

ents: Implications for rehabilitation practitioners / G. L. Dion, D. J. Del-lario, M. D. Farkas // *Psychosoc. Rehabil. J.* – 1982. – Vol. 6, N 2. – P. 29–35.

8. A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse / S. M. Matthews, M. T. Roper, L. R. Mosher, A. Z. Menn // *Schizophr. Bull.* – 1979. – Vol. 5, N 2. – P. 322–333.

9. Gardos G. Maintenance antipsychotic therapy: is the cure worse than the disease? / G. Gardos, J. O. Cole // *Am. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 133, N 1. – P. 32–36.

10. Carpenter W. T. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia / W. T. Carpenter, D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144, N 11. – P. 1466–1470.

11. Paul G. L. Maintenance psychotropic drugs in the presence of active treatment programs. A „triple-blind” withdrawal study with long-term mental patients / G. L. Paul, L. L. Tobias, B. L. Holly // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 27, N 1. – P. 106–115.

12. Tardive dyskinesia : report of the American Psychiatric Association Task Force on Late Neurological Effects of Antipsychotic Drugs. – Washington : The Association, 1979. – 205 p.

13. Herz M. I. Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication / M. I. Herz, H. V. Szymanski, J. C. Simon // *Am. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 139, N 7. – P. 918–922.

14. Kane J. M. Low-dose and intermittent neuroleptic treatment strategies for schizophrenia : an interview with John Kane / J. M. Kane // *Psychiatr. Ann.* – 1987. – Vol. 17. – P. 125–130.

15. Guttmacher M. S. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia: effectiveness: The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group / M. S. Guttmacher // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1964. – Vol. 10. – P. 246–261.

16. A 15-year followup of 646 schizophrenic outpatients / D. M. Engelhardt, B. Rosen, J. Feldman [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1982. – Vol. 8, N 3. – P. 493–503.

17. Schwartz H. I. Legal and ethical issues in neuroleptic noncompliance / H. I. Schwartz // *Psychiatr. Ann.* – 1986. – Vol. 16, N 10. – P. 594–595.

18. Barofsky I. Problems in providing effective care for the chronic psychiatric patient / I. Barofsky, C. E. Connelly // *The Chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment* / ed. by I. Barofsky, R. D. Budson. – N. Y. : S P Medical & Scientific Books, 1983. – P. 83–129.

19. Zaytsev O. Medical criterion of disability in psychiatric practice / Zaytsev O., Priebe G. // *15th European Congress of Psychiatry*, 17–21 March, 2007. – Madrid. – [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL: <http://www.kenes.com/aep2007/posters.asp>. – Заголовок з екрану.

ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г.А. Приб

В статье рассматриваются теоретические взгляды относительно принципов дифференциации реабилитационных и лечебных мер при оказании медико-социальной помощи пациентам с психическими расстройствами.

Ключевые слова: реабилитация, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность

BASIS OF DELIMITATION OF THE REHABILITATION AND TREATMENT IN PSYCHIATRIC CARE

G. Prib

The article is considered the theoretical views concerning of principles of differentiation of rehabilitation and treatment measures under giving of medical-social help to the patients with mental disorders.

Keywords: rehabilitation, criteria of disability, social failure

УДК 616.89

М.П. Боро, С.Я. Боро

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ - ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр г. Донецка

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, беременные женщины, психодинамический подход, психосоциальные стрессогенные факторы, сахарный диабет, психоневрологическая помощь

Значительная распространенность, негативное влияние на здоровье матери и ребенка и недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных проявлений невротического уровня у женщин во время беременности с наличием тяжелых соматических расстройств, осложняющих течение беременности, обуславливают актуальность данной проблемы. Отмечается рост соматогенно-реактивных тревожных и тревожно-депрессивных состояний у женщин, зачастую принимающих затяжное течение и утяжеляют течение, как

собственно беременности, так и сопутствующих заболеваний, что приводит к неблагоприятному прогнозу и приводящие к длительной психологической дезадаптации [1-3;4-6]. Количество беременностей, осложненных наличием тяжелых соматических заболеваний (наиболее часто встречаются отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы). Так в Донецкой области показатель колеблется в диапазоне от 55 до 70 случаев (на 100 родов) (см. Таблицу 1):

Таблица 1

Заболевания, возникшие во время беременности (на 100 родов, которые зарегистрированы в женских консультациях) за период 2008г., 2009г., 2010 год в Донецкой области

