



АКТЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ПОЛЬСКАЯ Н.А. *, НОУ ВПО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия,
polskayana@yandex.ru

Представлены результаты эмпирического исследования связи факторов регуляции эмоций с особенностями самоповреждающего поведения в клинической и неклинической группах. В исследовании приняли участие 68 респондентов: пациенты с пограничными психическими расстройствами (N=33; Mвозр. = 44,9, SD=10,8) и респонденты без расстройств психического здоровья (N=35; Mвозр. = 39,3, SD=11,2). Методики: шкала причин самоповреждающего поведения (Н.А. Польская, 2014); опросник когнитивной регуляции эмоций (Garnefski et al., 2002; Е.И. Рассказова, А.Б. Леонова, И.В. Плужников, 2011); тест «Способы совладающего поведения» (R. Lazarus, S Folkman, 1988; Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, 2004) и опросник на эмоциональный интеллект ЭМИн (Д.К. Люсин, 2009). Выводы: 1) акты самоповреждения наблюдаются как в клинических, так и неклинических группах; у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждения в большей мере связаны с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения самоповреждения носят преимущественно реактивный характер; 2) такие когнитивные стратегии регуляции эмоций, как снижение способности к планированию, руминация и катастрофизация, могут выступать в качестве маркеров самоповреждающего поведения; 3) у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждение связано со снижением понимания эмоций, а в группе сравнения – с управлением эмоциями и их выражением; 4) акт самоповреждения может выполнять антисуицидальную функцию и поддерживаться конструктивными стратегиями регуляции эмоций в структуре копинг-поведения или защитных механизмов личности.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, пограничные психические расстройства, эмоциональный интеллект, когнитивная регуляция эмоций, копинг-стратегии.

Самоповреждающее поведение (СП) традиционно определяется как повреждение тканей собственного тела без суицидальных намерений (Favazza, 1996; Nock, 2010; Польская, 2011, 2014, 2015). В клинической практике самоповреждение рассматривается как симптом различных патологических состояний и расстройств психики и поведения (Gratz., Gunderson, 2006; Nock, 2010; Gratz, Roemer, 2013). СП присутствует в клинической картине генетических синдромов с сопутствующими нарушениями психического развития, наблюдается при аутизме, шизофрении, расстройствах пищевого поведения (Deb, 1998; Польская, 2011; Чухутова, 2013; Glenn C.R., Klonsky, 2013). Наиболее часто данное поведение отмечается у пациентов с пограничными психическими расстройствами, у которых оно может носить как эпизодический, так и регулярный характер (Horsfall, 1999; Ласовская, 2011; Короленко, Шпикс, 2012). Более того, склонность к самоповреждению наблюдается

Для цитаты:

Польская Н.А. Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 129–144. doi:10.17759/exppsy.2015080312

* Польская Н.А. Кандидат философских наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Институт психологии им. Л.С. Выготского Российского государственного гуманитарного университета E-mail: polskayana@yandex.ru



при нормативном развитии, особенно в подростковом возрасте, а также на начальных этапах онтогенеза (Шевченко, 1992; Польская, 2014а, 2014б, 2015).

Несмотря на длительную историю клинических исследований данной темы (примерно с 1930-х гг. прошлого века), изучение феномена СП в неклинической популяции началось относительно недавно, что привело к усилению интереса к причинам данного поведения, а также к отрыву от суицидологического контекста, в котором ранее рассматривалось СП. В последней классификации психических болезней Американской психиатрической ассоциации DSM-5 несуйцидальное самоповреждающее поведение проблематизируется как тема, требующая дальнейших наблюдений, систематизации и изучения (DSM-5).

Самоповреждение является одним из диагностических критериев пограничного личностного расстройства (Бек, Фримен, 2002; МКБ-10; DSM-5). К наиболее частым самоповреждениям пограничных личностей относят самопорезы (как правило, в области кистей рук, груди и половых органов), удары по собственному телу и по голове, глубокое расчесывание кожи, выдергивание волос, втыкание в кожу игл, обкусывание ногтей, прижигание сигаретами, обжигание ладоней (Horsfall, 1999; Ласовская, 2011; Короленко, Шпикс, 2012).

В последние годы исследования СП обращены на изучение различных аспектов саморегуляции и, в большей степени, особенностей регуляции эмоций при различных типах и способах самоповреждения (Gratz, Gunderson, 2006; Gratz, Roemer, 2008). Нарушения регуляции эмоций при СП у пациентов с пограничными расстройствами объясняются когнитивными проблемами (в частности, полярностью в оценивании людей и событий), проблемами в осознании целостности своего я, непрерывности и преемственности своей личности, чувством отчуждения и изоляции (Linehan, 1993).

Основой для формирования готовности к акту самоповреждения служат, с одной стороны, высокая интенсивность и длительность эмоциональных реакций, с другой стороны, нарушение интеграции отдельных сторон и функций личности, связанных с распознаванием и пониманием эмоций, управлением ими и контролем над собственным поведением.

В данной статье будут представлены результаты эмпирического исследования когнитивно-личностных факторов эмоциональной регуляции, к которым мы относим эмоциональный интеллект как способность личности к релевантной обработке эмоциональной информации, и стратегии саморегуляции в стрессогенных ситуациях (когнитивные стратегии регуляции эмоций и копинги). Оценка этих факторов будет проведена в их связи с проявлениями СП (факторами, временем, частотой самоповреждения) в группе пациентов с пограничными психическими нарушениями и в нормативной выборке.

