

ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44-056.7

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НАСЛЕДСТВЕННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В СУИЦИДОГЕНЕЗЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДА ГОЛОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ МИКРОСКОПИИ

Е. А. Акименко

*Областная психиатрическая больница № 1,
с. Стрелечье, Харьковская область**Ключевые слова:* шизофрения, суициды, наследственная отягощенность

Суицид — наиболее частая причина преждевременной смерти больных шизофренией. Риск суицида для этих пациентов составляет 10—13 % и приближается к таковому при аффективных расстройствах. Наличие суицидальных попыток в прошлом является обыденным явлением для жертв суицида, страдающих шизофренией (почти у 75 % больных имеются указания на попытку суицида в анамнезе). Способ суицидальных действий часто повторяет предыдущий. Соотношение больных шизофренией мужчин и женщин, совершивших суицид, выглядит гораздо меньше, чем в общей популяции (3 : 2 — среди больных и 4 : 1 — в общей популяции). Активный параноидный процесс увеличивает риск суицида, в то время как негативные симптомы его снижают. Вероятность суицида среди больных шизофренией уменьшается с возрастом.

Цель исследования — изучение роли наследственной отягощенности у больных шизофренией, совершивших суицидальные попытки.

Методы исследования: генетические (генеалогический, определение фенотипа, физиогномика, дерматоглифика), метод голографической интерференционной микроскопии.

У больных шизофренией суицидальные действия редко провоцируются стрессовыми ситуациями, употреблением алкоголя, социально-экономическим неблагополучием, т. е. внешними агентами. Главенствующую роль в суицидогенезе при этом играет наследственная отягощенность психическими заболеваниями, алкоголизмом, суицидами. Также наблюдается увеличение в преморбиде частоты психастенического, эпилептоидного и шизоидного типов акцентуаций личности. Генотипические особенности больных шизофренией обуславливают превалирование рецессивного фенотипа, который способствует более легкой дезадаптации с развитием психического расстройства и высоким риском суицидального поведения.

Метод голографической интерференционной микроскопии эритроцитов периферической крови продемонстрировал грубые нарушения формы и поверхностного рельефа эритроцитов у больных шизофренией, что свидетельствует о генетическом дефекте эритроцитарного пула при шизофрении.

УДК: 316.61-058.862

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Т. А. Алиева

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования**Ключевые слова:* подростковый возраст, дезадаптация, коррекция, критерии эффективности

В настоящее время проблема социальной дезадаптации детей является одной из наиболее актуальных в Украине. На ранних этапах подростковой дезадаптации наиболее важным является разработка методов коррекции и реабилитации.

Дезадаптация — результат внутренней или внешней (иногда комплексной) дегармонизации взаимодействия

личности с самим собой и обществом, проявляющийся во внутреннем дискомфорте, нарушениях деятельности, поведения и взаимодействия личности.

Детская дезадаптация воспринимается как трудно-воспитуемость — сопротивление ребенка целенаправленному педагогическому воздействию, вызванное самыми разными причинами: просчеты воспитания; особенности характера и темперамента; личностные характеристики.

Симптомы школьной дезадаптации могут и не сказываться отрицательно на успеваемости и дисциплине учащихся, проявляясь либо в субъективных переживаниях школьников, либо в форме поведенческих нарушений, а именно: неадекватные реакции на проблемы и стрессы, связанные с нарушением поведения, возникновением конфликтов с окружающими, внезапного резкого спада интереса к учёбе, негативизма, повышенной тревожности, с проявлениями признаков распада навыков учебной деятельности.

Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что проблема дезадаптации в подростковом возрасте проявляется в основном в учебной деятельности, т. е. в неуспеваемости. Анализ дезадаптации, в зависимости от степени распространения в областях жизни и деятельности, послужил основой для построения дифференцированной психологической коррекции. Выделяя степень распространенности дезадаптации (узкую, распространённую и широкую), можно более эффективно внедрить психокоррекционные мероприятия, позволяющие адаптировать детей в условиях социального окружения.

Соответственно стратификации условий дезадаптации дифференцировалась коррекционная программа, в виде тренинговых, индивидуальных и групповых занятий.

УДК 616.895.4

ВАРІАНТ ПЕРІОДИЗАЦІЇ ЕТАПІВ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ

Н. А. Байбарак

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків**Ключові слова:* рекурентний депресивний розлад, етапи перебігу

Депресивні розлади є одними з найбільш соціально значущих психіатричних проблем сьогодення, зокрема, дослідників, лікарів-практиків та пацієнтів цікавить питання прогнозу при цьому розладі. Одним із підходів до вирішення цієї проблеми може бути адекватна та точна періодизація етапів перебігу рекурентного депресивного розладу. У попередніх публікаціях ми (Підкоритов В. С., Чайка Ю. Ю., 2003; Чайка Ю. Ю., Н. А. Байбарак, 2005, 2008.) повідомляли про перспективність періодизації перебігу рекурентного депресивного розладу зглядаючись на зміни клінічної структури ремісії. Як модель, прототип нами була взята концепція Е. Я. Штернберга (1981) стосовно шизофренії. Ним, на прикладі шизофренії, було виявлено поступове, із перебігом хвороби, спрощення синдромальної структури загострень із ускладненням синдромального складу ремісії, погіршенням їх якості. При рекурентній депресії для періодизації її перебігу найбільш значущими виявилися виникнення в ремісії стійкого дистимічного, адинамічного, іпохондричного радикалів афекту.

На початковій стадії дослідження цієї проблеми (2003 р.) нами, на матеріалі аналізу 51 рандомізованого випадку було виділено 3 типи перебігу рекурентного депресивного розладу. Перший тип проявився фазно-ремісійним перебігом з раннім маніфестом, із тривалими, по 10—15 років інтермісіями високої якості на початку хвороби, переважно спостерігався у жінок. Може вважатися сприятливим, бо висока якість ремісії (початкова стадія хвороби) триває в середньому 25 років. Другий варіант проявляється фазно-