№ п/п	Наименование	Отеки, гипертензивные расстройства	Сахарный диабет	Заболевания щитовидной железы
<i>2008 год</i>				
1.	Донецкая область	69,9	1,4	40,8
2.	Областные ЛПУ	53,5	1,3	33,5
3.	Города области	64,2	1,3	43,4
<i>2009 год</i>				
1.	Донецкая область	73,2	1,8	39,3
2.	Областные ЛПУ	41,5	0,0	36,8
3.	Города области	72,8	1,9	42,2
<i>2010 год</i>				
1.	Донецкая область	66,7	1,8	35,6
2.	Областные ЛПУ	18,8	3,8	62,5
3.	Города области	66,2	1,8	37,3

Психические расстройства встречаются у 17 - 84 % беременных с заболеваниями, осложняющие роды (- отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), которые способствуют ухудшению протекания беременности и течение самого соматического заболевания.

В последние годы в развитых странах отмечается увеличение частоты различных психических расстройств у женщин репродуктивного возраста, увеличилась доля пациенток, принимающих психотропные препараты, в том числе среди женщин, которые планируют беременность, и беременных [3;5;6,].

Также если у женщины с заболеваниями, осложняющими роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), первая беременность, она испытывает множество страхов, к которым относятся боязнь родов и несвоевременного прерывания беременности, беспокойство о здоровье будущего ребенка и собственном здоровье, боязнь родовых схваток и неизбежной боли, боязнь разочарования партнера/супруга из-за изменений, происходящих с телом. Все эти страхи могут привести к возникновению множества негативных эмоций – таких, как волнение, депрессия, раздражение, беспокойство, стресс, гнев, чувство одиночества, смятение. Наиболее часто изменения психоэмоционального фона во время беременности приводят к развитию депрессивных и тревожных расстройств. При этом важную роль в развитии тревожных состояний играют определенный физический дискомфорт и психологические факторы, к которым относятся вынужденные изменения в образе жизни, общении в семье и с коллегами по работе, беспокойство за здоровье будущего ребенка, финансовые затруднения – все это вносит определенный вклад в

появление или усугубление психоэмоциональных нарушений при беременности, особенно у женщин, страдающих заболеваниями, осложняющими роды.

Описываемые патопсихологические феномены, причем более выраженные в начальный период осложняющих роды заболеваний, чем у длительно болеющих (Р .Kissel и соавт., 1965), рассматриваются в плане психологической адаптации пациента к заболеванию, а так же, ко всем обстоятельствам, связанным с ним, при этом, вследствие этого имеет важное значение длительность болезни, осложняющей роды, до наступления беременности. При изучении динамики тревожных, тревожно-депрессивных и астено-депрессивных состояний непсихотического уровня нередко звучит тема болезни, что характерно и для других пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов, но указывает на развитие у ряда пациентов психогений и расстройств адаптации, возникающих на фоне соматической ослабленности и протекающих в условиях патологически функционирующего организма и качественно измененного метаболизма. Таким образом, можно говорить о стадийности развития психической патологии у этих женщин.

Психопатологическая картина тревожных и депрессивных проявлений у беременных, страдающих заболеваниями, осложняющими роды, отличается в зависимости от наличия сопутствующей хирургической патологии. Качественные изменения психопатологической картины у беременных с заболеваниями, осложняющими роды, осложненные тяжелой неврологической патологией либо хирургической патологией (тяжелый сахарный диабет – например, диабетической стопой), часто обусловлены воздействием как хирургического стресса, различных психотравмирующих

факторов и социальной дезадаптации, так и личностными особенностями. Беременным, страдающим заболеваниями, осложняющими роды, свойствен астенический тип реагирования с депрессивными переживаниями и ипохондрическими включениями, а присоединение неврологической или хирургической патологии у данного контингента больных способствует развитию ригидности аффекта и усилению депрессивно-ипохондрических проявлений. Беременным, которые страдают заболеваниями, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), свойствен высокий суицидальный риск при условии даже неосложненного течения заболевания. Развитие неврологической либо хирургической патологии у данного контингента больных приводит к снижению суицидального риска вследствие нарастания ригидности аффекта в условиях интеллектуально-мнестической недостаточности.

Беременные с непсихотическими психическими расстройствами, страдающие заболеваниями, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы) и имеющие неврологическую либо хирургическую патологию, нуждаются в проведении лично-ориентированной клинко-психопатологически обоснованной психофармакотерапевтической коррекции указанных болезненных проявлений. Необходимо также квалифицированное проведение реабилитационных мероприятий на различных этапах долечивания указанных больных с привлечением всего арсенала методик медико-психологической психотерапевтической реабилитации.

