

Балабанова В.В., Тювина Н.А., Воронина Е.О., Гончарова Е.М., Дмитриева А.А.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Несуицидальные самоповреждения у психически больных: клинический случай

Несуицидальные самоповреждения (самокалечение, аутодеструкция, членовредительство) представляют собой вариант аутоагрессии без намерения лишить себя жизни. Пациенты с последствиями самоповреждений получают помощь у врачей различных специальностей, которые часто не могут определить мотивацию аутоагрессивных действий, так как она связана с психическими расстройствами.

В статье представлены данные о феноменологии, некоторых классификациях и мотивации несуйцидальных самоповреждений. Отмечены различные психические расстройства как наиболее частая причина аутоагрессивного поведения. Приведено клиническое наблюдение пациентки, в течение длительного времени обезображивающей свое лицо и скрывающей причину своего аутоагрессивного действия. Подробный клинико-психопатологический анализ истории болезни и психического состояния позволил квалифицировать гипохондрический бред в рамках шизофрении как причину самокалечащих действий. Мотивацией такого поведения являлась борьба с мнимой опухолью, ради чего больная терпела боль, длительные нагноительные процессы на коже лица, не обращаясь к врачам.

Ключевые слова: несуйцидальные самоповреждения; аутоагрессия; аутодеструкция; членовредительство; психические расстройства; шизофрения; мотивация.

Контакты: Вера Владимировна Балабанова; balabanova@mail.ru

Для ссылки: Балабанова ВВ, Тювина НА, Воронина ЕО и др. Несуйцидальные самоповреждения у психически больных: клинический случай. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(3):83–88.

Nonsuicidal self-injury in mentally ill patients: a clinical case

Balabanova V.V., Tyuvina N.A., Voronina E.O., Goncharova E.M., Dmitrieva A.A.

*Department of Psychiatry and Addiction Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021*

Nonsuicidal self-injuries (autotomy, self-inflicted destruction, self-mutilation) is a variant of autoaggression in a patient without the intent to take his/her own life. Patients with the consequences of self-injuries receive help from physicians of various specialties, who often cannot determine their motivation for autoaggressive actions, since it is associated with mental disorders.

The paper presents data on phenomenology, some classifications and motivation of nonsuicidal self-injuries. Various mental disorders are noted to be the most common cause of autoaggressive behavior. The paper describes a clinical case of a female patient who has mutilated her face for a long time, hiding the cause of her autoaggressive action. A detailed clinical and psychopathological analysis of her medical history and mental status allowed for classifying hypochondriacal delirium within schizophrenia as a cause of self-mutilating actions. The motivation for this behavior was to fight against a pseudotumor, for which the patient suffered pain and prolonged suppurative processes on the skin of the face, without visiting physicians.

Keywords: nonsuicidal self-injuries; autoaggression; self-inflicted destruction; self-mutilation; mental disorders; schizophrenia; motivation.

Contact: Vera Vladimirovna Balabanova; balabanova@mail.ru

For reference: Balabanova VV, Tyuvina NA, Voronina EO, et al. Nonsuicidal self-injury in mentally ill patients: a clinical case. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(3):83–88.

DOI: 10.14412/2074-2711-2019-3-83-88

Несуицидальные самоповреждения представляют собой вариант аутоагрессии без намерения лишить себя жизни [1, 2]. Наряду с термином «самоповреждение» применяются такие определения, как «самокалечение», «членовредительство», «аутодеструкция», «несуицидальная нефатальная аутоагрессия». Хотя в основе самоповреждающих действий лежат нарушения инстинкта самосохранения, обусловленные психическими заболеваниями, в МКБ-10 самоповреждения включены не в раздел психических расстройств и расстройств поведения, а в разделы: «Преднамеренные са-

моповреждения» (X76–X83), «Повреждения с неопределенными намерениями» (Y26–Y30), «Последствия умышленных самоповреждений» (Y87.0). Другими словами, в классификации представлены соматические последствия несуйцидальной аутоагрессии без учета психических и поведенческих расстройств, приведших к самоповреждениям [1]. Дело в том, что пациенты с самоповреждениями вначале попадают в поле зрения не психиатров, а врачей других специальностей в связи с необходимостью лечения соматических последствий самоповреждений или судебно-медицин-

