

ЛІТЕРАТУРА:

1. Никитин Б.П. "Развивающие игры." М.: Педагогика, 1981. – 346 с.
2. Рожкова Г.И., Токарева В.С., Огнивов В.В., Бастаков В.А. Геометрические иллюзии и точность глазомера у детей и взрослых // Рос. физиол. журн. им. И.М. Сеченова. 2004. Т. 90. № 8 (часть 1).
3. Пашаян Л. Тренажер для извилин. Изд. ЛАНА, 2006. – 254 с.
4. А.М.Большаков, А.Ф.Быстрицкая, В.Н.Крутько, В.С.Морозов, Т.М.Смирнова, А.И. Труханов. Оценка психической работоспособности человека с помощью компьютерной системы СОПР. Учебное пособие для врачей. М.: НГЦ, 2003. 24 с.
5. <http://www.effinf.ru/EXPERT/PsiKontr.shtml>; <http://www.effinf.ru/>
6. <http://www.psi-net.ru/catalog/sites/test/index.html>
7. <http://euronetsru.54.com1.ru/euro/uploads/dontstop.htm>
8. <http://www.baikal.ru/school47/illusion/illu3io3.htm#>
9. Халик В.В. Состояние функций глазомера у лиц, злоупотребляющих алкоголем // Лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин. Матеріали У11-ї Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів. м. Харків, 4 – 5 квітня 2006 р. Харків, 2006. . 165 – 167.
10. Кныш А.Е. Информативность теста на линейный глазомер у лиц молодого возраста //Сучасний погляд на лікування станів залежності та патології потягів. Матеріали У11-ї Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів. м. Харків, 3 – 4 квітня 2007 р. Харків, 2007. С. 104 – 105).
11. Сосін І.К., Друзь О.В., Яценко В.О., Швецов П.С., Сквіра І.М., Іванілова Г.М., Гончарова О.Ю.,Осипов О.А. Спосіб експертно-діагностичної ідентифікації функціонального стану околіра у пацієнтів, залежних від психотивних речовин, професора І.К.Сосіна. Патент на корисну модель № 28865. Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 25 грудня 2007 р. (21) Номер заявки и 2007 09056. (22) Дата подання заявки 06.08.2007. (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.12.2007; (51) МПК (2006) А61В 5/16. (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та и права на корисну модель: 25.12.2007, Бюл. № 21.

УДК: 616.89-008-053.8 + 615.851

М.М. Пустовойт

ОПИСОВА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНОК З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПСИХОЗОМ

Одеський державний медичний університет, Україна

М.М. Пустовойт

ОПИСАТЕЛЬНАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ИНВОЛЮЦИОННЫМ ПСИХОЗОМ

Одесский государственный медицинский университет, Украина

В настоящей статье изучаются личностные особенности женщин с инволюционным психозом. На основании детального исследования небольшой репрезентативной группы (31 случай), сформированной из общей исследовательской выборки (234 наблюдения), были описаны феноменологические закономерности проявлений и выделены психопатологические признаки обобщенной личности женщины с инволюционным психозом. Полученный таким образом психопатологический «портрет» был сопоставлен с типологиями личностных расстройств современных международных классификаций МКБ-10 и DSM-IV-TR. Было установлено, что личностный «портрет» обобщенной пациентки соотносится с описательными критериями нарцисстического личностного расстройства. Данный вывод был подтвержден результатами проведенного полуструктурированного клинического интервью личностных расстройств IPDE.

Ключевые слова: феноменология, психопатология, инволюция, личностное расстройство, нарциссизм.

M.M. Pustovoyt

DESCRIPTIVE PHENOMENOLOGY AND PSYCHOPATHOLOGICAL INDICATIONS OF THE PERSONALITY OF WOMEN WITH INVOLUTIONAL PSYCHOSIS

Odessa State Medical University, Ukraine

Personality specifics of women with involuntional psychosis are being examined in the given article. Based on detailed research of small representative group (31 cases), which is formed from general research selections (234 observations), phenomenological regularities manifestations were described and psychopathological indications of generalized woman person with involuntional psychosis were marked. Psychopathological "portrait" gotten this way were correlated to typologies of personality disorders of modern international classifications: ICD-10 and DSM-IV-TR. It was ascertained that "portrait" of generalized patient corresponds to descriptional criteria of narcissistic personality disorder. This conclusion was confirmed by the results of semistructured clinical interview of personality disorders IPDE.

Key words: phenomenology, psychopathology, involution, personality disorder, narcissism.

1. Вступ

Проблема збереження здоров'я і покращення якості життя людей похилого віку стає дедалі актуальнішою в цивілізованому суспільстві [1-3]. Завдяки збільшенню

середньої тривалості життя та значному подовженню періоду соціальної та професійної активності людини особи у віці, що традиційно вважається інволюційним, складають значну частку працездатного і соціально ак-

тивного населення більшості цивілізованих країн світу [4]. Звичайно, питання, пов'язані із старінням організму людини та різноманітними фізичними та психічними розладами, властивими інволюційному віку, здавна привертала увагу науковців та клініцистів. Зокрема, вивчення психічних розладів інволюційного віку має досить довгу історію [5,6]. Певний період часу інволюційні психічні розлади виділялись в окрему діагностичну категорію (інволюційна меланхолія, пресенільний параноїд) [7-9], пізніше домінувала думка, що ці розлади є варіантами таких широковідомих психічних розладів як біполярний психоз і шизофренія [10]. Проте названа **дилема психопатологічної оцінки інволюційних психозів залишається актуальною** дотепер, адже її вирішення мало би відповідні екстраполяції не лише на принципи діагностики, але на тактику лікування даної когорти хворих. На жаль, на сьогоднішній день це питання вилучене з наукових дискусій, що, на нашу думку, пов'язано із антинозологічними тенденціями новітніх класифікацій DSM-III-R [11], DSM-IV [12], DSM-IV-TR [13] та МКХ-10 [14]. Тому психічні розлади інволюційного віку розглядаються в рамках різних діагностичних категорій: афективні розлади, хронічні маячні розлади.

