

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии,
трансплантации эндокринных органов и тканей, Киев

Выявлены и систематизированы медико-психологические предикторы формирования психопатологических расстройств, принадлежащих к психогенному и патоперсоналогическому регистрам поражения психики в клинической структуре психоэндокринного синдрома у пациентов с наиболее распространенными формами эндокринопатии (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет). Установлены закономерности динамики воздействия медико-психологических предикторов психопатологических нарушений психогенного и патоперсоналогического регистров, которые указывают на необходимость дифференцированного психопрофилактического воздействия на конкретные группы предикторов на каждом этапе течения эндокринопатии.

Ключевые слова: гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет, психогенные расстройства.

Среди нозологических форм с хроническим типом течения патология эндокринной системы (эндокринопатии s. l.) занимает одно из центральных мест в структуре заболеваемости населения, формируя со временем контингент пациентов не только специализированных эндокринологических диспансеров, но и других лечебных учреждений.

Помимо соматотропного воздействия метаболических нарушений, в структуре эндокринопатий широко представлены психопатологические расстройства, детерминированные как хроническим течением заболевания, так и острыми гормональными кризами и дефицитарными состояниями в их клинической структуре.

Традиционно комплекс психопатологических нарушений вне зависимости от нозологической принадлежности эндокринной патологии рассматривается в рамках единого психоэндокринного синдрома, впервые описанного М. Bleuler в 1948 г. [1]. Данный синдром, в классическом описании включающий психопатологические расстройства в аффективной и волевой сферах психической деятельности, де-факто является динамически развивающимся соматогенно-органическим континуумом психопатологических нарушений, который имеет факультативную психогенную и патоперсоналогическую аранжировку.

Клинически психоэндокринный синдром представлен психопатоподобным личностным дефектом с прогрессивным его формированием на фоне нарастающих органических психопатологических расстройств, детерминирующих исходное состояние психики больного. Комплекс патогенетических факторов различной регистровой

принадлежности, детерминированных как дисметаболическими явлениями (различными для большинства нозологических форм эндокринопатий), так и индивидуальным модусом личностного реагирования индивида, обуславливает значительную вариабельность клинических форм психоэндокринного синдрома в зависимости от нозологической принадлежности последнего и характерологических особенностей индивида [2, 3–9].

Облигатными в патогенезе психоэндокринного синдрома являются факторы соматогенного и органического регистров, детерминирующие формирование базового семиотического комплекса в его структуре. При этом факультативные психогенные и патоперсоналогические факторы, присутствуя фактически в каждом клиническом наблюдении, детерминируют патопластическую модификацию базового семиотического комплекса, в значительной мере затрудняя его клиническую идентификацию и последующий процесс выбора терапевтической тактики.

Патогенетическая терапия дисметаболических явлений, лежащих в основе психопатологической семиотики соматогенного регистра, носит соматотропный характер и входит в сферу компетенции эндокринологии, при этом, находясь в патогенетическом единстве с соматогенной, семиотика органического регистра имеет прогрессивную динамику. Обращая внимание на прямую зависимость между характером соматотропной терапии эндокринопатии и глубиной психопатологической семиотики, следует отметить, что психогенные и патоперсоналогические расстройства в структуре психоэндокринного синдрома могут оказывать

непосредственное влияние на терапевтический контроль над заболеванием. Прежде всего это касается терапевтического комплайенса, в частности приема препаратов поддерживающей терапии, модификации образа жизни, посещения медицинских специалистов [2, 10–12].

Роль психофармакологии в терапии психоэндокринного синдрома фактически сводится к симптоматической терапии соматогенных и органических расстройств, при этом вопросы терапии и профилактики психогенных и патоперсоналогических расстройств в структуре психоэндокринного синдрома, непосредственно входящие в сферу компетенции психоэндокринологии, освещены недостаточно [11, 13, 14].

Описанные особенности клинической представленности психопатологической семиотики в структуре психоэндокринного синдрома указывают на необходимость исследований, направленных, прежде всего, на выявление и систематизацию предикторов формирования психопатологических нарушений психогенного и патоперсоналогического регистров в его клинической структуре, а в дальнейшем — исследований, направленных на формирование методологического инструментария для разработки их психопрофилактики и психотерапии.

Инициальное исследование, выполненное в контексте данной работы, было направлено на выявление медико-психологических предикторов формирования психопатологической семиотики психогенного и патоперсоналогического (аномально-личностного) регистров в структуре наиболее распространенных форм эндокринопатий (гипертиреоз, гипотиреоз, сахарный диабет I и II типов), а также их систематизации соответственно стадии заболевания и регистров поражения психики.

