

ПСИХОЕНДОКРИННИЙ СИНДРОМ НА ТЛІ ГІПЕРКОРТИЦИЗМУ: НОЗОГЕННА СКЛАДОВА ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин
МОЗ України, Київ

Сформовано нозогенно-диференційовану систему психотерапевтичного супроводу хворих із психоендокринним синдромом на тлі гіперкортицизму з урахуванням рівня вираженості нозогенного впливу 12 чинників.

Ключові слова: психоендокринний синдром, психотерапія, психотравматизація, нозогенія.

Психогенні фактори відіграють значну роль у формуванні сателітних психічних порушень при соматичній патології, значно обтяжуючи її перебіг та формуючи специфічний модус коморбідності, проблема корекції якого стає міждисциплінарною [1–4].

Порушення обміну гормонів кори надниркових залоз є одним із найскладніших варіантів ендокринної патології. Враховуючи високу розповсюдженість станів гіперкортицизму, насамперед через широке використання гормональної терапії у хворих із системними аутоімунними та алергічними захворюваннями, психічні наслідки викривленого ендокринного статусу можуть включатися у комплекс патологічних проявів, обтяжуючи їх (за рахунок дестабілізації перебігу захворювання та порушення комплаєнсу) та драматично знижуючи якість життя (за рахунок накопичення стресу у відповідь на патологічний модус сприйняття психологічно важких аспектів захворювання — нозогеній і детермінованого цим формування сателітних невротичних розладів) [4–6].

Через значну клінічну сепарацію соматичної та психотерапевтичної сфер компетенції своєчасна діагностика психопатологічних розладів у структурі психоендокринного синдрому (ПеС), що формується, є складним завданням для практичної реалізації. Тим не менш клінічний досвід психологічного спостереження за хворими із ендокринною патологією, які перебувають на амбулаторному етапі лікування, вказує на необхідність розробки системи їх психотерапевтичного супроводу, що ґрунтується на спектрі нозогенних чинників психотравматизації.

Метою цього дослідження є формування нозологічно диференційованої системи психотерапевтичного супроводу хворих із ПеС на тлі гіперкортицизму.

Контингент дослідження склали 100 хворих на гіперкортицизм, які лікувалися на базі Укра-

їнського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Середній вік пацієнтів становив $48,63 \pm 2,46$ року. Тривалість захворювання на момент дослідження — від 5 до 15 років.

У дизайні дослідження використовувалися клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, статистичний методи.

При вивченні клініко-психопатологічних варіантів ПеС при гіперкортицизмі, що було проведено на попередніх етапах дослідження в обстежених пацієнтів (аналіз комбінацій медико-психологічних [8] та клініко-психопатологічних [9, 10] характеристик хворих із ПеС на тлі порушень обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз), було встановлено афективний статус, рівні агресії та загальний ступінь прояву окремих психопатологічних порушень. Зазначено, що для ПеС при гіперкортицизмі є характерним поєднання середнього рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму та почуття провини. У структурі станів декомпенсації виділено два типи клініко-психологічного аранжування ПеС: іритативно-меритативний (композиція дратівливості, негативізму та схильності до почуття провини, що призводить до виникнення конфліктів та патологічних реакцій на їх наслідки у вигляді прононсованого почуття провини) та анкіозно-офензивний (композиція тривожності та презентації імпульсивно-конфронтаційних поведінкових та вербальних патернів, що призводить до втрати соціальної підтримки і почуття безпеки, яке інтенсифікує тривожність).

У рамках психодіагностичного дослідження, що включало, зокрема, структуроване психодіагностичне інтерв'ю, спрямоване на виявлення та систематизацію нозогенних предикторів психотравматизації, було виділено такі їх групи:

1) *хронопатологічну* (відповідно до тимчасового періоду перебігу захворювання), що включає групи предикторів психотравматизації:

— ранні (існуючі в періоді часу від моменту первинного звернення по медичну допомогу з приводу поточного захворювання до 6 міс від моменту постановки діагнозу),

— відстрочені (існуючі після 6 міс від моменту постановки діагнозу до моменту діагностики перших соматичних ускладнень захворювання, які потребують самостійної терапії),

— пізні (від моменту діагностики перших соматичних ускладнень захворювання, які потребують самостійної терапії й далі);

2) *інтроспективно-вітальну* (за приналежністю до інтроспективно-ідентифікованих сфер життя хворого), що включає групи предикторів психотравматизації:

— валеоцентричну (включає предиктори приналежності у сфері побоювань за стан здоров'я, фізичний і психічний добробут),

— соціоцентричну (включає предиктори приналежності у сфері побоювань за порушення соціальних взаємовідносин, включаючи сімейні, трудові та економічні),

— агедоністичну (включає предиктори приналежності у сфері побоювань, спрямованих на втрату можливості отримувати задоволення).

