

Г.Я. Пилягина

Український НІІ соціальної,
судебної психіатрії
і наркології, Київ

МЕХАНИЗМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ И ДЕТСКАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ В СУИЦИДОГЕНЕЗЕ

Ключевые слова: патогенез аутоагрессивного поведения, патологическое приспособление, девиантные детско-родительские отношения, детская нарциссическая травма, соматизированные аутодеструктивные эквиваленты.

Резюме. В рамках основных положений теоретической модели патогенеза аутоагрессивного поведения рассмотрены механизмы патологического приспособления как способа формирования аутодеструктивных форм смещенной активности индивидуума вследствие девиантных детско-родительских отношений — варианта детской нарциссической травмы. Выдвинуто положение о том, что predisпозиционной основой суицидогенеза и следствием патологического приспособления является диспропорциональное психологическое развитие личности и формирующаяся смещенная активность в экстермальном (внешние формы аутоагрессивного поведения) или интермальном (соматизированные аутодеструктивные эквиваленты) вариантах. Рандомизированное исследование 153 суицидентов и 38 пациентов подросткового и молодого возраста с внутренними формами аутоагрессивного поведения подтвердило значимость деструктивных детско-родительских взаимоотношений в патогенезе аутоагрессивной активности.

ВВЕДЕНИЕ

Постоянное повышение распространенности аутоагрессивного поведения (АП), в частности случаев самоубийств и суицидальных попыток, среди населения Украины в последние десятилетия ставит суицидологию в ряд наиболее актуальных областей научных исследований для украинских психиатров (Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., 2002). Необходимость разработки и осуществления национальной программы, направленной на предотвращение прогрессирования АП среди населения, регламентирована отдельным разделом программы «Здоров'я нації» (2002). Основная задача, поставленная перед специалистами, — предотвращение роста аутоагрессивных действий и профилактика эквивалентных форм АП, особенно у подростков и молодежи.

Результаты анализа достижений и публикаций последних лет свидетельствуют о приоритетности изучения особенностей АП в ракурсе подростковой психиатрии как раздела клинической суицидологии (Adams D.M. et al., 1994; Lewinsohn P.M. et al., 1996; Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д., 2000). Во многих работах изучаются проблемы патопсихологии суицида, однако исследований, выявляющих корреляцию между патопсихологическими особенностями развития личности, детской психической травмы (Юнг К., 1996; Тайсон Ф., Тайсон Р.Л., 1998; Калшед Д., 2001) и их психопатологическими аутоагрессивными преобразованиями, практически нет. Как и исследований, изучающих отличительные особенности патогенеза и патопсихологии внутренних форм (ВФ) АП — таких, как антивита́льные

переживания, суицидальные мысли, тенденции без реализации аутоагрессивных действий и внешних форм АП — таких аутоагрессивных действий, как умышленные самоповреждения, суицидальные попытки, самоубийства. Таким образом, дальнейшего изучения требуют такие аспекты суицидологических исследований, как механизмы патогенеза и патопсихологического базиса ВФ и внешних форм АП у лиц молодого возраста.

В статье представлены результаты исследования патогенеза различных форм и типов АП и их патопсихологических предпосылок в молодом возрасте на основе теоретической модели суицидогенеза.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

На основе анализа существующих теорий суицидогенеза (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980; Mann J.J. et al., 1999; Wasserman D., 2001) нами выдвинуты основные положения о теории патологического приспособления как основного механизма в суицидогенезе. Процесс патологического приспособления объясняет predisпозиционную основу (в процессе личностного развития) механизмов патогенеза и реализации АП как смещенной активности индивидуума в условиях суицидогенного конфликта. Клинически выраженные формы и типы АП — проявления сформированной смещенной активности как закономерного следствия процесса патологического приспособления. Рассматривая механизмы патологического приспособления как патогенетическую основу АП, важно учитывать клиничко-патогенетическую типологизацию аутоагрессивной активности (Пилягина Г.Я., 2000) в свя-

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

зи с этиопатогенетической мультифакториальностью ее различных форм и типов, их клинических проявлений и коморбидных им психопатологических расстройств. Критерии клинко-патогенетической типологизации внешних форм АП представлены в табл. 1.

Патогенез АП, обусловленный процессом патологического приспособления, включает два временных периода: predisпозиционный и манифестный. Predisпозиционный период описывает ненаблюдаемый процесс формирования АП (Wasserman D., 2001) в ходе онтогенетического развития личности, подготавливающий почву для суицидогенеза. Манифестный период (наблюдаемый процесс патогенеза АП) отражает формирование клинически выраженных форм и типов АП в условиях суицидогенного конфликта.