Цель данного исследования — выявление и систематизация медико-психологических предикторов формирования психопатологических расстройств, принадлежащих к психогенному и патоперсоналогическому регистрам поражения психики, в клинической структуре психоэндокринного синдрома у пациентов с наиболее распространенными формами эндокринопатии (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет I и II типов).

Обследованы 100 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей. Все больные имели в структуре психопатологических расстройств психоэндокринный синдром или его осевые компоненты.

Все обследованные — мужчины, средний возраст которых на этапе формирования контингента составлял $52 \pm 1,36$ года.

В данном исследовании выявлены медико-психологические предикторы формирования психогенных и патоперсоналогических психопатологических нарушений в клинической структуре психоэндокринного синдрома в популяции пациентов с наиболее распространенными формами эндокринной патологии (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет I и II типов). В качестве критериев их систематизации выступали: отношение предиктора к клиническому периоду течения заболевания (начальный период, развернутая клиническая картина, исходное состояние) и регистровая принадлежность (психогенные, патоперсоналогические, соматогенно-органические).

Начальный период течения эндокринопатии включает в себя инициальный комплекс соматической семиотики, который прогрессирует до наступления периода развернутой клинической картины.

Медико-психологические предикторы психопатологических нарушений психогенного и патоперсоналогического регистров на данном клиническом этапе течения эндокринопатий представлены как примордиальными психоконституциональными особенностями личности индивида, так и формированием патологического модуса личностного реагирования под воздействием факторов невротизации.

К предикторам данной группы относятся:

— психоконституциональные особенности личности, потенцирующие психогенную индукцию:

а) отрицательная индукция при воздействии факторов невротизации, снижающая способность к корригирующим процессам (как ауто- так и гетерогенного, прежде всего, ятрогенного характера), детерминирующая таким образом ретенцию аффективных переживаний;

б) склонность к пассивно-оборонительным реакциям в виде тревоги, страха, замкнутости;

в) сенситивность и интравертированность, детерминирующая ретенцию аффективных переживаний, интенсивную интрапсихическую переработку при недостаточной их реализации;

г) слабость инстинктивной (мотивационной) деятельности, обуславливающая формирование obsessивных расстройств, амплифицирующих воздействие факторов невротизации;

— формирование депрессивно-ипохондрического модуса личностного реагирования под влиянием ятрогенных или аутогенных сентенций.

Факторы невротизации, воздействующие на психику индивида на данном клиническом этапе течения эндокринопатий, являются следствием информирования больного о диагнозе заболевания. Факторы данной группы зачастую носят

характер ятрогенной или аутогенной (при достаточной интеллектуальной компетентности пациента) индукции и представляют собой сентенции обсессивного характера, детерминирующие стрессорное воздействие на психику пациента. Результатом воздействия данной группы факторов невротизации на психику индивида при наличии медико-психологических предикторов формирования психогенных и патоперсоналогических психопатологических нарушений является формирование невротических расстройств (депрессивного, ипохондрического, тревожно-фобического, истерического).

К факторам невротизации, воздействующим на индивида на начальном этапе клинического течения эндокринопатий, относятся:

- осознание факта наличия тяжелого хронического заболевания, в перспективе приводящего к инвалидизации и значительному сокращению продолжительности жизни;

- перспектива прогрессирующего ухудшения качества жизни (формирование специфических осложнений — как соматических, так и психических);

- необходимость модификации образа жизни (исключение определенных видов активности, соблюдение диеты etc.);

- витальная зависимость от медицинской помощи (необходимость пожизненного приема фармакологических средств, регулярных медицинских обследований etc.);

- формирование нарушений репродуктивной функции (противопоказания к беременности и родам, вероятность наследственной передачи заболевания etc.).

Период развернутой клинической картины эндокринопатии характеризуется становлением и прогрессированием соматической симптоматики до исхода заболевания. Особенностью данного периода является формирование морфологических соматических нарушений и возможное развитие острых дисметаболических состояний.

Формирование психогенных и психогенно детерминированных патоперсоналогических психопатологических нарушений на данном этапе течения эндокринопатий потенцируют соматогенно-органические факторы, детерминирующие формирование специфических психопатологических расстройств (торпидность мышления, снижение критики, аффективная лабильность, когнитивно-мнестические нарушения в рамках психоорганического синдрома), создающих «благоприятные» условия для психогенной индукции.

