

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт, канд. мед. наук

## ОСОБЛИВОСТІ «ЖИТТЄВОЇ КРИВОЇ» ЖІНОК З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ІНВОЛЮЦІЇ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

## ОСОБЕННОСТИ «ЖИЗНЕННОЙ КРИВОЙ» ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ИНВОЛЮЦИИ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

В настоящей статье изучаются особенности «жизненной кривой» женщин с инволюционным психозом. На основании детального исследования небольшой репрезентативной группы (31 случай), сформированной из общей исследовательской выборки (234 наблюдения), была реконструирована типичная «жизненная кривая» женщины с инволюционным психозом. Полученное таким образом структурированное жизнеописание сопоставлено с представленным в научной литературе описанием динамики личностных расстройств. Было установлено, что «жизненная кривая» исследуемых женщин полностью соотносится с типичной возрастной динамикой личностного расстройства, при котором преобладает тенденция к компенсации. Автором выдвигается тезис, что декомпенсация в инволюционном возрасте представляет собой один из вариантов динамичных проявлений нарцисстического расстройства личности.

**Ключевые слова:** жизненная кривая, психопатология, инволюция, личностное расстройство, нарциссизм.

UDC 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Pustovoyt

## SPECIFICATIONS OF THE “LIFE CURVE” OF WOMEN WITH THE MENTAL DISORDERS IN THE INVOLUTION

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

A number of the specific features of the “life curve” of women with involutional psychosis are being examined in the given article. Based on detailed research of a small representative group (31 cases), which is formed from general research selections (234 observations), the typical “life curve” of generalized woman person with involutional psychosis was reconstructed. The structured life history obtained in this way was correlated to dynamics of personality disorders in the scientific literature. It was ascertained that “life curve” of observed patient corresponds to the typical dynamics of the personality disorder with prevailing tendencies to compensation. The thesis proposed by the author is that the decompensation in the age of involution may be a variant of dynamics of the narcissistic personality disorder.

**Key words:** life curve, psychopathology, involution, personality disorder, narcissism.

### Вступ

Людині, в принципі, притаманно за певними ознаками інтерпретувати зовнішній світ, самого себе й інших людей. Так, первісні мисливці, визначивши стежки тварин, якими ті прямували до води, влаштовували засідки. Археологи за наявністю кісток певних тварин у похованнях давніх людей дізнавалися, на яких тварин полювали наші пращури. Антропологи за знайденими знаряддями праці та наскельними малюнками відтворювали мисливські звички й ритуали людей тієї давньої епохи і т. д., і т. п. Усі вищеназвані принципи застосовуються і в медицині: за фізіологічними ознаками лікар робить висновок про роботу тих чи інших органів і систем; за клінічними симпто-

мами — судить про патологічні процеси в організмі; за затемненнями та просвітленнями рентгеновської плівки оцінює стан, наприклад, легеневої тканини. Отже, будь-яке явище природи, змінюючись у часі, залишає по собі певний слід, який стає носієм інформації про саме явище, про природу цього явища. У разі потреби можна «прокласти» і зворотний шлях: завдяки певним інструментам і знанням вилучити з такого «відбитка» досить достовірну інформацію про перебіг минулих подій, незалежно від терміну їх давності.

Для психопатолога / психоаналітика / медичного психолога історія життя людини, «крива», описана її життям [1], є не менш інформативною, ніж, наприклад, якість її депресивних переживань або стан серотонінергічної системи мозку.

