

## КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

## ДІАТЕЗ-СТРЕС МОДЕЛЬ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХОЗІВ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

pmm2109@gmail.com

**Актуальність.** Інволюційні психози розглядають як сукупність незаперечних біологічних змін, притаманних цьому віковому періоду, певних рис особистості та стратегій подолання, що схильні до психотичної реакції, а також типових особливостей «життєвої кривої» та зовнішніх стресорів, які здатні запустити психотичне реагування.

**Мегадослідження** – вивчити психосоматичні (біопсихосоціальні) патогенетичні зв'язки, характерні для інволюційних психозів, з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на їх синдромальну форму й динаміку, визначити їх місце на психосоматичному континуумі та розробити адекватну й патогенетично обґрунтовану методику психотерапії.

**Матеріали та методи.** На базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського національного медичного університету та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з січня 2003 р. по грудень 2007 р. обстежено 234 пацієнтки у віці 45–60 років (група дослідження). Контрольна група – 47 жінок аналогічного віку, котрі у 2008 р. зверталися до Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з приводу соматичної симптоматики. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, метод подія-пов'язаних викликаних потенціалів, статистичний аналіз.

**Результати.** З використанням сучасної багатовимірної парадигми досліджено проблему психотичних розладів у жінок із дебютом в інволюційному віці. На основі вивчення преморбідної особистості виділено характерологічні риси, особливості емоційного реагування та мотиваційно-поведінкової сфери, котрі повністю збігались із характеристиками нарцистичного розладу особистості. Клінічні характеристики психотичних розладів у досліджуваних пацієнтів показали існування у структурі психозу двох протилежно спрямованих континуумів: афективного (депресивного) і маячного, та дозволили виділити чотири основні клінічні форми психозів. Визначено тенденцію до об'єднання їх у кластери, що різнилися між собою як за особливостями проявів і перебігу, так і за реагуванням на терапію і, відповідно, за прогнозом. Отримані за допомогою клінічного методу дані було підтверджено результатами експериментально-психологічних та нейропсихологічних досліджень.

**Висновки.** Впроваджений психодинамічний підхід до розуміння інволюційних психозів отримав природний розвиток у запропонованому методі лікування, який включав комплексну медикаментозну терапію і психотерапію. Розроблено схеми психотерапевтичних впливів на психотичному і постпсихотичному етапах. Статистично доведено більшу ефективність такого лікувального підходу, порівняно із стандартними схемами лікування. Визначено основні шляхи вторинної та третинної психопрофілактики, а також реабілітаційних заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів.

**Ключові слова:**  
інволюційний психоз,  
психосоматика,  
нарцистичний  
розлад особистості,  
психотерапія.

**Актуальність.** Сучасна медицина широко застосовує принципи інтегративного психосоматичного підходу до вивчення взаємозв'язків між станами ЦНС, функціональною активністю органів і систем, а також психоло-

гічними особливостями особистості [1–3]. Доцільність такого підходу визнається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та підтверджена науковими дослідженнями [5–8]. Психосоматичні та соматопсихічні

порушення утворюють психосоматичний континуум, що відображає системність регуляції людської життєдіяльності в усіх її аспектах і простягається між полюсами тілесної та психічної патології. При цьому основний патогенетичний механізм розладів регуляції базується на циркулярному взаємозв'язку психологічного, соматичного та соціального факторів [13, 15, 18, 21]. Розгляд соматичної чи психічної патології з даної перспективи ставить під питання прийняту в медицині лінійну модель неподільності структури та функції, зосереджуючи увагу на вагомому патогенетичному факторі – особистості хворого, яка у кожен момент часу сприймає (або не сприймає) зміну функції, реагує (або не реагує) на це певною поведінкою (тобто емоціями та діями), що врешті-решт призводить (або не призводить) до зміни структури. А це, у свою чергу, легітимізує взаємодію біологічної медицини й психологічних та психотерапевтичних підходів, зокрема застосування у психіатрії концепцій внутрішньої картини хвороби [9], особистісних та психосоціальних [10] реакцій на хворобу, а також психоаналітичних моделей конверсійного розладу [11], вегетативного неврозу [12], алекситимії [14], десоматизації та ресоматизації афекту [16], двофазного та трифазного механізмів симптомоутворення тощо.

Психіатрія, порівняно з загальною медициною, має глибше розуміння психосоматичних і соматопсихічних зв'язків, зокрема, виділяє та клінічно структурує цілу когорту психосоматичних захворювань [19, 20]. Разом із цим, існуюча класифікація, будучи вельми узагальнюючою, залишається доволі схематичною, недостатньо диференційованою, щоб концептуалізувати цілу низку перехідних форм з різною питомою вагою біологічних і психосоціальних патогенетичних чинників. Тому багато сучасних біопсихосоціальних досліджень у психіатрії присвячені розробці діатез-стресової моделі генезу психічних розладів та концепції психопатологічного діатезу в рамках вчення про особистісні розлади [8, 19, 21]. Дана тематика корелює з загальномедичною концепцією біологічного діатезу [22, 23], згідно з якою біологічна вразливість стає хворобою лише за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних і соціально-психологічних факторів [17, 24]. У психіатрії діатез-стрес модель з необхідністю передбачає залучення психоаналітичних теорій у реконструюванні патогенезу розладу як допоміжних ланок, що пояснюють взаємодію тілесного та психічного через функціонування особистості як цілісної системи / метаутворення.

Враховуючи вищезазначені системно-інтегративні тенденції у медицині загалом, і в психіатрії зокрема, їх зближення з психологією, психоаналітичними теорією й терапією, а також недостатній рівень дослідження та впровадження психосоматичних концепцій у загально-медичну та психіатричну практику, актуальним теоретико-прикладним завданням залишається розвиток системного біопсихосоціального підходу у сфері [4, 25]. Насамперед це стосується тих психічних розладів, у етіології й патогенезі котрих чітко простежується взаємозв'язок біологічного, індивідуально-психологічного й соціального чинників, зокрема, розладів адаптації різної синдромальної структури й психопатологічного рівня, які безпосередньо пов'язані з такими біологічними

й соціально-психологічними змінами в житті індивіда, як статеве дозрівання та клімакс [22, 32]. Незважаючи на те, що у структурі клімактеричного синдрому психопатологічні симптоми є облігатними [22], більшість досліджень психічних розладів у жінок в інволюції фокусувалися суто на психопатологічній структурі розладів [22, 26] або на окремих патогенетичних чинниках [27]. Натомість найпродуктивнішим слід визнати системний підхід, адже саме система психічної адаптації завершує складну структуру гомеостатичних процесів у організмі людини, забезпечуючи найвищий рівень гомеостазу – психологічний (емоційний). З фокусу уваги дослідників випала психодинамічна парадигма, яка, будучи фундаментом психосоматичної медицини, може поєднати біологічний, індивідуально-психологічний та соціальний підходи до розуміння інволюційних психозів. Власне відсутність такої інтегративної моделі є однією з основних причин вилучення із МКХ-10 рубрики «Психічні розлади інволюційного віку».

Відтак, залишається відносно «порожньою» ніша теоретико-прикладних досліджень, у контексті яких інволюційний психоз може бути розглянутий інтегративно як цілісний психосоматичний феномен, а також визначене його місце серед інших психосоматичних розладів. Дана робота присвячена розробці названої тематики та є комплексним клініко-психопатологічним, патопсихологічним, експериментально-психологічним та нейропсихологічним дослідженням.

**Мета** дослідження – вивчити психосоматичні (біопсихосоціальні) патогенетичні зв'язки, притаманні інволюційним психозам, з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на їх синдромальну форму й динаміку, визначити їх місце на психосоматичному континуумі та розробити адекватну й патогенетично обґрунтовану методику психотерапії.

Відповідно до поставленої мети дослідження було сформульовано **гіпотезу**: якщо особистісний фактор бере участь у генезі ІІ, то він опосередковано проявляється в актуальній психопатологічній симптоматиці.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського національного медичного університету та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ. У період з січня 2003 р. по грудень 2007 р. обстежувалися усі пацієнтки інволюційного віку (45–60 років), котрі надійшли до психіатричного стаціонару вперше або повторно (за умови, що психоз маніфестував після 45 років) із попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Із дослідження були виключені пацієнтки із тяжкими соматичними захворюваннями й ендокринними розладами; вираженим церебральним атеросклерозом; наслідками перенесених порушень мозкового кровообігу; тяжкими або повторюваними черепно-мозковими травмами в анамнезі. У результаті дослідна вибірка включала 234 спостереження. Контрольну групу утворили результати анонімного обстеження 47 жінок аналогічного віку, котрі у 2008 р. зверталися до Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з приводу соматичної симптома-

тики. Дослідження та інтерпретація отриманих даних подія-пов'язаних викликаних потенціалів проводилось за участі кафедри біофізики, інформатики і медичної апаратури ОНМедУ (завідувач кафедри д. мед. н., проф. Л. С. Годлевський).

Провідним методом дослідження був клініко-психопатологічний, а додатковими – експериментально-психологічний, метод подія-пов'язаних викликаних потенціалів, статистичний.

Експериментально-психологічна частина дослідження виконана із використанням таких методик: багато-профільний опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, Торонтська алекситимічна шкала, шкала рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, тест актуалізації психологічних захистів Р. Плутчека, методика діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі, опитувальник стану системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (F. W. Deneke і B. Hilgenstock), клінічний опитувальник особистісних розладів «IPDE» (BOOЗ), опитувальник акцентуованих рис особистості Леонгарда – Шмішека, опитувальник «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною).

Метод подія-пов'язаних викликаних потенціалів полягав у реєстрації електричної активності мозку у відповідь на слуховий стимул, а також у відповідь на ендогенні події, пов'язані з очікуванням і впізнанням значущого стимулу в серії незначущих.

Статистичний аналіз отриманих даних виконано за допомогою програмних пакетів STATISTICA 7. 0 та Microsoft EXCEL 2003 з інтегрованим додатком AtteStat 9.7.1, а також Інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis), Інтернет-калькулятора університету Британської Колумбії (UBC Clinical Significance Calculator); використано методи медіанного тесту Краскела – Уоліса, тесту Вілкоксона та Манна – Уїтні, критерію серій Вальда – Вольфовіца, тесту Ван дер Вардена, застосовано методи двопільних таблиць і дисперсійного (ANOVA), дискримінантного та багатофакторного аналізу.

## Результати та їх обговорення

Проведено детальний клінічний аналіз синдромальної структури інволюційного психозу (ІП); у генеральній сукупності з виділенням окремих типів розладів, обстежено пацієнтів за допомогою методики «Багато-профільний опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R», досліджено статистичними методами закономірності розподілу показників опитувальника у виділених типах розладів, у результаті чого отримано аргументи на підтвердження вихідної гіпотези.

Статистичний розподіл показників опитувальника SCL-90-R, згідно з даними дискримінантного аналізу, підтвердив типологічну диференціацію ІП, проведеноу клініко-психопатологічним шляхом. На основі аналізу клінічних проявів і даних SCL-90-R було виявлено низку симптомів, спільних для усієї когорти пацієнток, а також симптомокомплекси, які диференціюють чотири клінічні форми ІП.

1. Маячний розлад – МР (36 спостережень, 15,38 %). До маніфесту хвороби у житті пацієнток було виявлено

постійно діючий «хронічний психотравмуючий» фактор (тривалий сімейний конфлікт, напружені стосунки за місцем роботи / проживання, вимушена самотність тощо), що спочатку мало позначався на їх соціальній активності. Виникнення маячного стану переважно було спровоковане «умовно-патогенними» факторами, що знижують загальну резистентність організму (фізичним виснаженням, соматичною хворобою тощо). У клінічній картині переважали різноманітні види кататимно заряджених персекуторних переживань «малого розмаху» із включенням осіб найближчого оточення та маячною інтерпретацією реальних подій, а також елементи еротичного маячення, об'єктами якого зазвичай ставали реальні особи, наділені владою та іншими атрибутами «соціального статусу». Поряд із маячними ідеями мали місце також розлади настрою, що проявлялися похмурістю, почуттям образи і невдоволення, та соматоформна симптоматика, якій пацієнтки надавали маячних інтерпретацій. Розладові був властивий ундулюючий перебіг з відновленням критики до власного стану у періоди ремісії.

