

«ДОНЬКА ТАКСИДЕРМІСТКИ»: ІНВОЛЮЦІЙНИЙ ПСИХОЗ ЯК ВДАЛЕ ЗВАБЛЕННЯ ВНУТРІШНІМ ВСЕМОГУТНІМ ОБ'ЄКТОМ

Михайло Пустовойт, доктор медичних наук, професор,
психоаналітик УСП, УПТ, УАПШ, УКПП
завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології,
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

“TAXIDERMIST’S DAUGHTER”: INVOLUTIONARY PSYCHOSIS AS A SUCCESSFUL TEMPTATION BY THE INTERNAL OMNIPOTENT OBJECT

Mykhaylo Pustovoyt, Dr. hab. of Medicine, Professor,
Psychoanalyst of EAP, UPS, EFPP,
Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology,
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-8689-6220>
pmm2109@gmail.com

Вступ. Уже на початку ХХ століття вчені, які визнавали нозологічну самостійність інволюційних психозів (напр., Краєрлін, 1903; Авербух, 1969; Жислін, 1975; Снежневський, 1983), поряд з особливостями клінічної картини, закономірностями розвитку та перебігу завжди підкреслювали наявність певних преморбідних властивостей цих хворих, насамперед – переважання в особистісній структурі рис ригідності, тривожної недовірливості та помисловості (Гейер, 1925). Багато в чому схожі описи нібито типового преморбиду хворих на інволюційні депресії можна знайти також в американській літературі (Noyes, Kolb, 1960; Tait, Birn, 1951). Noyes і Kolb (1960) виділяють такі преморбідні риси цих хворих: тривожність, невпевненість у собі, серйозність, брак почуття гумору, сумлінність, ригідність, педантизм, ошадливість та скупість. Спостереження Жисліна (1975), який вказує на існування в пацієнтів впродовж життя схильності до глибоких та тривалих коливань афективної сфери під впливом ситуаційних моментів, є співзвучними до даних німецькомовних та франкомовних вчених: Medow (1922) підкреслює наявність в анамнезі схильності до депресивних станів боязко – іпохондричного характеру, які, однак, не відносяться до циркулярного кола, а Deley та Denniker (1957, 1961) говорять у цьому зв'язку про певну «тендітність механізмів регуляції настрою та самооцінки». Отримані дані дозволяли говорити, що в патогенезі інволюційних психозів завжди задіяний особистісний фактор, однак, досягти консенсусу в питанні, у чому саме полягає цей особливий особистісний преморбід, так і не вдалося. Надалі інтерес до цієї проблеми зокрема та інволюційних психозів взагалі поступово втратився. Напевно, це пов'язано з антинозологічними тенденціями новітніх класифікацій DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000), DSM-5 (2013) та МКХ-10 (2000), МКХ-11 (2022), які проявились виключенням із діагностичних рубрик інволюційної меланхолії як окремої нозологічної одиниці, та віднесенням інволюційного параноїду на периферію рубрики «Маячні розлади».

Питання тим не менш залишається актуальним і нині, бо відповідь на нього може полегшити розв'язання вузлового питання психопатологічної оцінки інволюційних психозів: як оцінювати появу психотичної симптоматики в інволюційному періоді життя: в якості особистісної декомпенсації у відповідь на специфічну для цього вікового періоду психологічну травматизацію (що відбувається на ґрунті докорінних змін у фізіологічному функціонуванні організму) чи в якості пізньої маніфестації дотепер латентного ендогенного захворювання?

Мета дослідження – дослідити роль особистісного фактору в патогенезі та клінічній картині інволюцій-

ного психозу на прикладі окремо взятого ілюстративного випадку (із позицій поєданого використання клініко-психопатологічного та психоаналітичного підходів).

Матеріали та методи. Це дослідження є частиною більшого вивчення ролі особистісного фактору в генезі інволюційних психозів, яке проводилось на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського медичного університету (зав. кафедри – д. мед. н., професор, член-кореспондент АМН України В.С. Бітенський), Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (завідувач відділення – д. мед. н., професор О.С. Чабан) у 2003–2007 роках (Пустовойт, 2008). Воно фокусувалося на вивченні хворих інволюційного віку (45–60 років), які поступили в психіатричний стаціонар уперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) із попереднім діагнозом «інволюційний психоз».

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

У дослідженні я сконцентрував увагу на таких моментах, які поетапно розкривають його алгоритм:

- 1) провести анамнестичне та біографічне інтерв'ювання обстежуваних пацієнтів;
- 2) для частини пацієнтів сформувати розширену феноменологічно-описову історію хвороби, у якій обов'язково звернути увагу на життєву криву пацієнта, реагування на стресові ситуації в цілому та специфічні форми реакції на стрес зокрема;
- 3) вичленити основні зразки поведінкового реагування, що притаманні обстежуваним хворим;
- 4) вивчити патопсихологічні особливості хворих за допомогою таких експериментально-психологічних методик: шкали рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, тесту актуалізації психологічних захистів Р. Плутчека, Торонтської алекситимічної шкали, діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі;
- 5) за допомогою офіційного клінічного опитувальника ВООЗ особистісних розладів “IPDE” визначити, чи можна зразки поведінкового реагування пацієнтів досліджуваної вибірки віднести до певного кластера особистісних розладів або окремого особистісного розладу.

Провідними методами дослідження, на яких я в цій статті будувавиму свої висновки, були: клініко-психопатологічний, метод психоаналітичного первинного інтерв'ю

(Argelander, 2013) та метод сфокусованих блискавичних інтервенцій за В. Лохом (Loch, 1986) під час обстеження.

Вибір поєданого використання клініко-психопатологічного та 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, пожертвавши, однак, тонкими динамічними нюансами (наприклад, суб'єктивним значенням хвороби в контексті попереднього життя). Використовуючи 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 в 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 із 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 та динамічної системи.

Дослідження проводилося в декілька етапів. На першому етапі дослідження я концентрував свою увагу на сфокусованому вивченні психопатологічних особливостей інволюційних психозів та психодинамічних закономірностей проявів особистісної структури цих пацієнтів; на окремо взятому випадку намагався порівнювати та інтегрувати дані, отримані двома клінічними методами, співвіднести їх із результатами обстежень експериментально-психологічними методиками. Кожен випадок представлявся на спеціальному консиліумі за участі завідувачів відділень та керівника клініки (в Одесі – д. мед. н., професора, члена-кореспондента АМН України В.С. Бітенського, у Києві – д. мед. н., професора О.С. Чабана). У цій статті я хочу навести одну розширену феноменологічно-описову історію хвороби, яка добре ілюструє досить типову (згідно з моїми спостереженнями) для цієї когорти пацієнтів констеляцію усталених зразків поведінкового реагування та їхню вікову динаміку, а також розкриває суб'єктивний зміст психотичної декомпенсації в інволюційному періоді життя.

Випадок «Донька таксидермістки». Пацієнтка 57 років сама звернулася із проханням щодо госпіталізації із скаргами на пригнічений настрій, внутрішній неспокій, безсоння, відчуття жару в тілі, «всередині усе горить», відчуття, що вона божеволіє. Останні п'ять років неодноразово лікувалась у психіатричних стаціонарах із подібними скаргами, виявляла резистентність до медикаментозної антидепресивної терапії.

Анамнестичні дані

(1) Народилась у Росії, у районному центрі. Для обох батьків цей шлюб був другим, у сім'ї було шестеро дітей (2 від першого шлюбу батька, 1 від першого шлюбу матері та 3 спільних), пацієнтка була середульшою з трьох спільних дітей батьків. Батько був на фронті комісаром, із першою дружиною розлучився через її зраду, після війни працю-

вав службовцем на відповідальних посадах, забезпечував достатньо високий добробут сім'ї. Пацієнтка характеризує його як лагідного, дбайливого, розумного та інтелігентного, вважає, що була його улюбленицею, підкреслює, що вже дорослою, після смерті батька, взяла собі те ім'я, яким батько хотів її назвати, але мати наполягла на іншому. Мати жила в Україні, педагог за професією, завжди була активною, грала в аматорському драматичному театрі. Із першим чоловіком розлучилась після того, як той її побив. Із майбутнім батьком пацієнтки познайомилась, коли він перебував на лікуванні у військовому госпіталі в її місті, де вона на той час, навчаючись у педінституті, підробляла сестрою милосердя. Після війни вони одружились і поїхали жити на його батьківщину. Мати вчителювала до 70-річного віку. Завжди була дуже діяльною: «горіла» на роботі, багато працювала на присадибній ділянці та примушувала до цього дітей, плела на продаж мережива, займалась спортом. Крім того, вона ще замолоду відчула впадіння до таксидермії й до глибокої старості з натхненням виготовляла опудала різних тварин і птахів, примовляючи при цьому, що з неї міг би вийти видатний хірург. Пацієнтка й досі з огидою та жахом згадує копирсання матері в тушах мертвих тварин, запах, яким була просякнута кухня, відразу до їжі, яку мати готувала тими самими руками, що виробляли опудала. Пацієнтка не мала близьких стосунків із матір'ю, визнає, що мати завжди дбала, щоб діти були доглянуті, ситі, добре вбрані, забезпечувала їм щоліта путівки в престижні табори відпочинку та на екскурсії, але все ж таки основну увагу приділяла роботі, своїм захопленням і хобі. Тому діти дуже швидко навчались самі дбати про себе та намагались якнайшвидше покинути батьківський дім, щойно підросли. Пацієнтка констатує, що погано знала свою матір.

(2) Дитячі спогади пацієнтки сповнені образи передусім на матір через те, що та примушувала їх багато працювати на городі, доглядати за худобою, не приділяла дітям достатньо емоційного тепла. Пригадує, як вони годинами грались на смітнику, вишукуючи якісь скельця, і потім «продавали» їх одне одному, збирали в лісі гриби та ягоди. Із 2-місячного віку та до самої школи відвідувала дитячий садок, жодних цікавих спогадів про цей період не має. У школі завжди вчилася відмінно, захоплювалась художньою самодіяльністю: співала, танцювала, їздила з агітбригадою, грала в шкільному драматичному гуртку, улюбленою виставою була «Білосніжка та семеро гномів». Пригадує страшний випадок зі свого дитинства в 9-річному віці, коли під час поїздки в поїзді разом із матір'ю, сестрою та братом у їхньому купе розгорнулася затяжна кривава бійка з нанесенням важких поранень. Із цього часу пацієнтка не вносить вигляду крові. Також, коли пацієнтці було близько 10 років, вона впала з даху, і в неї на кілька днів відняло мову. Мати не зверталась до лікарів, і пацієнтка з докором додає, що від того часу стала часто умлівати.

(3) Після закінчення 10-річної школи як відмінниця отримала можливість вчителювати в молодших класах сільської школи в одній із середньоазійських республік СРСР. Без вагань погодилась. Однак, за рік розчарувалась у житті в кишлаку, відсутністю спілкування з людьми її віку та статусу, усе частіше почувала відчай, змішаний із люттям, особливо коли її шляхетні починання не отримували належного відгуку в оточуючих. Приїхавши додому у відпустку, не хотіла повертатись до Середньої Азії, влаштувалась на роботу в рідну школу піонервожатою. За рік була рекомендована на заочне навчання в педагогічний інститут. Вступивши в інститут, успішно навчалася в ньому. Всупереч порадам батьків, покинула рідну школу й батьківську домівку та влаштувалась, паралельно з навчанням, позмінно працювати на заводі в тому ж містечку, де був інститут. Стомлювалась, зовсім не мала вільного часу, але вперто відмовлялась від допомоги батьків, намагаючись усе робити самотужки. Через три роки в пацієнтки почалися сильні головні болі, батько дізнався

про це від доньчиних сусідок по гуртожитку й повів її на обстеження в обласну клініку. Там їй порадили залишити навчання (було запідозрено церебральний арахноїдит і венозний застій у судинах мозку). Ухопилася за слова лікаря, що це може бути пов'язано з нелікованою травмою голови в дитинстві, знову спалахнула напівзабута образа на матір за те, що не лікувала її після падіння з даху. Без особливого жалю покинула інститут («здоров'я важливіше»). Головні болі минули незабаром самі собою без особливого лікування.

