

E. L. Sampson, N. White, B. Leurent, [et al.] // The British Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 205 (3). P. 189—196.

4. Дубенко А. Е., Коростий В. И. Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов // НейроNews. 2014. № 1. С. 22—27.

5. Мудренко І. Г. До актуальності проблеми суїцидальної поведінки у хворих з деменціями // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 112—113.

6. Левин О. С., Васенина Е. Е. Депрессия и деменция у пожилых: диагностические и терапевтические аспекты // Фарматека. 2012. № 19. С. 76—80.

7. Apostolova L., Cummings J. Psychiatric manifestations of dementia // Continuum. 2007. Vol. 13. P. 56—65.

8. Maruta N., Mudrenko I. Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia: 25th European congress of psychiatry // European Psychiatry. 2017. 41S. S. 365.

9. Левин О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 4. С. 39—44.

10. Potter G. G., Steffens D. C. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults // Neurologist. 2007. Vol. 13. P. 105—117.

11. Мищенко Т. С., Мищенко В. М., Здесенко И. В. Когніфен в постинсультній реабілітації больных // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 3 (88). С. 89—96.

Надійшла до редакції 28.07.2017 р.

МУДРЕНКО Ірина Григорівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри нейрохірургії та неврології медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, Україна; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

МУДРЕНКО Iryna, MD, PhD, Assistant of Department Neurosurgery and Neurology of the Medical Institute of Sumy State University, Sumy, Ukraine; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

УДК 616.89-008.447-092

Г. Я. Пилягіна

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ФОРМЫ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ*

Г. Я. Пилягіна

Особливості патогенезу еквівалентної форми саморуйнівної поведінки

H. Ya. Pyliahina

Pathway aspects of equivalent form of self-destructive behaviour

В статье рассмотрены патогенетические особенности формирования эквивалентной формы саморазрушающего поведения (ЭквСрПв). Представлены основные положения терминологического понятия ЭквСрПв, а также описан вклад аутодеструктивных копинг-стратегий и механизма смещенной активности в формирование ЭквСрПв. На основе анализа клинических примеров показаны особенности системной диагностики и принципов терапии ЭквСрПв.

Ключевые слова: саморазрушающее поведение, эквивалентная форма саморазрушающего поведения, психические расстройства, девиантные детско-родительские отношения

У статті розглянуті патогенетичні особливості формування еквівалентної форми саморуйнівної поведінки (ЕквСрПв). Наведені основні положення терминологічного поняття ЕквСрПв, а також описаний внесок аутодеструктивних копинг-стратегій і механізму зміщеної активності в формування ЕквСрПв. На ґрунті аналізу клінічних прикладів показані особливості системної діагностики і принципів терапії ЕквСрПв.

Ключові слова: саморуйнівна поведінка, еквівалентна форма саморуйнівної поведінки, психічні розлади, девіантні дитячо-батьківські відносини

There are different aspects of pathway of self-destructive behavior equivalent form (EqvSDB) described in article. Terminological concept of EqvSDB is determined. Engagement of self-destructive coping strategy and displacement mechanism include in of EqvSDB description. Clinical examples help to understand system diagnostic approach and therapy principles to EqvSDB.

Keywords: self-destructive behaviour, self-destructive equivalents, mental disorders, deviant child-parental mutual relations

Значимость проблем саморазрушающего поведения (СрПв) очевидна в связи с постоянным повсеместным высоким уровнем как самоубийств, так и суицидальных попыток. Основная лечебно-профилактическая работа в суицидологии в Украине, несмотря на ее реальную неадекватность и несоответствие актуальности данной проблемы, направлена на суицидентов, совершивших самоповреждающие действия. Такие внешние проявления СрПв, а также суицидальные мысли (внутренняя форма СрПв) [1—3] большинство психиатров и психологов рассматривают как основные проявления аутодеструктивной активности. Такая профессиональная позиция приводит к тому, что многочисленные и самые разнообразные эквивалентные формы саморазрушения, приносящие существенный ущерб личности и обществу, остаются вне поля зрения клиницистов. Кроме того, в отношении эквивалентных проявлений СрПв практически не разработаны концептуальные модели их этио-

патогенеза именно как вариантов аутодеструктивной активности. Чаще всего аутодеструктивные эквиваленты, варианты эквивалентной формы СрПв (ЭквСрПв) относят к другим психическим и поведенческим нарушениям (например, так расценивают синдромы химической зависимости), либо рассматривают их как неболезненные, социально приемлемые и одобряемые формы поведения (например, к таким вариантам можно отнести «работоголизм», профессии, связанные с обязательным жизненным риском и т. д.). Хотя к ЭквСрПв можно отнести практически все варианты психических и поведенческих расстройств, так как все они включают в свой патогенез различные виды смещенной активности. Однако в реальной существующей практике оказания помощи больным саморазрушающей сущностью психических и поведенческих нарушений, их этиопатогенетическая сущность как ЭквСрПв чаще всего просто игнорируется.

Однако в начале обсуждения необходимо обсудить используемую терминологию.

Итак, эквивалентная форма СрПв — это любые осознанные действия или стратегии поведения, которые находят под волевым контролем, но продвигают индивида к более ранней физической смерти, вопреки

* Данное сообщение основано на материалах монографии Г. Я. Пилягіна «Саморазрушающее поведение: феноменология, принципы патогенетической динамики и диагностики».

ее естественному и ожидаемому сроку. Это разнообразные варианты поведения без прямого осуществления самоповреждающих действий. Преимущественно такая поведенческая активность не несет осознанных интенций к непосредственной психофизической деструкции или осмысленного переживания привлекательности собственности смерти. Напротив, при реализации аутодеструктивных стратегий в эквивалентной форме индивид осознанно стремится к максимально быстрому достижению состояния удовлетворенности и удовольствия. Тем не менее, именно такие поведенческие стратегии со временем приводят к психическому (психологическому) саморазрушению личности, а также физической деструкции организма в процессе и в результате их реализации [2—5]. Хотя аутоагрессивная мотивация поведения достаточно часто понимается индивидом, осознание последствий своих поступков отсутствует, что способствует формированию и закреплению аутодеструктивных личностных установок, а также последующему регулярному воспроизведению аутодеструктивных поведенческих паттернов.

Таким образом, поведение, соотносимое с ЭквСрПв, направлено на неосознаваемое или осознанное саморазрушение, является потенциально губительным, и ускоряет смерть индивида, хотя он непосредственно не осуществляет суицидальные или другие самоповреждающие действия. Смерть, возможная в подобных случаях, воспринимается и квалифицируется как несчастный случай. Э. Дюркгейм назвал подобного рода аутодеструктивное поведение «символическим суицидом» [6]. К. Меннингер ввел понятие «саморазрушающий стиль жизни» (self-destructive lifestyle). Это понятие описывает стратегии поведения, когда инстинкты саморазрушения и желание убить, конверсированное на самого себя, проявляются во взаимодействии с более сложной, неоднозначной мотивацией, которая значительно усиливает тенденцию к самоуничтожению, но запрещает непосредственную реализацию саморазрушающих действий [7]. Однако конечным результатом такой поведенческой активности становится именно саморазрушение личности. Прежде всего, К. Меннингер к саморазрушающему стилю жизни относил алкоголизм, наркоманию и курение. В русскоязычной литературе этому понятию соответствует термин «хроническое самоубийство» или «перманентный суицид».