Дотеперішні дослідження етіології і патогенезу психічних розладів періоду інволюції здебільшого акцентувались на морфо-функціональних особливостях, зокрема змінах в функціонуванні ендокринної системи [15,16]. Обговорювалась також роль психотравмуючих факторів, що виступали у якості тригерних і не вважались облігатними у розвитку інволюційних психічних розладів [17]. Зроблений нами огляд літератури [6] показав, що особистісний фактор розглядався переважно дуже схематично і зводився до окремих преморбідних рис (вразливість, ригідність) без спроб систематизації і співвіднесення цих рис з актуальними на той час типологіями. **Тому ми вирішили сконцентрувати свою роботу на з'ясуванні даного питання: яку роль відіграє особистісний фактор у патогенезі інволюційного психозу?**

У попередніх публікаціях, на окремо взятих випадках, було продемонстровано як преморбідна структура особистості хворого стає провідною ланкою у процесі розвитку та психопатологічного оформлення інволюційного психозу [18-20]. Тепер ми хочемо представити зведені дані вивчення психопатологічних особливостей особистості жінок, які в інволюційному періоді життя вперше перенесли психоз. **Виділення цих особливостей особистості, власне, і було метою нашого дослідження.**

Для реалізації означеної мети дослідження були поставлені наступні **завдання**:

1. Із загальної дослідної вибірки сформувати невелику репрезентативну підгрупу, представницям якої провести:

- а) детальне анамнестичне і біографічне інтерв'ю;
- б) експериментально-психологічне обстеження клінічним опитувальником особистісних розладів «IPDE».

2. На кожну хвору сформованої підгрупи скласти розширену феноменологічно-описову історію хвороби, в якій обов'язково звернути увагу на життєву криву па-

цієнта, реагування на стресові ситуації в цілому та специфічні форми реакції на стрес зокрема.

3. На кожну хвору сформованої підгрупи скласти список-перелік закономірностей проявів її особистості.

4. Зіставити отримані списки між собою, вичленити повторювані закономірності.

5. Описати повторювані закономірності як феноменологічні особливості проявів узагальненої особистості жінки з інволюційним психозом; вичленити з них провідні психопатологічні ознаки.

6. Зіставити отриманий узагальнений психопатологічний «портрет» жінки з інволюційним психозом з сучасними типологіями особистісних розладів, що представлені у міжнародних класифікаціях МКХ-10 та DSM-IV-TR.

7. Встановити якому із типів розладу особистості відповідають зразки поведінкового реагування обстежених жінок.

2. Матеріали та методи

2.1 Матеріали дослідження

Дослідження проводилось на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського медичного університету (зав. кафедри д.мед.н., професор, член-кореспондент АМН України Бітенський В.С.) Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ (завідувач відділення д.мед.н., професор Чабан О.С.)

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».

Усі хворі пройшли комплексне сомато-неврологічне обстеження. З дослідження були виключені пацієнти із важкими соматичними захворюваннями та ендокринними розладами, з вираженим церебральним атеросклерозом, з наслідками перенесених порушень мозкового кровообігу, а також з важкими або повторюваними черепно-мозковими травмами у анамнезі.

2.2 Методи дослідження

Провідними методами дослідження, на яких у даній статті будуються висновки, були: клініко-психопатологічний, метод психоаналітичного первинного інтерв'ю [16] та метод психопатологічного аналізу отриманих спостережень.

Вибір поєданого використання психопатологічного клінічного і психоаналітичного (психодинамічного) підходів був обумовлений кількома причинами. Клініко-психопатологічний метод безсумнівно дає можливість визначити психопатологічні прояви в структурі переживань, а відтак, виділити основні кластери симптомів і визначити реєстр захворювання. Проте, спрямованість цього методу на констатацію наявності / чи відсутності психопатологічних феноменів передбачає певну відстороненість дослідника від «об'єкта» дослідження, що дозволяє досить швидко вловити провідні ознаки патології, пожертвувавши, однак, тонкими динамічними нюансами (наприклад, суб'єктивним значенням хвороби в контексті попереднього життя). Ви-

користовуючи метафору з фундаментальної медичної науки, цей метод можна порівняти з патанатомічним дослідженням *in vitro*.

Натомість, психоаналітичний метод передбачає залучення дослідника в глибокі емоційні взаємостосунки з пацієнтом, що дозволяє відстежити у близькому контакті найтонші динамічні нюанси особистісних проявів, а відтак дає додатковий вимір в оцінці особистісної структури пацієнта. Власне, на основі психоаналітичних досліджень був сформульований один із принципів діагностики особистісних розладів — схильності даних пацієнтів до формування типових «клішеподібних» стосунків з людьми (наприклад, підкорення себе інтересам інших, неадекватна поступливість, як критерій залежного розладу особистості). Вдаючись до попередньої аналогії, психоаналітичний метод можна порівняти з фізіологічним дослідженням *in vivo*.

За зваженого використання обох цих підходів для нас відкривається перспектива більш глибокого розуміння людини з її психічними проявами, зокрема патологічними, як цілісної особистості і динамічної системи.

Додатковими методами обстеження були наступні експериментально-психологічні методики: стандартизований опитувальник самооцінки психічного статусу SCS-90, тест акцентуації особистості Леонгарда-Шмішека, шкала рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, тест актуалізації психологічних захистів Р. Плутчека, Торонтська алекситимічна шкала, методика діагностики міжособистісних стосунків Т.Лірі, опитника регуляції самооцінки (F.-W. Deneke & B. Hilgenstock), клінічний опитувальник ВООЗ особистісних розладів «IPDE».

2.3 Дизайн дослідження

Дослідження проводилося у ряд наступних кроків, які поетапно розкривають його алгоритм:

Крок 1

Клініко-психопатологічне обстеження кожної пацієнтки, що включалася у дослідження, заповнення цими пацієнтками стандартної карти обстеження, яка включала відмічені вище експериментально-психологічні методики. (Часова точка Т1)

Крок 2

Формуючи загальну вибірку хворих, кожен 7-мий випадок обстежувався більш ретельно, таким чином, що у нас утворилася підгрупа основної вибірки, яка налічувала 31 випадок. У цій підгрупі було проведено:

а) детальне анамнестичне і біографічне інтерв'ю (в середньому по 7-9 анамнестичних розмов, кожна тривалістю біля години) з кожним пацієнтом;

б) експериментально-психологічне обстеження клінічним опитувальником особистісних розладів «IPDE»;

в) психотерапевтичне втручання; повторне заповнення стандартної карти обстеження після проведеного психотерапевтичного втручання. (Часова точка Т2)

Крок 3

На кожну хвору виділеної підгрупи (31 випадок) формувалася розширена феноменологічно-описова історія хвороби з даними психоаналітичного інтерв'ювання, в якій обов'язково зверталася увага на життєву криву пацієнтки, реагування на стресові ситу-

ації в цілому та специфічні форми реакції на стрес зокрема, на основні механізми психологічного захисту та позасвідомий патогенний конфлікт.