У ході дослідження нами визначено роль 12 нозогенних чинників психотравматизації у трьох періодах перебігу захворювання (ступінь їх актуальності відображено у відсотку осіб, що вказують на чинник або його психологічні наслідки як на особливо важкий аспект захворювання; отримані дані подано у форматі (ранній / відстрочений / пізній)).

1. *Формування функціональних і морфологічних порушень* як предиктор психотравматизації при гіперкортицизмі має динаміку інтенсифікуючого характеру (20,0% / 54,0% / 94,0%), що може бути пояснено аналогічно.

2. *Факт наявності хронічного (невиліковного) захворювання* як предиктор психотравматизації при гіперкортицизмі має динаміку редукуючого характеру (78,0% / 40,0% / 30,0%), що можна пояснити тривалою інтроспективною адаптацією до нозогенії за умови відсутності гарантованих ефектів лікування.

3. *Обмеження фізичної активності* — як у перспективі розвитку захворювання, так і фактичне — може бути об'єднане в один предиктор психотравматизації, який має при гіперкортицизмі характерний ремітуючий тип динаміки (62,0% / 42,0% / 52,0%), що може бути зумовлено наявністю благополучного періоду на відстроченому етапі перебігу захворювання, закінчення якого виступає нозогенним чинником.

4. *Наявність обтяжливо пережитих симптомів захворювання* при гіперкортицизмі інтенсифікує

тип його динаміки (34,0% / 46,0% / 58,0%), що може бути пов'язано з наростанням ступеня соматичних проявів, які спричиняють дискомфорт у міру прогресування захворювання.

5. *Необхідність терапії препаратами з вираженими побічними ефектами*, які негативно позначаються на стані здоров'я, має при гіперкортицизмі характерний кульмінативний тип динаміки (30,0% / 16,0% / 20,0%), що можна пояснити переважанням кількості побічних ефектів терапії на ініціальному етапі лікування.

6. *Канцерофобічні переживання* при гіперкортицизмі — цей предиктор має редукуючий характер динаміки (82,0% / 64,0% / 46,0%), що можна пояснити інтроспективною адаптацією до стабільно наявного нозогенного чинника.

7. *Інтроспективно визначені когнітивні і мнестичні порушення* як предиктор психотравматизації при гіперкортицизмі має характерний інтенсифікуючий тип динаміки (0% / 6,0% / 14,0%), що може бути зумовлено повільно-прогредієнтним формуванням когнітивних розладів при прогресуванні захворювання.

8. *Необхідність проведення діагностичних процедур і терапевтичних заходів, що мають високу вартість*, як фактор психотравматизації при гіперкортицизмі має персистуючий тип динаміки (54,0% / 46,0% / 52,0%), що може бути зумовлено стабільним рівнем витрат із боку хворого протягом усього періоду захворювання.

9. *Наявність трудових обмежень, що викликають фінансові труднощі*, втрата економічно-домінантної ролі як фактор психотравматизації при гіперкортицизмі мають характерний інтенсифікуючий тип динаміки (28,0% / 40,0% / 48,6%), що можна пояснити настанням прогресуючої трудової дезадаптації починаючи з відстроченого періоду захворювання.

10. *Обмеження кола спілкування, пов'язане з наявністю захворювання або його симптомами*, як фактор психотравматизації при гіперкортицизмі має характерний персистуючий тип динаміки (24,0% / 24,0% / 22,0%), що може бути спричинено стабільно низким впливом захворювання на соціальні зв'язки хворого.

11. *Необхідність дотримання дієти, відмови від прийому алкоголю і будь-яких стимулюючих речовин* як фактор психотравматизації при гіперкортицизмі має редукуючий тип динаміки (58,0% / 38,0% / 16,0%), що може бути зумовлено успішною адаптацією хворих до терапевтичних обмежень способу життя.

12. *Залежність від прийому замісної гормональної терапії* як предиктор психотравматизації при гіперкортицизмі має кульмінативний тип динаміки (64,0% / 22,0% / 20,0%), що може бути

