

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. (ФГБНУ
«Научный центр психического здоровья», Москва, Россия)
enikolopov@mail.ru, medvedeva.ti@gmail.com, okvorontsova@inbox.ru,
kazminaolga@mail.ru*

Ներկայացման ամս.՝ 09.08.2019

գրախոսման ամս.՝ 12.08.2019

ընդամենը ընդունման ամս.՝ 17.09.2019

В статье приводятся результаты анализа психологических особенностей больных депрессией с самоповреждающим поведением. В исследовании приняли участие 42 больных депрессией, их них 23 - с самоповреждениями. Использовались методики: Висконсинский тест сортировки карточек, Игровая задача (IGT), Тест ИмPLICITных Ассоциаций (IAT), опросник SCL-90-R, шкала Гамильтона, Опросник самооценки Розенберга, Опросник «Отношение к телу» (BIS). Показано, что в группе с самоповреждениями: повышены показатели суицидального риска; менее выражена моторная и идеаторная заторможенность, при этом аффективная составляющая выражена значимо больше; повышенная сенситивность может являться фактором уязвимости к переживанию острой душевной боли; уменьшена значимость телесных симптомов с элементами отчуждения от собственных телесных переживаний.

Ключевые слова: депрессия, самоповреждения, суицидальный риск, отношение к телу, имплицитные ассоциации, IAT.

По данным ряда исследований показатели самоповреждающего поведения последнее время увеличиваются [7], также растет число депрессий, протекающих с явлениями аутоагрессии, что проявляется как истинными суицидальными попытками, так и несмертельными формами саморазрушающего поведения. Изучение психологических особенностей людей, совершающих акты самоповреждающего поведения очень важно, так как часто именно этот контингент пациентов совершают суицидальные попытки, в том числе завершённые [2]. Во многих исследованиях несуицидальные самоповреждения рассматриваются в качестве предикторов суицидального риска, «входных ворот в суицид» [9].

Среди факторов риска самоповреждающего поведения отмечаются: наличие психической патологии, в том числе депрессивной симптоматики, наличие суицидальных идей, снижение самооценки, неудовлетворенность собственным телом, чувство безнадежности, уровень дистресса, отсутствие социальной поддержки, нарушение эмоциональной регуляции. Почти все эти факторы в той

или иной степени выражены при депрессивных состояниях. Однако далеко не все больные депрессией совершают акты самоповреждения. Важно уметь выделить факторы, отличающие группу депрессивных больных без самоповреждающего поведения, от больных депрессией с самоповреждающим поведением.

Факторы риска часто оцениваются с помощью интервью или опросников, однако испытуемые не всегда дают честные ответы на прямые вопросы, не всегда могут или хотят адекватно оценить свое состояние. Существуют методы, позволяющие оценить имплицитное отношение к тому или иному явлению или состоянию, среди которых проективные методики, оценка прайминг-эффекта. Кроме того, помимо прямых факторов риска существует ряд косвенных факторов, среди которых специфическое отношение к собственному телу, измененное отношение к боли, потеря перспективы будущего [5], отсутствие ощущения себя «творцом своего будущего».

Целью исследования было выявление психологических особенностей больных депрессией с самоповреждающим поведением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 42 больных, отвечающих диагностическим критериям рубрик F 31-33 по МКБ-10. Все больные были женщины, праворукие, в возрасте от 16 до 25 лет. Из них у 23 в анамнезе были эпизоды самоповреждающего поведения, 19 больных – без самоповреждающего поведения.

Все испытуемые выполнили методики:

Висконсинский тест сортировки карточек (WCST - Wisconsin Card Sorting Test) (Computer Version – 2 Research Edition by Robert K. Heaton). Используется исполнительных функций.

Игровую задачу (IGT- Iowa Gambling Task). Методика оценивает способность к эмоциональному научению.

Модифицированный *Тест Имплицитных Ассоциаций* (IAT- Implicit Associations Test). В модифицированной версии IAT испытуемые сортировали стимульные слова, представляющие объекты из категорий «Смерть» и «Жизнь» и атрибуты, связанные с самим испытуемым – категории «Я» и «Не Я» [1]. Для каждого испытуемого вычислялся *IAT-эффект*. Положительные значения *IAT-эффекта* отражают более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и «Я»), отрицательные значения *IAT-эффекта* показывают более сильную ассоциацию себя с жизнью.

Симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised). Опросник *SCL-90-R* включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал, в том числе: депрессии, тревожности, враждебности, а также индекс тяжести состояния, индекс тяжести наличного дистресса и число беспокоящих пациента симптомов.