К терминам, описывающим ЭквСрПв, также относят такие термины, как непрямоте, частичное, полунанмеренное, скрытое самоубийство; бессознательное суицидальное поведение; субсуицидальные феномены или суицидальный эквивалент; поведение, связанное с комплексом факторов потенциальной гибели [8, 9], фокальный суицид [4].

К. Фредерик описал основные характеристики непрямого суицида [10]: частое отсутствие осознания последствий своих поступков; рационализация, интеллектуализация или отрицание своего поведения; постепенное начало деструктивного поведения, которое все же стремительно приближает смерть; крайне редкое открытое обсуждение этих тенденций; вероятность долготерпеливого, мученического поведения; извлечение вторичной выгоды из сочувствия или проявлений враждебности во время воплощения эквивалентных форм саморазрушения; в таких обстоятельствах смерть почти всегда представляется окружающим случайностью.

ЭквСрПв характерна как для predisпозиционного, так и для манифестного этапа СрПв [1—3, 9], и чаще на-

блюдается в начальном периоде его прогрессивной динамики. Несмотря на крайне низкий уровень суицидального риска, эквиваленты СрПв имеют относительно высокий аутодеструктивный потенциал, так как самоповреждающий эффект их наличия накапливается со временем. Достаточно часто, при длительном существовании ЭквСрПв, особенно в психотравмирующих условиях, они трансформируются во внутреннюю или внешнюю формы аутодеструктивной активности с резким ростом уровня аутодеструктивного потенциала.

Формирование ЭквСрПв происходит на основе девиаций онтогенетического развития. Хроническая неудовлетворенность базисных потребностей индивида, попытка преодоления длительно переживаемых негативных эмоций и высокой степени фрустрации являются аффективной основой ее развития. Когнитивный компонент ее развития базируется на хронической фрустрационной неудовлетворенности и потенцирует гиперактивацию различных психологических защит. Конативный компонент ЭквСрПв выражается в трансформации фрустрационной энергии и закрепленных аутодеструктивных личностных установок в различные аутодеструктивные стратегии поведения.

Так, стеничный вариант аутодеструктивной копинг-стратегии как ЭквСрПв проявляется поведением с повышенной агрессивностью в виде неадекватной и неоправданной самостоятельности (уходы из дому, активный саботаж и протест в возрасте до 14—16 лет), эпатажности (чрезмерный татуаж, пирсинг), склонности к асоциальному поведению и группированию (участие в специфических молодежных группах, подобных готам, эмо, стритрейсерам, паркурщикам или другим субкультуральным группам с рисковим поведением). А стеничный вариант аутодеструктивной копинг-стратегии (как ЭквСрПв) характеризуется различными вариантами поведенческих нарушений на основе регрессивной инертности (симбиотическая зависимость в детско-родительских отношениях, в том числе во взрослом возрасте), интенциональной слабости (пассивность, стеснительность, замкнутость в межличностных контактах), субмиссивной виктимности (позиция выученной беспомощности) и виртуальной самореализации (бегство в фантазии от пугающей реальности).

К вариантам ЭквСрПв относятся самые разнообразные формы поведения и образа жизни человека. Чаще всего к ней относят синдромы зависимости вследствие злоупотребления психоактивными веществами (токсикомании, алкоголизм). Они трактуются как хронический или перманентный суицид, так как необратимая психофизическая деструкция и преждевременная смерть есть непосредственный результат реализации этих аутодеструктивных стратегий поведения. Различные варианты нехимических зависимостей (эмоциональных, виртуальных, пищевых и рискового поведения) обладают не меньшим уровнем аутодеструктивного потенциала, хотя и с большим временным периодом его накопления.

К ЭквСрПв можно отнести любое рисковое поведение — необоснованное, неадекватное и непосредственно сопряженное с угрозой для здоровья и жизни, которое чаще всего встречается в условиях военных действий, при профессиональной деятельности (включая научные эксперименты), в спорте или в рамках активности социальных, прежде всего, молодежных групп (паркур, стритрейсинг и т. д.). Аутодеструктивными эквивалентами являются все формы фанатизма или аскетизма, которые чаще всего формируются на основе сверхценных

идей различного содержания: религиозного (включая извращенное понимание духовного поиска), идеологического, ипохондрического (например, идеи «ипохондрии здоровья») и т. д.

Таким образом, к вариантам эквивалентной формы СрПв в определенной степени можно отнести большинство вариантов невротических, аффективных и личностных расстройств, так как существенное влияние в их патогенезе имеют аутодеструктивные личностные установки, а хронификация подобных психопатологических нарушений сопровождается социально-психологической дезадаптацией и психофизической деструкцией.

Формирование клинически манифестных вариантов аутодеструктивной активности осуществляется благодаря механизму смещенной активности, который соотносится с патодинамикой СрПв следующим образом. При формировании любой психической патологии, несмотря на формирование психопатологических симптомокомплексов и дезадаптивного поведения, основной задачей организма является стабилизация психофизического гомеостаза и максимальное уменьшение критического уровня фрустрационной неудовлетворенности. Но критический уровень фрустрационной неудовлетворенности практически всегда обусловлен мощными эмоциональными переживаниями как реакцией на определенный внешний объект, во взаимодействии с которым они чаще всего возникают и проявляются. Обычно таким объектом является другой человек, отношения с которым субъективно значимы для пациента, или конкретные жизненные обстоятельства, воспринимаемые им как судьбоносные. Неконтролируемый осознанием переизбыток эмоциональных переживаний вызывает критическое повышение уровня фрустрации. Это проявляется, прежде всего, в виде состояния длительного психофизического перенапряжения, повышенной агрессивности или интенсивной тревоги, страха, а также хаотичности целенаправленной активности. Одним из способов стабилизации психического состояния в таких случаях есть смещение внутриличностной, когнитивно-эмоциональной и внешней поведенческой активности. Такой процесс является сутью смещенной активности, которая, в свою очередь, включена как один из основных механизмов развития ЭквСрПв.

В психологии смещенная активность выделяется как определенный вид психологической защиты, который активизируется в ситуации фрустрации жизненных метапотребностей, часто в сочетании с другими видами психологических защит [2, 5, 11—14]. СрПв, по сути, есть результативное проявление смещенной поведенческой активности, манифестирующей в психотравмирующих обстоятельствах.