Медико-психологические предикторы периода развернутой клинической картины эндокринопатий включают:

- соматогенно-органические психопатологические нарушения, потенцирующие психогенное воздействие факторов невротизации данного клинического этапа течения эндокринопатий:

- а) в сфере мышления — ретенцию аффективных переживаний в силу торпидности мышления и нарушения критики;

- б) в эмоциональной сфере — выраженную эмоциональную окраску психогений как следствие аффективной лабильности и слабодушия;

- в) в интеллектуально-мнестической сфере — повышенную внушаемость в силу когнитивно-мнестического снижения и нарушения критики;

- формирование депрессивно-ипохондрической направленности в развитии личности, детерминирующей патологический модус личностного реагирования;

- описанные ранее примордиальные психоконституциональные особенности личности пациента.

Факторы невротизации на данном клиническом этапе течения эндокринопатий представляют собой ипохондрическую трактовку соматических проявлений острых состояний (тиреотоксические кризы, гипогликемические состояния), типичных для данного этапа заболевания. Роль психогений могут играть также морфологические (экзофтальм, патологическое ожирение, выраженный тремор etc.) и функциональные (мышечная слабость, апатия, когнитивно-мнестическое снижение etc.) нарушения, детерминированные не только дисметаболическими явлениями, но и развивающимися осложнениями основного заболевания. На данном этапе течения эндокринопатий наиболее характерно формирование депрессивно-ипохондрических и тревожно-фобических расстройств.

К факторам данной группы относятся:

- ипохондрическая трактовка соматических проявлений острых состояний в структуре эндокринопатии с формированием модуса их тревожного ожидания;

- морфологические и функциональные нарушения, детерминированные дисметаболическими явлениями (тремор, экзофтальм, миопия, импотенция, гинекомастия у мужчин, сухость кожи, одутловатость лица и отечность конечностей, огрубение голоса, выпадение волос, увеличение массы тела etc.);

- появление инвалидизирующих осложнений основного заболевания (прогрессирующие нарушения зрения, полинейропатия, нарушения церебрального кровообращения с формированием неврологических расстройств, кардиальная патология etc.).

В роли психогении выступает утрата социальных функций, присущих индивиду до заболевания

и на ранних клинических этапах его течения. Учитывая длительность воздействия факторов невротизации данной группы (вплоть до органически дефицитарного состояния психики), они способствуют декомпенсации расстройств патоперсоналогического регистра, формируя сложную клиническую структуру расстройств личности.

Данная группа факторов включает утрату:

- трудового статуса (невозможность полноценного трудоустройства, инвалидность);
- семейного статуса (смещение семейной роли от «кормильца» до «иждивенца»);
- репродуктивного статуса (невозможность выполнения репродуктивной функции в силу формирования комплекса соматических осложнений эндокринопатии);
- навыков самообслуживания (вследствие развития осложнений основного заболевания, включающих нарушения зрения, центральные и периферические неврологические расстройства etc.).

Исходный клинический этап течения эндокринопатии характеризуется относительной стабилизацией соматогенно-органических психопатологических нарушений при наличии резидуальных расстройств личности на грубом органическом фоне, детерминированном как основным заболеванием, так и его осложнениями (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, тромбоэмболические очаговые нарушения etc.). По мере формирования грубоорганических нарушений мышления, и прежде всего критики, у пациентов, страдающих эндокринопатиями, на данном клиническом этапе медико-психологические предикторы, формирующиеся на более ранних стадиях заболевания, утрачивают свою актуальность, сохраняясь при этом в структуре резидуальных личностных расстройств в виде депрессивно-ипохондрического и тревожно-фобического семиотического комплекса.

Пациенты с психопатологическими нарушениями на данном клиническом этапе течения эндокринопатии зачастую не способны к самообслуживанию в силу соматических проявлений заболевания и его осложнений (потеря зрения, двигательные нарушения неврологического характера).

Учитывая определенную степень сохранности высшей психической деятельности таких пациентов, за исключением грубых очаговых расстройств — в рамках эмболических осложнений, формирование психогенных и патоперсоналогических психопатологических нарушений имеет место и на этом клиническом этапе заболевания. От предыдущих клинических этапов их отличает тот факт, что в рамках исходного психопатологического дефекта, уже включающего в себя патоперсоналогическую и психогенную семиотику,

факторы невротизации усугубляют течение уже имеющихся психогенных расстройств, не принося зачастую новых. Методологически важным является сходство и, как следствие, низкая специфичность психопатологических расстройств в рамках исходного состояния психики у пациентов, страдающих эндокринопатиями и другими соматогенными и органическими нарушениями, эквивалентно приводящими к формированию грубого органического дефекта, определяемого как деменция.