Была заполнена шкала Гамильтона для депрессии (*HDRS-17*). Учитывались значения не только общей суммы баллов шкалы *HDRS-17*, но отдельно шкалы и сумма баллов кластеров собственно депрессии (сумма баллов по пунктам 1, 2, 3, 7 и 8 шкалы *HDRS-17*) и тревоги (сумма баллов по пунктам 9, 10 и 11 шкалы *HDRS-17*) и соматизации (сумма баллов по пунктам 12, 13 и 14 шкалы *HDRS-17*).

Опросник самооценки Розенберга.

Опросник «Отношение к телу» BIS (Body Investment Scale) [8] (опросник не адаптирован для русскоязычной выборки, пункты опросника переведены нами на русский, в статье изложены предварительные результаты), опросник содержит 4 шкалы: «Образ тела», «Прикосновения», «Забота», «Защита», и считается общая суммарная шкала (*BIS_общий*).

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета программ SPSS.

Результаты. При самоповреждениях (группа «самоповреждения») отмечаются более высокие характеристики динамики деятельности. Когнитивные методики (*WCST*, *IGT*) группа с самоповреждающим поведением делает значимо быстрее (табл. 1). Другие показатели этих методик статистически значимо не различаются, за исключением проявлений импульсивности в Висконсинском тесте сортировки карточек (*WCST*), в группе с самоповреждениями выше показатель «потери серий» (отличия на уровне статистической тенденции).

Таблица 1.

Сравнение выполнения WCST, IGT, шкалы Гамильтона группами с самоповреждениями и без самоповреждений

параметры	без самоповреждений	самоповреждения	значимость различий
<i>IGT, WCST</i>			
<i>IGT_общее время</i>	289162,39±105228,44	191140,72±53190,98	0,000
<i>WCST_общее время</i>	384519,10±156038,76	261345,61±78818,26	0,004
<i>WCST_потери серий</i>	1,29±1,59	2,17±1,89	0,061
<i>Шкала Гамильтона</i>			
<i>чувство вины</i>	1,05±1,17	2,35±1,03	0,000
<i>суицидальные намерения</i>	0,68±1,25	3,13±1,01	0,000
<i>деперсонализация</i>	1,26±1,33	2,22±0,90	0,009
<i>параноидные симптомы</i>	0,26±0,56	1,26±0,96	0,000
<i>обсесс_компульс_симптомы</i>	0,53±0,70	1,26±0,75	0,002
<i>соматизация</i>	2,32±1,21	1,30±1,22	0,008

По шкале Гамильтона, больные с самоповреждениями отличаются более высокими показателями по шкалам «чувство вины», «деперсонализация»,

«параноидные симптомы», «обсессивно – компульсивные симптомы» (табл. 1). У них значимы выше показатели «суицидальных намерений». При этом в группе с самоповреждениями значимо ниже показатели соматических симптомов: «общих соматических симптомов», «генитальных симптомов», «соматической тревоги». Суммарный «соматический» показатель отличается в группах на уровне $p < 0,01$, и отражает меньшую озабоченность телесными проявлениями при самоповреждениях.

В симптоматическом опроснике SCL-90 больные с самоповреждениями демонстрируют более высокие показатели «сенситивности» и более высокие показатели «враждебности» (табл. 2).

Отдельные сопоставления по вопросам, касающимся будущего и мыслей о суициде, показывает, что при самоповреждениях чаще будущее представляется безнадежным (отличия на уровне статистической тенденции), и значимо чаще возникают мысли о суициде.

Таблица 2.

Сравнение выполнения SCL-90, IAT, опросника «Отношение к телу», шкалы Розенберга группами с самоповреждениями и без самоповреждений

параметры	без самоповреждений	самоповреждения	значимость различий
SCL-90			
Сенситивность	1,16±0,55	1,90±0,98	0,003
Враждебность	0,71±0,71	1,19±0,88	0,048
будущее_безнадежно	1,57±1,24	2,04±1,40	0,082
мысли о суициде	0,48±0,99	1,39±1,62	0,026
IAT			
IAT_D	-0,21±0,22	-0,06±0,22	0,049
Отношение к телу, шкала Розенберга			
BIS_образ тела	4,23±0,61	3,17±1,20	0,080
BIS_защита	4,27±0,93	2,78±0,69	0,002
BIS_общий	4,03±0,45	3,23±0,40	0,002
Розенберг_самоуважение	33,00±4,47	21,92±3,70	0,000

Повышенный суицидальный риск в группе с самоповреждениями подтверждается результатами теста модифицированного теста имплицитных предпочтений (IAT) (табл. 2).

