

Медведева Т.И.¹, Ениколопов С.Н.¹, Воронцова О.Ю.¹, Казьмина О.Ю.¹ Психологические особенности женщин с депрессией и самоповреждающим поведением

Medvedeva T.I.¹, Enikolopov S.N.¹, Vorontsova O.Yu.¹, Kazmina O.Yu.¹ Psychological characteristics of women with depression and self-harming behavior

¹ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Приводятся результаты анализа психологических особенностей женщин, больных депрессией с самоповреждающим поведением, их отличия от больных депрессией без самоповреждений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 62 пациентки в возрасте от 16 до 25 лет, страдающие эндогенной депрессией. У 36 пациенток в анамнезе были эпизоды самоповреждающего поведения, у 26 они отсутствовали. Все пациентки были обследованы по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-17). Использовались методики: Висконсинский тест сортировки карточек, Игровая задача Айова (IGT), Тест имплицитных ассоциаций (IAT), опросник SCL-90-R, Опросник самоуважения Розенберга, опросник «Отношение к телу» (BIS).

Результаты. В результате исследования выявлены психологические особенности, которые отличают группу больных депрессией женщин с самоповреждающим поведением от больных депрессией без самоповреждающего поведения. В группе с самоповреждениями выявлено рассогласование выраженности компонентов депрессивной триады: менее выражена моторная и идеаторная заторможенность, при этом аффективная составляющая выражена значительно больше, чем в группе больных депрессией без самоповреждений. Показано, что в группе с самоповреждающим поведением уменьшена значимость телесных симптомов. Снижено ощущение ценности собственного тела, игнорируется необходимость его защиты. Подтверждены результаты многих других исследований, свидетельствующие о том, что у больных депрессией с самоповреждениями повышены показатели суицидального риска, снижено самоуважение, высокое чувство вины, а повышенная сенситивность, характерная для этих больных, может являться фактором уязвимости. Лучшее понимание психологических особенностей больных с самоповреждениями дает возможность более точного выбора мишеней для терапевтических воздействий.

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

По данным ряда исследований, показатели самоповреждающего поведения в последнее время увеличиваются [Olfson et al., 2005]. Уровень самоповреждения сильно различается в разных странах, в западных странах 5–9% подростков сообщают, что у них были эпизоды самоповреждающего поведения в течение предыдущего года [Skegg, 2005].

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, имеет большое значение, так как часто именно этот контингент пациентов совершают суицидальные попытки, в т.ч. завершённые [Крылова и др., 2019; Joiner, 2009; Kumar et al., 2004; Mars et al., 2019]. Во многих исследованиях несуйцидальные самоповреждения рассматриваются в качестве предикторов суицидального риска, «входных ворот в суицид» [Whitlock et al., 2013]. В работе [Cooper et al., 2005] подчеркивается, что самый высокий риск суицида – в первые 6 месяцев после эпизода самоповреждающего поведения, но этот риск сохраняется в течение многих десятилетий.

Среди факторов риска самоповреждающего поведения отмечаются: наличие психической патологии, в т.ч. депрессивной симптоматики [Крылова и др., 2019; Polk, Liss, 2007], наличие суицидальных идей, снижение самооценки, неудовлетворенность собственным телом [Orbach, Mikulincer, 1998], чувство безнадежности, уровень дистресса, отсутствие социальной поддержки, нарушение эмоциональной регуляции [Brausch, Gutierrez, 2010]. 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. Так, на риск самоповреждающего поведения могут влиять такие психологические аспекты, как гнев и враждебность по отношению к другим или к себе; чувство покинутости, вины или отчаяния.

В исследованиях установлена связь между негативными эмоциональными установками и несуйцидальным поведением с преднамеренным самоповреждением [Абрамова и др., 2018; Gratz, Roemer, 2008; Hendin, 1991; Muehlenkamp, 2005]. Эмоциональное отторжение в детстве, неспособность адекватно выразить свои эмоции в группе с самоповреждениями могут говорить о том, что эти люди не получали адекватную эмоциональную поддержку и в настоящее время имеют высокий уровень негативного аффекта, которого они пытаются избежать [Polk, Liss, 2007].