(4) Невдовзі вступила до медичного училища в тому ж райцентрі. Навчання давалось напручуд легко, окрім навчання нічим не займалась: не працювала, ні з ким не зустрічалась, намагалась не перевтомлюватись, однак часто мала запаморочення, умлівала, особливо в задушливих приміщеннях та в спеку. Із цього приводу зверталась до лікарів, її заспокоїли: «Вийдеш заміж – і все минеться». До цього часу пацієнтка не мала хлопця, хоча й була досить популярною під час навчання в школі, листувалась з однокласником, який пішов до армії та звідти написав їй лист. Поставила йому умову, що вийде за нього заміж, якщо він вступить до вищого навчального закладу. Після училища, пропрацювавши близько трьох місяців медсестрою в середньоазійському кишпаку, вийшла заміж за свого колишнього однокласника та переїхала до Києва, де він на той час уже навчався у вищому навчальному закладі. Самостійно «вибила» для них із чоловіком кімнату в гуртожитку, влаштувалась на роботу лаборантом на станцію переливання крові. Після закінчення чоловіком інституту переїхала разом із ним до середньоазійської республіки за його місцем роботи. Переїхавши, вирішила відтепер будувати своє власне, цілком самостійне сімейне життя. Першим кроком для цього була зміна імені з того, яким її називали в материнській сім'ї, на те, яке записав їй у метриці батько. 25 років подружжя прожило в столиці республіки. Період життя там пацієнтка згадує як найщасливіший у житті. Спершу було важко: жили в поганих умовах у гуртожитку, чоловік працював на воєнному заводі, вона – фельдшером на тому ж заводі. Невдовзі сім'я отримала від заводу 4-кімнатну квартиру. Відразу після переїзду до нової квартири перевелась працювати медсестрою в школі поряд із домом. У сім'ї народилось троє дітей: син і дві доньки з різницею у віці 3–4 роки. Пацієнтка пишається тим, що їм ніхто не допомагав, вони з чоловіком самі досягли добробуту. Особливо наголошує, що сама виховувала дітей, не гребувала будь-якими додатковими роботами заради заробітку, вважає, що порівняно з нею в чоловіка було легке життя: він працював інженером з обчислювальної техніки, багато часу віддавав своїм уподобанням (теніс, машина). Пацієнтка охоче та багатослівно розповідає, що завжди всім допомагала: писала віршики для свят у дитячому садку та школі, куди ходили її діти, доглядала сусідських дітей, допомагала знайомим і сусідам вирішувати побутові та особисті проблеми, іноді навіть ризикуючи потрапити під кримінальну відповідальність (влаштувала нелегальні аборти своїм знайомим), ворожила всім охочим. Проте, уже тоді помітила, що, намагаючись робити добре, часто досягала протилежного результату: жінка, якій вона допомогла зробити аборт і якою дуже опікувалась, почала пити й померла від алкогольного отруєння; коли ворожила, часто пророкувала всілякі неприємності, які зазвичай збувались, навіть припинила займатись ворожбою, «щоб не брати зайвого гріха на душу». Взагалі, ретроспективно оцінюючи минуле, вважає, що має пророчі здібності, особливо стосовно неприємностей.

(5) Після розпаду СРСР життя суттєво погіршало: чоловікові затримували зарплатню, а потім завод закрили, він почав заробляти таксуванням. У пацієнтки почались негаразди зі здоров'ям. Особливо погіршав стан тоді, коли в її подруги виявили рак молочної залози. Намацала й у себе яесь незрозуміле неолучне ущільнення, виник острах, що в неї також рак. Звернулася до лікарів, пройшла всі необхідні обстеження, і хоча діагноз не підтвер-

дився, повного заспокоєння не почувала: вирішила «про всяк випадок» «купити» собі групу інвалідності з остеохондрозу. Отримавши інвалідність, покинула роботу медсестри, підробляла, роблячи ін'єкції на дому та випікаючи солодоці на продаж. Побоювання про можливе захворювання згодом пройшли «самі по собі». У цей же час погіршилися стосунки з підростаючими дітьми: не дозволила синові поступати у військово-медичну академію в іншому місті, незважаючи на наявність у цьому виші родинних зв'язків; влаштувала його навчання в місцевому університеті, оженила його на доньці своєї подруги. Деякий час син корився життю, облаштованому матір'ю, а одного разу кинув навчання та сім'ю й поїхав у Росію займатись бізнесом, незважаючи на докори та перестороги матері. Тоді, бажаючи зберегти з сином добрі стосунки, вона купила йому диплом про вищу освіту, машину, що дозволило синові зайняти гідне місце в бізнесовій структурі. Коли старша донька пацієнтки стала зустрічатись із хлопцями, мати почала сварити її за розпусний спосіб життя, погану компанію, постійно підозрювала у вживанні наркотиків. Врешті-решт донька втекла з перманентного конфлікту з матір'ю, вийшовши заміж за першого-ліпшого. Мати була задоволена, бо вважала невдале заміжжя кращим за розпусту. Стосунки з молодшою дочкою зіпсувались, коли тій було 12 років. У дочки була собака, якою їй подарували на день народження. Незважаючи на те, що пацієнтка годувала собаку, доглядала за ним, той визнавав лише молодшу доньку. Одного разу, коли собака вишкірився та загарчав на пацієнтку, вона пригадала, як по сусідству пес загризав хазяйку, у пам'яті блискавично промайнули перелякани обличчя чоловіка та дітей тієї господині. Ні з ким не порадившись, таємно від дітей віддала собаку сусідам-корейцям. Побачивши горе молодшої доньки, схамулась, не могла спати цілу ніч, відчувала, що вчинила «щось недобре». Зранку побігла до корейців, але собаку вже з'їли. Стосунки з молодшою донькою після цього стали прохолодними.

(6) У зв'язку з наростанням націоналістичних настроїв та етнічних конфліктів у Середній Азії в чоловіка пацієнтки виникла думка щодо переїзду сім'ї до Росії. Вирішив виїхати з іншими росіянами до Росії, щоб побудувати там будинок, для чого були потрібні гроші. Пацієнтка була переконана, що в чоловіка нічого не вийде, «бо він бовдур і ледар», але дозволила продати гараж, віддала йому частину заощаджень, аби лише довести йому, що нічого з цього не вийде. Чоловік повернувся за 8 місяців, змінившись як зовні, так і по відношенню до неї: став огряднішим, байдужим до неї, впертим, нехтував її порадами. У часі це збіглося з припиненням менструального циклу в пацієнтки (45 років), що суттєво на її самопочутті не позначилось. Невдовзі, не порадившись із нею, чоловік продав авто, взяв вантажівку цибулі на продаж і знову зник на півроку. Була впевнена, що він їй зраджує, до того ж серед знайомих поширювались чутки, що він завів собі в Росії нову сім'ю. Пацієнтка й досі переконана в цьому, хоча доказів не має. Ображена таким ставленням чоловіка до себе, вирішила вперше в житті зрадити йому: мала кілька інтимних зв'язків, знов відчула себе привабливою та бажаною. Невдовзі, однак, почала перейматись докорами сумління, пішла до сповіді, припинила зв'язок із коханцем, хоча тепер, згадуючи минуле, жалкує про це.

(7) Коли чоловік повернувся втретє без грошей і без втішних новин щодо будинку, пацієнтка вкотре переконаталась, що мала рацію. Вирішила, однак, від'їжджати з Середньої Азії ще й задля того, щоб врятувати старшу доньку від поганої компанії, з якою та зв'язалась, розлучившись із чоловіком. Коли пацієнтка продавала улюблену, обжиту квартиру, їй ніби внутрішній голос сказав: «Востаннє бачиш дітей веселими та життєрадісними». Продала, однак, квартиру, повернула борги чоловіка, і сім'я переїхала в центральну Росію, де жили батьки

синової другої дружини. Оселились у будинку, де раніше було вбито цілу сім'ю, що на той момент пацієнтку не збентежило. Звички найближчого оточення, яке складалось із свідків Ісгови, викликали в пацієнтки побоювання, вирішила, що їх збираються пограбувати, а то й вбити за те, що вона не хотіла приставати на цю віру. Написала лист матері про свої підозри та передала його з okazjiю до сина в місто. Невдовзі виникла підозра, що зміст листа відомий членам секти, усі дивляться на неї якимось насмішкливо та зневажливо. Вирішила негайно поїхати до сина, по дорозі зустріла члена секти, який натякнув їй, що вона помре страшною смертю. Діставшись цього міста, розповіла синові про свої підозри, що спонукало його звернутись до лікаря, і невдовзі пацієнтку госпіталізували до психіатричної лікарні з діагнозом «гострий маячний розлад» (тривалість госпіталізації 3 тижні). За два тижні, коли пацієнтка перебувала ще в лікарні, її син заснув за кермом і загинув в автокатастрофі. Дізнавшись про це, його дружина перервала вагітність.

(8) Після виписки з лікарні пацієнтка відмовляється надалі жити в колишньому місці проживання, спішно продає будинок і переїжджає разом із сім'єю до себе на батьківщину, де в батьківському домі живуть мати й молодший брат, колишній кадровий офіцер, який відсидів 7 років за неумисне вбивство. Пацієнтка часто свариться з братом через його нездалий спосіб життя, зловживання алкоголем, через те, що він не бачить, як «котиться в прірву». Додатковим приводом для суперечок було право на володіння батьківським домом. Врешті чоловік пацієнтки, стомившись від сварок, запропонував переїхати до міста, де жив його брат, і вона пристала на цю пропозицію. Сім'я знову переїжджає, а згодом пацієнтка дізнається, що її брат вчинив самогубство та в передсмертній записці звинувачував у цьому її.

(9) У новому місті пацієнтка зволікала з купівлею житла, сподіваячись на кращий варіант, і дочекалась значного підвищення цін на нерухомість. Стало зрозуміло, що наявних грошей не вистачить на купівлю бодай якогось житла, пацієнтка відчула, що її життя розсипається, неначе картковий будиночок, і вона сама в цьому винна. Побоювалася, що її діти потраплять у рабство, чула внутрішній голос: «Тут втрачати ти і дітей своїх, і їхнього батька». Стосунки в сім'ї остаточно розладнуються, сім'я живе в матеріальній скруті, грошей, які заробляє чоловік, працюючи водієм маршрутної таксі, вистачає на те, щоб знімати однокімнатну квартиру в приміській зоні та задовольняти елементарні потреби. Одразу після переїзду до нового міста доньки покинули батьківську сім'ю та влаштували особисте життя (старша втретє вийшла заміж, одразу народила дитину, зараз чекає на другу, її чоловік будує житло для пацієнтки та її чоловіка, молодша живе в громадянському шлюбі з успішним бізнесменом, живе розкішним життям, стосунки з батьками не підтримує). Саме тоді пацієнтка, вирішивши, що є винною в тому, що не запобігла бідам своєї сім'ї, хоча могла все передбачити та попередити, вперше вдається до спроби самогубства (ріже вени на руках) і потрапляє до психіатричної лікарні. Із того часу неодноразово лікувалась стаціонарно, загалом із 6 років половину провела в психіатричній лікарні. Протягом перших двох років ще неодноразово намагалась вчинити самогубство, перебуваючи в лікарні (розбила вікна та намагалась різати вени шматком скла, двічі накопичувала нейролептики й випивала одразу величезну дозу). Одного разу повідомила лікуючого лікаря, що якщо Бог не бажає її смерті, вона більше не чинитиме самогубства, і з того часу дотримується своєї обіцянки. Поведінка в стаціонарі нестабільна, відмічаються емоційні перепади впродовж дня. Контактує лише з тими хворими, які до неї дослухаються й не суперечать. Серед персоналу вважається досить непередбачуваною, більш-менш стає позитивне ставлення проявляє лише до лікуючого лікаря – завідувачки відділення.