ской экспертной оценки характера самих повреждений и мотивационно-целевых признаков аутоагрессивного поведения. Классификация самоповреждений в судебной медицине основана на их феноменологии, ориентирована на социальные критерии и направлена на дифференциальную диагностику самоповреждений. Симуляция болезни, несчастного случая, преувеличение и поддержание существующей болезни, несуицидальная аутоагрессия с рентной целью и с целью мошенничества — это сознательное аутоагрессивное поведение для получения выгоды, подлежащее соответствующей правовой оценке и наказанию [3]. Причинение же самому себе разнообразных, вплоть до опасных для жизни, телесных повреждений из-за болезненных побуждений должно являться предметом психиатрической оценки, прежде всего клинической, а при необходимости и судебно-психиатрической.

Отдельные виды самоповреждений описаны и классифицированы в различных клинических дисциплинах. Так, с самоповреждениями кожи пациенты часто обращаются к дерматологам, которые используют для их обозначения такие термины, как «патомимии», «артифициальные дерматозы» — искусственные повреждения кожи и ее придатков, вызываемые самим больным с целью эмоциональной разрядки и ослабления тягостных ощущений или имитации какого-либо известного дерматита [4]. Одна из форм патомимий — невротические эксфолиации, возникающие при царапании, расчесывании, срывании элементов сыпи, выдавливании угрей [5]. К явлениям того же рода относятся: онихофагия — неудержимое желание грызть ногти; онихотилломания — механическое повреждение ногтевых пластинок; трихотилломания (синдром Галлопо) — навязчивое стремление к выдергиванию волос, в частности бровей. Описаны также дерматоглазии — самоповреждения кожи путем растирания, разминания, раздавливания ее, что может приводить к тяжелым соматическим последствиям. Патомимии, несмотря на их кажущуюся легкость, рассматривают как одну из форм «частичного самоубийства», так как они довольно часто становятся опасными для здоровья и жизни [1].

Диагностика патомимий иногда представляет значительные трудности в связи с тем, что клинически картина болезни выглядит как дерматит или дерматоз, а сами пациенты по непонятным причинам отрицают самоповреждающее действие. Множественные осложнения патомимий описаны в клинике гнойной хирургии и квалифицировались как «полихирургическая, или больничная, зависимость», «искусственная болезнь». Врач, не будучи психиатром, практически не может определить мотивацию самоповреждающих действий [6, 7].

В хирургической практике описаны и особо тяжелые самоповреждения: проникающие ранения грудной и брюшной полости, повреждения прямой кишки, введение инородных тел в анатомические полости, приводящие к тяжелым осложнениям [8]. В урологии известны случаи самокастрации, самоампутации полового члена [9–11]. Женщины реже, чем мужчины, травмируют свои половые органы (введение инородных тел во влагалище). В акушерской клинике описаны беременные с самоповреждениями живота [12].

В офтальмологической практике наблюдались случаи самоэнуклеации [1], в стоматологии — аутоэкстракции зубов [13], в оториноларингологии — самоампутации ушных

раковин (синдром Ван Гога) [14], кончика или крыльев носа. Известны случаи причинения себе ожогов различной степени тяжести, выжигания бровей и ресниц, прижигания кожи сигаретой и т. д. [1]

Больные с синдромом Мюнхгаузена, описанным М. Ашером в 1951 г. [15], убеждены в существовании у них соматического заболевания и нередко настаивают на проведении им полостных операций. В Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова наблюдались пациентки, которым было проведено по нескольку операций с вскрытием брюшной полости, полости малого таза, а одна пациентка с истерическим расстройством личности по собственной инициативе перенесла 19 полостных операций до направления на консультацию к психиатру и установления истинного характера ее состояния.

В последние годы в связи с бурным развитием пластической и реконструктивной хирургии больные с синдромом Мюнхгаузена, а также с дисморфофобическим и дисморфоманическим синдромами часто подвергаются оперативным вмешательствам по их настоянию с целью исправления мнимого косметического дефекта [15, 16].