2. Іпохондрична депресія – ІД (67 спостережень, 28,63 %). Маніфестації розладу часто передували чітко окреслені у часі стресові моменти (від'їзд з батьківського дому дорослих дітей, погіршення стосунків з чоловіком, конфлікти на роботі тощо). Початок захворювання характеризувався дратівливістю, слізливістю, короткочасними спалахами гніву, неспокійним переривчастим сном. Поступово на перший план виходив похмуро-пригнічений настрій із втратою притаманної досі енергійності, звуженням кола інтересів, значним обмеженням кола спілкування і видів діяльності, змінювався звичний ритм сну і неспання, наростала астенична симптоматика. Згодом з'являлися думки про тяжку невиліковну хворобу, які поступово набували характеру надцінної іпохондрії з яскраво вираженим чуттєвим компонентом, формуючи «точку кристалізації» нового «сенсу життя». Спостерігався пасивний опір намаганням близьких чимось допомогти. Суїцидальна ідеяція проявлялася переважно у бажанні «заснути і не прокинутись», спроби самогубства у цій клінічній групі траплялися досить рідко та були переважно демонстративними.

3. Тривожна депресія – ТД (73 спостереження, 31,20 %). Зазвичай розвиткові хвороби передували психотравмуючі моменти у вигляді зміни звичного життєвого укладу, в основі яких лежало болісне переживання наростаючої втрати контролю над власним життям. У найбільш типових випадках цей клінічний варіант проявлявся спочатку зниженням настрою, загальною пригніченістю, втратою апетиту, порушенням сну (важкість засинання, раннє пробудження). Поступово наростали тривожність, постійне очікування якоїсь біди, ажитація. На висоті тривожно-депресивного афекту могли формуватися галюцинозні маячноподібні переживання «провини» і «покарання», посилювалося рухове збудження, яке чергувалось зі станами загальмованості, рухового заціпеніння з афектом страху та відчаю. Часто спостерігались імпульсивні суїцидальні спроби (нанесення собі порізів, спроби викинутися з вікна тощо). Після редукції гострого стану у пацієнток зберігався постійно знижений настрій з тенденцією до повернення симптоматики у відповідь на будь-які суб'єктивно неочікувані події.

4. Змішаний депресивно-маячний розлад – ЗДМР (58 спостережень, 24,79 %). Психотичному зриву передували зниження професійного та соціального статусу, погіршення матеріального становища. Початок захворювання характеризувався драгівливістю, втратою звичної впевненості у собі, тривожними побоюваннями. Аморфне, невизначене переживання загрози змінювалося ідеями переслідування конкретними людьми, найчастіше з ближнього оточення (родичі, сусіди, колеги по роботі) або організаціями (міліція, податкова інспекція, релігійна секта). Ці епізоди зазвичай були короткочасними, поступаючи місцем постійно похмурому настрою, самокатуванню, небажанню з ким-небудь спілкуватись, порушенням сну й апетиту. Хворі постійно думали про збитки, яких вони зазнали, почувались усіма покинутими, нікому не потрібними, відстороненими від життя; картали себе за те, що не передбачили змін на гірше у своєму житті та не запобігли їм. Поступово формувалися ідеї гріховності. У даній формі психотичного розладу перетиналися кататимний та голотимний механізми формування маячних переживань зі спільною тенденцією до парафренізації. Постпсихотичні зміни у вигляді зниження активності, збільшення невпевненості у собі (або, навпаки, зверхності та підкресленої самодостатності), свідомого обмеження соціальних контактів виглядали найбільш рельєфно, різко контрастуючи з типовим для пацієнтів преморбідним стилем надмірної діяльності та соціальної заангажованості

Серед спільних ознак, притаманних усім клінічним типам ІП, виявлено дві групи симптоматики: 1) афективні розлади – від невдоволення і відносно незначної похмурості, пояснюваних утисками і переслідуваннями, зокрема отруєнням, з боку близького оточення у пацієнок з МР до вираженої туги аж до тривожно-тужливої несамовитості у пацієнок з ТД; 2) розлади у сфері суджень – від надцінної фіксації на неприємних подіях і власному самопочутті до яскраво виражених маячних ідей з оманами сприйняття (частіше у вигляді інтерпретативних ілюзій), від типових для ЗДМР ідей гріховності до чітко окресленого персекуторного маячення при МР. Дані клінічні особливості відображалися також у показниках SCL-90-R: шкали депресії та параноїду утворювали два протилежно направлених континууми з максимальною вираженістю параноїдної симптоматики й мінімальною вираженістю депресивної у підгрупі МР та протилежною закономірністю в підгрупі ТД.

Згідно з показниками опитувальника SCL-90-R була відмічена тенденція до кластеризації типів ІП на основі виразної кореляції за двома групами клінічних симптомів: 1) соматизація – тривожність, що є об'єднуючими для кластера «МР/ІД»; 2) інтровертованість – обесивність / компульсивність – фобія, що є об'єднуючими для кластера «ЗДМР/ТД». Інтегральні показники за SCL-90-R при різних формах інволюційного психозу демонстрували такі тенденції: 1) загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI) був у всіх підгрупах приблизно на однаковому рівні (МР 1,46±0,04; ІД 1,31±0,03; ЗДМР 1,66±0,03; ТД 1,83±0,02); 2) кількість відповідей, відмінних від «0» (широта спектра психопатологічної симптоматики – PST), була вищою у підгрупах МР та ЗДМР (МР 65,9±0,8; ІД 46,01±0,66; ЗДМР 68,16±0,65; ТД 64,44±0,71); 3) індекс

наявного симптоматичного дистресу (PSDI) був вищим у підгрупах ІД та ТД (МР 2,03±0,03; ІД 2,71±0,01; ЗДМР 2,22±0,02; ТД 2,46±0,02), що свідчить про вищу здатність переживати симптоматику «его-дистонно» та визначає місце розладу на континуумі «псевдоневротичність – психотичність».

Отже, на даному етапі дослідження було виявлено: 1) два протилежно направлених психопатологічних континууми (депресивний і маячний); 2) два кластери розладів, виділені за переважанням однієї з двох пар клінічних симптомів (соматизація – тривожність у кластері «МР/ІД»; інтровертованість / міжособистісна тривожність – обесивність-компульсивність – фобія у кластері «ЗДМР/ТД»); 3) психопатологічну складність МР і ЗДМР та більшу «его-дистонність – псевдоневротичність» ІД та ТД.

Наступним етапом дослідження стала діагностика структури особистості жінок досліджуваної та контрольної груп за допомогою опитувальника акцентуацій особистості Леонгарда – Шмішека, в результаті чого встановлено: 1) статистично достовірні відмінності між групами за всіма шкалами опитувальника, окрім шкали дистимічності, що мала високі показники в обох групах; 2) найбільшу диференціюючу роль шкали ригідності (МР 17,26±0,46; ІД 16,54±0,41; ЗДМР 16,37±0,47; ТД 15,81±0,51), вагоме диференційно-діагностичне значення шкал тривожності та гіпертимності; 3) незначне диференційно-діагностичне значення особистісних ознак дистимічності (МР 11,70±0,48; ІД 8,90±0,55; ЗДМР 9,37±0,54; ТД 10,43±0,47) та циклотимності. Отже, конституційна схильність до депресивного модусу переживань не була визначальним фактором формування ІП, у тому числі й депресивних форм.

Суттєве значення для подальшого клінічного аналізу та верифікації гіпотези щодо ролі особистісних факторів у етіопатогенезі ІП мав розподіл показників опитувальника Леонгарда – Шмішека у підгрупах пацієнтів, виділених відповідно до клінічних форм ІП. Обробка цих даних із застосуванням статистичних методів ранжування, дисперсійного та факторного аналізу виявила таке: 1) об'єднуючими для усіх підгруп ІП були найбільша рівномірна представленість особистісних ознак «ригідності», невелика і рівномірна представленість особистісних ознак «дистимічності» та найменша «циклотимності» (за винятком групи ЗДМР); 2) спостерігалася чітка тенденція до кластеризації чотирьох форм ІП на два кластери за ознаками: а) «демонстративність» – у кластері «МР/ІД», б) «гіпертимність» – «педантичність» – «екзальтованість» у кластері «ЗДМР/ТД»; 3) за особистісними ознаками емотивності та (меншою мірою) тривожності тенденція до кластеризації була менш вираженою, об'єднала між собою підгрупи ІД та ТД, де ці ознаки були виражені сильніше.

Осмилення усєї сукупності результатів дослідження дослідної та контрольної вибірок за опитувальником Леонгарда – Шмішека дало такі логіки інтерпретації отриманих даних:

1. Констеляція диференціюючих чинників між дослідною та контрольною групами свідчить, що синдромально неспецифічна ригідність формує провідну диференціюючу вісь ІП, а незначна каузальна роль циклотимності та дистимічності у формуванні ІП (включаючи депресивні

форми) може бути зрозумілою через погляд на ІП як на декомпенсацію звиклих, закріплених у структурі особистості форм реагування під впливом масивних психофізіологічних трансформацій інволюційного віку. Отже, інволюційну психопатологію можна розглядати як ендореактивний розлад, реактивний компонент котрого полягає в унеможливленні (в силу пов'язаних з інволюцією біопсихосоціальних факторів) звичного конституційно-характерологічного реагування, що з неухильністю «выводить на авансцену» більш архаїчні (менш диференційовані) форми психопатологічних переживань, тобто актуалізує закладений в особистості ендогенний компонент розладу.

2. Підтверджене статистичними методами об'єднання чотирьох клінічних форм ІП у два кластери за специфічними радикалами особистісної структури дало підстави для таких висновків. У кластері «МР/ІД» декомпенсація відбувається на осі флективності (гнучкості) психічних процесів, пов'язаних з демонстративним особистісним радикалом, який в інволюційному віці «втрачає» свій проспективно-інтеракційний потенціал. Дезактуалізація звичного адаптаційного патерну призводить до реалізації компенсаторних зусиль за рахунок рис ригідності та клінічно проявляється у формі надцінних іпохондричних або персекуторних маячних ідей «малого розмаху». Натомість у кластері «ЗДМР/ТД» декомпенсація відбувається на осі стеничності, пов'язаної з гіпертимним особистісним радикалом. Стенично-гіпертимне реагування в інволюційній кризі стає неможливим внаслідок самої «природи» цієї фази життя, актуалізуючи депресивний спектр переживань. Крім того, спільна для усіх клінічних форм ригідність у поєднанні зі специфічними для цього кластера педантичністю та екзальтованістю патопластично оформлюють «застиглість депресивної симптоматики» або схильність до ажитованих форм.

3. Спосіб утилізації універсальних для інволюційного віку тривожних переживань (через задіяння закладеної в структуру особистості емотивності-тривожності у кластері «ІД/ТД» або через актуалізацію кататимно чи галюцинозно заряджених уявлень, що можуть досягати рівня маячення у кластері «МР/ЗДМР» відповідно) детермінує дихотомічну вісь «псевдоневротичності – психотичності». Псевдоневротичний полюс представлений іпохондричними та тривожно-депресивними переживаннями, котрі на фоні психофізіологічної кризи інволюційного віку справляють враження психологічно зрозумілих. На психотичному полюсі даного континууму розташовані МР і ЗДМР, що демонструють очевидні ознаки психозу.