Большинству беременных с заболеваниями, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы), в сочетании с наличием тревожной и депрессивной симптоматики необходимо получать высококвалифицированное лечение в условиях специализированных отделений областных лечебных учреждений.

На наш взгляд, для разработки оптимальных диагностических, терапевтических и профилактических подходов при ведении таких пациенток необходимым является изучение не только клинко-психопатологических, но и психодинамических особенностей указанных расстройств. Понимание психодинамических механизмов такой психологии решения вопросов более точной ее клинической систематики, эффективной психотерапии и профилактики [6; 9].

Целью настоящего исследования является изучение психодинамических особенностей тревожно-депрессивных расстройств у женщин во время беременности, у которых имеются заболевания, осложняющие роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы).

Основные задачи исследования:

- разработка полуструктурированного интервью для изучения психопатологического процесса при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у указанной группы женщин во время беремен-

ности;

- ретроспективная психодинамическая оценка истории жизни и составление характеристики психодинамических особенностей каждого случая;

- выделение основных вариантов психодинамической и клинической структуры тревожно-депрессивных расстройств у женщин в период осложненной беременности.

Теоретическим обоснованием исследования послужила центральная концепция психоанализа о динамическом бессознательном, в соответствии с которой поведение человека детерминировано бессознательным компульсивным повторением опыта ранних объектных отношений.

Еще Зигмунд Фрейд ввел термин «невроз тревоги» и описал два вида тревоги. С 1926 г. представления о происхождении тревоги были пересмотрены в соответствии со структурной теорией: тревога рассматривалась как сигнал инстинктивной опасности, исходящей от бессознательного. [4-6].

Нейрофизиологические исследования представляют тревогу как болезненное состояние, обусловленное биологическими патогенетическими факторами, однако понимание бессознательных истоков тревоги крайне важно для психодинамически ориентированных психиатров и психотерапевтов для более тонкой клинической систематики и применения психоаналитической психотерапии [4-6].

Классическими, с позиции периодизации тревоги, самыми примитивными формами ее являются персекуторная тревога и тревога дезинтеграции. При первичной тревоге, характерной для кляйнианской параноидно-шизоидной позиции, персекуторные объекты угрожают внедрением и разрушением пациента изнутри. Тревога дезинтеграции происходит либо от страха потери ощущения «Я» или собственных границ при слиянии с объектом, либо вследствие беспокойства в связи с ощущением фрагментации или потери интеграции в отсутствие идеализирующего ответа окружения [6].

Следующий уровень развития представлен страхом потери значимого объекта и обычно проявляется в так называемой сепарационной тревоге, т. е. тревоге, связанной с сепарацией (отделением, разлукой) со значимым объектом.

Тревога, сопряженная с эдипальной фазой развития, — кастрационная тревога — вызвана устрашающими бессознательными фантазиями о возможной потере или повреждении гениталий родителем-соперником и может быть выражена в страхе потери любой другой части тела или физического благополучия.

Последующий этап развития представлен тревогой, связанной со страхом потери любви или одобрения значимого объекта (изначально родителя или заменяющего его лица, осуществляющего заботу о ребенке).

Тревога, связанная с супер - Эго, представляет собой наиболее зрелый уровень психосексуального развития и основана на переживании чувства вины или

понимания нарушений внутренних моральных стандартов супер-Эго.

Для определения типа тревоги (в психодинамическом смысле) применяли психодиагностическое полуструктурированное интервью, в котором с помощью прояснения, конфронтации, интерпретации, анализа типа психологических защит и характера взаимодействия между пациенткой и исследователем оценивали структуру личности — невротическую, психотическую или пограничную.

Это интервью включало ряд вопросов, направленных на изучение особенностей ранних объектных отношений, Эго-идентичности, типа основного психодинамического конфликта и особенностей полоролевой идентичности пациенток. В результате оценивали: характеристики Эго — сила-слабость, защитные механизмы и конфликты, взаимоотношения эго и супер-Эго; качество объектных отношений: отношения в родительской и собственной семье, паттерны переноса — контрпереноса, особенности внутренних объектных отношений; характеристики «Я» (сэлф): самооценка и целостность, границы и непрерывность [4-6].