У багатьох випадках стиль життя людини визначає її психічне (та фізичне) страждання. І коли йдеться, наприклад, про каскадера, який, опинившись у розквіті сил в інвалідному візку, відчуває спустошення і порожнечу, — це твердження навряд чи хтось буде піддавати сумніву. Також, напевне, усі погодяться, що між симптомами деменції у зрілому віці та надмірним зловживанням алкоголем замолоду простежується певний зв'язок. Проте це твердження вже не буде настільки очевидним, коли йдеться про появу психічних розладів у людини, дотепер соціально успішної. Його можуть піддати сумніву більшість людей, у тому числі й лікарі. Втім, у сфері психічного взаємозв'язки та кореляції між явищами, подіями та наслідками рідко бувають прямими й очевидними [2]. Тому психопатолог / психоаналітик не повинен задовольнятися першим поверхневим враженням від людини. Йому потрібно ретельно розглянути її поведінку в нестандартних і стресових ситуаціях, намагатися вловити «внутрішню логіку» її життєвого устрою, спробувати зрозуміти суб'єктивний мотив поведінки. Отже, психопатолог / психоаналітик намагається «впіймати» причинно-наслідковий зв'язок не лише між окремими фактами реального перебігу подій, як наприклад, потужним стресом і маніфестацією гострого адаптаційного розладу, а між двома, на перший погляд, напям'язаними між собою сутностями: життям людини як таким і її психічним стражданням.

Якщо це вдається, то відкривається якісно інший (значно ширший) простір для терапевтичного втручання. Зрозумілість людських переживань, згідно з класиком психопатології К. Ясперсом [3], належить до диференційно діагностичних критеріїв, які відмежовують психічні розлади, зумовлені суто біологічними причинами, від психічних розладів, що можуть бути зумовлені психологічними причинами.

Таким чином, реконструкція та розуміння «життєвої кривої» людини є **актуальною проблемою** медичної практики незалежно від спеціальності лікаря і набуває першочергового значення, коли йдеться про психічні розлади. Тому в даній роботі була поставлена **мета** — висвітлити особливості «життєвої кривої» жінок, які в інволюційному віці перенесли психотичний розлад.

Для реалізації означеної мети у дослідженні були поставлені такі завдання:

1. Із загальної дослідної вибірки сформувати невелику репрезентативну підгрупу, з представницями якої провести детальне анамнестичне та біографічне інтерв'ю.

2. На кожну хвору сформованої підгрупи скласти розширену феноменологічно-описову історію хвороби, в якій обов'язково звернути увагу на «життєву криву» пацієнта, реагування на стресові ситуації у цілому та специфічні форми реакції на стрес зокрема.

3. З анамнестичних даних реконструювати «життєву криву» узагальненої пацієнтки з інволюційним психозом.

4. За допомогою експериментально-психологічної шкали «Інтегральний індекс соціального самопочуття» встановити суб'єктивну оцінку хворими насичення власного життя позитивними і негативними подіями та провести порівняння цих оцінок з відповідями представниць контрольної групи.

5. Визначити можливість зіставлення реконструйованої у процесі дослідження «життєвої кривої» обстежених жінок з описаною в науковій літературі динамікою особистісних розладів.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського державного медичного університету (зав. кафедри — чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф. В. С. Бітенський), Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (зав. відділення — д-р мед. наук, проф. О. С. Чабан).

Усього за період з січня 2003 р. по грудень 2007 р. сформовано вибірку з 234 пацієнтів. У вибірку включали усіх хворих інволюційного віку (45–60 років), які надійшли у психіатричний стаціонар вперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Під час формування загальної вибірки хворих кожний 7-й випадок обстежувався більш ретельно. Отже, у нас утворилася підгрупа основної вибірки, яка налічувала 31 випадок. У цій підгрупі було проведено детальне анамнестичне і психоаналітичне інтерв'ю (у середньому по 7–9 анамнестичних розмов, кожна тривалістю близько години) з кожним пацієнтом. Дана стаття побудована на ретельному аналізі цієї підгрупи (31 спостереження).

Контрольну групу утворили за результатами анонімного обстеження 47 жінок аналогічного віку, які у 2008 р. зверталися у лікарні загальнопрофілю з приводу соматичної симптоматики.

Провідними методами дослідження, на яких у даній статті будуються висновки, були: клініко-психопатологічний, метод психоаналітичного первинного інтерв'ю [4] та метод психопатологічного аналізу отриманих результатів. Дані, отримані під час детального анамнестичного та психоаналітичного інтерв'ю (31 спостереження), оприлюднювалися на спеціальних консиліумах за участі завідувачів відділень і керівника клініки (в Одесі — чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. В. С. Бітенського, у Києві — д-ра мед. наук, проф. О. С. Чабана). На консиліумах зверталась увага на закономірності проявів особистості, які можна було вичленити з матеріалів інтерв'ювання як дискретного критерію, що досить чітко характеризує обстежену хвору. Також на

консиліумах з анамнестичних даних і відмічених закономірностей проявів особистості обстежених хворих реконструювалася їх «життєва крива» [1], яка відображала основні повороти у житті даних жінок.