Исследований, в которых сравниваются психологические особенности различных групп с депрессивным расстройством, не очень много. Так, сравнение групп больных с самоповреждениями с различными диагнозами аффективного спектра, такими как биполярное и униполярное депрессивное расстройство, показывает, что частота самоповреждений связана с более высокими показателями импульсивности в группе с биполярным расстройством, и в обеих группах – с более высоким невротизмом, нарушением эмоциональной регуляции [Weintraub et al., 2017]. Более высокие показатели импульсивности при суицидальном риске при биполярном расстройстве отмечены и в исследовании [Watkins, Meyer, 2013].

В исследовании [Eric et al., 2017] анализируется связь черт темперамента и суицидального риска. Показано, что комбинация высокого «избегания опасности» и низкой «самонаправленности» могут быть специфичными для депрессивного эпизода. А сочетание высокого «избегания опасности», «поиска новизны» и «самосовершенствования» с низкой

«самонаправленностью» может быть связано с суицидальным риском.

Отмечаются сложности в принятии решений [Jollant et al., 2005; Williams, Pollock, 2000], потеря перспективы будущего, отсутствие ощущения себя «творцом своего будущего» [Чистопольская, Ениколопов, 2013].

В отношении гендерных различий в частоте самоповреждающего поведения данные противоречивы. Некоторые исследователи указывают, что самоповреждения чаще совершаются женщинами, но другие объясняют это тем, что женщины чаще оказываются с такой симптоматикой в лечебных учреждениях, и связывают это с другими факторами, такими как подавленное настроение, нарушения пищевого поведения и проблемы в романтических отношениях. И показывают, что самоповреждения распространены среди обоих полов [Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003].

Психологические особенности самоповреждающего поведения часто исследуются с помощью интервью или опросников [Абрамова и др., 2018; Польская, 2017]. Однако испытуемые, особенно в клинике, 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, семантический дифференциал [Казьмина и др., 2014]. В нашем исследовании помимо опросников использовался модифицированный Тест имплицитных ассоциаций (ИАТ), предложенный Greenwald [Greenwald et al., 2003] и основанный на прайминг-эффекте, позволяющий оценить ассоциативную связь себя самого со смертью. Кроме того, использовались компьютерные методики, свободные от преднамеренного искажения результатов испытуемыми.

Целью исследования было выявление психологических особенностей женщин, больных депрессией с самоповреждающим поведением, их отличие от женщин с депрессией без самоповреждений.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 62 пациентки в возрасте от 16 до 25 лет, страдающие эндогенной депрессией. У 36 пациенток в анамнезе были эпизоды самоповреждающего поведения, у 26 они отсутствовали. Пациентки находились на стационарном лечении в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ. Эндогенные депрессивные расстройства относились к следующим диагностическим рубрикам: биполярное аффективное расстройство (F31.4-F31.5), циклотимия (F34.0), шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-F.21.4+F33.2) и расстройство личности с биполярными фазами (F60.X). Группы «с самоповреждениями» и «без самоповреждений» статистически не различались по социодемографическим показателям.

Все пациенты были обследованы по шкале Гамильтона для оценки 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*), 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*). По степени выраженности депрессии группы статистически не различались (средние значения 20,6 и 21,7 для группы без самоповреждений и группы с самоповреждениями соответственно).

Все испытуемые выполнили следующие методики.

Висконсинский тест сортировки карточек (WCST – Wisconsin Card Sorting Test) (Computer Version – 2 Research Edition by Robert K. Heaton). 128 карточек, которые нужно сортировать либо по цвету, либо по форме элементов, либо по количеству элементов [Heaton, 2003]. Используется для оценки исполнительных функций.

Игровая задача Айова (IGT-Iowa Gambling Task) [Медведева и др., 2013; Bechara et al., 1994]. В компьютерной методике участнику предлагаются на экране 4 колоды карт, нужно последовательно делать выбор из любой колоды. В двух колодах карточки высокого риска – они дают высокие выплаты (100), но и редкие разорительные штрафы (1250) и поэтому долговременный проигрыш, две другие колоды дают небольшие выплаты (50) и небольшие штрафы, но в целом долговременный выигрыш. Методика оценивает способность к эмоциональному научению, способность принимать решения в неопределенных ситуациях. Кроме того, для оценки использовалась модель «Ожидание – результат» (Expectancy – valence, или EV) [Bussemeyer, Stout, 2002; Yechiam et al., 2005]. В модели вводятся параметры для вероятностного моделирования принятия решений: attention-lost – «внимание к выигрышу-проигрышу» (в некоторых работах этот параметр называется «мотивация»); learning – «научение – забывание» – память о прошлом по сравнению с настоящим (большие значения соответствуют быстрым изменениям в поведении, короткой ассоциативной памяти и быстрому забыванию); response choice consistency, «импульсивность – детерминированность» – постоянство выбора. На основе этих параметров в модели вычисляется вероятность каждого следующего хода. При этом учитывается коэффициент импульсивности, который определяется по результатам всех испытаний и не меняется со временем. При помощи функции fmincon из системы Matlab 7 находятся значения параметров, максимизирующих функцию правдоподобия, вычисляемую по результатам всех ходов в отдельном испытании.