В психиатрической литературе также представлены различные определения самоповреждений и их мотивации. Так, Ch. Scharfetter [17] обозначил самоповреждение как «деформацию тела», соответствующую следующим критериям: предпринимается по собственной инициативе; проводится в одиночку; преследует конкретную цель; не обусловлена социокультурными факторами; не несет прямой угрозы для жизни; не является суицидом. По его мнению, самоповреждения могут иметь осознанную и неосознанную мотивацию, а также совершаться немотивированно по типу автоматизма. Это зависит от характера и тяжести психических расстройств. Систематика мотиваций к аутоагрессии, созданная А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [18, 19], используется до сих пор не только для суицидального, но и для других видов аутодеструктивного поведения:

- протест, месть — трансформация гетероагрессии в аутоагрессию;
- призыв — попытка привлечь помощь извне с целью изменить ситуацию;
- избегание — уход от угрозы методом самоустранения;
- самонаказание — проявление внутреннего конфликта между «Я»-судьей и «Я»-подсудимым;
- отказ от существования. Лишь в этом случае цель и мотив совпадают.

Конкретные психические расстройства и мотивация самоповреждающих действий при них описаны в ряде публикаций, включающих наблюдения и их анализ в рамках различных заболеваний. При личностных расстройствах несуйцидальные самоповреждения могут наноситься из шантажно-демонстративных (псевдосуйцидальное поведение у истерических личностей), а также мазохистских (эпилептоидные психопаты) соображений. При деперсонализационном синдроме могут предприниматься аутодеструктивные попытки с целью «вновь почувствовать себя» [1]. У подростков, особенно женского пола, описаны самоповреждения, коморбидные синдрому гиперактивности и дефицита внимания с аффективными расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ [20]. Часто встречаются самоповреждения при бредовых расстройствах: дерматозойном бреде

(больные пытаются извлечь из-под кожи несуществующего паразита) [21], бреде самообвинения (путем аутодеструкции больные наказывают себя — наносят порезы, бьют себя по голове и т. п.). Самокалечащее поведение возможно и при императивных «голосах», например аутокастрация, аутоэнуклеация, удаление полового члена [1, 22]. Установление мотивации самоповреждений представляет определенные трудности в связи с их непредсказуемостью и импульсивностью, особенно у больных шизофренией. Кроме того, пациенты обычно скрывают свои намерения от окружающих, что также создает сложности для предотвращения подобных действий.

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение больной шизофренией с многолетними самоповреждениями кожи лица. Подробный клинико-психопатологический анализ истории болезни и психического состояния позволил диагностировать ипохондрический бред в рамках шизофрении как причину аутодеструктивного поведения. Мотивацией к калечащему самоповреждению кожи лица явилась борьба с мнимой опухолью подкожной клетчатки, вследствие чего пациентка терпела боль, длительные воспалительные процессы, не обращаясь к врачу.

Пациентка Г., 69 лет, в прошлом художник. Наследственность (со слов пациентки): сестра отца страдала эпилепсией. Мать пациентки требовательная, жесткая, деспотичная, склонна к чрезмерному проявлению эмоций; отец — мягкий, уступчивый, беспокойный и мнительный. Пациентка была единственным ребенком в семье. Родилась в срок от нормально протекавшей беременности. В раннем детстве была беспокойной, часто плакала, плохо спала. В 9 мес перенесла полиомиелит, который осложнился правосторонним параличом лица. С этим обстоятельством в последующем связывала ощущение собственной неполноценности как во внешности, так и в интеллектуальном плане. Росла скромной, тихой, застенчивой, спокойной девочкой. В присутствии матери особенно робела, чувствовала себя «немножко туповатой», была ранима, переживала критику и недопонимание со стороны матери. В такие моменты вырывала волосы на голове или слишком коротко, до крови, подстригала ногти на руках. Дочь больной рассказала, что ее мать всегда была склонна к перепадам настроения, вспыльчива, раздражительна, часто провоцирует скандалы, любит уединение, трудно сходится с людьми.

С детства пациентку беспокоила головная боль, сжимающая, «как будто шлемом», которая на пике могла сопровождаться рвотой. На фоне такой головной боли сильно раздражали свет и звуки. Вспоминает, что в 5-летнем возрасте видела свои руки и ноги неестественно увеличенными или чувствовала их тяжелыми. Такое ощущение нравилось, так как было новым и необычным. В школу пошла в 7 лет. Училась средне, увлекалась рисованием, посещала художественную школу. При общении с людьми испытывала сильную неловкость из-за своей внешности (стеснялась, что правая сторона лица парализована), старалась поворачиваться к ним левой половиной лица. Подолгу рассматривала свое отражение в зеркале, ненавидела свое лицо. С родителями никогда не делилась своими переживаниями. В 5 классе влюбилась в учительницу, которую считала очень красивой, просила позаниматься с ней дополнительно. Проходя мимо ее окон, испытывала сильное волнение. Это чувство длилось до 10 класса.