Крок 4

Отримані дані представлялися на спеціальних консилиумах, за участі завідувачів відділень та керівника клініки (в Одесі д.мед.н., професора, члена-кореспондента АМН України Бітенського В.С., у Києві д.мед.н., професора Чабана О.С.). На консилиумах зверталася увага на описані закономірності проявів особистості, які можна було вичленити у якості дискретного критерію, що досить чітко характеризує обстежену хвору.

Крок 5

Формування списку-переліку відмічених на консилиумі закономірностей проявів особистості на кожну з обстежених хворих.

Крок 6

Співставлення отриманих списків між собою, вичленення повторюваних закономірностей, що могли вважатися статистично значимими для суцільної підгрупи (31 випадок).

Крок 7

Формування узагальнених:

а) описової феноменології особистості з вичлененням провідних психопатологічних ознак узагальненої особистості;

б) психодинамічної гіпотези розладу, що співвідноситься з відміченою феноменологією, та відображає позасвідомий конфлікт, мотиви та механізми психологічного захисту узагальненої особистості;

в) «життєвої кривої» [Кремер, медпсихологія], яку можна реконструювати з анамнестичних даних та відмічених закономірностей проявів особистості обстежених хворих і яка відображала би основні повороти у житті узагальненої особистості.

Крок 8

Перевірка патогномонічності сформульованої на основі 2-7-го кроків дослідження моделі «узагальненої особистості» для жінок з інволюційним психозом у порівнянні з контрольною групою. Проведення в контрольній групі експериментально-психологічних методів дослідження.

Крок 9

Порівняння отриманих на основі двох клінічних методів (клініко-психопатологічного та психоаналітичного) даних з результатами обстеження експериментально-психологічними методиками в рамках виділеної підгрупи (31 випадок) та у порівнянні з контрольною групою.

Крок 10

Порівняння результатів обстеження експериментально-психологічними методиками виділеної підгрупи (31 випадок) з результатами обстеження цими ж методиками усієї досліджуваної вибірки (234-ри спостереження) (у часовій точці Т1) та з результатами обстеження контрольної групи. Відповідь на питання: чи дані з виділеної підгрупи статистично співставимі з даними загальної вибірки; чи можливо виділені нами на 7-ому кроці дослідження клінічні здобутки (описова феноменологія, психодинамічна гіпотеза, «життєва крива») екстраполювати на усю досліджувану вибірку (на 234-ри спостереження)?

Крок 11

Формування другої підгрупи із загальної вибірки дослідження, на якій можна було б перевірити ефективність психотерапевтичного втручання, зробленого у першій виділеній підгрупі (31 випадок). Повторне проведення експериментально-психологічного тестування другої виділеної підгрупи. (Часова точка T2).

Крок 12

Порівняння даних експериментально-психологічного тестування першої (яка на фоні стандартного медикаментозного лікування отримала психотерапевтичне втручання) та другої (яка отримувала лише стандартне медикаментозне лікування) виділених підгруп між собою у часовій точці T2.

Результати 4-го та 5-го кроків дослідження були наведені у попередніх публікаціях [18-20] у формі ілюстративних клінічних випадків з розбором. У даній публікації висвітлюються результати 6-го та першої ланки (пункт а) 7-го кроків дослідження.

3. Результати дослідження

В результаті співставлення між собою списків виділених на консилиумах закономірностей прояву особистості кожної обстеженої хворої (кроки №5 та №6), було відмічено, що окремі закономірності повторюються від випадку до випадку з регулярною частотою. Внутрішня спорідненість представниць досліджуваної підгрупи особливо рельєфно простежувалась у сферах: (А) афектів та мотивацій, (Б) схильності до формування типових «клішеподібних» стосунків з людьми, а також (В) поведінкових реакцій на індивідуально значимі переживання. Тому презентуючи результати дослідження, повторювані закономірності були центровані навколо названих сфер психічного.

3.1 Описова феноменологія узагальненої особистості жінки з інволюційним психозом

Описи подані у формі розповідного тексту, умовно розбитого на пункти відповідно до відмічених закономірностей проявів особистості, які можна було вичлени у якості дискретного критерію, що досить чітко характеризує когорту обстежених хворих. В рамках наведених закономірностей жирним шрифтом виділено психопатологічну ознаку, яка формує центральну ланку закономірності. Таким чином, поданий нижче опис особистості жінок, які в інволюційному періоді життя вперше перенесли психоз, можна читати і як суцільний розповідний текст, і як перелік закономірностей проявів, і як перелік психопатологічних ознак їх особистості. (У скобках подано абсолютна та відносна зустріваність описуваної закономірності в досліджуваній підгрупі (31 випадок)).

А. Афекти та мотивації

1. З розповідей пацієнток можна зробити висновок, що вони **виховувалися у досить несприятливій сімейній атмосфері**. Батько переважно простує у образі мало присутньої в реальному житті сім'ї людини (подекуди ідеалізованої), мати — в образі стінічної, емоційно недосяжної і разом з тим соціально компетентної особи. Складається враження, що у даній категорії жінок **не було близьких, щирих, сповнених емоціями стосунків зі своїми матерями**. (26 спостережень (83,87%)).

2. Як в дитинстві так і у дорослому житті ці жінки **шукають визнання за межами своєї домівки** (школа, інститут, робота), хоча у власній сім'ї вони переважно займають домінуюче положення. (28 спостережень (90,32%)).

3. Вони часто захоплюються чимось новим, проте **їх інтерес ні на чому надовго не затримується**. Одночасно займаючись багатьма справами, вони рідко доводять їх до логічного завершення. Не прагнучи заглиблюватися у суть речей, вони переважно задовольняються швидким та поверхневим опануванням знаннями, навичками, вміннями. **Бажання опанувати тут явно заміняє потребу глибокого розуміння**. (22 спостереження (74,19%)).

4. Їх, на перший погляд, **добра житейська хватка**, вміння використати собі на користь ситуативний момент, прямо чи опосередковано досягти мети, наполягти на своєму, особливим чином поєднується із **неспроможністю в довготривалій перспективі розвинути вдалу стратегію життя / забезпечити собі комфортне життя / «звити власне затишне гніздо»**. Вони усе життя ніби намагаються «перехитрити власну долю», «витиснути по-максимуму зі своїх можливостей», а, врешті решт, на схилі життя залишаються без близьких партнерів, без любові дітей, без друзів, без нажитого майна. (24 спостереження (77,42%)).