У даній роботі наведено результат вказаної реконструкції «життєвої кривої» узагальненої особистості пацієнтки з інволюційним психозом, на основі ретельного аналізу анамнестичних даних розширеного клініко-психопатологічного та психоаналітичного обстеження 31 випадку. Додатковим експериментально-психологічним методом дослідження була шкала «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною).

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювався у вигляді обчислення відношення шансів (ВШ) та його 95%-х довірчих інтервалів (ДІ). Відмінності за показниками, що вивчалися, вважалися статистично значущими при розташуванні ДІ справа від одиниці. Також з метою перевірки значущості зв'язку між двома змінними здійснювався розрахунок критерію  $\chi^2$  з обчисленням рівня значущості P (з поправкою Йетса).

### Результати дослідження та їх обговорення

#### *Особливості «життєвої кривої» жінок з інволюційним психозом за даними ретельного аналізу їх анамнезу*

1. Досліджувані пацієнтки неохоче розповідають про своє дитинство, а їх вік на момент обстеження робить малореалістичною можливістю з'ясувати дане питання через розпитування їхніх батьків. Тому проблематику раннього дитинства у переважній більшості випадків безпосередньо неможливо віднайти в анамнезі, — хіба що за її гіпотетичними похідними. Такими похідними можна вважати невелику кількість спогадів про допубертатний період життя, переважно негативну емоційну забарвленість цих спогадів та їх фіксованість на особистостях батьків (здебільшого образі матері). Якщо пацієнтки і згадували про дитинство позитивно, то ці згадки не були пов'язані з батьківською сім'єю: часом це були спогади про люблячих бабусю та дідуся, але частіше про чужих людей із близького оточення (сусідка, вихователька у дитячому садку, перша вчителька).

2. Також опосередкованим доказом вагомості проблем розвитку в ранньому дитинстві можна вважати сепараційну тематику, яка надто гостро актуалізується у пубертатний період і яка формує змістовну фабулу позасвідомого патогенного конфлікту даних пацієнтів. Тут потрібно зауважити, що ці жінки так само мало розповідають про свій підлітковий вік, як і про своє дитинство. Проте їх короткі ремарки тих подій демонструють явні ознаки маніфестних і латентних реакцій емансипації [5], коли підліток намагається відстоя-

ти свою незалежність і якомога швидше стати дорослим.

3. У пізньому пубертаті (16–20 років) відбувається перший «переломний момент» у житті цих жінок: їх дотепер «похмуре» життя поступово «набуває кольорів». З їхніх розповідей складається враження, що в цей момент вони виходять «з тіні на сонце» / «з-за лаштунків власного життя на його авансцену». У цій часовій точці кристалізуються стенічні риси особистості пацієнток, оформлюється та закріплюється їх індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин.

