., Scheier M.R., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretic ally based approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. № 56. Pp. 267–283.
12. Chapman A. L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model // Behavior Research and Therapy. 2006. № 44. Pp. 371–394. 10.1016/j.brat.2005.03.005
13. Dear G.E., Slattery J.L., Hillan R.J. Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2001. № 31. Pp. 442–450.

14. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Vol. 10. № 2. Pp. 192–204. 10.1093/clipsy.bpg022
15. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood treatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006. № 76. Pp. 238–250. 10.1037/0002-9432.76.2.238
16. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002. № 72. Pp. 128–140. 10.1037/0002-9432.72.1.128
17. Haines J., Williams C.L. Coping and problem solving of self-mutilators // *Journal of Clinical Psychology*. 2003. № 59. Pp. 1097–1106.
18. James D.J., Glaze L.E. Mental health problems of prisons and jail inmates (Publication No. NCJ 213600). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2006. 12 p.
19. Miotto P., De Coppi M., Frezza M., Petretto D., Masala C., Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths // *Psychiatry Res*. 2003. Vol. 15. № 3. Pp. 247–255. 10.1016/S0165-1781(03)00193-8
20. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005. № 75. Pp. 324–333. 10.1037/0002-9432.75.2.324
21. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004. № 72. Pp. 885–890.
22. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples // *Assessment*. 2001. Vol. 8. № 4. Pp. 443–454. 10.1177/107319110100800409
23. Suyemoto K.L. The functions of self-mutilation // *Clinical Psychology Review*. 1998. № 18. Pp. 531–554.
24. Watson D., Clark L.A. The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form. // Iowa Research Online. The University of Iowa's Institutional Repository Department of Psychological and Brain Sciences Publications. 1999. Doi: 28 p. 10.13072/midss.438
25. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population // *Pediatrics*. 2006. № 117. Pp. 1939–1948.

Autoaggressive Non-Suicidal Behavior as the Way of Coping with Negative Emotions

Abramova A.A.,

*PhD (Psychology), senior research scientist of The Mental Health Research Center (MHRS),
Moscow, Russia, aida-abramova@yandex.ru*

Enikilopov S.N.,

*PhD (Psychology), assistant professor, Head of department of clinical psychology, The Mental
Health Research Center (MHRS), Moscow, Russia, enikilopov@mail.ru*

Efremov A.G.,

*PhD (Psychology), senior research scientist of The Mental Health Research Center (MHRS),
Moscow, Russia, efremovalexander@mail.ru*

Kuznetsova S.O.,

*PhD (Psychology), senior research scientist of The Mental Health Research Center (MHRS),
Moscow, Russia, kash-kuznezova@yandex.ru*

Due to the increasing rhythm and tempo of the contemporary life the feeling of stress and pressure increases as well. Especially one feels it in teen years and youth. To be able to somehow master and contain the inner changes and the pressures from the outside the resulting in feeling of inner pressure and intolerableness of the world the teenagers and youths may resort to smoking, drugs, aggressive and autoaggressive behavior. One can distinguish between suicidal, self-destructive (suicidal equivalents), self-harming types of behavior. Harming oneself may be seen as a method of dealing with negative emotions. The study of the characteristics of emotional regulation and mastering strategies among the teenagers and young people of non-clinical sample included 248 persons (128 young men and 120 young women). The average age 19,4 years. The methods used were as follows. To define the level of behavior with deliberate self-harming we used the Russian version of questionnaire The Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) was used to control the presence or absence of suicidal tendencies. And The Positive and Negative Affect Schedule-Expanded (PANAS-X) was applied to identify separate parameters of emotional states. While the choice of the concrete mastering strategies was assessed with the help of the COPE method. The research showed significant differences in the parameters of negative emotional characteristics between the autoaggressors and the persons who never performed any

autoaggressive actions. Moreover the "recent autoaggressors" showed a much higher level of the expressed negative emotions than the "old ones". It was confirmed that autoaggressors use a singular model of evasion where the key aspects of self-harming behavior would be the heightened level of negative emotions. It was found that autoaggressors choose non-adaptive coping strategies more often than the participants of the normative test-group.