Патологическое приспособление — процесс патологической трансформации адаптивных форм поведения, приобретающих смещенный, аутодеструктивный характер при возникновении в процессе онтогенетического развития хронической фрустрации жизненных потребностей — невозможности адекватной самореализации в соответствии с возрастными особенностями и достижения желаемых межличностных отношений (Самохвалов В.П., 1993; Романова Е.С., Гребенников Л.Р., 1996; Лоренц К., 2001; Фрейд А., 2003). Фрустрирование индивидуальных потребностей на ранних этапах развития соответствует психологическому понятию детской нарциссической травмы — отсутствие эмпатической привязанности, адекватного выражения любви, различные формы психического и физического насилия (Winnicott D.W., 1989; Юнг К., 1996; Калшед Д., 2001) — и является пусковым механизмом

процесса патологического приспособления как predisпозиционного периода патогенеза АП. Главным объектом фрустрации (психической травматизации) в детстве являются девиантные детско-родительские отношения. Обычно девиации в детско-родительских отношениях проявляются в двух вариантах. Первый вариант — гиперстимулирование нервно-психической деятельности (НПД) ребенка вследствие «избытка любви» (жесткие ригидные поведенческие установки, гиперопека, воспитание по типу «кумир семьи») или постоянными конфликтными отношениями. Вторым вариантом отражает психологическую гипостимуляцию НПД будущего суицидента в форме открытого (эмпатическая депривация, гипоопека) или скрытого (формальное общение, игнорирование интересов ребенка) отвержения со стороны родителей. При обоих вариантах искаженных детско-родительских отношений личность развивается в ситуации хронического несоответствия собственных поступков родительским установкам, что становится одним из основных триггеров патологического приспособления и предикторов суицидогенеза в будущем.

Патологическое приспособление представляет собой внутриличностную переработку детской нарциссической травмы, которая в процессе взросления приводит к диспропорциональному психическому развитию (Калшед Д., 2001; Булахова Л.А., 2001). Когнитивные функции личности ускоренно прогрессируют в результате пережитого в детстве травматического события или хронических дисфункций в детско-родительских отношениях, а эмоциональные — регрессируют, формируя и закрепляя паттерны инфантильного поведения. При этом когнитивные функции взрослеющей личнос-

Таблица 1

Критерии дифференциации клинко-патогенетических типов внешних форм АП

Критерий	Суицидальное поведение	Парасуицидальное поведение	Псевдосуицидальное поведение	Асуицидальное поведение
Особенности АП	Тщательное планирование аутоагрессивных действий, выбор жизнеопасных способов их осуществления	Импульсивные аутоагрессивные действия, выбор преимущественно нежизнеопасных способов их реализации	Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия, выбор заведомо нежизнеопасных способов их осуществления; летальный исход возможен как несчастный случай	Импульсивные аутоагрессивные действия, изощренно жесткие жизнеопасные способы их осуществления; вероятность летального исхода очень высока
Регистр расстройств	Чаще при непсихотическом	Непсихотический	Непсихотический	Психотический
Стадии адаптационного синдрома	При переходе от стадии резистентности к стадии истощения	На стадии тревоги	Может быть без развертывания адаптационного синдрома или на стадии тревоги	Психотический вариант адаптационного синдрома на любой стадии
Патобиологическая основа	Обязательное «включение» программы добровольного самоуничтожения	Снижение стрессоустойчивости организма; программа добровольного самоуничтожения «не включается»	Программа добровольного самоуничтожения отсутствует	Возможно «включение» программы добровольного самоуничтожения
Ответ-реакция	Механизм «самоотрицания»; «туннельное» мышление, выраженный аффект тревоги и страха либо его полное подавление	Механизм смещения фрустрированной агрессии на себя; выраженные аффективные реакции тревоги, страха, искаженность фокуса внимания	Манипулятивное, рентное поведение, возможны выраженные аффективные реакции тревоги, «туннельное» мышление	Механизм смещения психотической фрустрированной агрессии на себя; психотические расстройства психической деятельности
Личностная патопсихологическая мотивация	Достижение добровольной смерти вследствие «отрицательного жизненного баланса»	Желание немедленного изменения актуальной ситуации, а не достижения добровольной смерти на фоне выраженной фрустрации жизненных потребностей	Манипулятивное изменение актуальной ситуации на фоне инфантильных психологических установок	Обусловлено содержанием болезненных переживаний, направленность на собственную смерть чаще не осознана

ти, процессы познания и осознания соответствуют ее реальному возрасту, несмотря на формирующиеся гиперкомпенсаторные нарушения избирательности внимания. Однако эмоциональное развитие личности «останавливается» на уровне возраста травматических переживаний. Инфантильные паттерны эмоционального реагирования и поведения не осознаются (агрессия, вина, обиды, протест, психологическая боль вытеснены в подсознание), так как ребенок в силу девиантных детско-родительских отношений не в состоянии адекватно выражать накопившиеся негативные эмоции по отношению к агрессору. Вытесненная в подсознание агрессия к близким реализуется у ребенка не столько конкретными поступками, сколько внутренним хроническим психофизическим перенапряжением, направленным на подавление этой же агрессии и фрустрации.