В подальшому було перевірено гіпотезу щодо ймовірної органічної детермінації вищезгаданої синдромально неспецифічної особистісної ригідності, для чого досліджувався стан слухового аналізатора та когнітивної функції у пацієнток з ІП і здорових жінок аналогічного віку методом викликаних потенціалів. Обстеження виявило: диференціацію представниць дослідної групи не за синдромальною формою розладу, а за віковим фактором; стали провідність периферійного, стовбурового, мезенцефального та кіркового відділів слухового аналізатора у пацієнтів різного віку без статистично значущої різниці між дослідом і контролем у відповідних вікових підгрупах; відсутність статистично значущих відмінностей між

обстежуваною та контрольною групами за параметрами латентностей когнітивних викликаних потенціалів, що характеризують збереженість когнітивної функції; натомість, зниження амплітуди піку Р300 у дослідній групі як свідчення «обтяженості» процесу розпізнавання значущих сигналів певним інтрапсихічним процесом.

Таким чином, дослідження не виявило специфічного для дослідної групи органічного ураження ЦНС. З другого боку, оскільки формування піку Р300 пов'язане із процесами когнітивного опрацювання вхідної інформації взагалі та системою оперативної пам'яті зокрема, зниження амплітуди могло обумовлюватися особливостями перебігу когнітивних процесів у пацієнток з ІП. Ці особливості були або результатом клінічного стану пацієнток, або виявом зумовленого особистісною структурою психологічного / патопсихологічного фактора.

Подальше дослідження було спрямоване на виявлення специфічних порушень психічного функціонування у сферах афектів і мотивацій, психологічних захистів, поведінки та комунікації, характерних для жінок з ІП. Задля досягнення означеної мети було використано опитувальник «Торонтська алекситимічна шкала» (ТАШ) та методики діагностики рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна, вивчення механізмів психологічного захисту Р. Плучека – Г. Келермана – Г. Конте, діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі. Аналіз результатів проведеного психометричного дослідження особистості жінок з ІП виявив переважання синдромонеспецифічних ознак: високих показників алекситимії, домінування незрілих механізмів психологічного захисту (гіперкомпенсації, заперечення, регресії та проекції), а також високого рівня авторитарності, низького рівня дружності й залежності, а також вищих показників альтруїзму у дослідній групі, порівняно із контрольною.

Інтерпретація наведених даних дала таку логіку результатів: психометричне обстеження представниць усіх форм ІП виявило значно більше об'єднуючих особистісних ознак, ніж диференціюючих ці форми між собою; переважання синдромонеспецифічних психометричних параметрів дозволило припустити, що у формуванні психопатологічної симптоматики ІП задіяний певний тип особистості, який не включений в тест Леонарда – Шмішека, але діагностується за його допомогою як синдромонеспецифічна ригідність.

Відтак, логічним продовженням дослідження стало клінічне вивчення особистості пацієнток з ІП та побудова на основі отриманих даних інтегральної моделі психопатологічних ознак особистості жінок з ІП. Для цього у репрезентативній вибірці пацієнток було проведено детальне анамнестичне і біографічне інтерв'ю та психометричне обстеження за застосуванням клінічного опитувальника особистісних розладів IPDE. У результаті узагальнення повторюваних закономірностей виділено провідні психопатологічні ознаки, умовно розмежовано їх на три дискретні групи ознак (у сфері афектів і мотивацій, міжособистісних стосунків та поведінкових реакцій), а потім кваліфіковано у відповідності до сучасних типологій особистісних розладів згідно з міжнародними класифікаціями МКХ-10 та DSM-IV-TR. Також шляхом психопатологічного редукційного аналізу сформульовано мета-ознаку, що об'єднує кожен дискретну групу

ознак. Діагностика контрольної групи щодо наявності вищевказаних психопатологічних ознак і статистична обробка отриманих результатів дозволили встановити, які психопатологічні ознаки мають найбільшу дискримінаційну (диференційно-діагностичну) здатність.

За результатами клініко-феноменологічного аналізу сфера афектів та мотивацій жінок, хворих на ІП, характеризується такими часто повторюваними психопатологічними ознаками: відсутність раннього досвіду насичених емоційних стосунків через несприятливу емоційну атмосферу в батьківській сім'ї, у тому числі досвіду близьких стосунків з матір'ю (зустріганість у репрезентативній групі 83,87 %, ВШ = 15,1; ДІ = [3,49; 45,9]); пошук визнання за межами своєї домівки та домінуюча роль у власній сім'ї (90,32 %, ВШ = 11,6; ДІ = [2,77; 55,58]); мінливість інтересів, коли бажання опанувати нове заміняє потребу глибокого розуміння (74,19 %, ВШ = 3,2; ДІ = [1,1; 9,93]); ситуативна практичність у поєднанні з неспроможністю розвивати ефективну стратегію в довготривалій перспективі життя (77,42 %, ВШ = 4,2; ДІ = [1,38; 13,45]); орієнтація на соціальні досягнення та зовнішню атрибутику успішності, активна селекція професійних умов, що дають визнання колег та відносну незалежність від керівництва (90,32 %, ВШ = 19,7; ДІ = [4,67; 98,18]); намагання задовольнити за будь-яку ціну власні амбіції (93,55 %, ВШ = 53,7; ДІ = [9,51; 392,98]); гостра потреба в незалежності та нездатність до кооперації (83,87 %, ВШ = 9,1; ДІ = [2,67; 33,55]); загальний дефіцит пластичності емоційного реагування (90,32 %, ВШ = 34,4; ДІ = [7,66; 180,78]); хитка, вразлива самооцінка (90,32 %, ВШ = 27,3; ДІ = [6,21; 138,03]). Як узагальнюючу мета-ознаку афективно-мотиваційної сфери особистості жінок, хворих на ІП, було визначено *високу інтенсивність переживань та силу мотивів при їх слабкій диференційованості*.

Сфері міжособистісних стосунків жінок з ІП були притаманні часто повторювані психопатологічні ознаки: формальність комунікації, відсутність емоційного співпереживання по відношенню до оточуючих людей (74,19 %, ВШ = 6,8; ДІ = [2,2; 21,57]); схильність мати поряд із собою «людей-сателітів», часто з відтінком «екстатичної прихильності до об'єкта надцінного афекту» (Э. Б. Дубницкая, 1979) (93,55 %, ВШ = 42,6; ДІ = [7,87; 302,43]), а також типова динаміка стосунків: ідеалізація закінчується розчаруванням, після чого виникає короткотривалий період емоційної порожнечі, що змінюється афектом сорому або гніву на саму себе (87,1 %, ВШ = 14,3; ДІ = [3,82; 59,52]); особливий підваріант констеляції «сателітарних» стосунків проявляється у делегуванні «сателітам» своїх соціальних амбіцій, залишаючи собі не менш претензійну роль партнера / опікуна особливої людини (41,93 %, ВШ = 1,5; ДІ = [0,54; 4,39]); підтримання лише тих стосунків, які можливо контролювати (77,42 %, ВШ = 5; ДІ = [1,64; 16,12]); почуття заздрості до реальних і можливих успіхів осіб, котрі не приймають вищезгаданого контролю над собою (70,97 %, ВШ = 3,9; ДІ = [1,35; 11,79]); неприйняття чи тенденційне трактування мотивів та почуттів оточуючих (87,1 %, ВШ = 11,8; ДІ = [3,2; 48,53]). Отже, другу мета-ознаку особистості жінок, хворих на ІП, було визначено як *дефіцит емоційного наповнення / співпереживання (емпатії) у сфері міжособистісних стосунків*.

Аналіз поведінкових реакцій досліджуваних жінок виявив такі психопатологічні ознаки даної сфери особистості: неготовність до нових, непередбачених життєвих ситуацій та їх неприйняття (77,42 %, ВШ = 4,6; ДІ = [1,5; 14,72]); висока ригідність у спробах відновлення втраченої самоповаги звичними способами, неспроможність відмовитися від потреби реваншу (93,55 %, ВШ = 42,6; ДІ = [7,87; 302,43]); перехід від афектів до дій з мінімізацією або за повної відсутності етапу рефлексивного осмислення пережитих ситуацій (77,42 %, ВШ = 7,3; ДІ = [2,32; 23,96]); незмінність поведінкового репертуару впродовж життя (74,19 %, ВШ = 8,4; ДІ = [2,67; 27,43]); типова реакція на фрустрації – вилучення з площини переживань джерела незадоволення (важких емоційних спогадів, фруструючих людських стосунків), що в тривалій перспективі призводить до спустошення емоційної складової життя (90,32 %, ВШ = 21,9; ДІ = [5,12; 109,39]); наявність добре функціонуючих пристосувальницьких стратегій поведінки з підкресленою демонстрацією самодостатності (83,87 %, ВШ = 5; ДІ = [1,47; 17,86]); нездатність інтегрувати життєвий досвід у суб'єктивно зрозумілу і значущу життєву історію, і, як наслідок, – знаходити новий зміст у новому періоді життя (87,1 %, ВШ = 9,9; ДІ = [2,69; 40,19]). Специфічною мета-ознакою поведінкової сфери особистості жінок, хворих на ІП, була *мала пластичність поведінкових реакцій у поєднанні зі слабкою наповненістю діяльності суб'єктивно зрозумілим змістом*.

Психопатологічна оцінка мета-ознак дозволила узагальнити їх та кваліфікувати як окремі прояви базової (ядерної) не диференційованості / дефіцитарності емоційної сфери – збіднення палітри почуттів у поєднанні з високою інтенсивністю переживань та їх малою пластичністю, що, по суті, відповідало результатам психометричного обстеження. Виявлене інструментальним шляхом зниження амплітуди когнітивного піку Р300 у представниць дослідної групи було кваліфіковане як опосередкований прояв дефіциту емоційної сфери.

У результаті порівняння виявлених психопатологічних особливостей особистості жінок, хворих на ІП, з типологіями особистісних розладів, згідно з міжнародними класифікаціями МКХ-10 та DSM-IV-TR, було виявлено чітке співвідношення більшості виділених ознак з діагностичними критеріями нарцисичного розладу особистості. Цей висновок підтверджувався результатами проведеного клінічного напівструктурованого інтерв'ю особистісних розладів IPDE (DSM-IV модуль, блок-шкала «Нарцисичний розлад особистості»), а також корелював з виявленими в процесі психометричного дослідження синдромнеспецифічними схильністю задіювати гіперкомпенсаторні механізми для врегулювання / підтримання міжособистісних стосунків і поведінковою ригідністю. Отже, двома незалежними шляхами: клінічним та психометричним – було встановлено, що для жінок з ІП характерні нарцисичні зразки реагування впродовж життя. Таким чином, було підтверджене попереднє припущення про наявність притаманного усім пацієнткам, незалежно від підтипу ІП, особистісного розладу, який не діагностується за допомогою тесту Леонарда – Шмішека.

Аналіз психопатологічних ознак особистості досліджуваних жінок і формулювання мета-ознак спиралися

на дескриптивну логіку. З метою верифікації отриманих результатів була розроблена та застосована процедура, яка дозволяла перевірити наявність / відсутність зазначених психопатологічних ознак у жінок контрольної групи, після чого були використані статистичні методи двопільних таблиць і ранжування особистісних ознак від найбільш до найменш диференційно-діагностично значущих. Дана процедура виявила чітку закономірність: ознаки шизоїдності (поєднання аутизму з емоційною вразливістю) найбільш достовірно вирізняли особистість жінок з ІП від представниць контрольної групи.

Для дослідження взаємозв'язку феноменів нарцисизму з іншими типами особистісної патології та з виявленою тенденцією до кластеризації типів ІП було застосовано МКХ-10 модуль напівструктурованого інтерв'ю IPDE, де відсутні питання, спрямовані на виявлення нарцистичного розладу особистості. Після чого було створено гіпотетичний «нормотиповий» профіль особистості жінок з ІП шляхом урівнювання між собою шкал з різною кількістю питань / потенційною можливістю отримати числове кількісне представництво. В результаті було виявлено, що найбільші числові значення отримали шкали шизоїдності та гістрійності (рис. 1). Проведений факторний аналіз статистично довів взаємопов'язаність шизоїдного, гістрійного та емоційно нестабільного розладу особистості (ЕНРО, пограничний тип) у досліджених жінок з нарцистичним розладом особистості.