Материалы и методы исследования. За три года было проведено исследование тревожных и депрессивных расстройств у женщин во время беременности с использованием полуструктурированного психодинамического интервью. Основную группу составили 61 беременная с указанными осложнениями и наличием тревожных и депрессивных расстройств, группу сравнения — 30 беременных без патологии психоэмоциональной сферы.

Результаты исследования. Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту, сроку беременности, спектру акушерской патологии, течением заболеваний, осложняющих роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы). Средний возраст в основной группе составил 27,5 года, в группе сравнения — 28,9 года. Срок беременности в обеих группах соответствовал второму триместру, акушерская патология была представлена угрозой преждевременного прерывания беременности.

У женщин основной группы были диагностированы тревожные расстройства, включая расстройство адаптации с тревожно-депрессивной симптоматикой (диагностические рубрики МКБ-10 F 40.0-41.1) и N=30 (50,2 %) и смешанные тревожно-депрессивные расстройства (F41.2 и F43.22) N=31 (50,8 %). В группе сравнения у беременных женщин, обследованных по аналогичной методике, никакой психоэмоциональной патологии не выявлено.

Результаты анализировали с учетом синдромологического диагноза, нозологического диагноза, характеристик личности, оценки действия стрессовых факторов и уровня социально-психологического функционирования. Психодинамическую диагностику проводили на основе оценки пациенток с точки зрения основных теоретических концепций психодинамической психологии.

При оценке Эго анализировали силу Эго по показателям

устойчивости социальных отношений — рабочих, личных; способность отличать внутренние психологические и внешние проявления; способность контролировать аффективные импульсы; толерантность к фрустрации; способность предвидеть и учитывать последствия своих действий.

Важным компонентом исследования была оценка механизмов психологической защиты. У пациенток основной группы они были представлены в большей мере невротическими защитами: подавленностью, смещением, реактивным образованием, изоляцией аффекта, аннулированием, соматизацией, конверсией; в некоторых случаях сопутствующих личностных расстройств наблюдались расщепление, проекция, проективная идентификация, идеализация и обесценивание. В группе сравнения встречались перечисленные невротические механизмы психологической защиты, однако чаще преобладали адаптивные ее механизмы — вытеснение, сублимация, альтруизм и хорошее чувство юмора. Характеристики супер-Эго включали параметры гибкости, гармоничности отношений эго и супер-Эго, реалистичности идеалов, наличия антисоциальных тенденций. В основной группе достоверно чаще у пациенток наблюдались жесткое и ригидное супер-Эго, низкая толерантность к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий.

Качества объектных отношений оценивали в контекстах взаимоотношений в детстве, реальных и переносных элементов отношений с исследованием и актуальных отношений в микросоциуме. Определяли степень зрелости отношений, степень интеграции противоположных аффектов в отношениях со значимыми другими, наличие функциональных или целостных объектных отношений, константность объекта и толерантность к сепарации. В основной группе достоверно чаще, чем в группе сравнения (N=54 (88,5 %) и N=6 (20%)), констатировались неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, распространенность незрелых, функциональных взаимоотношений.

Динамическая оценка «сэлф» пациенток строилась на анализе устойчивости и целостности в случаях критики или пренебрежения со стороны друзей или коллег, степени потребности в одобрении. Важные характеристики сэлф давал анализ самовосприятия, самооценки и идентичности, восприятия своего тела, связи между телесным и психологическим функционированием. В основной группе отмечались более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостаточного внимания, более хрупкая самооценка, недостаточно зрелая идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

При комплексном анализе психодинамических конфликтов, характерных для тревожных расстройств, выделены общие психодинамические признаки трех

основных типов.

1. Конфликты сепарации — индивидуации, зависимости — независимости; выявлены у 36 (59 %) беременных женщин: F 40.0-41.1 — N=19 (31,14 %); F41.2-F43.22 - N= 17 (27,86 %).

2. Конфликты, связанные с трудностью или невозможностью признания, управления и совладания с выражением собственных чувств гнева и агрессии;

обнаружены у 14 (22,95 %) беременных: F40.0-41.1 — N=8 (13,11 %); F41.2, F 43.22 - N= 6 (9,8 %).

3. Конфликты, связанные с сексуальностью и ощущением опасности сексуального возбуждения; наблюдались у 9 (14,75 %) беременных женщин: F 40.0-41.1 - N= 4 (6,6 %); F41.2-F43.22 - N=5 (8,2 %).