Keywords: autoaggressive non-suicidal behavior, autoaggressors, negative emotions, coping-strategies.

References

1. Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie samoubiistva [Clinical-psychological study and research of suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya [Social and clinical psychiatry]*, 1998, no 4, pp. 65–77. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Kornetov N.A. Depressivnye rasstroistva. Diagnostika, sistematika, semiotika, terapiya [Depressive disorders. Diagnostics, systematics, semiotics, therapy]. 2-e ed. Tomsk: Publ. Sibirskii izdatel'skii dom, 2001. 130 p.
3. Masagutov P.M. Gendernye razlichiya v proyavleniyakh autoagressii u podrostkov [Gender differences in the manifestations of autoaggression of teenagers]. *Voprosy psikhologii [Questions of psychology]*, 2003, no 3, pp. 35–42. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Nechiporenko V.V., Litvintsev S.V. Problema samoubiistv v obshchestve i vooruzhennykh silakh [The problem of suicides in civilian society and the armed forces]. *Voенно-meditsinskii zhurnal [Military-medical journal]*. 1997, vol. 317, no. 12, pp. 12–18. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Ostroglazov B., Lisina M.A. Kliniko-psikhopatologicheskaya kharakteristika sostoyanii u lits, sovershivshikh suitsidal'nye popytki [Clinico-psychopathological characteristics of states in persons who have committed or attempted suicide]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii [Journal of neurology and psychiatry]*, 2000, no. 6, pp. 18–20. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Remshmidt X. Podrostkovyi i yunosheskii vozrast: Problemy stanovleniya lichnosti [Teenagers and youths: the problems of identity]. Moscow: Publ. Mir, 1994. 320 p. (In Russ.)
7. Fedotov D.D., Chudin A.S., Sarkisov S. A. O reaktivno-obuslovlennykh suitsidal'nykh popytkakh v detskom, podrostkovom i yunosheskom vozraste [On reactive suicidal attempts in childhood, teenagers and youths]. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii [Journal of neuropathology and psychiatry]*, 1978, no. 10, pp. 1559–1563. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Shneidman E. *Dusha samoubiitsy [The soul of suicide]*. Moscow: Publ. Smysl, 2001. 315 p. (In Russ.)
9. Yavorskii A.A. *Klinicheskie osobennosti suitsidal'nogo povedeniya psikhopaticeskikh i aktsentuirovannykh lichnostei v period prokhozheniya voinskoi sluzhby [Clinical features of suicidal behavior of psychopathic and accentuated personalities in military service]*. [PhD (Medicine) Thesis]. Saint-Petersburg, 1991. 20 p.
10. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002, no. 111, pp. 198–202.
11. Carver C.S., Scheier M.R, Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretic ally based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, no. 56, pp. 267–283.
12. Chapman A. L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 2006, no. 44, pp. 371–394.
13. Dear G.E., Slattery J.L., Hillan R.J. Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, no. 31, pp. 442–450.
14. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003, vol. 10, no. 2, pp. 192–204.
15. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood treatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006, no. 76, pp. 238–250.
16. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002, no. 72, pp. 128–140.
17. Haines J., Williams C.L. Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 2003, no. 59, pp. 1097–1106.
18. James D.J., Glaze L.E. *Mental health problems of prisons and jail inmates (Publication No. NCJ 213600)*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. 2006. 12 p.
19. Miotto P., De Coppi M., Frezza M., Petretto D., Masala C., Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res.*, 2003, vol. 15, no. 120, pp. 247–255.
20. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, no. 75, pp. 324–333.

21. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, no. 72, pp. 885–890.
22. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 2001, vol. 8, no. 4, pp. 443–454.
23. Suyemoto, K. L. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 1998, no. 18, pp. 531–554.
24. Watson D., Clark L. A. The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form. Iowa Research Online. The University of Iowa's Institutional Repository Department of Psychological and Brain Sciences Publications, 1999. 28 p.
25. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 2006, no. 117, pp. 1939–1948.