Становление смещенной активности можно описать следующим образом. Невозможность адекватно выразить, канализировать высокий уровень агрессии, страха или других интенсивных эмоций вследствие фрустрации достижения субъективно желаемого результата в отношениях или обстоятельствах и адаптивно снизить фрустрационное напряжение способно вызвать внутреннее совмещение объекта переживаний и субъекта, испытывающего эти чувства. Так, в условиях стрессорного воздействия у человека формируется смещение пути эмоционального и поведенческого отреагирования и закрепляются аутодеструктивные паттерны поведения, реализация которых в некоторой степени снижает критический уровень фрустрации, приводит к стабилизации психофизического гомеостаза. Следовательно, смещен-

ная активность включена в развитие всех видов и форм СрПв, так как оно основано на механизме смещенной активности, при которой объект и субъект отреагирования агрессии и других негативных эмоций совпадают.

Любые проявления невротического поведенческого смещения представляют собой ЭквСрПв. А становление смещенной активности происходит в ранних периодах онтогенеза, уже в раннем детском возрасте. Приспособительная целесообразность развития смещенной активности и ЭквСрПв проявляется в том, что только таким патологическим способом ребенок в какой-то мере может отреагировать накопившуюся агрессию, страх или вину и снизить уровень фрустрационного напряжения. Например, в повторяющихся обстоятельствах отвержения и непонимания ребенок регулярно злится на родителя, однако не может выразить свою злость, так как в ходе воспитания у него уже закреплен жесткий паттерн поведения — запрет на выражение каких-либо сильных эмоций (злости, горя, радости) по отношению к опекающему взрослому. При этом, если родитель еще и ситуативно обвиняет маленького ребенка, испытывающего по отношению к нему злость, в недопустимости подобных чувств и их выражения («...как ты смеешь так себя вести... разве можно такое говорить маме... только плохие дети позволяют так себя вести по отношению к маме и папе...»), то у него направленность агрессии переадресовывается на себя. Подсознательная модель смещения как психологической переадресации выглядит следующим образом:

на маму нельзя злиться, а я злюсь →

значит, я — плохой и меня нужно наказывать →

значит, меня нужно всегда наказывать, потому что я часто испытываю злость →

значит, злость выражать никогда нельзя, а я всегда должен быть наказан за злость, которую испытываю →

значит, в любом случае, когда я злюсь, даже если меня не наказывают другие, я накажу себя сам, так как я — плохой и должен быть наказан.

Безусловно, маленький ребенок (как и взрослый человек) не осознает весь этот путь формирования смещенной активности и личностных аутоагрессивных установок, в силу недосформированности когнитивных механизмов и отсутствия опыта. Кроме того, процесс психологического смещения реализуется в течение длительного времени (месяцы, годы) и постоянно подкрепляется по принципу развития патологической доминанты в нервно-психической деятельности. Приведенный условный пример модели формирования смещенной активности отображает механизм детской психотравматизации, возникающий при девиантных детско-родительских отношениях.

То есть, в основе формирования смещенной поведенческой активности лежит детская психотравматизация, которая всегда сопровождается интенсивными переживаниями вины, обиды, протеста, психологической боли и вытеснением в подсознание агрессивной энергии этих чувств. Подобная вытесненная энергия трансформируется в смещенную, переадресованную активность в связи с тем, что ребенок в девиантных детско-родительских взаимоотношениях не в состоянии адекватно выразить накопившиеся негативные эмоции по отношению к агрессору — опекающему взрослому [5, 10, 12—14].

Такая смещенная активность может приобретать черты экстернатальности (реализация вовне) или интернатальности (реализация внутрь). Смещенная активность с внешней реализацией за критический фрустрацион-

ного напруження приводит к формированию клинически манифестных вариантов СрПв с поведенческим выражением переживаемых ребенком, подростком или взрослым интенсивных негативных переживаний в виде суицидального или аутодеструктивного поведения с реализацией самоповреждающих действий. В случае подавленной поведенческого компонента переживаемых интенсивных эмоций их энергия трансформируется и выражается в виде различных вегетативных дисфункций и идеаторных конструктов. В обоих случаях в клинической картине смещенной активности выявляются те или иные невротические симптомокомплексы.

Так, в любом возрасте, начиная с детского, при неудовлетворенной потребности в поддержке и взаимопонимании формируется смещенная аутоагрессивная личностная установка с последующим развитием и закреплением стеничного, астеничного или амбивалентного варианта аутодеструктивной копинг-стратегии. Девиантные детско-родительские отношения всегда имеют перманентный характер, что формирует у ребенка состояние хронического перенапряжения, так как он постоянно испытывает чрезмерные эмоциональные переживания, не в силах преобразовать характер сложившихся взаимоотношений и адекватно их отреагировать. Вследствие чрезмерного и длительного психофизического перенапряжения у ребенка достаточно быстро стартует процесс патологизации нервно-психической деятельности, в частности развитие ЭквСрПв.

Одним из проявлений смещенной активности у детей при перманентной невозможности отреагировать высокий уровень эмоциональных переживаний и фрустрационной неудовлетворенности вследствие девиантных детско-родительских взаимоотношений есть, например, закрепление такого распространенного паттерна поведения как грызение ногтей. Подобное поведение представляет собой начальную стадию реализации стеничной или амбивалентной аутодеструктивной копинг-стратегии, в основе которой лежит смещение неотреагированной злости на причинение вреда самому себе. Подобный механизм аутодеструктивной переадресации агрессии лежит в основе психогенных тикозных подергиваний мышц, других патологических привычек или невротических стереотипий, а также неорганического энуреза. В какой-то мере этот процесс сходен с образованием патологической доминанты и стереотипий, развивающихся в раннем возрасте при психозах развития.

В клинической практике при системном диагностическом анализе СрПв достаточно часто встречаются смешанные варианты смещенной активности, включающие как патологию поведения, так и соматизацию (с диссоциативно-конверсионными механизмами). Примером такого варианта смещенной активности является анорексия, представляющая собой нарушения пищевого поведения в сочетании со специфическим проявлением obsессивно-депрессивной симптоматики и выраженными соматическими нарушениями. В клинической зарисовке 1 представлен один из вариантов анорексии, развившейся в подростковом возрасте, а также ее диагностический анализ и принципы терапии.

Клиническая зарисовка 1

Пациентка Д., 14 лет. Образование: неоконченное среднее, учащаяся 8-го класса. Проживает с родителями.

Клинический диагноз (по МКБ-10) [15]

Ось I: нервная анорексия (F50.0), в анамнезе эпизод психогенной потери аппетита (F50.8).

Ось II—III: без расстройств.

Ось IV: сопутствующие диагнозы — хронический гастрит (K29).

Ось V: проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства (Z63); общая оценка функционирования (GAF) — 60 баллов.

Ось VI: умеренные нарушения социального функционирования.

