

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-

ремісійним перебігом з віддаленим (близько 45-річного віку) маніфестом, теж спостерігається переважно у жінок. Фази чітко окреслені, їх структура на початковій стадії тужливо-тривожна або депресивно-параноїдна. Ремісії в перші 1,5 десятиріччя хвороби тривалі, але мають згладжені астено-тривожні коливання емоційного фону. У подальшій стадії в ремісіях спостерігається наростання хвилеподібних коливань астено-тривожно-дистимічного афекту. Третій тип перебігу характеризується хвилеподібно-фазним перебігом та маніфестує як в молодому віці, так і в більш пізньому, спостерігається в осіб обох статей приблизно із однаковою частотою. Структура фаз відрізняється складністю, власне афектна симптоматика супроводжується коморбідними їй фобічними, іпохондричними або істероформними симптомами. Ремісії з початку хвороби нетривалі, супроводжуються згладженими астено-тривожними та астено-дистимічними коливаннями афекту. Продовження хвороби при цьому типі перебігу проявляється зникненням фаз та хвилеподібним перебігом астено-тривожно-апатичного афекту із виходом у континуальний дистимічно-іпохондричний афект та зміни особистості за сутяжно-кверулянтним варіантом. Пізніше, в 2005 р., при аналізі більшої вибірки досліджуваних додатково був виділений 4-й, «континуальний» тип перебігу, що починається в осіб переважно жіночої статі з преморбідю із згладженими сезонними коливаннями настрою, маніфестує та підтримується психотравмуючими ситуаціями. Одна окреслена фаза у маніфесті хвороби трансформується в безперервний тип перебігу. Останні 2 варіанти перебігу є несприятливими.

Таким чином, стать пацієнта, вік початку хвороби, закономірності клінічної динаміки фазоутворення та формування ремісій є предикторами сприятливості або несприятливості прогнозу перебігу рекурентного депресивного розладу, і можуть бути основою для формування стратегії лікувально-реабілітаційного процесу.

УДК 616.895.4

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МАТЕРЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

А. Н. Бачериков

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины», г. Харьков*

Ключевые слова: депрессивное расстройство, матери несовершеннолетних детей

Актуальность исследования связана с тем фактом, что депрессивное расстройство матери оказывает большое влияние на развитие ребёнка.

Изучение клинико-психопатологической картины было проведено у 75 женщин, страдающих депрессивными расстройствами, которые имеют несовершеннолетних детей.

В анамнезе выявлена высокая частота злоупотребления алкоголем у отцов наших пациенток (61,3 %). У 14,7 % из них алкоголем злоупотребляли как отец, так и мать, что оказывало непосредственное влияние на становление личности пациенток.

У больных отмечалась сцепленность различных симптомов депрессивного расстройства: психической и соматической тревоги, идей самообвинения и самоуничтожения, депрессивного настроения, апатии, астении, суицидальных мыслей. Неуверенность в себе, подавленность приводили к появлению подозрительности, необоснованным страхам, замкнутости в себе, внутреннему напряжению, приступам паники (особенно в утренние часы). Важным симптомом, влияющим на формирование внутреннего мира ребёнка, была агитация матери в период депрессивного расстройства. Возникновение проблем у ребёнка (болезнь, неуспеваемость в школе, конфликты со сверстниками) сопровождалось парадоксальной реакцией со стороны их матерей — отсутствие мобилизации с уходом в болезненное состояние. Улучшение психического состояния у больных приводило к восстановлению материнских функций.

УДК 616.89-008.441.44 (477.54)

ЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ У ПОПУЛЯЦІЇ ПСИХІЧНОХВОРИХ У МІСТІ ХАРКОВІ (2008—2009 роки)

А. М. Бачериков, Р. В. Лакінський, Е. Г. Матузок

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: завершений суїцид, психічнохворі

Щорічно в світі реєструється більше 1,4 млн завершених самогубств. За даними офіційної статистики, в Україні здійснюється близько 29 самогубств на рік на 100 тисяч населення, тому за кількістю самогубств Україна входить в групу найменш благополучних країн.

Метою дослідження було проведення статистичного аналізу завершених суїцидальних спроб, що були скоєні у місті Харкові 2008—2009 роках.

На базі даних Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи проведено вивчення деяких статистичних закономірностей суїцидальної поведінки у 396 мешканців міста Харкова. Статистично достовірний максимум завершених суїцидальних спроб у популяції припадає на вік 40—59 років, співвідношення чоловіки/жінки становить 3,31 : 1. Більше половини від загальної кількості суїцидентів, що вкоротили собі віку, загинули у віці 30—59 років. У більш ніж половини з 90,55 % випадків задля здійснення самогубства використовувалися повішення та падіння з висоти. У 40 % суїцидентів під час патоморфологічного дослідження у крові було знайдено алкоголь. Психічнохворі, що на протязі життя зверталися по допомогу до міської державної психіатричної служби у 2008—2009 роках, здійснили близько 8,6 % завершених суїцидів від загальної кількості суїцидентів у місті. Найбільш розповсюдженим різновидом психопатології у суїцидентів були шизофренія, шизотипові та маячні розлади. На другому місці були невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Афективні розлади займали третю позицію.

УДК 616.895.4-055.2-053.2-079

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ ТА ЇХ ДІТЕЙ ІЗ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИМИ ЖІНКАМИ ТА ЇХНІМИ ДІТЬМИ

А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок,

К. В. Харіна, Р. В. Лакінський

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: депресія, жінки та їх діти

Обстежено 50 жінок з депресією (1-ша група) та 60 їх дітей — підлітків та 40 практично здорових жінок, що склали контроль (2-га група) із їх 52 дітьми — підлітками. Середній вік жінок 1-ї групи становив 42,3 роки, у контрольній групі він був 41,87 років.

При порівнянні отриманих даних виявлене таке. У жінок 1-ї групи батько у 7 разів частіше регулярно зловживав алкоголем при порівнянні із батьком жінок з 2-ї групи. Вищу та незакінчену вищу освіту здобули 30 % представниць 1-ї групи та 55,5 % жінок з 2-ї групи. Майже шестеро менше досліджених хворих порівняно із практично здоровими сказали, що мешкають у юридично не зареєстрованому шлюбі. Кількість депресивних жінок, що були офіційно розлучені (26 %), була майже вдвічі вищою у порівнянні із жінками контрольної групи (12,5 %). Значно більша частина депресивних жінок у порівнянні з контролем (40 % проти 28,21 %) демонструвала тенденцію до частішої зміни сексуального партнера. Жінки 1-ї групи перевищували жінок контрольної групи за розповсюдженістю хвороб системи травлення (58 % проти 42,5 %), дихальної (60 % проти 42,5 %), серцево-судинної (10 % проти 5 %), сечостатевої (42 % проти 22,5 %) та ендокринної (30 % проти 12,5 %). На одну депресивну жінку у середньому приходилося 2,14 хронічних захворювань, у той час як на одну не депресивну жінку 1,38. Серед дітей жінок 1-ї групи не мали хронічних захворювань 41,67 %, у 2-й — 51,92 %.