Хроническое психоэмоциональное напряжение вследствие ранней психической травматизации со всей многовариантностью ее содержания (как результата многолетнего дезадаптивного внутрисемейного взаимодействия, которые позже обязательно вызывают нарушения внесемейного контактирования индивидуума) формирует повышенную нейромедиаторную активацию мозга с последующим перенапряжением и истощением адаптационных резервов НПД и потенцирует развитие когнитивно-эмоционального дисбаланса (КЭД) — неадекватного аффективного самовыражения и когнитивного восприятия реальности.

Диспропорциональное психическое развитие и КЭД потенцируют формирование деструктивных стратегий личностного развития на основе нарушенной самоидентификации. Это в свою очередь формирует дополнительный дисбаланс между биологическим взрослением, развитием потребностей, когнитивных представлений о себе как о взрослом человеке и инфантильными способами эмоционального реагирования, а также преодолевающего поведения. В кризисных ситуациях, включая суицидогенные конфликты, на фоне истощенных адаптационных резервов НПД инфантильные, эмоционально обусловленные и неконтролируемые сознанием паттерны поведения потенцируют развитие манифестного периода патогенеза АП как патологической аутодеструктивной формы преодолевающего поведения.

Вытесненная энергия детской нарциссической травмы (по типу «сжатой пружины») в большинстве случаев внешне проявляется в подростковом, юношеском, взрослом возрасте в психотравмирующих обстоятельствах, символически напоминая ситуацию и период детской травматизации. Это обусловлено гиперкомпенсаторными патопсихологическими механизмами, когда в процессе взросления персистирующий эффект психогенной травматизации обусловлен не самой травмой, а ее символом — личностной подсознательной переработ-

кой образа травмы (Калшед Д., 2001). Проекция именно символического образа травмы вовне провоцирует в дальнейшем возникновение новых психотравмирующих ситуаций. А формирование конструктивного преодолевающего поведения у такой личности без адекватного терапевтического вмешательства практически невозможно в силу сохраняющейся аффективной значимости образа детской травмы и наличия КЭД. Человек постоянно «натыкается» на символическое представительство детской травмы в реальности, такое, как актуализация боли ненасыщения («меня никогда и никто не любил», «я никому не нужен»), отсутствие эмпатического принятия («я не могу реализовать себя», «я не такой, как все»). Данный механизм — основа развития не только АП, но и других форм зависимых отношений, включая различные виды аддиктивного поведения также аутодеструктивного характера (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000; Пилягина Г.Я., 2002).

Процесс патологического приспособления позволяет вытеснить из сознания энергию негативных эмоций детской нарциссической травмы — перестать ощущать психологическую боль. Блокирование осознанного эмоционального переживания путем подавления (как механизма психологической защиты) трансформирует эту боль в смещенную активность. Такая смещенная активность приобретает экстермальную (нарушения внешних форм поведения) или интермальную (нарушения соматической регуляции — подавленная энергия трансформируется и выражается в виде вегетативных дисфункций) форму. В экстермальной или интермальной трансформации проявляется механизм патологического приспособления, предоставляющий организму единственный способ снизить психофизическое напряжение и сохранить гомеостатическое равновесие НПД (правда, уже на патологическом уровне функционирования).

Экстермальная смещенная активность либо имеет сублимационный характер, преобразуясь в социально одобряемые, но астенизирующие формы поведения (например, абсолютное послушание, гиперответственность в учебе, страх социального контактирования), либо приобретает собственно агрессивно-протестные, деструктивные формы поведения, включая АП.

Для детей раннего возраста на фоне несозревших механизмов иммунной и вегетативной регуляции наиболее характерна интермальная трансформация детской травмы — ребенок часто болеет. Чаще всего возникают заболевания дыхательной системы как соматизированные эквиваленты тревоги и гнева, а также энурез — как проявления соматизированного варианта гнева и искаженного самовыражения. Психосоматические расстройства в пубертатном и постпубертатном возрасте (как интермальная трансформация детской травмы) основаны на соматизации тревоги, гнева и чувства беззащитно-

сти, что наиболее часто проявляется вегетососудистой дистонией, различными воспалительными заболеваниями пищеварительной и мочеполовой систем, кожи.

Следовательно, уже в раннем возрасте детская психическая травматизация вследствие девиантных детско-родительских отношений может формировать у субъекта смещенную активность (соматизированные эквиваленты), имеющую аутодеструктивный характер. При закреплении интернального варианта смещенной активности (как следствия детской травматизации) в старшем возрасте на фоне дополнительных психотравм в клинической картине чаще отмечают ВФ АП. Экстернальная форма патологического приспособления требует большей сохранности адаптационных резервов личности и определенных особенностей НПД (превалирование процессов возбуждения, незначительный уровень астенизации, внешний локус контроля осознания, высокий уровень импульсивности и агрессивности).

Нарушения детско-родительских отношений вызваны патопсихологическими проблемами родителей, чаще наличием у них КЭД, вследствие их собственной нарциссической травматизации. Таким образом формируется патологический семейный и жизненный сценарий (Stewart I., Joines V., 1987), резко повышающий риск воспроизведения в следующем поколении суицидогенеза как формы патологического приспособления в кризисных ситуациях, особенно при наличии семейной суицидальной истории.

Патологический жизненный сценарий как деструктивная стратегия личностного развития, выработанный вследствие детской нарциссической травматизации и последующего патологического приспособления, разворачивается в виде диспозиционного периода патогенеза АП и направлен на возможное самоуничтожение при повторении психотравмирующих ситуаций. Очередное психотравмирующее воздействие как пусковой момент манифестного периода патогенеза АП порождает непреодолимое желание разрушить непереносимые субъективные эмоциональные переживания путем самоуничтожения. Самоубийство воспринимается как более желательный и менее «энергозатратный» способ приспособления, чем другие, конструктивные формы преодолевающего поведения. Интроектированное в детстве семейное послание («нас, родителей, не устраивает то, какой ты есть, — будь только таким, как хочется нам»), дополненное КЭД и инфантильными паттернами поведения, в психотравмирующей ситуации вызывает формирование патопсихологической аутоагрессивной мотивации: «не будь таким, какой ты есть, иначе ничего не добьешься» = «добиться желаемого можно только, когда меня не будет» = «не жить — это решение всех проблем» = «убей себя». Таким образом, механизм патологического приспособления в диспози-

ционный период патогенеза АП на фоне суицидогенного конфликта инициирует манифестный период с развитием внешних форм аутоагрессивной активности и высокой вероятностью реализации аутоагрессивных действий. Длительность диспозиционного периода патогенеза АП (периода патологического приспособления) зависит от характеристик адаптивных ресурсов личности. Важно помнить, что внешние формы АП, в частности суицидальные попытки и самоубийства, как экстернальная трансформация детской травмы могут формироваться в любом возрасте начиная с 5 лет (Чуприков А.П. и соавт., 1999).

У суицидентов с выраженными психопатологическими (например, с психотическими) расстройствами или тяжелыми органическими заболеваниями АП также развивается путем патологического приспособления. При этом общее функционирование личности и особенности патогенеза АП отягощаются расстройствами НПД — меняются характер течения процесса патологического приспособления, его клинические проявления, но не суть.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведено рандомизированное исследование 225 больных (находившихся после совершения суицидальной попытки на лечении в Больнице скорой медицинской помощи г. Киева) и 70 пациентов с ВФ АП (высказывавших суицидальные мысли, не совершавших ранее АД или имевших суицидальные попытки в анамнезе — 17,14% случаев не менее чем за полгода до обследования и проходивших амбулаторно-консультативное лечение на базе Киевской психиатрической больницы № 1).

Из всей когорты обследованных были отобраны лица в возрасте до 30 лет: 153 — после совершения суицидальной попытки (97 девушек и женщин, 56 юношей и мужчин) и 38 — с ВФ АП (30 и 8 соответственно). Среди обследованных подростки и молодые люди составляли большинство (табл. 2).

В обеих группах психопатологические расстройства диагностировали согласно критериям раздела V «Психические расстройства» МКБ-10 (1999). Ха-

Таблица 2
Данные о количественном, процентном соотношении пациентов с ВФ АП и суицидентов с различными типами АП среди всех обследованных и их среднем возрасте

Критерий анализа	Пациенты с ВФ АП	Подгруппы суицидентов по типу АП			
		суицидальный	парасуицидальный	псевдосуицидальный	асуицидальный
Всего в группе (чел.)	70	58	94	31	42
До 30 лет (чел.)	38	37	68	24	22
Процентное соотношение к группе в целом (%)	54,29	63,79	72,34	77,19	52,38
Средний возраст группы исследуемых до 30 лет	21,66	21,65	19,87	19,26	22,18

рактеристики АП оценивали по разработанным нами критериям клинико-патогенетической типологии АП (Пилягина Г.Я., 2000).

