

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ ПРИ МЕЖОВОМУ ТА ШИЗОТИПАЛЬНОМУ РОЗЛАДАХ ОСОБИСТОСТІ: КЛІНІКО-ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ

Ю.О. Євченко,
кафедра психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти
Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького

Незважаючи на те що термін “межовий розлад особистості” (МРО) є одним із найчастіше цитованих у психіатричній літературі останніх 20-ти років, залишаються нез’ясованими його значення, діагностичні критерії та границі означеного ним розладу. Одним із найсерйозніших клінічних аргументів, що “розмиває межі” МРО, є факт його перекривання (“overlap”) іншими особистісними розладами, зокрема шизотипальним, антисоціальним, залежним, гістрійонним [1, 2, 3]. Особливої уваги як з погляду 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 напрям (Wender, Kety, Rosenthal) бере свій початок із праці Hoch і Polatin про “псевдоневротичну шизофренію” та вбачає генетичний та феноменологічний зв’язок між межовими станами та шизофренічним спектром. Узагальнюючи погляди двох названих 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 таким чином 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 з якими дві треті пацієнтів з ШРО відповідають критеріям МРО. В іншому дослідженні вказується, що 67% пацієнтів з МРО водночас відповідають діагностичним критеріям ШРО.

Метою цієї роботи є спроба відповісти на запитання: чи можлива клініко-психопатологічна диференціація двох зазначених 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 як об’єкта клініко-психопатологічного аналізу зумовлений тим, що патологія сфери самосприйняття та самоусвідомлення включена в перелік діагностичних критеріїв двох названих особистісних розладів. У дослідницьких діагностичних критеріях МКХ-10 “незвичні явища у сфері сприйняття, зокрема соматосенсорні (тілесні) або інші ілюзії, деперсоналізація або дереалізація” мають статус діагностичного критерію для ШРО. [7] Однією з найважливіших діагностичних ознак МРО, своєю чергою, є “порушення образу власного Я” [7, 8]. Крім того, дані літератури свідчать про те, що деперсоналізація як психопатологічно оформлений феномен має виражений афінітет до МРО [9].

До первинної вибірки в нашому дослідженні увійшли 50 пацієнтів (31 чол. і 19 жін.) віком від 17 до 36 років, психічний статус яких на момент обстеження визначався явищами невротичної деперсоналізації. У всіх досліджених випадках депер-

соналізаційні феномени співіснували з іншими психопатологічними явищами і проявами особистісних розладів, тому всі пацієнти були кваліфіковані також за віссю особистісних розладів з використанням критеріїв DSM-IV та МКХ-10. З усіх обстежених 16 пацієнтів відповідало критеріям МРО та 15 — критеріям ШРО. 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) [10]. В описуваній у цій роботі вибірці пацієнтів спостерігалися два перші типи.

Чуттєва (коенестетична) деперсоналізація проявлялась почуттям зміненості або втрати пропріо- та вісцероцептивної чутливості. Суб'єктивно вона переживалась як відчуття легкості окремих частин та ділянок тіла або їх відсутності, внаслідок чого пацієнти спорадично перевіряли їх наявність дотиком або натисканням. В окремих випадках виникало відчуття повної втрати тіла, що наближає цей 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 і стабільністю, аж до стереотипності.

Маніфестація коенестетичної деперсоналізації виникала зазвичай автохтонно, без очевидного зв'язку з психогенними впливами. Якщо ж останні і вдавалося виявити, то вони мали надмірно "індивідуалізований" характер і за своїм об'єктивним значенням не відповідали масштабам викликаних ними розладів. Цей тип деперсоналізації супроводжувався у всіх випадках вираженим афектом тривоги, що іноді досягав ступеня "деперсоналізаційного раптусу" (за аналогією з "іпохондричним раптусом"). У 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 навколишнього світу, власного тіла і/або психічних процесів мало ніби "пасивний" характер, відбувалося без активної участі Я. Пацієнти скаржилися на неможливість емоційно реагувати на навколишній світ, близьких людей тощо. Зміст почутого або прочитаного "сприймався лише розумом, а не цілим Я", залишав байдужим. Навколишні предмети сприймалися нереально, ніби через серпанок. Крім того, пацієнти скаржились на почуття автоматизму власної діяльності, спостерігали за собою "ніби збоку", відчували себе "ніби роботи". В соматопсихічній сфері цей 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: "У мене немає Я, Я — це не Я". Слід зазначити, що цей найважчий варіант, близький до так званої "тотальної" деперсоналізації [12], траплявся рідко і був більш характерним для пацієнтів із нарцистичними особистісними девіаціями. У більшості випадків деперсоналізаційні розлади мали парціально-альний характер і не поширювались за межі аутопсихіки. Скарги пацієнтів з дисоціативною деперсоналізацією мали мінливий, драматичний характер, відрізнялись яскравістю, образністю, хворі вимагали до себе постійної уваги, їх поведінка при цьому мала елементи демонстративності.

Зазначені деперсоналізаційні прояви виникали найчастіше реактивно, за типом активної селекції психогенних впливів і в комплексі з факультативними три-вожними, соматоформними, конверсійними розладами входили до структури

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 підтверджені, оскільки численні скарги на “тупість”, “неможливість думати” були зумовлені деперсоналізаційною складовою синдрому). Про правомірність оцінки названих 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 із вираженим поліпшенням у пацієнтів з дисоціативною деперсоналізацією досягався внаслідок монотерапії інгібітором зворотного захоплення серотоніну препаратом “Прозак” (флуоксетин), клінічною мішенню якого вважаються феномени депресивного відчуження [13]. 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 пізніше виявляли виражену резистентність як до психофармакотерапії, так і до ЕСТ.

При коенестетичній деперсоналізації можливості психофармакотерапії були обмеженими. Виражене поліпшення було досягнуто лише в частини пацієнтів шляхом застосування інтенсивної комбінованої психофармакотерапії з парентеральним введенням трициклічних антидепресантів (амітриптиліну, кломіпраміну) і дюрантної форми нейролептика з вираженою анксиолітичною дією — флупентиксол (ін’єкції 20 мл флюанксол-депо робили з інтервалом 2—3 тижні).

Таким чином, отримані в нашому дослідженні результати дають підставу ствердно відповісти на поставлене перед ним запитання: клініко-психопатологічний аналіз деперсоналізації є достатньо валідним інструментом для диференційного діагнозу межового і шизотипального розладів особистості, що, своєю чергою, забезпечує вибір оптимальної терапевтичної тактики при лікуванні цих розладів.

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*. (3rd 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*, 4th 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. Євченко Ю., Фільц О., Євчук С. До питання типології деперсоналізаційних розладів. *Архів психіатрії*, 2001 (в друці).
11. Жанэ П. Неврозы. — М., — 1911.
12. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. — Л., 1981.
13. Смулевич А. Б., Морозова М. А. Эффекты тимолептиков в аспекте новой клинической систематики депрессивного синдрома // *Журнал невропатол. и психиатр.* — 1997, №7, с. 22-25.