

УДК: 616.89 – 008.428.1:616.896

Ю.О. Євченко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЇ ПРИ МЕЖОВОМУ ТА ШИЗОТИПОВОМУ РОЗЛАДАХ ОСОБИСТОСТІ

Львівський державний медичний університет, Україна

Ключові слова: деперсоналізація, розлад особистості

Незважаючи на те, що термін «межовий розлад особистості» (МРО) є одним з найчастіше цитованих в психіатричній літературі останніх 20-ти років, залишаються нез'ясованими його значення, діагностичні критерії та границі означеного ним розладу. Одним з найсерйозніших клінічних аргументів, що «розмиває межі» МРО є факт його перекривання («overlap») з іншими особистісними розладами, зокрема шизотипальним, антисоціальним, залежним, гістрійонним [1,2,3]. Особливої уваги, як з огляду його теоретичного, так і клінічного значення заслуговує факт співвідношення МРО і шизотипального розладу особистості (ШРО). В історії виділення вказаних особистісних розладів знайшли своє відображення два теоретичних підходи до проблеми «межовості» в сучасній психіатрії. Перший підхід, представлений Gunderson, Singer, Kernberg, Perry, є сфокусованим на власне особистісних розладах і, зокрема, таких їх рисах, як нестабільність, специфічні зразки поведінки або недостатня функція «Его». Другий напрямок (Wender, Kety, Rosenthal) бере свій початок з праці Hoch і Polatin про «псевдоневротичну шизофренію» та вбачає генетичний та феноменологічний зв'язок між межовими станами та шизофренічним спектром. Узагальнюючи погляди двох вказаних груп авторів (межові стани як специфічний дискретний розлад особистості або як крайовий варіант шизофренії), Spitzer [4], а за ним DSM-III вводять поняття «шизотипальний розлад особистості» і в такий спосіб звужують межі МРО. Водночас, навіть після запровадження нової діагностичної категорії Spitzer вважає, що 54% межових пацієнтів відповідають критеріям двох діагностичних груп, а Kendler [5] наводить дані, згідно яких дві треті пацієнтів з ШРО відповідають критеріям МРО. В іншому дослідженні вказується, що 67% пацієнтів з МРО водночас задовільняють діагностичні критерії ШРО.

Метою даної роботи є спроба відповісти на запитання: чи є можливою клініко-психопато-

логічна диференціація двох вказаних діагностичних категорій, зокрема у фазі їх декомпенсації, коли пацієнти цих двох груп найчастіше звертаються по психіатричну допомогу. З огляду на поліморфність симптоматики наш аналіз обмежений феноменами кола так званої невротичної деперсоналізації. Вибір деперсоналізації в якості об'єкту клініко-психопатологічного аналізу зумовлений тим, що патологія сфери самосприйняття та самоусвідомлення включена в перелік діагностичних критеріїв двох вказаних особистісних розладів. В дослідницьких діагностичних критеріях МКХ-10 «незвичні явища у сфері сприйняття, зокрема соматосенсорні (тілесні) або інші ілюзії, деперсоналізація або дереалізація» мають статус діагностичного критерія для ШРО [7]. Однією з найважливіших діагностичних ознак МРО, в свою чергу, є «порушення образу власного Я». [7,8] Крім того, дані літератури свідчать про те, що деперсоналізація як психопатологічно оформлений феномен має виражений аффінітет до МРО [9].

Критерієм відбору пацієнтів для дослідження була присутність в їх психічному статусі явищ деперсоналізації типу «as if» [10], що кваліфікувалась у відповідності до критеріїв МКХ-10. Критерієм виключення була наявність ознак манифестного шизофренічного психозу, органічного ураження ЦНС, панічного розладу, токсикоманій та алкоголізму. Хворі для дослідження відбирались за наступною схемою:

1) всі пацієнти, які поступали на лікування в 3-тє клініко-діагностичне відділення ЛОДКПЛ та звертались за консультацією на кафедру психіатрії та психотерапії ФПДО ЛДМУ самостійно або за скеруванням ЛПНД проходили клініко-психопатологічне обстеження, сфокусоване на виявленні та максимально повний опис симптомів деперсоналізації;

2) в сумнівних випадках додатково використовувався спеціальний опитувальник, який містить 44 запитання, відповіді на які обстежу-

вані дають самостійно у вигляді проценту згоди по кожному пункту;

3) у всіх досліджених випадках деперсоналізаційні феномени співіснували з іншими психопатологічними явищами і проявами особистісних розладів, тому всі пацієнти були кваліфіковані також за віссю особистісних розладів і віссю супутньої психічної патології з використанням критеріїв DSM-IV та ICD-10;

Первинну вибірку в нашому дослідженні склали 60 пацієнтів (38 чол. і 22 жін.), віком від 17 до 36 років. Переважання чоловіків було зумовлено специфікою контингенту хворих, яких обслуговує 3-тє відділення (чоловіки, первинні поступлення).

З усіх обстежених 18 пацієнтів відповідало критеріям МКХ-10 МРО та 20 – критеріям шизотипового розладу особистості. Ця група пацієнтів і склала основну вибірку.

Психопатологічний аналіз деперсоналізаційних проявів виявив їх неоднорідність. Було виділено і описано три типи деперсоналізації: чуттєвий (коенестетичний), образний (дисоціативний) та ідеаторний (рефлексивний) [11]. В описуванні в даній роботі вибірці пацієнтів спостерігались два перших типи.

Чуттєва (коенестетична) деперсоналізація проявлялась почуттям зміненості або втрати пропріо- та вісцероцептивної чутливості. Суб'єктивно переживалась як відчуття легкості окремих частин та ділянок тіла або їх відсутності, внаслідок чого пацієнти спорадично перевіряли їх наявність шляхом дотику або натискання. В окремих випадках виникало відчуття повної втрати тіла, що наближає даний тип деперсоналізації до описаного в літературі «почуття втрати існування» з однією відмінністю: при коенестетичній деперсоналізації залишається інтактним почуття власного індивідуального Я (психічного). Характерним був вербальний вираз деперсоналізаційних переживань, який характеризувався надмірною схематизацією, стабільністю, аж до стереотипності.

Маніфестація коенестетичної деперсоналізації виникала, зазвичай, автохтонно, без очевидного зв'язку з психогенними впливами. Якщо ж останні і вдавалось виявити, то вони носили надмірно «індивідуалізований» характер і за своїм об'єктивним значенням не відповідали масштабам викликаних ними розладів. Даний тип деперсоналізації супроводжувався у всіх випадках вираженим афектом тривоги, що подеколи досягав ступеня «деперсоналізаційного раптусу» (за аналогією з «іпохондричним раптусом»). В

значній кількості наших спостережень чуттєва деперсоналізація поєднувалась з такими проявами «розладу загального відчуття тіла», як сенестопатії і коенестезії. Доманіфестний особистісний склад пацієнтів з чуттєвою деперсоналізацією відповідав критеріям ШРО.

У пацієнтів з МРО спостерігали деперсоналізацію образного (дисоціативного) типу, яка характеризувалась «почуттям неповноти» [1]. Сприйняття оточуючого світу, власного тіла і/або психічних процесів носило ніби «пасивний» характер, відбувалось без активної участі Я. Пацієнти скаржились на неможливість емоційно реагувати на оточуючий світ, близьких людей тощо. Зміст почутого або прочитаного «сприймався лише розумом, а не цілим Я», залишав байдужим. Оточуючі предмети сприймалися нереально, ніби через серпанок. Крім того, пацієнти скаржились на почуття автоматизму власної діяльності, спостерігали за собою «ніби зі сторони», відчували себе «ніби роботи». У соматопсихічній сфері даний тип деперсоналізації проявлявся почуттям неналежності собі окремих частин тіла, переважно, рук при погляді на них. Крайнім проявом цього типу деперсоналізації було почуття повної втрати Я: «в мене немає Я, Я – це не Я». Слід зазначити, що цей найважчий варіант, близький до так званої «тотальної» деперсоналізації [13] зустрічався рідко і був більш характерним для пацієнтів з нарцистичними особистісними дефіціями. В більшості випадків деперсоналізаційні розлади носили парціальний характер і не поширювались за межі аутопсихіки. Скарги пацієнтів з дисоціативною деперсоналізацією носили мінливий, драматичний характер, відрізнялись яскравістю, образністю, хворі вимагали до себе постійної уваги, їх поведінка при цьому носила елементи демонстративності.

Вказані деперсоналізаційні прояви виникали найчастіше реактивно, по типу активної селекції психогенних впливів, і в комплексі з факультативними тривожними, соматоформними, конверсійними розладами входили в структуру складного синдрому, другою облігатною складовою якого був депресивний афект. Гіпотимний компонент синдрому характеризувався незначною глибиною, про що свідчили відсутність ознак «віталізації» афекту, невираженість добового ритму, слабовиражені ознаки психомоторного загальмування (об'єктивно підтвержені, оскільки численні скарги на «тупість», «неможливість думати» були зумовлені деперсоналізаційною складовою синдрому). Про правомірність оцін-

ки вказаних афективних розладів як легких або середніх свідчить і відсутність почуття вини, їх ідеаторним компонентом були ідеї власної неспроможності, неповноцінності, що супроводжувались похмурістю, дратівливістю, ангедонією.