Модифицированный *Тест имплицитных ассоциаций* IAT (Implicit Associations Test). Это компьютерная методика, 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» [Ениколопов и др., 2018]. Для каждого испытуемого вычислялся *IAT-эффект* (в работе A.G. Greenwald он называется *Dscore*) [Greenwald et al., 2003]. 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) [Тарабрина, 2001; Derogatis, Savitz, 2000]. 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. Отдельно оценивалась выраженность таких симптомов, как «мысли о смерти», «мысли о суициде» и «ощущение, что будущее безнадежно».

Опросник самоуважения Розенберга [Rosenberg, 1965].

Опросник «Отношение к телу» BIS (Body Investment Scale) [Orbach, Mikulincer, 1998] (опросник не адаптирован для русскоязычной выборки, пункты опросника переведены нами на русский, в статье изложены предварительные результаты), опросник состоит из 24 вопросов, содержит 4 подшкалы: «Образ тела» (Feeling), «Прикосновения» (Touch), «Забота» (Care), «Защита» (Protection), и считается показателем по общей суммарной шкале (BIS,

общий балл). Подшкала «Образ тела» отражает чувства по отношению к образу своего тела, включает вопросы типа: *Мне нравится моя внешность, несмотря на мои недостатки; Я чувствую себя комфортно в своем теле.* Подшкала «Прикосновения» отражает комфорт от физического контакта, содержит вопросы типа: *Объятия близкого мне человека могут меня успокоить; Мне неловко, когда люди слишком близко подходят ко мне.* Подшкала «Забота» – пример вопросов: *Я верю, что забота о моем теле улучшает мое самочувствие; Я регулярно использую средства по уходу за телом.* Подшкала «Защита» – пример вопросов: *Мне нравится делать что-то опасное; Когда я получаю травму, я немедленно забочусь о ране.*

Для статистического анализа результатов выполнения тестов группами больных использовался критерий Манна–Уитни. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета программ SPSS.

Результаты

В табл. 1 приведены результаты сравнения показателей шкалы Гамильтона и результатов выполнения методик «Игровая задача Айова» (IGT), «Висконсинский тест сортировки карточек» (WCST) группами больных депрессией с самоповреждающим поведением и без него.

Таблица 1

Сравнение показателей по шкале Гамильтона и результатов выполнения WCST, IGT группами с самоповреждениями и без самоповреждений

Параметры	Группа без самоповреждений	Группа с самоповреждениями	Значимость различий
<i>Шкала Гамильтона (HDRS), средние баллы</i>			
Чувство вины	1,367±1,326	2,222±1,141	0,001
Суицидальные намерения	1,100±1,373	2,653±1,302	0,000
Заторможенность	1,667±1,061	1,000±1,035	0,004
Параноидные симптомы	0,481±0,753	1,431±0,962	0,000
Обсессивно-компульсивные симптомы	0,630±0,792	1,236±0,702	0,000
Соматическая тревога	1,500±1,042	1,097±1,103	0,091
Генитальные симптомы	0,567±0,679	0,125±0,333	0,000
Соматизация	2,100±1,242	1,444±1,232	0,016
<i>Висконсинский тест сортировки карточек (WCST)</i>			
Общее время	369604,708±153985,821	255474,667±67434,433	0,000
<i>Игровая задача Айова (IGT)</i>			
Общее время	280770,731±101654,170	193338,875±77833,293	0,000
Внимание к выигрышу-проигрышу	0,470±0,376	0,683±0,373	0,029
Импульсивность – детерминированность	0,288±0,721	-0,115±0,904	0,062

По показателям шкалы Гамильтона больные с самоповреждениями отличаются более высокими значениями по шкалам «Чувство вины», «Параноидные симптомы», «Обсессивно-компульсивные симптомы» (табл. 1). У них значимо выше показатели шкалы «Суицидальных намерений». При этом в группе с самоповреждениями значимо ниже показатели соматических симптомов по шкалам «Генитальных симптомов», «Соматической тревоги». Суммарный показатель «Соматизация» отличается в группах на уровне $p = 0,016$ и отражает меньшую озабоченность телесными проявлениями при самоповреждениях. Также значимо меньше выражена «Заторможенность».

