

**ОБРАЗ ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ
С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)**

*Оксана Станиславовна Макарова, Ксения Вячеславовна Пыркова,
Анна Михайловна Красильникова, Рамиля Рамилевна Насибуллина*

*Республиканская клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева,
420061, г. Казань, ул. Николая Ершова, 49;
Казанский (Приволжский) федеральный университет,
420008, г. Казань, ул. Кремлёвская, 18, e-mail: o.s.makarova@mail.ru, pyrкова_75@mail.ru,
krasilnikova_anna@bk.ru, ramilya.nasibullina@yandex.ru*

Реферат

В представленных клинических случаях рассмотрены особенности образа тела и совладающего поведения подростков с самоповреждающим поведением, имеющих различные психические расстройства.

Ключевые слова: образ тела, копинг-стратегии, совладающее поведение, самоповреждающее поведение, селфхарм, шизоидное расстройство личности, депрессия.

**BODY IMAGE AND COPING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS
WITH SELF-DAMAGING BEHAVIOR (CLINICAL CASES)**

Oksana S. Makarova, Ksenia V. Pyrkova,
Anna M. Krasilnikova, Ramilya R. Nasibullina

National clinical psychiatric hospital named after V.M. Bekhterev,
420061, Kazan, Nikolay Yershov str., 49; Kazan (Privolzhsky)
Federal University, 420008, Kazan, Kremlevskaya str., 18,
e-mail: o.s.makarova@mail.ru, pyrкова_75@mail.ru,
krasilnikova_anna@bk.ru, ramilya.nasibullina@yandex.ru

Abstract

Two clinical cases of adolescents with self-harming behavior in the framework of personal and affective disorders are presented.

Keywords: body image, coping strategies, coping behavior, self-damaging behavior, self-harm, schizoid personality disorder, depression.

Самоповреждающее поведение (синонимы селфхарм, аутодеструктивное, саморазрушающее поведение) — распространённый феномен, встречающийся при различных психических расстройствах, однако в клинической практике до сих пор он остаётся малоизученным. В частности, особенности самовосприятия людей с аффективными и личностными расстройствами, занимающихся селфхармом, и их способы реагирования в различных жизненных ситуациях представляют большой интерес для исследований. Такие данные способствуют дифференциальной диагностике нозологических категорий, а также выбору форм и направленности психотерапевтической помощи.

Селфхарм — преднамеренное совершение действий аутоагрессивного характера, направленных на нане-

сение самому себе физического вреда без сознательных суицидальных намерений, а в целях облегчения своего эмоционального состояния.

В настоящее время выделяют множество видов саморазрушающего поведения, к которым относят нанесение себе ссадин и порезов, удары конечностями или головой о различные предметы или же самоизбиение, злоупотребление химическими веществами, сознательное ограничение пищи, преднамеренное препятствование заживлению ран, действия, ухудшающие болезненное состояние. Наибольшую распространённость (50%) среди перечисленных форм, по данным Г.С. Банниковой и соавт., имеют случаи порезов лезвием и чрезмерного по силе сжимания кулаков [1]. Большая часть людей, проявляющих аутодеструктивные паттерны поведения, используют больше одного способа, а в качестве повреждаемых частей тела чаще предпочитают руки, ноги и живот [2].

Среди функций саморазрушающего поведения исследователи Л. Арнольд и Г. Бабикер отмечают [3]: регулирование эмоциональных переживаний, перенос внутренне испытываемого дискомфорта в боль на физическом уровне, повышение чувства контроля, укрепление чувства реальности при уменьшении диссоциативных переживаний, наказание себя или окружающих со стремлением оказать на них влияние, доказательство принадлежности к значимой группе, установление границ собственного тела, вызывание положительных переживаний, также в качестве защитного механизма селфхарм может способствовать остановке от самоубийства.

