

Секция «Клиническая психология (патопсихология, психосоматика и психология телесности)»

**Самоповреждающее поведение у больных с психотическими  
аттенуированными симптомами**

**Научный руководитель – Рупчев Георгий Евгеньевич**

***Баранова Анна Константиновна***

*Студент (специалист)*

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет  
психологии, Кафедра нейро-и патопсихологии, Москва, Россия

*E-mail: 2017.anna.baranova@gmail.com*

В настоящий момент можно наблюдать возрастающую распространенность самоповреждающего поведения у больных с эмоциональными дисфункциями. Так, в сравнительных моделях была показана взаимосвязь самоповреждающего поведения с депрессивными расстройствами, расстройствами шизофренического спектра и больных с различного вида личностными расстройствами. Кроме того, на данный момент распространенность БАР составляет от 1 до 6%, при этом риск суицида при БАР-1 и БАР-2 примерно в 20-30 раз выше, чем в общей популяции. Актуальной темой является и изучение расстройств шизофренического спектра в юношеском возрасте по причине все возрастающей частоты их манифестации и синдромальной незавершенности психопатологических феноменов. Также на фоне увеличивающегося темпа жизни в современном обществе неуклонно возрастает ощущение дистресса и стресса, которые особо остро ощущаются в подростковом и юношеском возрасте; возрастает влияние гормональных, физических и эмоциональных изменений, что тоже играет важную роль. Среди компонентов, определяющих специфику и характер деятельности в подростковом и юношеском возрасте, важно выделить такие характерные особенности, как эмоциональные расстройства (депрессия), волевые расстройства и акцентуации характера.

Обратимся к понятию *аттенуированного психотического симптома*, который часто рассматривается как “ослабленный”. В DSM-5 критериями выделения аттенуированного симптома являются: 1) бред, бреподобные идеи / галлюцинации и перцептивные нарушения / дезорганизация речи и коммуникации, - как минимум один критерий представлен в ослабленной форме, но достаточной тяжести/частоты; 2) симптомы вызывают достаточный дистресс и нарушение функционирования; 3) симптомы нельзя объяснить лучше другим диагнозом, в том числе расстройством, связанным с употреблением ПАВ и др.

*Несуицидальные самоповреждения* - вариант аутоагрессии без намерения лишить себя жизни. В МКБ-10 самоповреждающее поведение относится к разделу, описывающему последствия аутоагрессии соматического характера. Кроме того, элементы самоповреждения встречаются при некоторых видах бреда, таких как бред самообвинения, дерматозойный бред, а также в случаях императивных голосов. Психологические симптомы включают в себя: 1) навязчивые, повторяющиеся импульсы причинения себе вреда в сочетании со сниженной способностью к сопротивлению; 2) ощущение снижения контроля за ситуацией, ее невыносимости; 3) усиление беспокойства и гнева; 4) сужение когнитивно-перцептивных процессов и, следовательно, сужение точки зрения на ситуацию; 5) чувство облегчения после совершения акта самоповреждающего поведения; 6) депрессивное состояние, зачастую с отсутствием суицидальных мыслей.

Самоповреждающее поведение может включать в себя различные мотивы, такие как расслабление, бегство от диссоциации, наказание (как реакция на возникшее чувство ви-

ны), саморазрушение и расслабление. Зачастую самоповреждающее поведение связано с потребностью избегания негативных эмоций и переживаний.

**Актуальность** исследования обусловлена значимостью темы в настоящее время, так как вероятность летального исхода в группе людей с самоповреждающим поведением значительно выше, чем у других групп населения. Кроме того, повторный эпизод самоповреждающего поведения дополнительно увеличивает возможный риск суицида. Из-за увеличивающейся частоты самоповреждений возрастает необходимость разработки новых подходов к диагностике и реабилитации.

**Предмет исследования:** взаимосвязь самоповреждающего поведения и общего уровня психического функционирования у больных с психотическими аттенуированными симптомами.

**Цель исследования:** изучение самоповреждающего поведения и общего психического функционирования среди пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой.

**Гипотеза исследования:** существует взаимосвязь между самоповреждающим поведением и уровнем общего психического функционирования у пациентов выделенных групп. Имеются значимые различия между пациентами группы с отсутствием субпсихотической симптоматики и пациентами субпсихотического уровня с высоким риском психозов. В группе пациентов, которые перенесли единственный психоз с дальнейшей постпсихотической депрессией, самоповреждающего поведения на данный момент наблюдаться не будет.

**Описание выборки.** Исследование было проведено на группе пациентов с наличием депрессии в рамках шизотипического расстройства, БАР, пограничного расстройства личности, РДР, монополярной депрессии, дистимии, депрессии с психотической симптоматикой. Для нашей работы пациенты были разделены на 3 группы по следующим признакам:

1. Пациенты с наличием аффективных и др. расстройств и отсутствием субпсихотической симптоматики;
2. Пациенты с наличием аффективных и др. расстройств и наличием субпсихотической симптоматики с высоким риском психоза;
3. Пациенты с наличием аффективных и др. расстройств, пережившие психоз с постпсихотической депрессией.

