

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.895-008-02:616.379-008.64

В.В. Ищук

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА
ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА
ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕУкраинский научно-практический центр эндокринной хирургии,
трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев
androman2008@mail.ru**Ключевые слова:**инсулинозависимый
сахарный диабет,
психоэндокринный
синдром, психо-
травматизация, нозогения.

С целью индикации и анализа динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе психоэндокринного синдрома при инсулинозависимом сахарном диабете было обследовано 40 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей, страдающих инсулинозависимым сахарным диабетом и имеющих в структуре психопатологических расстройств психоэндокринный синдром или его осевые компоненты, при помощи психодиагностического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и клинико-психофеноменологического методов. В результате исследования был проведен анализ медико-психологических особенностей психогенных компонентов психоэндокринных синдромов в структуре инсулинозависимого сахарного диабета.

Актуальность. Повышение эффективности терапии инсулинозависимого сахарного диабета остается одной из наиболее значимых проблем в сфере компетенции эндокринологии. Несмотря на значительные успехи в разработке путей компенсации абсолютной инсулиновой недостаточности, сделавшие в последние десятилетия применение заместительной терапии чрезвычайно эффективным и максимально безопасным, как за счет внедрения в рутинную клиническую практику синтетических аналогов инсулина, лишенных фармакодинамических и complicationных недостатков препаратов, получаемых из естественных источников, так и за счет разработки перспективных в отношении режима приема и дозирования средств введения, эффективность контроля за течением заболевания, превенция и своевременность диагностики его осложнений по-прежнему остаются в прямой зависимости от уровня комплаентности [1, 2, 5, 6]. Вопросы достижения максимальной приверженности терапии в рамках указанной нозологической формы имеют чрезвычайное значение, что объясняется абсолютной необходимостью самостоятельного контроля пациентом соотношения уровня гликемии и режима дозирования заместительной терапии, способности к самоограничению при соблюдении диетических рекомендаций, мотивации для мониторинга состояния здоровья в условиях специализированной диагностики [5, 7]. К сожалению, наличие континуальных метаболических нарушений, этиопатогенетически сопряженной коморбидной патологии, а также прямых осложнений в структуре сахарного диабета влечет за собой развитие психопатологических нарушений, описываемых в рамках психоэндокринного синдрома, оказывающего выраженное негативное влияние на комплаентность, реализованное через формирование когнитивно-гностических, мнестических и ассоци-

ативно-идеаторных нарушений. В структуре указанного психопатологического синдрома большую роль играют психогенные и органические нарушения, имеющие на ранних этапах психопатогенеза психоэндокринного синдрома характер сателлитных, которые в дальнейшем, по мере приобретения структурной целостности, становятся полноценными его компонентами. Акцентируя внимание на психогенном радикале в структуре психоэндокринного синдрома, следует отметить как важную его роль в качестве триггера эксацербаций и психопатологических нарушений, присутствующего на всех этапах заболевания и даже еще до развития клинически оформленного психоэндокринного синдрома, так и его подверженность психотерапевтической коррекции и превенции. Таким образом, исследование структуры психотравмирующих факторов в ракурсе поиска путей и мишеней психотерапии психогенного компонента психопатологических нарушений при инсулинозависимом сахарном диабете является актуальной проблемой [2, 4, 6].

Целью исследования являются индикация и анализ динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе психоэндокринного синдрома при инсулинозависимом сахарном диабете.

Дизайн исследования: исследование проводилось на 40 пациентах Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей, страдающих инсулинозависимым сахарным диабетом. Все исследованные пациенты имели в структуре психопатологических расстройств психоэндокринный синдром или его осевые компоненты.

Материалы и методы исследования

Основным методом исследования выступал психодиагностический, реализованный путем сочетания психодиаг-

ностического интервью и стандартного набора методик экспериментально-психологического исследования в рамках различных периодов и нозологических форм эндокринной патологии. В качестве вспомогательных методов были использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и клиничко-психофеноменологический.