Будут рассмотрены две **гипотезы**. Первая касается выявления и оценки межгрупповых различий по частоте и факторам СП в клинической и неклинической группах, в связи с разным психологическим значением данных действий для представителей этих двух групп. Согласно второй гипотезе, у пациентов с пограничными психическими расстройствами возможно выделить специфические связи между актами самоповреждения и факторами эмоциональной регуляции.

Характеристика выборки

В исследовании приняли участие 68 респондентов (52 – женского пола, 16 – мужского пола), из них:

- 33 (48,5%) – пациенты с пограничными психическими расстройствами (22 женщины, 11 мужчин, в возрасте от 27 до 63 лет, $M_{возр.} = 44,9$, $SD=10,8$);



- 35 (51,5%) респондентов – группа сравнения (30 женщин, 5 мужчин, в возрасте от 27 до 66 лет, $M_{возр.} = 39,3$, $SD=11,2$), не имеющих расстройств психического здоровья.

В соответствии с диагностическими рубриками (МКБ-10), у 6 пациентов были диагностированы аффективные расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), у 22 пациентов – невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, ипохондрическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциативное расстройство, соматоформные расстройства), у 5 пациентов – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (патологическое влечение к азартным играм, истерическое расстройство личности).

Процедура исследования и методы анализа данных

Исследование проводилось с пациентами, находящимися на стационарном лечении в психиатрической больнице. Выбор участников определялся диагностическими рамками пограничных психических расстройств и добровольным согласием на участие в исследовании. В группу сравнения были включены участники, близкие по возрасту к контрольной группе, не имеющие психиатрических диагнозов. Каждому из участников предъявлялся индивидуальный пакет психологических методик с инструкциями по заполнению. Все методики заполнялись индивидуально, самостоятельно, в присутствии психолога или медицинского работника (в клинической группе).

При статистическом анализе данных (SPSS-21 for Windows) использовались частотное распределение и описательные статистики, метод ранговой корреляции (ро-Спирмена), непараметрические критерии Манна–Уитни и Краскала–Уоллиса, таблицы сопряженности (коэффициент гамма).

Методики исследования

Для оценки особенностей самоповреждающего поведения использовалась шкала причин самоповреждающего поведения (Польская, 2014а), позволяющая определить способы, частоту и факторы самоповреждения.

Шкала представляет собой форму самоотчета, включающую три блока:

1) блок «акты самоповреждения» с указанием частоты каждого из указанных актов самоповреждения (от «никогда» до «часто») (12 пунктов);

2) блок «время самоповреждения» – от нескольких дней до более года;

3) блок «причины самоповреждения», включающий в себя перечень возможных причин, объясняющих совершение действий самоповреждающего характера, с указанием степени своего согласия (от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен») (26 пунктов).

По результатам ответов в первом блоке подсчитывается средний балл по инструментальному и соматическому способу самоповреждения¹, а также средний суммарный балл по всем актам самоповреждения. К группе инструментальных самоповреждений были отнесены такие действия, как порезы режущими предметами, уколы или проколы кожи острыми предметами, самоожоги, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела о твердые поверхности. В группу соматических самоповреждений были включены следующие действия: удары

¹Инструментальные самоповреждения – это самоповреждения, которые наносятся с помощью инструментов (игла, лезвие, ножницы и т. п.) или каких-либо внешних объектов (стол, стена). Соматические самоповреждения осуществляются без внешних средств (расчесывание кожи, сковыривание болячек, выдергивание волос и т. п.).



по собственному телу (кулаком, ладонью), выдергивание волос, расчесывание кожи, обкусывание ногтей, сквыривание болячек, обкусывание губ, прикусывание щек или языка.

Результаты второго блока позволяют соотнести изучаемые психологические параметры со временем последнего самоповреждения.

По результатам ответов в третьем блоке подсчитываются показатели факторов «восстановление контроля над эмоциями», «избавление от напряжения», «воздействие на других» и «изменение себя, поиск нового опыта» (Польская, 2014а).

Для оценки регуляции эмоций использовались следующие методики.

1. Опросник когнитивной регуляции эмоций (Garnefski et al., 2002; Рассказова, Леонова, Плужников, 2011), позволяющий выделить эффективные и деструктивные стратегии. К эффективным стратегиям относятся: принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка, рассмотрение в перспективе. Деструктивные стратегии объединяют шкалы самообвинения, руминации, катастрофизации и обвинения других.

2. Тест «Способы совладающего поведения» (Lazarus, Folkman, 1988; Крюкова, Куфтяк, Замышляева, 2004), направленный на оценку копинга по шкалам: конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

3. Методика оценки эмоционального интеллекта «ЭмИн» (Люсин, 2009), позволяющая осуществить оценку эмоционального интеллекта по четырем основным шкалам: межличностный эмоциональный интеллект, внутриличностный эмоциональный интеллект, понимание эмоций и управление эмоциями, – и пяти субшкалам: понимание чужих эмоций, управление чужими эмоциями, понимание своих эмоций, управление своими эмоциями и контроль экспрессии.

Результаты исследования

Шкала причин самоповреждающего поведения

Согласно частотному распределению в совокупной выборке по актам самоповреждения, 38 (55,9%) человек отметили, как свойственные себе, отдельные действия самоповреждающего характера. По способу эти самоповреждения распределились следующим образом: 35 (51,5%) – соматических и 22 (32,4%) инструментальных.

В клинической группе 20 (60,6%) из 33 пациентов указали на самоповреждения, включая 18 (54,5%) соматических и 11 (33,3%) инструментальных самоповреждений. В группе сравнения самоповреждения были выявлены у 18 (51,4%) респондентов, включая 17 (48,6%) соматических и 11 (31,4%) инструментальных самоповреждений (табл. 1).

Таблица 1

Частотное распределение по шкале СП (акты самоповреждения)

Акты самоповреждения		Совокупная выборка		Клиническая выборка		Группа сравнения	
		Частота	Процент	Частота	Процент	Частота	Процент
Акты самоповреждения	нет	30	44,1	13	39,4	17	48,6
	есть	38	55,9	20	60,6	18	51,4
Инструментальные самоповреждения	нет	46	67,6	22	66,7	24	68,6
	есть	22	32,4	11	33,3	11	31,4
Соматические самоповреждения	нет	33	48,5	15	45,5	18	51,4
	есть	35	51,5	18	54,5	17	48,6



Средние значения по факторам СП оказались более высокими в группе пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Средние баллы по факторам СП в группах

Факторы СП	Группа	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. отклонение
Восстановление контроля над эмоциями	Группа пациентов	1,00	5,00	2,51	1,31
	Группа сравнения	1,00	3,00	1,37	0,75
Воздействие на других	Группа пациентов	1,00	3,56	1,85	0,79
	Группа сравнения	1,00	3,00	1,33	0,68
Избавление от напряжения	Группа пациентов	1,29	5,00	2,82	1,11
	Группа сравнения	1,00	3,71	1,79	1,01
Изменение себя, поиск нового опыта	Группа пациентов	1,00	3,86	1,68	0,82
	Группа сравнения	1,00	2,00	1,17	0,31

Оценка различий по факторам и способам самоповреждения (критерий Манна–Уитни) выявила значимость различий между группами (с более высокими среднеранговыми значениями в клинической группе) по факторам:

- восстановление контроля над эмоциями ($p=0,03$);
- избавление от напряжения ($p=0,02$);
- воздействие на других ($p=0,04$).

По фактору изменения себя, поиска нового опыта и способам самоповреждения (инструментальному и соматическому) значимых различий между группами получено не было.

В совокупной выборке была выявлена взаимосвязь времени последнего самоповреждения и факторов СП: восстановление контроля над эмоциями (гамма $-0,42$, $p=0,02$); избавление от напряжения (гамма $-0,40$, $p=0,02$), воздействие на других (гамма $-0,40$, $p=0,05$).

Опросник когнитивной регуляции эмоций

В рамках данного исследования изучались связи между шкалами опросника и факторами и способами СП, а также возможные различия между группами по шкалам опросника. Взаимосвязь исследуемых параметров измерялась с помощью коэффициента Спирмена; статистически значимые взаимосвязи ($p<0,05$) представлены на рис. 1.

В группе пациентов шкала «фокусирование на планировании» отрицательно связана с факторами СП: восстановление контроля над эмоциями ($-0,64$) и избавление от напряжения ($-0,57$). Шкала «позитивная переоценка» коррелирует с фактором СП: изменение себя, поиск нового опыта ($0,68$). В группе сравнения положительная связь была получена между шкалой принятия и восстановлением контроля над эмоциями ($0,67$). Корреляции между шкалой «позитивная перефокусировка» и факторами «воздействие на других» и «избавление от напряжения» имели отрицательные значения ($-0,68$ и $-0,69$ соответственно). Аналогичная связь была выявлена и между фокусированием на планировании и воздействием на других ($-0,67$).



Рис. 1. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами опросника когнитивной регуляции эмоций и факторами самоповреждения ($p < 0,05$)

Взаимосвязи между шкалами опросника когнитивной регуляции эмоций, способами самоповреждения и средним суммарным показателем самоповреждения представлены на рис. 2.

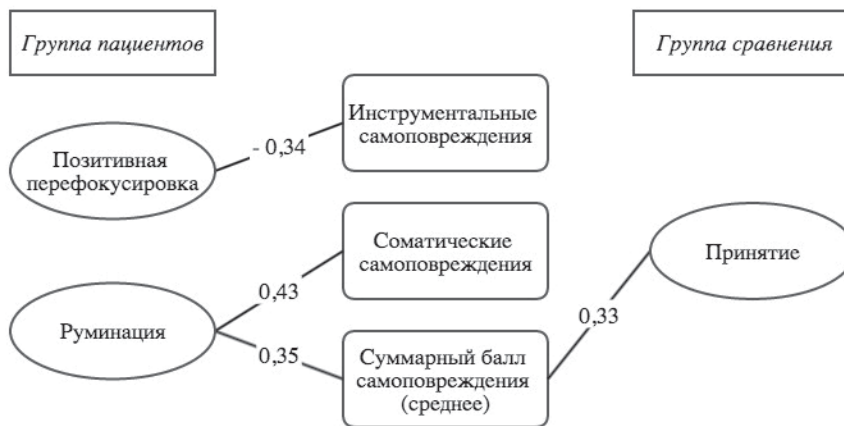
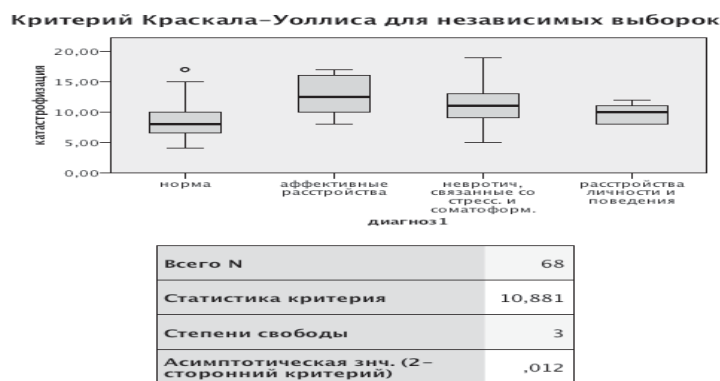