Отже, наявна у досліджуваних жінок нарцистична патологія особистості, у разі вилучення з психопатологічної «палітри» нарцистичного розладу особистості, виявилася найбільш представленою у шизоїдному, гістрійному та пограничному варіанті ЕНРО, клінічні характеристики котрих перекриваються з вищеописаними клініко-психопатологічними ознаками жінок з ІП. У роботі обґрунтовано, що нарцистичний розлад особистості (РО) як такий можна умовно зобразити у вигляді полярної структури, яка на одному полюсі перекривається з ознаками гістрійності (пограничності), а на другому – з ознаками експансивної шизоїдії, що підтверджується як на рівні емпіричних даних, так і шляхом їх клініко-феноменологічного аналізу, а також корелює з сучасним розумінням даної особистісної патології [28]. При цьому виявлені закономірності розподілу особистісних патернів демонстративності, гіпертимності, педантичності й екзальтованості, а також показників реактивної та особистісної тривожності, підозрливості й

агресивності в інтерперсональних стосунках наближали особистісний профіль жінок з ІД та МР до гістрійно-межового полюса, а особистісний профіль пацієток з ТД та змішаним депресивно-маячним розладом (ЗДМР) – до експансивно-шизоїдного полюса нарцистичного розладу особистості.

Виділені базові (ядерні) складові особистості досліджуваних жінок мали певний зв'язок з проявами психічного дефіциту: недиференційованість емоційної сфери формується у процесі дисгармонійного розвитку особистості, властивого психопатам [19], аутизм є симптомом «шизоїдії» як ознаки, що об'єднує в один континуум шизофренію та нормальні прояви шизоїдного темпераменту [33], а емоційна вразливість корелює з проявами «реактивної лабільності» як особливого способу взаємодії ендogenous і психогенних факторів [29].

Враховуючи це, важливо було дослідити у даних жінок систему індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (система Селф), яка може перебувати у інтегрованому або дезінтегрованому стані (з усіма відповідними екстраполяціями у поведінковій та симптоматичній прояви особистості). У психотерапевтичних дослідженнях для цього використовується так званий «Нарцистичний інвентар» (F. W. Deneke і V. Hilgenstock), який діагностує чотири підсистеми Селф:

1) підсистема I виміру (алярмового) утворюється векторами, що актуалізуються лише за умови глибокої і/або прогресуючої дестабілізації Селф; дані вектори регуляції здатні обмежити декомпенсацію / забезпечити стабілізацію лише шляхом втрати інших функціональних можливостей усієї системи;

2) підсистема II виміру (особистісного) утворюється векторами, які зазвичай окреслюють специфічний для особистості спектр переживань та поведінкових реакцій, що нею самою сприймається як особливості власного характеру; дані вектори регуляції відповідають частині описових критеріїв нарцистичного розладу особистості;

3) підсистема III виміру (кризового) утворюється векторами, які характеризуються латентним чи маніфестним страхом пережити розчарування в міжособистісних стосунках; за Н. Henseler (2000) цей страх лежить в основі «нарцистичних криз», отже, активація регуляторних векторів III виміру може слугувати індикатором кризи самооцінки;

4) підсистема IV виміру (тілесного) утворюється векторами, які передбачають стабілізацію самооцінки за рахунок опори на власне тіло; опора на тіло робить болісні переживання соціально прийнятними, у тому числі і для самого себе, а це пом'якшує як інтерперсональні, так й інтрапсихічні конфлікти.

Обстеження пацієток дослідної групи проводилося після редукції психотичного стану. Статистична обробка даних виявила, що дослідна група за 17 із 18 шкал демонструє достовірні відмінності, порівняно з контрольною ( $p < 0,05$ ). Отримані результати було інтерпретовано на підставі вивчення показників шкал всередині дослідної групи без порівняння з контрольною та порівняння показників обох груп між собою.

При першому підході до уваги брали усі шкали, що за середніми показниками знаходилися на рівні суб'єктивної оцінки «частково збігається» або вищої. Йх



Рис. 1. Гіпотетичний профіль особистості жінок з інволюційним психозом згідно з МКХ-10 модуля IPDE

аналіз дозволив дати таку інтерпретацію: 1) хворі перебувають у стані «нарцистичної кризи», за Н. Henseler (2000) [30], переживаючи крах у своїх «стосунках із зовнішнім світом» вони намагаються залишитися «вірними власним ідеалам» й актуалізують регресивну, майже магічну віру у те, що десь існує «ідеальний світ, у якому усе інакше». Очевидно, що дана «нарцистична криза» закономірно відповідає кризі інволюційного віку; 2) однак для досліджуваних хворих така «нарцистична криза» обертається глибокою дестабілізацією системи індивідуально-психологічної системи адаптації та регуляції самооцінки, що на клінічному рівні проявилось у попередньому психічному розладі, а на момент обстеження опитувальником – відобразилося у напруженні шкал алярмового виміру: I. 1 «Безсиле Селф», I. 5 «Прийжене нікчемне Селф» та I. 2 «Втрата контролю над афектами / імпульсами»; 3) прагнучи стримати злам адаптації, хворі вдаються до іпохондричних переживань (напруження шкал тілесного виміру), чим обмежують відчуття втрати контролю над своїм життям.

При другому підході до уваги брали найбільші відмінності між групами за шкалами алярмового виміру та найменші відмінності між групами за шкалами кризового виміру. Інтеграція обох підходів дозволила зробити висновки:

1. Високі показники за шкалами кризового виміру в обох групах пов'язані із переоцінкою цінностей, ідеалів та людських стосунків, що з необхідністю відбувається в інволюційному віці і є універсальним переживанням даного вікового періоду.

2. Найбільші відмінності між обома групами за шкалами алярмового виміру пояснюються вищепованими психопатологічними особливостями особистості жінок з ІП, які роблять їх більш вразливими до будь-яких кризових переживань.

3. Якщо врахувати, що шкали алярмового виміру кодують м'яку дефіцитарність регуляторних підсистем індивідуально-психологічної адаптації, то розбіжності між дослідом і контролем за алярмовим виміром маркували не лише глибоку декомпенсацію індивідуально-психологічних механізмів адаптації у досліджуваних хворих, але й структурну дефіцитарність механізмів адаптації та регуляції самооцінки їх особистості.

Результати факторного аналізу (рис. 2) довели валидність третього висновку: показники опитувальника утворюють чіткі скупчення шкал алярмового та особистісного вимірів, а отже, у групі досліджуваних хворих існує внутрішній взаємозв'язок між глибокою дестабілізацією системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки та властивостями нарцистичної особистості, який не спостерігається у контрольній групі.

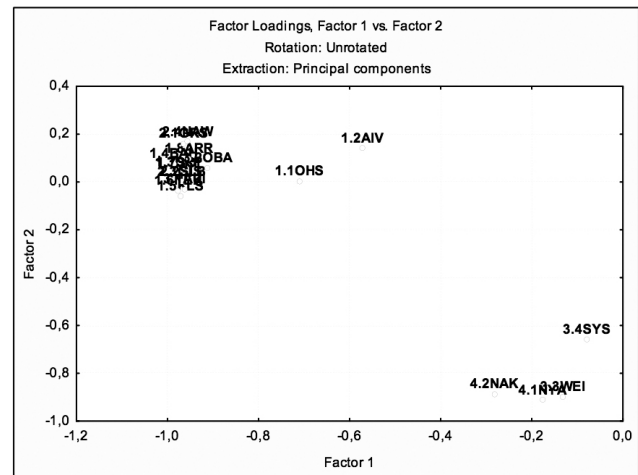


Рис. 2. Графічна кореляційна матриця показників «Нарцистичного інвентарю» у дослідній групі

Таким чином, нарцистична патологія особистості значною мірою обумовлює глибину психічної декомпенсації.

Отриманий результат був використаний для перевірки обґрунтованості виділення в рамках ІП дихотомічної осі «псевдоневротичність – психотичність» (кластеризація «ІД/ТД» і «МР/ЗДМР»). Якщо нарцистична патологія особистості пов'язана з дефіцитарністю індивідуально-психологічних механізмів адаптації та регуляції самооцінки, то логічно очікувати, що глибина даного дефіциту у кластерах «ІД/ТД» та «МР/ЗДМР» буде відрізнятися. Проведено порівняльний аналіз стану системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки у представниць першого та другого кластерів, за допомогою якого виявлено достовірну різницю між середніми показниками алярмового та особистісного вимірів. Причому у кластері «МР/ЗДМР» показники були вищими, ніж у кластері «ІД/ТД» (табл. 1). При переведенні кількісних показників «Нарцистичного інвентарю» у представниць двох пар у показники якісні (див. табл. 1) вказані відмінності стають менш помітними і спостерігаються лише за виміром, який кодує дефіцитарність регуляторних підсистем.

На основі отриманих даних було зроблено концептуальні висновки: компенсована нарцистична патологія особистості – це, насамперед, латентна патологія / преморбідний дефіцит механізмів індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки; патологія, що на феноменологічному рівні проявляється, у першу чергу, в емоційній сфері як специфічні ознаки особистості – недиференційованість емоційної сфери, емоційна вразливість й аутизм. Наявна у обстежуваних хворих нарцистична патологія особистості обумовлює глибину психічної декомпенсації в інволюційному віці, тобто

Таблиця 1. Порівняння кількісних і якісних показників кластерів «МР/ЗДМР» та «ІД/ТД» за вимірами «Нарцистичного інвентарю» (M±m)

Виміри «Нарцистичного інвентарю»	Кластер ІД/ТД, n = 19	Кластер, МР/ЗДМР, n = 12	χ²	p	ВШ	95 % ДІ
I. «Селф під загрозою» (алярмовий)	28,04±0,64*	31,74±0,64	6,0	0,01	11,9	1,4; 123,5
II. «Класичне нарцистичне Селф» (особистісний)	27,60±0,72*	31,25±0,68	2,4	0,1	4,3	0,7; 27,7
III. «Ідеалістичне Селф» (кризовий)	31,51±0,56	33,21±0,78	0,2	0,6	2,9	0,2; 78,2
IV. «Іпохондричне Селф» (тілесний)	30,94±1,06	32,66±1,63	0,05	1,0	1,4	0,2; 9,5

Примітка. \* – статистично достовірна відмінність з показниками «пар» маячний розлад – депресивно-маячний розлад (p<0,05).



маніфестацію психічного розладу. Глибина «нарцистичного дефіциту» predisponує до «псевдоневротичної» або психотичної форми психічного розладу в інволюції.

Вищезазначене дозволило зрозуміти специфічну «життєву криву» досліджуваних хворих; прояснити психологічний механізм декомпенсації нарцистичної особистості в інволюційному періоді життя; сформулювати модель патогенезу ІІІ; розробити схему основних осей співвідношення синдромальної та особистісної патологій при психічних розладах інволюційного віку; кваліфікувати ІІІ як психосоматичний розлад.

За результатами анамнестичного інтерв'ю у межах репрезентативної підгрупи було встановлено типові ознаки життєвої кривої жінок з ІІІ, зокрема, наявність двох поворотних точок: 1) пізній пубертат – кристалізація стеничних рис особистості пацієнтки; 2) інволюційний період – спалах психопатологічної симптоматики. У першій точці закріплюється експансивний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин: пошук визнання за межами свого мікросоціуму – досягнення успіху – неможливість закріпити цей успіх через неспроможність вибудувати стабільні та довготривалі людські стосунки – «захоплення» нових «життєвих територій» – поновлення циклу. У другій точці відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації, оскільки, внаслідок виснаження психофізіологічних ресурсів, попередні експансивні життєві стратегії втрачають свою ефективність. У часовому проміжку між згаданими точками механізми функціонування особистості залишаються сталими й одноманітними, забезпечують досить успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію. Об'єктивізація отриманого результату за допомогою шкали «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною), виконана у суцільній вибірці жінок з ІІІ та у контрольній групі, підтвердила вищеповисані результати.