На проявление интереса со стороны молодых людей реагировала холодно, с раздражением. Вместе с тем, поступив

в институт, уже на втором курсе вышла замуж за сверстника. Долго не размышляла, боялась остаться одна («с ее-то внешностью»). В отношениях с мужем была покладистой, тихой, незаметной, старалась ему угождать. В браке родила дочь. После рождения дочери стала избегать интимных отношений с мужем, аргументируя это для себя тем, что он стал отцом, а «с отцами не спят». Окончила художественный факультет, делала иллюстрации к детским книжкам, писала картины в стиле примитивизма. Ее произведения считались «оригинальными», «сказочными», ибо в них было много противоречий и только ей понятных моментов: сочетание разных времен года и явлений — ягоды или цветы на снегу, гроза зимой и т. п. В коллективе ее считали ценным работником, со всеми держалась ровно, дружелюбно, но вместе с тем старалась уединиться.

Через 10 лет брака выступила инициатором развода с мужем, так как тяготилась интимной стороной отношений. Однако тяжело переживала разрыв, даже хотела броситься с балкона, но передумала, потому что под балконом росли кусты — «будет неэстетично, если они ее проткнут». Долго винила себя в безответственности из-за того, что не подумала о дочери и родителях.

В последующем дважды выходила замуж. Во втором браке сначала была «сильная страсть», а потом муж стал злоупотреблять алкоголем, в состоянии опьянения становился агрессивным, бил ее. Но пациентка его «жалела, потому что ему негде было жить». С третьим мужем прожила в гражданском браке около 10 лет. Считает этот брак самым удачным: муж много работал и мало обращал на нее внимания, так что она могла быть одна. Была счастлива, очень тепло и с большим уважением к нему относилась. Отношения прекратились из-за решения мужа уехать в другую страну. Ехать с ним не решилась. На фоне разрыва, в 46 лет, сильно снизилось настроение, возникла тоска, доходившая до ощущения физической боли. Не могла ничего делать, «опускались руки», в голове был постоянный шум, «хотелось накрыться подушкой и умереть». Посещала амбулаторно психиатра, принимала психофармакологические препараты с хорошим эффектом.

Примерно в это же время, со слов больной, на десне возникла киста, быстро увеличивавшаяся и вызывавшая асимметрию лица. Обратилась к стоматологу, который вскрыл кисту, при этом из нее выделилось много гноя и крови. Однако дочь больной эти сведения не подтвердила и сообщила, что в связи с жалобами матери на боль в десне она ходила с ней к стоматологу, но кисты обнаружено не было. Спустя несколько месяцев дочь и мать пациентки заметили, что она много времени стала проводить у зеркала: подолгу рассматривала свое лицо, выдавливала прыщики, расправляла руками морщинки. Со слов пациентки, в это время она увидела, что под кожей правой щеки начала расти «опухоль», которая в течение 5 лет увеличилась, распространилась на висок и лоб справа и начала «сдавливать глаз». К врачам не обращалась, «лечилась сама». Пациентка решила, что опухоль доброкачественная, так как «за длительное время она не умерла и даже не похудела». Самостоятельно начала «делать себе маленькую операцию»: маникюрными ножницами постепенно вырезала «выступающие плотные, похожие на прыщики узелки». Родственники постоянно конфликтовали с ней, говорили, что она уродует свое лицо, отбирали ножницы. Мать пациентки переехала к ней, чтобы контролировать ее поведение и препятство-