3. У зрілому віці дані пацієнтки часто досягають (тимчасового) успіху. Завдяки своїм стенічним якостям вони демонструють достатній рівень професійних навичок, непогані комунікативні здібності, але в першу чергу добру «життєвську хватку». Це дозволяє їм досягти певного соціального статусу, а в окремих випадках і зробити успішну кар'єру. Однак на мікросоціальному рівні їм не вдається збудувати близьких емоційних стосунків ні зі своїми життєвими партнерами, ні зі своїми дітьми (якщо такі є). Незважаючи на конкретні обставини, для них характерне відчуття незадоволеності своїм особистим життям. Такий стан речей, коли в макросоціумі все налагоджено, а у мікросоціумі — повний безлад, може зберігатися тривалий період часу. Проте, коли ця незадоволеність «виходить з берегів» найближчого оточення і розповсюджується на інші сфери життя, їх уявлення про образ власного «Я» дає тріщину, що може завершитися глибокою особистісною декомпенсацією. Звідси випливає, що провідна стратегія індивідуально-психологічної та соціальної ланок адаптації цих жінок полягає у постійній експансії власного «Я» у зовнішній світ, тобто у «захопленні» нових «життєвих територій» — розширенні сфер впливу власного «Я». «Нова територія» тимчасово додає стабільності внутрішній самооцінці / психічній рівновазі. Ця тенденція носить у них безперервно персистуючий характер, адже через неспроможність побудувати стабільні та довготривалі людські стосунки будь-який досягнутий персональний успіх неможливо соціально «закріпити». Так, у широкому сенсі, замикається їх «життєвий цикл» [6]: неспроможність побудувати близькі емоційні стосунки зі своїми життєвими партнерами → пошук визнання за межами своєї домівки (експансія) → досягнення певного успіху → неможливість закріпити цей успіх через неспроможність побудувати стабільні та довготривалі людські стосунки → «захоплення» нових «життєвих територій» (чергова експансія) → поновлення циклу. Цей «життєвий цикл» достатньо «енергоємний» і в інволюції, коли під впливом незворотних біологічних факторів енергетичний ресурс особистості суттєво зменшується, він стає дуже «вразливим» і переобтяжуючим.



4. В інволюції відбувається другий переломний момент життя досліджуваних пацієнок: з одного боку, біологічні зміни (настання менопаузи, що тягне за собою втрату жіночої привабливості й енергетичного ресурсу), а з другого — соціальні зміни на макро- (втрата соціальних позицій, вихід на пенсію тощо) та мікрорівнях (сімейні конфлікти, незалежність дітей, смерть батьків), активують інтрапсихічний позасвідомий патогенний конфлікт. Це безпосередньо відображається у зміні поведінки і полягає у різкому загостренні дезадаптивних властивостей особистості: перш за все, надто вразливої самооцінки та впертих спроб її відновити. А це, у свою чергу, за принципом «зачарованого кола» збільшує кількість зроблених помилок → призводить до чергових втрат → → посилює декомпенсацію особистості.

5. Маніфестуючі в інволюційному періоді психічні розлади відображають злам механізмів психологічної адаптації, які до того успішно функціонували та були закріплені у структурі особистості. Жоден окремо взятий із наведених у п. 4 патогенних факторів (біологічні, мікро- та макросоціальні зміни, а також активація інтрапсихічного позасвідомого конфлікту) не може вважатися винятковою причиною глибокої особистісної декомпенсації в інволюційному періоді. Лише їх спільна дія, що припадає на доволі обмежений проміжок часу в житті пацієнтів, призводить до зламу біологічної, індивідуально-психологічної та соціальної ланок адаптації [7], що, у свою чергу, стає причиною психічного розладу.

6. У той час як біологічним і макросоціальним факторам належить роль сприяючих та пускових, а інтрапсихічним — патогенетичних механізмів особистісної декомпенсації, то мікросоціальним (пов'язаним із найближчим оточенням) факторам належить проміжне положення, адже вони одночасно є і «продуктом життєдіяльності» таких пацієнтів, і «джерелом» хронічної психічної травми, яка поглиблює декомпенсацію та сприяє фіксації психічного розладу [8].

7. У стані глибокої особистісної декомпенсації відбувається ідеалізація «щасливого минулого», пов'язаного у свідомості хворих зі спогадами про пригоди молодості та соціальні досягнення зрілості. Здається, усі думки та душевні зусилля цих пацієнок спрямовуються або на повернення «втраченого щастя» (втраченого відчуття своєї привабливості, спроможності та «потентності»), або хоча б на збереження сталих спогадів про ті щасливі часи. При цьому проблеми сьогодення переживаються як ворожі по відношенню до цих спогадів.

8. Тому в інволюційному психозі / психотичній особистісній декомпенсації інволюційного періоду завжди наявний чіткий патогномонічний симптом — суб'єктивна неспроможність пацієнок пов'язати актуальну життєву ситуацію (хворобу) з прожитим життям (як параноїдний век-

тор переживань) або неспроможність прийняти / інтегрувати своє реальне життя у суб'єктивну історію життя / знайти зміст у прожитому житті (як депресивний вектор переживань). Разом із тим, цей симптом:

— захищає пацієнок від поглиблення емоційної кризи / поглиблення декомпенсації;

— є з'єднуючою ланкою між «ендогенністю» та «психогенністю» психотичних маніфестацій у інволюції;

— має безпосереднє відношення до дефіцитарності емоційної сфери особистостей з нарцистичною проблематикою [9].