К факторам невротизации данного клинического этапа течения эндокринопатий относятся, прежде всего, полная утрата пациентом всех социальных функций, невозможность самообслуживания, субъективно определяемое грубое когнитивно-мнестическое снижение. Следует подчеркнуть, что не все пациенты на данном клиническом этапе способны к формированию клинически значимых психогенных реакций, что определяется, прежде всего, глубиной нарушений в сфере мышления (сохранностью высших психических функций).

К факторам невротизации данного клинического этапа течения эндокринопатий относятся:

- полная утрата социальных функций (трудо-вой, общественной, семейной роли);
- утрата способности к самообслуживанию (зависимость от родственников, медицинского персонала);
- субъективно определяемое грубое когнитивно-мнестическое снижение (неспособность к самореализации в интеллектуальном труде, дисмнестические расстройства).

Учитывая динамику течения эндокринной патологии, зачастую популяция пациентов, пребывающих в исходном психопатологическом состоянии, представлена людьми пожилого и старческого возраста, что позволяет рассматривать клинику психопатологических расстройств у них в рамках психогеронтологической практики совместно с психоэндокринологическими аспектами клинической структуры психопатологических нарушений.

В результате данного исследования были выявлены основные медико-психологические предикторы формирования психогенных и патоперсоналогических психопатологических нарушений и факторы невротизации при наиболее распространенных нозологических формах эндокринопатий. Таким образом, были установлены следующие общие закономерности:

- медико-психологические предикторы начального клинического этапа представлены как примордиальными психоконституциональными особенностями личности индивида, так и формированием патологического модуса личностного

реагирования; факторы невротизации с учетом длительности их экспозиции закладывают у пациентов основу для формирования патоперсоналогических расстройств и, прежде всего, патологического развития личности;

– на этапе развернутой клинической картины заболевания роль медико-психологических предикторов сводится к формированию патоперсоналогических нарушений, потенцирующих психогенную индукцию в рамках депрессивно-ипохондрического модуса личностного реагирования, детерминированного:

а) соматогенно-органическими нарушениями мышления (торпидность, аффективная лабильность, когнитивно-мнестические нарушения в рамках психоорганического синдрома);

б) патоперсоналогическими расстройствами, сформировавшимися на начальном этапе течения эндокринопатии (преимущественно депрессивно-ипохондрическими);

в) частичной актуальностью медико-психологических предикторов формирования психогенных и патоперсоналогических расстройств начального этапа течения эндокринопатии на этапе развернутой клинической картины эндокринопатий;

– результат воздействия медико-психологических предикторов на этапе развернутой клинической картины эндокринопатии — усугубление психогенно детерминированных патоперсоналогических психопатологических расстройств в рамках депрессивно-ипохондрического развития личности, при этом психогенные расстройства данного клинического этапа течения заболевания представлены в основном тревожно-фобической, депрессивной и ипохондрической и психопатологической семиотикой;

– структура психопатологических расстройств патоперсоналогического регистра поражения психики на этапе развернутых клинических проявлений эндокринопатии представляет собой динамически развивающийся «синтез», в рамках которого происходят постепенное усугубление соматогенно-органических нарушений и симультанная интеграция психогенно детерминированных патоперсоналогических нарушений в структуру расстройств личности;

– постепенный переход к исходному психопатологическому состоянию у пациентов, страдающих эндокринной патологией, детерминирован органическим «поглощением» психопатологической семиотики иных регистров поражения, при этом специфическая соматогенная и психогенно детерминированная патоперсоналогическая психопатологическая семиотика имеет резидуальный характер, формируя сложную клиническую структуру расстройств личности;

– медико-психологических предикторы более ранних клинических этапов течения эндокринопатий фактически утрачивают свою актуальность на этапе исходного состояния психики, что обусловлено глубиной органических нарушений в сферах мышления, памяти и интеллекта. При этом у пациентов, имеющих менее выраженные нарушения в сфере мышления, возможно описать некоторые, неспецифические для эндокринопатий факторы невротизации, детерминирующие увеличение тяжести течения уже имеющихся у них психогенных и психогенно детерминированных патоперсоналогических нарушений.

Установление закономерности динамики воздействия медико-психологических предикторов психопатологических нарушений психогенного и патоперсоналогического регистров указывают на необходимость дифференцированного психопрофилактического воздействия на конкретные группы предикторов на каждом этапе течения эндокринопатии. При этом наличие причинно-следственной взаимосвязи между более ранними и более поздними медико-психологическими предикторами, а также выраженная роль соматогенно-органических факторов в формировании психопатологических нарушений аномально-личностного спектра требуют дальнейшего исследования, направленного на выявление точек приложения психотерапии, разработку системы психопрофилактики, а также междисциплинарных исследований в сферах компетенции эндокринологии и эндокринологической психиатрии.