Рис. 2. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами опросника когнитивной регуляции эмоций, способами и суммарным показателем самоповреждения ($p < 0,05$)



В группе сравнения обнаружена связь суммарного балла по самоповреждениям со шкалой принятия (0,33). В группе пациентов выявлена взаимосвязь руминации с соматическими самоповреждениями (0,43) и суммарным баллом по самоповреждениям (0,35). Отрицательная корреляция выявлена между позитивной перефокусировкой и инструментальными самоповреждениями (-0,34).

По шкале катастрофизации были получены значимые различия (критерий Манна–Уитни) между клинической группой и группой сравнения ($p=0,002$; средний ранг в группе сравнения – 27,23, в группе пациентов – 42,21). С учетом распределения по нозологии были получены следующие показатели (критерий Краскала–Уоллиса): средний ранг в группе сравнения составил 27,23, в группе аффективных расстройств – 48,17, в группе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств – 41,95, а в группе пациентов с расстройствами личности и поведения – 36,2 (рис. 3).



1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

Рис. 3. Различия по шкале катастрофизации по нозологии ($p=0,01$)

Тест Лазаруса

По тесту Лазаруса исследовались взаимосвязи между шкалами теста и проявлениями СП (коэффициент Спирмена). В клинической группе были получены высокие, статистически значимые корреляции между шкалами «бегство-избегание», «положительная переоценка», «конфронтационный копинг», «принятие ответственности» и факторами СП: восстановление контроля над эмоциями, избавление от напряжения и воздействие на других (рис. 4).

В группе сравнения были обнаружены отрицательные корреляции между шкалой «планирование решения» и факторами «избавление от напряжения» (-0,94) и «воздействие на других» (-0,75).

По способу и суммарному показателю самоповреждения в группе пациентов были получены отрицательные корреляции между инструментальными самоповреждениями и поиском социальной поддержки (-0,75); положительной переоценкой и соматическими самоповреждениями (-0,71), суммарным баллом самоповреждения (-0,71). В группе сравнения была выявлена связь поиска социальной поддержки с соматическими самоповреждениями (0,78) и суммарным баллом самоповреждения (0,57) (рис. 5).



Рис. 4. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста Лазаруса и факторами самоповреждения ($p < 0,05$)

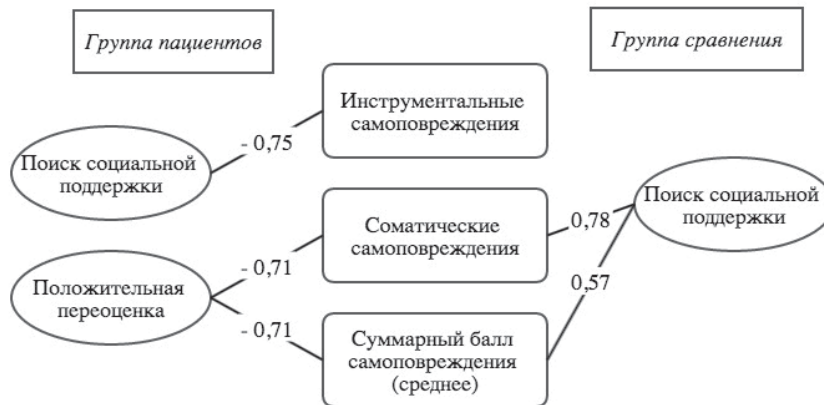
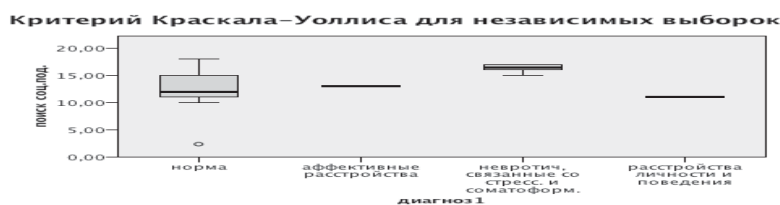


Рис. 5. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста Лазаруса, способами и суммарным показателем самоповреждения ($p < 0,05$)

Различия между группами по тесту Лазаруса были выявлены по одной шкале: поиск социальной поддержки ($p = 0,03$; средний ранг в клинической группе 15,38, в группе сравнения – 9,29). При уточнении нозологической группы с наиболее высокими показателями с помощью критерия Краскала–Уоллиса было определено, что наиболее высокий ранг – 17,92 – у группы пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, а наиболее низкий – 6,00 – у группы с расстройствами личности и поведения (рис. 6).