5. Вони **сильно орієнтовані на соціальні досягнення, на зовнішню атрибутику успішності**, рідко замислюючись над «ціною» своїх перемог. Такі пацієнтки часто досягають тимчасового успіху у кар'єрі. У колективі вони прагнуть отримати керівний статус і разом з тим не нести особливої відповідальності: це або тіньові керівні посади (наприклад, голова профкому), або керівні посади другого ешелону (наприклад, головний інженер по постачанню), або ж посади з високим рівнем незалежності (наприклад, керівник медичного підрозділу). Тобто йдеться про посади, що з одного боку забезпечують визнання серед співробітників, а з іншого — дають відносно незалежність від основного керівництва організації. (28 спостережень (90,32%)).

6. З прагненням здобути визнання у соціумі корелюють надто **великі амбіції**, які вони намагаються **задовольнити будь-якою ціною**. (29 спостережень (93,55%)).

7. **В основі життєвої позиції цих жінок лежить надто гостра потреба в незалежності**, яка, з одного боку, стимулює кар'єрний ріст, а з іншого, лежачи в основі небажання і невміння приймати участь у командній роботі, — визначає тимчасовість соціального успіху. В інволюції, коли можливість зберігати особисту незалежність на робочому місці і в сім'ї прогресивно зменшується, ця внутрішня потреба стає однією із причин психічної декомпенсації. (26 спостережень (83,87%)).

8. Ці жінки не в змозі з гумором поставитись до ситуацій в своєму житті, на всі події вони реагують або навмисно байдуже, або надто гостро. Тому можна сказати, що відсутність почуття гумору відображає **загальний дефіцит пластичності емоційного реагування**. (28 спостережень (90,32%)).

9. Іншим проявом цього дефіциту є **надто хитка, вразлива самооцінка**. (28 спостережень (90,32%)).

Б. Міжособистісні стосунки

1. Усе вищезазначене можна сказати і про людські стосунки: в цих жінок завжди багато “корисних знайомств” і “ділових контактів”, проте **за формальними, зовнішніми ознаками комунікації відсутнє глибоке емоційне співпереживання, прив’язаність до людей.** Вони рідко мають довготривалі, засновані на взаємній приязні, стосунки з людьми. **(23 спостереження (74,19%)).**

2. Їх довготривалі стосунки підпорядковуються зовсім іншій логіці: ці пацієнти **схильні мати поряд із собою «людей-сателітів»,** з якими вони все життя мучаться або яким вони самовіддано служать. Вони можуть переконливо зобразити своє «жертвування» власними інтересами заради здоров’я або майбутнього своєї дитини, своє «самовіддане» служіння талановитій / недолугій та мало прилаштованій до реального життя особі (це може бути і власний чоловік або інший родич, або людина поза сімейним колом). Такі переживання часто мають відтінок «екстатичної прив’язаності до об’єкту надцінного афекту» [21]. **(29 спостережень (93,55%)).**

2.1. Подібна **ідеалізація рано чи пізно закінчується неминучим розчаруванням,** наприклад, коли дитина, будуючи своє власне життя, прагне відокремитись від матері; коли раптом виявляється що кумир має інші, відмінні від очікуваних, цілі та цінності; коли чоловіки не відповідають вдячності і захопленням або, втомившись від опіки, залишають їх. Після короткотривалого періоду емоційної порожнечі **розчарування змінюється афектом сорому або гніву на саму себе:** «як я могла так помилитися?!». Якщо таке розчарування припало на інволюційний період, коли вже немає можливості «взяти реванш», воно може закінчитися маніфестацією психічного розладу. **(27 спостережень (87,1%)).**

2.2. Ще один під-варіант констеляції «сателітарних» стосунків демонструють жінки, котрі намагаються «жити за спиною» у своїх чоловіків / батьків, **делегувавши їм свої соціальні амбіції, а собі залишаючи не менш претензійні ролі ідеальної дружини, матері, “музи”, дитини-вундеркінда** тощо. Крах ідеального світу, що приходить зі старістю батьків / зрадою чоловіків /дорослішанням дітей/ смертю «опікунів» стає психічною травмою, що **переживається з образою на весь світ** і має тенденцію до трансформації у відчуття ворожості оточуючих людей. **(13 спостережень (41,93%)).**

3. З вищезазначеного можна зауважити, що ця категорія жінок **підтримує лише ті стосунки, які вони спроможні контролювати,** тому стосунки з людьми в переважній більшості випадків мають прагматичний, а деколи — відверто маніпулятивний характер. **(24 спостереження (77,42%)).**

4. Люди з близького оточення, які не приймають такого контролю над собою, в розповідях пацієнток виступають в іпостасях невдач, не спроможних на будь-які конструктивні кроки. Пацієнтки почуваються вправі обурено критикувати цих людей, беззастережно втручатися у їх життя, прагнучи запобігти гадані необачні кроки. Вони боляче переживають, коли їхні негативні «пророцтва» щодо таких людей, не знахо-

дять свого відображення у вимірі реальності. **Реальні та можливі успіхи «відступників» сприймаються кризь почуття заздрості** — переважно з великим скепсисом та недовірою. **(22 спостереження (70,97%)).**

5. **Мотиви та почуття цих людей або не приймаються до уваги,** або апіорі інтерпретуються у якості ворожих. **(27 спостережень (87,1%)).**

В. Поведінкові реакції

1. Ці жінки почуваються ображеними, коли не справджуються їхні очікування від життя, коли їх «хитромудрі» плани / «багатоходові комбінації» терплять фіаско, — коли вони **виявляються не готовими до нових, непередбачених життєвих ситуацій.** **(24 спостереження (77,42%)).**

2. В такі моменти їх і без того хитка самооцінка сильно коливається, і вони намагаються негайно «взяти реванш» у цій самій сфері життя, довести і собі й іншим свою спроможність. Коли цього не вдається — вони **вперто шукають можливості відновити втрачену самоповагу,** допоки не задовольнять власних амбіцій, або не витратять усі свої сили. Неможливість переключитись на інше поле діяльності, щоб там компенсувати невдачу, або “залізати рани” в затишній шпаринці, тимчасово обмеживши свою звичну активність, - одна із центральних рис досліджуваних пацієнток. З впертістю, гідною кращого призначення, вони «наступають на ті ж самі граблі», допоки не досягають свого, або, що вірогідніше, не доводять себе до нервового виснаження чи психічної декомпенсації. **(29 спостережень (93,55%)).**