Самоповреждающее поведение — распространённый вариант саморегуляции своего состояния среди подростков, способ снижения эмоционального напряжения. Его частота у подростков, не имеющих психических заболеваний, составляет 17,2% [4].

Самоповреждающее поведение бывает коморбидным по отношению к различным психическим расстройствам, в том числе шизоидному расстройству личности [5] и депрессивному расстройству [6].

Шизоидное расстройство личности можно рассматривать как крайнюю степень выраженности межличностных трудностей. Обнаружено, что симптомы шизоидного расстройства личности связаны с более высоким уровнем субъективного переживания страдания и рецидивирующей депрессией [7].

В свою очередь депрессия также становится фактором риска повторяющихся подростковых самоповреждений [6]. Тяжесть и продолжительность симптомов депрессии увеличиваются пропорционально количеству и опасности актов саморазрушения [8].

У пациентов с тревогой и депрессией часто встречаются нарушения образа тела, и вполне вероятно, что тревога и депрессия усугубляют негативные последствия расстройства образа тела, например приводят к нарушениям пищевого поведения [9].

Образ тела определяется как многомерная конструкция, включающая представления человека о теле и телесности, восприятие и эмоциональное отношение к своему телу, на становление которой влияют прошлый опыт и взаимодействие с окружающим миром. В. Шонфельд выделяет следующие компоненты образа тела [10]:

- 1) субъективное восприятие собственного тела, включая как внешность, так и функционирование тела;
- 2) внутренние психологические факторы, составляющие результат эмоционального опыта человека и искажения концепции тела;
- 3) социологические факторы, представляющие собой реакцию семьи и общества на тело человека;
- 4) идеальный образ тела, который человек выводит из сравнений и идентификаций собственного тела с другими, он представляет собой установки человека по отношению к своему телу.

Искажённое восприятие себя имеет связь с нарушениями саморегулятивной функции личности, что находит своё отражение в особенностях реагирования на стресс, которое при различных психических нарушениях имеет свою специфику.

Совладающим бывает осознанное поведение личности, направленное на устранение жизненных трудностей, предполагающее активное изменение фрустрирующей ситуации при возможности её контроля или приспособление к ней, если такой возможности нет (Крюкова Т.Л.). Один из компонентов совладающего поведения — копинг-стратегии как конкретные приёмы, используемые для совладания со сложными ситуациями. Р.С. Лазарус и С. Фолкман классифицировали копинг-стратегии на проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные [14], в качестве их функций соответственно выделяя разрешение ситуации, вызвавшей фрустрацию, а также снижение негативных переживаний и дискомфорта, обусловленного возникшей проблемой.

Метаанализ, проведённый американскими учёными, показал, что проблемно-ориентированный

копинг в большей степени связан с хорошим психическим здоровьем, в то время как эмоционально-ориентированный копинг связан с психическим неблагополучием [11]. В частности, трудности в совладании, отражаемые в ограничении диапазона поведенческих копинг-стратегий и снижении способности к саморегуляции негативных эмоций, обнаруживают связь с наличием депрессии [12]. Подростки с депрессией используют меньше адаптивных вариантов совладания с переживанием тревоги, печали, гнева, чем их здоровые сверстники [13].

Дисфункциональные копинг-стратегии можно считать одним из критериев, отличающих расстройства личности от её функционирования в норме. В исследовании более 100 пациентов, находящихся на психиатрическом лечении, были выявлены избыточное избегающее совладание, снижение стремления к поиску внешних ресурсов для борьбы со сложными ситуациями [14].

Мы наблюдали два клинических случая, описание которых приведено ниже.

Пациентка Л. 17 лет, студентка. Со слов пациентки и данных сопутствующей документации, известно следующее. Наследственность неотягощена. Родилась в полной семье, младшей из двух детей. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Детское дошкольное учреждение посещала. В школу пошла в 6 лет, училась хорошо, но учёба не интересовала. Закончила 9 классов, поступила в колледж на библиотекаря, но литературу «ненавидит». На данный момент учится на 1-м курсе. Учёбой не интересуется, со второго семестра систематически стала пропускать занятия. Проживает с матерью. Считает себя больной с 12–13 лет, когда из-за буллинга со стороны одноклассников стала считать себя никчёмной, некрасивой, потеряла смысл жизни.