Результаты и их обсуждение

В рамках медико-психологического и клиничко-анамнестического исследования, включавшего психодиагностическое интервью, направленное на структурирование и систематизацию предикторов психотравматизации в структуре заболевания, была использована разработанная в наших предыдущих исследованиях двухосевая систематика:

Хронопатологическая ось (в соотношении с временным периодом течения заболевания), включающая следующие группы предикторов:

- ранние (существующие в периоде времени от момента первичного обращения за медицинской помощью по поводу текущего заболевания до 6 месяцев с момента постановки диагноза);
- отсроченные (существующие после 6 месяцев с момента постановки диагноза до момента диагностики первых соматических осложнений заболевания, требующих самостоятельной терапии);
- поздние (с момента диагностики первых соматических осложнений заболевания, требующих самостоятельной терапии, и далее).

Интроспективно-витальная ось (по принадлежности к интроспективно-идентифицируемым сферам жизнедеятельности), включающая следующие группы предикторов психотравматизации:

- валеоцентрическая (включает предикторы, принадлежащие к сфере опасений за состояние здоровья, физическое и психическое благополучие);
- социоцентрическая (включает предикторы, принадлежащие к сфере нарушения социальных, включая семейные, трудовые и экономические, взаимоотношений);
- агедонистическая (включает предикторы, принадлежащие к сфере опасений, направленных на утрату возможности получать удовольствие и удовлетворение).

В ходе психодиагностического интервью проводили анализ частоты встречаемости нозогенных предикторов психотравматизации, основанный на регистрации выявляемых при целенаправленном расспросе жалоб пациентов, содержащих тягостные переживания, связанные с личностными и социальными аспектами заболевания в различные периоды его течения. Данные, полученные в ходе указанного анализа, представлены в таблице.

Таким образом, каждый из выявленных предикторов психотравматизации может быть охарактеризован в ракурсе динамики его представленности.

Для анализа динамики нами были использованы 5 динамических типов нозогенных психотравмирующих факторов:

- *интенсифицирующийся* – для которого отмечается увеличение частоты регистрации по мере течения заболевания (в основе указанного типа динамики

лежат процессы дезадаптации и/или неэффективности саногенных механизмов в условиях прогрессирующего нарастания интенсивности воздействия психотравмирующего фактора);

- *персистирующий* – для которого отмечается стабильная ($\pm 10,0\%$) частота регистрации во всех периодах течения заболевания (в основе указанного типа динамики лежат: паритет активности саногенных механизмов и интенсивности воздействия психотравмирующих факторов и/или стабильный характер интенсивности психотравмирующего воздействия при неэффективности саногенных механизмов);
- *редуцирующийся* – для которого отмечается снижение частоты регистрации по мере течения заболевания (в основе указанного типа динамики лежат процессы адаптации и эффективности саногенных механизмов в отношении воздействия психотравмирующего фактора и/или регрессивный характер интенсивности воздействия психотравмирующего фактора);
- *кульминационный* – для которого отмечается максимальная частота регистрации в одном из периодов заболевания (в основе указанного типа динамики лежит наличие в каком-либо периоде заболевания особенностей, синергических психотравмирующему фактору и/или снижающих эффективность саногенных механизмов);
- *ремитирующий* – для которого пики частоты регистрации отмечаются в раннем и позднем периодах заболевания, при этом в отсроченном периоде отмечается спад частоты его регистрации (в основе указанного типа динамики лежит частичная, нестойкая адаптация к воздействию психотравмирующего фактора, постепенно развивающаяся в раннем периоде заболевания, имеющая относительную целостность в отсроченном и переходящая в дезадаптацию под воздействием нарастающей интенсивности психотравматизации и/или кумуляции психопатологических и патофизиологических нарушений в позднем периоде заболевания).

Резюмируя результаты исследования необходимо оговорить частные аспекты динамики представленности отдельных нозогенных психотравмирующих факторов в структуре исследуемых нозологических форм.

Факт наличия хронического неизлечимого заболевания как предиктор психотравматизации также имеет ремитирующий тип динамики (77,5% / 27,5% / 32,2%), что может быть объяснено успешной психической адаптацией к воздействию данного предиктора, представляющего собой комплекс экзистенциальных переживаний, ассоциированных с заболеванием, в отсроченном периоде, с последующим возрастанием его интенсивности в силу негативного влияния интроспективного восприятия формирующихся осложнений на субъективное восприятие тяжести заболевания на позднем этапе его течения.