Суицидологический диагноз

Вид СрПв — аутодеструктивное несуйцидальное поведение. Эквивалентная форма СрПв (нервная анорексия). Парасуйцидальный клинико-патогенетический тип СрПв при осмотре. Суйцидальная мотивация отсутствует. Общий уровень аутодеструктивного потенциала — крайне высокий; уровень суйцидального риска при осмотре — низкий, возможный горизонт прогноза — несколько недель.

Жалобы: конфликты с мамой из-за ее неадекватного контроля по поводу еды.

Из анамнеза. Раннее психофизическое развитие без особенностей, в соответствии с возрастом. В период с двух до семи лет часто болела простудными заболеваниями, с начала учебы в школе периодически наблюдались приступы острого гастрита (лечилась и наблюдалась у гастроэнтеролога). По характеру пациентка описывает себя как сдержанную, упрямую, ранимую.

Родители в разводе с 12-летнего возраста пациентки. Ее отец занимается частным бизнесом, в настоящий момент частично финансово обеспечивает семью. По характеру (со слов матери пациентки) — крайне эмоционально неустойчив, злоупотребляет спиртным, в состоянии алкогольного опьянения — агрессивен. Такое поведение мужа вызвало в семье постоянные конфликты и стало основанием для развода родителей. Мать пациентки — медсестра, психастеничная личность, субмиссивная, интровертированная (в ходе беседы крайне неохотно описывает события в семье и свое поведение в конфликтах с мужем, настаивая на том, что настоящие проблемы связаны только с неадекватным поведением и упрямством дочери). Д. имеет 4-летнего брата.

Первый эпизод потери аппетита относится к возрасту 11 лет, когда после сильного пищевого отравления девочка попала в реанимационное отделение и в течение двух недель одна проходила лечение в гастроэнтерологическом отделении, так как мама находилась дома с грудным братом. Период отравления и последующие дни сопровождались интенсивным спастическим и болевым синдромом. Пациентке была назначена жесткая диета, в связи с чем она потеряла в весе до 10 кг за две недели (со слов мамы — вес при выписке из отделения не превышал 35 кг при росте 150 см). После выписки из стационара незначительное послабление в диете привело к повторному спастическому, болевому приступу. После чего пациентка опять попала в стационар, где вновь была назначена строгая диета. У девочки появился страх перед приемом пищи, так как он мог опять вызвать интенсивную боль. Во время госпитализаций в связи с необходимостью обеспечить выполнение диеты мать пациентки много времени проводила вместе с ней (несмотря на наличие маленького ребенка), часто приходил отец. Девушка, описывая тот период, сообщила, что, несмотря на страх есть и отказ от пищи, чувствовала себя в больнице намного спокойнее, чем дома, так как «...не видела вечно ругающихся родителей, а в больнице они были вместе со мной...». В дальнейшем периодический болевой синдром на фоне приступов гастрита продолжался в течение полугода. Весь этот период пациентка ела крайне мало и исключительно диетическую (протертую) пищу, хотя описывает, что испытывала постоянное чувство голода, а «...отказывалась от еды

только из-за страха перед болью...». Постепенно состояние улучшилось, и пациентка вернулась к обычному режиму питания (после отдыха на море со всей семьей во время летних каникул).

В течение последующих двух лет гастралгические приступы и эпизоды потери аппетита у пациентки не возобновлялись, но в семье продолжались постоянные конфликты, приведшие к разводу родителей. В течение всего последнего года до настоящего момента в семье были крайние конфликтные отношения. Отец уже не жил вместе с семьей, но регулярно приходил к ним, так как пациентка, ее брат и мама (недавно вышедшая на работу после отпуска по уходу за ребенком) финансово зависели от него. Часто был пьяным, что провоцировало скандалы между родителями. В очередном конфликте между родителями (за три месяца до осмотра), когда пациентка попыталась защитить мать от нападок отца, он ответил ей: «А ты, корова, что лезешь...». Д. достаточно точно описывает этот момент как начало настоящего эпизода отказа от еды: «...на следующий день я посмотрела на себя в зеркало и поняла, что я, действительно, корова, и решила — надо срочно худеть...». На тот момент пациентка имела рост 159 см и вес — 48 кг. После этого девушка стала соблюдать строгую диету, считать калории и практически отказалась от еды, потеряв в весе за несколько недель больше десяти килограммов (на момент осмотра масса тела пациентки была 37 кг, менструация последние два месяца отсутствовала). Мать пациентки, заметив потерю веса у дочери, сразу обратилась к гастроэнтерологу, однако после обследования врач направил пациентку к психиатру. Но мать обратилась к психологу, с которым девушка несколько раз встречалась, однако считает, что безрезультатно: «...все это ни к чему... я контролирую вес, это мать паникует и кричит на меня, а мне еще нужно сбросить пару килограммов...». За прошедшее время пациентка сконцентрировалась исключительно на проблеме лишнего веса, попытки матери заставить дочь поесть сопровождались уговорами или конфликтами. Социальная активность пациентки существенно не изменилась: она встречается с друзьями, посещает школу, хотя стала более небрежно относиться к учебе. Утверждает, что стала «...намного лучше выглядеть, а многие однокурсники даже завидуют мне...».

На осмотр психиатра пациентка согласилась только по настоянию матери, обследование проводилось с согласия обоих родителей.

Диагностический анализ СрПв

Анализ психопатологического аспекта суцидогенеза.

При осмотре в клинической картине ведущей симптоматикой есть проявления нервной анорексии. Выражены сверхценные идеи избыточности массы тела и крайней неудовлетворенности своей внешностью, имеющие обсессивный характер, а также самооправдание собственного поведения, направленного на снижение массы тела. Критика к опасности отказа от пищи отсутствует. Внешне эмоционально сдержана: тревожная и депрессивная симптоматики отсутствует, однако выявляет дисфорическое реагирование в ответ на провокативные утверждения матери о поведении пациентки. При осмотре не обнаружены интеллектуальные нарушения и психотическая симптоматика.

Первый эпизод потери аппетита в 11 лет необходимо квалифицировать как психогенную потерю аппетита (F50.8). Его основным патогенетическим фактором был страх возобновления гастралгии, а сопутствующими обстоятельствами — конфликтная обстановка в семье и возможное наличие сиблингового соперничества (в беседе пациентка подтверждает это). Эти факторы компенсировались при ухудшении ее физического состояния, включая

потерю массы тела, и в ситуации лечения в стационаре. Подтверждением такому диагностическому выводу есть факт окончания первого эпизода анорексии на фоне совместного семейного отдыха.

Настоящий эпизод анорексии — рецидив привычного механизма психогенного, невротического реагирования в условиях сохраняющихся психотравмирующих обстоятельств в семье. Нервная анорексия в данном случае (как и во всех иных) относится к аутодеструктивному несуицидальному поведению как виду СрПв, его эквивалентной форме и парасуицидальному клинико-патогенетическому типу, так как не несет в себе осознаваемой суицидальной мотивации. Тем не менее, аутодеструктивный потенциал состояния пациентки очевидно высокий, что является следствием патодинамики психопатологического расстройства, наносит значительное повреждающее воздействие физическому здоровью девушки и непосредственно угрожает ее жизни.