Периодически наносила себе самоповреждения в разные области тела для того, чтобы снизить «душевную боль», с 13 до 17 лет. В частности, совершение самопорезов лезвием, тушение об себя окурков, избивание руками и молотком частей тела, лишение еды. Впервые обратилась к психиатрам с депрессивной симптоматикой 2 года назад, лечилась стационарно, после выписки лекарства принимала: амитриптилин и кветиапин.

Через 1 год отравилась амитриптилином, суицидальную попытку связывает с тем, что по дороге домой подверглась домогательствам пьяных мужчин, после чего чувствовала себя плохо и решила уйти из жизни. Была госпитализирована в отделение реанимации.

После выписки состояние оставалось стабильным. За месяц до госпитализации состояние ухудшилось, вновь стала ощущать тревогу, появилась апатия, стало казаться, что «кто-то следит», нарушился сон. Чаше стала наносить себе самопорезы, характер которых не изменился. В связи с изменением состояния обратилась к участковому психиатру и была направлена в

стационар. При поступлении: жалобы на нежелание жить, сниженное настроение, нарушение сна, аппетита, тревогу, апатию.

Психический статус. В кабинет зашла по приглашению, села на предложенный стул. В поведении спокойна, вежлива, тактична. Внешне опрятна, причёсана. Ориентирована в собственной личности, месте и времени верно. Внимание привлекается, переключается и удерживается достаточно. На вопросы отвечает в плане заданного, тихим голосом. Рассказывает о том, что планировала покончить жизнь самоубийством, т.к. «какой смысл жизни?... всё равно все умрём». Активно не высказывает жалоб на нарушения пищевого поведения, но при этом на прямой вопрос о наличии отвечает утвердительно. При этом причину госпитализации объясняет тем, что не хочет больше так жить, ищет помощи. Эмоционально лабильна, фон настроения снижен. Интеллект и память не нарушены. Сон нарушен. Аппетит повышен. Суицидальные мысли не отрицает. Критика к заболеванию и состоянию формальная.

Пациентка К. 18 лет, студентка. Со слов пациентки, наследственность неотягощена. Родилась в полной семье младшим ребёнком, есть старшая сестра. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Детское дошкольное учреждение посещала. В школу пошла своевременно, училась без интереса, но закончила 11 классов без троек. С 12–13 лет стала замкнутой, молчаливой, практически перестала общаться с друзьями. В школе подвергалась травле из-за своей замкнутости. После школы поступила в университет по специальности «учитель химии», в настоящее время учится на 1-м курсе.

Считает себя больной с 12 лет, когда появились суицидальные мысли. Стала наносить самопорезы в области левого предплечья, бёдер, расчёсывала ногтями кожу, билась об стену. Объясняет самоповреждения следующим образом: «Пыталась душевные раны перенести на физическое тело». После завершения акта селфхарма испытывает облегчение. За помощью не обращалась. В течение всего времени отмечала у себя подавленное настроение, утрату интересов к учёбе и увлечениям.

Состояние ухудшилось осенью, после поступления в университет — вновь появились мысли о нежелании жить, повысилась сонливость, интерес пропал ко всему, не хотелось просыпаться. В связи с этим в начале января нанесла самопорезы в области левого предплечья «для того, чтобы стало легче на душе», затем выпила 20 таблеток цитрамона, после чего обратилась в больницу, но не была госпитализирована. Больше к специалистам не обращалась. Стала прогуливать занятия в университете, по совету сестры обратилась к психиатру, была направлена в стационар. Предъявляет специалисту жалобы на нежелание жить, сниженное настроение, нарушение сна, аппетита, тревогу, апатию.