Біологічно закономірне виснаження психофізіологічних ресурсів у інволюційному віці призводить до того, що нарцистична структура особистості, котра містить у собі м'який емоційний дефіцит і латентний дефіцит підсистем індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки, втрачає здатність ефективно виконувати адаптаційні функції, у тому числі реалізовувати цілком нові стратегії пристосування до змінених умов життя. Відтак під дією біологічного та соціально-психологічного факторів наростає інтенсивність патогенного конфлікту – необхідності справлятися все меншими ресурсами зі зростаючою загрозою дестабілізації системи регуляції самооцінки. Напруження стає надмірним власне за рахунок збігу притаманного «нарцисам» внутрішнього відчуття власної неспроможності та зовнішнього його підтвердження, що приходить разом із початком старіння. Настирливі невдалі спроби заперечити невідворотність життєвих змін, нездатність зробити переоцінку життєвого шляху в ретроспективі та виявити значущий екзистенційний сенс у набутому досвіді лише посилюють кризу самооцінки. Цей процес, який з психодинамічної точки зору можна охарактеризувати як специфічну психотравму за механізмом «ключового переживання» (згідно з Е. Кречмером) з подальшою глибокою декомпенсацією особистості, з позицій психопатології може виглядати як

реалізація ендогенної predisпозиції під впливом провокуючих зовнішніх і внутрішніх факторів / як психогенна провокація ендогенного розладу. Причому вказані способи концептуалізації ІІІ не суперечать один одному.

Систематизація вищеповисаних чинників дезадаптації в інволюційному віці дозволила описати біологічне, індивідуально-психологічне, соціальне та екзистенційно-біографічне замкнуті патогенетичні кола, одночасна активація яких призводить до запуску ІІІ. Особистісний компонент (індивідуально-психологічне патогенетичне коло) може розглядатись у формуванні інволюційних розладів як провідний, трансфеноменологічний, що об'єднує генез захворювання з його психопатологічним оформленням, відіграючи як патогенетичну, так і патопластичну роль. Біологічні та макросоціальні чинники відіграють роль сприяючих і пускових механізмів психотичної декомпенсації, а мікросоціальні фактори займають проміжне положення, адже вони одночасно є і «продуктом життєдіяльності» таких пацієнтів і «джерелом» додаткової психічної травми. Тому «життєва крива» як така (екзистенційно-біографічне патогенетичне коло) стає «патогенетичним колом зворотного зв'язку», оскільки вступає у резонанс з трьома попередніми, підсумовуючи, концентруючи у собі й підсилюючи їхній негативний вплив на адаптацію особистості. Ретроспективний погляд на пережите ставить під сумнів уявлення пацієнта про власний Я-ідеал, виявляє емоційну порожнечу системи міжособистісних стосунків, засвідчує минулість / непотрібність попередніх досягнень у контексті екзистенційних проблем старіння. Вищеповисане підсумовує рисунок 3.

Патогенетична значущість усіх вищевказаних класів травматизації (патогенетичних кіл) в ініціації та синдромальному оформленні ІІІ дозволяє кваліфікувати останній крізь призму психосоматичного підходу, а саме як біопсихосоціально спровоковану декомпенсацію особистості психотичного рівня, коли патогенез особистісної декомпенсації поєднує як механізм соматогенії (реакції мозку на зміну субстрату), за А. Б. Смулевичем (2009) [29], так і принцип нозогенії (реакції особистості на семантику діагнозу), за О. О. Фільцом (1993) [31].

Отримані результати дозволили сформувати схему основних осей співвідношення особистісної та синдромальної психічної патології в інволюційному періоді життя (рис. 4), що можна розглядати як з позицій динаміки особистісних розладів з актуалізацією латентної преморбідної патології (не диференційованості / дефіцитарності емоційної сфери), так і з позицій коморбідності – співіснування двох дискретних розладів, коли особистісний розлад сприяє появі та патопластично «забарвлює» позитивні психопатологічні симптомокомплекси. Дана схема відкриває можливості вторинної профілактики ІІІ, може бути використана у діагностичних цілях для кваліфікації розладу за ознакою «глибина нарцистичного дефекту», а також матиме важливе значення для вибору адекватної терапевтичної тактики, формулювання реалістичного прогнозу щодо «одужання» та «відновлення функцій», розробки шляхів третинної профілактики.

Спираючись на доведену психосоматичну природу ІІІ, обґрунтовано два аспекти психотерапевтичного впливу: 1) відновлення цілісності дезінтегрованої сис-

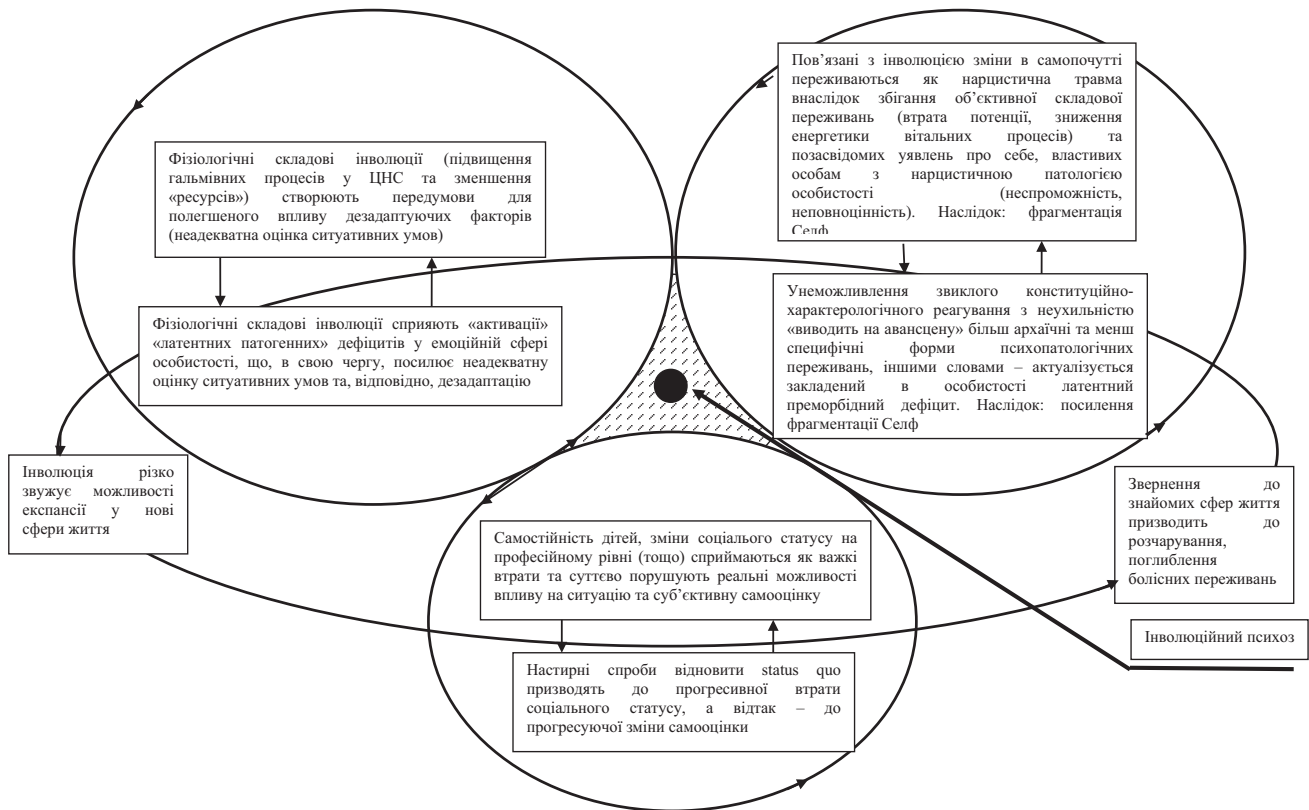


Рис. 3. Патогенетичні механізми інволюційного психозу

теми індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (Селф) під час психотичного епізоду; 2) гармонізація особистісного профілю, компенсація нарцистичного дефіциту в емоційній та когнітивній сферах шляхом розвитку навичок емпатії та менталізації в довгостроковій перспективі.

Для досягнення вказаних цілей під час психотерапевтичного діалогу ініціюється побудова зрозумілої для пацієнта концепції зв'язків між трьома базовими площинами: його особистістю, «життєвою кривою» й актуальною життєвою ситуацією (в тому числі й психічним розладом). Створення вищезгаданої концепції відбувається, якщо пацієнт спонтанно актуалізує низку важливих для себе переживань, що структуруються як конкретні теми – варіації центрального фокусу переживань.

Останній у конденсованому вигляді описує ключову проблему хворого: необхідність примирення зі своїм власним життям. Терапевтичний процес розгортається у шість фаз, коли пацієнт опрацьовує той чи інший частковий аспект центрального фокусу переживань. Розроблена модель психотерапії включає рекомендації стосовно терапевтичної тактики й інтерпретативної техніки психотерапевта в специфічному змістовно-стосунковому контексті кожної фази психотерапії. Вищезазначені особливості психотерапевтичного процесу узагальнено у вигляді структурованого терапевтичного алгоритму (табл. 2).

У результаті застосування спеціалізованих статистичних методів для порівняння результатів лікування у пацієнтів, що отримували пропоновану у дослідженні методику психотерапії (комплексне лікування), було виявлено зростання здатності до артикуляції суб'єктивно значущих емоційних переживань; покращання впізна-

вання і диференціації вхідної інформації; зменшення реактивної та особистісної тривожності; пом'якшення напруженості примітивних механізмів психологічного захисту та стимуляцію розвитку більш зрілих механізмів; трансформацію суб'єктивного уявлення про самого себе. На клінічному рівні вказані ефекти проявлялись у вигляді дезактуалізації хворобливих переживань, що сприяло покращанню біологічної та індивідуально-психологічної ланок адаптації, забезпечувало довготривалу компенсацію особистісної структури пацієнтів. Для об'єктивізації отриманого результату було використано низку сучасних статистичних показників ефективності лікування, зокрема кількість хворих, необхідна для лікування (КХНЛ), з метою досягнення позитивного ефекту хоча б в одного хворого, що наводиться разом із 95 % ДІ. Вищеприписане статистично достовірно підтверджувало ефективність застосованого психотерапевтичного алгоритму.

### Висновки

1. У проведеному дослідженні на основі біопсихосоціальної парадигми сучасної медицини розв'язано актуальну наукову проблему дослідження патогенетичних закономірностей розвитку психотичних розладів у жінок в інволюції з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на синдромальну форму й динаміку вказаних розладів. Розроблено адекватну та патогенетично обґрунтовану методику психодинамічної психотерапії. Виконано теоретичне обґрунтування ІП як складного психосоматичного феномену, а також визначено його місце на психосоматичному континуумі.