3. Нагальність з якою вони **переходять від афектів до дій (обминаючи етап рефлексивного осмислення пережитих ситуацій)** часто призводить до чергових помилок, втрат зусиль та часу, а в окремих випадках — до декомпенсації психологічних механізмів адаптації. Тому, можна сказати, що поряд з переживаннями сорому, образи і заздрості, «рушійною силою» таких пацієнток є «суперництво заради суперництва», що вони впродовж життя маскують за зверхнім, демонстративно байдужим ставленням до своїх невдач. **(24 спостереження (77,42%)).**

4. Вони **мало змінюються впродовж життя:** з молодого віку і до моменту нашого з ними знайомства в якості пацієнток психіатричної лікарні в інволюційному періоді вони поводяться майже однаково в усіх сферах свого життя. І в 20 і в 55 років для них актуальні майже ті ж самі переживання. Тому під час клінічної бесіди складається враження двоїстості: вони говорять про речі, притаманні жінкам літнього віку (бажання спокійного життя, втома, сімейні негаразди, почуття непотрібності), але з позицій молоді жінки, та навіть юнки («спокійне життя», тобто таке, «як мені хочеться: щоб ніхто не втручався і мною не керував»; незапобованості, нерозуміння і неціненності в поєднанні з впевненістю в своїй неперевершеності і особливості). **(23 спостереження (74,19%)).**

5. Поверхневі людські стосунки, поверхневий інтерес до будь-чого, разом із типовою для цих жінок **реакцією на фрустрації — вилучення з площини переживань «джерела» незадоволення / важких емоційних**

спогадів / фруструючих людських стосунків [41] — в решті решт призводить до поступового спустошення емоційної складової їх реального життя. **(28 спостережень (90,32%))**.

6. Така динаміка тривалий час лишається прихованою за **добре функціонуючими пристосувальницькими зразками поведінки** та підкресленою самодостатністю. **(26 спостережень (83,87%))**.

7. Особливим випробуванням для цієї когорти жінок стає фактор інволюції з усіма супроводжуючими його змінами у тілесному, особистому та соціальному плані. Будучи **нездатними інтегрувати пережите у суб'єктивно зрозумілу і значиму життєву історію, і як наслідок — знаходити новий зміст у новому періоді життя**, вони і далі намагаються собі й іншим щось довести. Таким чином, вони крок за кроком відштовхують людей, втрачають зв'язки, залишають собі все менше і менше простору для можливої компенсації. **(27 спостережень (87,1%))**.

3.2 Провідні психопатологічні ознаки узагальненої особистості жінки з інволюційним психозом

Якщо тепер окремо виписати виділені жирним шрифтом психопатологічні ознаки, що формують центральну ланку вищеописаних закономірностей, то ми отримаємо наступний психопатологічний «портрет» обстежених хворих.

А. Афекти та мотивації

1. Виховання у досить несприятливій сімейній атмосфері; відсутність щирих, сповнених емоціями стосунків з матерями.

2. Пошуки визнання за межами своєї домівки.

3. Відсутність сталих інтересів. Бажання опанувати тут явно заміняє потребу глибокого розуміння.

4. Поєднання доброї житейської хватки із неспроможністю розвинути вдалу стратегію життя в довготривалій перспективі.

5. Потужна орієнтованість на соціальні досягнення, на зовнішню атрибутику успішності.

6. Надто великі амбіції, які вони намагаються задовольнити будь-якою ціною.

7. Надзвичайно гостра потреба в незалежності, що лежить в основі життєвої позиції.

8. Загальний дефіцит пластичності емоційного реагування.

9. Надто хитка, вразлива самооцінка.

Б. Міжособистісні стосунки

1. Відсутність глибокого емоційного співпереживання, прив'язаності до людей за добре розвинутих формальних комунікативних навичок.

2. Схильність мати біля себе «людей-сателітів».

2.1 Ідеалізація «людей-сателітів» рано чи пізно закінчується неминучим розчаруванням з афектом сорому, або гніву на саму себе

2.2 Можливе делегування іншим своїх соціальних амбіцій із залишенням собі не менш претензійних ролей ідеальних дружин, матерів, «муз», дітей-вундеркіндів. Крах ідеального світу переживається з образою на весь світ.

3. Підтримання лише тих стосунків, які піддаються їх повному контролю.

4. Неприйняття реальних або можливих успіхів «відступників», сприйняття цих успіхів з почуттям заздрості.

5. Не приймання до уваги мотивів та почуттів людей

В. Поведінкові реакції

1. Неготовність до нових життєвих ситуацій і неприйняття їх;

2. Вперті спроби відновлення втраченої самоповаги звичним способом.

3. Перехід від афектів до дій з мінімізацією або повною відсутністю етапу рефлексивного осмислення пережитих ситуацій.

4. Залишаються майже незмінними впродовж життя.

5. Типовою реакцією на фрустрації є вилучення з площини переживань «джерела» незадоволення.

6. Добре функціонуючі пристосувальницькі зразки поведінки.

7. Нездатність інтегрувати пережите у суб'єктивно зрозумілу і значиму життєву історію, і як наслідок — знаходити новий зміст у новому періоді життя.

3.3 Порівняння узагальненого психопатологічного «портрету» жінки з інволюційним психозом із типологіями особистісних розладів сучасних міжнародних класифікацій МКХ-10 та DSM-IV-TR

Вицленивши із «чистого» клінічного матеріалу феноменологічні закономірності проявів та провідні психопатологічні ознаки особистості пацієнток з інволюційним психозом, була виконана передумова для порівняння отриманого узагальненого «портрету» з визнаними на сьогоднішній день типологіями особистісних розладів, — насамперед з типологіями сучасних міжнародних класифікацій МКХ-10 та DSM-IV-TR. Результатом такого порівняння стала констатація співвідносності більшості із виділених на основі дослідження описових ознак особистості обстежених хворих з діагностичними критеріями нарцистичного розладу особистості, як вони подані в DSM-IV-TR та МКХ-10. Для унаочнення такого співставлення наведена таблиця № 1. Зауважимо також, що даний розлад у класифікації DSM-IV-TR наведений у групі основних особистісних розладів (кластер Б), а в МКХ-10 він віднесений до рубрики F60.8 «Інші уточнені особистісні розлади», тому його діагностичні критерії подані лише у повній версії класифікації [22] і відсутні у перекладених українською мовою версіях [14].