Психический статус. В кабинет вошла по приглашению, села на предложенный стул, сидит в сутулой позе, напряжена. Зрительный контакт не поддерживает. Гипомимична. Внешне опрятна, причёсана. Ориентирована в собственной личности, месте и времени верно. Внимание привлекается достаточно, истощаемое. Объяснение своему состоянию дать не может, отвечает «не знаю», пожимает плечами. На вопросы отвечает в плане заданного, после короткой паузы, односложно, формально. Мышление замедленное. Обманы восприятия отрицает, своим поведением не обнаруживает. Настроение снижено. Эмоционально лабильна. Интеллект и память не нарушены. Аппетит снижен. На момент беседы подтверждает периодическое возникновение суицидальных мыслей. Критика к заболеванию и состоянию формальная.

Для диагностики образа тела и особенностей совладающего поведения у пациенток были использованы следующие методики.

1. Опросник образа собственного тела (Скугаревский О.А., Сивуха С.В.).
2. Опросник самоотношения (Столин В.В., Пантилеев С.Р.).
3. Шкала оценки уровня удовлетворённости собственным телом (Скугаревский О.А.).
4. Шкала оценки пищевого поведения (Garner D.M., Olmstead M.P., Polivy J.P.); русскоязычная адаптация — О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский, С. Суихи.
5. Опросник «Форма вашего тела» (Cooper P.J., Taylor M.J., Cooper Z., Fairburn C.G.; пер. Н. Михайлова).
6. «Копинг-тест» Р. Лазаруса и С. Фолкмана (в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк и М.С. Замышляевой).
7. Методика диагностики копинг-механизмов (Heim E.).
8. Опросник совладания со стрессом COPE (версия Рассказовой, Гордеевой, Осина).
9. Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга.

Пациентка Л. имеет выраженную неудовлетворённость собственным телом. Наименее удовлетворяющие её части тела — нос, зубы, челюсть, живот, руки (плечо и предплечье), кисти, ягодицы, бёдра, ноги. Большое количество частей её тела кажутся пациентке непривлекательными, что проявляется чрезмерным беспокойством о весе, а также систематическими попытками похудеть, используя ограничения в пище. Есть риск возникновения булимии, выявлено наличие побуждений к перееданию и вызыванию рвоты. Самооценка низкая, что проявляется отсутствием веры в свои силы, способности, оценка своих возможностей пациенткой преимущественно негативная. Испытуемая видит в своей личности по большей части недостатки, выражает готовность к самообвинению, самоуничижению.

Пациентка Л. имеет пассивный стиль совладающего поведения, направленный в первую очередь

на борьбу с собственными негативными эмоциями. Наиболее используемые копинг-стратегии: поиск социальной поддержки, принятие ответственности и конфронтация, что проявляется в неоправданной самокритике, возникновении чувства вины и хронической неудовлетворённости собой, в реакциях самообвинения, переживаниях собственной бесполезности и никчёмности, аутоагрессии. Поведение характеризуется импульсивностью, трудностями прогнозирования результата действий, поиском внимания со стороны окружения. Отмечена также тенденция к поведению в импунитивной манере — отрицанию проблемной ситуации в целях уклонения от конфликтов, упрёков, как со своей стороны, так и от других людей.

На когнитивном уровне пациентка имеет склонность к анализу возникшей трудности и возможных вариантов выхода из неё, а также демонстрирует готовность к предоставлению подобной помощи близким из окружения. Однако эмоциональное состояние пациентки в проблемной ситуации характеризуется подавленностью, покорностью, злостью, возложением вины на себя с фиксацией на испытываемых негативных эмоциях и стремлением к их выражению. Такое несоответствие может быть связано с отсутствием достаточных копинг-ресурсов личности, в том числе в связи с наличием расстройства, что характеризует деструктивный характер совладания, способствующий дезадаптации личности и возникновению риска самоповреждений.