2. Шляхом клініко-психопатологічного аналізу встановлено, що типологія ІП представлена чотирма базо-

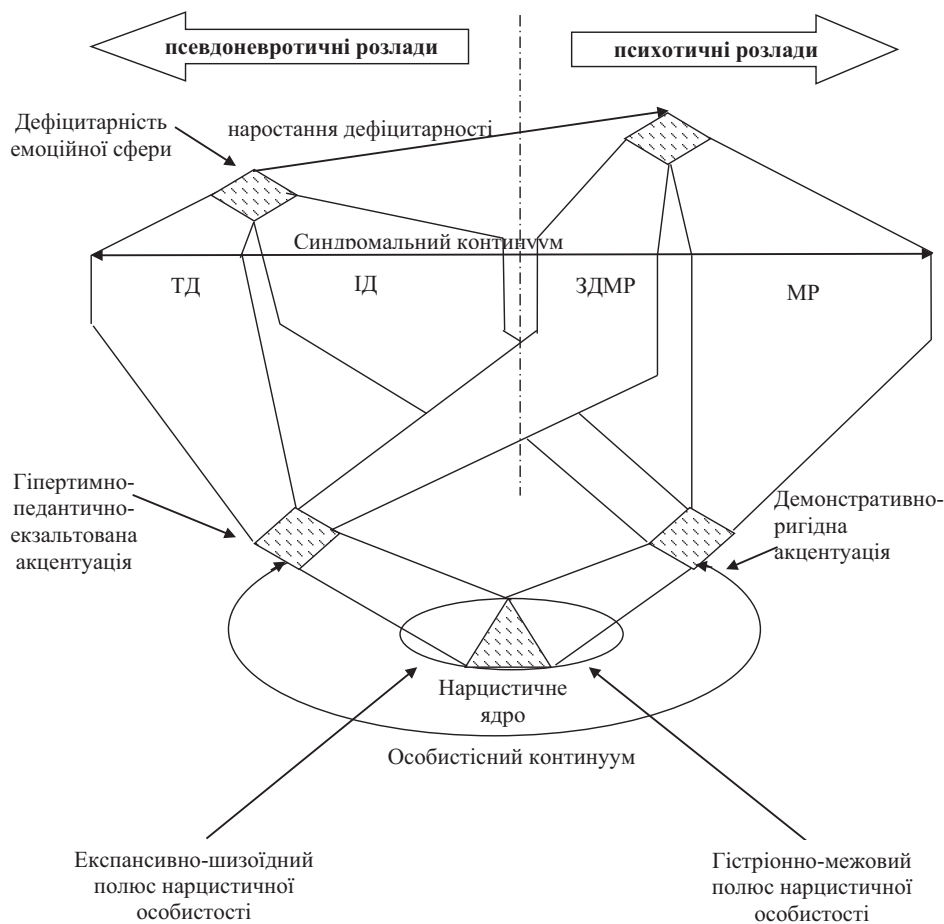


Рис. 4. Основні співвідношення синдромальної та особистісної патології при ІП

вими синдромальними формами: маячним розладом – з переважанням кататимно заряджених персекуторних переживань «малого розмаху» (15,38 %); іпохондричною депресією з переважанням надцінних іпохондричних переживань на фоні похмуро-пригніченого настрою (28,63 %); тривожною депресією з домінуванням проявів тривожно-депресивного афекту та ажитації (31,20 %); змішаним депресивно-маячним розладом, де аморфне переживання загрози з ідеями переслідування чергується з похмурим настроєм, самокатуванням та ідеями гріховності, зі спільною тенденцією до парафренізації (24,79 %).

3. Статистична обробка показників багатопрофільного опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R виявила такі особливості клініко-психопатологічної структури психотичних розладів у жінок інволюційного віку:

– формування двох протилежно направлених континуумів депресивної та паранояльної симптоматики: депресивна представлена максимально, а паранояльна – мінімально у синдромі ТД (DEP 3,04±0,05; PAR 1,08±0,04), паранояльна представлена максимально, а депресивна – мінімально у синдромі МР (PAR 3,58±0,04; DEP 1,0±0,04), тим часом як представленість обох типів симптомів у синдромах ІД та ЗДМР є більш рівномірною: ІД (DEP 2,22±0,02; PAR 1,34±0,04), ЗДМР (DEP 2,01±0,02; PAR 1,84±0,04);

– високу та рівномірну представленість у синдромах МР й ІД клінічних симптомів соматизації / тривожності та, відповідно, симптомів інтровертованості / обсесивності-компульсивності / фобії – у синдромах ЗДМР і

ТД; тобто вказані симптоми виступають як додаткові кластеризуючі ознаки, які розділяють чотири синдромальні форми ІП на два факультативні симптоматичні кластери: МР/ІД та ЗДМР/ТД;

– при тяжких синдромальних формах ІП (МР/ЗДМР) визначаються високі значення широти спектра психопатологічної симптоматики (PST) на фоні відносно невисоких значень індексу наявного симптоматичного дистресу (PSDI); при більш м'яких формах (ІД/ТД) – зворотна ситуація: високі значення PSDI на фоні помірно високих значень PST; тому вказані показники можуть розглядатися як диференціюючі ознаки щодо тяжкості клінічного стану.

4. Вивчення особистісних предикторів ІП шляхом застосування опитувальника Леонгарда – Шмішека встановило:

особистісна ригідність створює провідну диференціюючу вісь між дослідною та контрольною вибірками ( $p < 0,05$ ) і є синдромально неспецифічною щодо різних типів ІП: МР (17,26±0,46), ІД (16,54±0,41), ЗДМР (16,37±0,47), ТД (15,81±0,51). Натомість незначна каузальна роль конституційної дистимічності у формуванні ІП, включаючи депресивні форми (МР 11,7±0,48; ІД 8,9±0,55; ЗДМР 9,37±0,54; ТД 10,43±0,47), свідчить, що ІП розвиваються за механізмом декомпенсації звиклих, закріплених у структурі особистості форм реагування під впливом масивних психофізіологічних трансформацій інволюційного віку, а отже, повинні розглядатися як ендорективний розлад.

Розподіл інших особистісних рис серед чотирьох синдромальних форм ІП збігається з описаним на основі психопатологічного дослідження принципом утворення двох факультативних симптоматичних кластерів ІП і пояснює патопластичне оформлення синдромів: високі показники демонстративності у поєднанні з синдромально неспецифічною ригідністю у пацієнтів з МР та ІД формують персекуторні переживання «малого ромаху» з елементами еротичного маячення або надцінні іпохондричні ідеї з яскраво вираженим чуттєвим компонентом; високі показники особистісних рис гіпертимності / педантичності / екзальтованості, поєднані з синдромально неспецифічною ригідністю, у пацієнтів з ЗДМР і ТД зумовлюють «застиглість депресивної симптоматики» або схильність до ажитованих форм.

5. Діагностика стану когнітивної функції методом викликаних слухових потенціалів виявила превалю-

Таблиця 2. Алгоритм психодинамічно орієнтованої психотерапії пацієнтів з психічними розладами, що маніфестували в інволюційному періоді життя

Фаза терапії	Рівень перенесення	Фокус переживань пацієнта	Терапевтична тактика	Інтерпретативна техніка
I. Формування довіри до терапевта	Первинне позитивне перенесення	Невирішений конфлікт «надія проти відчаю»	Ініціювання та підтримка позитивного перенесення	М'які підтримуючі інтервенції, емпатичне співпереживання в суб'єктивній картині світу пацієнта
II. Дренування негативних переживань	Первинне позитивне перенесення. Зародження нарцистичного перенесення	Катартичне звільнення від акумульованого напруження, пов'язаного з розчаруванням своїм власним життям, шляхом проєктивного розміщення відповідальності за це в особах свого найближчого оточення	Застосування флеш-техніки для верифікації їх безпосередніх переживань шляхом фокусування змісту сказаного пацієнтом та м'якої, пробаторної нарації зворотної складової переживань	М'які підтримуючі інтервенції. Флеш-техніка
III. Позитивні спогади	Первинне позитивне перенесення. Нарцистичне перенесення	Потреба відчутти власне Селф джерелом конструктивної активності	Емпатичний супровід, вербалізація досвідів більш інтегрованого Его та цілісного Селф	Флеш-техніка
IV. Переосмислення свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому	Перенесення об'єктних катексисів	Пробаторне прийняття відповідальності за власне життя, корекція концепції світу і себе	Відслідкування коливань між параноїдно-шизоїдною та депресивною позиціями	Здійснення підтримуючих флеш-інтервенцій при поверненні до параноїдно-шизоїдної та флеш-інтерпретації позасвідомого змісту при переході до депресивної позиції. Поступове застосування експресивної техніки за О. Кернбергом
V. Осмислення зв'язку між власним життям та актуальною хворобою	Перенесення об'єктних катексисів. Формування вищих рівнів перенесення (класичного невротичного, м'якого ввічливого)	Прийняття відповідальності не лише за всю життєву траєкторію, а й за дану ситуацію	Покрокове озвучення ключового переживання, виведення його на рівень усвідомлюваної пацієнтом цілісної концепції	Експресивна техніка за О. Кернбергом
VI. Вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті	Класичне невротичне, м'яке ввічливе, формування перенесення «фіктивного нормального Я»	Вирішення конфлікту «надія проти відчаю»	Вербалізація переживань пацієнта, у тому числі й пов'язаних з актуальним рівнем перенесення та перспективою завершення психотерапії	Експресивна техніка за О. Кернбергом

вання ознак, характерних для когнітивного дефіциту функціонального походження, над ознаками когнітивних розладів, властивих органічному ураженню ЦНС. Тому діагностоване зниження амплітуди P300 пояснюється особливостями перебігу когнітивних процесів у пацієнтів з ІП, які детерміновані одночасно клінічним станом пацієнток та їх особистісною структурою.

6. Аналіз результатів розширеного психометричного дослідження особистості жінок з ІП виявив велику кількість особистісних ознак, що об'єднують усі форми ІП між собою: високі показники алекситимії (MP 79,29±1,9; ІД 77,9±1,19; ЗДМР 76,71±1,64; ТД 76,92±1,42), домінування незрілих механізмів психологічного захисту (гіперкомпенсації, заперечення, регресії та проєкції), а також високий рівень авторитарності, низький рівень дружності й залежності, та вищі показники альтруїзму в дослідній групі порівняно із контрольною.

7. У результаті феноменологічного аналізу особистості жінок з ІП та узагальнення отриманих даних встановлено, що пацієнткам притаманна виражена нарцистична проблематика особистості, афекти, мотивації, міжособистісні стосунки та поведінкові реакції співвідносяться з критеріями нарцистичного розладу особистості згідно з міжнародною класифікацією DSM-IV-TR (та розширеної версії МКХ-10). Отримані дані вказують, що наявна у до-

сліджуваних жінок нарцистична патологія особистості є найбільш представленою у шизоїдному, гістрійонному та пограничному (ЕНРО) особистісних радикалах. Причому представники синдромальних підгруп МР та ІД ІП демонструють більше спорідненості з ознаками гістрійонно-пограничного спектра, а пацієнти з ЗДМР та ТД – з ознаками експансивно-шизоїдного спектра. Відтак, нарцистичну патологію особистості можна феноменологічно описати як полярну структуру, яка на одному полюсі перекидається з ознаками гістрійонності (пограничності), а на другому – з ознаками експансивної шизоїдії.

8. Дослідження функціонального стану системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (системи Селф) за допомогою опитувальника «Нарцистичний інвентар» у жінок з ІП виявило виражені порушення у регуляторних підсистемах вказаної системи, що достовірно відрізняло їх від представниць контрольної групи. Максимальні відмінності між групами спостерігались за шкалами алярмової підсистеми індивідуально-психологічної адаптації, що актуалізуються лише за умови глибокої дестабілізації усій адаптаційної системи особистості. Доведено, що глибина декомпенсації особистості в умовах психофізіологічної кризи інволюційного віку детермінована виразністю преморбідної

нарцистичної патології, яка predisponує до м'яких (ІД/ТД) або тяжких (МР/ЗДМР) форм ІП.

9. Встановлено типові ознаки «життєвої кривої» жінок з ІП, зокрема, наявність двох поворотних точок: 1) пізній пубертат – кристалізація стеничних рис особистості пацієнтки; 2) інволюційний період – спалах психопатологічної симптоматики. У першій точці закріплюється експансивний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин, у другій – відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації, оскільки, внаслідок виснаження психофізіологічних ресурсів, попередні експансивні життєві стратегії втрачають свою ефективність. У часовому проміжку між згаданими точками механізми функціонування особистості залишаються сталими й одноманітними, забезпечують досить успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію. Механізм психічної травматизації нарцистичної структури особистості в період інволюції відбувається як «травма за типом ключового переживання»: біологічні й соціально-психологічні проблеми викликають відчуття неспроможності, яке є фруструючим не лише саме по собі, а й вступає у резонанс із заперечуваними до цього моменту почуттями сорому, неповноцінності, безпорадності, притаманними людям з нарцистичною патологією особистості.

