

Ischuk V. V. System of prolonged psychotherapeutic support of patients with psychoendocrine syndrome on the hypocorticism background. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):604-611. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.829974>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4620>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 03.06.2017. Revised: 20.06.2017. Accepted: 30.06.2017.

SYSTEM OF PROLONGED PSYCHOTHERAPETIC SUPPORT OF PATIENTS WITH PSYCHOENDOCRINE SYNDROME ON THE HYPOCORTICISM BACKGROUND

V. V. Ischuk

Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery
Transplantation of endocrine organs and tissues of the Ministry of Health of Ukraine

e-mail: androman2008@ukr.net

Abstract

The objective: to form a nosological differentiated system of psychotherapeutic support of patients with psychoendocrine syndrome on the background of hypocorticism. The base of the research done: Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Endocrine Organs and Tissue Transplantation of the Ministry of Health of Ukraine. 50 patients with hypocorticism were examined. Methods: clinical-psychopathological, clinical-psychophenomenological. Results: the nature and extent of the relevance of nosogenic psychotraumatic factors in the patients under examination in three chronopathological periods (early, delayed and late) were established. A system of prolonged psychotherapeutic support has been developed. It is realized by selective application of contranozogenic psychotherapeutic interventions, depending on activity of a particular factor at this stage of the disease.

Key words: psychoendocrine syndrome, hypocorticism, psycho-traumatization, psychophenomenology.

**СИСТЕМА ПРОЛОНГОВАНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО
СУПРОВОДУ ХВОРИХ ІЗ ПСИХОЕНДОКРИННИМ СИНДРОМОМ
НА ТЛІ ГІПОКОРТИЦИЗМУ**

В. В. Іщук

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

Актуальність. Гіпокортицизм є важкою формою ендокринної дисфункції, що має відносно малий рівень представленості у загальній популяції. У зв'язку з цим моделі психологічного супроводу таких хворих на даний час не мають достатнього рівня проробки та клінічного впровадження [2, 3]. Між тим, біологічні ефекти гормонів кори надниркових залоз мають значну активність у відношенні регуляції психічного функціонування, а зниження їх рівня, як і порушення секреторної динаміки, що виникає при замісній гормональній терапії – викликає формування психоендокринного синдрому (ПeC) [1, 5].

Зазначений психопатологічний синдром у більшості випадків не має гострих проявів та у першу чергу патологічно модифікує особистісні характеристики та афективно-конативної сфери психічного функціонування [2, 7]. У зв'язку з цим, з одного боку, важко своєчасно встановити його наявність без спеціалізованого клініко-психологічного дослідження, з іншого – його вплив на якість життя та перебіг захворювання реалізується опосередковано, формуючи тло для патологічного сприйняття психологічно важких аспектів захворювання, труднощів лікування та ятрогенних впливів [6, 8].

У даному контексті, важливим аспектом для превенції пато-психологічних ефектів ПeC є аналіз представленості та ступеня актуальності нозогенних чинників психотравматизації у патогенезі захворювання та розробка конгруентних форм їх психологічної корекції та превентивної десенсибілізації [1, 4].

Метою дослідження є формування нозологічно-диференційованої системи психотерапевтичного супроводу хворих із психоендокринним синдромом на тлі гіпокортицизму.

Дизайн дослідження. Контингент дослідження склали 50 хворих на гіпокортицизм, що проходили лікування на базі Українського науково-практичного

центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Середній вік контингентів становив $48,63 \pm 2,46$ рік. Тривалість захворювання на момент дослідження складала від 5 до 15 років.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний і клініко-статистичний.

Результати дослідження. На підставі аналізу варіантів динамічного стереотипу представленості нозогенних чинників психотравматизації у контексті зміни фаз захворювання встановлено їх характер та ступінь актуальності у трьох хронопатологічних періодах (розділення проведено згідно до даних патопсихологічного аналізу):

– ранній (в періоді часу від моменту первинного звернення за медичною допомогою з приводу проявів захворювання до 6 місяців з моменту постановки діагнозу);

– відстрочений (після 6 місяців з моменту постановки діагнозу до моменту діагностики перших соматичних ускладнень захворювання, які потребують окремої терапії);

– пізній (після моменту діагностики перших соматичних ускладнень захворювання, які потребують окремої терапії, і далі).

Проведено аналіз актуальності 12 нозогенних чинників психотравматизації у 3 періодах перебігу захворювання (ступінь актуальності чинника відображена у відсотку осіб, що вказують на даний чинник або його психологічні наслідки, як на особливо важкий аспект захворювання; актуальність у різних періодах захворювання подана у форматі (ранній / відстрочений / пізній)):

1. *Формування функціональних і морфологічних порушень* має інтенсифікуючий тип динаміки (12,0% / 50,0% / 92,0%), що може бути пояснено об'єктивним поглибленням ступеня сомато-естетичних порушень при прогресуванні захворювання.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова психотерапія з прокомплаєнтним компонентом, задля формування уявлень щодо ефективного лікування та профілактики морфологічних порушень.

2. *Факт наявності хронічного (невиліковного) захворювання* має кульмінаційний тип динаміки (80,0% / 24,0% / 28,0%), що може бути пояснено швидкою інтроспективною адаптацією до нозогенії при наявності стабільно ефективної замісної гормональної терапії.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова

психотерапія з формуванням екзистенційно-конформного модусу сприйняття захворювання.

3. *Обмеження фізичної активності* має ремітуючий тип перебігу (68,0% / 34,0% / 64,0%), що відповідає наявності гіперболізованих побоювань, на ранньому етапі захворювання і успішній їх раціоналізації та психічної адаптації в контексті успішної терапії.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням навичок уникання ситуацій впливу дезадаптуючих чинників.

4. *Наявність обтяжливо пережитих симптомів захворювання* має персистуючий тип динаміки (58,0% / 56,0% / 60,0%), що може бути пояснено стабільним соматично-дискомфортним станом хворих на усіх етапах захворювання.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням екзистенційно-конформного модусу сприйняття захворювання.

5. *Необхідність терапії препаратами, що мають виражені побічні ефекти* має ремітуючий тип динаміки (48,0% / 20,0% / 34,0%), що може бути пояснено переважанням кількості побічних ефектів терапії на ініціальному етапі лікування та при переході на високі її дози на пізніх етапах лікування.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: комплаєнс-орієнтована сугестивна психотерапія з посиленням мотивації до лікування.

6. *Канцерофобічні переживання* мають редукуючий тип динаміки даного предиктора (70,0% / 58,0% / 40,0%), що може бути пояснено інтроспективною адаптацією до стабільно наявного нозогенного чинника.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: комплаєнс-орієнтована раціональна психотерапія (формування уявлень щодо реального ризику розвитку онкологічних ускладнень).

7. *Інтроспективно визначені когнітивні і мнестичні порушення* мають кульмінативний тип динаміки (0% / 4,0% / 36,0%) що може бути пояснено швидким формуванням когнітивних розладів на пізніх етапах захворювання.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: психоосвітня та когнітивно-поведінкова психотерапія з формуванням механізмів компенсації когнітивних порушень.

8. *Необхідність проведення діагностичних процедур і терапевтичних заходів, що мають високу вартість* має ремітуючий тип динаміки (60,0% / 48,0% / 72,0%) що

може бути пояснено об'єктивними співвідношенням фінансових витрат при гіпертиреозі в різних періодах захворювання.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: сімейна психотерапія з формуванням саногенного мікросоціального оточення.

9. *Наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі* має персистуючий тип динаміки (52,0% / 50,0% / 56,0%) що може бути пояснено стабільно наявним рівнем трудової дезадаптації, що не має ефективних шляхів терапевтичної корекції.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: групова психотерапія з формуванням особистісно-детермінованого модусу самооцінки в антитезу матеріально-детермінованому.

10. *Обмеження кола спілкування, пов'язане з наявністю захворювання або його симптомами*, має ремітуючий тип динаміки (46,0% / 24,0% / 34,0%) що може бути пояснено наявністю психогенно-детермінованої соціальної алієнації в ініціальному періоді захворювання, що корегується опосередковано за рахунок ефектів замісної гормональної терапії.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: групова та екзистенціальна психотерапія з формуванням нових соціальних зв'язків.

11. *Необхідність дотримання дієти, відмови від прийому алкоголю і будь-яких стимулюючих* має редукуючий тип динаміки (36,0% / 28,0% / 22,0%) що може бути пояснено аналогічно.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: комплаєнс-орієнтована раціональна, екзистенціальна та сугестивна психотерапія з посиленням мотивації до лікування.

12. *Залежність від прийому замісної гормональної терапії* має редукуючий тип динаміки (76,0% / 40,0% / 22,0%) що може бути пояснено успішною адаптацією хворого до прийому терапії з формуванням уявлення щодо позитивних сторін лікування.

Контранозогенна психотерапевтична тактика: групова психотерапія у контингентах хворих, що приймають замісну гормональну терапію.

