

вага при народженні (менше 2500 г), низька оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилини (менше 6 або менше 7), гестаційний вік при народженні менш 37 тижнів, родопомічні операції в акушерському анамнезі.

Робиться припущення, що біологічні механізми, що лежать в основі РСА, з одного боку, включають в себе появу нових мутацій в яйцеклітинах і сперматозоїдах батьків, пов'язаних зі старінням їх організмів, з іншого боку — нерозривно пов'язані зі змінами в генетичному імпринтингу, що збільшує ймовірність таких мутацій і знижує можливість регенерації генів. Пізній вік матері та/чи батька дитини на момент запліднення, зачаття шляхом екстракорпорального запліднення не тільки безпосередньо підвищують ризик захворювання дитини РСА, але і збільшують ризик народження дитини з низьким гестаційним віком і гіпоксично-ішемічним ураженням мозку. Недоношеність і гіпоксично-ішемічне ураження мозку в свою чергу можуть збільшувати генний поліморфізм і експресію генів, підвищуючи ризик розвитку РСА.

УДК 616.85-008.47-092-084

Марута Н. О., Кутіков О. Є.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

АНТРОПОЛОГІЧНА ПОЛІТИПОВІСТЬ ТА ЕТНОГЕНЕТИЧНІ ЧИННИКИ У ДОСЛІДЖЕННІ МЕХАНІЗМІВ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ

Дослідження ролі психологічних, клініко-психопатологічних, соціоекономічних чинників у механізмах формування невротичної патології є необхідною передумовою для розуміння її патогенезу з метою підвищення якості лікування та профілактики ускладнень. Крім того, останнім часом привертає увагу в цьому аспекті фактор антропологічної політиповості. У низці країн зі значним рівнем расової та етнічної гетерогенності населення (США, Канада, Велика Британія, Австралія та ін.) вже кілька десятиліть при дослідженнях у галузі психоневрології проводиться оцінка етногенетичних характеристик людини, яка продемонструвала їх вплив на особливості ризику, захворюваності, діагностики, перебігу й тактики лікування низки неврологічних та психіатричних патологій, що було доведено як на рівні великих рас, так і на рівні невеликих антропологічних типів у країнах Європи та Азії. У той же час, щодо населення України — проблема впливу етногенетичних характеристик пацієнтів та популяцій у цілому на формування психоневрологічних розладів лишається недослідженою.

Актуальність цієї проблеми в Україні обумовлюється цілою низкою чинників. До них належать: складна етногенетична історія формування сучасного населення України; різноманітність антропологічних типів, що входять до його складу; регіональні демографічні особливості; значний відсоток нащадків змішаних шлюбів у тому чи іншому поколінні, а іноді і в кількох поколіннях відразу; бурхливе збільшення останнім часом етногенетичної гетерогенності населення України внаслідок збільшення кількості мігрантів з-за кордону і виникненням у структурі населення нашої країни помітних етногенетичних груп, раніше не властивих для цієї території.

Поряд з тим фактом, що в Україні проживають представники більш ніж 130 різних етносів, антропологічна гетерогенність посилюється й завдяки тому, що до складу власне етнічних українців, як і до складу кожного великого етносу, входять кілька локальних антропологічних типів. За різними класифікаціями таких типів налічується від 5 до 7. Так, згідно з В. Д. Дяченком (1965), виділяють центральноукраїнський, нижньодніпровськопруський, верхньодніпровський, поліський, карпатський, динарський та дунайський антропологічні типи, що характеризуються досить чітко окресленими комплексами морфологічних ознак та переважним поширенням в окремих регіонах країни. Тобто, будучи достатньо однорідним з етнокультурної точки зору, український етнос є різноманітним антропологічно. Через те, що антропологічні характеристики є чинником біологічним та успадковуються генетичним шляхом, вони можуть частково, або навіть повністю не збігатися з тими характеристиками, які вважаються притаманними національній групі, до якої відносить себе людина. Тому важливою є оцінка антропологічної складової шляхом включення до комплексу методів обстеження антропометричних та антропоскопічних методів.