Пациентка К. также обладает выраженной неудовлетворённостью собственным телом. Большинство частей тела вызывают у испытуемой негативные переживания. Пациентка имеет сильную озабоченность тем, каковы формы её тела, вес, испытывает сильное желание изменить свой внешний вид, а также предпринимает систематические попытки похудеть, ограничивая своё питание. Есть побуждения к булимическим проявлениям нарушений пищевого поведения (переедание, рвота). Низкая самооценка проявляется в том, что пациентка видит в себе преимущественно недостатки. Отмечены склонность к самообвинению, ожидание негативного отношения к себе окружающих, что проявляется в низкой оценке собственных возможностей.

У пациентки К. выявлены такие адаптивные стратегии совладания, как принятие ответственности, установка собственной ценности в виде предварительного анализа трудностей и их возможных решений, а также альтруизм как способность оказать поддержку окружающим в аналогичных обстоятельствах. Однако на фоне дефицита личностных ресурсов совладания и тенденции к самообвинительным реакциям состояние пациентки в проблемных ситуациях характеризуется подавленностью, ощущением безнадёжности, неудовлетворённостью собой, аутоагрессией, что проявляется в фиксации на переживаниях собственной бесполезности и никчёмности, в том числе в актах аутодеструктивного поведения.

Большую частоту использования имеет такой копинг-механизм, как бегство-избегание или уход от проблемы, что подразумевает попытки снижения эмоционального напряжения через уклонение от активного совладания, сокращение усилий, а также дистанцирование, направленное на уменьшение субъективной значимости произошедшего. Подобные варианты поведения дают возможность пациентке быстро сократить степень эмоционального напряжения, непосредственно находясь в стрессовой ситуации, однако такой эффект непродолжителен и не способствует разрешению проблемы. Репертуар копинг-стратегий пациентки крайне ограничен, что способствует нарушению социальной адаптации, закреплению негативных переживаний.

В ситуации фрустрации пациентка с повышенной частотой ведёт себя в импунитивной манере с фиксацией на защите себя и своего «Я», что подразумевает отсутствие чьей-либо вины в сложившейся ситуации вплоть до полного отрицания самого наличия проблемы, преуменьшения её значимости, что можно рассматривать как форму уклонения от нападок со стороны окружения, стремление к примирительному разрешению конфликтов или же их избегание. Отсутствие попыток совершения активных действий по устранению фрустрирующей ситуации также связано со склонностью к реагированию в импунитивной манере, сопровождающейся глубокими переживаниями вины и угрызениями совести.

Анализ результатов психологического исследования пациенток с психическими расстройствами показал, что пациентки Л. и К. не удовлетворены собственной внешностью. Об этом свидетельствует наличие у девушек серьёзных искажений в восприятии и эмоциональной оценке своего тела и личности, обуславливающих возникновение нарушения образа тела, включающего клинические проявления расстройства пищевого поведения и селфхарм. Пациентки имеют низкую самооценку, что является неблагоприятным фактором для психического благополучия.

Обе пациентки склонны к использованию преимущественно непродуктивных стратегий совладания, таких как принятие ответственности, бегство-избегание и выход негативных чувств. Применение их направлено чаще всего на самообвинение или снижение актуального эмоционального напряжения. Отсутствие эффективного проблемно-ориентированного варианта совладания с преобладанием над ним пассивного копинга — серьёзный фактор для возникновения различных поведенческих деструкций, в том числе самоповреждающего поведения. Оно в свою очередь, регулярно выступая средством снятия сильного эмоционального напряжения, с течением времени становится привычным способом реагирования на стрессовые ситуации, постепенно встраивается в структуру личности как крайне неадаптивная копинг-стратегия, в связи с чем коррекция аутоагрессивного поведения достаточно затруднительна.