В табл. 3 приведены наиболее распространенные виды психических расстройств в обеих группах, что подтверждает существенные различия в характере коморбидных психических расстройств при различных формах и типах АП.

Были обнаружены существенные различия характеристик манифестного периода патогенеза АП в данных группах. В большинстве случаев внешние формы АП парасуицидального и псевдосуицидального типов отмечали на фоне острой психотравмирующей ситуации в виде импульсивных аутоагрессивных действий. Реализация аутоагрессивных действий происходила по типу «озарения». Самоубийство воспринималось как единственный выход в сложившихся обстоятельствах на фоне ощущения экзистенциального краха — внезапного крушения надежд по отношению к межличностным отношениям или привычной внутренней картине мира. Тем не менее в этих случаях в силу наличия неистощенных адаптационных резервов НПД, транзиторности психических нарушений и обостренного инстинкта самосохранения сама суицидальная попытка производила обрывающий эффект: купирование АП как «самопроизвольное излечение обстоятельствами». Адекватное закрепление настроенности на конструктивное преодолевающее поведение при оказании неотложной комплексной суицидологической помощи максимально снижало возможность рецидивирования АП у этих больных.

Второй тип реализации аутоагрессивных действий формировался при хронической психотравмирующей ситуации на стадии истощения адаптационного синдрома и на фоне нараставших психических расстройств. Такой вариант суицидогенеза был выявлен при суицидальном и асуицидальном

типах АП. Суицидальные тенденции этих больных носили истинный характер — осознанное стремление умереть, а суицидальная попытка осуществлялась наиболее жизнеопасными способами.

При ВФ АП, несмотря на длительно сохранявшиеся суицидальные мысли на фоне преимущественно невротических расстройств, в большинстве случаев реализация аутоагрессивных действий так и не происходила. АП у этих больных приобретало характер соматизированных аутодеструктивных эквивалентов как смещенной активности: нарастание выраженности невротических, в том числе соматизированных, расстройств; постоянное снижение социальной активности и самореализации; усиление межличностных конфликтов на фоне резкого снижения социальной активности, ограничения межличностных контактов подавления фрустрации и агрессивности. Аутодеструктивный эффект «невротизации» у этих пациентов представлял собой интернальный вариант патологического приспособления («я подавляю желание уничтожить и разрушаю себя, потому что не могу уничтожить тебя»).

У наблюдаемых нами пациентов обеих групп прослеживалось существенное влияние деструктивных детско-родительских отношений в патогенезе АП (табл. 4). Необходимо отметить, что те или иные девиантные формы семейного взаимодействия были у всех исследуемых независимо от формы и типа АП. Показательно, что в среднем только в 4,78% случаев, по словам исследуемых, отношения в семье были «нормальными». Родители пациентов признавали наличие проблем в семье только в 52,32% случаев.

В большинстве случаев (в среднем в 80,05%) во всех подгруппах выявляли эмоционально-зависимые детско-родительские взаимоотношения (невозможность самостоятельного существования друг без друга при постоянном ощущении удовлетво-

Таблица 3

Наиболее распространенные виды психопатологических расстройств у пациентов с ВФ АП и суицидентов с различным клинико-патогенетическим типом АП (в %)

Вид психических расстройств	Пациенты с ВФ АП	Подгруппы суицидентов по типу АП			
		суицидальный	парасуицидальный	псевдосуицидальный	асуицидальный
Острая реакция на стресс	—	12,5	50	53,85	—
Смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения)	18,42	47,5	35,29	—	—
Острая реакция на стресс при истерическом расстройстве личности	2,63	—	—	34,62	—
Шизотипическое расстройство личности	18,42	7,5	—	—	—
Посттравматическое стрессовое расстройство	10,53	2,5	4,41	—	—
Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов	2,63	25	—	—	—
Агорафобия с паническим расстройством	5,26	—	1,47	—	—
Параноидная шизофрения, период наблюдения — менее 1 года	—	—	—	—	31,58
Психотическое расстройство с поздним дебютом у больного с наркотической зависимостью	—	—	—	—	21,05
Нервная булимия при инфантильном расстройстве личности	7,9	—	—	—	—
Смешанное obsessивно-компульсивное расстройство	7,9	—	—	—	—
Социальные фобии	5,26	—	—	—	—
Общее количество исследуемых в группах (чел.)	38	40	68	26	19

Характеристики девиантных внутрисемейных детско-родительских отношений в группах пациентов с ВФ АП и суицидентов с различным клинико-патогенетическим типом АП (в %)