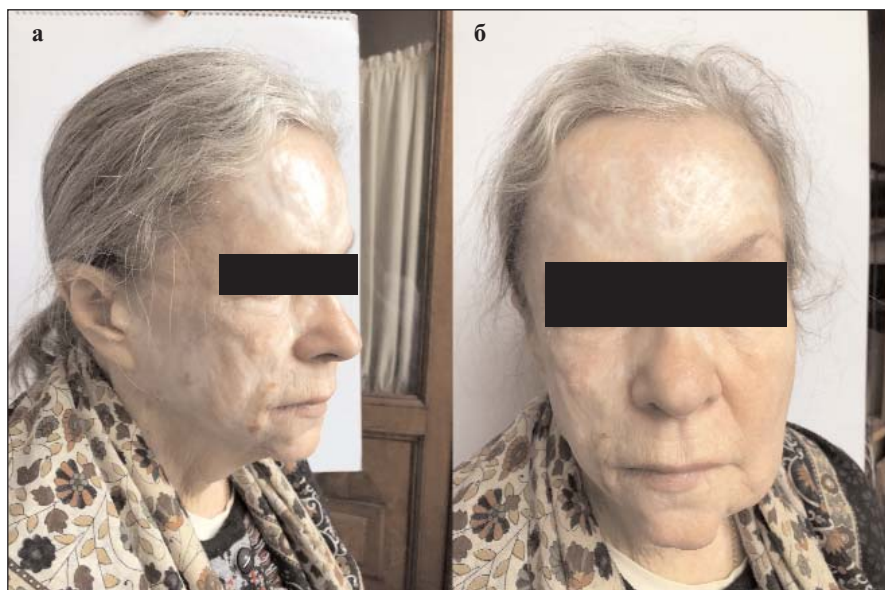
вать «борьбе с опухолью». Когда мать отбирала у нее ножницы, больная сильно ругалась, дралась, выгоняла мать из дома. Иногда обещала, что больше не будет, что все поняла, но через некоторое время вновь «оперировала» опухоль на лице. Самоповреждения охватывали всю правую щеку, лоб, участок под нижней челюстью слева.

Одновременно с началом манипуляций на лице у больной появились циклические колебания настроения в виде депрессии, особенно заметные весной и осенью. Во время таких спадов настроения «накатывало отвращение» к себе и активизировались самоповреждающие действия. После срезания на лице «опухоли» чувство отвращения к себе уменьшалось, становилось «уютно и спокойно». Вне депрессивных фаз манипуляции на лице также вызвали успокоение: «Когда теплая кровь течет по щеке, на душе становится так же тепло». Испытывала гордость, что самостоятельно избавилась от опухоли и «спасла себе глаз». К видимым последствиям многолетних калечащих вмешательств на лице относилась спокойно. Стеснялась лишь свежих ран, так как окружающие обращали на них внимание. Надевала платок, чтобы скрыть свежие порезы.

В состоянии очередного спада и активизации манипуляций на лице, со свежей раной от «вмешательства», впервые обратилась в Клинику им. С.С. Корсакова осенью 2009 г. (в 60 лет). Была госпитализирована и находилась в стационаре около 2 мес. После обследования заболевание было квалифицировано по МКБ 10: шизофрения ипохондрическая, эпизодический тип течения с нарастающими изменениями личности по шизофреническому типу, синдром бредовой ипохондри (F20.818). На фоне терапии трифлуоперазином 15 мг/сут, амитриптилином 75 мг/сут, тригексифенидилом 6 мг/сут состояние заметно улучшилось: повысилось настроение, наладился сон, дезактуализировались ипохондрические переживания и прекратились самоповреждающие манипуляции, зажили раны на коже.

В последующем пациентка пять раз находилась на лечении в Клинике им. С.С. Корсакова, всегда в осеннее время (октябрь—ноябрь), с обострением состояния, которое проявлялось подавленностью, тревогой, тоской, беспокойством по поводу «роста опухоли» и активизацией вмешательств в области лица. Приходила на госпитализацию с ранами на лице разного диаметра (от 3 до 8 см), кровоточащими, с элементами воспаления. Выписывалась с улучшением состояния, стабилизацией фона настроения и установкой не возвращаться к домашней хирургии. Однако дома лекарства принимала нерегулярно — забывала или не могла вовремя обеспечить себя препаратами. Постепенно угасло стремление к творчеству, перестала рисовать, забросив свою профессию. Больной была оформлена II группа инвалидности. В последний раз находилась на стационарном лечении осенью 2015 г.

Соматический статус: нормостенического телосложения, достаточного питания. Асимметрия лица: паралич, последствия перенесенного в детском возрасте полиомиелита.