Тест ЭМИ

Значимый уровень корреляций между шкалами эмоционального интеллекта и показателями СП был выявлен только в клинической группе (рис. 7). Шкала «понимание эмоций» и субшкалы «управление чужими эмоциями» и «понимание своих эмоций» имеют высокие по значению отрицательные связи с факторами СП: восстановление контроля над эмоциями, избавление от напряжения, воздействие на других.



Всего N	22
Статистика критерия	8,491
Степени свободы	3
Асимптотическая знч. (2-сторонний критерий)	,037

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

Рис. 6. Различия по шкале поиск социальной поддержки по нозологии



Рис. 7. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами опросника ЭмИн и факторами самоповреждения ($p < 0,05$)

В группе сравнения были определены отрицательные корреляции между шкалами «межличностный эмоциональный интеллект», «управление эмоциями», субшкалами «управление своими эмоциями», «контроль экспрессии» и соматическими самоповреждениями, суммарным баллом самоповреждений (рис. 8). В клинической группе статистический уровень значимости был определен только между пониманием своих эмоций и соматическими самоповреждениями.

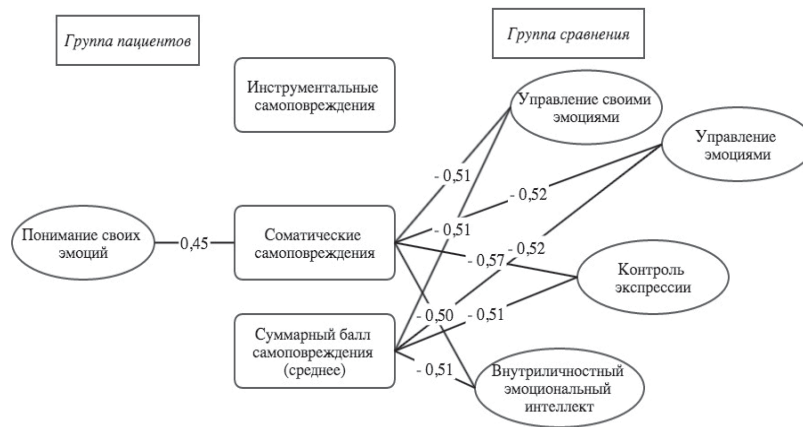


Рис. 8. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста ЭМИн, способами и суммарным показателем самоповреждения ($p < 0,05$)

Значимых межгрупповых различий по шкалам опросника выявлено не было. Однако разделение всей выборки по критерию наличие/отсутствие актов самоповреждения, позволило выявить различие по шкале «контроль экспрессии» ($p = 0,02$; средний ранг в подгруппе с самоповреждениями – 16,45, без самоповреждений – 25,33).

Аналогичная процедура по критерию наличие/отсутствие инструментальных и соматических самоповреждений показала различия по шкале «управления своими эмоциями» ($p = 0,44$; средний ранг у подгруппы с инструментальными самоповреждениями – 13,39, не имеющих подобные самоповреждения – 23,00) и по контролю экспрессии (в подгруппе с соматическими самоповреждениями средний ранг составил 16,42, в подгруппе без соматических самоповреждений – 24,59).

Обсуждение результатов

Результаты, полученные в ходе исследования, с одной стороны, хорошо интегрируются в современные представления о психологических механизмах СП в норме и при пограничных психических расстройствах, с другой стороны, раскрывают специфику регуляции эмоций в условиях пограничного функционирования личности.

Данные по частоте актов самоповреждения поддерживают точку зрения относительно распространенности СП, как в клинической, так и неклинической группах. Это вписывается в современные представления о самоповреждении как о часто встречающемся поведенческом феномене в разные периоды жизни человека, как в норме, так и при психических нарушениях (Меннингер, 2000; Favazza, 1996; Бек, Фримен, 2002; Nock, 2010; Glenn, Klonsky, 2013; Короленко, Шпикс, 2012; Gratz, Roemer, 2013; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, Svedin, 2013; Польская, 2015 и др.)

Различия между клинической и неклинической группами, которые были обнаружены в данном исследовании, касаются выраженности трех из четырех факторов самоповреждения (восстановление контроля над эмоциями, воздействие на других и избавление от напряжения). В клинической группе значения по этим факторам выше, чем в неклинической. Это означает, что для пациентов самоповреждение в большей степени связано с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения акты самоповреждения носят преимущественно реактивный (ситуативный) характер.



Самоповреждения у пациентов с пограничной патологией играют более психологически значимую роль: они регулируют эмоции, снимают эмоциональное напряжение. И этот регулятивный характер актов самоповреждения находит свое подтверждение при анализе результатов по другим методикам.

По опроснику когнитивной регуляции эмоций выраженность факторов СП поддерживается слабостью такой когнитивной стратегии, как планирование, что характеризуется трудностями определения возможных вариантов решения проблемы. В наибольшей степени проблемы планирования свойственны пациентам с пограничной патологией (особенно при расстройствах личности и поведения).

Положительные связи, обнаруженные в клинической группе между шкалой «позитивная переоценка и изменение себя», поиск нового опыта, поддерживают позицию, что СП – это способ избежать более радикальных действий суицидальной направленности (Меннингер, 2000).

Важными являются взаимосвязи, выявленные в группе пациентов, между шкалой руминации и соматическими самоповреждениями, а также суммарным баллом самоповреждения. Связи СП с руминацией подтверждаются и другими исследователями, как в клинической, так и в неклинической популяции (Hoff, Muehlenkamp, 2009; Voon, Hasking, Martin, 2014). И хотя, в нашем случае, значение связи невысокое, можно допустить, что оно возрастет при расширении выборки.

