

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616.89-008.442.335

К.Ю. ЗАЛЬМУНИН

Казанский государственный медицинский университет

Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, г. Казань

Аутоагрессивное поведение психически больного: рассмотрение клинического случая самокастрации с психоаналитических позиций

Зальмунин Константин Юрьевич

аспирант кафедры медицинской и общей психологии, врач-психиатр

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. (843) 236-41-14, e-mail: zalmunin.konstantin@yandex.ru

В статье с психоаналитических позиций рассматривается клинический случай самоповреждения (самокастрации) больным шизофренией. Высказывается предложение о том, что импульсивная аутоагрессия, направленная на гениталии, может быть рассмотрена с точки зрения психоанализа как фактическая замена суицидальной попытке у психически больного. Делается вывод о том, что у практикующих специалистов целесообразна выработка настороженности в отношении самоповреждающих действий у больных с императивными галлюцинациями.

Ключевые слова: аутоагрессия, самокастрация, шизофрения, психоанализ.

K.Y. ZALMUNIN

Kazan State Medical University

Republican Clinical Psychiatric Hospital named after acad. V.M. Bekhterev MH of RT, Kazan

Autoaggressive behavior of mental ill patient: considering clinical case of self-castration with the psychoanalytic stance

The clinical case of self-damage (self-castration) in patient with schizophrenia examines in psychoanalytic perspective. It is suggested that impulsive self-assault to the genitals as the actual replacement of the suicide attempt from the point of view of psychoanalysis can be considered in patient with the mental disorder. Advisability of the presence of alertness on self-damage actions in patients with imperative hallucinations in practitioners is concluded.

Key words: autoaggression, self-castration, schizophrenia, psychoanalysis.

За последние полвека, в течение которых аутоагрессивное поведение (членовредительство, самоповреждение) стало одной из актуальных проблем психиатрии, существенно изменились конкретные формы аутоагрессивной активности, ее проявления и социально-психологические предикторы, а также клиничко-психопатологические расстройства, сочетанные с саморазрушающим поведением [1]. Недостаточное внимание психиатров к проблеме самоповреждений у психически больных объясняется, по всей видимости, тем, что такие больные далеко не всегда попадают в психиатрический стационар после оказания помощи врачами-соматологами, до настоящего времени не существует исчерпывающего описания

феноменологии самоповреждений, не выделены их варианты, не проведен анализ мотивации и коморбидности аутодеструктивных актов, не выявлены факторы риска и меры предупреждения повторных самоповреждающих действий [2]. В этой связи представляется особо актуальной попытка трактовать самоповреждения психически больных с психоаналитических позиций, для чего приводится нижеследующее клиническое наблюдение.

Больной Д. 1992 г.р. (на момент госпитализации 21 год) поступил на стационарное лечение в РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева 14.01.2013 г., при поступлении жалоб самостоятельно не предъявлял. Настоящая госпитализация в психиатрический стационар пятая в жизни больного Д. Последняя выписка

из соматического отделения психиатрической больницы 09.01.2013 г., куда больной был направлен после выписки из хирургического отделения соматического стационара, где выполнялась пластика уrogenитального дефекта в связи с тем, что под действием императивных галлюцинаций больной отсек себе половой член.

Наследственность психическими заболеваниями отягощена, родной брат матери дважды проходил стационарное лечение в психиатрической больнице. Родился третьим ребенком (роды и беременность физиологичные) в семье рабочих в Туркменистане, где семья проживала до 2009 г., последний год жил с бабушкой, пока родители трудоустроивались в Казани. От сверстников в физическом развитии отставал, психически развивался без особенностей; в школу пошел вовремя, учился удовлетворительно. Описывался как в меру общительный и особо ничем не интересующийся ребенок, окончил 10 классов общеобразовательной школы и профтехлицей в г. Казани. Пробовал трудоустроиваться, но не справлялся даже с низкоквалифицированным трудом, установлена инвалидность II группы по психическому заболеванию, проживает с родителями в благоустроенной квартире. Перенесенные заболевания: неосложненные ОРВИ, гепатит А (2007 г., лечился стационарно в Туркменистане); черепно-мозговых травм, аллергических реакций и ЗППП не наблюдалось. Алкоголь и другие психоактивные вещества не употреблял, не курит. Со слов родителей, друзей у больного нет, отношения с девушками не заводил, сексуальных контактов не имел. Со слов дяди, тяжело переживал свою «ненужность» девушкам, страдал из-за этого.