Самоповреждения кожи лица у больной Г., 69 лет, страдающей шизофренией (а, б)

В правой щечной, лобной и височной областях — рубцово-измененная кожа. На правой щеке видна раневая поверхность 4×8 см в стадии эпителизации, вокруг которой зона воспаления до 5 см. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания — 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст, пульс — 70 ударов в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус: периферический парез мышц лица справа.

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ): грубые диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга со снижением порога судорожной готовности и признаками поражения неспецифических срединных структур.

Психический статус: больная охотно беседует с врачом, старается ответить на вопросы. Обращает на себя внимание грубая асимметрия лица с обширными рубцовыми изменениями на правой щеке и на лбу (см. рисунок, а, б). Мягкие ткани правой половины лица меньше по объему. На правой щеке в проекции околоушной железы — струп желто-серого цвета размером 4×8 см с валиком воспаления. Из-за рубцовых изменений трудно определить выразительность мимики. Голос отличается бедностью модуляций. Больная жалуется на слабость, отсутствие стимулов к деятельности, душевную пустоту, приступы тревоги, большие выраженные с утра, к вечеру самочувствие улучшается. Нарушен сон: долго не засыпает, спит поверхностно, окончательно просыпаясь в 5 утра.

При расспросе о причинах рубцовых изменений на лице и свежей раны больная рассказывает историю своего страдания от опухоли, или кисты, которая «стала расти в щеке во всех направлениях» примерно 20 лет назад. Подробно описывает, как сама в течение этих 20 лет удаляла опухоль, использовала «хорошенькие ножнички», достаточно острые для выполнения процедуры. Места, которые подлежали вырезанию, определяла визуально и пальпаторно — это были узелки и неровности, содержащие «плотную хрящеватую, плотную жировую или

творожистую массу». Порой она извлекала нечто, напоминающее «камешки». Иногда удавалось «выдернуть длинные тонкие, тоньше волоса, волокна, напоминающие жилы». Их никому не показывала, так как они очень быстро высыхали под действием воздуха и рассыпались. Считала, что это нервы. Убеждена, что спасла себе глаз. По ее мнению, опухоль распространялась во всех направлениях — по верхней челюсти к глазу, а также на лоб через переносицу. В периоды подавленного состояния манипуляции на лице помогали преодолеть душевную боль. По словам больной, «душевная боль не имеет границ, а эта, на лице, имеет свои пределы». Когда резала лицо, испытывала облегчение. При беседе заметно, что проблема с лицом занимает пациентку гораздо больше, чем общежитейские темы. Отмечается пониженная самооценка: пациентка подчеркивает свою «тупость» и невысокие интеллектуальные качества. В клинику обратилась по собственной инициативе: просит избавить ее от тоски, тревоги, улучшить работоспособность. Критика к переживаниям ипохондрического характера отсутствует. В отделении с первых дней держится обособленно, стесняется своего лица, ходит в платочке, закрыв изуродованную половину лица.

Больной проводилась терапия с учетом положительного опыта лечения во время предыдущих госпитализаций и возраста: небольшие дозы трифлуоперазина (10–15 мг/сут), амитриптилина (37,5–50 мг/сут), циклодола (4–6 мг/сут), зопиклона (3,75–7,5 мг на ночь). В результате терапии состояние значительно улучшилось: наладились сон и настроение. Вне стационара (во время «лечебных каникул») не повторяла вмешательства на лице. Выписана на поддерживающей терапии теми же препаратами. Наблюдается в клинике амбулаторно.

В настоящее время живет с престарелой матерью, нуждающейся в уходе, помогает дочери в воспитании детей. Часто при общении с внуками бывает раздражительна, а трудом сдерживается, чтобы не ударить, кричит на них. Отмечает, что в их присутствии очень сильно устает, не столько физически, сколько морально, не может что-либо делать, пропадает желание даже говорить. Со слов дочери, пациентка часто избегает общения с близкими, не подходит к телефону. Периодически берется за ножницы и занимается «хирургией» лица, но менее интенсивно, чем раньше.