Анализ патопсихологического аспекта суцидогенеза. Основная патопсихологическая мотивация формирования настоящего эпизода нервной анорексии у пациентки — специфический способ диссоциирования, переключения внимания с неизменно конфликтной ситуации в отношениях в семье. Для пациентки такой невротический механизм есть эмоционально закрепленным способом патологической адаптации к непереносимому уровню психалгии, вызванной неразрешимой семейной ситуацией, в которой в течение многих лет существует девушка.

Однако основой первого эпизода анорексии была иная психологическая мотивация — все, что происходило вокруг отказа от еды, приводило к вниманию со стороны родителей и улучшению в их отношениях. Хотя собственно анорексия была вызвана страхом боли и первым опытом встречи с состоянием беспомощности. Можно сделать вывод, что закрепление аноректичного поведенческого паттерна как реакции на беспомощность (в настоящем эпизоде ощущение беспомощности вызывает нескончаемость конфликтов между родителями) и возможности компенсировать базисную проблему (получить их внимание за счет необходимости решать проблемы со здоровьем пациентки) обусловлено патологической адаптивностью данного невротического механизма. В повторном эпизоде анорексии — пациентка стала старше, а ее взросление продолжает происходить в сохраняющихся психотравмирующих условиях, что активизировало закрепленный механизм психологической защиты. Но в данном эпизоде он проявился в более тяжелом психопатологическом варианте: в развитии нервной анорексии с поведением отказа от пищи вследствие формирования сверхценных, обсессивных идей как ЭквСрПв с высоким уровнем аутодеструктивного потенциала. Такой вариант психопатологии очевидно угрожает жизни Д., несмотря на отсутствие осознаваемой суицидальной мотивации.

Безусловно, основой развития ЭквСрПв в данном случае есть патопсихологические проблемы и дезадаптивное поведение родителей пациентки. Пациентка испытывает противоречивые отношения к обоим родителям. Она описывает, что отец любит и ее, и брата, но часто до развода родителей, будучи пьяным, мог ударить и ее, и мать. Тем не менее, отец часто покупал подарки и баловал дочь. С мамой отношения девушки не менее амбивалентны, так как мать, не справляясь со сложившейся жизненной ситуацией, часто кричит на пациентку, обвиняя ее в неблагодарности и отсутствии помощи. После развода родителей отношения девушки с мамой ухудшились: «...она только орет на меня, но я молчу... я знаю, ей тяжело с нами двумя (о себе и брате), но зачем

на меня все время орать?...». Также амбивалентными являются отношения родителей друг к другу и их поведение. Подобная совокупность амбивалентных чувств, отношений и поведенческих паттернов в семье способствовала формированию нервной анорексии как инверсированной протестной реакции у пациентки на невозможность разрешить подобную амбивалентность. Подтверждением этому тезису является распространенная психологическая метафора: отказ от еды — это единственная возможная форма протеста пациентки на невозможность принять (поглотить) «неперевариваемую реальность» сложившихся отношений с родителями.

Д. не акцентирует внимание на наличии сиблингового соперничества в отношениях с младшим братом, однако анализ первого эпизода психогенной анорексии свидетельствует об этом, так как тот период произошел вскоре после его рождения. Таким образом, протест в виде конверсионного отказа от пищи (ЭквСрПв) возник у пациентки как ответ на внезапное изменение жизни (рождение брата) и собственного состояния (страх возобновления острого болевого синдрома) и закрепился как пассивный протест на переживание состояния беспомощности в межличностных отношениях (перманентные конфликтные отношения в семье). Психологические установки Д. — пассивно-протестные и инфантильные: «стать внешне совершенной, чтобы заслужить любовь отца и спокойствие матери».

Данный случай — пример пассивно-протестного варианта смещенной активности и ЭквСрПв. Патологическая адаптивность анорексии — переключение фокуса внимания с состояния беспомощности в попытке изменить ситуацию в семье, потребность в чем испытывает подросток в подобных условиях.

Модель формирования ЭквСрПв в данном случае можно представить так:

все совсем складывается не так, а я стала совсем ужасной, если даже отец считает меня «коровой» (закрепление аутодеструктивной копинг-стратегии самоотвержения и самообесценивания) →

я стану такой, как должна быть, а для этого надо только худеть (этап становления ЭквСрПв) →

а когда я болею, они начинают замечать и слушать меня →

я не должна есть, чтобы быть худой и все изменилось к лучшему.

Принципы терапевтической тактики

Согласно современным клиническим протоколам, лечение нервной анорексии основано на приеме нейролептиков и семейной психотерапии. Однако пациентка в качестве психофармакологической терапии согласилась на прием только препаратов из группы седативных ноотропов (от стационарного лечения отказалась и пациентка, и ее родители). Также пациентке и родителям была предложена психотерапевтическая помощь. Было проведено шесть еженедельных консультативных встреч с пациенткой и две — с родителями (от совместных консультаций родители отказались).

В процессе краткосрочного психотерапевтического вмешательства основной мишенью было взаимодействие с родителями, было прояснено влияние конфликтных взаимоотношений в семье как основного причинного фактора развития анорексии у пациентки (с учетом ее возраста) и обоснована необходимость изменить взаимоотношения между ними как единственный реальный путь изменения поведения дочери. Были проанализированы пути конструктивного взаимодействия с дочерью со стороны каждого из родителей в отдельности.

Фокус психотерапевтической работы с пациенткой был направлен на формирование доверительного контакта, а также поиска ресурсных зон в сложившейся ситуации. Результатом комплексной терапии стало улучшение состояния пациентки: прекратилась потеря массы тела, за время терапии масса тела пациентки увеличилась на три килограмма. Д. стала намного спокойнее, она отметила, что отношения между родителями изменились: продолжая общаться, они прекратили постоянно при встречах скандалить, улучшилось взаимодействие с дочерью у каждого из родителей. На фоне полученных результатов пациентка прекратила лечение.

Прогностическая оценка патодинамики СрПв в данном случае — относительно благоприятная, так как психическое состояние пациентки и поведение родителей в период проведения терапии существенно изменились. Однако качественный результат возможен только, если проведенная психотерапевтическая работа с родителями изменила системный характер взаимоотношений в семье. Тем не менее, краткосрочность проведенной терапии не дает оснований утверждать, что ЭквСрПв у пациентки была полностью купирована.

