

УДК: 616.89-008-053.8 + 615.851

*М.М. Пустовойт***ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХОЗІВ У ЖІНОК**

Одеський державний медичний університет

Ключові слова: психопатологія, інволюція, особистість

Дана робота є фрагментом поглибленого вивчення біо-психо-соціальних (психосоматичних) патогенетичних зв'язків, притаманних інволюційним психозам, з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на синдромальну форму й динаміку названих розладів [1, 2]. Виходячи з попередньої гіпотези, що особистісний фактор, при умові його значимості у генезі інволюцій-

ного психозу, мав би опосередковано виявлятися у клінічних проявах, ми поставили перед собою мету: провести детальний клінічний аналіз синдромальної структури інволюційних психозів у генеральній сукупності із виділенням окремих типів розладів; та з'ясувати чи в отриманих нами даних виявляються факти, що можуть свідчити про задіяність особистісної структури пацієнтів у генезі інволюційного психозу.

**Матеріали та методи дослідження**

Дослідження проводилось на базі Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ.

Усього за період з січня 2003 року по грудень 2007 року сформовано вибірку з 234-х пацієнтів. У вибірку включалися усі хворі інволюційного віку (45-60 років), які поступили у психіатричний стаціонар вперше або повторно

(за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом "інволюційний психоз".

Провідним методом дослідження, на якому у даній статті будуються висновки, був клініко-психопатологічний, який дає можливість визначити психопатологічні прояви в структурі переживань, а відтак, виділити основні кластери симптомів і визначити регістр захворювання.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Виходячи з клінічних проявів було виявлено певні симптомокомплекси, які дозволили окреслити чотири основні клінічні форми психічних розладів з дебютом в інволюційному віці, а також ряд симптомів, що є спільними для усієї когорти пацієнок і могли свідчити про задіяність особистісного фактору у генезі інволюційного психозу та його патопластичне оформлення.

Маячний розлад (36 спостережень). До маніфесту хвороби у житті цих жінок можна було виявити постійно діючий «хронічний психотравмуючий» фактор (тривалий сімейний конфлікт, напружені стосунки по місцю роботи / проживання, вимушена самотність тощо), що спочатку мало позначалось на їх соціальній активності. Загострення маячного стану переважно було спровоковане «умовно патогенними» факторами, понижуючими загальну резистентність організму (фізичним виснаженням, соматичною хворобою, тощо). У клінічній картині переважа-

ли 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 з маячними ідеями мали місце також розлади настрою, що проявлялась похмурістю, почуттям образи і невдоволення, та соматоформна симптоматика, якій пацієнтки надавали маячних інтерпретацій. Розладу був властивий ундулюючий перебіг з поверненням критики до власного стану у періоди ремісії.

Іпохондричний депресивний розлад (67 спостережень). 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 характери-

зувався 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. Поступово з'являлись думки про важку 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 ідея проявлялась переважно у бажанні «заснути і не прокинутись», спроби самогубства у цій клінічній групі зустрічались досить рідко та були переважно демонстративними.

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

Змішаний депресивно-маячний розлад (58 спостережень). Психотичному зриву передували зниження професійного і соціального статусу, погіршення матеріального становища. Початок захворювання характеризувався дратівливістю, 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 заз-

вичай були короткочасними, поступаючись місцем постійно похмурому настрою, небажанню з ким-небудь спілкуватись, порушенням сну і апетиту. Хворі постійно думали про збитки, яких вони зазнали, почувались усіма покинутими, непотрібними, відстороненими від життя; картали себе за те, що не передбачили і не попередили зміни на гірше у своєму житті. Тобто, у даній формі психотичного розладу перетинались 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 підкресленій самодостатності), свідомого обмеження соціальних контактів при цьому клінічному варіанті виглядали найбільш рельєфно, різоче контрастуючи з типовим для пацієнтів преморбідним стилем надмірної діяльності та соціальної заангажованості

Серед спільних ознак, притаманних усім клінічним типам інволюційних психозів, 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 маячним розладом до вираженої туги аж до тривожно-тужливої несамовитості у пацієнок з тривожною депресією; (2) розлади у сфері суджень від надцінної фіксації на неприємних подіях та власному самопочутті до яскраво виражених маячних ідей з оманами сприйняття (частіше у вигляді інтерпретативних ілюзій), від типових для депресивного маячення іпохондричних та нігілістичних ідей до чітко окресленого персекуторного маячення (при інволюційному параноїді).

Отже, поряд із виділенням чотирьох підгруп інволюційного психозу і клініко-психопатологічного дослідження специфіки кожного типу названого розладу, ми могли констатувати наявність: 1) двох протилежно направлених психопатологічних континуумів (депресивного і маячного); 2) психопатологічну складність маячного та змішаного депресивно-маячного розладів та більшу «его-дистонність - псевдоневротичність» іпохондричної та тривожної депресій.