Ограничение физической активности в перспективе развития заболевания и фактическое ограничение физической активности как предиктор психотравматизации имеет ремитирующий тип динамики (67,5% / 42,5% / 52,5%), что может быть объяснено влиянием осложнений заболевания на ограничение физической активности на

Таблица. Частота регистрации выявленных нозогенных предикторов психотравматизации в различные периоды заболевания при инсулинозависимом сахарном диабете

Группы предикторов	Сахарный диабет, N = 40
Ранние	<p>Валеоцентрические: факт наличия хронического, неизлечимого заболевания как витального дефекта – 31 (77,5%); ограничение физической активности в перспективе развития заболевания – 27 (67,5%); формирование наследственной предрасположенности у потомства – 14 (35,0%); наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания – 13 (32,5%); необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья – 13 (32,5%)</p>
	<p>Социоцентрические: необходимость постоянного контроля уровня гликемии – 29 (72,5%); необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость – 21 (52,5%); наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли – 10 (25,0%); ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами – 7 (27,5%)</p>
	<p>Агедонистические: необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, необходимость пожизненного отказа от табакокурения и приема алкоголя – 39 (97,5%); зависимость от приема заместительной гормональной терапии – 31 (77,5%)</p>
Отсроченные	<p>Валеоцентрические: факт наличия хронического, неизлечимого заболевания как витального дефекта – 11 (27,5%); фактическое ограничение физической активности – 17 (42,5%); формирование наследственной предрасположенности у детей пациентов 17 (42,5%); наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания – 7 (17,5%); необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья – 6 (15,0%); интроспективно-определяемые когнитивные и мнестические нарушения – 2 (5,0%)</p>
	<p>Социоцентрические: необходимость постоянного контроля уровня гликемии – 24 (60,0%); необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость – 13 (32,5%); наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семенной роли – 16 (40,0%); ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами – 10 (25,0%)</p>
	<p>Агедонистические: необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, необходимость пожизненного отказа от табакокурения и приема алкоголя – 26 (65,0%); зависимость от приема заместительной гормональной терапии – 7 (17,5%);</p>
Поздние	<p>Валеоцентрические: формирование функциональных и морфологических нарушений (снижение зрения, хронические воспалительные заболевания кожных покровов, формирование трофических изменений нижних конечностей, липодистрофия, избыточный или недостаточный вес, полидипсия, полиурия, импотенция у мужчин, снижение либидо etc.) – 37 (92,5%); факт наличия хронического, неизлечимого заболевания как витального дефекта – 13 (32,2%); фактическое ограничение физической активности – 21 (52,5%); формирование наследственной предрасположенности у детей пациентов 22 (55,0%); наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания – 23 (57,5%); необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья – 17 (42,5%); интроспективно-определяемые когнитивные и мнестические нарушения – 6 (12,5%)</p>
	<p>Социоцентрические: необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость – 17 (42,5%); необходимость постоянного контроля уровня гликемии – 11 (27,5%); наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли – 14 (35,0%); ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами – 17 (42,5%)</p>
	<p>Агедонистические: необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, необходимость пожизненного отказа от табакокурения и приема алкоголя – 19 (47,5%); зависимость от приема заместительной гормональной терапии – 9 (22,5%)</p>

позднем этапе заболевания, при частичной их компенсации в отсроченном периоде за счет терапии метаболических нарушений.

Наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания как предиктор психотравматизации имеет ремитирующий характер динамики (32,5% / 17,5% / 57,5%), что объясняется высокой эффективностью коррекции метаболических нарушений в отсроченном периоде заболевания при высокой субъективной значимости формирующихся осложнений заболевания как факторов тяжести течения заболевания на позднем его этапе.

Необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья, имеет ремитирующий тип динамики (32,5% / 15,0% / 42,5%), при этом степень проявлений побочных эффектов инсулинотерапии прямо пропорциональна увеличению необходимых для коррекции возрастающей инсулиновой недостаточности дозировок, увеличивающихся на поздних этапах течения заболевания, а также кумуляции соматических осложнений инсулинотерапии, таких как липодистрофия и др.

Интроспективно-определяемые когнитивные и мнестические нарушения как предиктор психотравматизации имеют интенсифицирующийся тип динамики (0% / 5,0% / 12,5%), впервые проявляясь в отсроченном периоде заболевания переживания пациентов, по-видимому, соответствуют объективному нарастанию когнитивно-гностических и мнестических нарушений в структуре прогрессирующего психоорганического синдрома при относительной сохранности субъективного их осмысления.

Необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость, как фактор психотравматизации имеет ремитирующий тип динамики (52,5% / 32,5% / 42,5%), что соответствует объективно высоким затратам на этапе первичной диагностики на ранних этапах течения заболевания и терапии осложнений на поздних, при этом отсроченный период заболевания требует менее значительных материальных затрат в силу стабильного характера используемой терапии.

Наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически доминантной семейной роли как фактор психотравматизации имеет кульминационный тип динамики (25,0% / 40,0% / 35,0%), что соответствует наибольшей значимости трудовых ограничений в отсроченном периоде заболевания за счет наибольшего субъективно идентифицируемого диссонанса между фактической компенсацией клинических проявлений заболевания и налагаемых трудовых ограничений, компенсируемых в позднем периоде заболевания получением выплат социального страхования.

Ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами, как фактор психотравматизации имеет кульминационный характер динамики (27,5% / 25,0% / 42,5%) и имеет пик частоты регистрации в позднем периоде заболевания, что определяет развивающиеся осложнения позднего этапа

заболевания основополагающими факторами социального отчуждения и коммуникативного дефицита, как за счет объективных ограничений передвижения, зависимости от терапевтических процедур, так и по причинам аутостигматизации, формирования патологических модусов восприятия заболевания и паттернов поведения.

Необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, а также необходимость пожизненного отказа от курения табака и приема алкоголя как факторы психотравматизации имеют редуцирующий тип динамики (97,5% / 65,0% / 47,5%), имея практически абсолютную представленность в рамках раннего периода течения заболевания в силу необходимости тотального ремоделирования режима питания. Дальнейшее снижение частоты регистрации данного предиктора соответствует прогрессирующей адаптации и эффективному обучению пациентов на отсроченном и позднем периодах заболевания.

Зависимость от приема заместительной гормональной терапии как предиктор психотравматизации имеет ремитирующий тип динамики (77,5% / 17,5% / 22,5%), имея наибольшую выраженность в раннем периоде течения заболевания, степень значимости предиктора соответствует тотальному ремоделированию образа жизни. Дальнейшее резкое снижение частоты его регистрации отображает успешную адаптацию и повышение приверженности к терапии. Некоторое повышение частоты регистрации предиктора в позднем периоде заболевания, по-видимому, вызвано субъективно определяемым снижением её эффективности в отношении развивающихся осложнений.

Анализ динамического распределения представленности выявленных нозогенных предикторов психотравматизации на разных этапах течения заболевания направлен, прежде всего, на идентификацию конгруэнтной пропорции интенсивности психотерапевтической коррекции и превенции на каждом этапе течения заболевания и в отношении каждого фактора психотравматизации.

Выводы

В результате анализа медико-психологических особенностей психопатогенеза психогенного компонента психоэндокринного синдрома в структуре инсулинозависимого сахарного диабета были выявлены и систематизированы наиболее значимые нозогенные предикторы психотравматизации.

Произведена систематизация выявленных предикторов соответственно хронопатологической (ранние, отсроченные и поздние) и интроспективно-витальной (валеоцентрические, социоцентрические и агедонистические) систематикам.

Произведен анализ динамики представленности выявленных предикторов согласно 5 динамическим типам – нозологическим формам, а именно: интенсифицирующийся, персистирующий, редуцирующийся, кульминационный и ремитирующий.

Выполнена интерпретация динамической организации предикторов психотравматизации в структуре каждой из исследуемых нозологических форм.