(10) До терапії резистентна, приймала майже всі конвенційні антидепресанти без відчутного ефекту. Деяке поліпшення спостерігалось лише на фоні схеми: коаксил 12,5 мг два рази на день (зранку та в обід); санапакс 25 мг три рази на день; клоназепам 2 мг на ніч.

Психічний стан. Пацієнтка виглядає старшою за свій вік, середнього зросту, міцної статури, огрядна, неквапна в рухах, намагається триматись прямо. На обличчі змішаний вираз страждання та рішучості. Без ентузіазму погоджується на розмову, хоча перед тим сама підходила до лікаря із скаргами та запитаннями. Спочатку контакт формальний, коротко відповідає на запитання, неодноразово повторює, що ніхто їй насправді не допоможе. Орієнтована в часі, місці перебування та власній особі. Голос тихий, слабко модульований, час від часу тяжко зігхає. Розповідаючи про себе, акцентує на тому, як завжди вміла протистояти негараздам, сама будувала своє життя й життя своїх близьких. Розповідає про це з гордістю, розправляє плечі, очікує схвалення. Про свого чоловіка розповідає так, ніби він – мала несамотійна дитина, звинувачує себе в тому, що погодилась на його від'їзд до Росії, хоча й знала наперед, що з цього нічого не вийде. Найбільше засмучена тим, що втратила контроль над своїм життям, і тепер від неї мало що залежить. У спогадах про минулі події звучать фрагментарні маячні ідеї пересекторного змісту: досі майже впевнена, що сусіди-сектанти хотіли знищити її сім'ю, пояснює, чому вони хотіли так зробити, не має, у маяченні переважає афективний компонент, будь-яка логічна проробка відсутня. В інший момент сумнівається, чи насправді все було саме так, каже, що «там було щось «нечисто», «можливо, то була кара небесна за мої гріхи».

На момент бесіди актуальними є ідеї самозвинувачення: «Як я могла так помилятися...», «Чому я цього не передбачила...», «Чому я не послухалась своєї інтуїції...». У більшості її висловів поєднується прагнення визнання своєї непересічності, самозвинувачення та бажання все довкола тримати під контролем: «Жодна людина не наробила стільки зла, як я!», «Я горітиму в пеклі!», «Раніше я скеровувала сім'ю і усе було гаразд!», «Слід узяти себе в руки – таблетки цьому не зарадять», «Соромно спілкуватись із людьми, тому що я в такій лікарні», «Я не вмію ані сміятись, ані плакати...». Впевнена в тому, що сама зруйнувала своє життя, і ніхто їй не може допомогти. Часто повертається до розповідей про своє «щасливе життя в минулому», каже, що «там залишилося все найкраще».

Реальні трагічні події особистого життя, як-то: загибель сина, самогубство брата – в ідеях самозвинувачення не звучать, здається, афективне опрацювання цих переживань повністю відсутнє. Розповідаючи про теперішню ситуацію у своїй родині, фокусується на повній неспроможності чоловіка подбати про себе («мушу ходити у вихідні з лікарні готувати йому їжу на тиждень»), хиткому становищі доньок, які живуть своїм життям, незважаючи на її застереження та заборони. Зауваження та спроби корегувати її судження, на перший погляд, сприймає, навіть погоджується з ними, проте, протягом подальшої бесіди приводить їх неспроможність або відверто зневажає ними. Критика переважно формальна.

Інтелект відповідає життєвому досвіду та освітньому рівню, пам'ять без суттєвих порушень. Діагноз: F33.10 Рекурентний депресивний розлад, наявний епізод помірної важкості (без соматичних симптомів).

Психоаналітичне дослідження психічного стану пацієнтки та його динаміка під впливом інтервенцій. Моє знайомство з пацієнткою відбулось дещо завчасно. Коли я попередньо спілкувався з її лікуючим лікарем, до кабінету увійшла жінка похилого віку та поклала перед лікарем на стіл кілька фотографій зі словами: «От подивіться, якою я була і якою стала». На світлинах була гарна, усміхнена, доглянута жінка в розквіті сил, а переді мною стояла огрядна бабця, у якій, лише напруживши уяву,

можна було знайти ознаки колишньої краси. «Такою я була якихось п'ять років тому, – продовжує вона і додає з почуттям гордості, – а ось моя квартира в столиці...». Пацієнтка починає докладно розповідати, що зображено на світлинах, але лікар перериває її та знайомить зі мною. Пацієнтка покійно погоджується на бесіду зі мною, але потім, ідучи до мого столу важкою неквапливою ходою, кидає: «До чого всі ці розмови, мені нічого не допоможе. Я мушу сама взяти себе в руки, а таблетки й розмови тут ні до чого!» Вона сідає напроти мене, спершись ліктями на стіл і поклавши підборіддя на складені пальці, пильно розглядає мене. Хоча загалом її обличчя виглядає засмученим, але на перший план виходить рішучість прийняти будь-які випробування долі. Вона досить акуратно вбрана, зачесана, але виглядає так, що вбрання та зачіска займають у неї мінімум часу та сил і загалом мало її цікавлять.

Я прошу її розповісти про себе, і вона знов починає із згадуваних уже фотографій. Перше, що вона розповідає, – це історія з собакою молодшої доньки, каже, що з того часу ненавидить собак і навіть цього слова чути не може. Далі вона монотонно та з байдужим виразом обличчя переповідає найбільш трагічні моменти свого життя, констатуючи таким самим байдужим тоном: «Скоріше би вмерти, але Бог не дає мені легкої смерті – я довго страждатиму й помру в муках». Її оповіді про життєві трагедії та негаразди є настільки нестерпними, що я закінчую бесіду вже за півгодини. Вона, не ремствуючи, підводиться та збирається виходити, але почувши, що ми продовжимо завтра, здивовано зупиняється: «Хіба не зрозуміло, що я сама в усьому винна?».

Так само важкими були наступні три бесіди: вона короткими рубаними фразами оповідала про те, як добре було колись і як погано тепер. Змінювались лише акценти щодо фатальної помилки, якої вона припустилась: якщо в першій бесіді це був епізод із собакою молодшої доньки, то надалі послідовно – порятунок старшої доньки від поганої компанії, згода на виїзд чоловіка до Росії, продаж квартири в столиці. У будь-якому разі лейтмотив залишається тим самим: один необачний крок з її боку – і ціле життя непоправно зруйноване. Із цієї теми самозвинувачення її не відволікають ані мої спроби звернути увагу на її позитивні риси, ані моя співчутливість і емоційна залученість.

Деякі зміни відбулись, починаючи з п'ятої зустрічі. Акценти змістились на нездалого чоловіка, який нічого не зробив для добробуту родини, є ледачим і неспроможним подбати про сім'ю. Ремствує, що помилилась, обираючи чоловіка, що завжди доводилось думати за двох, і навіть тепер, перебуваючи на стаціонарі, змушена щотижня приходити додому, щоб прибрати та приготувати їжі на тиждень. Поступово вона стає м'якшою в розмовах, посміхається, здається, вислуховує мої коментарі. Одного разу вона весело каже, що їй дуже подобається моє ім'я, жалкує, що не назвала так свого сина. При цьому стає очевидним, наскільки малозначимою для неї є реальність цієї втрати і наскільки неприйнятною для неї є моя автономність.

Після восьмої зустрічі їй починають снитись досить живі та цікаві сни, переважно пов'язані з подіями дитинства, молодості, однак, вона завжди намагається ув'язати їх із нагальною конкретикою теперішнього життя. Наприклад, переповідаючи сон про те, як вона з друзями дитинства збирає на городі стиглі помідори, відчуває їх запах, закінчується констатацією: напевне, слід зварити чоловікові борщ. Сон про прання маленьких дитячих речей асоціюється з необхідністю зробити вдома генеральне прибирання. Сон про те, як вона в шкільному віці тікає від свого майбутнього чоловіка та цілується з іншим своїм однокласником, є для неї підтвердженням того, що вона обрала не того чоловіка. У цьому специфічному, конкретистичному розумінні сновидіння неприкрито проявляється слабкість символічного опрацювання переживань, нездатність пацієнтки залишити без свідомого контролю

продукцію власної психіки / скористатися своїми природними резервами / побачити в житті нову перспективу.

Згодом (з 10-ї зустрічі) цей контролюючо-знецінювальний патерн поведінки зі своїм найближчим оточенням / природними, але їй не підконтрольними функціями власної психіки, розповсюджується і на нашу з нею взаємодію: пацієнтка дослухається до моїх інтерпретацій, досить емоційно на них реагує: посміхається, іноді навіть сміється або тихо плаче, але потім робить раптовий несподіваний висновок, який зовсім не включає моїх інтервенцій. Після розмов із нею я відчуваю роздратованим, ображеним та виснаженим.

Наступні зустрічі (12-ту, 13-ту та 14-ту) вона починала словами: «О, знов прийшли мене мордувати?», не приховуючи, однак, задоволеної посмішки. Лікуючий лікар відмічає суттєве покращення стану пацієнтки – вона жваво поводить у відділі, стала менше ремствувати, набридати своїми повчальними розповідями молодшому персоналу та іншим хворим, надає перевагу грі з ними в карти. Ніби паралельно цим змінам у поведінці хворої, у мене починає наростати дивне враження, що я зіткнувся з якоюсь, досі невідомою мені формою життя / кристалізується суб'єктивне почуття неможливості емоційного контакту з даною пацієнткою / моєї неспроможності їй допомогти.

Знаючи, що це остання наша зустріч (14-та), вона мені переповідає сновидіння, однак, без своїх звичних резюме: «*Батьки, граючись із нею, підкидають її вгору та забувають уніяти, вона так і залишається висіти в повітрі*». Далі вона говорить про матір, яка деколи цілими ночами копирсалася з тושками тварин, а вранці, годуючи дітей, хвалилася своїми «хірургічними» здібностями, а її (хвору) вертало від запаху крові в кухні, вигляду материнських рук. Потім шкодує, що не пішла материнськими стопами й не стала вчителькою, як це зробила старша сестра: «... тоді все життя задалось би інакше!.. Але мати сама винна, бо якби вона мене відвела до лікаря після того, як я впала зі стріхи, у мене не боліла би голова, і я не покинула би педагогічний інститут!». Після паузи розмірковує про свої плани на вихідні: планує зготувати на наступний тиждень їжі для чоловіка, а також піде до старшої доньки погратися з онуком: «Покатаю його на своїй шії (побуду його іграшковим конником) або почитаю йому казки – ще точно не вирішила». Раптом вона самостійно перериває нашу розмову, посилаючись на те, що зараз у відділі починається обід. Вона підводиться та неквапливо йде з ординаторської, усім своїм виглядом демонструючи, що останнє слово залишається за нею.

Деякі узагальнення спостережень. Майже всі оповіді пацієнтки про себе та своє життя можна поєднати в кілька змістових кластерів:

- 1) звинувачення себе в усіх бідах родини з основним лейтмотивом «Як я могла так помилитись?»;
- 2) думка про те, що вона притягує усілякі нещастя;
- 3) ремствування, що чоловік є ледарем і бовдуром;
- 4) докори родичам і батькам (особливо матері).