Смещенная активность имеет высокий аутодеструктивный потенциал и выраженный повреждающий эффект для человека, несмотря на отсутствие в течение длительного времени внешних поведенческих проявлений СрПв. Критический уровень фрустрационной энергии на основе вытесненной в подсознание агрессии по отношению к агрессору (чаще всего — к родителям или партнеру) или психотравмирующим обстоятельствам реализуется не конкретными поступками, а внутренним хроническим психофизическим перенапряжением. Практически всегда пациент со смещенной активностью испытывает сочетание интенсивных эмоциональных переживаний (не только агрессию, но и страх, вину, стыд), подавляя и вытесняя в подсознание весь комплекс этих переживаний. Подавление чрезмерных негативных эмоциональных переживаний направлено на снижение субъективно непереносимого уровня психической боли — основного энергоемкого компонента фрустрационной энергии. В большинстве случаев мотивационной основой такого варианта смещенной активности есть аутодеструктивная установка: я позволяю разрушаться себе, не имея возможности уничтожить другого или обстоятельства, непереносимые для меня.

Специфическим вариантом эквивалентов СрПв есть анозогнозия или попустительство по отношению к здоровью, как при конкретном заболевании, так и к ухудшению состояния в целом, например, в процессе деволюции. Попустительское отношение к состоянию собственного здоровья отражает наличие закрепленной аутодеструктивной внутриличностной установки игнорирования явных нарушений в работе органов и систем организма. Такой патогенетический механизм (невротической избирательности внимания и туннельного мышления) лежит в основе формирования психосоматических расстройств, трансформирующихся со временем в тяжелые варианты соматической патологии с очевидным разрушением организма.

Пример такого невротически-соматоформного полюса смещенной активности в виде попустительства по отношению к своему здоровью представлен в клинической зарисовке 2. Поведение Ш. можно соотнести с тем, что E. Shneidman квалифицировал как одобряющие смерть или искатели смерти [4].

Клиническая зарисовка 2

Пациентка Ш., 54 года. Высшее образование. Адвокат. Не замужем, бездетна. Проживает одна в собственной квартире.

Клинический диагноз (по МКБ-10)

Ось I: Дистимия (F34.1) в сочетании со злоупотреблением алкоголем (F10.1), психологические и поведенческие факторы, связанные с болезнями, классифицированными в других рубриках (F54), синдром апатической депрессии, антивитаальные переживания.

Ось II—III: без расстройств.

Ось IV: сопутствующие диагнозы — хронический вирусный гепатит В (B18.1), хронический холецистопанкреатит (K81.1 + K86.1), хронический пиелонефрит (N11.0), синдром вторичной гипертензии (I15.1).

Ось V: проблемы, связанные с образом жизни (Z72) и с факторами социального окружения: проживание в одиночестве (Z60.2); в личном анамнезе — болезни и болезненные состояния (Z87), невыполнение лечебных мероприятий и несоблюдение режима (Z91.1); общая оценка функционирования (GAF) — 60 баллов.

Ось VI: умеренные нарушения социального функционирования.

Суицидологический диагноз

Вид СрПв — патологический вариант аутоагрессивного поведения. Форма СрПв при осмотре: внутренняя (антивитаальные переживания) и эквивалентная (ухудшение течения соматических расстройств как вариант психосоматической патологии). Парасуицидальный клинико-патогенетический тип СрПв при осмотре. Суицидальная мотивация — избегание непереносимого уровня психалгии. Общий уровень аутодеструктивного потенциала — высокий; уровень суицидального риска при осмотре — низкий, возможный горизонт прогноза — несколько недель.

Жалобы: активно жалоб не предъявляет («...а что собственно говорить... жизнь идет не туда?... ну, идет... под откос идет, так сколько ее осталось... как-нибудь перетерплю...»).

Из анамнеза. Пациентка родом из маленького городка, выросла в многодетной семье (пятеро детей, имеет трех старших братьев и младшую сестру), поэтому всегда стремилась «...вырваться из нищеты...», добиться финансовой независимости и иметь собственную жилплощадь.

Со слов Ш., отец был добрым человеком, но злоупотреблял спиртным, в связи с этим дома часто были скандалы между родителями. Мать — «...всегда уставшая, забеганная... дом и хозяйство были на ней, и мы были на ней... старшие — мальчишки, особенно маме не помогали, а мы с сестрой были еще маленькие... и отец с работы практически всегда приходил пьяным... поэтому мама особенно с нами и не разговаривала, часто кричала, что мы ей не помогаем... позже стала сильно болеть... а к врачам тоже не ходила... только, когда совсем было плохо — ложилась, а потом опять бежала что-то делать...». Родители умерли более двадцати лет назад. Отмечает, что отношения в семье были «...нормальными, но говорить "по душам", рассказывать что-то, жаловаться было не заведено...»

В 16 лет пациентка уехала из дому в Киев, училась в строительном училище, работала маляром, долго жила в общности. Заочно окончила юридический факультет. Дважды непродолжительно жила в гражданском браке: «...первый раз в течение трех лет жила с мужчиной, когда училась в институте, но он пил, а когда еще стал бить меня — я ушла... а второй раз — встречались года три... он жил в одной квартире с бывшей женой, а я в то время — у сестры... а после того, как я купила квартиру, он перешел ко мне... но он оказался альфонсом, не работал, а все время "искал"

работу... стал деньги мои забирать... а когда я узнала, что он еще и продолжает ходить к бывшей жене — выгнала...».

Ш. отмечает, что много лет «...тяжело работала...», чтобы заработать деньги для покупки собственной квартиры и возможности сделать в ней ремонт: «...поэтому, наверное, и с семьей не получилось — некогда было, все время работала... очень хотелось не зависеть от мужчины и иметь свое жилье...». Семь лет назад купила квартиру.

Хроническим пиелонефритом страдает с молодого возраста («...последствия работы на стройке...»), острый гепатит В перенесла в 35 лет, после которого долго восстанавливалась. Отмечает, что «...почки периодически болят, иногда бывают острые приступы боли... и слабость часто, и проблемы с поджелудочной... но ничего нового нет, обхожусь своими средствами, все равно ведь не вылечат...». В менопаузе в течение пяти лет, считает, что климактерический период прошел без осложнений.

Отмечает, что «...в свое время приятелей и подруг было много, но в последние годы все заняты, а я перестала бывать на вечеринках, и практически никого рядом не осталось...». Сложившуюся жизненную ситуацию считает причиной замкнутости и отсутствия внешних контактов. С братьями встречается редко. Наиболее теплые отношения в настоящее время поддерживает с младшей сестрой, по настоянию которой (и вместе с ней) пришла на консультацию.