Критерий анализа	Пациенты с ВФ АП	Подгруппы суицидентов по типам АП			
		суицидальный	парасуицидальный	псевдосуицидальный	асуицидальный
Гармоничные взаимоотношения в семье	—	2,7	4,41	7,69	9,09
Отсутствие отца в жизни исследуемого (смерть, развод в раннем детстве)	23,68	13,51	7,35	11,54	13,64
Алкоголизация отца	15,79	21,62	11,76	15,38	9,09
Ригидные перфекционистские родительские установки	42,11	10,81	23,53	11,54	50
Неоднократное физическое насилие со стороны родителей	13,16	10,81	17,65	7,69	18,18
Астенизирующие манипулятивные родительские установки	47,37	37,84	19,12	—	13,64
Гиперопека матери при дистантности и субмиссивности отца	50	45,95	14,71	50	22,73
Виктимные манипулятивные родительские установки	23,68	27,03	10,29	50	36,36
Отвергающее (дистантное) безразличие со стороны родителей	7,89	10,81	8,82	—	9,09
Эмоционально-зависимые отношения в семье	76,32	81,08	54,41	88,46	100
Общее количество исследуемых в группах (чел.)	38	37	68	26	22

рительности отношений), значительно реже — при парасуицидальном типе АП на фоне наиболее сохранных адаптационных резервов у суицидентов. Наиболее характерным стереотипом девиации детско-родительских отношений, формирующим эмоциональную зависимость, было гиперопекающее воспитание со стороны матери при дистантности и субмиссивности отца, открыто не выражающего свои чувства по отношению к пробанду. Подобные взаимоотношения отражали характер отношений между родителями, что было имитационным примером эмоционально-зависимых отношений («невротический брак») для суицидента. Такой вариант семейного дисфункционирования отмечали при всех формах, типах АП в среднем у 36,68% пациентов.

Результаты исследования подтвердили, что одной из двух наиболее серьезных причин инициации суицидогенеза как следствия детской травматизации и патологического приспособления была специфическая форма психологического насилия — жесткие ригидные перфекционистские родительские установки («ты должен быть совершенным и полностью отвечать нашим требованиям, чтобы заслужить нашу любовь») в среднем у 27,6% исследуемых, в то время как случаи многократного физического насилия потенцировали развитие АП в среднем только в 13,5% случаев. Следовательно, для психики будущего суицидента значительно более травматично психологическое насилие со стороны родителей, основой которого являлось понятие условной любви («любить можно только за... послушание, хорошую учебу и поведение, помощь»), что исключало искреннее эмпатическое принятие родителями взрослеющей личности и определяло категорическое отвергание ими его индивидуальных потребностей.

Второй наиболее распространенной причиной патогенеза АП были искаженная поведенческая роль отца в детско-родительских отношениях в про-

цессе личностного развития — отсутствие отца в жизни суицидента, физическое насилие, отвергающее безразличие, в том числе на фоне алкоголизации отца. Суммарно в среднем такие предпосылки суицидогенеза выявлены у 21,02% исследуемых.

Основная психологическая задача отца при нормальных детско-родительских отношениях — обеспечивать развитие у ребенка чувства защищенности и когнитивных познавательных инстинктов. В наблюдаемых случаях субмиссивность отца (позиция подчинения в семье, проигрыша в жизни) с постоянной демонстрацией «жизненной слабости» была основой для развития интенционной слабости у суицидента. Отсутствие отца как такового в жизни наблюдаемых нами суицидентов (в среднем у 9,42%), отягощенное дезадаптивным психологическим состоянием одинокой матери, нарушало развитие как адекватного целеполагания, так и мотивационно-волевой слабости. Значимым предиктором суицидогенеза для исследуемых была алкоголизация отца (в среднем — в 31,83% случаев). Дистантный отец с жесткими ригидными перфекционистскими установками потенцировал формирование у интроекта постоянного самообвинения и несостоятельности — невозможности достигнуть уровня родительских притязаний на совершенство. Следовательно, искаженный образ отца как основное содержание детской нарциссической травмы на фоне дополнительных психотравм (чаще острые конфликты с родителями в пубертатном или постпубертатном возрасте, связанные с попыткой реализации суицидентом собственного стиля жизни, не совпадающего с мнением родителей) рождало ощущение экзистенциального кризиса, чувства невыносимого одиночества, беспомощности и безнадежности, что служило непосредственным триггером манифестного периода патогенеза АП. У таких пациентов в пубертатный период фиксировались частые аффективно-протестные реакции как клинические проявления предпозиционного периода патогенеза АП.