Список использованной литературы

1. A novel behavioral intervention in adolescents with type 1 diabetes mellitus improves glycemic control: preliminary results from a pilot randomized control trial / L. Maranda, M. Lau, S. M. Stewart, O. T. Gupta // *The Diabetes Educator*. – 2015. – № 41 (2). – P. 224–230.
2. Autoaggressive behaviour with patients suffering from type 1 diabetes treated at the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Developmental Age-description of cases / S. Hacia, L. Cichoc, M. Nowak [et al.] // *Psychiatria Polska*. – 2013. – № 47 (5). – P. 887–896.
3. Murphy H. R. Psycho-educational interventions for children and young people with Type 1 diabetes / H. R. Murphy, G. Rayman, C. Skinner // *Diabetic Medicine*. – 2006. – № 23 (9). – P. 935–943.
4. National guidelines for psychological care in diabetes: how mindful have we been? / T. R. Nicholson, J. P. Taylor, C. Gosden [et al.] // *Diabetic Medicine*. – 2009. – № 26 (4). – P. 447–450.
5. Psychological screening in children with diabetes mellitus type-1 at the children's hospital and the Institute of Child Health, Multan / W. I. Khan, M. W. Rabbani, E. Afzal, M. Adnan // *The Journal of Pakistan Medical Association*. – 2013. – № 63 (12). – P. 1520–1522.
6. Walter J. Adolescents with diabetes type 1 in adolescent psychiatry and psychotherapy / J. Walter // *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. – 2013. – № 62 (9). – P. 707–725.
7. Zheng X. P. Psycho-behavioral changes in children with type 1 diabetes mellitus / X. P. Zheng, S. H. Chen // *World Journal of Pediatrics*. – 2013. – № 9 (3). – P. 261–265.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНОМУ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТИ

В.В. Ішук

З метою індикації та аналізу динаміки нозогенних психотравматичних факторів у психопаатогенезі психоендокринного синдрому при інсулінозалежному цукровому діабеті було обстежено 40 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин, які страждають на інсулінозалежний цукровий діабет та мають у структурі психопаатологічних розладів психоендокринний синдром або його осьові компоненти, за допомогою психодіагностичного, клініко-анамнестичного, клініко-психопаатологічного та клініко-психофеноменологічного методів. У результаті дослідження було проведено аналіз медико-психологічних особливостей психогенних компонентів психоендокринних синдромів у структурі інсулінозалежного цукрового діабету.

Ключові слова: інсулінозалежний цукровий діабет, психоендокринний синдром, психотравматизація, нозогенія.

MEDICALLY-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOPATHOGENESIS OF PSYCHOGENIC COMPONENT OF PSYCHOENDOCRINIC SYNDROME WITH INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS

V. Ischuk

In order to display and comparative analysis of the dynamics of nosogenic stressful factors in psychogenesis of psychoendocrinic syndrome in insulin dependent diabetes mellitus were examined 40 patients of the Ukrainian Scientific-Practical Center of Endocrine Surgery and Transplantation of endocrine organs and tissues suffering from insulin-dependent diabetes and having psychoendocrinic syndrome or axial components in the structure of psychopathological disorders using psychodiagnostic, clinically-psychopathological and clinically-psychophenomenological methods. The study analyzed the medically-psychological characteristics of psychogenic component of psychoendocrinic syndromes in the structure of insulin-dependent diabetes mellitus.

Key words: insulin-dependent diabetes mellitus, psychoendocrinic syndrome, psycotraumatization, nosogeny.

УДК 616.86

Д.Н. Сапон

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
sapon.dari@gmail.com

Ключові слова:

фіброміалгія, тривожно-депресивні розлади, реактивно-особистісна тривожність, депресія, хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Встановлено, що *серед обстежених були* пацієнти, які мали психопаатологічні розлади, в тому числі й тривожно-депресивні. Результати дослідження свідчать про те, що пацієнтів з високим рівнем тривоги більше при фіброміалгії ніж при невропатичному больовому синдромі травматичного генезу. Кількість пацієнтів з ХНБС травматичного генезу, що мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію, значно нижча, ніж у пацієнтів, що страждають на ХНБС.

Актуальність. Як зазначено у Доповіді ВООЗ, депресії є величезним тягарем для суспільства та для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя [1, 4]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, які визначають кількість втрачених років життя в зв'язку з втратою працездатності, і поступатиметься за цією характеристикою лише ішемічній хворобі серця [1, 2, 4]. Світовий рівень поширеності хронічного болю до 2011 року сягнув понад 250 млн пацієнтів. Очікується, що до 2015 року вдвічі зросте кількість пацієнтів із фіброміалгією, втричі – з

невропатичним болем, тому проблема терапії подібних розладів стає все більш актуальною [1, 2, 4].

Мета дослідження – визначити діагностичні критерії та клінічні прояви, встановити особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Стан розробки проблеми

Тривожно-депресивні розлади, які формуються на тлі больового синдрому – найчастіший психопаатологічний