Слід зазначити, що спочатку в наших бесідах домінували перших два кластери, а надалі переважати стали два останні. До того ж звертало на себе увагу особливе ставлення пацієнтки до питання їжі, практично кожна бесіда не обходила цю тему: готування матер'ю їжі руками, що робили опудала; пацієнтка з 1-го класу вчилася готувати в сусідки-німкені, періодично працювала кухарем, випікала солодоці на продаж; корейці з'їли собаку її доньки; вважає, що чоловік забагато їсть і ніколи з нею не ділитися, тощо.

Клініко-психологічне дослідження показало ригідність особистісних установок, егоцентризм, значний рівень коливання самооцінки, низьку фрустраційну толерантність. Високі показники загальні і з окремих шкал опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R: загальний показник – 1,49; соматизація – 0,83, обесивність-компульсивність – 1,4; міжособистісна

тривожність (інтровертованість) – 1,78; депресія – 1,7; тривожність – 1,9; ворожість – 0,5; фобія – 1,3; параноїальні тенденції – 1,3; психотизм – 1,1. Дані з наведених шкал переважно відповідають нормативним балам стаціонарних психічнохворих, окрім соматизації (відповідає нормативним балам амбулаторних психічнохворих) і ворожості (незначно вище норми); досить високі показники додаткових пунктів порушень сну та почуття провини. Показник Торонтської алекситимічної шкали (ТАШ)=80 (алекситимічний тип особистості за цією методикою відповідає 74 балам і вище), переважання особистісної тривожності над ситуаційною за методикою Спілбергера–Ханіна, рівень депресії за шкалою Гамільтона до початку психоаналітичних інтервенцій визначався 27 балами (на фоні антидепресивної медикаментозної терапії), після проведення 12 сеансів психоаналітичної терапії знизився до 15 балів (що відповідає легкому депресивному розладу), превалюючі психоаналітичні захисти за методикою Келермана-Плутчека-Конте: проєкція, заперечення, гіперкомпенсація. За результатами методики діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі характерні загалом вищі оцінки за активними шкалами: високий ступінь за шкалами авторитарності (12 балів), ригідності (10 балів), егоїзму (9 балів); помірний ступінь вираженості за шкалою підозрливості (8 балів), поступливості (6 балів), конформізму (7 балів); низька вираженість за реактивними шкалами залежності (3 бали) і чуйності (3 бали). Інтегральні фактори домінування та доброзичливості складають відповідно +6,7 та -10,7.

Розбір випадку. Психопатологічний розбір. Стан пацієнтки на момент огляду відповідає класичним описам інволюційної депресії. Про це свідчать:

1. Особливості феноменології:

- а) тривожно-депресивний настрій як базовий симптом;
- б) представленість ідей самозвинувачення та гріховності;
- в) відсутність характерної для класичної меланхолії ідеаторної та вольової загальмованості;
- г) відсутність добового ритму проявів хвороби;
- д) лабільність афективних проявів залежно від зовнішньої ситуації;
- е) невелика глибина депресивного афекту;
- є) вкраплення в структуру розладу маячних ідей персекуторного змісту;
- ж) забарвленість маячних ідей відтінком величчя.

2. Закономірності розвитку та перебігу:

- а) розвиток у інволюційному віці;
- б) відсутність фазності чи прогресивності розладу;
- в) тенденція до затяжного перебігу.

3. Особливість поведінки в стаціонарі:

- а) характерна поведінка: нарікання на плачевність свого стану співіснують із відмовою від пропонованої допомоги;
- б) претензійно-егоцентрична поведінка в стосунках з іншими пацієнтами;
- в) нестабільна поведінка в стаціонарі.

З анамнестичних даних нам також відомо, що психопатологічні розлади в доінволюційному періоді манифестували у формі іпохондрично-фобічної реакції на фоні змін життєвого устрою через соціальні негаразди в країні проживання та повідомлення про ракове захворювання подруги. У цій реакції превалював ідеаторний компонент, що наближає її до феномена «настирливої іпохондрії». Ця реакція не призводить до розгортання клінічно сформованого іпохондричного розладу, адже превалювання ідеаторного компонента разом із подальшою раціонально-прагматичною переробкою цього переживання пацієнткою (вона «купляє» собі «про всяк випадок» групу інвалідності, після чого заспокоюється) загалом вписується в поведінковий стиль пацієнтки, а тому може розглядатися в якості гомонимної, психогенно обумовленої невротичної

реакції. На користь такого розуміння свідчить також спонтанна редукція симптоматики.

Другим спалахом передвісників майбутньої психотичної декомпенсації можна вважати фобічну реакцію на гарчання дончиного собаки, коли в спогадах пацієнтки блискучо промайнули перелякані обличчя чоловіка та дітей загризеної псом сусідки. У цьому переживанні превалює образне уявлення, близьке за своєю структурою до феномена «контрастних обсецій», яке значно глибше зачіпає пацієнтку. Вона намагається якомога швидше «вилучити» зі свого життя «джерело» переживань, що її лякають, коли, не порадившись ні з ким, відає собаку корейцям «на м'ясо». Проте, вона не заспокоюється, з'являються амбівалентні переживання, про які можна судити з її подальшої поведінки: *побачивши горе молодшої доньки, схаменулась, не могла спати цілу ніч, відчувала, що вчинила «щось недобре», зранку побігла до корейців, але собаку вже з'їли.* Це переживання не вписується в малоемоційний розраховано-прагматичний стиль поведінки пацієнтки, а тому може вважатися гетерономною особистісною реакцією. Реакцією воно є тому, що був реальний привід для переляку, проте, враховуючи неадекватність амплітуди та глибини емоційної відповіді на нього, можна говорити, що в цій реакції присутній ендогенний момент, або реальна ситуація «зачепила» суб'єктивно значиме «ключове переживання» (Kretschmer, 1927) пацієнтки. Однак, цей фобічний епізод також не розвивається в клінічно розгорнутий психічний розлад. Хоча, з іншого боку, виходячи з розказаної пацієнткою її історії захворювання, саме з цього моменту життя остаточно виходить з-під її контролю (що в часі збігається також із заступленням менопаузи).

Наступний спалах психопатологічної симптоматики відбувається у формі класичного параноїдного приступу з гострим чуттєвим маяченням та розладами сприйняття на висоті афекту. Цей приступ розвивається після тривалої психотравмуючої ситуації, пов'язаної з погіршенням стосунків із чоловіком, його тривалою відсутністю, конфліктними стосунками з дітьми та радикальною зміною соціального середовища існування, після переїзду сім'ї в Росію. Вказані передумови виникнення розладу ставлять його в серединну позицію між жислінівським «параноїдом зовнішньої ситуації» (Жислін, 1975) та інволюційним параноїдом (Краєрелін, 1904), коли для першого характерний виражений афект страху в умовах незвичної та незнайомої ситуації, а для другого – тривала конфронтація з психотравмуючою ситуацією. Для першого типовим є розвиток гострого чуттєвого маячення персекуторного змісту з відчуттям екзистенційної небезпеки, для другого – маячення збитків «малого розмаху» (Zajisek, 2018). І в першому, і в другому випадку маячення спрямоване проти конкретних людей із найближчого оточення хворого (*згадаймо, у пацієнтки виникають побоювання, що сусіди-свідки Ієгови збираються їх пограбувати, а то й убити за те, що вона не хотіла приставати на цю віру; вона пише лист матері про свої підозри та передає його з okazji до сина в його місто; далі виникає підозра, що зміст листа відомий членам секти – усі дивляться на неї якось насмішувато та зневажливо*). І перший, і другий розлад розвивається на «патологічно зміненому ґрунті» (Жислін, 1975) та відноситься до патологічних станів, у патогенезі яких однаковою мірою беруть участь як соматогенні (менопауза), так і психогенні (ситуація в сім'ї, переїзд на нове та незнайоме місце проживання) чинники. У цьому розладі превалює кататимна складова – афект екзистенційного страху, яка дуже віддалена від життєвого стилю «холодного розрахунку» даної пацієнтки, і яка глибоко її декомпенсує. Цей розлад є клінічно розгорнутим і завершується госпіталізацією в психіатричну клініку.

Від параноїдного до першої манифестації клінічно розгорнутого депресивного розладу є проміжок часу в 6 місяців. Така динаміка може розумітися по-різному: напри-

клад, як депресивне опрацювання афективно-маячного приступу або як глибока дезадаптація в результаті надмірних катастрофічних стресів, адже протягом цих 6 місяців пацієнтка ще двічі змінює місце проживання (спочатку переїжджає в батьківську хату, а потім – до нового міста), а в її житті стаються реальні травматичні події – загибель сина, самогубство брата, втрата матеріального статусу, кожна з яких могла би стати причиною психічної дезадаптації будь-якої людини.

Отже, виходячи з вищесказаного, ми маємо два вектори роздумів:

1) наростання глибини психопатологічної симптоматики: від першої іпохондрично-фобічної реакції (у пременопаузі) через спалах «контрастної обсесії» (у періменопаузі) та короткотривалий розгорнутий параноїчний напад до зтяжної та терапевтично резистентної інволюційної депресії (у постменопаузі) – може свідчити на користь «ендогенності» психічного розладу;

2) накопичення в короткому проміжку життя психотравмуючих переживань: від соціальних потрясінь через сімейні проблеми до реальних трагічних подій: загибель сина, самогубство брата, втрата матеріального благополуччя – може свідчити на користь «психогенності» психічного розладу.

Нарешті, ще один вектор роздумів міг би стосуватися соматичного стану пацієнтки, адже захворювання маніфестувало в інволюційному віці, а звідси – вагомість фізіологічної складової не повинна викликати сумніву. Проте, ретельне неврологічне обстеження хворої не виявило розладів ЦНС чи периферичної нервової системи, які могли би послугувати причиною її психічного стану. Так само і з боку інших органів і систем було виявлено лише клінічні ознаки хронічного гастриту та холециститу, а отже, підстав думати, що розлади психіки визначаються соматичним станом пацієнтки, немає.

Так само можна навести і контраргументи проти двох вищезгаданих точок зору:

1) проти вектора «ендогенності» говорять особливості феноменології та перебігу наявного депресивного: у першу чергу, це лабільність афективних проявів залежно від зовнішньої ситуації, а також відсутність фазності чи прогредієнтності розладу (розлад лишається практично незмінним впродовж багатьох років); у другу чергу, це відсутність характерної для класичної меланхолії ідеаторної та вольової загальмованості, відсутність добового ритму проявів хвороби, невелика глибина депресивного афекту;

2) проти вектора «психогенності» говорять «невиконання» всіх критеріїв тріади К. Ясперса – розладу притаманний зтяжний перебіг, а психотравмуючі моменти лише опосередковано відображаються в змісті психопатологічної симптоматики.

Задля того, щоб аргументувати останню тезу, я хотів би звернути увагу на деякі психопатологічні особливості актуального психічного стану пацієнтки: у її депресивних переживаннях звучать головним чином самозвинувачення та скарги на відчуття, що вона божеволіє, втрачає контроль над своїм життям, у контексті яких можна розчутити і сум за втраченим добробутом. У той час, як реальні втрати близьких людей, як-то: загибель сина, самогубство брата – залишаються «німими», здається, афективне опрацювання цих переживань повністю відсутнє. Даний прояв близький до феномена «емоційної анестезії» (Van der Kolk, Pelcovitz & Roth, 1996), що дозволяє говорити про дисоціативне опрацювання вказаних подій. Ми маємо можливість спостерігати результат цього процесу, який проявляється в певному звуженні свідомості та селективній амнезії, коли хвора, з одного боку, знаходиться у своєму «щасливому минулому», а з іншого – частково усвідомлює трагічну реальність. (Найбільш рельєфно цей феномен проявляється під час обстеження, коли хвора говорить мені, що хотіла би назвати свого сина моїм ім'ям). Подібне патологічне запе-

речення може виявляти неабияку стійкість та супроводжується проявами «дисоціативного відчуження» (Никишова, 1930), що, зокрема, проявляється у втраті інтересу до свого життя. У класичних описах інволюційних психозів Е. Крепеліна (Kraepelin, 1903; Kraepelin, 1904, Снежневський, 1983) ці феномени розглядаються в якості «істероформних».