Полученные данные в сравнении с результатами в группе здоровых беременных представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распространенность психодинамических конфликтов

Группа	Конфликты сепарации - индивидуализации, зависимости - независимости	Конфликты, связанные с выражением чувств гнева и агрессии	Конфликты, связанные с сексуальностью
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0-41.1), N=30	N=19 (31,14%)	N=8(13,11%)	N=4 (6,6 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2 и F43.22), N=31	N=17 (27,86%)	N=6 (9,8%)	N=5 (8,2 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, N=30	N=5 (16,6%)	N=3(10%)	N= 3 (10%)
P]-2	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Полученные данные свидетельствуют о достоверно более высокой распространенности основных психодинамических конфликтов у пациенток основной группы, и обосновывают целесообразность применения у них психодинамической психотерапии.

Установлено, что в формировании предрасположенности к развитию симптомов тревожных и тревожно-депрессивных расстройств играли роль травматичные для событий в детстве особенности основных периодов психосексуального и социального развития. Так, у 35 (57,37 %) женщин основной группы выявлена ранняя сепарация или утрата объекта, в группе же сравнения аналогичные особенности обнаружены только у 3 (10%) пациенток. Эмоциональная депривация в возрасте до 3 лет, связанная с передачей на воспитание бабушке или с ранним (до года) помещением в ясли из-за учебы или рождения сиблинга и другими социально-бытовыми причинами, в основной группе диагностирована у 26 (42,62%) беременных, а в группе сравнения - у 4 (13,3 %), развод родителей в возрасте до 7 лет в основной группе имел у 14 (22,95 %), в группе сравнения — у 5 (16,6 %) пациенток.

Психосоциальные стрессогенные факторы, участвующие в формировании психодинамической осно-

вы тревожно-депрессивных расстройств выделены в следующие группы (табл. 3):

- потеря матери или отца, либо заменявшего их лица;
- ранние разлуки с матерью или заменяющим ее лицом;
- раннее помещение в ясли или детский сад;
- рождение сиблингов;
- недостаток внимания и конкретного присутствия матери в жизни ребенка;
- неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью;
- частая смена места жительства в раннем возрасте;
- психические или соматические болезни матери, ставшие причиной ранней депривации.

Представленные результаты свидетельствуют о практически равномерном распределении и частой встречаемости стрессогенных факторов. Следует отметить сочетание нескольких стрессогенных факторов у одних и тех же пациенток с тревожными и депрессивными расстройствами. На основании полученных данных можно строить стратегии профилактики тревожных и депрессивных расстройств.

Распространенность стрессогенных факторов, диагностируемых у беременных при психодинамическом исследовании

Группа	Психосоциальный стрессогенный фактор							
	Утрата матери или отца	Ранние разлуки с матерью	Раннее помещение в детское учреждение	Рождение сиблингов	Недостаток внимания матери	Неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью	Частая смена места жительства	Психические или соматические болезни матери
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0-41.1), N=30	4 (3,3 %)	16 (53,3 %)	24 (80 %)	17 (56,6 %)	26 (86,6 %)	23 (76,7 %)	8 (26,7 %)	9 (30 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2 и F43.22), N=31	5 (16,1%)	14 (45,2 %)	25 (80,6 %)	15 (48,4 %)	25 (80,6 %)	23 (74,2 %)	9 (29 %)	11 (35,5 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, N=30	0	3 (10 %)	4 (13,3 %)	5 (16,6 %)	6 (20 %)	5 (16,6%)	2 (6,6 %)	3 (10%)
P,-2	p<0001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Обсуждение результатов. Психодинамическая диагностика у беременных с заболеваниями, осложняющими роды (отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы) и с тревожно-депрессивными расстройствами невротического уровня позволила выявить определенные психодинамические характеристики, сопровождающие указанные расстройства.

У пациенток основной группы чаще всего встречался конфликт индивидуализации-сепарации, реже — конфликты, связанные с агрессивностью и сексуальностью. У этих женщин выявлялись более жесткое и ригидное супер-Эго, снижение толерантности к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий. При тревожных и депрессивных расстройствах чаще, чем в группе сравнения, наблюдалась неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, незрелые, функциональные взаимоотношения, более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостатка внимания. Многим пациенткам основной группы были присущи хрупкая самооценка, недостаточно зрелая или диффузная идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

Анализ стрессогенных факторов в анамнезе показал достоверно большую их распространенность и более высокую частоту встречаемости и сочетаемости в основных подгруппах.