Общий размер выборки: 69 пациентов (1 группа - 31 пациент, 2 группа - 26, 3 группа - 12). Все пациенты девушки, средний возраст пациенток – 20,6.

#### **Материалы и методы.**

Было проведено патопсихологическое обследование, включающее:

1. Изучение истории болезни;
2. Клинико-психологическая беседа с пациентом;
3. Наблюдение за пациентом во время обследования;
4. Патопсихологическое обследование, включающее блок, направленный на оценку когнитивного функционирования (BACS), патопсихологический блок (субтесты теста Векслера «Недостающие детали» и «Сходство», методика «Интерпретация пословиц»), тест Роршаха;
5. Беседа, направленная на выяснение наличия самоповреждающего поведения на основе опросника.

После окончания тестирования проводилась оценка взаимодействия, общего функционирования, уровня социальной активности.

#### **Результаты исследования.**

1. Обнаружились значимые различия по степени самоповреждающего поведения меж-

ду группами 2 и 3 ( $p=0,002$ ) и 1 и 3 ( $p=0,026$ ). В группе 3 превалировала легкая степень самоповреждающего поведения в различных проявлениях, в то время как в группе 1 и 2 присутствовали средние формы СПП.

2. Были обнаружены значимые различия при сравнении групп 1 и 2 по субтесту «Интерпретация пословиц» ( $p=0,003$ ; 1.  $16,3\pm 3,69$ ; 2.  $19,3\pm 3,53$ ). По всем субтестам патопсихологического блока были обнаружены различия между группами 1 и 3 ( $p<0,05$ ). Между группами 2 и 3 значимые различия обнаруживались в субтесте «Недостающие детали» ( $p<0,01$ ; 2.  $13,58\pm 2,32$ ; 3.  $9,82\pm 3,5$ ). При наличии аттенуированной симптоматики у испытуемых хуже развита способность к абстрагированию и обобщению, а также страдает разделение абстрактного и конкретного уровней мышления. При этом более высокий уровень абстрагирования демонстрировали испытуемые без пережитого психоза и постпсихотической депрессии.

3. При оценке общего функционирования различия 1 и 2 групп обнаруживались при анализе способности строить функциональную социальную сеть ( $p=0,018$ ; 1.  $3,6\pm 0,56$ ; 2.  $3,2\pm 0,7$ ) и на уровне социальных навыков ( $p=0,02$ ; 1.  $3,2\pm 0,68$ ; 2.  $2,8\pm 0,38$ ). Результаты 2 группы были значимо хуже результатов 1 группы, что говорит о проблемах, касающихся автономии, саморегуляции и мотивационной составляющей планирования достижения целей, у испытуемых с аттенуированной психотической симптоматикой и высоким риском психоза. При сравнении групп 1 и 3 следует указать на различия по таким параметрам, как «Способность к продуктивной коммуникации» ( $0,007$ ; 1.  $3,59\pm 0,5$ ; 3.  $3,08\pm 0,6$ ), «Способность строить функциональную социальную сеть» ( $0,004$ ; 1.  $3,7\pm 0,56$ ; 3.  $2,9\pm 0,94$ ), «Способность больного эффективно взаимодействовать с врачом» ( $0,008$ ; 1.  $3,77\pm 0,5$ ; 3.  $3,18\pm 0,75$ ). При сравнении групп 2 и 3 были обнаружены значимые различия по параметру «Способность заботиться о себе» ( $p=0,008$ ; 2.  $2,92\pm 0,504$ ; 3.  $2,91\pm 0,831$ ). Данные различия являются значимыми для нас с точки зрения прогнозирования самоповреждающего поведения, так как в ранее проведенных исследованиях не раз упоминалась связь наличия СПП и возможности строить функциональную социальную сеть. Менее выраженные трудности в социальной сфере и/или беспокоящее или агрессивное поведение обнаруживаются у испытуемых со средней степенью выраженности СПП. Отметим, что у испытуемых с выраженной степенью такого поведения балл «социального функционирования» примерно совпадает со значениями испытуемых без самоповреждающего поведения, что может говорить о высокой степени отрицания трудностей и функционировании дезадаптивных защитных механизмов. Кроме того, в группе со средней степенью СПП активность и целенаправленность деятельности значительно выше. Разграничение между мыслями, планами и реализацией довольно велико; так, наличие самоповреждающего поведения отчасти обусловлено способностью реализовывать принятое решение.

Подводя *итоги* практической части, можно сказать о наличии связи между самоповреждающим поведением и активностью и целенаправленностью деятельности. Больные с самоповреждающим поведением обладали более высоким показателем по этой шкале, что связывается с возможностью доведения замысла до конца. Также наблюдались значимые различия в наличии самоповреждающего поведения у больных с пережитым психозом и постпсихотической депрессией – такие больные не были склонны к самоповреждающему поведению на настоящий момент. Было выявлено, что наиболее «адаптивной» группой (когнитивные шкалы, шкалы социального функционирования и т.д.) оказалась группа с отсутствием аттенуированной симптоматики и наличием аффективных и др. расстройств. Более низкие результаты демонстрировали группы с высоким риском психоза и аттенуированной симптоматикой или с наличием психоза в анамнезе и постпсихотической депрессией.