Список литературы

1. *Bleuler M.* Endokrinologische Psychiatrie / M. Bleuler.— Stuttgart: Thieme, 1954.— P. 5 et seq.
2. *Bleuler M.* The development of psychoendocrinology / M. Bleuler // Handbook of psychiatry and endocrinology; Beaumont P. J. V., Burrows R. D., eds.— Amsterdam: Elsevier, 1982.— P. 1–13.
3. *Reiss M.* Psychoendocrinology / M. Reiss.— N. Y.; London, 1958.— P. 1–40.
4. *Van Praag H.* Neurotransmitters and depression. Part B: Catecholamines and depression / H. Van Praag // Handbook of psychiatry and endocrinology.— Amsterdam: Elsevier, 1982.— P. 291–303.
5. *Zweifel J. E.* A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood / J. E. Zweifel, W. H. O'Brien // Psychoendocrinology.— 1997.— Vol. 22.— P. 189–212.
6. Social hierarchy and adrenocortical reactivity in men / D. H. Hellhammer, J. Buchtal, I. Gutberlet, C. Kirschbaum // Psychoendocrinology.— 1997.— Vol. 22 (№ 8).— P. 643.
7. Psychoendocrinology of ego disintegration / E. J. Sachar,

- S. S. Kanter, D. Buie [et al.] // *Am. J. of Psychiatry.*— 1970.— № 126.— P. 1067–1078.
8. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity. Evidence from a Danish nation-wide register study / F. Brandt, M. Thvilum, D. Almind [et al.] // *Eur. J. Endocrinol.*— 2013.— № 26.— [Epub. ahead of print].
9. *Burger H.* TSH and TRH. Their physiological regulation and the clinical application of TRH / H. Burger, Y. Patel // *Clinical neuroendocrinology.*— N. Y., 1977.— P. 67–131.
10. *Johnson G.* Endocrine dysfunction in depression / G. Johnson // *Handbook of psychiatry and endocrinology*; P. J. V. Beumont, ed.— Amsterdam, 1982.— P. 237–266.
11. Increased psychiatric morbidity in men with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency / H. Falhammar, L. Frisen, A. Butwicka, M. Landén [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.*— 2013.— № 3.— [Epub ahead of print].
12. *McGaugh J. L.* Hormonal modulation of memory / J. L. McGaugh, P. E. Gold // *Psychoendocrinology*: R. B. Brush & S. Levine, eds.— N. Y., Academic Press, 1989.— P. 305–339.
13. *Levine S.* Psychoneuroendocrinology of stress: A psychological perspective / S. Levine, C. Coe, S. G. Wiener // *Psychoendocrinology*: R. Brush & S. Levine, eds.— N. Y.: Academic Press, 1989.— P. 341–377.
14. *Mason J.* Psychological stress and endocrine function / J. Mason // *Topics in psychoendocrinology*; Sachar E., ed.— N. Y.: Grune & Stratton, 1975.— P. 1–18.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОШИРЕНИМИ ФОРМАМИ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

В. В. ІЩУК

Виявлено і систематизовано медико-психологічні предиктори формування психопатологічних розладів, що належать до психогенного та патоперсоналогічного реєстрів ураження психіки у клінічній структурі психоендокринного синдрому у пацієнтів із найпоширенішими формами ендокринопатії (гіпотиреоз, гіпертиреоз, цукровий діабет). Установлено закономірності динаміки впливу медико-психологічних предикторів психопатологічних порушень психогенного та патоперсоналогічного реєстрів, які вказують на необхідність диференційованого психопрофілактичного впливу на конкретні групи предикторів на кожному етапі перебігу ендокринопатій.

Ключові слова: гіпотиреоз, гіпертиреоз, цукровий діабет, психогенні розлади.

MEDICAL PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF FORMING PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH COMMON FORMS OF ENDOCRINE PATHOLOGY

V. V. ISHCHUK

Medical psychological predictors of formation of psychopathological disorders of psychogenic and pathopersonological registers of mind disorders in the clinical structure of psychoendocrine syndrome were identified and systematized of in patients with the most common forms of endocrinopathy (hypothyroidism, hyperthyroidism, diabetes mellitus). The study revealed the patterns of dynamics of the impact of medical psychological predictors of psychopathological disorders of psychogenic and pathopersonological registers that indicate the need for differentiated psychopreventive influence on the specific groups of predictors at each stage of endocrinopathy.

Key words: hypothyroidism, hyperthyroidism, diabetes mellitus, psychogenic disorders.

Поступила 13.03.2015