Усугубляло чувство незащитности и отверженности (как основного детского травматического переживания) у большинства исследуемых ролевая позиция матери в семейном функционировании. У большинства суицидентов (в среднем — у 61,56%) мамы «несли» роль протестующей, но мужественно переносящей трудности жертвы, потенцируя этим формирование у подрастающего ребенка чувства безнадежности и потерянности, склонности к эмоциональной зависимости, симбиотическим взаимоотношениям с матерью. Одновременное наличие у матерей властности, тревожности и гиперопеки — образ «психосоматической» матери — непосредственно влияло на формирование психосоматических расстройств, что было выявлено у 83,81% пациентов с ВФ АП. Экзистенциальный страх матери перед жизнью трансформировался в экзистенциальную растерянность у пробандов, особенно у дочерей.

Наличие подобных девиантных детско-родительских отношений у большинства исследуемых подтверждалось выявленными в ходе клинического обследования существенными нарушениями общения между родителями и детьми. В острый постсуицидальный период непосредственно после совершения суицидальной попытки или при наличии выраженных невротических нарушений при ВФ АП родители контактировали с пациентами по типу «диалог в виде монолога»: при такой форме общения человек не обращает внимания на установки и позиции реального собеседника, а общается «со своим представлением» о нем («я лучше знаю, что для тебя хорошо и как тебе жить»). Родители избирали подобный способ общения, несмотря на то, что инициаторами терапии чаще всего были именно они. Однако их основной установкой было выявление у пробанда психического расстройства, которое бы полностью объясняло происшедшее и снимало ответственность за его состояние с самих родителей.

ВЫВОДЫ

Рассмотрены основные положения теоретической модели патогенеза АП. Одним из основных предикторов суицидогенеза выдвинут механизм патологического приспособления как способа формирования аутодеструктивных форм смещенной активности индивидуума в психотравмирующей ситуации. В качестве триггера процесса патологического приспособления на ранних этапах развития исследуются различные формы девиантных детско-родительских отношений как вариант детской нарциссической травмы. Следствием патологического приспособления и предиспозиционной основой суицидогенеза является диспропорциональное психологическое развитие личности, а также формирующаяся смещенная активность в экстермальном (нарушений поведения, включая АП) или интэрмальном (соматизированные аутодеструктивные эквиваленты) вариантах.

Рандомизированное исследование 153 суицидентов подросткового и молодого возраста и 38 пациентов с ВФ АП подтвердило существенные различия механизмов суицидогенеза, способов поведенческой реализации АП при его различных формах и типах, характера коморбидных психических расстройств, а также значимость деструктивных детско-родительских отношений в патогенезе аутоагрессивной активности.

В качестве основных форм детско-родительских отношений как предикторов суицидогенеза были выявлены эмоционально-зависимые отношения, ригидные перфекционистские родительские установки и нарушения поведенческой роли отца и матери в личностном развитии суицидента.

К перспективам исследований в данном направлении можно отнести дальнейшее теоретическое и экспериментальное изучение в рамках клинической суицидологии механизмов патогенеза АП в подростковом и молодом возрасте. Такие исследования будут способствовать разработке и внедрению в клиническую практику целенаправленных методов диагностики и лечения АП, а также осуществлению адекватной просветительской деятельности в целях информирования родителей об особенностях нормальных и девиантных детско-родительских отношений, что позволит проводить профилактику аутоагрессивных действий и формирования аутодеструктивных эквивалентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.** (1980) Диагностика суицидального поведения. Московский НИИ психиатрии, Москва, 48 с.
- Булахова Л.А. (ред.)** (2001) Детская психоневрология. Здоров'я, Киев, 496 с.
- Калшед Д.** (2001) Внутренний мир травмы (Пер. с англ.). Академический проект, Москва; Деловая книга, Екатеринбург, 368 с.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.** (2000) Социодинамическая психиатрия. Академический проект — Деловая книга, Москва — Екатеринбург, 460 с.
- Лоренц К.** (2001) Агрессия так называемое зло. Амфора, СПб.
- Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002—2011 роки** (2002) Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 року № 14. Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 84 с.
- Пилягина Г.Я.** (2000) К вопросу о клинико-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения. Таврич. журн. психиатрии, 4(1): 22—24.
- Пилягина Г.Я.** (2002) Многоликость саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов). Таврич. журн. психиатрии, 2(19): 52—56.
- Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д.** (2000) Самоубийство у подростков (Пер. с сербск.). Медицина, Москва, 196 с.
- Романова Е.С., Гребенников Л.Р.** (1996) Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Талант, Мытищи, 144 с.
- Самохвалов В.П.** (1993) Эволюционная психиатрия (История души и эволюция безумия). НПФ «Движение» Лтд, Симферополь, 286 с.
- Тайсон Ф., Тайсон Р.Л.** (1998) Психоаналитические теории развития (Пер. с англ.). Деловая книга, Екатеринбург, 528 с.