9. Після перенесеного інволюційного психозу / глибокої особистісної декомпенсації дані жінки різко звужують коло своїх інтересів, обмежуючи його найбільш нагальними проблемами сьогодення та піклуванням про своє здоров'я.

10. Таким чином, розказані історії життя мають дві поворотні точки: (1) пізній пубертат — коли кристалізуються стеничні риси особистості пацієнок, та (2) інволюційний період, — на який припадає спалах психопатологічної симптоматики (часто психотичної). У першій точці оформлюється та закріплюється їх індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин. У другій точці відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації. У часовому проміжку між згаданими точками механізми функціонування особистості залишаються сталими й одноманітними та забезпечують досить успішну соціальну й індивідуально-психологічну адаптацію.

*Аналіз результатів обстеження  
основної та контрольної груп  
за хронологічною самооцінкою подій життя*

Вищеперелічені клінічні спостереження дуже важко об'єктивізувати якимось іншим методом, окрім проведення з близькими родичами пацієнок бесід, подібних до тих, що велися безпосередньо з хворими. Однак, як уже зазначалося вище, у зв'язку з віком жінок на момент обстеження та специфікою їхніх стосунків зі своїми родичами це завдання було малодосяжним. Саме тому ми використали шкалу «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною), де пацієнти самостійно відмічали ступінь насичення власного життя позитивними та негативними подіями. Ця шкала ніби додає об'єктивного «відтінку» клінічним спостереженням дослідника через їх валідацію самостійною оцінкою пацієнтки свого власного життя. З рисунка, що відображає ступінь насиченості важливими подіями життя пацієнок досліджуваної та контрольної виборки, видно, що обстежені особи контрольної групи давали досить рівну оцінку ступеню насиченості життя важливими подіями у вигляді пласкуватих майже паралельних ліній з чітким акцентом на насиченості позитивними по-

Суб'єктивна оцінка, бали

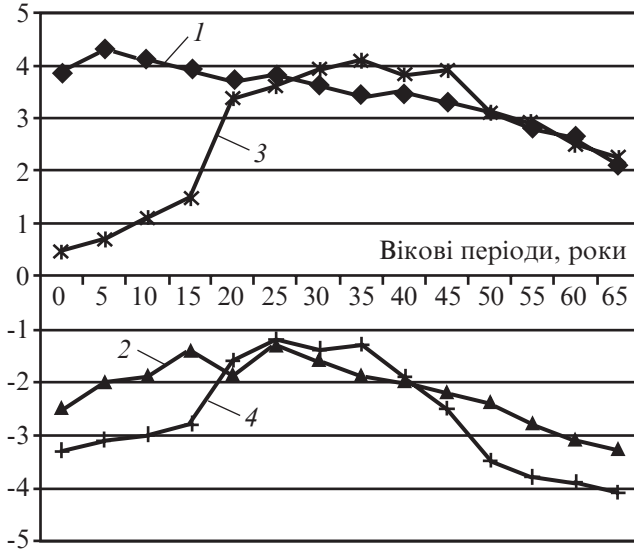


Рисунок. Ступінь насиченості важливими подіями пацієнток досліджуваної та контрольної виборки: 1, 2 — контрольна група; 3, 4 — досліджувані пацієнтки

діями у дитячі та зрілі роки. Після 50 років кількість позитивних подій ставала меншою, а кількість негативних подій, навпаки, дещо зростала. Загалом, протягом життя, на думку умовно здорових осіб, переважала кількість позитивних подій, за винятком останнього десятиріччя життя, коли їх кількість мала тенденцію зрівнятися з кількістю негативних подій. Така динаміка була зумовлена зменшенням реальних можливостей та реальним погіршенням стану здоров'я за віком. Пацієнтки з інволюційними психічними розладами, як видно з рисунка, були схильні до більшої полярності оцінок з майже симетричним розташуванням графіків ступеня насиченості життя важливими подіями відносно середньої лінії. Причому до 20 років кількість згаданих негативних подій життя була значно більшою порівняно з кількістю позитивних подій; від 20 до 45 років суб'єктивна оцінка всіх подій була переважно позитивною, а після 45 років — головним чином, негативною.