З таблиці співставлення видно, що практично усі діагностичні критерії міжнародних класифікацій для «нарцистичного розладу особистості» мають кореспонденцію з виділеними в процесі дослідження психопатологічними ознаками жінок з інволюційним психозом. Тому вже це дозволяє впевнено говорити, що обстеженим жінкам властиві нарцистичні зразки реагування впродовж життя.

Таблиця №1.

Співставлення виділених в процесі дослідження психопатологічних ознак узагальненої особистості жінки з інволюційним психозом із критеріями нарцистичного розладу особистості згідно МКХ-10 та DSM-VI-TR

МКХ-10	DSM-IV-TR	Проведене дослідження
Загальні критерії особистісних розладів		
1 Помітні дизгармонійні відносини та поведінка, що зазвичай включають кілька областей функціонування: афективність, збудження, керуваність імпульсів, шляхи сприйняття та мислення, та стиль стосунків з іншими;	а) Досвід та поведінка людини, що помітно вирізняються від очікувань культури у якій вона проживає. Цей паттерн проявляється у двох (або більше) наступних сферах: пізнання (сприйняття та інтерпретація себе, інших і подій); діапазон, інтенсивність, лабільність, а також адекватність емоційної реакції; міжособистісне функціонування; контроль імпульсів.	Цей критерій можна вважати виконаним для досліджуваних хворих, адже відмічені нами закономірності простежувалися у сферах: (А) афектів та мотивацій, (Б) схильності до формування типових «клішеподібних» стосунків з людьми, а також (В) поведінкових реакцій на індивідуально значимі переживання.
2 Ненормальний паттерн поведінки є довготривалим і не обмежений випадками психічного захворювання;		В2 Вперті спроби відновлення втраченої самоповаги звичним способом. В4 Залишаються майже незмінними впродовж життя.
3 Ненормальний паттерн поведінки поширюється і є явно неадекватним щодо широкого кола особистих та соціальних ситуацій;	б) Цей паттерн є негнучким та присутній у широкому колі особистих та соціальних ситуацій.	А8 Загальний дефіцит пластичності емоційного реагування. В1 Неготовність до нових життєвих ситуацій і неприйняття їх.
4 Вищевказані ознаки завжди виникають у дитинстві або юності і тривають до зрілості;	г) Цей паттерн є стабільним, довготривалим і його функціонування може бути ретроспективно відслідковане хоча б до юності чи ранньої зрілості.	Опосередкованим доказом виконання цього критерію можна вважати феноменологічні описи закономірностей А1 «Виховання у досить несприятливій сімейній атмосфері; відсутність щирих, сповнених емоціями стосунків з матерями» та А2 «Як в дитинстві так і у дорослому житті ці жінки шукають визнання за межами своєї домівки». Проте щоб впевнено вважати цей критерій виконаним, необхідно було добре дослідити «життєву криву» обстежених хворих. Результати цього кроку (7 в.) будуть висвітлені у наступних публікаціях.
5 Розлад призводить до значного особистого страждання, але це може стати видимим лише на пізній стадії;	в) Цей паттерн призводить до (клінічно значимих страждань) чи складнощів у соціальній, професійній чи іншій важливій сфері діяльності.	А4 Поеднання доброї житейської хватки із неспроможністю розвинути вдалу стратегію життя в довготривалій перспективі.
6) розлад зазвичай (але не обов'язково) пов'язаний за значними складнощами у професійній та соціальній діяльності.	в) Цей паттерн призводить до (клінічно значимих страждань) чи складнощів у соціальній, професійній чи іншій важливій сфері діяльності.	Цей критерій також можна вважати виконаним для досліджуваних хворих. Особливо добре він простежується у феноменологічних описах закономірностей А5, А7
	д) Цей паттерн не передбачає кращого прогнозу, ніж будь-який інший психічний розлад.	Цей критерій може вважатися виконаним, адже у попередніх публікаціях [] було показано, що особистісний фактор виступає в якості провідного у генезі інволюційного психозу.
	е) Цей паттерн не належить до прямих психологічних ефектів психоактивної речовини чи основних соматичних станів, як, наприклад, ЧМТ.	Цей критерій може вважатися виконаним, адже наявність важкого соматичного стану було критерієм виключення з дослідження.
Описові критерії нарцистичного розладу особистості		
1) гіпертрофоване почуття власної значущості (перебільшує свої досягнення і таланти, очікує визнання без відповідних підстав);	3) гіпертрофоване почуття власної значущості;	А6 Надто великі амбіції, які вони намагаються задовольнити будь-якою ціною.
2) захопленість фантазіями безмежного успіху, сили, чудовості, краси чи ідеального кохання;	5) фантазії на тему успіху, влади, багатства, краси чи ідеального кохання;	Б2.1 (Можливе делегування іншим своїх соціальних амбіцій із) залишенням собі не менш претензійних ролей ідеальних дружин, матерів, "муз", дітей-вундеркіндів. (Крах ідеального світу переживається з образою на весь світ.)

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3) вірить, що вона (він) особлива й унікальна і її можуть зрозуміти лише інші особливі чи високо-статусні люди (або товариства)	4) схильність вважати свої проблеми унікальними і мало кому зрозумілими;	A7 Надзвичайно гостра потреба в незалежності, що лежить в основі життєвої позиції. B2 Схильність мати біля себе «людей-сателітів», ідеалізація яких рано чи пізно закінчується неминучим розчаруванням (з афектом сорому, або гніву на саму себе)
4) потребує надмірної похвали	7) прагнення уваги і схвалення;	A2. Пошуки визнання за межами своєї домівки. A5 Потужна орієнтованість на соціальні досягнення, на зовнішню атрибутику успішності.
5) має відчуття особливих прав; безпідставні очікування особливо прихильного ставлення чи автоматичну згоду з її (його) очікуваннями;	6) безпідставне очікування особливо доброго ставлення до себе;	A9 Надто хитка, вразлива самооцінка.
6) є експлуатуючим у міжособистісних стосунках, використовує переваги інших задля досягнення своїх цілей;	2) схильність до експлуатування в міжособистісних стосунках;	B3 Підтримання лише тих стосунків, які піддаються їх повному контролю.
7) нестача емпатії; небажання сприймати чи ідентифікуватися з почуттями та потребами інших;	8) нестача емпатії: нездатність розуміти і переживати почуття інших;	B1 Відсутність глибокого емоційного співпереживання, прив'язаності до людей за добре розвинутих формальних комунікативних навичок. B5 Не приймання до уваги мотивів та почуттів людей
8) часто заздрисний до інших або вірить, що інші заздять їй (йому);	9) почуття заздрості,	B4 Неприйняття реальних або можливих успіхів «відступників», сприйняття цих успіхів з почуттям заздрості.
9) зухвала, пихата поведінка чи відношення до інших.		B5 Типовою реакцією на фрустрації є вилучення з площини переживань «джерела» незадоволення.