Со слов сестры состояние Ш. стало изменяться через некоторое время после разрыва отношений со вторым мужем и постепенно ухудшалось. Уже 2—3 года назад изменения в стиле жизни и своем состоянии сама пациентка перестала скрывать и объяснять: она резко сократила круг общения, стала замыкаться; постепенно явно сократила объем работы, который по ее характеру может регулировать сама (частная адвокатская деятельность); перестала, как прежде, ухаживать за собой; стала злоупотреблять спиртным. Сестра не может объяснить причины изменения состояния пациентки: «...почти сразу после развода она стала говорить, что больше ждать от жизни нечего... и даже квартира, которую она не просто хотела, а жаждала иметь, в которой долго и тщательно занималась ремонтом — и та перестала ее интересовать... и здоровье резко стало ухудшаться только потому, что она ничего не хочет делать — то некогда, то денег нет... но я же знаю, что это только отговорки... а других каких-то причин и не было...». Несмотря на существенное ухудшение состояния соматического здоровья, пациентка, выдумывая различные предлоги, категорически отказывалась обращаться за медицинской помощью и лечиться. В последние несколько месяцев пациентка перенесла три тяжелых гипертонических криза, резко усилились отеки, физическая слабость, нарушения в работе желудочно-кишечного тракта — в связи с этим практически перестала работать и выходить из дому, одновременно практически ежедневно употребляя спиртное (до пол-литра вина в сутки).

На обращении за помощью настояла сестра, под ее давлением пациентка согласилась обследовать соматическое состояние и пройти осмотр у психиатра.

Диагностический анализ СрПв

Анализ психопатологического аспекта суицидогенеза. В контакт вступает неохотно, так как считает консультацию бесполезной: «...если бы не обещание сестре, я бы вообще никуда не пошла...». Тем не менее, контакт адекватный, продуктивный. В процессе беседы начинает более открыто и полно отвечать на вопросы. В начале осмотра: речь медленная, гипомимична, сидит в характерной депрессивной позе: плечи опущены, поза сгорбленная, взгляд отводит в сторону или пристально смотрит перед собой, мышцы лица напряжены.

В клинической картине ведущей является нарастающая симптоматика апатической, ангедонистической депрессии в сочетании с бытовым пьянством. Алкоголизация носит характер именно бытового пьянства, так как не выявляется первичной обсессивной патологической тяги к алкоголю, снижения количественного контроля его употребления и выраженных симптомов абстиненции. Тем не менее, пациентка осознает формирование алкогольной зависимости как проблему, однако относится к этому внешне безразлично, как и к проблемам с психическим состоянием и соматическим здоровьем, а также к резкому дезадаптивному изменению образа жизни: «... а мне уже вообще ничего не надо... ни денег, ни мужиков, ни здоровья — ничего не хочу...». Антивитальные переживания не отрицает. Объясняет свое состояние тем, что «...я сама себе надоела... а пью, чтобы, если стукнет инсульт, я его не заметила... выпью — и хоть чуть-чуть на душе легче становится...». Ухудшение соматического здоровья можно расценить как соматизированный компонент депрессии, но одновременно существенное нарастание соматической декомпенсации потенцирует и ухудшение депрессивной симптоматики.

Данный вариант СрПв относится к парасуицидальному клинко-патогенетическому типу, так как его психологическая мотивация — избавление от непереносимой душевной боли одиночества и бессмысленности. Одновременно данный вариант аутодеструктивной активности можно отнести как к внутренним формам (антивитальные переживания), так и к эквивалентным формам СрПв (нарастание соматических проблем как специфический вариант эвтаназии — попустительство по отношению к своему здоровью и отказ в получении адекватной медицинской помощи в сочетании с алкоголизацией) при осознанном запрете на реализацию саморазрушающих действий («...но я ничего такого с собой делать не собираюсь — я и так скоро помру...»).

Выраженная симптоматика апатической депрессии с обесцениванием качества здоровья и собственной жизни является проявлением интернальной смещенной активности и манифестного, клинически наблюдаемого варианта СрПв. Этот тип интернальной смещенной активности имеет выраженный аутодеструктивный потенциал, несмотря на отсутствие внешних саморазрушающих поведенческих проявлений, кроме поведения, связанного с отказом от медицинской помощи. Но приспособительное значение СрПв у пациентки проявляется в специфическом психологическом, «душевном обезболивании» путем парадоксального торможения нервно-психической деятельности, которое достигается алкоголизацией и нарастанием апатической (обездвиживающей, замирающей) депрессии.

Анализ патопсихологического аспекта суицидогенеза

Основной девиацией эволюционно-онтогенетического развития у Ш. стало нарушение привязанности по избегающему типу в раннем детстве вследствие особенностей воспитания в многодетной семье, а также психологических и психопатологических (алкоголизация отца) проблем у ее родителей. Такой вариант взросления потенцировал сверхраннее формирование достигающего преодоления (рабодолизма) как успешной, но крайне истощающей аутодеструктивной копинг-стратегии в попытке «...отвоевать личностное пространство и возможности у жизни...». Это способствовало формированию и закреплению еще в детстве психологически истощающей установки «одиночкой сверхсамостоятельности» — «... я всегда знала, что должна добиваться всего сама...». Внутренняя психологическая установка «...я должна была вырваться из нищенства...» и обязательно достигнуть значимости и состоятельности, в том числе в виде собственной жилплощади, обусловила слишком

ранний переход пациентки к самостоятельной социальной жизни — с 16 лет, практически без поддержки родителей.

Необходимость преждевременной и результативной социальной самостоятельности в подростковом возрасте при недосформированности адаптивных копинг-стратегий и механизмов психологической защиты не позволило пациентке выработать адаптивную психологическую самоидентификацию. Закрепление аутодеструктивной копинг-стратегии как основного жизненного сценария, в свою очередь, потенцировало формирование ЭквСрПв с выраженными нарушениями в тестировании внутренней и внешней реальности как следствие ригидных, закреплённых искаженных представлений о себе, своих потребностях и способах их удовлетворения. Психологические установки с однозначной необходимостью получения образования и достижения материального благополучия, прежде всего, покупки собственной жилплощади как «гарантии счастливой жизни» привели к резкому, критическому обесцениванию идеализированных представлений о смысле жизни в момент реализации поставленных целей. Отсутствие собственной семьи и длительного межличностного партнерства, наличие синдрома выгорания в профессиональной деятельности у Ш., обесценивание основных жизненных целей, реализуемых на основе базисной аутодеструктивной копинг-стратегии рабодолизма, стало основным пусковым моментом манифестации клинически наблюдаемых форм СрПв и формирования хронического депрессивного расстройства. Однако старт патологических процессов у пациентки произошел значительно раньше — при формировании синдрома хронической усталости и развитии соматической патологии. Но пациентка считает, что поведение второго мужа — и ничто другое — стало причиной резкого изменения состояния в настоящем: «...его предательство подкосило меня... не знаю, почему... так хотелось пожить в своей квартире с надежным человеком, а оказалось все не так... я никому не нужна, и мне никто не нужен... детей нет, здоровья нет, работа надоела... так, доживаю, как могу...». Однако глубинной причиной формирования манифестных психопатологических расстройств есть нарушения личностной самоидентификации, а мотивацией — избавление от непереносимой душевной боли одиночества и бессмысленности как следствия ригидных подсознательных идеализированных установок о том, как «правильно должна пройти жизнь»: «...я добилась всего того, что хотела, достигла всех целей, которые ставила, а жизни-то нет...».