Таким чином, використаний у дослідженні експериментально-психологічний метод «самооцінки соціального самопочуття» демонструє, що самостійно зроблена (поза контекстом розмови з дослідником) суб'єктивна оцінка подій власного життя у жінок з психічними розладами в інволюції має два головних повороти, які відповідають віковим періодам пізнього пубертату та інволюції і які збігаються з поворотними точками життєвої кривої, як це було відмічено в результаті клініко-психопатологічного аналізу анамнестичних даних пацієнток.

Також із наведеного рисунка безпосередньо впливає, що схильність негативно оцінювати

своє дитинство та події сьогодення суттєво відрізняє когорту досліджуваних пацієнток від умовно здорових жінок (даний результат також відповідає описаним вище клінічним спостереженням). Причому ця різниця в суб'єктивній оцінці статистично вірогідна (таблиця). Це дозволяє зробити висновок, що в патогенезі психічного розладу інволюційного періоду життя суттєву роль відіграє суб'єктивний фактор, тобто особистість хворої, яка в кожному момент часу сприймає події свого життя, їх інтерпретує та реагує на них певним чином (наприклад, психічним розладом).

Відображена в результатах дослідження «життєва крива» жінок, які в інволюційному періоді перенесли глибокий психічний розлад, цілком зіставляється з описаною в літературі характерною динамікою особистісних розладів [10–12]. В обох випадках у пізньому пубертаті настає стабілізація рис особистості, які надалі домінують упродовж життя. У зрілі роки можлива повна компенсація особистісного розладу, а повторне загострення патохарактерологічних ознак відбувається в інволюції, які, за виразом В. Байера, стають у цьому віці гіпертиповими. Ця гіпертиповість — загострене випинання дисгармонійних особистісних проявів психопатичної природи — робить особистість вразливою та конфліктогенною, що, у свою чергу, сприяє глибокій декомпенсації.

В обох випадках стабільна адаптація у зрілі роки досягається за рахунок стічних рис характеру і відповідає компенсаторній тенденції у динаміці особистісних розладів. У такі періоди хворі не потрапляють у поле зору психіатрів, а їхня вікова еволюція наближається до проявів нормального розвитку. П. Б. Ганнушкін [10] говорив у зв'язку з вищевказаним про наявність так званих латентних психопатій. Частина таких «латентних психопатій» з часом може трансформуватися у гармонійну компенсовану особистість, а інша частина, немов «бомба з годинниковим

Таблиця

**Порівняння суб'єктивної оцінки допубертатного, зрілого й інволюційного періодів життя жінками досліджуваної та контрольної виборки**

Статистичні показники	До пубертату	Зрілі роки	Інволюція
Позитивні емоції			
$\chi^2$	24,27	0,11	1,13
P	0,0005	0,74	0,29
ВШ	15,42	1,35	0,53
95 % ДІ	4,41; 57,29	0,63; 2,64	0,18; 1,53
Негативні емоції			
$\chi^2$	29,07	0,69	12,72
P	0,0005	0,41	0,0011
ВШ	21,96	1,77	7,66
95 % ДІ	5,82; 89,79	0,56; 5,68	2,25; 27,75

механізмом», виявляє закладену в ній латентну патологію при зіткненні з травматичними подіями життя, з тяжкими соматичними захворюваннями або в період вікових криз. Ця остання особливість пояснює виявлену в процесі дослідження специфічну «життєву криву» наших пацієнток — поверхнева та тимчасова успішність протягом зрілих років і декомпенсація в інволюції.