Присутність двох психопатологічних континуумів (афективного та розладів у сфері суджень) в усіх чотирьох виділених нами формах психотичних розладів з дебютом в інволюційному віці, наближали клінічні прояви цих розладів як до реактивних так і до ендогенних пси-

хозів, бо депресивний та параноїдний вектори переживань з одного боку відіграють важливу роль в опрацюванні травматичних подій, а з іншого присутні у клінічних проявах ендогенних форм реагування. З точки зору психопатологічної парадигми, це опосередковано вказувало на задіяність «особистісного ґрунту» [3] у патологічний процес, адже психологічною (психіатричною) категорією, яка об'єднує в собі ендогенний (вроджений / генетично обумовлений / закладений природою) та психогенний (обумовлений впливами оточуючого середовища / історією життя людини) фактори та є безпосереднім результатом їх тісної взаємодії є особистість, в якій гармонійно (або дисгармонійно) поєднується індивідуальне та загальне [4] (С. 522, 746).

Окрім континууму «депресія-параноїд» ми могли спостерігати ще одну дихотомічну вісь, за ознакою «псевдоневротичності – психотичності». З клінічної практики відомо, що велика кількість інволюційних пацієнтів залишається у полі зору пограничної психіатрії, тому що іпохондричні та тривожно-депресивні переживання часто виглядають природними та психологічно зрозумілими в контексті психо-фізіологічної кризи інволюційного віку. Натомість інша група, інволюційних пацієнтів виявляє очевидні формальні ознаки психозу, які на параноїчному полюсі мають кататимний механізм формування, а в депресивному полюсі є переважно голотимними. Це може означати, що окрім задіяності «особистісного ґрунту» у генез захворювання, мова йде ще про преморбідний особистісний дефіцит [5], який в кінцевому рахунку обумовлює здатність-нездантість опрацювати влас-

тиву інволюційним розладам патологічну тривогу, і в результаті зберігати «умовну невротичність реагування» чи «провалюватися» у маніфестні психотичні форми.

Таким чином, вищесказане дозволяло стверджувати, що згідно з багатовекторним підходом до розуміння діагностики та розвитку психічної патології Е. Кречмера [6] і К. Бірнбаума [7], «особистісному ґрунту» належить роль як предиспонуєчого, так і сприяючого фактору у генезі інволюційного психозу. У період інволюції, коли втрачається здоров'я, привабливість, працездатність, знижується когнітивна та емоційна пластичність у зв'язку з суто біологічними змінами, запускається процес глибокої психічної дезадаптації.

Висновки.

1. Типологія інволюційних психозів у жінок представлена чотирма основними формами: маячний розлад, іпохондрична депресія, змішаний депресивно-маячний розлад та тривожна депресія.

2. Психопатологічне дослідження специфіки чотирьох форм психозу, дозволяє констатувати: а) наявність двох протилежно направлених психопатологічних континуумів: депресивного і у сфері суджень; б) психопатологічну складність маячного та змішаного депресивно-маячного розладів та більшу «его-дистонність - псевдоневротичність» іпохондричної та тривожної депресій.

3. Згідно з багатовекторним підходом до розуміння діагностики та розвитку психічної патології, «особистісному ґрунту» належить роль як предиспонуєчого, так і сприяючого фактору у формуванні інволюційного психозу.

*М.М. Пустовойт*

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХОЗОВ У ЖЕНЩИН

Одесский государственный медицинский университет

В данной работе осуществлен подробный клинический анализ синдромальной структуры инволюционных психозов с выделением четырех основных типов расстройств: бредового, смешанного депрессивно-бредового, ипохондрической и тревожной депрессий. Психопатологическое исследование специфики указанных форм психоза позволяет констатировать: а) наличие в их структуре двух противоположно направленных психопатологических континуумов: депрессивного и расстройств в сфере суждений; б) сложную психопатологическую структуру бредового и смешанного депрессивно-бредового расстройств и большую «эго-дистонность - псевдоневротичность» ипохондрической и тревожной депрессий. Автор констатирует, что «личностной почве» принадлежит роль как предиспонирующего так и способствующего фактора в формировании инволюционного психоза. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 56-59).

**PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN'S INVOLUTION PSYCHOSES**

Odessa state medical university

Detailed clinic analysis of involution psychoses syndrome structure is made in this article. The next four main types are distinguished: delusion, mixed depressive-delusive, hypochondriac and anxious depression psychoses. Psychopathological investigation of this psychosis types lets author to state: a) the existence of two conversely directed psychopathological continuums: depressive one and opinion sphere one; b) psychopathological difficulty of delusive and mixed depressive-delusive disorders and its greater "ego-distoncity – pseudoneuroticity" of hypochondriac and anxious depressions. The author states that "personality base" takes both roles as predisponing and contributing factor of involution psychosis forming. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 56-59).

*Література*

1. Битенский В.С. Психосоматична модель патогенезу інволюційного психозу / В.С. Битенский, М.М. Пустовойт, Ю.Я. Мединська // Вісник психіатрії та психофармакотерапії № 2 (16). – 2009. – С. 7-27.

2. Пустовойт М.М. Інтегральна модель психопатологічних ознак особистості жінок з інволюційним психозом. / М.М. Пустовойт // Таврический журнал психиатрии. – V13, 1 (46). – 2009. – С. 63-88.

3. Шайдер К. Клінічна психопатологія. / К. Шайдер – К: Сфера. 1999. – 236 с.

4. Ясперс К., Общая психопатология. / К. Ясперс; перевод с нем., - М.: «Практика» – 1997.

5. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.

6. Kretschmer, E., Der sensitive Beziehungswahn. – Berlin: „Springer“, 1927.

7. Birnbaum, K., Der Aufbau der Psychose. – Berlin: „Springer“, 1923.

Поступила в редакцию 16.12.2009