10. В основі патогенетичного механізму ІП лежить одночасна та взаємно підсилююча дія біологічних, індивідуально-психологічних і соціальних факторів, а також травматичного фактора мета-рівня («життєвої кривої» загалом та етапу інволюції зокрема), котрі концептуалізовані в роботі як замкнуті патогенетичні кола ІП. Одночасна активізація всіх кіл актуалізує преморбідні дефіцити нарцистичної особистості та призводить до психотичної особистісної декомпенсації – ендореактивного запуску ІП. При цьому особистісний компонент має значення провідного, трансфеноменологічного у формуванні ІП, об'єднуючи генез захворювання з його психопатологічним оформленням. Біологічні та макросоціальні чинники відіграють роль сприяючих і пускових механізмів психотичної декомпенсації, а мікросоціальні фактори займають проміжне положення, будучи одночасно і результатом життєвого втілення нарцистичної патології, і джерелом додаткової психічної травми. Тому «життєва крива» як така стає «патогенетичним колом зворотного зв'язку», вступаючи в резонанс з трьома попередніми, підсумовуючи, концентруючи у собі й підсилюючи їхній негативний вплив на адаптацію особистості. Значущість вказаних патогенетичних кіл у ініціації й синдромальному оформленні ІП дозволяє кваліфікувати останній кризь призму психосоматичного підходу, а саме: як біопсихосоціально спровоковану декомпенсацію особистості психотичного рівня.

11. Відповідно до описаних кластерів патогенетичних чинників, обґрунтовано два аспекти психотерапевтичного впливу на ІП: 1) відновлення цілісності дезінтегрованої системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (Селф) під час психотичного епізоду; 2) гармонізація особистісного профілю, компенсація нарцистичного дефіциту в емоційній та когнітивній сферах шляхом розвитку навичок емпатії та менталізації в довгостроковій перспективі. Психотерапевтична стра-

тегія передбачає індукцію специфічного діалогу пацієнта з терапевтом і самим собою про власне життя та особисті переживання, про наявність зв'язків між внутрішньою та зовнішньою реальностями, в результаті якого пацієнт вибудовує зрозумілу для себе, суб'єктивно значущу концепцію зв'язків між трьома базовими площинами: його особистістю, «життєвою кривою» й актуальною життєвою ситуацією (в тому числі й психічним розладом).

12. Короткотривала психодинамічно орієнтована психотерапія пацієнтів з ІП характеризується чіткою етапністю, детермінованою тематичним фокусом переживань пацієнта, емоційним фоном, рівнем актуалізованого перенесення, а також рекомендованою інтерпретативною тактикою. Тематика кожного етапу є частковим підфокусом загального терапевтичного фокусу, актуального в терапії ІП: необхідність примирення зі своїм власним життям / інтеграції системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (Селф) / узгодження власної Я-концепції та концепції світу. Повний психотерапевтичний цикл передбачає проходження таких фаз: формування довіри до терапевта; висловлення претензій найближчому оточенню («дренування негативних переживань»); спогади про власні досягнення та «добрі часи»; переосмислення пацієнтом свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому; осмислення зв'язку між власним життям й актуальною хворобою; вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті.

13. Ефекти психодинамічно орієнтованої психотерапії виявляються як на індивідуально-психологічному, так і на нейрофізіологічному рівнях і полягають у такому: артикуляція суб'єктивно значущих емоційних переживань (за Торонтською алекситимічною шкалою у кластері ТД/ІД: КХНЛ 3 (2–6) для комплексної терапії проти 4 (2–116) для стандартної терапії; у кластері МР/ЗДМР: КХНЛ 2 (1–6) для комплексної терапії проти 6 (2–∞) для стандартної терапії); покращання впізнавання та диференціації вхідної інформації (згідно з показником Р300: КХНЛ 2 (1–3) для комплексної терапії проти 14 (4–∞) для стандартної терапії); зменшення реактивної та особистісної тривожності; пом'якшення напруженості примітивних механізмів психологічного захисту та стимуляція розвитку більш зрілих механізмів; трансформація суб'єктивного уявлення про самого себе. На клінічному рівні вказані ефекти проявляються у дезактуалізації хворобливих переживань (загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI) за SCL-90-R: МР КХНЛ 2 (1–4) для комплексної терапії проти 8 (2–∞) для стандартної терапії; ІД КХНЛ 1 (1–2) для комплексної терапії проти 4 (2–∞) для стандартної терапії; ЗДМР КХНЛ 1 (1–2) для комплексної терапії проти 3 (1–∞) для стандартної терапії; ТД КХНЛ 2 (1–3) для комплексної терапії проти 5 (2–∞) для стандартної терапії), що сприяє покращанню біологічної та індивідуально-психологічної ланок адаптації, веде до довготривалої компенсації особистісної структури пацієнтів. Вищезазначене свідчить про ефективність застосованого психотерапевтичного алгоритму, а також про синергізм нейрофізіологічних (біологічних) й індивідуально-психологічних процесів і клінічних проявів ІП, який отримує, таким чином, систематичне обґрунтування з позицій психосоматичної медицини.

## Список використаної літератури

1. Парцерняк С. А. Стресс. Vegetosis. Психосоматика / С. А. Парцерняк. – СПб. : А. В. К., 2002. – 384 с.
2. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине : клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев ; под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков : Прапор, 2002. – 128 с.
3. Корж А. Н. Современные подходы к лечению психосоматических расстройств в общей практике – семейной медицине / А. Н. Корж // Здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 48–49.
4. Марута Н. А. Депрессия и тревога в практике врача соматического профиля / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева // Здоров'я України. – 2010. – № 2 (15). – С. 54–55.
5. Дробижев М. Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети / М. Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 5, № 5. – С. 190–193.
6. Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений / К. К. Платонов // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972. – С. 47–55.
7. Самохвалов В. П. Психический мир будущего / В. П. Самохвалов. – Симферополь : КИТ, 1998. – 400 с.
8. Циркин С. Ю. Общая характеристика психических расстройств при эндокринопатиях и понятие эндокринного психосиндрома / С. Ю. Циркин, Н. Ю. Пятницкий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 14–18.
9. Лурья Р. А. Внутренняя картина болезни / Р. А. Лурья // Пограничная психиатрия / под ред. Ю. А. Александровского. – М. : РЛС-2006, 2006. – С. 349–357.
10. Lipowski Z. J. Psychosocial reactions to physical illness / Z. J. Lipowski // Can. Med. Assoc. J. – 1983. – Vol. 128. – P. 1069–1072.
11. Фрейд З. О психоанализе. Лекции / З. Фрейд ; пер. М. В. Вульф. – Мн. : Харвест, 2005. – 416 с.
12. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александр. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
13. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008. – 1024 с.
14. Sifneos P. E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients / P. E. Sifneos // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1973. – Vol. 22. – P. 255–262.
15. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. Руководство / М. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
16. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization / M. Schur // The psychosomatic study of the child. – 1955. – Vol. 10. – P. 243–260.
17. Uexkull Th. Psychosomatische Medizin. Modelle arztlichen Denkens und Handelns / Th. Uexkull. – Munchen ; Jena : Urban & Fischer, 2008.
18. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М. : ГЭОТАР-Медицина, 1999. – 376 с.
19. Руководство по психиатрии : в 2-х т. Т. 2 / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская [и др.] ; под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – 784 с.
20. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / под ред. А. Б. Смудевича. – М. : Русский врач, 2000. – 160 с.
21. Смудевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смудевич. – М. : ООО «МИА», 2007. – 192 с.
22. Винник М. І. Клініко-патогенетичні особливості і комплексна корекція інволюційних психічних розладів у жінок в пре- та постменопаузі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 «психіатрія» / М. І. Винник. – К., 2000. – 48 с.
23. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97–104.
24. Чабан О. С. Деадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психіатрії та медичинської психології. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–21.
25. Підкоритов В. С. Депресії. Сучасна терапія / В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка. – Харків : Торнадо, 2003. – 352 с.
26. Семке В. Я. Пограничная геронтопсихиатрия / В. Я. Семке, С. С. Одарченко. – Томск, 2005. – 282 с.
27. Нетрусова С. Г. Заместительная гормональная терапия при психопатологических проявлениях патологического климакса у женщин / С. Г. Нетрусова, Т. Ф. Татарчук, Г. К. Дзюб // Архів психіатрії. – 2001. – Т. 7, № 4 (27). – С. 189–196.
28. Сигал Х. Нарциссизм. Комментарии к докладу Р. Бриттона / Х. Сигал // Психоаналитические концепции нарциссизма / под ред. А. В. Литвинова, А. Н. Харитоновна. – М. : Издательский проект «Русское психоаналитическое общество», 2009. – С. 406–411.
29. Смудевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смудевич. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
30. Henseler H. Narzisstische Krisen: zur Psychodynamik des Selbstmords / H. Henseler. – Wiesbaden : Westdeutschen Verlag, 2000.
31. Фильц А. О. Проблема небредовой ипохондрии : автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 «психиатрия» / А. О. Фильц ; Науч. центр психического здоровья. – М. : НЦПЗ РАМН, 1993. – 49 с.
32. Бітєнський В. С. Психосоматична модель патогенезу інволюційного психозу / В. С. Бітєнський, М. М. Пустовоїт, Ю. Я. Медінська // Вісник психіатрії та психотерапевтичної психології. – 2009. – № 2 (16). – С. 7–27.
33. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. – М. : Педагогика-Пресс, 1995.