Результати порівняльного аналізу ефективності терапії підтверджують відмінний характер деперсоналізаційних проявів у пацієнтів цих двох груп. Терапевтичний ефект з вираженим покращенням в пацієнтів з дисоціативною деперсоналізацією досягався в результаті монотерапії інгібітором зворотнього захоплення серотоніну препаратом «Прозак» (флуоксетин), клінічною мішенню якого вважаються феномени депресивного відчуження [14]. Ефективність флуоксетину в лікуванні деперсоналізаційних розладів підтверджують і дані літератури [9]. Однак, у декількох пацієнтів відбувалась парціальна редукція депресивної симптоматики з «відщепленням» і подальшим персистуванням деперсоналізаційних проявів, які в подальшому виявляли

виражену резистентність як до психофармакотерапії, так і до ЕСТ.

При коенестетичній деперсоналізації можливості психофармакотерапії були обмеженими. Виражене покращення було досягнуто лише у частини пацієнтів шляхом застосування інтенсивної комбінованої психофармакотерапії з парентеральним введенням трициклічних антидепресантів (амітриптіліна, кломіпраміна) і дюрантної форми нейролептика з вираженою анксиолітичною дією – флупентіксола (ін'єкції 20 мл. флюанксол-депо робились з інтервалом 2-3 тижня).

Таким чином, отримані в нашому дослідженні результати дозволяють дати ствердну відповідь на поставлене перед ним питання: клініко-психопатологічний аналіз деперсоналізації є достатньо валідним інструментом для диференційного діагнозу межового і шизотипального розладів особистості, що, в свою чергу, забезпечує вибір оптимальної терапевтичної тактики при лікуванні цих розладів.

Ю.А. Евченко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Львовский государственный медицинский университет, Украина

Цель исследования: клинико-психопатологический анализ деперсонализации при пограничном и шизотипическом расстройствах личности. С помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов было обследовано 60 пациентов с деперсонализацией. Основную выборку составили 38 пациентов, личностная структура которых соответствовала критериям пограничного и шизотипального расстройств личности. В результате исследования было доказано, что клинико-психопатологический анализ деперсонализации является достаточно валидным инструментом для дифференциального диагноза пограничного и шизотипального расстройств личности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - № 1 (9). - С. 111-114)

Yu.A. Evchenko

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITY OF DEPERSONALIZATION IN BORDERLINE AND SCHIZOTYPICAL DISORDERS OF PERSONALITY

Ivov State Medical University, Ukraine

The aim of the study was performing the clinical psychopathological analysis of depersonalization in borderline and schizotypal personality disorders. By means of clinical psychopathological and experimental psychological techniques 60 patients with depersonalization were examined. Thirty-seven patients whose personality structure met the criteria of borderline and schizotypal disorders constituted the main selected group. The results of the study prove that the clinical psychopathological analysis of depersonalization is a sufficiently valid instrument for differential diagnostics of borderline and schizotypal personality disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 111-114)

Література

1. Frances A. The DSM-III personality disorders section: A commentary. American J. of Psychiatry, 1980, 137, p.1050-1054.
2. Frances A. Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. Comprehensive Psychiatry, 1982, 23, p.516-527.
3. Spitzer R., Williams J. Classification of mental disorders and DSM-III. In H. Kaplan, A. Freedman and B. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. (3 rd ed; Vol. 1). 1980.
4. Spitzer R., Endicott J., Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. Arch. Gen. Psychiatry, 1979, 36, p.17-24.
5. Kendler K., Gruenberg A., Strauss J. The relationship between schizotypal personality disorders and schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 1981, 38, p.982-984.
6. Barrash J., Kroll J., Carey K., Sines L. Discriminating borderline disorder from other personality disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40, p.1297-1302.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Пер. с англ. – Ст.-П. – 1998.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Ed. - APA. - 1994. - 886 p.

9. Simeon D., Gross S., Guralnik O. et al. Feeling Unreal: 30 Cases of DSM-III – R Depersonalization Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154, p.1107-1113.
10. Sedman G. Theories of Depersonalization: A Re-appraisal.// *Brit. J. of Psychiat.* - 1970. - 117. - P.1-14.
11. Євченко Ю., Фільц О., Євчук С. До питання типології

- деперсоналізаційних розладів. *Архів психіатрії*, 2001 (в друці).
12. Жанэ П. Неврозы. - М. - 1911.
13. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация.- Л.: 1981.
14. Смудевич А.Б., Морозова М.А. Эффекты тимолептиков в аспекте новой клинической систематики депрессивного синдрома.// *Журнал невропатол. и психиатр.*, 1997, 7, с.22-25

Поступила в редакцию 12.04.2002г.