Руминация как повторение, возврат к одним и тем же мыслям близка соматическим самоповреждениям, которые в своих крайних вариантах выступают в форме стереотипных действий, а расчесывание кожи, обкусывание ногтей, выдергивание волос становятся практически неконтролируемыми формами навязчивого или стереотипного поведения. Исходя из представлений Германа Уиткина (G. Witkin) о соответствии защитных механизмов разным уровням дифференциации и интеграции, можно определить руминацию как в большей степени диффузную и слабо дифференцированную, как «неспециализированный способ психического функционирования» (Witkin, 1965, с. 322). Этим объясняется тот факт, что заведомо неэффективные, неадаптивные эмоции, мысли, действия вновь повторяются, тем не менее, они оказываются малодоступными для сознательной проработки и преодоления. Связь руминации с СП указывает на определенную неконтролируемость актов самоповреждения, что объясняется снижением уровня психологической дифференциации и это касается, прежде всего, дифференциации эмоций (Zaki, Coifman, Rafaeli, Berenson, Downey, 2013).

В группе сравнения интерес представляет связь между шкалой принятия и фактором СП – восстановление контроля над эмоциями, а также суммарным баллом самоповреждения. По всей видимости, это характеризует особенность СП при нормативном развитии – через самоповреждение происходит принятие болезненных переживаний и/или негативных сторон собственной личности.

Стратегия катастрофизации, по которой определены межгрупповые различия, является структурно близкой руминации – переживание глобальных негативных эмоций, которые воспринимаются как неконтролируемые, непреодолимые и повторяющиеся. Согласно полученным нами данным, в наибольшей степени катастрофизация свойственна пациентам с аффективными расстройствами. Это может быть объяснено нарушениями эмоциональной регуляции, а также гиперчувствительностью к неблагоприятным стимулам (Brown, Linehan, Comtois, Murray, Chapman, 2009; Linehan, 1993).



Результаты, полученные по тесту Лазаруса, уточняют описанную выше специфику взаимосвязи эмоциональной регуляции и СП. Раскрывается двойственный характер связи копингов с СП в клинической группе. С факторами самоповреждения взаимосвязаны как конструктивные копинги (принятие ответственности и положительная переоценка), так и неадаптивные (бегство-избегание и конфронтационный копинг). Исходя из этих данных, самоповреждение является и способом избегания высокоинтенсивных негативных эмоций, и способом конфронтации, противостояния внутренним переживаниям или внешним обстоятельствам. С другой стороны, связь факторов СП с конструктивными стратегиями показывает совладающий характер самого акта самоповреждения: как говорилось выше, преодолевается более разрушительная, суицидальная интенция, происходит ревизия, переоценка силы собственных эмоций, в результате чего снижается интенсивность эмоционального напряжения.

Отрицательная корреляция планирования решения с факторами СП, полученная в группе сравнения, соответствует нашим представлениям относительно реактивного, т. е. специально не планируемого, импульсивного характера самоповреждения при нормативном развитии (Польская, 2014b).

Таким образом, по стратегиям саморегуляции выявлена специфика СП в клинической группе и группе сравнения. В нормативной группе: самоповреждение – это способ внутриличностной интеграции и принятия негативных эмоциональных переживаний, связанных с текущим эмоциональным состоянием. В группе пациентов, самоповреждение – это способ совладания с высокоинтенсивными негативными эмоциями, имеющими персеверативный характер, с целью изменения устойчиво негативного эмоционального состояния. В клинической группе недостаток планирования входит в симптоматику пограничных расстройств, а в группе нормы может быть связан с реактивным типом самоповреждения (Польская, 2014b).

Результаты, полученные по шкалам эмоционального интеллекта, указывают на отрицательные связи между пониманием, управлением эмоциями и факторами СП: более низкие значения эмоционального интеллекта связаны с более высокими показателями по факторам СП. При этом акты самоповреждения (в данном случае, соматические самоповреждения) положительно коррелируют со шкалой «понимание своих эмоций», что может быть объяснено с позиций теорий психологической дифференциации (Werner, 1957; Witkin, 1965) как недостаточная дифференцированность эмоций и телесных ощущений и, как следствие этого, слабость интеграции между конструктами негативных эмоций и образа тела. Самоповреждение «усиливает» эмоцию, обеспечивая тем самым ее понимание личностью и одновременно является подтверждением этого понимания.

Обобщая эти данные, можно заключить, что в клинической группе самоповреждение связано с недостаточностью понимания эмоций, что находит свое выражение в трудностях оценки и релевантного реагирования на собственные переживания и эмоции других людей. В группе сравнения самоповреждение в большей мере связано с управлением и выражением эмоций (управление своими эмоциями, контроль экспрессии), что проявляется в поведенческих проблемах саморегуляции и, как говорилось выше, реактивном характере актов самоповреждения. Эти данные согласуются с исследованиями Ким Грац и ее коллег, в которых отмечаются связи частоты СП и таких нарушений эмоциональной регуляции, как принятие собственных эмоций и их осознание (Gratz K.L., Gunderson, 2006; Gratz K.L., Roemer, 2008).



Выводы

1. Акты самоповреждения наблюдаются как в клинических, так и неклинических группах. При этом у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждения в большей мере связаны с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения самоповреждения носят преимущественно реактивный (ситуативный) характер.