4. Обговорення

Проведене дослідження дозволяє говорити, що: жінки з інволюційним психозом мають особливі закономірності проявів особистості, які можна феноменологічно описати; з цих феноменологічних описів можна виділити психопатологічну ознаку, яка формує центральну ланку закономірності; отриманий узагальнений «портрет» можна співставити з типологіями особистісних розладів сучасних міжнародних класифікацій МКХ-10 та DSM-IV-TR; результати такого співставлення показують, що зразки поведінкового реагування обстежених жінок відповідають критеріям нарцистичного розладу особистості.

Однак, без відповіді залишається ряд важливих запитань: (1) як пояснити, що деякі описані на контингенті досліджуваних хворих закономірності не знаходять відповідного зв'язку з критеріями означеного розладу? (2) чи можна вважати, що для даної когорти хворих (жінок з інволюційним психозом) нарцистичні зразки реагування є патогномонічними? (3) чи означає це, що у даних жінок є клінічно сформований розлад особистості? (4) і якщо відповідь на третє питання буде позитивною, то чому цей розлад до інволюційного періоду життя лишається «німим» / латентним?

Відповідь на перше питання можна віднайти переглянувши критерії інших особистісних розладів. Описані у дослідженні психопатологічні ознаки, що не знайшли своєї «пари» у критеріях нарцистичного

розладу особистості найбільше перегукуються із окремими критеріями емоційно нестабільного розладу особистості (F60.3) згідно МКХ-10, або ж межового особистісного розладу згідно DSM-IV-TR. Так, наприклад, ознака B3 «Перехід від афектів до дій з мінімізацією або повною відсутністю етапу рефлексивного осмислення пережитих ситуацій» відображає «тенденцію діяти імпульсивно без врахування можливих наслідків» — критерій B1 для імпульсивного типу емоційно нестабільного розладу особистості (F60.30); а ознаки A3 «Відсутність сталих інтересів. Бажання опанувати тут явно заміняє потребу глибокого розуміння» та B7 «Нездатність інтегрувати пережите у суб'єктивно зрозумілу і значиму життєву історію, і як наслідок — знаходити новий зміст у новому періоді життя» відображають «порушення образу власного «Я» та відсутність ясного уявлення про власні наміри, цілі та внутрішні уподобання» — критерій B1 для межового типу нестабільного розладу особистості (F60.31). Такий погляд ставить чергове запитання: яке відношення нарцистичний розлад особистості та досліджуваний контингент хворих має до проявів психічної дефіцитарності, адже відомо, що діагноз межової особистості (borderline personality disorder) у DSM - III [23] та наступних версіях американської класифікації [11-13], як зрештою і в МКХ-10, змінив латентну (малопрогредіентну) шизофренію. Це питання потребує більш глибокого психопатологічного осмислення. Тут варто лише відмітити, що згідно психоаналітичної парадигми, нарцистичні зразки

реагування дають можливість тимчасово опанувати конфлікти, властиві межовому особистісному розладу [24]. Тобто нарцистична патологія особистості у контексті даного розуміння може бути покриваючою та стабілізуючою структурою для межового рівня функціонування особистості. Звідси, описаний у процесі дослідження критерій В6 «Добре функціонуючі пристосувальницькі зразки поведінки» може відображати саме цей стабілізуючий момент.

Для відповіді на друге поставлене питання необхідно провести контрольне дослідження, аби з'ясувати з якою частотою наведені вище психопатологічні ознаки виявляються у жінок аналогічного віку, які у даному періоді життя зберегли досить стабільну психічну адаптацію.

Третє питання частково знаходить свою відповідь у результатах проведеного Клінічного Напівструктурованого Інтерв'ю особистісних розладів IPDE, які демонструють наявність у пацієнток досліджуваної підгрупи достатніх підстав для кваліфікації на момент обстеження сформованого нарцистичного розладу особистості. **Тобто, двома незалежними шляхами: клінічним та експериментально-психологічним, було встановлено, що для жінок з інволюційним психозом характерні нарцистичні зразки реагування.** Проте, як відомо, кожен особистісний розлад, окрім статичних ознак, описується ще й кризь динамічні особливості. Ці особливості відображають: становлення та трансформацію основних зразків реагування особистості на часовому векторі, а також характер та особливості протікання вікових криз. Тому відповідь на це питання доповнять результати дослідження отримані на 7 в. кроці дослідження (див. дизайн дослідження), де на основі анамнестичних даних та опитувальника суб'єктивної оцінки життєвих подій була реконструйована «життєва крива» обстежених жінок. Ці дані будуть оприлюднені у наступних публікаціях.

Реконструкція «життєвої кривої» пролле світло і на четверте дискусійне запитання: чи дійсно розлад залишається «латентним» до інволюційного періоду життя? Проте спробувати сформулювати відповідь на нього можна вже на основі вищенаведених фактів та роздумів: добре функціонуючі пристосувальницькі зразки поведінки тимчасово забезпечують цим пацієнткам успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію, але вона лишається поверхневою, адже не відбувається рефлексивного осмислення

пережитих подій та ситуацій, адже пережите не інтегрується у суб'єктивно зрозумілу і значиму життєву історію. За умови сприятливих життєвих обставин ця система адаптації функціонує успішно, але виявляє всю свою неспроможність в умовах докорінних змін у тілесному, індивідуально-психологічному та соціальному функціонуванні, що характеризує інволюційний період життя. Але існує ще один варіант не менш ймовірної відповіді на це питання: глибока декомпенсація у інволюційному періоді життя відображає специфічну вікову динаміку нарцистичного розладу особистості. Обидва варіанти відповіді не суперечать, а доповнюють один одного. Однак, якщо перший із них можна обґрунтувати нашим дослідженням особистісної структури жінок з інволюційними психозами, то другий виходить за рамки нашого дослідження і може бути сформульований лише гіпотетично.

5. Висновки

1. Жінки з інволюційним психозом мають особливі закономірності проявів особистості, які можна феноменологічно описати.