Беручи до уваги наведені вище аргументи, необхідно визнати, що в психічному розладі пацієнтки одночасно присутні ознаки як ендогенного, так і реактивного розладу, який розвивається на фоні змін фізіологічного функціонування організму в результаті інволюції. Звідси наявна депресивна симптоматика з психопатологічної точки зору є типовим «ендореактивним розладом» – розладом змішаної етіології: ендогенної, психогенної та соматогенної, коли клінічно неможливо визначити, який із даних етіологічних факторів є провідним.

Саме тому постає актуальність детального дослідження «особистісного ґрунту» пацієнтки, адже психологічною (психіатричною) категорією, яка об'єднує в собі ендогенний (вроджений / генетично обумовлений / закладений природою) та психогенний (обумовлений впливами оточуючого середовища / історією життя людини) фактори та є безпосереднім результатом їхньої тісної взаємодії, є **особистість**, у якій гармонійно (або дисгармонійно) поєднується індивідуальне та загальне (Jaspers, 1997).

Із клінічної точки зору ми маємо ряд суперечливих даних щодо особистісної структури цих пацієнтів:

– малоемоційний раціонально-прагматичний стиль життя пацієнтки, що співіснує з беззастережним втручанням у особисті справи своїх близьких та прагненням визнання, однаковою мірою несе в собі риси як експансивних шизоїдів (Kretschmer, 1930), так і гіпертимних особистостей за Ганнушкіним (Zajicek, 2018);

– на початку формування психічного розладу в інволюції присутні невротичні та особистісні реакції обсесивно-фобічного спектра;

– в актуальній клінічній картині депресивного розладу наявні елементи дисоціативного опрацювання переживань, які в науковій літературі розглядаються в якості істероформних.

Таким чином, йдучи шляхом психопатологічного аналізу, не вдається віднайти трансфеноменологічну складову в поведінці пацієнтки, що могла би об'єднати вищенаведені клінічні ознаки з точки зору структури особистості хворої / пов'язати структуру особистості з актуальним психічним розладом. Тому я звернувся до психоаналітичного дослідження, яке, використовуючи аналіз висловлювань, рефлексію стосунку з хворим під час обстеження, а також логічний метод абдукції (Loch, 1999), що уможливило припущення, дозволило глибше зрозуміти даний клінічний випадок, віднайти суб'єктивний лейтмотив поведінки хворої, а відтак і об'єднуючу складову, якої не вистачає, її життєвого стилю та психопатологічних проявів у інволюційному періоді життя.

Психодинамічний розбір. Оцінюючи вищеподаний клінічний випадок із психоаналітичних позицій, слід зауважити ряд моментів, які дозволяють нам більш рельєфно побачити особистісний аспект психотичного стану пацієнтки.

Серед *скарг*, типових для депресії (пригнічений настрій, внутрішній неспокій, недиференційовані соматичні скарги), звертають на себе увагу суб'єктивно найбільш значимі скарги на відчуття, що вона божеволіє, втрачає контроль над своїм життям.

Тепер проглянемо «по кроках» *анамнез життя* пацієнтки (задля цього абзаци анамнезу були пронумеровані).

В абзаці № 1 представлені спогади пацієнтки про своїх батьків, де можна розрізнити ідеалізований та слабко диференційований образ батька й набагато чіткіше прописаний, але психологічно віддалений образ матері. Риси, якими пацієнтка «наділяє» свою матір: емоційна

холодність і формальність у стосунках із дітьми, надмірна діяльність аж до екзальтованості, схильність до незвичайних уподобань (набивання опудал), багатогранність її інтересів (від театру до спорту), виказують сильні амбівалентні переживання, пов'язані з матір'ю: здається, пацієнтка одночасно нею захоплюється та злиться на неї. У свідомих висловлюваннях, однак, домінує афект образи на матір, що дозволяє припустити наявність у пацієнтки латентної заздрості до цього емоційно холодного та недоступного, але разом із тим захоплююче привабливого материнського об'єкта. Опосередкованим доказом такого розуміння є констатація хворої: «Я погано знала свою матір!», що дисонує з достатньо диференційованим образом матері в її спогадах.

Абзац № 2 присвячений спогадам дитинства, де звертає на себе увагу відсутність у пацієнтки та її сиблінгів сталих емоційних стосунків між собою та жодним із батьків (принаймні, так виглядає з розповіді хворої). Характерним є те, що загалом ці спогади досить скупі, переважно фіксовані на негативно заряджених драматичних епізодах, сповнених образи на матір. Ця констеляція емоційних переживань стосовно матері (захоплення – злоби, образи – заздрості), на мою думку, лежить в основі центрального несвідомого конфлікту пацієнтки, створюючи для неї певний «психологічний клімат» – неможливість ані ідентифікуватися з материнським об'єктом, ані відсепаруватися від нього. Навколо цього конфлікту надалі розгортається вся «життєва крива» пацієнтки.

У школі вона ніби «копіювала» уподобання матері: відмінно навчалася, захоплювалася художньою самодіяльністю: співала, танцювала, їздила з агітбригадою, грала в шкільному драматичному гуртку. Після закінчення школи (абзац № 3) вона також намагається торувати материнський шлях, коли йде вчителювати в школу, працює піонервожатою, вступає до педагогічного інституту, паралельно з навчанням працює на заводі. Можна припустити, що неможливість ідентифікуватися з матір'ю (з її звеличеним, всемогутнім образом) та активація пов'язаних переживань злоби та заздрості були частковою внутрішньою причиною для виникнення постійних головних болів та врешті-решт послугували причиною відмови від продовження закладеної матір'ю вчительської традиції.

Покинувши педагогічний інститут, пацієнтка, на перший погляд, перетворюється на активного творця власної долі (абзац № 4), вирішуючи її як у фаховому відношенні (самостійно поступила в медичне училище, де навчалася без жодних проблем), так і в стосунках (ставила умови майбутньому чоловікові та вийшла за нього лише тоді, коли він виконав усі її «завдання»). Однак, у такий спосіб вона й надалі залишається у «фарватері» ідентифікації з матір'ю: хірургом, який не відбувся, людиною, що своїми руками «творить життя». Тобто тут відбувається спроба ідентифікації з символічною всемогутньою матір'ю.

Ще глибше розглядаючи цей переламний момент долі пацієнтки (абзаци № 3–4), можна помітити дві точки тяжіння, у коливаннях між якими знаходиться пацієнтка: на рівні об'єктивної реальності – це коливання між батьківською домівкою (материнським крилом) та географічно віддаленим від неї місцем першої роботи, а потім місцем навчання та другої роботи. На рівні суб'єктивної реальності – це коливання між спробою ідентифікуватися з матір'ю, досягнувши тотожності з нею, і спробою відсепаруватися від матері, відкинувши її образ та знайшовши власний життєвий шлях. З анамнезу можна бачити, як пацієнтка кваліфіковано покидає батьківську домівку, одразу намагається стати вчителькою (без попередньої професійної освіти). При цьому її не лякає перспектива їхати в далекий незнайомий середньоазійський кишлак. Зіткнувшись там зі складними умовами дорослого життя, вона через рік повертається додому та влаштовується до рідної школи піонервожатою. Проте, вона не полишає бажання стати вчитель-

кою та через рік знову їде з дому, на цей раз вже навчатися в педагогічний інститут, а через три роки покидає це навчання. Описані коливання нагадують рух іграшки «йой-йой», що віддаляється, наближається та знову віддаляється від руки господаря. Така динаміка характерна для фази сепарації-індивідуалізації (підфаза возз'єднання) у теорії психічного розвитку Маргарет Малер (Mahler, 2018) і нагадує описання двох фаз теорії психічного розвитку Еріка Еріксона (Erikson, 1996): «автономність проти сорому й залежності» та «ідентичність проти дифузії ролей».

Такі самі коливання відбуваються на інтрапсихічному рівні: спочатку вона намагається повторити життєвий шлях матері, йдучи одразу після школи вчителювати. Вона пробує «одним рухом» перетворитися з учениці на вчительку / з дитини на дорослу / з доньки на власну матір. Треба припустити, що брак життєвого та професійного досвіду прирікає цю спробу на невдачу. Повернувшись у рідну школу на посаду піонервожатої, а потім поступивши в педагогічний інститут, пацієнтка отримує шанс здобути власний професійний досвід, шанс стати педагогом. Проте, суперечливість її стосунків із матір'ю провокує її зсередини на поквалітиві, гарячкові кроки: вона знову покидає батьківський дім і паралельно з навчанням у виші йде позмінно працювати на завод. Тут вона по суті повторно намагається уподібнитися із «зовнішніми проявами» багатогранної та всемогутньої матері. Очевидно, що позмінна робота на заводі та навчання у виші вимагають зовсім різного «режиму функціонування», різного ставлення до своєї діяльності. Спроба «вбити одним пострілом двох зайців» / поєднати погано поєднуване – завдання досить складне та енергоємне. Тому не дивно, що за три роки напружених зусиль у пацієнтки наступає зрив фізіологічної та психологічної адаптації, що проявляється в погіршенні фізичного здоров'я (церебральний арахноїдит), що можна розглядати в якості ймовірної соматоформної невротичної симптоматики, яка проявляється головними болями. На користь такого припущення виступає також факт спонтанної редукції вказаної симптоматики після того, як пацієнтка покинула навчання та роботу на заводі.

Можна також припустити, що в цей проміжок часу на суб'єктивному рівні пацієнтка пережила емоційну кризу, яка супроводжувалася когнітивним осмисленням зроблених досі самостійних кроків: із цього моменту вона стає більш виваженою та розсудливою. Відтепер вона не бере на себе зайвого – спокійно навчається в медучилищі та починає прагматично «будувати» своє життя. Проте, саме цей відтінок прагматичності, щоб не сказати «холодного розрахунку», із яким вона входить у подружнє життя та робить усі свої наступні кроки, говорить про те, що емоційне опрацювання попередньої невдалої спроби досягнути психічної незалежності від материнського об'єкта, що викликає амбівалентні почуття (шляхом повного уподібнення власної поведінки зовнішнім проявам материнського образу, як би це парадоксально не звучало), пройшло не дуже гладко. Здається, тепер пацієнтка змінює полюс своєї подібності до звеличеної всемогутньої матері із зовнішніх ознак на внутрішнє наповнення цього образу: вона стає всемогутнім «творцем свого життя».

Під цим «гаслом» можна зрозуміти всі події, описані в абзаці № 4. Найкраще це прослідковується в наступних формулюваннях: *вона пишеється тим, що їм ніхто не допомагає, вони з чоловіком самі досягли добробуту. Особливо наголошує, що сама виховувала дітей, не перебувала будь-якими додатковими роботами заради заробітку... охоче та багатослівно розповідає, що завжди всім допомагала: писала віршички для свят у дитячому садку та школі, куди ходили її діти, доглядала сусідських дітей...* (Практично такою самою діяльною та багатогранною вона описувала свою матір). Аспект її фантазійної всемогутності стає очевидним в організації ризикова-

них та кримінально переслідуваних нелегальних абортів, і ще рельєфнішим – у магічному мисленні та ворожінні: «Я давно помітила, що маю пророчі здібності!».