Предварительные результаты по новой методике «Отношение к телу», которая широко используется в исследованиях, но в России пока не адаптирована, показывают пониженные показатели по общей шкале и самое значительное

снижение по подшкале «защита», на уровне статистической тенденции отмечается снижение по шкале «образ тела» (табл. 2).

В шкале Розенберга значимое снижение «самоуважения» при самоповреждениях.

Обсуждение. Суицидальный риск. У больных с самоповреждениями врачи видят более высокий риск суицида (шкала Гамильтона), о выраженных мыслях о суициде говорят и сами больные (SCL), это же подтверждается тестом имплицитных предпочтений (IAT), который показывает более выраженную ассоциативную связь себя со «смертью». Повышенный суицидальный риск при самоповреждениях подтвержден множеством исследований.

Повышенный темп деятельности при проявлениях импульсивности. При самоповреждениях повышенный темп деятельности проявляется при выполнении когнитивных методик WSCT и IGT. То есть у больных с самоповреждениями, менее выражен симптом моторной и идеаторной заторможенности, в общем случае свойственный для депрессии. Интересно, что даже выраженные обсессивно – компульсивные симптомы, предполагающие проявления ригидности, не сказываются на качестве выполнения Висконсинского теста (не увеличен процент персевераторных ошибок в WCST). При этом аффективная составляющая депрессивной триады выражена значимо больше (вина в шкале Гамильтона), снижение самоуважения (шкала Розенберга), так же, как и суицидальные намерения (шкала Гамильтона, SCL и IAT). Рассогласование компонентов депрессивной триады рассматривается во врачебной практике, как предиктор суицидального риска [4].

Можно отметить, что у больных с самоповреждениями в нашем исследовании не выявлено ухудшения выполнения Игровой задачи (IGT). Такое ухудшение отмечается у больных с суицидальными попытками в анамнезе [3], во многих исследованиях обнаружены нейрофизиологические особенности обывденного функционирования разных областей коры головного мозга у людей, имеющих опыт суицидальных попыток, что проявляется в склонности к рисковому поведению. Таким образом, больные депрессией с самоповреждающим поведением занимают промежуточное положение между группой депрессии без самоповреждений и больными с суицидальными попытками - у них выраженные суицидальные идеи, но пока не проявляется нарушение в принятии решений, основанных на прошлом эмоциональном опыте (IGT).

Выраженность клинических симптомов. В группе больных с самоповреждениями более выражены клинические симптомы (шкала Гамильтона): «чувство вины», «деперсонализация», «параноидные симптомы», «обсессивно-компульсивные симптомы». По методике SCL повышены «сенситивность» и «враждебность», переживание «безнадежности будущего». Повышенная сенситивность в ряде исследований самоповреждающего поведения рассматривается как причина острой душевной боли, связанной с изменениями в оценках значимости информации, в

чувствительности к социальному отвержению, а также в более сильном ответе на негативные эмоциональные состояния других людей [10], и самоповреждающее поведение может рассматриваться, как попытка справиться с этой острой душевной болью.

Выбор самоповреждения как способа совладания с психическим неблагополучием может быть связан с особым отношением к своему телу. В нашем исследовании отмечено снижение проявления соматических симптомов при повышении явлений деперсонализации (шкала Гамильтона). Снижены показатели параметра «Защиты» собственного тела и в целом отношения к телу (опросник «Отношение к телу»). Уменьшение значимости телесных симптомов может быть связано с элементами отчуждения от собственных телесных переживаний, от тела в целом. У больных снижено ощущение ценности собственного тела, игнорируется необходимость его защиты, при этом тело используется как инструмент решения психологических проблем. Объектом повышенной враждебности у этих больных, является их собственное тело.

Одним из факторов, влияющих на уменьшение значимости телесных симптомов, может быть тот факт, что у людей, склонных к самоповреждающему поведению изменено восприятие боли. Так в исследовании [6] показано, что при самоповреждающем поведении повышен болевой порог и увеличена длительность периода, в течение которого испытуемый может выдерживать боль.