Со слов отца, с 6-го класса школы (2008 г.) стали наблюдать странности в поведении. Стал замкнутым, неразговорчивым, практически перестал выходить за пределы дома, основное время проводил лежа на кровати за просмотром телепередач, ухудшился аппетит, разговаривал с родными только по необходимости. После переезда в Казань в 2009 г. практически перестал разговаривать, передвигался шаркающей походкой, застывал в однообразных позах, за год масса тела снизилась на 7 кг. В октябре 2009 г. проходил обследование по линии военкомата, врачом медицинской комиссии были выявлены вербальные слуховые галлюцинаторные переживания в виде «голосов, звучащих внутри головы», комментирующего и обвиняющего характера. Было дано направление на госпитализацию в психиатрический стационар, где был выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром». В дальнейшем трижды проходил стационарное лечение с данным диагнозом.

На момент осмотра в беседе безынициативен, на вопросы отвечает односложно, после длительных пауз. Погружен в собственные переживания, по сути которых раскрываться отказывается, скупое говорит лишь о «голосах» и «чужих мыслях внутри головы», которые «обвиняют» и комментируют его действия. Мимика крайне скудная, голосомодулированный, глаза опущены в пол. Стараются скорее закончить беседу, просит его «оставить в покое», категорически запрещает вопросы на тему совершенного им саморазрушающего акта. Психологическое тестирование проходить отказался. В отделении периодически наблюдаются эпизоды психомоторного возбуждения, дважды

разбил оконное стекло кулаком, в ходе чего повредил кожные покровы кистей рук, свои действия объяснить не смог. За собственной внешностью практически не следит, круг интересов ограничен физиологическими потребностями, к окружающим старается не обращаться даже по необходимости.

Представленный случай т.н. «тяжелого самоповреждения» больным шизофренией отражает известное в психиатрии явление которое, по данным С.Д. Левиной [2] встречается примерно в 1/5 случаев в структуре всех самоповреждений данной нозологической группы.

Еще в первой половине XX в. североамериканский психоаналитик Карл Меннингер (Karl Menninger) писал, что среди многочисленных форм психопатического поведения членовредительство является одним из наиболее распространенных с характерной для него бессмысленностью и явной иррациональностью, при этом автор указывал на отсутствие прямой связи между членовредительством и клинической формой психического заболевания [3].

В специализированной литературе, посвященной проблеме психоанализа аутодеструктивных действий, широко используется концепция З. Фрейда (S. Freud), высказавшего идею о том, что самоповреждение есть проекция (перенаправление) агрессии, направленной на внешний объект [4]. К. Имелинский [цит. по 5] указывает на то, что импульсивные формы подобной аутоагрессии возникают в результате внутриспсихической «расправы» личности с сексуальной девиацией путем ее подавления. В результате отсутствует предварительная борьба, конфликты и сомнения, девиантные действия возникают в благоприятствующей ситуации, в которой неспецифические факторы снижают контроль.

На сегодняшний день видится наиболее обоснованным психоаналитический подход к означенной проблеме упомянутого выше исследователя К. Менингера [3], считавшего кастрацию прототипом всех самоповреждений и любую поврежденную часть тела прообразом полового органа. Автор повествует об исследованиях британского этнографа Бронислава Малиновского, описавшего в 1929 году самокастрацию у дикарей с островов Меланезии, к которой аборигены прибегали прилюдно в случаях, когда огласке придавалась их сексуальные преступления, например, описанный им случай incesta между отцом и дочерью. Значимость рассмотрения подобного явления у дикарей объясняется тем, что здесь мы можем усмотреть прообраз психопатологического членовредительства, т.к. «в какой-то степени то, что мы называем безумием, является возвратом к первобытному состоянию» [3].