Обсуждение. Психическое состояние больной определяется бредовой ипохондрией, усиливающейся в периоды сезонных депрессий. Квалификация ипохондрических переживаний как бредовых основана на том, что в течение 20 лет у пациентки развивалось представление об источнике опасности внутри нее самой: вначале это была киста десны, а в последующем — распространяющаяся опухоль, представляющая угрозу глазу и всему ее существованию. Эти переживания обуславливали яростное стремление к избавлению от опасности — от «доброкачественной опухоли», поражающей все большие участки лица. Ненавистная с детства парализованная правая половина лица оказалась пораженной изнутри опухолью и превратилась в преследующий больную источник опасности. Упорство, с которым она на протяжении многих лет «вырезала опухоль», готовность к конфликту и даже к драке с близкими, препятствовавшими ее действиям, также свидетельствуют о чрезвычайной силе ипохондрических переживаний. Нервности на коже лица пациентка интерпретировала как «узелки» опухоли, удаляемые ею кусочки тканей — как «массу» той или иной консистенции, «камешки», «тяжи нервов», что позволяет квали-

фицировать данные феномены как интерпретативные иллюзии. Мотивом самоповреждения в данном случае является избегание опасности — уход от угрозы методом самоустранения [18, 19], что наиболее часто встречается у больных шизофренией [1]. Посредством самоповреждений пациентка пыталась избавиться от мнимой болезни, а также уменьшить интенсивность депрессивных переживаний (тревоги, душевной боли, отвращения к себе). Психоаналитики считают, что самоповреждающее поведение направлено в основном на те органы, которые в фантазиях больных представляются деформированными [23].

При нозологической трактовке заболевания необходимо учитывать наличие в анамнезе органического поражения головного мозга. Перенесенный в детстве полиомиелит с периферическим парезом мышц лица справа, психопатологические феномены по типу психосенсорных и болевых пароксизмов, эксплозивность с неспособностью удержания напряженного аффекта, компонент патологии влечений с получением успокоения и определенного удовольствия при самоповреждениях, а также отчетливые изменения на ЭЭГ с признаками снижения порога судорожной готовности заставляют задуматься о возможной органической природе бредового расстройств. Однако этому противоречат поздняя манифестация заболевания (в менопаузе), прогрессирующая динамика состояния больной с развитием сезонных аффективных колебаний и присоединением вначале сверхценной, а затем бредовой ипохондрической симптоматики с интерпретативными иллюзиями. При клинико-психологическом обследовании отчетливых органических изменений когнитивных функций у больной не выявлено.

Наряду с этим с самого детства у нее прослеживались черты, позволяющие говорить о шизоидном фенотипе: интравертированность, закрытость от родителей, ощущение собственной ущербности, которую пациентка обозначает как «тупость». В период полового созревания она испытывала сложности становления гендерной идентичности (влюбленность в учительницу), а в последующем устраивала свою жизнь на основе подражания социальным стандартам. Во всех поступках пациентки отмечается противоречивость: несмотря на неприязнь к мужчинам, она выходит замуж при первой же возможности. Отказывается от интимных отношений с мужем, мотивируя это тем, что он стал отцом, а «с отцами не спят». Она трижды была замужем, но самым лучшим мужем считает того, кто подолгу пропадает в командировках, оставляя ее одну. Она проводит манипуляции на лице, абсолютно не заботясь о калечащих последствиях.

Манифестация депрессии в менопаузе (возможно, психогенно спровоцированная) с компонентом витальной тоски, ранними утренними пробуждениями в плохом настроении, суточными колебаниями самочувствия с облегчением к вечеру, сезонными обострениями и присоединением бредовых ипохондрических идей указывает на ее эндогенный характер. В периоды депрессии бредовое поведение с самоповреждением кожи лица становится способом смягчения душевной боли, а вне депрессивных фаз — источником успокоения и определенного удовлетворения.