В методиках, оценивающих когнитивное функционирование и принятие решений на основе прошлого эмоционального опыта (WCST, IGT), группы не различались по основным показателям тестов. Однако при самоповреждениях (группа «самоповреждения») отмечаются более высокие характеристики динамики деятельности. Методики (WCST, IGT) группа с самоповреждающим поведением делает значимо быстрее (шкалы WCST «Общее время» и IGT «Общее время»). Можно также отметить проявления импульсивности в Игровой задаче Айова (шкала IGT «Импульсивность – детерминированность»; отличия на уровне статистической тенденции).

Таблица 2

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

Параметры	Группа без самоповреждений	Группа с самоповреждениями	Значимость различий
<i>Опросник SCL-90</i>			
Сенситивность	1,185±0,553	1,812±0,861	0,002
Враждебность	0,729±0,700	1,388±0,965	0,004
Общий индекс тяжести	1,205±0,473	1,539±0,705	0,039
Будущее безнадежно	1,667±1,308	2,298±1,458	0,079
Мысли о суициде	0,625±1,209	1,347±1,494	0,043
Мысли о смерти	0,875±1,454	1,816±1,642	0,020
<i>Тест имплицитных ассоциаций (IAT)</i>			
IAT_эффект (связь между понятиями «смерть» и «я»)	-0,281±0,304	-0,118±0,292	0,087
<i>Опросник «Отношение к телу» (BIS)</i>			
Образ тела	4,250±0,545	3,074±1,127	0,017
Защита	4,111±0,917	2,691±0,621	0,000
Общий балл	3,917±0,493	3,213±0,370	0,000
<i>Шкала самоуважения Розенберга</i>			
Самоуважение	30,143±6,122	23,161±4,755	0,002

В симптоматическом опроснике SCL-90 больные с самоповреждениями демонстрируют более высокие показатели «Сенситивности» и «Враждебности», у них выше «Общий индекс тяжести состояния» (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 и смерти.

Результаты модифицированного Теста имплицитных предпочтений (IAT) (табл. 2) показывают повышение суицидального риска в группе с самоповреждениями (значимость различий на уровне статистической тенденции).

Предварительные результаты по новой методике «Отношение к телу» (BIS), 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 показано статистически значимое снижение показателя «Самоуважение» при самоповреждающем поведении.

Обсуждение результатов

Суицидальный риск. У больных с самоповреждениями более высокий показатель суицидального риска (шкала Гамильтона «Суицидальные намерения»), о выраженных мыслях о суициде говорят и сами больные (SCL-90), это же подтверждается тестом имплицитных предпочтений (IAT), который показывает более выраженную ассоциативную связь себя со «смертью». Повышенный суицидальный риск при самоповреждениях подтвержден множеством исследований. Так, Owens с коллегами показали, что более 5% людей, которые попали в клинику после самоповреждающего поведения, совершают самоубийство в течение 9 лет [Owens et al., 2002; Skegg, 2005].

Повышенный темп деятельности при проявлениях импульсивности. При самоповреждениях повышенный темп деятельности проявляется при выполнении когнитивных методик Висконсинского теста (WCST) и Игровой задачи Айова (IGT), также менее выражена «Заторможенность» в шкале Гамильтона. 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, отражающая сниженное настроение, выражена в той же степени, что в группе с депрессией без самоповреждений («Депрессивное настроение» в шкале Гамильтона), а чувства вины и самоуничижения выражены значимо больше, чем в группе без самоповреждений (шкала Гамильтона «Чувство вины», шкала самоуважения Розенберга), так же как и суицидальные намерения (шкала Гамильтона, SCL-90 и IAT). Рассогласование компонентов депрессивной триады рассматривается во врачебной практике как предиктор суицидального риска [Морозов, 2007]. В нашем исследовании показано, что рассогласование выражено у больных с самоповреждающим поведением.

