

сімейні чинники можуть надавати як негативний вплив на перебіг шизофренії та соціальну адаптацію хворих при неправильному сприйнятті хвороби і хворого родичами, що сприяє черговому рецидиву, так і надавати вплив шляхом формування соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні (копінг) у відповідь на вимоги, пропонувані оточенням індивідууму, що позитивно відбивається на адаптації пацієнта.

Мета дослідження: на ґрунті системного підходу вивчити закономірності формування порушень сімейного функціонування у жінок після перенесеного психотичного епізоду та розробити комплексну систему їх психокорекції. Вивчити особливості психоемоційного стану жінок після перенесеного психотичного епізоду.

В результаті дослідження встановлено, що реальна вітчизняна клінічна практика не повною мірою відповідає міжнародним рекомендаціям з проведення підтримуючої протирецидивної терапії, здійснюваної після першого психотичного епізоду. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення психіатричної допомоги цієї категорії пацієнтів.

Прийнято звинувачувати пацієнта в припиненні лікування всупереч рекомендації лікаря. Пацієнти не завжди діють неправильно, намагаючись ввести поправку на побічні ефекти або мінімізувати стигму, підбираючи дози або час прийому ліків. Не більше ніж 50 % пацієнтів повідомляють лікарю, що перервали лікування через страх, недовіру або сором обговорювати такі побічні ефекти як збільшення маси тіла або сексуальні проблеми. Більше ніж 70 % пацієнтів описують збільшення маси тіла як сумну подію, що переносять важче, ніж інший побічний ефект. Ожиріння вдвічі підвищує ризик недотримання режиму лікування, особливо у молодих дівчат. Статеві розлади — значиме джерело дистресу і зниження якості життя пацієнтів: 40 % молодих чоловіків і 15 % жінок зізналися в тому, що припинили лікування через них. При цьому 75 % ніколи не обговорювали сексуальні питання з психіатрами.

Лікування хворих, яке проходить в клініках первинного психотичного епізоду, ґрунтується на комплексному підході, який передбачає єдність психофармакотерапії і різних методів психосоціального лікування та психосоціальної реабілітації. Допомога здійснюється поліпрофесійною бригадою фахівців (за участю психіатра, психолога, психотерапевта, соціального працівника, середнього та молодшого медичного персоналу), кожен з яких має свої завдання, скоординовані з іншими членами команди.

УДК 616.45-001.1/.3-055.2:616.133.211

О. А. Варібрис

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Особливості переживання стресу жінками з захворюваннями щитовидної залози

Головною особливістю ендокринних захворювань є порушення продукції гормонів, які регулюють різноманітні фізіологічні процеси та підтримують гомеостаз в організмі людини. Щитовидна залоза (ЩЗ) виробляє тиреоїдні гормони, які відповідають за швидкість перебігу метаболічних процесів, фізичну та розумову активність, сон, масу тіла, роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної систем, впливають на репродуктивну функцію.

Гіпофункція ЩЗ обумовлює нестачу тиреоїдних гормонів та розвиток синдрому гіпотиреозу, тоді як гіперфункція навпаки характеризується їх надмірною продукцією з формуванням стану тиреотоксикозу.

Поширеність гіпотиреозу в Україні становить 22,1, тиреотоксикозу 13,6 на 100 тис. населення. Захворюваність на патологію ЩЗ більшою мірою притаманна жінкам та збільшується з віком.

Найчастішою причиною розвитку гіпотиреозу стає аутоімунний тиреоїдит, менше — стани після оперативного лікування ЩЗ, що супроводжуються її резекцією чи видаленням, а також лікування радіоактивний йодом. Розвиток гіпертиреозу може бути спричинений наявністю дифузного та вузлового токсичного зобу, тиреотоксичної аденоми.

Гіпо- та гіпертиреоз обумовлюють зміни не лише у соматичній сфері, але і відображаються на психічному функціонуванні. Психіатричними масками гіпотиреозу є астено-депресивні стани, когнітивні розлади, тиреотоксикозу — тривожні та тривожно-депресивні синдроми.

Зміни у психічному стані при захворюваннях ЩЗ є облігатними симптомами перебігу хвороби, що робить вивчення медико-психологічних аспектів не менш важливими, ніж соматична терапія.

Жінки з гіпо- та гіперфункцією ЩЗ переживають стрес внаслідок:

- соматичного дискомфорту — неприємних фізичних відчуттів, що є сигналом організменного неблагополуччя;
- суб'єктивного відчуття змін у психічній сфері — сповільнення темпу психічних процесів, загальмованість, зниження настрою, пасивність, астения при гіпотиреозі, та нерівноваженість, емоційна лабільність, висока тривожність — при гіпертиреозі;
- необхідності корекції життєвих планів у зв'язку з хворобою, що обумовлено наслідками захворювання та потребою у лікуванні;
- зміни психосоціального статусу через зниження працездатності, включеності у соціальну взаємодію;
- виникнення напруження у міжособистісних стосунках на тлі психоемоційних зрушень.

Високий рівень стресу у пацієнок з ендокринною патологією вказує на необхідність надання їм медико-психологічної допомоги. Напрямами психологічних інтервенцій мають бути мотивація на лікування та прихильність до терапії, навчання навикам саморегуляції психічного стану, формування критичності до психічних симптомів хвороби як нозологічно асоційованих, фасилітація ресурсного потенціалу пацієнтів, психокорекція неадаптивних форм реагування та поведінки.

