

Пітик О. М.

ВДНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ВИРАЖЕНІСТЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ГІПОТИРЕОЗ

Щитоподібна залоза є унікальним органом серед залоз внутрішньої секреції, при патології якого неспсихотичні психічні розлади спостерігаються надзвичайно часто. Тиреоїдна дисфункція, а саме гіпотиреоз, супроводжується численними неврологічними та психіатричними розладами, серед яких найбільш відомими є когнітивне зниження і депресія. Однак важливість оцінки взаємодії між мозком, психікою та щитовидною залозою в клінічній практиці часто недооцінюється, і це справляє безпосередній вплив на планування терапевтичних заходів і ефективність лікування щодо пацієнтів з первинним гіпотиреозом.

Було обстежено 132 хворих на первинний гіпотиреоз. У 108 пацієнтів (81,12 % від загальної кількості досліджених) виявлялись різні форми неспсихотичних психічних розладів. Серед психічних порушень переважали астено-депресивні (32,41 %), астеничні (27,78 %), та астено-тривожні розлади (18,52 %). У 23 пацієнтів (12,04 %) виявлено тривожно-депресивний синдром, а у 10 (9,25 %) — іпохондричний синдром.

Оцінку наявності і вираженості психопатологічної симптоматики проводили за допомогою методики SCL-90-R (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики). Оскільки ця методика дає можливість визначити в балах вираженість симптоматики за різними шкалами (соматизація, обсесивність-компульсивність, міжособистісна тривожність, депресія, тривожність, фобії, паранояльні тенденції, психотизм), а також загальний індекс важкості симптомів (індекс GSI) та індекс наявного симптоматичного дистресу (індекс PSDI), вона була найбільш інформативним інструментом під час оцінки наявності та вираженості неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з тиреоїдною патологією.

Результати дослідження показали, що найвищі бали пацієнти набирали за шкалами соматизації ($3,75 \pm 0,12$), депресивності ($3,64 \pm 0,13$), міжособистісної тривожності ($3,45 \pm 0,19$), фобій ($3,25 \pm 0,31$). Високі показники за шкалою соматизації виявляють порушення тілесної дисфункції різних систем організму — серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної, а також головний біль, м'язовий дискомфорт, інші неприємні сенсації в різних частинах тіла, що проявляються у відповідних скаргах пацієнтів. Проявами високих показників за шкалою міжособистісної тривожності є самовідчуження, почуття власної неадекватності, неспокою та вираженого дискомфорту в міжособистісних стосунках. Шкала депресивності виявила наявність дисфорії, ангедонії, зниженого афекту, втрату життєвої енергії та інтересу до життя. Достатньо високі показники за шкалою фобій свідчать про наявність у даних пацієнтів стійких реакцій страху на певні ситуації та об'єкти, що є ірраціональними і неадекватними і призводять до унікальної поведінки. Індекс GSI та PSDI виявились значно вищими в наведеній групі пацієнтів, ніж у гіпотиреоїдних хворих без клінічно значимих психічних розладів (24 хворих із 132).

Отримані результати повинні бути враховані при визначенні лікувальної тактики щодо виявлених порушень як в плані психофармакотерапії, так і при плануванні психокорекційного втручання для корекції основних порушень-мішеней.

УДК 616.895.8-085:006.015.5

Пішель В. Я.*, Полив'яна М. Ю.***, Сотніченко В. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології** (м. Київ)

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ РОДИНИ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ

В останні роки одним з пріоритетних завдань психіатрії є розробка критеріїв якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію. При цьому все більше уваги приділяється взаємозв'язку соматобіологічних та психосоціальних факторів у формуванні та перебігу даного захворювання. Вирішення цих задач неодмінно торкається і сімейного контексту. Встановлення діагнозу «шизофренія» спричиняє негативні процеси в сім'ї хворого: виникає страх, напруження, тривога, почуття невизначеності, порушення міжособистісної комунікації. Сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що призводить до дезадаптації навіть при гармонійних взаємовідносинах. В той же час, родина часто залишається основною структурою, яка підтримує хворого.