Некоторые исследователи считают, что рассогласование депрессивной триады может быть связано с гипертимными чертами личности в преморбиде [Мишиев, 1997]. В исследовании [Eric et al., 2017] делается предположение о такой черте темперамента, как «поиск новизны»

(в опроснике Клонингера), которая определяется как тенденция к активной реакции на новый стимул и связывается преимущественно с деятельностью дофаминергической системы, и которая позволяет дифференцировать группу больных депрессией с суицидальным риском и группу больных депрессией без суицидального риска. Связь самоповреждающего поведения с чертами личности и темперамента требует дальнейших исследований.

Можно отметить, что у больных с самоповреждениями в нашем исследовании не выявлено ухудшения выполнения Игровой задачи Айова (IGT). Такое ухудшение отмечается у больных с суицидальными попытками в анамнезе [Медведева и др., 2016; Jollant et al., 2005], во многих исследованиях обнаружены нейрофизиологические особенности обыденного функционирования разных областей коры головного мозга у людей, имеющих опыт суицидальных попыток, что проявляется в склонности к рискованному поведению [Jollant et al., 2010]. То есть больные депрессией с самоповреждающим поведением отличаются от группы депрессии без самоповреждений более выраженными суицидальными идеями. Но они отличаются и от больных с суицидальными попытками – не проявляется нарушение в принятии решений, основанных на прошлом эмоциональном опыте (IGT).

Выраженность клинических симптомов. В группе больных с самоповреждениями более выражены клинические симптомы (опросник Гамильтона): субшкалы «Чувство вины», «Параноидные симптомы», «Обсессивно-компульсивные симптомы». По методике SCL-90 повышены показатели «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 [Turecki et al., 2012], и самоповреждающее поведение может рассматриваться как попытка справиться с этой острой душевной болью. Так как причинение себе вреда может являться для человека специфическим средством управления собственными негативными эмоциональными переживаниями [Gratz, Roemer, 2008].

Особое отношение к своему телу. 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 (шкала Гамильтона). Снижены показатели параметра «защиты» собственного тела и в целом отношения к телу (общий балл опросника «Отношение к телу»).

Уменьшение значимости телесных симптомов может быть связано с элементами отчуждения от собственных телесных переживаний, от тела в целом. У больных с самоповреждениями снижено ощущение ценности собственного тела, игнорируется необходимость его защиты, при этом тело используется как инструмент решения психологических проблем. Повышенная враждебность, которая отмечается у этих больных в методике SCL-90, может обращаться на собственное тело.

Одним из факторов, связанных с уменьшением значимости телесных симптомов, может быть тот факт, что у людей, склонных к самоповреждающему поведению, изменено восприятие боли. Так, в исследовании [Hooley et al., 2010] показано, что при самоповреждающем поведении повышен болевой порог и увеличена длительность периода, в течение которого испытуемый может выдерживать боль.

Подшкала «Защита» в опроснике «Отношение к телу» 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 результатов этого опросника с группой нормы в нашем исследовании не проводилось, однако в литературе [Orbach, Mikulincer, 1998] для группы нормы предлагаются следующие показатели для опросника «Отношение к телу»: для подшкалы «Защита» значение 3,69 (в нашем исследовании при самоповреждениях – 2,78, а при депрессии без самоповреждений – 4,27), для общей шкалы – 3,60 (в нашем исследовании при самоповреждениях – 3,23, а при депрессии без самоповреждений – 4,03). То есть можно предположить, что обе группы больных отличаются от группы нормы. При депрессии без самоповреждений большое внимание уделяется телесным проявлениям, высока потребность в защите собственного тела. Однако, если депрессия сопровождается самоповреждающим поведением, напротив, телесные проявления игнорируются.