Фрейд А. (2003) Эго и механизмы защиты (Пер. с англ.). ЭКСМО, Москва, 256 с.

Чуприков А.П., Пилягина Г.Я. (2002) К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине. Укр. вісн. психоневрології, 10(2): 154–157.

Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. (1999) Суицидология. Основные термины и понятия. Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Киев, 60 с.

Юнг К. (1996) Структура психики в процессе индивидуации. Наука, Москва, 386 с.

Adams D.M., Overholser J.C., Lehnert K.L. (1994) Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 33: 498–507.

Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. (1996) Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, clinical implications. Clinical Psychology: Science and Practice, 3: 25–46.

Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. (1999) Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. Am. J. Psychiatry, 156: 181–189.

Stewart I., Joines V. (1987) The script of the life. As we write a history of the life. In: TA Today (Part IV). Lifespace Publishing, Nottingham and Chappel Hill, p. 51–96.

Wasserman D. (Ed.) (2001) Suicide. An Unnecessary Death. Martin Dunitz, UK, 286 p.

Winnicott D.W. (1989) The concept of trauma in relation to the development of the individual within family. In: C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis (Eds.) Psychoanalytic explorations. Harvard University Press, Cambridge, MA, p. 130–148.

МЕХАНІЗМИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРИСТОСУВАННЯ ТА ДИТЯЧА ПСИХІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ У СУЇЦИДОГЕНЕЗІ

Г.Я. Пилягіна

Резюме. В рамках основних положень теоретичної моделі патогенезу аутоагресивної поведінки розглянуто механізми патологічного пристосування як способу формування аутодеструктивних форм зміщеної активності індивідуума внаслідок девіантних дитячо-батьківських стосунків — варіанта дитячої нарцисичної травми. Висунуто положення, що предиспозиційною основою суїцидогенезу та наслідком патологічного пристосування є диспропорційний психологічний розвиток особистості й формування зміщеної активності в екстернальному (зовнішні форми аутоагресивної поведінки) чи інтернальному (соматизовані аутодеструктивні еквіваленти) варіантах. Рандомізоване дослідження

153 суїцидентів і 38 пацієнтів підліткового та молодого віку з внутрішніми формами аутоагресивної поведінки підтвердило значущість деструктивних дитячо-батьківських взаємостосунків у патогенезі аутоагресивної активності.

Ключові слова: патогенез аутоагресивної поведінки, патологічне пристосування, девіантні дитячо-батьківські стосунки, дитяча нарцисична травма, соматизовані аутодеструктивні еквіваленти.

MECHANISMS OF PATHOLOGICAL ADAPTATION AND CHILDREN'S PSYCHIC TRAUMA IN SUICIDE GENESIS

G. Ya. Pilyagina

Summary. Basic aspects of a theoretical model of pathogenesis of autoaggressive behavior are offered. Mechanisms of pathological adaptation as a way of formation of autodestructive forms of displaced activity in individual (owing to deviated children-parents relations — version of children's narcissistic trauma) are considered. Disproportional psychological development of personality and formed displaced activity in external (exterior forms of autoaggressive behaviour) or internal (somatized autodestructive equivalents) versions are considered to be a predisposition basis of suicide genesis and a consequence of pathological adaptation. Randomized examination of 153 patients after suicide attempt and 38 patients with the internal forms of autoaggressive behavior of juvenile and young age confirmed the significance of destructive children-parents relationships in pathogenesis of autoaggressive activity.

Key words: pathogenesis of autoaggressive behavior, pathological adaptation, deviated children-parents relations, children's narcissistic trauma, somatized autodestructive equivalents.

Адрес для переписки:

Пилягина Галина Яковлевна
04080, Украина, Киев, ул. Фрунзе, 103
Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Значение антиконвульсантов

для профилактического лечения мигрени

Corbo J. (2003) The role of anticonvulsants in preventive migraine therapy. Curr. Pain Headache Rep., 7(1): 63–66.

Основным способом лечения мигрени является фармакотерапия. Для профилактического (в межприступный период) лечения мигрени применяют большое количество лекарственных средств, в том числе блокаторы β-адренорецепторов, антагонисты кальция, антиконвульсанты и нестероидные противовоспалительные препараты. Валпроат натрия — единственный противоэпилептический

препарат, одобренный Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (U.S. Food and Drug Administration/FDA) для использования в профилактике приступов мигрени. Применение новейших противоэпилептических средств, включая габапентин и топирамат, в профилактическом лечении мигрени изучается. Механизм действия антиконвульсантов окончательно не установлен, однако их объединяет свойство потенцировать ГАМК (γ-аминомасляная кислота)-опосредованное торможение в нейронах.