Таким образом, наше наблюдение демонстрирует важное значение правильной нозологической квалификации подобных психических расстройств, а также определения мотивации самоповреждающих действий для оказания адекватной и эффективной помощи больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев ИИ, Левина СД. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра. Москва: Цифровичок; 2009. 171 с. [Sergeev II, Levina SD. *Nesuitsidal'nye samopovrezhdeniya pri rasstroistvakh shizofrenicheskogo spectra* [Non-suicidal self-harm in schizophrenic spectrum disorders]. Moscow: Tsifrovichok; 2009. 171 p.]
2. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017 May 3; 17(1):160. doi: 10.1186/s12888-017-1326-y.
3. Бойко ИБ. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительства и аутоагрессии. Судебно-медицинская экспертиза. 1991;(1):24-6. [Boiko IB. On the terminology of self-harm and autoaggression. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza*. 1991;(1):24-6. (In Russ.)].
4. Гребенюк ВН. Патомимии (обзор литературы). Вестник дерматологии. 1977;(9): 28-32. [Grebennyuk VN. Pathomimia (literature review). *Vestnik dermatologii*. 1977;(9):28-32. (In Russ.)].
5. Сур PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 15;64(12):1981-4.
6. Бурлова ТБ. Патомимия в клинике гнойной хирургии. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва; 1998. 21 с. [Burlova TB. Pathomimia in the clinic of purulent surgery. Autoref. dis. cand. med. sci. Moscow; 1998. 21 p.]
7. Пырьков ПП. Помощь пациентам с аутоагрессивным поведением в соматических больницах. Социальная и клиническая психиатрия. 1993;(3):123-4. [Pyrkov PP. Helping patients with autoaggressive behavior in somatic hospitals. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhia-triya*. 1993;(3):123-4. (In Russ.)].
8. Horrocks J, Price S, House A, Owens D. Self-injury attendances in the accident and emergency department: Clinical database study. *Br J Psychiatry*. 2003 Jul;183:34-9.
9. Gosler R, Vesely C, Friedrich MN. Selbstkastration eines psychotischen Patienten (Autocastration of a young schizophrenic man). *Psychiatr Prax*. 2002 May;29(4):214-7.
10. Hall DC, Lawson BZ, Wilson LG. Command Hallucinations and self-amputations of the penis and hand during a first psychotic break. *J Clin Psychiatry*. 1981 Aug;42(8):322-4.
11. Ignjatovic I, Potic B, Paunkovic L, Ravangad Y. Automutilation of the penis performed by the kitchen'sknife. *Int Urol Nephrol*. 2002;34(1):113-5.
12. Kaloo P, Ludlow J, Dickinson JE, Smith N. Self-inflicted penetrating abdominal injury in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000 Nov; 40(4):468-70.
13. Armstrong D, Matt M. Autoextraction in an autistic dental patient: a case report. *Spec Care Dentist*. 1999 Mar-Apr;19(2):72-4.
14. Ravin JG, Anderson N. Vincent van Gogh and Felix Ray MD: the whereabouts of half an ear. *J Med Biogr*. 1998 Feb;6(1):49-52.
15. De Fontaine S, Van Geertruyden J, Preud'homme X, Goldschmidt D. Munchausen syndrome. *Ann Plast Surg*. 2001 Feb;46(2):153-8.
16. Медведев ВЭ. Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(1):49-55. [Medvedev VE. Dysmorphic disorders: clinical and nosological heterogeneity. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;8(1): 49-55. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-49-55
17. Scharfetter Ch. Allgemeine psychopathology. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1991. P. 255-9.
18. Амбрумова АГ. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. Комплексные исследования в суицидологии: сборник научных трудов. Москва: Московский НИИ психиатрии МЗ СССР; 1986. С. 7-25. [Ambrumova AG. *Suitsidal'noe povedenie kak ob"ekt kompleksnogo izucheniya. Kompleksnye issledovaniya v suitsidologii: sbornik nauchnykh trudov* [Suicidal behavior as an object of comprehensive study. Comprehensive research in suicidology. Collection of proceedings]. Moscow: Moskovskii NII psikhiaatrii MZ SSSR; 1986. P. 7-25.]
19. Амбрумова АГ, Тихоненко ВА. Профилактика суицидального поведения: методические рекомендации. Москва; 1980. 24 с. [Ambrumova AG, Tikhonenko VA. *Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya: metodicheskie rekomendatsii* [Prevention of suicidal behavior. Methodical recommendations]. Moscow; 1980. 24 p.]
20. Balazs J, Györi D, Horvath LO, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb 6;18(1):34. doi: 10.1186/s12888-018-1620-3.
21. Ekbohm KA. Der prassenile Dermatozoenwahn. *Acta psychiatr neurol*. 1938;13: 227-259.
22. Chatterton R. Parasuicide in people with schizophrenia. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 1995 Jun;4(2):83-6.
23. Hirsch M. Mein Körper Gehört Mir...und Ich Kann mit Ihm Machen, Was Ich Will! Dissoziation und Inszenierungen des Körpers psychoanalytisch betrachtet. Psychosozial-Verlag; 2010.

Поступила 13.03.2019

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.