УДК 616.89-008.441.44:613.816:616-073.97

О. О. Васильєва

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

Комплексна оцінка неврологічних та енцефалографічних порушень у хворих з проявами аутодеструктивної поведінки (суїцидальні наміри) на фоні синдрому залежності від алкоголю

Сьогодення зі своїми небезпечними екзогенними великомасштабними подіями (екзогенні катастрофи і соціально-воєнні конфлікти) та загрозливими подіями на місцевому рівні (агресія у сім'ї, несприятлива обстановка на роботі, скоєння різних злочинів щодо особистості та інше) чинить психотравмуючий вплив на стан здоров'я

людини. Особливо на людей, які вже мають преморбідні психоневрологічні порушення різного генезу, у тому числі зі станами залежності від алкоголю. Клінічна картина психічних розладів у цієї категорії виражена коморбідними проявами за рахунок токсичної алкогольної енцефалопатії та порушенням адаптивно-регуляторних механізмів ЦНС. В сучасній літературі особливу роль відводиться нейротрофічному фактору (BDNF — *brain-derived neurotrophic factor*) головного мозку в механізмах формування суїцидальної поведінки. Ця гіпотеза базується на тому факті, що дефіцит нейротрофічної підтримки призводить до патології нейронів гіпокампу в період розвитку депресії та формування суїцидальної поведінки. У хворих з синдромом залежності від алкоголю відбувається порушення обміну глюкокортикоїдів та серотонін-дофамінергічної системи, що призводить до зменшення вмісту BDNF, порушення кровообігу в мозку, пароксизмальних станів та змін свідомості та поведінки. Також відомо, що ритми електроенцефалограми (ЕЕГ), які відображають функціональний стан мозку, генеруються тими ж нейрональними системами збудження та гальмування, які беруть участь в обробленні інформації, адаптивно-приспосувальних механізмах, причому найбільший внесок до картини ЕЕГ вносять гальмівні системи кори, гіпоталамуса та гіпокампу.

Метою комплексного дослідження було визначення психофізіологічних механізмів формування депресії та суїцидальної поведінки у хворих з синдромом залежності від алкоголю. Було обстежено 62 хворих з різними проявами депресії та суїцидальними думками. Серед них — 32 хворих з синдромом залежності від алкоголю з різними депресивними проявами посттравматичних стресових розладів та розладів адаптації у вигляді суїцидальної поведінки та 30 хворих з різними психоневрологічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, без суїцидальних намірів. Усім хворим проводили обстеження психічного та неврологічного стану, соматичних систем організму. ЕЕГ-дослідження проводили за допомогою комплексно-діагностичного апарату «Нейрон-СПЕКТР+», та у динаміці — DX-NT-комплексом.

Проведений клініко-неврологічний аналіз виявив найбільш тяжкі неврологічні прояви у хворих обох груп у вигляді трьох провідних синдромів: дискоординаційного, лікворно-гіпертензійного та епілептичного (який був більш специфічним для хворих з суїцидальною поведінкою). Визначено, що провідну роль в нейрофізіологічних механізмах формування суїцидальної поведінки відіграє виснаження основних нервових процесів головного мозку (збудження та гальмування), що проявлялось у схожих змінах на ЕЕГ у хворих з хронічною алкогольною енцефалопатією з/без суїцидальних нахилів — вищим станом активності правої півкулі зі зниженням нормальної активності передніх (лобових, центральних, скроневих) відділів головного мозку з домінуванням β -активності у цих відведеннях; також були виявлені особливості патологічних змін на ЕЕГ у хворих з синдромом залежності та проявами аутодеструктивної поведінки у вигляді суїцидальних спроб — для цих хворих характернішим була наявність дифузних пароксизмів високоамплітудного β -ритму та повільнохвильових коливань, згладження регіонарних відмінностей головного мозку, що свідчило про дисбаланс адаптаційно-судинних регуляторних центрів гіпокампально-гіпоталамічної системи та дисфункцію кортикально-стовбурових шляхів збудження/гальмування головного мозку.

УДК 615.13-004.6:362.17:615.851

Д. А. Волощук

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Клініко-психологічна дезадаптація у родичів хворих на судинну деменцію та її психокорекція

Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції (СД) обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми СД, є тенденція до невпинного збільшення частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн.

До сьогодення часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичів яких хворіють на деменцію практично не розкриті. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення цього питання, дозволили точніше сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції, дозволили вдосконалити методи психологічного обстеження і стали основою для масштабніших і докладніших досліджень.

Мета дослідження: на ґрунті системного підходу вивчити закономірності формування дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та розробити комплексну систему її психокорекції шляхом формування адекватної мотивації догляду за хворим на судинну деменцію. Вивчити особливості психоемоційного стану родичів хворих на судинну деменцію.

На базі «Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я» було обстежено 128 хворих на судинну деменцію та 235 їхніх родичів. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Родичів хворих було інформовано про тему та мету наукової роботи, а також про заходи психокорекції, які проводились в дослідженні. В ході роботи дослідженим неодноразово підкреслювалось, що участь у дослідницькій роботі є цілком добровільною та конфіденційною, та роз'яснювалось право відмови від дослідження.

Впровадження системи медико-психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за хворим на судинну деменцію дозволив зменшити психоемоційне напруження, покращити міжособистісні відносини та гармонізувати стосунки у родині, наблизити зміст та характер переживань до рамок «нормальної реакції горя»; для медичного персоналу — підвищити рівень знань з психології інкурабельного онкологічного хворого, членів його родини та психології медичного працівника, покращити комунікативні навички та вміння застосовувати адекватні стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях, знизити неадаптивне реагування на психотравмуючу та стресову ситуацію.

УДК 616.89-008.441.13-06:616.45-001.1/.3

К. Д. Гапонов

КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер»; Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності

Сучасний період розвитку нашої держави характеризується значною кількістю деструктивно-дестабілізуючих та соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресу.