

УДК 616.89-008.1-02:616.441-08

Канд. мед. наук В. В. ІЩУК

НОЗОГЕННО-ОРІЄНТОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ПСИХОЕНДОКРИННИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

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 гіпотиреозу, в основу якої покладено результати аналізу ступеня вираженості нозогенного впливу 12 факторів.

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

Порушення обміну гормонів щитоподібної залози є одним із найбільш розповсюджених класів ендокринної патології. Ураховуючи біологічну активність тиреоїдних гормонів, що мають інтенсивні психостимулюючі ефекти, їх секреторна диспропорція, окрім соматичного кластера семіотики, спричиняє формування психоендокринного

синдрому (ПеС). Його прояви включаються в патогенез ендокринної патології, значно обтяжуючи її перебіг (за рахунок дестабілізації перебігу захворювання та порушення комплаєнсу) та драматично знижуючи якість життя хворого (внаслідок накопичення стресу у відповідь на патологічний модус сприйняття психологічно тяжких аспектів

захворювання — нозогеній — та детерміновано-го цим формування сателітних невротичних розладів) [1–3].

Через значну клінічну сепарацію соматичної та психотерапевтичної сфер компетенції своєчасна діагностика психопатологічних розладів у структурі ПeC, що формується, є складним завданням для практичної реалізації. Проте клінічний досвід психологічного спостереження за хворими із ендокринною патологією, які перебувають на амбулаторному етапі лікування, вказує на наявність експліцитного механізму психопатогенезу реалізації нозогеній, що виражено у синергії активуючих гормональних ефектів та анксиогенних форм соціальної та інтроспективної рефлексії [4, 5].

У цьому контексті питання встановлення актуального спектра нозогеній у структурі гіпотиреозу та пошук конгруентних форм їх психологічної корекції є важливим завданням клінічної психології.

Мета цього дослідження — формування нозогенно-диференційованої системи психотерапевтичного супроводу хворих із ПeC на тлі гіпотиреозу.

Контингент обстеження становили 100 хворих на гіпотиреоз, які проходили лікування на базі Українського 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 варіювала від 5 до 15 років.

У ході дослідження було використано клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний і клініко-статистичний методи.

Рівень представленості нозогенних чинників психотравматизації у хворих контингенту дослідження було встановлено за результатами структурованого психодіагностичного інтерв'ю, що базувалося на оригінальному авторському опитувальнику [6, 7].

На попередніх етапах дослідження було встановлено, що для ПeC при гіпертиреозі характерне поєднання імпульсивності, фізичної, опосередкованої та вербальної агресії високого рівня [8, 9]. У структурі станів декомпенсації виділено два типи клініко-психологічного аранжування ПeC:

— експлозивно-агоністичний: композиція нетримання афекту та агресивних патернів реагування, що призводить до втрати контролю за афективно детермінованою поведінкою та включення у комплекс психогеній станів мікросоціальної дезадаптації;

— ажитовано-імпульсивний: композиція тривожності та імпульсивності аранжована психостимулючими ефектами тиреоїдних гормонів, що

призводить до диспропорції та ларвованих форм психомоторного збудження.

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) *хронопатологічна* (у співвідношенні з часовим періодом перебігу захворювання), що включає такі предиктори психотравматизації:

— ранні (від моменту первинного звернення по медичну допомогу з приводу поточного захворювання до 6 міс із моменту постановки діагнозу);

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

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

2) *інтроспективно-вітальна* (за належністю до інтроспективно-ідентифікованих сфер життя хворого), що об'єднує такі групи предикторів психотравматизації:

— валеоцентричну (предиктори приналежності до сфери побоювань за стан здоров'я, фізичний і психічний добробут);

— соціоцентричну (предиктори приналежності до сфери побоювань за порушення соціальних, у тому числі сімейних, трудових та економічних взаємовідносин);

— агедоністичну (предиктори приналежності до сфери побоювань, спрямованих на втрату можливості отримувати задоволення і самого задоволення).

На підставі аналізу варіантів динамічного стереотипу проведено інтерпретацію характеру впливу нозогенних предикторів психотравматизації у психосоматичному ракурсі. У дужках подано рівні представленості предиктора (наявність його у відсотку обстежених осіб) на різних етапах спостереження: перший показник — на початковому (діагностика та початок лікування), другий — на відстроченому (розвиток перших ускладнень), третій — на пізньому (розвиток виражених, морфологічно значущих ускладнень).

1. *Формування функціональних і морфологічних порушень* як предиктор психотравматизації при гіпотиреозі має інтенсифікуючий тип динаміки (10,0% / 46,0% / 72,0%), що можна пояснити аналогічно.

Психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова терапія, індивідуальна на ранньому етапі із поступовим формуванням групи.

2. *Факт наявності хронічного (невиліковного) захворювання* як предиктор психотравматизації при гіпотиреозі має ремітуючий тип динаміки

(77,0% / 22,0% / 43,0%), що можна пояснити схильністю контингенту хворих на гіпертиреоз до гіпотимних і субдепресивних станів на пізніх етапах перебігу захворювання. Це формує контекст для загострення екзистенціальних переживань.

Психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова терапія, що на ранньому етапі передбачає групову участь із посуповим переходом до індивідуальної практики із тими хворими, які не демонструють позитивного ефекту.

3. *Обмеження фізичної активності* — як у перспективі розвитку захворювання, так і фактичне — може бути об'єднано у предиктор психотравматизації, який має при гіпотиреозі кульмінаційний тип динаміки (73,0% / 51,0% / 49,0%) з максимальною частотою у ранньому періоді захворювання. Значена ситуація має подібну природу з такою самою при гіпертиреозі, але на відстроченому і пізньому періодах перебігу захворювання спостерігається суб'єктивно більш глибоке обмеження фізичної активності.

Психотерапевтична тактика: селективна поведінкова терапія із хворими, які надають великої значущості цьому чиннику.

4. *Наявність обтяжливо пережитих симптомів захворювання* як предиктор при гіпотиреозі має редукуючий тип динаміки (63,0% / 42,0% / 32,0%), що відповідає ефективності терапевтичного купірування проявів захворювання і зростаючій психічній адаптації хворих.

Психотерапевтична тактика: селективна поведінкова терапія із хворими, що демонструють високу індивідуальну значущість цього чинника.

5. *Необхідність терапії препаратами, що мають виражені побічні ефекти*, які негативно позначаються на стані здоров'я, як предиктор має при гіпотиреозі ремітуючий характер динаміки (20,0% / 13,0% / 44,0%). Це можна пояснити оптимальним співвідношенням дозування/ефективності у відстроченому періоді захворювання і маніфестацією побічних ефектів при збільшенні дозування і включенні у спектр терапії препаратів, спрямованих на корекцію ускладнень у пізньому періоді захворювання.

Психотерапевтична тактика: сугестивна психотерапія, індивідуальна на ранньому етапі із поступовим формуванням групи. Можливе використання трасових технік.

6. *Канцерофобічні переживання* при гіпертиреозі мають кульмінаційний характер динаміки (20,0% / 36,0% / 13,0%), трапляються у відносно малому числі спостережень. Найчастіше реєструвалися у відстроченому періоді захворювання. Скоріш за все це пов'язано з ненавмисною індукцією з боку медичного персоналу і самостійним аналізом хворим різних джерел інформації. Самостійно

купірується з плином часу і переходом захворювання до стабільного перебігу.

Психотерапевтична тактика: селективна комплаєнс-орієнтована та раціональна психотерапія.

7. *Інтроспективно визначені когнітивні та мнестичні порушення* як предиктор психотравматизації при гіпотиреозі мають ремітуючий тип динаміки (50,0% / 31,0% / 42,0%), що зумовлено наявністю прозектичних розладів і виснаженням у структурі психастенічних станів на ранньому етапі перебігу захворювання, які сприймаються хворими як зниження пам'яті та інтелекту. Ефективна замісна терапія основного розладу частково компенсує значені порушення на відстроченому етапі перебігу захворювання і з меншою ефективністю — з появою ускладнень на пізньому етапі.

Психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова терапія, індивідуальна на ранньому етапі із поступовим формуванням групи.

8. *Необхідність проведення діагностичних процедур і терапевтичних заходів із високою вартістю* як фактор психотравматизації при гіпотиреозі має ремітуючий тип динаміки (53,0% / 30,0% / 44,0%). Це можна пояснити об'єктивним співвідношенням фінансових витрат при гіпертиреозі в різних періодах захворювання.

9. *Наявність трудових обмежень, що спричиняє фінансові труднощі*, втрата економічно-домінантної ролі як фактор психотравматизації при гіпотиреозі має персистуючий характер динаміки (30,0% / 35,0% / 30,0%), що відповідає стабільному рівню значущості в усіх періодах захворювання.

Психотерапевтична тактика: сімейна психотерапія із формуванням відповідної психотерапевтичної групи.