Модель психотерапевтичного супроводу хворих на гіперкортицизм

| Чинник | Етап | | |
|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | ранній | відстрочений | пізній |
| Формування функціональних і морфологічних порушень | Індивідуальна поведінкова терапія | Селективна поведінкова терапія | Тотальна поведінкова терапія |
| Факт наявності хронічного (невеликого) захворювання | Тотальна поведінкова терапія | Селективна поведінкова терапія | |
| Обмеження фізичної активності | Селективна поведінкова психотерапія | | |
| Наявність обтяжливо пережитих симптомів захворювання | | | |
| Необхідність терапії препаратами, що мають виражені побічні ефекти | Селективна сугестивна терапія | Індивідуальна сугестивна терапія | Селективна сугестивна терапія |
| Канцерофобічні переживання | Селективна комплаєнс-орієнтована та раціональна психотерапія | | |
| Інтроспективно визначені когнітивні і мнестичні порушення | Індивідуальна поведінкова терапія | | Селективна поведінкова терапія |
| Необхідність проведення діагностичних процедур і терапевтичних заходів, що мають високу вартість | Сімейна психотерапія (залучення сім'ї хворого до групової терапії) | | |
| Наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі | Особистісно-орієнтований компонент групової психотерапії | | |
| Обмеження кола спілкування, пов'язане з наявністю захворювання або його симптомами | Селективна групова терапія | Індивідуальна екзистенційна терапія | Селективна групова терапія |
| Необхідність дотримання дієти, відмови від прийому алкоголю | Селективна поведінкова терапія та раціоналізація | | Індивідуальна поведінкова терапія |
| Залежність від прийому замісної гормональної терапії | Тотальна групова психотерапія | Селективна групова терапія | Індивідуальна раціоналізація |

спричинено швидкою адаптацією хворого до терапії, яка не має значного впливу на спосіб життя.

На підставі аналізу варіантів динамічного стереотипу проведено інтерпретацію характеру впливу нозогенних предикторів психотравматизації на внутрішню картину захворювання у пацієнтів із гіперкортицизмом. У зв'язку з цим визначено психотерапевтичні методи, що можуть використовуватись на різних етапах перебігу хвороби (таблиця).

Таким чином, вивчення нозогенних предикторів психотравматизації хворих на гіперкортицизм дало змогу розробити нозологічно-диференційовану систему їх пролонгованого психотерапевтичного супроводу.

Список літератури

1. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В. В. Кришталь // Междунар. мед. журн.— 2007.— Т. 7, № 1.— С. 37–40.
2. Михайлов Б. В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2004.— № 4 (14).— С. 35–38.
3. Гавенко В. Л. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями / В. Л. Гавенко, В. И. Коростий // Экспериментальная і клінічна медицина.— 2007.— № 3.— С. 122–124.
4. Пятницкий Н. Ю. Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий / Н. Ю. Пятницкий // Социальная и клиническая психиатрия.— 2001.— № 4.— С. 10–13.
5. Уварова Е. В. Гипогонадотропный гипогонадизм (обзор литературы) / Е. В. Уварова, Е. В. Трифонова // Педиатрическая фармакология.— 2008.— № 4.— С. 45–53.
6. Brambilla F. Psychopathological aspects of neuroendocrine diseases: Possible parallels with the psychoendocrine aspects of normal aging / F. Brambilla // Psychoneuroendocrinology.— 1992.— № 17 (4).— P. 283–291.
7. Psychiatric morbidity in endocrine disorders / G. R. Gelfken, H. E. Ward, J. P. Staab [et al.] // Psychiatric Clinics of North America.— 1998.— № 21.— P. 473–489.
8. Ишук В. В. Медико-психологические предикторы формирования психопатологических нарушений у пациентов с распространенными формами эндокринной патологии / В. В. Ишук // Мед. психология.— 2015.— № 2.— С. 31–36.
9. Ишук В. В. Клініко-психопатологічні характеристики тривожно-депресивних проявів психоендокринного синдрому при патології щитоподібної залози та кори надниркових залоз / В. В. Ишук // Архів психіатрії.— 2016.— № 4.— С. 38–42.

10. *Ищук В. В.* Особливості нозогенної психотравматизації в структурі психоендокринного синдрому на фоні патології щитоподібної залози і кори

наднирникових залоз / В. В. Ищук // Вісн. морської медицини.— 2017.— № 1. С. 129–135.

**ПСИХОЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА:
НОЗОГЕННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ**

В. В. ИЩУК

Сформирована нозогенно-дифференцированная система психотерапевтического сопровождения больных с психоэндокринным синдромом на фоне гиперкортицизма с учетом степени выраженности нозогенного влияния 12 факторов.

Ключевые слова: психоэндокринный синдром, психотерапия, психотравматизация, нозогения.

**PSYCHOENDOCRINE SYNDROME AGAINST A BACKGROUND OF HYPERCORTICISM:
NOSOGENIC COMPONENT AND PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT**

V. V. ISHCHUK

Nosogenically-differentiated system of psychotherapeutic support of patients with psychoendocrine syndrome against a background of hypercorticism was formed considering the level of severity of nosogenic influence of 12 factors.

Key words: psychoendocrine syndrome, psychotherapy, psychotraumatization, nosogenic factors.

Надійшла 29.09.2017