Вищезазначене обумовлює необхідність вивчення місця та ролі у формуванні та перебігу психоневрологічної, і зокрема невротичної, патології етногенетичних характеристик як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

УДК 616.85-092:615.851

*Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О., Семікіна О. Є.,
Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю.*

*ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

СУЧАСНІ МЕХАНІЗМИ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Невротичні розлади є найбільш чутливими з усіх форм психічної патології до постійних змін в соціально-економічній, соціально-психологічній, екологічній та інших сферах життя.

Тому метою даного дослідження стало вивчення впливу сучасних психогенних чинників на основні ланцюги патогенезу невротичної хвороби та визначення найбільш ефективних напрямків їх психотерапевтичної корекції.

Для досягнення мети було обстежено 60 хворих з різними формами невротичних розладів (55 з тривожно-фобічними, 37 з неврастенією, 31 з диссоціативними розладами, 37 з соматоформною вегетативною дисфункцією).

Обстеження мало комплексний характер, включало клініко-психопатологічний метод, доповнений анкетною «Анкета характеристик факторів психічної травматизації» і комплекс патопсихологічних методик (Марута Н. О. з співавт., 2008).

Комплексне обстеження хворих дозволило визначити особливості неврозогенезу, як процес впливу факторів психічної травматизації на особистісні особливості з наступними порушеннями в ціннісно-смысловій сфері (наявність внутрішньоособистісного конфлікту в сфері здоров'я, життєвих цінностей), в реалізації копінг-стратегій (переважання копінг-стратегій, орієнтованих на емоції), у сфері соціально-психологічної адаптації (переважно дезадаптація, емоційний дискомфорт, уникнення вирішення проблем); в сфері факторів соціальної фрустрації (незадоволеність відносинами в родині; умовами професійної діяльності; становищем в соціумі; проведенням дозвілля; способом життя; сферою побутового обслуговування); у сфері міжособистісних відносин (уникнення контактів з людьми, емоційна дистанція від оточуючих або бажання відігравати провідну роль у відносинах). Вплив чинників психічної травматизації на особистість призводить до формування у хворих високого рівня невротизації і клінічних проявів (вегетативних порушень, невротичної депресії, obsесивно-фобічних порушень, астенії, тривоги і т. ін.)

З урахуванням виявлених особливостей було визначено напрям психотерапевтичного впливу. В рамках психотерапевтичного процесу нами була обрана групова форма терапевтичної роботи, тому що саме при груповій психотерапії мають місце умови інтенсивного психологічного впливу на всі площини особистісного функціонування (в ціннісно-смысловій сфері, у реалізації копінг-стратегій, у сфері соціально-психологічної адаптації, у сфері чинників соціальної фрустрації та незадоволеності, у сфері міжособистісних відносин) (Б. Д. Карвасарський, 2005).

Групова психотерапія мала короткостроковий характер і проводилася протягом 15—16 групових сесій, тривалістю 90 хв. кожна. Цей варіант групової психотерапії обумовлений рамками перебування пацієнта в стаціонарі: середня тривалість перебування в стаціонарі становить 22—24 дні. Заняття проводилися щодня, 5 разів на тиждень. Групи комплектувалися з 9—11 осіб.

Психотерапевтичний процес короткострокової групової особистісно-орієнтованої психотерапії включав 4 стадії:

— початкова стадія — спрямована на розвиток первинної мотивації в учасників групи (тривалість — 2 групові сесії);

— стадія виявлення конфлікту — спрямована на допомогу учасникам групи усвідомити витоки тривоги і говорити про це, способи психологічного захисту та опору активної участі в групі і обговорення їх; навчання учасників відкрито виявляти конфлікти в групі і вирішувати їх; навчання учасників брати на себе частину відповідальності за напрям роботи групи (3 групові сесії);

— активна стадія — спрямована на продуктивний аналіз проблем учасників і реальну зміну особистості учасників та їх поведінки. Тривалість продуктивної стадії становить 10 групових сесій. У кожному конкретному випадку підбір технічних прийомів проводиться індивідуально, в залежності від характеру проблем кожного пацієнта, від особливостей чинників психічної травматизації і форми невротичного розладу;

— завершальна стадія — спрямована на закріплення результатів психотерапевтичного процесу (1 групова сесія), суть якого полягає в тому, що кожен учасник здатний реалізовувати в своєму житті інформацію та навички, отримані в процесі лікування.