10. *Обмеження кола спілкування, пов'язане з наявністю захворювання або його симптомами*, як фактор психотравматизації при гіпотиреозі має кульмінаційний характер динаміки (7,0% / 22,0% / 21,0%), що відповідає підвищенню рівня значущості комунікативного дефіциту для цієї групи хворих у відстроченому періоді перебігу захворювання через компенсацію проявів психастенії.

Психотерапевтична тактика: групова психотерапія із особистісно-орієнтованим компонентом. Залучаються хворі, що надають великої значущості цьому чиннику.

11. *Необхідність дотримання дієти, відмови від прийому алкоголю і будь-яких стимулюючих речовин* як фактор психотравматизації при гіпотиреозі має кульмінаційний характер динаміки (30,0% / 11,0% / 12,0%), що відповідає швидкій адаптації, на яку накладаються обмеження через властиві гіпотиреодним станам явища гіпобулії та гіпопатії.

Психотерапевтична тактика: групова психотерапія, що поєднується із індивідуальними

сеансами екзистенційної психотерапії для хворих, які надають великої значущості цьому чиннику.

12. *Залежність від прийому замісної гормональної терапії* як предиктор психотравматизації при гіпотиреозі має ремітуючий тип динаміки (23,0% / 15,0% / 18,0%), що відповідає відносній прихильності режиму терапії у відстроченому періоді захворювання. Найбільш імовірно в силу суб'єктивно відзначеної ефективності терапії при незначній вираженості побічних ефектів.

Психотерапевтична тактика: групова психотерапія на ранньому етапі із поступовим переходом до індивідуальної практики раціоналізації із тими хворими, які не демонструють позитивного ефекту.

На підставі аналізу варіантів динамічного стереотипу проведено інтерпретацію характеру впливу 12 нозогенних предикторів психотравматизації у психосоматичному ракурсі.

Сформовано нозогенно-диференційовану систему психотерапевтичного супроводу хворих із ПeC на тлі гіпотиреозу.

Список літератури

1. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина.— Харьков: [Б. и.], 2000.— 29 с.
2. *Пятницкий Н. Ю.* Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий / Н. Ю. Пятницкий // Социальная и клиническая психиатрия.— 2001.— № 4.— С. 10–13.

3. *Уварова Е. В.* Гипогонадотропный гипогонадизм (обзор литературы) / Е. В. Уварова, Е. В. Трифонова // Педиатрическая фармакология.— 2008.— № 4.— С. 45–53.
4. *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.
5. Psychiatric morbidity in endocrine disorders / G. R. Geffken, H. E. Ward, J. P. Staab [et al.] // Psychiatric Clinics of North America.— 1998.— № 21.— P. 473–489.
6. *Ищук В. В.* Контранозогенні психотерапевтичні впливи при психоендокринному синдромі на тлі патології щитоподібної залози та кори наднирників / В. В. Ищук // Психіатрія, неврологія та медична психологія. — 2017.— № 2.— С. 124–128.
7. *Ищук В. В.* Особенности психогенных компонентов психоэндокринного синдрома при функциональных нарушениях щитовидной железы / В. В. Ищук // Міжнар. медичний журн.— 2015.— № 3.— С. 44–50.
8. *Ищук В. В.* Особенности нозогенной психотравматизации в структуре психоендокринного синдрома на фоне патологии щитоподібної залози і кори наднирникових залоз / В. В. Ищук // Вісн. морської медицини.— 2017.— № 1.— С. 129–135.
9. *Ищук В. В.* Гормонзалежні та інваріантні компоненти психоендокринного синдрома при патології щитоподібної залози та кори наднирників / В. В. Ищук, А. Д. Городокін // Укр. вісн. психоневрології.— 2017.— № 2.— С. 45–49.

НОЗОГЕННО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

В. В. ИЩУК

Сформирована нозогенно-дифференцированная система психотерапевтического сопровождения больных с психоэндокринным синдромом на фоне гипотиреоза, в основу которой легли результаты анализа степени выраженности нозогенного влияния 12 факторов.

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

DISEASE-ORIENTED PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH PSYCHOENDOCRINE SYNDROME AGAINST A BACKGROUND OF HYPOTHYROIDISM

V. V. ISHCHUK

A disease-differentiated system of psychotherapeutic management of patients with psychoendocrine syndrome against a background of hypothyroidism, based on the results of the analysis of severity of the nosogenic influence of 12 factors, was formed.

Key words: psychoendocrine syndrome, psychotherapy, psychotraumatization, nosogenia.

Надійшла 25.12.2017