Таким образом, в приведённых клинических наблюдениях прослеживается тесная взаимосвязь между дисгармоничным стилем поведения пациенток, их личностными проявлениями и психопатологической симптоматикой. Обстоятельства жизни в сочетании с преморбидными личностными особенностями пациенток оказали влияние на формирование у них негативного восприятия себя и образа тела, а также неэффективных способов совладания со стрессом, проявляющихся в виде дезадаптивных форм поведения, в том числе самоповреждений, что в свою очередь может способствовать возникновению психических расстройств.

Изучение особенностей самовосприятия и способов реагирования личности представляет большой интерес как в связи с процессом выявления мишеней для психотерапии и работы с людьми, находящимися на стационарном лечении, так и для выявления группы риска возникновения психических нарушений среди подростков и юношей. В преобладающем большинстве в поле зрения специалистов (психиатров, психотерапевтов) пациенты с самоповреждающим поведением попадают в том случае, когда проявления самоповреждений становятся явными и заметными для окружающих. Зачастую к моменту обращения за помощью самоповреждающее поведение закрепляется как привычный способ реагирования на стрессовые ситуации. В связи с этим представляется, что проведение в учебных заведениях мониторинга или скринингового исследования личностных особенностей, особенностей совладающего поведения и восприятия образа тела у подростков будет иметь практическое значение для раннего обнаружения предпосылок к формированию нарушений образа тела, сопровождающихся такими клиническими проявлениями, как самоповреждающее поведение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В. и др. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. *Консультативн. психол. и психотерап.* 2016; 24 (3): 42–68. [Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Vikhristyuk O.V. et al. Leading mechanisms of self-harming behavior in adolescents: based on monitoring materials in educational organizations. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* 2016; 24 (3): 42–68. (In Russ.)] DOI: 10.17759/cpp.2016240304.
2. Lloyd-Richardson E.E., Perrine N., Dierker L., Kelley M.L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol. Med.* 2007; 37: 1183–1192. DOI: 10.1017/S003329170700027X.
3. Babiker G., Arnold L. *Autoagresja, mowa zranionego ciala.* Gdansk: Gdansk Psychological Publishing House. 2003; 220 p.
4. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp. Commun. Psychiatry.* 1993; 44: 134–140. DOI: 10.1176/ps.44.2.134.
5. Del Bello V., Verdolini N., Pauselli L. et al. Personality and psychotic symptoms as predictors of self-harm and attempted suicide. *Psychiatr Danub.* 2015; 27 (1): 285–291.
6. Hawton K., Kingsbury S., Steinhardt K. et al. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J. Adolescence.* 1999; 22 (3): 369–378. DOI: 10.1006/jado.1999.0228.
7. Botello M.C., Lopez F.M., Sanchez J.H. et al. Recurrent depression over a schizoid personality. Case report. *Eur. Psychiatry.* 2016; 33: 628. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1857.
8. Madge N., Hawton K., McMahon E.M. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011; 20 (10): 499–508. DOI: 10.1007/s00787-011-0210-4.
9. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2016; 29: 340–345. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000278.
10. Столин В.В. *Самосознание личности.* М.: Изд-во Московского ун-та. 1983; 288 с. [Stolin V.V. *Samosoznanie lichnosti.* (Self-awareness.) М.: Izd-vo Moskovskogo un-ta. 1983; 288 p. (In Russ.)]
11. Penley J.A., Tomaka J., Wiebe J.S. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J. Behav. Med.* 2002; 25: 551–603. DOI: 10.1023/a:1020641400589.
12. Berking M., Wirtz C.M., Svaldi J., Hofmann S.G. Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behav. Res. Therap.* 2014; 57: 13–20. DOI: 10.1016/j.brat.2014.03.003.
13. Lange S., Tröster H. Emotionsregulation von Jugendlichen mit depressiven Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.* 2018; 67 (6): 31–37.
14. Bijttebier P., Vertommen H. Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences.* 1999; 26 (5): 847–856. DOI: 10.1016/S0191-8869(98)00187-1.

Поступила 01.03.2020; принята в печать 06.03.2020.