У її здатності помічати негативні наслідки власних дій добре розкривається психологічний захист розщеплення: на перший погляд вона сприймає неадекватність багатьох власних вчинків, але, пояснюючи їх своїми надприродними здібностями, заперечує її. Таку єдність сприйняття та заперечення сприйнятого Дж. Штайнер (Steiner, 1993) описує в якості «межової позиції», під якою він розуміє місце психічної схованки, що покликана пом'якшувати персекуторні та депресивні страхи, які травмують слабе Его. Він говорить, що цю «межову позицію» не слід змішувати з діагностичною категорією межового стану. Вона є елементом нормального психічного розвитку, проте, якщо постійно використовується та «костеніє», то перетворюється на патологічний психологічний захист. Використання «межової позиції» цією хворою, на мою думку, вступило в дію після перенесеної емоційної кризи в пізньому пубертаті й залишається актуальним дотепер. Це можна було спостерігати і під час обстеження пацієнтки в стаціонарі – у її поведженні з власними сновидіннями та моїми коментарями: пацієнтка дослухалася до моїх інтерпретацій, досить емоційно на них реагувала, але потім робила раптовий несподіваний висновок, який зовсім не включав моїх інтервенцій.

Стратегія «(всемогутнього) творця свого життя» функціонує успішно багато років, що дозволяє хворій досягнути доброго матеріального, соціального та психологічного положення. Однак, коли вступають у гру фактори, які вона не в змозі ані контролювати, ані передбачити, її впевнена хода по життю стає хиткою: невдовзі після початку соціальних негараздів, пов'язаних із розпадом СРСР (абзац № 4), у пацієнтки маніфестує іпохондрична реакція, яку вона пов'язує з раковим процесом молочної залози своєї подруги. Власне, це змістовне наповнення іпохондричної реакції в котрій раз засвідчує її хитку ідентифікацію жінки-матері. Із психоаналітичної точки зору це місце можна тлумачити наступним чином: коли звиклі життєві стереотипи починають руйнуватися (під впливом непередбачуваних обставин), вони втрачають свою опорну функцію, і виникає потреба спертися на внутрішній «хребет / стрижень особистості», який насамперед складається з асимільованих внутрішніх образів батьків, і котрий у кризових ситуаціях виступає головною точкою опори (Menzos, 2000). Ця пацієнтка не може повноцінно опертися на внутрішній образ матері, бо цей образ ще не є достатньо асимільованим, а асимільувати його не дозволяє амбівалентність цього образу, що формує описаний вище центральний патогенний конфлікт пацієнтки. Тому на соціальну нестабільність та пов'язану з нею зміну життєвих стереотипів пацієнтка реагує іпохондриєю. Цікаво, що в такій іпохондричній реакції присутні всі аспекти невротичного симптомоутворення, як їх описав З. Фройд: іпохондрія в даному випадку є компромісним утворенням між визнанням і невизнанням неповноцінності внутрішньої структури власної особистості, спроектованої на образ тіла (Freud, 2014).

Вихід із цієї короткочасної іпохондричної реакції відбувається через посилення активної, діяльної життєвої позиції: аби відновити матеріальну стабільність сім'ї та впоратися з внутрішнім неспокоєм, пацієнтка купує собі групу інвалідності, покидає свою звичну роботу, аби займатися дрібним бізнесом – вона знову намагається стати самодостатнім «творцем свого життя». Проте, відновити status quo, навіть у своїй, окремо взятій родині, їй не вдається, тому що до попередніх несподіваних соціальних проблем додаються проблеми з дітьми, які подорослішали і тепер намагаються керуватися в житті своїм розумом, боротися за право самостійно обрати свій шлях. Загроза втратити вплив на дітей невідворотно активує

в ній її власний патогенний несвідомий конфлікт: амбівалентність стосунків із матір'ю не дає їй ані ідентифікуватися з нею, ані відсепаруватися від неї. Таким чином, вона психологічно «опиняється між молотом та ковадлом»: невирішена сепараційна проблематика з матір'ю не дає їй можливості впоратися з сепарацією від неї її власних дітей. Ця динаміка описана в абзаці № 5, де неозбресним оком можна помітити, наскільки неадекватно та беззастережно вона втручається в долі своїх дітей, і як така поведінка поступово призводить до їх повного віддалення від неї. Можна сказати, що в стосунках із дітьми розгорнулася нова постановка психологічної драми пацієнтки: бажачи знайти свій шлях, вона повторила материнський сценарій / бажачи утримати дітей біля себе, вона їх відштовхнула.

Застосовуючи метафоричне розуміння перебігу подій, притаманне психоаналітичному методу, можна сказати, що в історії з доньчиною собакою метафорично продемонстрована вся драма її ображених материнських почуттів, спроектованих у стосунки з собакою: «Я його власними руками вигодувала, а він за господаря лише доньку визнавав. А потім ще й почав на мене гарчати!». Кваліфікація, з якою вона позбавляється собаки, та спосіб, який вона задля цього обирає (віддає її корейцям на м'ясо), дозволяють припустити, що ця ситуація мала сильне емоційне навантаження та активувала в пацієнтці глибокі внутрішні конфлікти, яких вона намагалася позбутися шляхом проєкції. Можливо, у смертельному страху, який породив вишкірений собака, немов блискавка, спалахнула амбівалентність почуттів до власної матері / до власних дітей. Доказом такого розуміння служить фіксованість пацієнтки на даному акті розправи, що лишається незмінною впродовж багатьох років та виявляється під час обстеження в стаціонарі, а також внесення самою хворою цього вчинку до списку її «фатальних помилок».

Ця активація несвідомого патогенного конфлікту під впливом: (а) соціальних негараздів, що вимагали зміни життєвих стереотипів і (б) досягнення дітьми того віку, у якому вони прагнуть досягти соціальної та психологічної незалежності / віку, у якому вона сама пережила гіпотетичну емоційну кризу, намагаючись розірвати психологічну залежність від матері, стає вихідною точкою глибокої психологічної декомпенсації. Усі наступні кроки пацієнтки ніби продиктовані панічною потребою захиститися від неминучої емоційної кризи. Спочатку вона намагається спроектувати свій біль «поразки» в стосунках із дітьми (біль краху життєвої стратегії) на чоловіка, якого називає «бовдуром» та «невдахою». Задля того, щоб довести йому (собі) його неспроможність, вона йде на великі жертви: віддає йому сімейні заощадження, живе без нього по півроку, самостійно заробляє собі та молодшим дітям на прожиття. Проте, в описанні чоловікових невдач (абзац № 6) простежується та сама структура переживань, що й при описанні власних невдач у стосунках із дітьми (абзац № 5). Тепер лише вони спроектовані на чоловіка. Можливо, якби чоловік повернувся, як «блудний син», із каюттям / визнав би свою поразку / став би смиренним носієм її почуття власної неспроможності знайти свій життєвий шлях, це принесло би пацієнтці тимчасове полегшення / компенсувало би її психологічний стан. Це розуміння підкріплюється динамікою психоаналітичної взаємодії: пацієнтці стало легше, коли, з одного боку, тематика бесід змінилася із самозвинувачень на звинувачення у всіх своїх бідах чоловіка та матері, а з іншого боку, коли в мене з'явилося контрпереносне відчуття «психотерапевтичної неспроможності». (Ще один доказ вказаного розуміння неочікувано з'явився під час підготовки даного випадку до публікації: чоловік пацієнтки раптово помер від серцевого нападу. Після похорон вона прийшла до лікуючого лікаря, щоб сказати, що хоче відмовитися від підтримуючого лікування, адже їй несподівано стало відчутно краще: «Немов відкрилася нова перспек-

тива в житті! Я відчула в собі новий прилив сил!». Вона йде жити до своєї старшої доньки, щоб виховувати онука, але приблизно через два місяці, після першого серйозного конфлікту із зятем, самостійно просить про госпіталізацію через те, що прожити в доньчиній сім'ї для неї неможливо: зять висуває до неї завищені вимоги та не зважає на її вік та хворобу).

За внутрішньою логікою її хворобливого процесу, що приховано перебігає, вона, послабивши почуття власної неспроможності шляхом проєкції на чоловіка, невдовзі знову активно вдається до спроби взяти ситуацію під власний контроль. Напевно, додатковим (і одним із провідних) фактором, що стимулював її до надмірно активних дій, був момент настання клімаксу (початок інволюції), що на часовому векторі збігся із втратою колишньої моральної влади над чоловіком (див. кінець абзацу № 6), причому ці дані (клімакс та емансипація чоловіка) були подані в процесі розмови без будь-якого зв'язку між собою. Вона починає діяти невиважено, подекуди гарячково. Це стосується і позашлюбних інтимних зв'язків, і поспішного продажу житла, необдуманого купівлі першого-ліпшого будинку в Росії, панічної втечі з нового помешкання, і всіх наступних подій її життя. В абзаці № 7 добре відображена ця динаміка. Здається, вона, немов азартний гравець, не може спинитися: робить одну ставку і програє, робить другу – знову програє, робить третю – втретє програє, тоді йде ва-банк – програє та божеволіє. Її афективне маячення «малого розмаху», що тепер пов'язане з сусідами-сектантами, за змістовим наповненням мало чим відрізняється від попередніх побоювань щодо націоналістично настроєних азіатів / щодо небезпечних доньчиних друзів-хуліганів / щодо озлобленого собаки. Афективна складова всіх перелічених переживань одна й та сама – екзистенційний страх перед неминучою катастрофою, від якої «негайно потрібно рятуватись». Маячний епізод є апогеєм цього афективного напруження та відображає переживання: «Моє життя руйнується, немов фортеця з піску під натиском хвиль невідвладної долі, і я цьому ніяк не можу запобігти». Цей екзистенційний страх відображає емоційне переживання пацієнткою певної суб'єктивної катастрофи – краху її життєвої стратегії. Під час обстеження в стаціонарі в пацієнтці ніби співіснують залишкові маячні ідеї щодо епізоду з сектантами поряд із інтуїтивним відчуттям своєї особистої участі у власній долі: «... то була кара небесна за мої гріхи».

Переживши психотичний епізод, пацієнтка повертається до вихідної точки своїх життєвих мандрів – батьківської домівки, материнського плеча (абзац № 8) – горда самовпевнена хода по життєвій дорозі закінчується поразкою. У дещо більшому та ширшому масштабі вона в цей момент ніби ототожнюється зі своїм чоловіком-невдахою, що втратив гроші, а будинку не збудував. Її повернення до матері немов символізує її неспроможність. Проте, переживання своєї безпорадності та неспроможності для неї нестерпні, що позбавляє її шансу спертися на підтримку своєї рідні та «відновитися після падіння», аби знову «поставити на ноги» своє життя. Замість цього вона починає запеклу боротьбу зі своїм недолугим, залежним від алкоголю молодшим братом, який тепер стає носієм її відщепленого та спроектованого почуття власної неспроможності. У цій боротьбі не вона, а він – невдаха, що не зміг стати незалежною людиною, не зміг побудувати своєї домівки, свого життєвого зауттку і тепер претендує на батьківську хатину. Домінування саме цього мотиву її претензій до брата відображено і в тому, що вона таки відмовляється від своїх прав на будинок батьків і робить ще одну спробу взяти своє життя під власний контроль.

У новому місті вона зустрічає своє Ватерлоо – її житейська мудрість та вміння маніпулювати людьми та відстоювати свої інтереси зазнали краху в зіткненні зі змінами фінансово-майнових стосунків фізичної особи та держави

у сфері нерухомості: вона зробила ставку та усе програла. Метафорично висловлюючись, пацієнтка повторила сценарій старої з пушкінської «Казки про рибака та рибку»: почавши з нічого, отримала все, щоб потім усе це втратити та повернутися до вихідної точки, «розбитого корита» (символу травматичного досвіду з материнським об'єктом). В абзаці № 9 коротко змальовано остаточне фіаско кінця життя – вона втратила все: фінансові заощадження, зароблене майно, любов чоловіка, прихильність та повагу дітей і, напевно, самоповагу. Виглядає на те, що зчинена нею далі спроба самогубства спрямована саме на відновлення самоповаги (самооцінки).

Можна бачити, що суб'єктивним лейтмотивом усієї розповіді пацієнтки про своє життя є її стоїчне протистояння життєвим складнощам та ударам злого фатуму. Вона змальовує себе героєм-одинаком, який переважно успішно протистоїть усім викликам долі: у дитинстві – емоційно холодній (майже байдужій) матері, у дорослому житті – матеріальним і житейським складнощам соціального становлення та виховання дітей, далі – соціальним потрясінням нашого часу і врешті-решт – виклику долі (щоб не сказати Бога), яка позбавляє її всього, навіть шансу, нікого не обтяжуючи, піти з цього життя: згадаймо, як вона повідомила лікуючого лікаря, що якщо Бог не бажає її смерті, то вона більше не чинитиме самогубства (абзац № 10), і майже тріумфально промовляє: «Я горітиму в пеклі!». У цьому місці розкривається інтрапсихічний мотив депресії – відновлення самоповаги, з одного боку, і релятивізація відповідальності за своє життя, з іншого, адже Бог послав їй ще й це випробування. У цьому контексті можна зрозуміти терапевтичну резистентність пацієнтки до психофармакотерапії, адже терапевтичний ефект конфронтував би пацієнтку з реаліями її сьогоденного положення, яке вона не в змозі ані змінити власними силами, ані прийняти, бо це означало би втрату самоповаги (самооцінки).

Метапсихологічний розбір випадку. У представленому розборі відслідковується ряд важливих моментів, які можна згрупувати в такі чотири кластери:

1. Структурно-феноменологічні ознаки особистості пацієнтки, що формують її індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин:

1. Звертає на себе увагу, що наведений психодинамічний (гіпотетичний) розбір займає не менше сторінок, ніж сам анамнез; це є опосередкованим проявом алекситимічної проблематики пацієнтки (Торонтська алекситимічна шкала 80 балів). Даний розбір ніби додає випадку «внутрішнього ігрового простору» (Winnicott, 1979), якого так бракує цій пацієнтці. Наслідком цього дефіциту є слабкість символічного мислення, що проявляється в схильності до поведінкових відреагувань та функціональній недостатності рефлексивного опрацювання пережитих життєвих ситуацій, а в кінцевому рахунку – у нездатності навчатися на власному досвіді (Bion, 1990).

2. Попри велику кількість подій та ситуацій у житті пацієнтки, зразки її поведінкового реагування завжди були досить сталими та одноманітними: форсований всемогутній контроль над ситуацією та своїм найближчим оточенням в якості активного полюсу та проєкція свого почуття неспроможності впоратися з ситуацією й відповідальності за зроблені помилки у своє найближче оточення (матір / чоловіка / брата / ... / психотерапевта) в якості пасивного полюса. Спільним знаменником для цих обох полюсів є перебування в центрі подій та збереження за собою виняткового права визначати власну долю.

3. На інтрапсихічному рівні ці вагання відображають невдалу спробу пацієнтки здобути власну ідентичність через ідентифікацію зі сфантазованим всемогутнім образом матері та прагнення позбутися почуття своєї неповноцінності й пов'язаних із цим почуттям негативних афектів щодо недосяжної матері шляхом проєкції, що складає її патогенний несвідомий конфлікт. (Згадаймо, що пацієнтка

і в молодості бачила причину своїх невдач у байдужому ставленні матері до її падіння з даху і сьогодні (під час обстеження) дорікає матері, і разом з тим сумнівається, чи не краще було таки їй продовжити материнську традицію і стати вчителькою).

4. Найявний у пацієнтки патогенний несвідомий конфлікт створює передумови для дуже вразливої її самооцінки, яка разом із наведеними в пункті Б усталеними зразками поведінкового реагування утворює «зачароване патологічне коло» нав'язливих повторювань одних і тих самих помилок так, що:

– будь-яка невдача або непередбачувана життєва обставина призводить до втрати самоповаги →

– це, у свою чергу, вводить у дію механізми компенсації самооцінки, які в даному випадку складаються з усталених зразків поведінкового реагування →

– пацієнтка, з одного боку, проєктує своє почуття неповноцінності в найближче оточення (що унеможливає осмислення життєвої ситуації або зробленого кроку), а з іншого боку, поспішно переходить до активних необдуманих кроків, спрямованих на відновлення контролю над ситуацією, →

– унаслідок чого вона робить чергові помилки, →

– що призводить до чергової втрати самоповаги і →

– повертає інтрапсихічну ситуацію у вихідну точку цього «зачарованого кола».

Це «зачароване коло» формує інтрапсихічний тригерний механізм, що постійно підкріплює вказану в пунктах Б і В несвідому психодинаміку пацієнтки, так званий «психопатичний цикл» за О. В. Кербіковим (Пустовойт, 2008).

5. У рамках цього тригерного механізму можна зазначити феномен афективно-когнітивної дисоціації, який полягає в тому, що афективний резонанс звукує когнітивну спроможність в оцінці та прогнозуванні подій, і тому когнітивна переробка інформації пацієнткою передбачає тимчасове відщеплення афекту, що, у свою чергу, різко зменшує антиципаційну здатність.

6. Вказана констеляція усталених зразків поведінкового реагування, тригерного механізму та феномена афективно-когнітивної дисоціації забезпечується функціонуванням осового механізму психологічного захисту – вертикальним розщепленням (Spaltung). При цьому на суб'єктивному рівні пацієнтка переживає себе героєм-одинаком, який переважно успішно протистоїть усім викликам долі в той час, як зовнішній світ і саме життя переживається в якості загрозливого та ворожого. Іншими словами, усе хороше знаходиться у внутрішньому світі пацієнтки, а все погане – у світі зовнішньому.

II. Динамічні особливості патологічних проявів особистості пацієнтки:

1. Розказана хворою історія життя має дві поворотні точки: (1) пізній пубертат, на який припадає перший спалах психопатологічної симптоматики (невротичної) та (2) інволюційний, на який припадає другий спалах психопатологічної симптоматики (психотичної). У першій точці оформлюється та закріплюється наведений у пунктах А–Е її індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин. У другій точці відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації. У часовому проміжку між згаданими точками її механізми функціонування залишаються сталими та одноманітними й забезпечують їй успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію.

2. Проблематику раннього дитинства не можна безпосередньо віднайти в анамнезі, хіба за її гіпотетичними похідними. У даному випадку цими похідними можна вважати постійну фонову присутність у розмовах хворої тематики їжі, практичну відсутність спогадів про дубертатний період, переважно негативну емоційну забарвленість наявних поодиноких спогадів дитинства та їхню фіксованість на особистості матері. Також опосередко-

ваним доказом вагомості проблем розвитку в ранньому дитинстві можна вважати сепараційну тематику, яка надто гостро актуалізувалася в пізній пубертатний період і яка формує змістовну фабулу несвідомого патогенного конфлікту пацієнтки.

3. Психічні розлади, які маніфестують в інволюційному періоді життя (іпохондрична реакція / маячний епізод / депресивний розлад), відображають злам дотепер успішних та закріплених у структурі особистості пацієнтки механізмів психологічної адаптації під впливом соціальних, мікросоціальних (сімейних), біологічних (настання менопаузи) та інтрапсихічних (несвідомий патогенний конфлікт та вказаний у пунктах Г і Д тригерний механізм) чинників.

4. Жоден окремо взятий із наведених у пункті 3 патогенних чинників не може вважатися причиною глибокої особистісної декомпенсації в інволюційному періоді. Лише їхня спільна дія, що припадає на доволі обмежений проміжок часу в житті пацієнтки, призводить до зламу біологічної, індивідуально-психологічної та соціальної ланок адаптації, що, у свою чергу, стає причиною психотичного розладу.

III. Психодинамічні особливості депресивного розладу пацієнтки:

1. Найявний у пацієнтки на момент огляду терапевтично резистентний депресивний розлад можна розглядати в якості посиленого патологічного захисту від визнання краху її життєвих сподівань / від визнання повного фіаско її життєвої стратегії. Посилення відбувається за рахунок включення більш примітивних механізмів психологічної адаптації: магічного мислення та горизонтального розщеплення (Schizis). Однак, цей захист залишається «у фарватері» того самого несвідомого конфлікту – пошуку власної ідентичності / пошуку власного шляху. Цей конфлікт «прослуховується» в наступних висловах хворої: «Ніхто не наробив стільки лиха, як я!», «Я горітиму в пеклі!», «Бог не дасть мені легкої смерті!», «Я готова витерпіти всі свої муки до самого кінця!». У них також розкривається ще один мотив депресії – відновлення самоповаги, з одного боку, і релятивізація відповідальності за прожите життя, з іншого, адже це Бог послав їй таке випробування. Патологічність цього захисту полягає у вилученні з площини переживань виміру реальних людських стосунків: тепер вона з'ясовує стосунки не з матір'ю, не з чоловіком, не з дітьми, навіть не сама з собою, а зі своєю долею – з «рукою провидіння» (зі всемогутнім Богом).

2. Особливість депресивного розладу пацієнтки полягає в тому, що на суб'єктивному рівні вона і себе, і весь зовнішній світ переживає в якості «поганого». Це означає, що притаманне пацієнтці впродовж життя вертикальне розщеплення (Spaltung) підсилюється тепер філогенетично більш раннім горизонтальним розщепленням (Schizis). За рахунок цього порушується релятивізація відповідальності за прожите життя і, як наслідок, пом'якшення депресії, адже «хіба вона могла бути досконалою в цьому недосконалому світі?».

IV. Особливості психотерапевтичної взаємодії з пацієнткою:

1. У результаті психотерапевтичного втручання у взаємодії з психотерапевтом активуються неасимільовані патогенні об'єктні стосунки з матір'ю та пов'язані з ними негативні почуття (досить чітко з 10-тої зустрічі). Цей внутрішній несвідомий стосунок, з одного боку, представлений переживанням контакту з недосяжним, незрозумілим, але привабливим через свою всемогутність об'єктом, а з іншого боку – переживанням знеціненого та неспроможного самого себе (знеціненого та безсилового суб'єкта). Найбільш рельєфно це прослідковується в контрпереносних відчуттях психотерапевта неможливості встановлення емоційного контакту з даною пацієнткою / його неспроможності їй допомогти, що нарос-

тали паралельно зі змінами поведінки хворої в стаціонарі та покращенням психічного стану пацієнтки з точки зору її лікуючого лікаря (12, 13 та 14 зустрічі).

2. Така активація несвідомого патогенного об'єктного стосунку в психотерапевтичній взаємодії означає включення в замкнену систему психічного розладу виміру реальності (реального людського стосунку з психотерапевтом). Це відкриває шлях до куративного втручання, і вже саме по собі є частковим терапевтичним ефектом. (Рівень депресії за шкалою Гамільтона до початку психоаналітичних інтервенцій визначався 27 балами (на фоні антидепресивної медикаментозної терапії), після проведення 12 сеансів психоаналітичної терапії знизився до 15 балів (що відповідає легкому депресивному розладу)).

Обговорення. Запропонований психоаналітичний розбір підкреслює особливості особистісної структури пацієнтки, які загалом корелюють з усіма класичними аспектами вчення про розлади особистості: статичного моменту як сталості структури особистості з ригідністю психологічних захистів, динамічного моменту у вигляді вагань у проявах у періоди вікових криз та особливостей декомпенсації внаслідок дії зовнішніх та особисто значущих патогенних факторів. Усе це відповідає загальному критерію розладів особистості, як це зазначено в МКХ-10 і 11 та DSM-IV-TR і DSM-5.

За основними особистісними зразками реагування пацієнтка відповідає більшості описових критеріїв нарцисичного розладу особистості, як вони подані в DSM-IV-TR і DSM-5: 1) реагування на критику гнівом, почуттям сорому або приниження (навіть коли ці почуття не виражаються); 2) схильність до експлуатації в міжособистісних стосунках; 3) гіпертрофоване почуття власної значущості; 4) схильність вважати свої проблеми унікальними та мало кому зрозумілими; 5) фантазії на тему успіху, влади, багатства, краси чи ідеального кохання (у випадку нашої пацієнтки – спогади та ремствування про втрачені нагоди); 6) безпідставне очікування особливо доброго ставлення до себе; 7) прагнення уваги та схвалення; 8) нестача емпатії: нездатність розуміти й пережити почуття інших; 9) почуття заздрості, що переважно проявляється в її надмірно критичному ставленні до будь-яких проявів успішності, досягнень та задоволення життям її оточуючих (особливо рельєфно проявляється у висловлюваннях про матір та в актуальному ставленні до своїх доньок). Такий висновок підтверджується результатами проведеного клінічного напівструктурованого інтерв'ю особистісних розладів IPDE.

Відмічені при психопатологічному розборі раціонально-прагматичний стиль життя, що співіснує з беззастережним втручанням у особисті справи своїх близьких, тепер стає зрозумілим у контексті схильності до експлуатації міжособистісних стосунків, браку емпатії у хворій. Відмічені в доклінічний період захворювання реакції обсесивно-фобічного спектра та наявні в актуальних проявах хвороби дисоціативні феномени, хоча й неможливо

безпосередньо пов'язати з описовими ознаками нарцисичного розладу особистості, тим не менш їх можна зрозуміти в контексті описаних в метарозборі випадку психодинамічних моментів:

- феномена когнітивно-афективної дисоціації;
- поєднаній дії механізмів психологічного захисту проєкції та розщеплення (котрі, як було показано, займають першочергове положення у формуванні депресивного розладу пацієнтки, утворюючи посилений захист від сприйняття реальності та відповідальності за своє життя);
- типовому для нарцисичних особистостей поведінковому патерні – вилученні з площини переживань «джерела» незадоволення / важких емоційних спогадів / фруструючих людських стосунків (McWilliams, 1998).

Усе це дає можливість перефокусувати погляд на актуальний психічний розлад хворої. Особистісний компонент за умов такого перефокусування постає провідним у формуванні інволюційної депресії пацієнтки, виступає в ролі трансфеноменологічної складової, що об'єднує генез захворювання з його психопатологічним оформленням. Із даних позицій біологічним (інволюційні вікові зміни) та зовнішнім макросоціальним факторам належить роль сприяючих та пускових механізмів цієї психотичної декомпенсації, а мікросоціальні фактори займають проміжне положення, адже вони одночасно є і «продуктом життєдіяльності» таких пацієнтів, і «джерелом» додаткової психічної травми.

На вищому рівні абстрагування, а саме мета-аналізі психоаналітичного розбору, що позначається достатньо високим рівнем узагальнення та структурованості, простежуються безсумнівні кореляції між психоаналітичним і клініко-психопатологічним підходами. Отже, ці методи в жодному разі не повинні протиставлятися один одному, а навпаки, лежати в основі нових, інтегрованих діагностично-лікувальних підходів клінічної психіатрії.

Висновки. Отже, виходячи з вищезазначеного, можна зробити такі висновки:

- 1) із психопатологічної точки зору інволюційний психоз відповідає всім ознакам ендореактивного розладу;
- 2) за результатами психоаналітичного дослідження в якості провідного фактора в генезі інволюційного психозу постає преморбідна структура особистості хворої;
- 3) психодинаміку інволюційного психозу можна описати метафорою «звabлення» внутрішнім всемогутнім об'єктом потенційно здорових, але слабких частин Его;
- 4) поєднане використання клініко-психопатологічного та психоаналітичного методів дослідження виявляє всі загальні критерії особистісних розладів та домінування зразків поведінкового реагування, притаманних нарцисичному розладу особистості (згідно з DSM-IV-TR і DSM-5);
- 5) результати експериментально-психологічних методик підтверджують дані, отримані обома клінічними методами дослідження: клініко-психопатологічним та психоаналітичним.

Список літератури:

- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition Revised.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Argelander H. (2013). The scenic function of the ego and its role in symptom and character formation. *Int J Psychoanal*, 94(2), 337–354.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London (Maresfield).
- Bion, W. (1990). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Cooper, J.E., & World Health Organization (1994). *Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: With glossary and diagnostic criteria for research: ICD-10/DCR-10*. American Psychiatric Pub.
- Deley, J, Denniker, P. (1961). *Methodes chimiotherapiques en psychiatrie*. Paris.
- Denniker, P. (1957). *Formes cliniques et diagnostic des psychoses thymiques L'encephale*. T. 46.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity youth and crisis*. WW Norton & company.

- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1960). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Freud, S. (2014). *On narcissism: An introduction*. Read Books Ltd.
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (Vol. 2). JHU Press.
- Kleist, K. (1925). *Die gegenwaertigen Stroemungen in der Psychiatrie*. Berlin: de Gruyter & Co.
- Kraepelin, E. (1903). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. Band I. Allgemeine Psychiatrie*. Barth Verlag, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. II. Band [in 2 Teilbänden]. Klinische Psychiatrie*. Barth Verlag, Leipzig.
- Kretschmer, E. (1927). *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: "Springer".
- Kretschmer, E. (2013). *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory*. Routledge.
- Loch, W. (1986). Anmerkungen zur Einführung und Bergung der "Flash" – Technik als Sprechstunden-Psychotherapie. *Perspektiven der Psychoanalyse*. Stuttgart: "Hirzel", 107–113.
- Loch, W. (1999). Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Allgemeine und spezielle psychoanalytische Theorie der Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, 6, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. Hirzel Verlag, Stuttgart, Leipzig, 431.
- Mahler, M.S. (2018). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Medow, W. (1922). Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. "Arch. Psychiat. Nervenkr", 64, 480–506.
- Mentzos, S. (2000). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Noyes, A., Kolb, L. (1960). *Modern clinical psychiatry*. Philadelphia & London, W B Saunders & Co.
- Tait, C., Burns, G. (1951). Involutional illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 108, 27–36.
- The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (ICD-11)* (2013).
- Tyson, P., & Tyson, R.L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. Yale University Press.
- Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats: Pathological Organisations of the Personality in Psychotic, Neurotic, and Borderline Patients*. London & New York: Routledge.
- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., et al. (1996). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. *Amer. J. Psychiat*, 153, 83–93.
- Winnicott, D. (1979). Objektverwendung und Identifikation. In: *Winnicott, D.W.: Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Zajicek, B. (2018). Soviet psychiatry and the origins of the sluggish schizophrenia concept, 1912–1936. *History of the Human Sciences*, 31(2), 88–105.
- Авербух, Е. (1969). *Расстройства психической деятельности в позднем возрасте*. Ленинград: «Медицина».
- Бітенський, В., Пустовойт, М., Бітенський, К. (2005). Деякі міркування про формування невротичних розладів і патологічних розладів особистості. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 2(8), 7–13.
- Бітенський, В., Пустовойт, М. (2006). Дефініція травми: проблеми та перспективи. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 2(10), 5–6.
- Винник, М.І., Вітенко, І.С., Тодорів, І.В., Пустовойт, М.М., Лановий, В.І., Краснополська, І.І. (2006). Основи психодинамічної діагностики і психотерапії. Посібник для студентів медичних ВУЗів. Івано-Франківськ: МІСТО НВ.
- Гейер, Т. (1925). К вопросу о пресенильных психозах. *Труды психиатрической клиники*, 1, 131–138.
- Жислин, С. (1975). *Очерки клинической психиатрии*. Москва: «Медицина».
- Підкоритов, В., Чайка, Ю. (2003). *Депресії. Сучасна терапія*. Харків: Торнадо.
- Пустовойт, М.М. (2008). Роль особистісного фактора в генезі інволюційних психозів. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 1(13), 45–59.
- Руководство по психиатрии (1983) / под ред. А.В. Снежневского. Т. 1. Москва: Медицина.
- Штернберг, Е. (1965). *Проблеми геріатрії в клініці нервових і психічних хвороб*. Київ.

Анотація. У статті висвітлюються різні підходи до діагностики психічних розладів інволюційного періоду, акцентуються типові особистісні риси пацієнтів з інволюційними психозами. Автор виклав результати дослідження пацієнтів з інволюційними психозами з використанням клініко-психопатологічного, психодинамічного та психолого-експериментального методів і дав оцінку виявленим закономірностям. Автор наводить докладний аналіз випадку пацієнтки з інволюційним психозом і показує велике значення преморбідної особистісної структури у формуванні клінічної картини та динаміці психічного розладу, що дебютував в інволюційному віці. Шляхом ретельного психодинамічного розбору анамнезу було продемонстровано, що особистісний преморбід пацієнтки відповідає описовим критеріям нарцисичного особистісного розладу. За основними особистісними зразками реагування пацієнтка також відповідає більшості описових критеріїв нарцисичного розладу особистості, як вони подані в DSM-IV-TR і DSM-5, а саме: реагуванням на критику гнівом, почуттям сорому або приниження; схильністю до експлуатування в міжособистісних стосунках; гіпертрофованим почуттям власної значущості; схильністю вважати свої проблеми унікальними та мало кому зрозумілими; фантазіями на тему успіху, влади, багатства, краси чи ідеального кохання; безпідставними очікуваннями особливо доброго ставлення до себе; прагненням уваги та схвалення; нестачею емпатії: нездатністю розуміти та переживати почуття інших; почуттям заздрості до успіхів і досягнень інших людей. Це також підтверджується результатами проведеного клінічного напівструктурованого інтерв'ю особистісних розладів IPDE. Автор підкреслює, що такий інтегративний підхід, котрий об'єднує клініко-психопатологічний і психодинамічний методи, забезпечує більш глибоке та ясне розуміння пацієнтів з інволюційними психозами.

Ключові слова: інволюція, психоз, особистісний розлад, патогенез, нарцисизм.

Abstract. The paper highlights various approaches to the diagnosis of mental disorders of the involutionary period, emphasizes typical personality traits of patients with involutionary psychoses. The author presented the results of the study of patients with involuntional psychoses using clinical-psychopathological, psychodynamic and psychological-experimental methods and gave an assessment of the revealed patterns. The author provides a detailed analysis of the case of a patient with involuntional psychosis and shows the great importance of the premorbid personality structure in the formation of the clinical picture and dynamics of the mental disorder that debuted at the age of involution. Through a thorough psychodynamic analysis of the history, it was demonstrated that the patient's personality premorbidly met the descriptive criteria of narcissistic personality disorder. According to the main personal patterns of response, the patient also meets most of the descriptive criteria for narcissistic personality disorder as presented in DSM-IV-TR and DSM-5, namely: reacting to criticism with anger, feelings of shame or humiliation; tendency to exploitation in interpersonal relationships; a hypertrophied sense of self-importance; a tendency to consider one's problems unique and understandable to few; fantasies about success, power, wealth, beauty or ideal love; groundless expectations of particularly good treatment of oneself; seeking attention and approval; lack of empathy; inability to understand and experience the feelings of others; a feeling of envy of the successes and achievements of other people. This is also confirmed by the results of the conducted Clinical Semi-Structured Interview of personality disorders IPDE. The author emphasizes that such an integrative approach, which combines clinical-psychopathological and psychodynamic methods, provides a deeper and clearer understanding of patients with involuntional psychoses.

Key words: involution, psychosis, personality disorder, pathogenesis, narcissism.