2. Такие стратегии когнитивной регуляции эмоций, как фокусировка на планировании, руминация и катастрофизация, могут рассматриваться в качестве психологических маркеров СП. Снижение способности к планированию, постоянное возвращение к болезненным переживаниям, глобализация проблемы – эти аспекты в наибольшей мере выражены в группе пациентов с пограничными психическими расстройствами.

3. У пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждение связано со снижением понимания эмоций, а в группе сравнения – с управлением эмоциями и их выражением.

4. Акт самоповреждения может выполнять антисуицидальную функцию и поддерживаться конструктивными стратегиями регуляции эмоций в структуре копинг-поведения или защитных механизмов личности.

Литература

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии. СПб: Питер, 2002. 544 с.
2. Короленко Ц. П., Штикс Т.А. Самоповреждающее и суицидное поведение у женщин с пограничной повреждающей психической организацией и пограничным личностным расстройством [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири. 2012. № 3. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716 (дата обращения: 10.08.2015).
3. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93–112.
4. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение у лиц с пограничным личностным расстройством (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 58–61.
5. Люсин Д.В. Опросник на эмоциональный интеллект ЭИИ: новые психометрические данные // Социальный и эмоциональный интеллект: от моделей к измерениям / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 264–278.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Россия. СПб: Адис, 1994.
7. Меннингер К. Война с самим собой. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 480 с.
8. Польская Н.А. Зависимость частоты и характера несуйцидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 97–109.
9. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014 а. № 2 (81). С. 140–152.
10. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени Бехтерева. 2011. № 2. С. 4–8.
11. Польская Н.А. Структура и функции самоповреждающего поведения // Психологический журнал. 2014б. Т. 35. № 2. С. 45–56.
12. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник психологии. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.
13. Чухутова Г.Л. Стереотипное и самоповреждающее поведение у детей с нарушениями в развитии // Современная зарубежная психология. 2013. Т. 2. № 4. С. 92–117.
14. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их тера-



- пии с позиций концепции психического дизонтогенеза // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. Вып. 1. С. 11–21.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 803–806.
 16. Brown M.Z., Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A., Chapman A.L. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis // Behav. Res. Ther. 2009. Т. 47. № 10. P. 815–822.
 17. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes // Brit J Psychiat. 1998. Vol. 172. P. 385–388.
 18. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.
 19. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients // J. Clin Child Adolesc Psychol. 2013. Т. 42. Vol. 4. P. 496–507.
 20. Gratz K.L., Gunderson J.G. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder // Behav. Ther. 2006. Т. 37. P. 25–35.
 21. Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university // Cogn. Behav. Ther. 2008. Т. 37. № August. С. 14–25.
 22. Horsfall J. Towards understanding some complex borderline behaviours // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 1999. Vol. 6. P. 425–432.
 23. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.
 24. Nock M.K. Self-injury // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2010. Т. 6. С. 339–363.
 25. Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E., Berenson K.R., Downey G. Emotion Differentiation as a Protective Factor Against Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder // Behavior Therapy. 2013. Т. 44. P. 529–540.
 26. Zetterqvist M., Lundh L., Dahlström Ö., Svedin K.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder // J. Abnorm. Child Psychol. 2013. Т. 41. P. 759–773.
 27. Voon D., Hasking P., Martin G. The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury // British Journal of Clinical Psychology. 2014. Т. 53. P. 95–113.
 28. Werner H. Comparative psychology of mental development. Rev. ed. N.Y: International Universities Press, 1957. 564 с.
 29. Witkin H.A. Psychological differentiation and forms of pathology // Journal of Abnormal Psychology. 1965. Vol. 70. № 5. P. 317–336.

SELF-INJURIOUS ACTS IN PATIENTS WITH BORDELINE PERSONALITY DISORDERS

POLSKAYA N.A. *, *Department of Psychology of Personality, Faculty of Psychology, Saratov State University, e-mail: polskayana@yandex.ru*

For citation:

Polskaya N.A. Self-injurious acts in patients with bordeline personality disorders. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 129–144 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080312

* *Polskaya N.A.* PhD (Philosophy), Associate Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Division for Psychology, L.S. Vygotsky Institute for Psychology, Russian State University for the Humanities. Moscow, Russia. E-mail: polskayana@yandex.ru



Results of the empirical study on the relation between emotion regulation factors and the peculiarity of self-injurious behavior in clinical and nonclinical groups are reported. Participants of the research (N=68) comprised two groups: inpatients with borderline personality disorders (N=33; M=44,9, SD=10,8) and control group (N=35; M=39,3, SD=11,2). Methods: the scale of reasons for self-injurious behavior (Pol'skaya, 2014), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2002, Rasskazova et al., 2011), the Ways of Coping Questionnaire (Lazarus, Folkman, 1988, Kryukova, Kuftiyak, 2004) and Emotional Intelligence questionnaire (Lyusin, 2009). Conclusion: 1) self-injuries are observed both in clinical and nonclinical group; in patients with borderline personality disorders they are related to a certain mental state and/or a wish to change it, whereas in control group self-injuries possess a reactive character; 2) such strategies of cognitive emotion regulation as decreased ability to plan, rumination and catastrophizing, can be regarded as markers of self-injurious behavior; 3) self-injury in patients with borderline personality disorders is related to decreased understanding of emotion, whereas in control group it is related to emotion management and expression; 4) self-injury can execute antisuicidal function and be reinforced by constructive strategies of emotion regulation in the structure of coping behavior or defense mechanisms.