У наших попередніх публікаціях було відмічено, що жінки з інволюційним психозом при більш детальному обстеженні проявляють усі загальні й описові ознаки нарцистичного розладу особистості [13]. На основі викладених у даній статті фактів ми можемо дійти висновку: досліджувані жінки до інволюційного періоду життя рідко потрапляли у поле зору психіатрів, бо у зрілі роки вони компенсували свою патологію особистості за рахунок стеничних рис характеру та ригідності поведінкових форм реагування — найбільш типового для пацієнтів з патологією особистості механізму компенсації, який ще називають гіперкомпенсацією [2]. У таких випадках на місце невпевненості у собі, сором'язливості та сумнівів, властивих людям з нарцистичною проблематикою, приходять підвищена активність, випинання життєвого прагматизму та практичності, міцна «життєвська хватка». Подібний погляд повністю відповідає психоаналітичному розумінню нарцистичних захистів як механізмів досягнення стабільності за рахунок втрати здатності гнучко й емоційно реагувати на життєві події [14].

Описана динаміка проявів особистості досліджуваних жінок: успішна зрілість і глибока психічна дезадаптація в інволюції, по суті, відображає «злам життєвої кривої», тобто інволюційний психоз у даному контексті є не самостійним розладом, а проявом глибокої декомпенсації особистісної патології. Як вказує А. Б. Смулевич [12], такий тип патохарактерологічного розвитку є досить характерним власне для нарцистичних особистостей. Щоправда, він описує подібну динаміку у «нарцисів» як відповідь на соматичне захворювання і зовсім не розглядає проявів даної патології особистості на часовому векторі вікових змін.

### Висновки

Таким чином, порівняння результатів проведеного дослідження з літературними даними, що описують динаміку особистісних розладів, дозволяють зробити такі висновки:

1. Жінки, котрі перенесли в інволюційному періоді глибокий психічний розлад, демонструють типову для особистісних розладів «життєву криву».

2. Враховуючи попередні публікації, ми можемо кваліфікувати наявність у даної когорти пацієнток сформованого нарцистичного розладу особистості.

3. Декомпенсація в інволюційному періоді життя відображає один із варіантів типової віко-

вої динаміки нарцистичного розладу особистості.

4. У патогенезі психічного розладу в інволюційному періоді життя суттєву роль відіграє особистість хворої, яка в кожному момент часу сприймає події свого життя, інтерпретує їх та реагує на них певним чином (наприклад, психічним розладом).

### ЛІТЕРАТУРА

1. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. — М. : Союз, 1998. — 464 с.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс ; пер. с англ. — М. : Класс, 1998. — 480 с.
3. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс ; пер. с нем. — М. : Практика, 1997.
4. *Психоаналітичне* первинне інтерв'ю / І. С. Вітенко, М. І. Винник, М. М. Пустовойт [та ін.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2003. — № 1 (3). — С. 28-47.
5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. — Л., 1983.
6. *Основи психодинамічної діагностики і психотерапії* : посіб. для студентів медичних вузів / М. І. Винник, І. С. Вітенко, І. В. Тодорів [та ін.]. — Івано-Франківськ : МІСТО НВ, 2006.
7. Битенский В. С. Некоторые размышления о формировании невротических расстройств и патологических расстройств личности / В. С. Битенский, М. М. Пустовойт, К. В. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2005. — № 2 (8). — С. 7-13.
8. Пустовойт М. М. Роль особистісного фактора в генезі інволюційних психозів / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 1 (13). — С. 45-59.
9. Пустовойт М. М. Интегральная модель психопатологических признаков личности женщин с инволюционным психозом / М. М. Пустовойт // Таврический журнал психиатрии. — 2009. — Т. 13, № 1 (46). — С. 8-20.
10. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика / П. Б. Ганнушкин. — М. : Медгиз, 1933. — 162 с.
11. Кербинов О. В. Избранные труды / О. В. Кербинов. — М., 1971. — 312 с.
12. Смулевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич. — М. : ООО «МИА», 2007. — 192 с.
13. Пустовойт М. М. Описова феноменологія та психопатологічні ознаки особистості жінок з інволюційним психозом / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 2 (14). — С. 43-52.
14. Fonagy Psychoanalyse und Psychopathologie der Entwicklung // Fonagy, Peter & Target Mary. — Stuttgart : Klett-Cotta, 2007. — 541 s.