В этой связи К. Менингер [3] задается вопросом, что считать безумием: неоправданно большую жертву или абсурдность самого поступка? В отношении пациентов, страдающих шизофренией и совершивших самокастрацию, автор указывает на то, что, несмотря на их смиренное и корректное поведение на первых порах (как и в описанном клиническом случае), со временем их подсознательная агрессивность прогрессирует, и, в конце концов, экстраполируется на собственную личность. У больных этой категории, что, несомненно, подтверждает проводимая клиническая иллюстрация, часто остается абсолютно нереализованным сексуальный компонент, эта



своего рода «ущербность», вероятно, ощущается ими и концентрирует их аутоагрессию на гениталиях, а не на какой-либо другой части тела. В связи с тем, что с гениталиями всегда ассоциируется сексуальность, а психически больные не способны скрывать свои побуждения, они избавляются от «виновного» органа самым непосредственным образом, становясь жертвой конфликта инстинкта с его подавлением. Особенно здесь обращает внимание на себя тот факт, что психически больной мужчина, избавляя себя от собственных гениталий, превращается в личность без первичных половых признаков, убивает свою «самость» во благо сохранения себя как биологического объекта [3]. По З. Фрейду сознание своей импотенции, собственной невозможности любить вследствие душевного или телесного заболевания действует в высшей степени принижаяще [4]. Таким образом, самокастрация у психически больных может быть рассмотрена как эквивалент суицидальной попытки или даже как фактическая замена самоубийства.

Приведенная клиническая иллюстрация и ее психоаналитическая трактовка призывают

практикующих специалистов к высокой настороженности в отношении самоповреждающих действий психически больных с императивными обманами восприятия, что подтверждается работами исследователей, занимавшихся научной разработкой данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Г.Я. Пилягина. — Киев, 2004. — 32 с.
2. Левина, С.И. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / С.И. Левина. — М., 2007. — 26 с.
3. Menninger, K. Man Against Himself / K. Menninger. — Paperback, NY: Harcourt Harvest Books, 1985 (first published in 1938). — 429 p.
4. Фрейд, З. Очерки по психологии сексуальности / Пер. с нем. М.В. Вульфа с предисл. проф. И.Д. Ермакова / З. Фрейд. — М.: Гос. изд-во, 1923. — 188 с.
5. Ткаченко, А.А. Аномальное сексуальное поведение / А.А. Ткаченко. — М.: РИО ГНЦ СисП им. В.П. Сербского, 1997. — 426 с.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

УЧЕНЫЕ ИЗ ВЕЛИКОБРИТАНИИ ОТКРЫЛИ МЕХАНИЗМ, ПРИ ПОМОЩИ КОТОРОГО НЕЙРОНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫЖИВАЮТ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Ученые из Великобритании открыли механизм, при помощи которого нейроны головного мозга выживают при инсульте, сообщает BBC. Результаты работы исследователей, выполненной под руководством профессора Алестера Бушана (Alastair Buchan) из Оксфордского университета (Oxford University), опубликованы в журнале Nature Medicine.

Более 85 лет назад исследователи впервые заметили, что некоторые нейроны могут выжить после инсульта. Такие нервные клетки расположены в гиппокампе — области головного мозга, участвующей в механизмах формирования эмоций и перехода кратковременной памяти в долговременную. В ходе лабораторных исследований Бушан и его коллеги доказали, что в случае кислородного голодания нейроны, расположенные в области гиппокампа под названием CA3, начинают вырабатывать белок гамартин (белок туберозного склероза 1). Производство гамартина, в свою очередь, запускает аутофагию — защитный механизм, при котором внутренние компоненты клетки доставляются в лизосомы, где расщепляются. Таким образом клетка может получать аминокислоты для производства необходимых ей белков, а также экономить энергию и выживать в отсутствие кислорода. Результаты лабораторных испытаний подтвердились и в ходе экспериментов на крысах. Чтобы удостовериться в полученных данных, ученые заблокировали выработку гамартина в нейронах CA3. В этом случае CA3-нейроны, лишенные питания, погибали так же, как и остальные клетки головного мозга крыс при инсульте. Бушан и его коллеги надеются, что на основе открытого механизма смогут разработать лекарство, защищающее мозг от последствий инсульта.

Источник: Medportal.ru (2013)