Keywords: self-injurious behavior, borderline personality disorder, emotional intelligence, cognitive emotion regulation, coping strategies.

References

1. Bek A., Frimen A. *Kognitivnaya psikhoterapiya rasstrojstv lichnosti. Praktikum po psikhoterapii* [Cognitive therapy of personality disorders. Workshop on psychotherapy]. SPb: Piter, 2002. 544 s.
2. Korolenko Ts. P., Shpiks T. A. Samopovrezhdayushhee i suitsidnoe povedenie u zhenshhin s pograničnoj povrezhdayushhej psikhicheskoj organizatsiej i pograničnym lichnostnym rasstrojstvom [Self-harm and suicidal behavior in women with borderline damaging mental organization and borderline personality disorder]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri* [Health and education in Siberia], 2012, no. 3. http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716 (access date 10.08.2015)
3. Kryukova T.L., Kuftiyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [Questionnaire methods of coping (adaptation techniques WCQ)]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of Practical Psychology], 2007, no. 3, pp. 93–112.
4. Lasovskaya T.Yu. Samopovrezhdayushhee povedenie u lits s pograničnym lichnostnym rasstrojstvom (obzor literatury) [Self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder (review)]. *Sibirskij vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian bulletin of Psychiatry and Addiction], 2011, no. 6, pp. 58-61.
5. Lyusin D.V. Oprosnik na ehmtsional'nyj intellekt EmIn: novye psikhometricheskie dannye [Questionnaire on emotional intelligence EmIn: new psychometric data]. In D.V. Lyusin, D.V. Ushakov (eds.), *Sotsial'nyj i ehmtsional'nyj intellekt: ot modelej k izmereniyam* [The social and emotional intelligence, models for measurement]. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2009, pp. 264–278.
6. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10-j peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike.* [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines]. World Health Organization. Rossiya. SPb: Adis, 1994.
7. Menninger K. *Vojna s samim soboj* [War with the self]. Moscow: EKSMO-Press, 2000.
8. Pol'skaya N.A. Zavisimost' chastoty i kharaktera nesuitsidal'nykh samopovrezhdenij ot pola i vozrasta (v neklinicheskoj populyatsii) [The frequency and nature of nesuitsidalnyh self-harm by age and gender (in the non-clinical population)]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2015, no. 1, pp. 97–109.
9. Pol'skaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons for self-harm in young adulthood (based on self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and psychotherapy], 2014a, no. 2 (81), pp. 140–152.
10. Pol'skaya N.A. Samopovrezhdayushhee povedenie v klinicheskoj praktike [Self-injurious behavior in clinical practice]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni Bekhtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology named after Bekhterev], 2011, no. 2, pp. 4–8.
11. Pol'skaya N.A. Struktura i funktsii samopovrezhdayushhego povedeniya [Structure and function of self-injurious behavior]. *Psikhologicheskij zhurnal* [Psychological Journal], 2014b, vol. 35, no. 2, pp. 45–56.
12. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka russkoyazychnoj versii oprosnika kognitivnoj



- regulyatsii ehmtotsij [The development of the Russian version of the questionnaire cognitive emotion regulation]. *Vestnik psikhologii. Seriya 14. Psikhologiya [Journal of Psychology. Series 14. Psychology]*, 2011, no. 4, pp. 161–179.
13. Chukhutova G.L. Stereotipnoe i samopovrezhdayushhee povedenie u detej s narusheniyami v razvitanii [Stereotypical and self-injurious behavior in children with developmental disorders]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Modern foreign psychology]*, 2013, vol. 2, no. 4, pp. 92–117.
14. Shevchenko Yu.S. Patologicheskie privychnye dejstviya u detej i podrostkov i printsipy ikh terapii s pozitsij kontseptsii psikhicheskogo dizontogeneza [Pathological habitual actions in children and adolescents and the principles of their treatment from the point of conception of mental dizontogeneza]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 1992, vol. 2, no. 1, pp. 11–21.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 803–806.
16. Brown M.Z., Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A., Chapman A.L. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behav. Res. Ther.*, 2009, vol. 47, no. 10, pp. 815–822.
17. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes. *Brit J Psychiat.*, 1998, vol. 172, pp. 385–388.
18. Favazza A.R. *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry*. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.
19. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 2013, vol. 42, no. 4, pp. 496–507.
20. Gratz K.L., Gunderson J.G. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behav. Ther.*, 2006, vol. 37, pp. 25–35.
21. Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cogn. Behav. Ther.*, 2008, vol. 37, August, pp. 14–25.
22. Horsfall J. Towards understanding some complex borderline behaviours. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999, vol. 6, pp. 425–432.
23. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, 1993.
24. Nock M.K. Self-injury. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2010, vol. 6, pp. 339–363.
25. Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E., Berenson K.R., Downey G. Emotion Differentiation as a Protective Factor Against Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 2013, vol. 44, pp. 529–540.
26. Zetterqvist M., Lundh L., Dahlström ., Svedin K.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 2013, vol. 41, pp. 759–773.
27. Voon D., Hasking P., Martin G. The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014, vol. 53, pp. 95–113.
28. Werner H. *Comparative psychology of mental development*. Rev. ed. NY: International Universities Press, 1957. 564 c.
29. Witkin H. A. Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, vol. 70, no. 5, pp. 317–336.