Таким образом, установлены общие психодинамические особенности, клинически очерченные психодинамические характеристики личности, преимущественные типы механизмов психологической защиты, виды психодинамических конфликтов, распространенность стрессогенных факторов при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у беременных женщин. Эти сведения помогут глубже понять механизм тревожных расстройств, усовершенствовать их диагностику и разработать эффективные психотерапевтические подходы.

Литература:

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. Петрозаводск, 2004. 350с.
2. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение». М: ГЭОТАР-МЕД. 2004. С. 66–73.
3. Михайлов Б.В., Боро М.П., Каузе Р.. «Психодинамическая психотерапия». Донецк. «Капитан» 2009
4. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции.- М.: Владос, 1999.- 256с.
5. З. Фрейд. Лекции по психоанализу. Лекция 31.стр.334-349 М.
6. З. Фрейд " Я и ОНО" М.: Владос, 1998.- 324с.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО РІВНЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ ВАЖКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ПРОТЯГОМ ВАГІТНОСТІ - ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ПІДХІД

М.П. Бєро, С.Я.Бєро

У статті розглянуто особливості формування тривожно-депресивних розладів у вагітних з захворюваннями, які ускладнюють пологи (набряки та гіпертензивні розлади, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози) і можливості застосування психодинамічного підходу для їх діагностики та лікування.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, вагітні жінки, психодинамічний підхід, психосоціальні стресогенні фактори, цукровий діабет, психоневрологічна допомогу

FEATURES OF FORMATION OF ANXIETY -DEPRESSIVE FRUSTRATION AT THE NEUROTIC LEVEL OF THE PREGNANT WOMEN, SUFFERING THE HEAVY SOMATIC FRUSTRATION COMPLICATING THE COURSE OF PREGNANCY- THE PSYCHODYNAMIC APPROACH

M. P. Bero, S.J. Bero

Features of formation of anxiety -depressive frustration among the pregnant women, suffering by the diseases, complicating childbirth (edema and hypertensive disorders, a diabetes, illnesses of a thyroid gland) and possibilities of application of the psychodynamic approach for their diagnostics and treatment in the article are considered.

Keywords: anxiety -depressive frustration, pregnant women, the psychodynamic approach, psychosocial stressfull factors, a diabetes, the psychoneurological help

УДК 612.172.2-02:616.12-008.331.1

А.Н. Дзюба, Е.В.Бушинская, Е.И. Тарновецкая, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутин
ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МОЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, симпатическая, парасимпатическая системы, временной и спектральный анализ

Материалы большинства популяционных исследований свидетельствуют о том, что в начале XXI столетия сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются основной причиной инвалидизации и смертности населения, в частности, в работоспособном возрасте. Всякое обследование пациента может иметь две основные цели: уточнение информации о его состоянии на момент обследования (диагностическая цель) и предсказанию того, как будет меняться состояние пациента в будущем (прогностическая цель). Любой анализ и любое исследование служат либо одной из этих целей, либо обеим. Изучение диагностической и прогностической значимости проводится по-разному. Диагностическая значимость исследования определяется тем, насколько верно его результаты характеризуют состояние исследуемой системы в организме каждого конкретного пациента. Прогностическая значимость определяется тем, для какого процента пациентов с данным результатом исследования будет сбываться то или иное предсказание. Поэтому для выяснения диагностической ценности получаемых данных необходимы исследования с высокой степенью точности у каждого пациента, а при исследовании прогностической значимости необходимо получать точные статистические характеристики, изучая большие популяции. Далеко не всегда одни и те же параметры одинаково хорошо служат этим двум целям [1; 2; 3; 4; 5]. За последние десятилетия получено много доказа-

тельств связи между состоянием вегетативной регуляции ритмической деятельности сердца и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний [6; 7].

Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека и животных, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [8].

Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом реакции многоконтурной и многоуровневой системы регуляции кровообращения, изменяющей во времени свои параметры для достижения оптимального приспособительного ответа, который отражает адаптационную реакцию целостного организма [9].

Адаптационные реакции индивидуальны и реализуются у разных лиц с различной степенью участия функциональных систем, которые обладают, в свою очередь, обратной связью, изменяющейся во времени и имеющей переменную функциональную организацию. Метод ВСР основан на распознавании и измерении временных интервалов между R-зубцами ЭКГ (R-R-интервалы), построении динамических рядов кардиоинтервалов и последующем анализе полученных числовых рядов различными математическими методами.