

активності, тільки би не проявить свою ворождебність по отношению к объекту, который по-прежнему бесконечно дорог. Утраченный объект интроецируется в Эго, т. е. отождествляется с ним, после чего Эго расщепляется на 2 части — собственно Эго пациента и часть, идентифицированная с утраченным объектом, в результате происходит фрагментация Эго и потеря его энергии. Супер-Эго, реагируя на это, усиливает давление на Эго, но в результате утраты интеграции и дифференцированности последнего Эго начинает реагировать на это давление большей частью как Эго утраченного объекта, на который проецируются все негативные и амбивалентные чувства пациента (а «отломившаяся» часть, принадлежащая собственному Я обедняется и опустошается), вот откуда появляется чувство пустоты, на которое так часто жалуются наши депрессивные пациенты. Как следствие, негативные чувства, направленные на утраченный объект, концентрируются на самом себе. Что же касается *эндогенной депрессии*, в понимании сторонников конструктивно-генетической психопатологии Штрауса, Фон Гебзаттеля, Бинсвангера в ее основе лежит расстройство т. н. *витальных событий*. Это изменение именуется «витальным торможением», «расстройством процесса становления личности», торможением «внутреннего отсчета времени», в результате чего переживание времени становится переживанием застоя, будущего больше нет, тогда как прошлое — все, отсюда — бред ничтожества, убогости, греховности. Здесь следует отметить возможную когнитивную ошибку психотерапевта: вовсе не болезненное воображение является причиной страдания пациента, а следствие тех внутренних (бессознательных) процессов, которые пожирают его Я. Поскольку в таком состоянии утрачивается способность любить, возникает убеждение в искаженной реальности, бессмысленным является убеждать пациента в обратном, что мы часто делаем в подобных ситуациях.

Таким образом, подспорьем для любого вида депрессии является ситуация утраты объекта, с последующим включением механизмов защиты, сопротивлений, реакций переноса, которые требуют обязательной проработки в ходе психотерапии.

УДК 616.05-616.092-618.3

ДО ОБҐРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Є. Л. Ізрунова

Київський міський пологовий будинок № 5

Ключові слова: психоемоційний та імунний стан вагітних, загроза переривання вагітності, медико-психологічна підтримка

Показники здоров'я вагітних жінок в Україні мають тенденцію до погіршення з кожним роком. За сучасними даними, 15 % ембріонів людини гинуть на початкових етапах ембріогенезу (самовільні викидні), 3 % — мертворожденість, 2 % — неонатальна смертність. В цілому по Україні близько 70—80 % новонароджених вже з першого дня життя мають відхилення у стані здоров'я (МОЗ України, 2008).

На теперішній час з метою визначення причин погіршення виношування дитини і здоров'я новонародженого проводяться дослідження у напрямках акушерства та гінекології (Фролова М. А., Левкова Є. А., Чижова Г. В., 2007), імунології (Ганчева Є. А., 1999; Каіров Г. Т., 2000), медичної психології та психіатрії (Пушкарьова Т. М., 2006; Хломов К. Д., Єніколопов С. Н., 2007; Байгузіна І. Ч., 2010); також вивчається вплив на вагітність стресових факторів (Вільям Р. Емерсон, 2000).

Дослідження активно проводяться у такому напрямку як пренатальна психологія: розробляються питання особливостей пренатального розвитку плода (Шмурак Ю. І., 1994), вивчається процес формування зв'язку між матір'ю і дитиною в період вагітності (Брутман В. І., Радіонова М. С., 1997), з'ясовується вплив типу акцентуації особистості і структури цінностей на формування материнської функції вагітних жінок (Шелехов І. Л., 2006).

В останні роки отримані дані про наявність спільного рецепторного апарату в імунній (до нейромедіаторів) і в нервовій системах (до ендогенних імуномодуляторів). Виникнення імунодепресії як патологічного стану (при тривалому стресі) і загрози переривання вагітності свідчить про наявність зриву регуляції певних ланок адаптаційного механізму у вагітної жінки (Соколов Є. І., 1998; Сотнікова Н. Ю., 2001; Гузов І. І., 2003).

Проте на теперішній час у наукових дослідженнях відсутні роботи щодо причинно-наслідкового зв'язку між психоемоційним статусом вагітних, наявністю загрози переривання вагітності та імунологічним станом майбутньої матері і дитини і, як наслідок, відсутні системні дослідження, спрямовані на розв'язання проблеми надання медико-психологічної допомоги вагітним жінкам, зокрема, із загрозою переривання вагітності.

Враховуючі вищенаведене, можна стверджувати, що створення системи медико-психологічної підтримки вагітних жінок із загрозою переривання вагітності є актуальною, необхідною та своєчасною.

УДК 616.34:896.748-678

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Р. І. Ісаков

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: якість життя, шизофренія

Проблема якості життя психічнохворих, зокрема хворих на шизофренію, в останній час привертає все більшу увагу вчених. Однак, недостатньо дослідженим є питання про вплив тривалості захворювання на якість життя (ЯЖ) хронічно психічних хворих.

Метою дослідження є вивчення ЯЖ хворих на шизофренію в залежності від тривалості перебігу захворювання.

У дослідженні брали участь пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні ПОПКЛ ім. О. Ф. Мальцева. Всі пацієнти (58 чоловіків) надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Поділ пацієнтів залежав від тривалості захворювання: перша група — 37 пацієнтів з тривалістю захворювання до 15 років, друга група — 21 пацієнт з тривалістю захворювання понад 15 років.

Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження (стандартизований опитувальник-анкета ЯЖ-100).

Аналізуючи основні показники ЯЖ у пацієнтів 1-ї групи, слід відзначити, що матеріальним станом невдоволені 71 % хворих, у 6 % — нерегулярне харчування, 17 % — носять зношений одяг, 33 % — не вдоволені житлово-побутовими умовами, 11 % не мають своєї кімнати, 68 % не перебувають в шлюбі, 42 % не вдоволені проведенням свого вільного часу. В 2-й групі матеріальне погіршення відзначають 77 % хворих, одноманітність харчування — 9 %, відсутність можливості придбати одяг та взуття — 23 %, невдоволеність житлово-побутовими умовами — 36 %. Отримані результати свідчать про погіршення ЯЖ у даних пацієнтів в усіх сферах життєдіяльності. Окрім того встановлено, що зниження ЯЖ залежить від тривалості захворювання.

УДК 616.831-009.11

ПАТОМОРФОЗ ДЕБЮТА ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА

С. Е. Казакова

Луганський державний медичний університет

Ключевые слова: патоморфоз, дебют, прогрессивный паралич

Исследован 21 пациент, страдающий прогрессивным параличом, в возрасте от 25 до 34 лет, из них 15 мужчин и 6 женщин.

Обращает внимание достаточно непродолжительное время, которое проходит от момента заражения сифилисом до момента развития прогрессивного паралича, в среднем оно измерялось 5—6 годами.

Неврастеническая стадия заболевания исследуемых нами пациентов проявлялась преимущественно головными