Отметим, что среди вопросов подшкалы «Защита» есть вопрос, напрямую связанный с самоповреждениями: *Иногда я намеренно травмирую себя.* Была подсчитана корреляция Спирмена выраженности согласия с этим утверждением с параметрами SCL-90, шкалой самоуважения Розенберга, тестом IAT для всей группы больных депрессией (62 человека). Были выявлены значимые корреляции: (SCL, «Враждебность» – 0,334, $p < 0,05$; SCL, «Общий индекс тяжести» – 0,289, $p < 0,05$; SCL, «Число симптомов» – 0,345, $p < 0,05$; SCL, «Мысли о суициде» – 0,309, $p < 0,05$; SCL, «Мысли о смерти» – 0,343, $p < 0,01$; IAT – 0,285, $p < 0,10$, значимость на уровне статистической тенденции; шкала самоуважения Розенберга – 0,374, $p < 0,05$). Наличие статистически значимых корреляций подтверждает выводы, сделанные в ходе анализа результатов других методик о том, что намеренное травмирование своего тела связано с суицидальным риском, низким самоуважением, высокой враждебностью, увеличением клинической симптоматики.

Предварительный анализ результатов опросника «Отношение к телу» показал значимое отличие в группе с самоповреждениями в отношении к своему телу. Можно сделать вывод о целесообразности адаптации опросника «Отношение к телу» и использования его для диагностики одного из факторов риска самоповреждающего поведения.

Полученные результаты позволяют выделить направления дальнейших исследований, которым в настоящее время уделяется мало внимания, таким как особое отношение к собственному телу и рассогласование компонентов депрессивной триады.

Понимание психологических особенностей больных с самоповреждениями дает возможность более точного выбора мишеней для терапевтических воздействий.

Выводы

В результате исследования выявлены психологические особенности, которые отличают группу больных депрессией женщин с самоповреждающим поведением от больных депрессией женщин без самоповреждающего поведения.

Выявлено рассогласование выраженности компонентов депрессивной триады: при самоповреждающем поведении менее выражена моторная и идеаторная заторможенность, при этом аффективная составляющая выражена значимо больше, чем в группе больных депрессией без самоповреждений.

В группе с самоповреждающим поведением уменьшена значимость телесных симптомов. Снижено ощущение ценности собственного тела, игнорируется необходимость его защиты.

Подтверждены результаты многих других исследований о том, что у больных депрессией с самоповреждениями повышены показатели суицидального риска.

Также подтверждены результаты других исследований о сниженном самоуважении, высоком чувстве вины в группе с самоповреждениями, а повышенная сенситивность, характерная для этих больных, может являться фактором уязвимости.

Лучшее понимание психологических особенностей больных с самоповреждениями дает возможность более точного выбора мишеней для терапевтических воздействий.

Литература

- Абрамова А., Ениколопов С., Ефремов А., Кузнецова С. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями. Клиническая и специальная психология, 2018, 7(2), 21–40.
- Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Казьмина О.Ю., Воронцова О.Ю. Моральные суждения и имплицитное отношение к смерти при суицидальном риске. Суицидология, 2018, 1(30), 44–52.
- Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А., Каледа В.Г. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска. Психиатрия, 2014, 4(64), 11–20.
- Крылова Е., Бебуришвили А., Каледа В. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. Суицидология, 2019, 10(1), 48–57.
- Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность. Психологические исследования, 2016, 9(46), 3. <http://psystudy.ru>
- Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор. Психологические исследования, 2013, 6(32), 10. <http://psystudy.ru>
- Мишиев В.Д. О взаимосвязи клинических проявлений депрессии с преморбидными особенностями личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии, 1997, 1(3), 78–80.
- Морозов В.М. Избранные труды. М.: Media Medica, 2007.
- Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дис. ... д-ра психол. наук. С.-Петербург. гос. университет, Москва, 2017.
- Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса: СПб.: Питер, 2001.
- Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки. Медицинская психология в России, 2013(2), 12.
- Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. Cognition, 1994, 50(1–3), 7–15. doi:10.1016/0010-0277(94)90018-3
- Brausch A.M., Gutierrez P.M. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 2010, 39(3), 233–242. doi:10.1007/s10964-009-9482-0
- Bussemeyer J.R., Stout J.C. A contribution of cognitive decision models to clinical assessment: decomposing performance on the Bechara gambling task. Psychological assessment, 2002, 14(3), 253–262.
- Cooper J., Kapur N., Webb R., Lawlor M., Guthrie E., Mackway-Jones K., Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. American Journal of Psychiatry, 2005, 162(2), 297–303.