Метою дослідження стало вивчення особливостей сімейної взаємодії в родині хворого на шизофренію. За допомогою

опитувальника «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3) було обстежено 112 родичів 1—2 ступеня спорідненості, що мають в сім'ях хворого на шизофренію. Методика FACES-3 дозволила оцінити три найважливіші параметри сімейної поведінки — згуртованість, адаптацію та комунікацію. Серед опитаних родичів було 78 жінок (69,6 %) та 34 чоловіки (30,4 %), серед жінок переважали матері — 49 осіб (43,8 %). Середній вік чоловіків склав $57,5 \pm 2,5$, жінок — $53,3 \pm 0,1$ роки.

Визначено, що приблизно половина опитаних (59 осіб — 52,7 %) доглядає за хворим більше 6-ти років. У 33 (29,5 %) сім'ях за хворим доглядає тільки одна особа. Участь у догляді за хворим бере два та більше родичів у 79 (70,5 %) опитаних. В 9 сім'ях (8,0 %) є ще одна особа, що потребує догляду внаслідок тяжкого психічного чи соматичного захворювання. Серед опитаних родичів 102 (91,1 %) постійно проживають з пацієнтом, і тільки 10 (8,9 %) мають окреме помешкання.

Виявлено такі показники «згуртованості»: на розрізненому рівні — 46 родин (41,1 %), розділеному — 34 (30,3 %), зв'язаному — 18 (16,1 %), зчепленому — 14 (12,5 %). Щодо показника «адаптація», то найбільша кількість родин (49 — 43,7 %) виявилася на хаотичному рівні функціонування, значно менше (27 — 24,1 %) — на ригідному, 21 (18,8 %) — на структурному, 15 (13,4 %) — на гнучкому рівнях.

Шляхом комбінування 4 рівнів згуртованості та 4 рівнів адаптації встановлено, що більшість з досліджених родин (83 — 74,1 %) мають незбалансовану сімейну систему функціонування, тобто поєднують два межові показники одночасно. У пацієнтів, які належали до таких сімей, істотно подовжувався термін госпіталізації за рахунок ослаблення підтримки з боку родичів ($p < 0,05$).

Серед негативних реакцій дисфункціональної сім'ї хворого на шизофренію переважали тривога, неготовність до зміни характеру взаємодії з пацієнтом та побудови нової системи підтримки, наявність завищених або занижених очікувань від хворого, нетерпимість.

Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що взаємодія в сім'ях хворих на шизофренію відбувається з формуванням стабільних, стереотипних комунікативних стилів в рамках тієї або іншої сімейної системи. Ці закономірності зумовлюють характер родинної взаємодії, емоційну атмосферу, виникнення та вирішення сімейних проблем. Інтегральна оцінка типу функціонування сім'ї та адаптації до стресу дозволяє прогнозувати подальший перебіг сімейних стосунків, розробляти методи поетапної диференційованої психокорекції та адаптації для пацієнтів та членів їх родин.

УДК 616.89.02 613.86.70+ 159.923

О. В. Погорелко

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева (м. Полтава)

АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ: НЕОБХІДНІСТЬ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ ЇЇ РОЗВ'ЯЗАННЯ

Актуальність суїцидальної поведінки у всьому світі зростає. Крім того, відбувається істотне збільшення кількості дітей і підлітків до 18 років, які вчинили суїцидальні дії. Між тим, психічне здоров'я дітей визначає здоров'я нації в майбутньому та займає одне з провідних місць у профілактиці психічного здоров'я в усьому світі. У нашій країні з тенденцією до зниження народжуваності, зростання соціальних проблем, загального ослаблення здоров'я населення — ця проблема є однією з пріоритетних.

В останні роки в Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення неспсихотичної психічної патології в структурі психопатології дитячого та підліткового віку, одним з найтяжчих проявів якої є аутоагресивна поведінка (АП). Матеріали ВООЗ, дані статистики та літератури свідчать про значне підвищення рівня АП в останні десятиліття в усіх розвинених країнах світу, включаючи Україну. Одним з найбільш небезпечних аспектів проблеми зростання АП серед населення різних країн світу є виражена тенденція до збільшення суїцидальних спроб та інших не смертельних, еквівалентних форм саморуйнівної активності. Постійне і суттєве збільшення кількості самогубств стало основою для формування в різних країнах світу національних програм з превенції суїцидальної поведінки як загалом в популяції, так і серед максимально вразливих контингентів населення, зокрема, дітей та підлітків.

До того ж, підліткам властива тенденція до повторних суїцидальних дій: за даними деяких авторів, половина суїцидентів дитячого і підліткового віку здійснювали повторний суїцид. Суїцидальну поведінку розглядають часто як результат