## References

1. Parcernyak, S. A. (2002). *Stress. Vegetosis. Psihosomatika* [Stress. Vegetosis. Psychosomatics]. Spb.: A. V. K., 384 p. (In Russian).
2. Mykhailov, B. V., Serdiuk, A. I., & Fedosieiev, V. A. (2002). *Psihoterapija v obshhe-somaticheskoi medicini: klinicheskoe rukovodstvo* [Psychotherapy in general medicine: a clinical guide]. B. V. Mykhailov (Ed.). Kharkiv: Prapor, 128 p. (In Russian).
3. Korzh, A. N. (2007). *Sovremennye podhody k lecheniju psihosomaticheskikh rasstrojstv v obshhej praktike – semejnoj medicini* [Modern approaches to the treatment of psychosomatic disorders in general practice – family medicine]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 1, pp. 48–49. (In Russian).
4. Maruta, N. O., & Yur'yeva, L. M. (2010). *Depressija i trevoga v praktike vracha somaticheskogo profila* [Depression and anxiety in the practice of a physician of a somatic profile]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 2 (15), pp. 54–55. (In Russian).
5. Drobizhev, M. Yu. (2004). *Lechenie depressij v obshhesomaticheskoi seti* [Treatment of depression in a general network]. *Psihiatrija i psihofarmakologija – Psihiatrij and psychopharmacology*, vol. 5, no. 5, pp. 190–193. (In Russian).
6. Platonov, K. K. (1972). *Lichnostnyj podhod v ponimanii psihosomaticheskikh vzaimootnoshenij* [The personal approach to understanding psychosomatic relationships]. *In Rol' psihicheskogo faktora v proishozhdenii, techenii i lechenii somaticheskikh boleznej* [The role of the mental factor in the origin, flow and treatment of somatic diseases]. Abstracts of Papers. Moscow, pp. 47–55. (In Russian).
7. Samohvalov, V. P. (1998). *Psihicheskij mir budushhogo* [The psychic world of the future]. Simferopol: KIT, 400 p. (In Russian).
8. Cirkin, S. Yu., & Pjatnickij, N. Yu. (2001). *Obshhaja harakteristika psihicheskikh rasstrojstv pri jendokrinopatijah i ponjatie jendokrinogo psihosindroma* [General characteristics of mental disorders in endocrinopathies and the concept of endocrine psychosyndrome]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, no. 1, pp. 14–18. (In Russian).
9. Lurija, R. A. (2006). *Vnutrennjaja kartina bolezni* [Internal picture of the disease]. In Yu. A. Aleksandrovskij (Ed.), *Pogranichnaja psihiatrija* [Borderline psychiatry] (pp. 349–357). Moscow: RLS-2006. (In Russian).
10. Lipowski, Z. J. (1983). *Psychosocial reactions to physical illness*. *Can. Med. Assoc. J.*, vol. 128, pp. 1069–1072.
11. Freud, S. (2005). *O psihoanalize. Lekcii* [About psychoanalysis. Lectures]. (M. V. Vul'f, Trans.). Minsk: Harvest, 416 p. (In Russian). (Original work published 1915–1917).
12. Aleksander, F. (2004). *Psihoosomaticheskaja medicina. Principy i primenenie* [Psychosomatic medicine. Principles and applications]. Moscow: In-t obshhегumanitarnyh issledovanij, 336 p. (In Russian).
13. Malkina-Pyh, I. G. (2008). *Psihosomatika* [Psychosomatics]. Moscow: Jeksmo, 1024 p. (In Russian).
14. Sifneos, P. E. (1973). *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 22, pp. 255–262.
15. Sandomirskij, M. (2005). *Psihosomatika i telesnaja psihoterapija* [Psychosomatics and bodily psychotherapy]. Moscow: Nezavisimaja firma «Klass», 592 p. (In Russian).
16. Schur, M. (1955). *Comments on the metapsychology of somatization*. *The psychosomatic study of the child*, vol. 10, pp. 243–260.
17. Uexkull, Th. (2008). *Psychosomatische Medizin. Modelle arztlichen Denkens und Handelns* [Psychosomatic medicine. Models medical thinking and practice]. Munchen, Jena: Urban & Fischer. (In Germ.).
18. Bräutigam, W., Paul, C., & von Rad, M. (1999). *Psihosomaticheskaja medicina* [Psychosomatic medicine]. (G. A. Obuhova & A. V. Bruenka, Trans.). Moscow: GJEOTAR MEDICINA, 376 p. (In Russian). (Original work published 1997).
19. Tiganov, A. S. (Ed). (1999). *Handbook of Psychiatry* (Vol. 2). Moscow: Meditsina, 784 p. (In Russian).
20. Smulevich, A. B. (Ed.). (2000). *Pogranichnaja psihicheskaja patologija v obshhe-medicheskoi praktike* [Borderline mental pathology in general medical practice]. Moscow: Russkij vrach, 160 p. (In Russian).
21. Smulevich, A. B. *Rasstrojstva lichnosti* [Personality disorders]. Moscow: ООО «МИА», 192 p. (In Russian).
22. Vynnyk, M. I. (2000). *Kliniko-patohenetichni osoblyvosti i kompleksna korektsiia involutsiinykh psykhičnykh rozladiv u zhinok v pre- ta postmenopauzi* [Clinicopathogenetic features and complex correction of involuntional mental disorders in pre and postmenopausal women]. Extended abstract of Doctor's thesis. Kyiv, 48 p. (In Ukrainian).
23. Holmogorova, A. B. *Biopsihosocial'naja model' kak metodologicheskaja osnova dlja izuchenija psihicheskikh rasstrojstv* [Biopsychosocial model as a methodological basis for the study of mental disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and clinical psychiatry*, no. 3, pp. 97–104. (In Russian).
24. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2009). *Dezadaptatsiia liudyny v umovakh suspilnoi kryzy: novi syndromy ta napriamki yikh podolannia* [Human desadaptation in crisis society: new syndromes and their correction way]. *Zhurnal psyhiatrii ta medychnoi psykholohii – The journal of psychiatry and medical psychology*, no. 3 (23), pp. 13–21. (In Ukrainian).
25. Pidkorytov, V. S., & Chaika, Yu. Yu. (2003). *Depresii. Suchasna terapiia* [Depression. Modern therapy]. Kharkiv: Tornado, 352 p. (In Ukrainian).
26. Semke, V. Ja., & Odarchenko, S. S. (2005). *Pogranichnaja gerontopsihiatrija* [Borderline gerontopsychiatry]. Tomsk, 282 p. (In Russian).
27. Netrusova, S. G., Tatarchuk, T. F., & Dzjub, G. K. (2001). *Zamestitel'naja gormonal'naja terapija pri psihopatologicheskikh projavlenijah patologichesk-*

- ого klimaksa u zhenshin [Hormone therapy of mental disorders in women with menopause]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 7, no. 4 (27), pp. 189–196. (In Russian).
28. Sigal, H. (2009). Narcissizm. Kommentarii k dokladu R. Brittona [Narcissism. Comments on the report of R. Britton]. In A. V. Litvinova & A. N. Haritonova (Eds.), *Psihoanaliticheskie koncepcii narcissizma* [Psychoanalytic concepts of narcissism] (pp. 406–411). Moscow: Izdatel'skij proekt «Russkoe psihoanaliticheskoe obshchestvo». (In Russian).
29. Smulevich, A. B. (2009). *Maloprogredientnaja shizofrenija i pograničnyje sostojanija* [Low-progredient schizophrenia and borderline states] (2-nd ed.). Moscow: MEDpress-inform, 256 p. (In Russian).
30. Henseler, H. (2000). *Narzistische Krisen: zur Psychodynamik des Selbstmords* [Narcissistic crises: the psychodynamics of suicide]. Wiesbaden: Westdeutschen Verlag. (In Germ.).
31. Filts, O. O. (1993). *Problema nebredivoj ipohondrii* [The problem of a non-obedient hypochondria]. Extended abstract of Doctor's thesis. Moscow: NCPZ RAMN, 49 p. (In Russian).
32. Bitenskyi, V. S., Pustovoyt, M. M., & Medynska, Yu. Ya. (2009). Psykosomatychna model patohenezu involutsiinoho psykhozu [Psychosomatic model of the pathogenesis of involuntional psychosis]. *Visnyk psykhiatrii ta psykhofarmakoterapii – Journal of psychiatry and psychopharmacotherapy*, no. 2 (16), pp. 7–27. (In Ukrainian).
33. Kretschmer, E. (1995). *Stroenie tela i harakter* [Body structure and character]. Moscow: Pedagogika-Press. (In Russian).

### ДИАТЕЗ-СТРЕСС МОДЕЛЬ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХОЗОВ

М. М. Пустовойт

**Актуальность.** Инволюционные психозы рассматривают как совокупность неоспоримых биологических изменений, присущих этому возрастному периоду, определенных черт личности и стратегий преодоления, склонных к психотической реакции, а также типичных особенностей «жизненной кривой» и внешних стрессоров, которые способны запустить психотическое реагирование.

**Цель исследования** – изучить психосоматические (биопсихосоциальные) патогенетические связи, присущие инволюционным психозам, с учетом патогенетического и патопластического влияния преморбидной личностной структуры на их синдромальную форму и динамику, определить их место в психосоматическом континууме и разработать адекватную и патогенетически обоснованную методику психотерапии.

**Материалы и методы.** На базе клинических отделений кафедры психиатрии Одесского национального медицинского университета и в психоневрологическом отделении Дорожной клинической больницы № 1 ст. Киев с января 2003 г. по декабрь 2007 г. обследовано 234 пациентки в возрасте 45–60 лет (группа исследования). Контрольная группа – 47 женщин аналогичного возраста, которые в 2008 г. обращались в Дорожную клиническую больницу № 1 ст. Киев по поводу соматической симптоматики. Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, метод событие-связанных вызванных потенциалов, статистический анализ.

**Результаты.** Путем клинико-психопатологического анализа конкретизированы базовые синдромальные формы ИП: бредовое расстройство (БР), ипохондрическая депрессия (ИД), смешанное депрессивно-бредовое расстройство (СДБР), тревожная депрессия (ТД). Обнаружены тенденции к кластеризации названных форм по синдромальной структуре (кластеры «БР/ИД», «СДБР/ТД») и психопатологической сложности («БР/СДБР», «ИД/ТД»), что подтвердилось последующей кластеризацией форм ИП по признакам преморбидных черт личности пациенток и латентного дефицита в когнитивной и эмоциональной сферах. Конкретизированы механизмы психической декомпенсации и утилизации универсальных для инволюционного возраста тревожных переживаний в каждом из кластеров.

Пациенткам из группы исследования присуща выраженная нарциссическая проблематика личности. Базовыми (ядерными) составляющими личности исследуемой когорты женщин являются недифференцированность эмоциональной сферы / признаки шизоидности (аутизация личности в сочетании с эмоциональной уязвимостью). Нарциссическое расстройство личности можно концептуализировать как полярную структуру, которая на одном полюсе перекрывается с признаками гистрионности (пограничности), а на другом – с признаками экспансивной шизоидии.

Глубина декомпенсации личности в условиях психофизиологического и нарциссического кризисов инволюционного возраста детерминирована преморбидной нарциссической структурой личности исследуемых женщин.

**Выводы.** Внедренный психодинамический подход к пониманию инволюционных психозов получил естественное развитие в предложенном методе лечения, который включал комплексную медикаментозную терапию и психотерапию. Разработаны схемы психотерапевтических воздействий на психотическом и постпсихотическом этапах. Статистически доказана большая эффективность такого лечебного подхода, по сравнению со стандартными схемами лечения. Определены основные пути вторичной и третичной психопрофилактики, а также реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** инволюционный психоз, психосоматика, нарциссическое расстройство личности, психотерапия.

### DIATHESIS-STRESS MODEL OF INVOLUTIONAL PSYCHOSES

M. M. Pustovoyt

**Background.** Involutional psychoses are considered as a constellation of the irrefutable in this age period biological changes, certain personality traits and coping strategies predisposing to psychotic response, as well as typical features of the “life curve” and external stressors that can run a psychotic reaction.

**Objective** – to investigate the psychosomatic (biopsychosocial) pathogenetic connections inherent in involutional psychoses, taking into account the pathogenetic and pathoplasmic influence of the premorbid personality structure on their syndromal form and dynamics, to determine their place in the psychosomatic continuum and to develop an adequate and pathogenetically substantiated psychotherapy technique.

**Materials and methods.** From January 2003 to December 2007 on the basis of clinical departments of the Department of Psychiatry of the Odessa National Medical University and in the Psychoneurological Department of the Road Clinical Hospital No. 1, station “Kiev” we examined 234 patients aged 45-60 years (study group). The control group - 47 women of similar age, which applied in 2008 to the Road Clinical Hospital No. 1, station “Kiev” about somatic symptoms. Research methods: clinical-psychopathological, experimental-psychological, method of event-related evoked potentials, statistical analysis.

**Results.** Clinical characteristics of psychotic disorders in the patient population showed the existence in the structure of psychosis two oppositely directed continuums: affective (depressive) and delusional and allow to allocate four main clinical forms of psychosis and their tendency to unite in two clusters that differed each other by the features and course and also by their response to therapy and, therefore, by the prognosis. Data obtained by the clinical method were confirmed by the results of experimental psychological and neuropsychological researches.

**Conclusions.** The proposed psychodynamic approach to understanding of involuntional psychoses got natural development in the proposed method of treatment that included complex medication and psychotherapy. The schemes of psychotherapeutic influences were developed on the psychotic and postpsychotic stages. Higher efficiency of this approach to treatment compared with standard treatment schemes was statistically proven. Principal directions of secondary and tertiary psychoprophylaxis and rehabilitation measures aimed at improving quality of life of patients were revealed.

**Keywords:** involuntional psychosis, psychosomatic, narcissistic personality disorder, psychotherapy.

Стаття надійшла до редакції 07.05.2018 р.

ПУСТОВОЙТ Михайло Михайлович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: pmm2109@gmail.com

ПУСТОВОЙТ Михаил Михайлович, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина; e-mail: pmm2109@gmail.com

PUSTOVOYT Mykhailo Mykhailovych, MD, PhD, professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: pmm2109@gmail.com