Основной жизненный, личностный сценарий пациентки, ее ведущая поведенческая стратегия — «личностная независимость и материальные достижения любой ценой» — помог Ш. выдерживать чрезмерную психологическую нагрузку в течение длительного времени. Однако эта ведущая поведенческая стратегия обусловила пребывание пациентки в состоянии хронического психофизического перенапряжения в течение многих лет с истощением личностных ресурсов. Через резкое изменение соматического и психического состояния Ш. пришла к состоянию внутренней психологической стабилизации на новом качественном витке состояния в виде выраженной апатической депрессии, коморбидной бытовому пьянству. В этом проявляется трансформация накопленного многолетнего перенапряжения в состоянии психофизического истощения в момент осознания недостижимости идеализированных установок о качестве и результативности в жизни теми способами, какими пациентка всю жизнь пыталась их реализовать (тяжелый, постоянный труд для достижения материальных благ). Патологическая адаптивность апатической депрессии в данном случае выражается в том, что такая симптоматика позволяет пациентке за счет обесценивания любой целенаправленной активности,

внутреннего поведенческого замирания и эмоционального обезболивания выраженной психалгии приемом алкоголя компенсировать, подавлять и вытеснять переживание бесперспективности и бессмысленности дальнейшей жизни.

Патодинамическое развитие СрПв у пациентки можно смоделировать следующим образом:

я всю жизнь тяжело работала, чтобы добиться счастья, а в результате у меня есть только стены и мебель (реализация аутодеструктивной копинг-стратегии жертвенного перфекционизма) →

зачем что-то делать и к чему-то стремиться, если результат все равно совсем не тот, что ждешь →

я ничему и никому не верю и, прежде всего, себе →

мне все равно как я буду жить дальше и буду ли я жить вообще (этап формирования суицидального поведения и внутренней формы СрПв: антивитальных переживаний) →

я не буду убивать себя, но я помогу себе быстрее умереть, отказавшись от жизни (этап реализации ЭквСрПв).

Принципы терапевтической тактики

Пациентке была назначена антидепрессивная психотерапевтическая терапия. Суть и направленность кризисного психотерапевтического вмешательства была обусловлена нежеланием самопомощи и неверием пациентки в эффективность работы. Поэтому интервенция носила когнитивно-разъясняющий, но достаточно директивный характер с пошаговым определением действий пациентки на период до следующей консультации. Терапевтическая мишень интервенции: «вы добились многого, что означает — вы умеете добиваться, благодаря силе воли; даже если вам не хочется жить, но вы живете — значит, используя умение добиваться, можно весь оставшийся период жизни прожить максимально качественно». Направленность кризисного вмешательства была сконцентрирована на поиске и определении реальных, возможных интересов и увлечений для переключения депрессивного фокуса самообесценивания у Ш.

В результате проведенного психофармакологического вмешательства и краткосрочной кризисной терапии (три консультативные встречи) психическое состояние пациентки улучшилось: уменьшилась выраженность депрессивной симптоматики. Однако от дальнейшей терапии пациентка отказалась.

Катамнез случая

Спустя несколько месяцев сестра Ш. сообщила, что пациентка вернулась к работе, стала значительно меньше пить и чаще общаться с родными, съездила в туристическую поездку, но по-прежнему отказывается адекватно лечить соматические заболевания.

Клиническая суть смещенной активности (как в виде психопатологических поведенческих расстройств, так и невротически-соматоформных симптомокомплексов) существенно отличается от аутодеструктивных копинг-стратегий, формирующихся и реализующихся исключительно как предиспозиционные, клинически не наблюдаемые формы СрПв. Характерным примером этого есть такая аутодеструктивная копинг-стратегия как работоголизм. Работоголизм — вариант психологической, поведенческой зависимости и социально одобряемая, но явно аутодеструктивная копинг-стратегия, с характерным для нее хроническим психофизическим перенапряжением. Однако во многих случаях без дополнительных психотравмирующих воздействий работоголизм не трансформируется в манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв и нуждается исключительно в психологической коррекции. Однако смещенная активность в большинстве случаев является

ведущей характеристикой процесса развития клинически очерченных психопатологических расстройств, к которым относятся и различные манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв, в которые неизбежно преобразуются аутодеструктивные копинг-стратегии в условиях прогрессивного усиления психической патологии.

Данное сообщение — это попытка обратить внимание клиницистов на необходимость понимания многоликости и сложности форм и вариантов СрПв при работе с пациентами. Речь идет о том, что любые психические и поведенческие нарушения обязательно включают аутодеструктивный компонент. Патогенетические особенности влияния ЭквСрПв на процесс развития и течения психического расстройства, а также ее внутреннюю целесообразность и адаптивную значимость для личности крайне важно учитывать в диагностике и лечении психических, психосоматических и поведенческих нарушений.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения : метод. рекоменд. Москва, 1980. 48 с.
2. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения : дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук. Киев, 2004. 436 с.
3. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., Войцех В. Ф. Суицидология. Основные термины и понятия : метод. пособие. Киев, 1999. 60 с.
4. Farberow N. The many faces of suicide indirect self destructive behaviour. NY : McGraw, Hill Boo. Company, 1980. 644 p.
5. Пилягина Г. Я. Механизмы патологического приспособления и детская травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. 2003. № 6 (38). С. 49—56.
6. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицид : хрестоматия по суицидологии / Укр. гос. центр социал. служб для молодежи ; [пер. с англ. О. Донец; сост. А. Моховиков]. Киев : А.Л.Д., 1996. С. 104—148.
7. Меннингер К. Война с самим собой. Москва : Эксмо-Пресс, 2000. 480 с.
8. Самохвалов В. П., Гильбурд О. А., Егоров В. И. Социобиология в психиатрии. Москва : Видар-М, 2011. 336 с.
9. Suicide. An Unnecessary Death (Eds. D. Wasserman). UK : Martin Dunitz, 2001. 286 p.
10. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология. Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / под ред. А. Моховикова. Москва : Когито-Центр, 2001. С. 270—352.
11. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Москва : Академический проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2001. 368 с.
12. Каменская В. Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. СПб.: Детство-пресс, 1999. 144 с.
13. Самосознание и защитные механизмы личности : хрестоматия (под ред. Д. Я. Райгородского). Самара : «БахраХ-М», 2003. 656 с.
14. Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии (под ред. А. М. Боковикова). В 4 т. Т. I. Москва : Когито-Центр, 2001. С. 88—102.
15. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Киев : Факт, 1999. 272 с.

Надійшла до редакції 17.05.2017 р.

ПИЛЯГИНА Галина Яковлевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской, социальной и судебной психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика Министерства здравоохранения Украины, г. Киев, Украина; e-mail: gpil.doctor@gmail.com

PYLIAGINA Galyna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Child, social and forensic psychiatry of the Shupyk's National medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: -mail: gpil.doctor@gmail.com