Згідно до пріоретизації психотерапевтичного контенту супроводу рівень представленості нозогенних чинників психотравматизації було стратифіковано так:

– високий (> 75% контингенту) – відповідає субтотальній передсталвеності чинника на даному етапі перебігу захворювання, потребує першочергової направленої

корекції в усіх хворих з метою превенції вторинної невротизації;

– середній (26% – 74% контингенту) – відповідає помірній передсталвеності чинника на даному етапі перебігу захворювання, потребує селективної (у підгрупі пацієнтів сформованої за принципом актуальності чинника) корекції, або першочергової індивідуальної при наявності в актуальних переживаннях хворого;

– низький (<25% контингенту) – відповідає незначній передсталвеності чинника на даному етапі перебігу захворювання, потребує індивідуальної корекції при наявності в актуальних переживаннях хворого;

Таким чином, модель психотерапевтичного супроводу хворих на гіпотиреоз представлена у табл. 1

Таблиця 1

Модель психотерапевтичного супроводу хворих на гіпотиреоз

Чинник \ Етап	ранній	відстрочений	пізній
1	2	3	4
<i>Формування функціональних і морфологічних порушень</i>	індивідуальна поведінкова терапія	селективна поведінкова терапія	тотальна поведінкова терапія
<i>Факт наявності хронічного (невиліковного) захворювання</i>	тотальна поведінкова терапія	селективна поведінкова терапія	
<i>Обмеження фізичної активності</i>	селективна поведінкова психотерапія		
<i>Наявність обтяжливо пережитих симптомів захворювання</i>			
<i>Необхідність терапії препаратами, що мають виражені побічні ефекти</i>	селективна сугестивна терапія	індивідуальна сугестивна терапія	селективна сугестивна терапія
<i>Канцерофобічні переживання</i>	селективна комплаєнс-орієнтована та раціональна психотерапія		
<i>Інтроексплективно визначені когнітивні і мнестичні порушення</i>	індивідуальна поведінкова терапія		селективна поведінкова терапія
<i>Необхідність проведення діагностичних процедур і терапевтичних заходів, що мають високу вартість</i>	сімейна психотерапія (залучення сім'ї хворого до групової терапії)		
<i>Наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі</i>	особистісно-орієнтований компонент групової психотерапії		
<i>Обмеження кола спілкування, пов'язане з наявністю захворювання або його симптомами</i>	селективна груповая терапія	індивідуальна екзистенційна терапія	селективна груповая терапія

1	2	3	4
<i>Необхідність дотримання дієти, відмови від прийому алкоголю</i>	селективна поведінкова терапія та раціоналізація		індивідуальна поведінкова терапія
<i>Залежність від прийому замісної гормональної терапії</i>	тотальна групова психотерапія	селективна групова терапія	індивідуальна раціоналізація

Висновки. Проведено аналіз актуальності 12 нозогенних чинників психотравматизації (формування функціональних та морфологічних порушень, факт наявності хронічного невиліковного захворювання як вітального дефекту, обмеження фізичної активності, наявність морально тяжких симптомів захворювання, необхідність терапії ліками, що мають виражену побічну дію, канцерофобічні переживання, когнітивні та мнестичні порушення, що виявляються інтроспективно, необхідність коштовних діагностичних та терапевтичних процедур, наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі, обмеження кола спілкування, що пов'язано з наявністю захворювання чи його симптомами, необхідність дотримуватися дієти, відмови від вживання алкоголю та інших стимулюючих речовин, залежність від прийому замісної гормональної терапії) у 3 періодах перебігу захворювання (ранньому, відстроченому, пізньому) у хворих на гіпокортицизм.

Розроблено комплекс психотехнічного забезпечення для пролонгованого психотерапевтичного супроводу, що реалізується у селективному застосуванні контранозогенних психотерапевтичних інтервенцій у залежності від активності того, чи іншого фактору на даному етапі захворювання.

References:

1. Korostiy VI., et al. Psychic disturbances at somatic and endocrine disorders.- Kharkov, 2000. - 29 p. (Rus.).
2. Korostiy VI., et al. Clinical and neuropsychologic features of cognitive disorders among endocrine pathology patients // Ukr Herald Psychoneurol. - 2012. - № 1 (70).- P. 44 – 48 (Ukr.).
3. Kosenko NA., et al. Psychic disorders at endocrinopathy // Kuban scient Medic Herald. - 2014. - № 6 (148).- P. 107–114 (Rus.).
4. Piatnitsky NYu. Comparative characteristics of psychic disorders at different types of endocrinopathies // Soc Clinic Psyhiatry. - 2001. - № 4. - P. 10–13 (Rus.).
5. Brambilla F. Psychopathological aspects of neuroendocrine diseases: Possible parallels with the psychoendocrine aspects of normal aging // Psycho neuro endocrinology. - 1992. - № 17 (4). - P. 283–291.

6. Henry M., Wolf P. S., Ross I. L., Thomas K. G. Poor quality of life, depressed mood, and memory impairment may be mediated by sleep disruption in patients with Addison's disease // *Physiology and Behavior*. - 2015. - № 1 (151). -P. 379–385.
7. Johnstone P. A., Rundell J. R., Esposito M. Mental status changes of Addison's disease // *Psychosomatics*. - 1990.- № 31.- P. 103–107.
8. Schultebrucks K., Wingenfeld K., Heimes J. et al. Cognitive function in patients with primary adrenal insufficiency (Addison's disease) and the role of mineralocorticoid receptors // *Psycho neuro endocrinology*. - 2015. - № 61. - P. 45.