2. З цих феноменологічних описів можна виділити психопатологічну ознаку, яка формує центральну ланку закономірності.

3. Отриманий узагальнений психопатологічний «портрет» жінки з інволюційним психозом можна співставити з типологіями особистісних розладів сучасних міжнародних класифікацій МКХ-10 та DSM-IV-TR.

4. Результати такого співставлення показують, що зразки поведінкового реагування обстежених жінок відповідають критеріям нарцистичного розладу особистості, згідно класифікацій МКХ-10 та DSM-IV-TR.

5. Остаточо про сформований особистісний розлад можна говорити лише після вивчення «життєвої кривої» досліджуваних хворих, де будуть відображені становлення та трансформація основних зразків реагування особистості на часовому векторі, а також характер та особливості протікання вікових криз.

6. Результати, отримані експериментально-психологічними методиками підтверджують дані отримані обома клінічними методами дослідження: клініко-психопатологічним та психоаналітичним.

7. Феномен нарцисизму потребує більш глибокого психопатологічного осмислення.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Трифонов Е.Г. Клинические и социальные аспекты психической патологии позднего возраста и принципы организации геронтопсихиатрической помощи. Автореф. дис...д.мед.н. - М., 1999.
2. Максимова Н.Е. Геронтопсихиатрия в структуре медико – социальной помощи пожилым людям //Ж.: «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико – социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии» М., 2007.-№1. -С.19-23.
3. Anne Ahnis und Nina Knoll, Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz – eine qualitative Analyse // Zeitschrift fr Gerontologie und Geriatrie, - 2008.- Volume 41, Number 4, p. 251-260.
4. Нетрусова С.Г., Татарчук Т.Ф., Дзюб Г.К. Заместительная гормональная терапия при психопатологических проявлениях патологического климакса у женщин// Архив психиатрии, 2001, № 4 (27), с. 189-196.

5. Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л., «Медицина», 1969.
6. Пустовойт, М.М., Клініко-патогенетичні особливості інволюційних депресій (критичний огляд літератури) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – № 2(12). - 2007. – С. 172-177.
7. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fr Studierende und rzte. Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. Band I. Allgemeine Psychiatrie. Barth Verlag, Leipzig 1903.
8. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fr Studierende und rzte. Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. II. Band [in 2 Teilbänden]. Klinische Psychiatrie. Barth Verlag, Leipzig 1904.
9. E.Bleuler, Руководство по психиатрии., пер. с нем. – М.: Издательство «Независимая психиатрическая ассоциация» - 1993.

10. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия.- М., Медицина, 1977.- 191 с.
11. Amer. Psychiat. Assoc DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 3 d Edition Revised. - 1987.
12. Amer. Psychiat. Assoc DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual Disorders, fourth Edition. - 1994.
13. Amer. Psychiat. Assoc DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual Disorders, fourth Edition, Text Revision. - 2000.
14. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями), под ред. Кулер, Дж. Э. – К.: Сфера, 2000.- 464 с.
15. Gyllstrom M. Elizabeth, Schreiner Pamela J., Harlow Bernard L. Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 21, No. 2, P. 275 - 292, 2007.
16. Сметник В. П. Климактерические расстройства и методы их коррекции // Consilium medicum, 2001, т. 3, № 11.
17. Жислин, С. Г. Очерки клинической психиатрии.- М. «Медицина», 1975.
18. Пустовойт М. М. До питання психодинаміки психічних розладів інволюційного періоду // Вісник психіатрії та психофармакотерапії № 1 (11) 2007, С. 15-21.
19. Пустовойт М. М. Роль особистісного фактору в генезі інволюційних психозів // Вісник психіатрії та психофармакотерапії № 1 (13) 2008, С. 45-59.
20. В.С. Битенский, М.М. Пустовойт, Н.А. Прусс, И.И. Краснополяская, Инволюционные психозы как психосоматическая проблема // Таврический журнал психиатрии. – Т.12, №1 (42), - 2008, С. 9-19.
21. Дубницкая Э.Б. Малопргредиентная шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия): Автореф. Дисс. к. мед. н. –М., 1979. – 24 С.
22. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
23. Amer. Psychiat. Assoc DSM-III Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 3 d Edition. - 1980.
24. Fonagy, Peter & Target, Mary. Psychoanalyse und Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta, 2007. – 541 с.

УДК: 616.89-037
О.А.Філатова

КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

О.А.Філатова

КОРРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ПСИХІЧНОГО ІНФАНТІЛІЗМУ У ХВОРИХ НА СУРДОМУТИЗМ.

Харківська медична академія післядипломної освіти.

В статті розглянуто медико-психологічні аспекти психічного інфантилізму у хворих на сурдомутизм. Сучасна психологія трактує цей стан як часткову затримку деяких компонентів особистості, що формується. Не дивлячись на наявну дезадаптацію, у цих хворих вистачає доволі особистісних ресурсів, щоб завершити соціалізацію.

Ключові слова: психічний інфантилізм, сурдомутизм, соціалізація.

O.A. Filatova

CORRECTION OF DISPLAYS OF MENTAL INFANTILITY AT PERSONS WITH SURDOMUTISM

The Kharkov medical academy of postgraduate education

In clause medical and psychological aspects of mental infantility at patients with surdomutism are considered. The modern psychology treats this condition as partial backlog of some components of the formed person. Despite lacking adaptation, these patients have enough personal resources for end of socialization.

Keywords: mental infantility, surdomutism, socialization.

Психический инфантилизм (ПИ) – недостаточная зрелость когнитивной, эффекторно-волевой и поведенческой сфер личности; сохранение детских стереотипов реагирования на внешние обстоятельства; социальная неадаптированность, низкая фрустрационная толерантность.

ПИ у больных сурдомутизмом обусловлен как хронической аудиальной депривацией, и связанной с ней задержкой речевого развития, так и сопутствующими органическими нарушениями – частым коррелятом врожденной глухоты. [1]

У больных с данной патологией можно наблюдать 3 варианта ПИ: простой, органический и церебростенический.

Простой (неосложненный) ПИ – это следствие нарушенного созревания наиболее молодых структур мозга – неокортекса, вызванного сочетанием конституционально-генетического и антенатального факторов. Такие больные внешне выглядят незрелыми, в чертах преобладает «детскость»: рост ниже среднего, гармоническое телосложение, тонкая ранимая кожа, недостаточность оволосения лобковой области и ко-