- Derogatis L.R., Savitz K.L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: M.E. Maruish (Eds), Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000. pp. 297–334.
- Eric A.P., Eric I., Curkovic M., Dodig-Curkovic K., Kralik K., Kovac V., Filakovic P. The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affective disorder with and without suicide attempt. *Psychiatria Danubina*, 2017, 29(2), 171–178.
- Gratz K.L. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 2001, 23(4), 253–263.
- Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2008, 37(1), 14–25. doi:10.1080/16506070701819524
- Greenwald A.G., Nosek B.A., Banaji M.R. Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology*, 2003, 85(2), 197–216.
- Heaton R.K. WCST: CV4 Wisconsin Card Sorting Test: Computer Version 4 (Research Ed.). Lutz: Psychological Assessment Resources, 2003.
- Hendin H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148(9), 1150–1158.
- Hooley J.M., Ho D.T., Slater J., Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personality disorders*, 2010, 1(3), 170–179. doi:10.1037/a0020106
- Joiner T.E. The interpersonal theory of suicide : guidance for working with suicidal clients. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
- Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., Astruc B., Torres S., Verdier R., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. *The American journal of psychiatry*, 2005, 162(2), 304–310. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.304
- Jollant F., Lawrence N.S., Olie E., O'Daly O., Malafosse A., Courtet P., Phillips M.L. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *Neuroimage*, 2010, 51(3), 1275–1281. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.03.027
- Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry*, 2003, 160(8), 1501–1508.
- Kumar G., Pepe D., Steer R.A. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of nervous and mental disease*, 2004, 192(12), 830–836.
- Mars B., Heron J., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(4), 327–337. doi:10.1016/S2215-0366(19)30030-6
- Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American journal of orthopsychiatry*, 2005, 75(2), 324–333. doi:10.1037/0002-9432.75.2.324
- Olfson M., Gameroff M.J., Marcus S.C., Greenberg T., Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Archives of general psychiatry*, 2005, 62(10), 1122–1128. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1122
- Orbach I., Mikulincer M. The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 1998, 10(4), 415–425. doi:10.1037/1040-3590.10.4.415
- Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 181(3), 193–199.
- Polk E., Liss M. Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, 2007, 43(3), 567–577. doi:10.1016/j.paid.2007.01.003
- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press, 1965.
- Skegg K. Self-harm. *The Lancet*, 2005, 366(9495), 1471–1483.
- Turecki G., Ernst C., Jollant F., Labonte B., Mechawar N. The neurodevelopmental origins of

suicidal behavior. Trends in neurosciences, 2012, 35(1), 14–23. doi:10.1016/j.tins.2011.11.008

Watkins H.B., Meyer T.D. Is there an empirical link between impulsivity and suicidality in bipolar disorders? A review of the current literature and the potential psychological implications of the relationship. Bipolar Disorders, 2013, 15(5), 542–558. doi:10.1111/bdi.12090

Weintraub M.J., Van de Loo M.M., Gitlin M.J., Miklowitz D.J. Self-Harm, Affective Traits, and Psychosocial Functioning in Adults With Depressive and Bipolar Disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2017, 205(11), 896–899. doi:10.1097/NMD.0000000000000744

Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J., Purington A., Baral Abrams G., Barreira P., Kress V. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. The Journal of adolescent health, 2013, 52(4), 486–492. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.09.010

Williams J.M.G., Pollock L.R. The psychology of suicidal behaviour. In: K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), The international handbook of suicide and attempted suicide. New York: Wiley, 2000. pp. 79–93.

Yeucham E., Busemeyer J.R., Stout J.C., Bechara A. Using cognitive models to map relations between neuropsychological disorders and human decision-making deficits. Psychological science, 2005, 16(12), 973–978. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01646.x

Поступила в редакцию 15 марта 2020 г. Дата публикации: 10 апреля 2020 г.

Сведения об авторах

Медведева Татьяна Игоревна. Научный сотрудник отдела медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: medvedeva.ti@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич. Кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: enikolopov@mail.ru

Воронцова Оксана Юрьевна. Научный сотрудник, отдел медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: okvorontsova@inbox.ru

Казьмина Ольга Юрьевна. Кандидат психологических наук, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: kazminaolga@mail.ru

Ссылка для цитирования

Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Психологические особенности женщин с депрессией и самоповреждающим поведением // Психологические исследования. 2020. Т. 13, № 69. С. 4. URL: <http://psystudy.ru>

Адрес статьи

<http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n69/1726-medvedeva69.html>