Подшкала «защита» включает вопросы: *«Мне нравится делать что-то опасное»; «Я не боюсь заниматься опасными делами»; «Когда я получаю травму, я немедленно забочусь о ране»; «Я смотрю в обе стороны, прежде чем перейти улицу»; «Иногда я намеренно травмирую себя»; «Я забочусь о себе всякий раз, когда чувствую признаки болезни».* Сравнение с группой нормы в данном исследовании не проводилось, в литературе для группы нормы предлагаются показатели для опросника «Отношение к телу» для подшкалы «Защиты» значение 3,69 (в нашем исследовании при самоповреждениях 2,78), для общей шкалы - 3,60 (в нашем исследовании при самоповреждениях 3,23).

Отметим, что среди вопросов шкалы «Защиты» есть вопрос, напрямую связанный с самоповреждениями: *«Иногда я намеренно травмирую себя».* Была посчитана корреляция выраженности согласия с этим утверждением с параметрами SCL (враждебность –коэффициент корреляции Спирмена - ,371^{*}; общий индекс тяжести - ,373^{*} ; индекс тяжести наличного дистресса -,427^{*} ; мысли о суициде - ,394^{*}; мысли о смерти - ,460^{**}), IAT (,444^{*}), шкалы Розенберга (-,447^{*}), чувство вины (из шкалы Гамильтона) (,486^{*}). Наличие статистически значимых корреляций позволяет нам сделать предварительные выводы о возможности использования после адаптации опросника «Отношение к телу» для диагностики факторов риска самоповреждающего поведения.

Выводы

- У больных депрессией с самоповреждениями повышены показатели суицидального риска.
- Выявлено рассогласование выраженности компонентов депрессивной тилады: менее выражена моторная и идеаторная заторможенность, при этом аффективная составляющая выражена значимо больше.
- Повышенная сенситивность может являться фактором уязвимости к переживанию острой душевной боли, связанной с изменениями в оценках значимости информации, в чувствительности к социальному отвержению
- Уменьшена значимость телесных симптомов с элементами отчуждения от собственных телесных переживаний. Снижено ощущение ценности собственного тела, игнорируется необходимость его защиты.
- Лучшее понимание психологических особенностей больных с самоповреждениями даёт возможность более точного выбора мишеней для терапевтических воздействий.

Литература

1. **Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Казьмина О.Ю.** et al. Моральные суждения и имплицитное отношение к смерти при суицидальном риске // Суицидология. 2018. Vol. 1. no. 30. pp. 44-52.
2. **Крылова Е., Бебуришвли А., Каледа В.** Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением // Суицидология. 2019. Vol. 10. no. 1. pp. 48-57.
3. **Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н.** et al. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность//Психологические исследования. 2016. Vol. 9. no. 46. pp. 3.
4. **Морозов В.М.** Избранные труды. Москва: Media Medica, 2007. 285 с
5. **Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н.** Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки // Медицинская психология в России. 2013. no. 2. pp. 12.
6. **Hooley J.M., Ho D.T., Slater J.** et al. Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation // Personal Disord. 2010. Vol. 1. no. 3. pp. 170-9. doi: 10.1037/a0020106.
7. **Olfson M., Gameroff M.J., Marcus S.C.** et al. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm // Arch Gen Psychiatry. 2005. Vol. 62. no. 10. pp. 1122-8. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1122.
8. **Orbach I., Mikulincer M.** The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale // Psychological Assessment. 1998. Vol. 10. no. 4. pp. 415-425. doi: 10.1037/1040-3590.10.4.415.

9. **Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J.** et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults // J Adolesc Health. 2013. Vol. 52. no. 4. pp. 486-92. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010.
10. **Turecki G., Ernst C., Jollant F.** et al. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior // Trends Neurosci. 2012. Vol. 35. no. 1. pp. 14-23. DOI: 10.1016/j.tins.2011.11.008.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SELF-HARMING BEHAVIOR IN YOUTH DEPRESSIONS

*Enikopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Kazmina O.Yu.
(MHRC, Moscow, Russia)*

The article presents the results of the analysis of psychological features of depression patients with self-injury. The study involved 42 patients with depression, 23 of them with self-injury. The methods used include: Wisconsin Card Sorting Test, Iowa Gambling Task (IGT), Implicit Associations Test (IAT), SCL-90-R, Hamilton Depression Rating Scale, Rosenberg self-esteem scale, Body Investment Scale (BIS). It was shown that suicidal risk parameters were elevated for the group with self-injury; motor and ideator inhibition was less pronounced, while the affective component was significantly more pronounced; higher sensitivity may cause vulnerability to experiencing acute mental pain; significance of bodily symptoms was reduced with elements of body experience dissociation.

Keywords: *depression, self-injury, suicidal risk, body investment, implicit associations, IAT.*