

УДК: 616.891.6:616.441-008.61

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ
У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ****Невзорова С.І.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Клінічна картина тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз зазвичай представлена панічним, тривожним та тривожно-депресивним варіантами психопатологічної симптоматики. Було розроблено та апробовано програму комплексної терапії тривожних розладів таких хворих, яка включала використання методів психотерапії, психофармако-терапії та психоосвіти. В результаті використання розробленої програми була відмічена позитивна динаміка психічного стану, швидка редукація афективної симптоматики, зниження показників тривоги та депресії за шкалою тривоги (НАМ-А) та депресії (НАМ-D) Гамільтона, зниження рівнів особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спіл-бергера-Ханіна; зниження рівня виразності нервово-психічної напруги, зміни динаміки стану соціально-психологічної дезадаптації та її основних факторів за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда (полягали у зниженні рівня дезадаптації у хворих з тривожним, панічним та тривожно-депресивним синдромами). Була відмічена позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки на тлі проведення комплексних терапевтичних заходів. Після проведеної комплексної персоналізованої програми терапії показник якості життя за усіма шкалами підвищився в усіх клінічних групах.

Ключові слова: тривога, щитоподібна залоза, невротичні розлади, комплексне лікування.



Цитуйте українською: Невзорова С.І. Комплексний підхід до корекції тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(3):82-7. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.nev>

Cite in English: Nevzorova S.I. Complex approach for correction of anxiety disorders in patients with hypothyroidism. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(3):82-7. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.nev> [in Ukrainian].

Вступ

Захворювання щитоподібної залози вважаються найбільш поширеною ендокринною патологією після цукрового діабету, а їх рівень в Україні останнім часом продовжує зростати. У струк-

турі ендокринної патології в останні роки все більш вагоме місце посідає тиреотоксикоз, який є причиною погіршення якості життя, працездатності, соціально-психологічної адаптації хворих [1; 2].

Психічні розлади є невід'ємною складовою клінічної картини практично всіх форм тиреотоксикозу. Пацієнтам із тиреотоксикозом притаманні скарги на постійне відчуття внутрішньої напруги, неспокою, знижений фон настрою, зниження концентрації уваги, астеничні та дисомнічні прояви. У хворих спостерігається емоційна лабільність, метушливість, часті лакрімальні реакції та різного роду фобії. У відповідь на емоційне і фізичне навантаження можуть з'являтися панічні атаки, що проявляються зростанням артеріального тиску, різким посиленням пульсу, сухістю в роті, зблідненням шкірних покривів, тремтінням, страхом смерті [3–5].

Тривожні розлади – поширена патологія, яка негативно впливає на якість життя і викликає виражені страждання у хворих. Поширеність цієї патології в осіб із розладами ментального здоров'я та пацієнтів із соматичними патологіями спонукає дослідників постійно працювати над методами її корекції. Попри те, що тривожні розлади сприймаються як «легкі» чи «помірні» психічні розлади, їх внесок у якість життя особи може бути дуже вагомим. Своєчасна та адекватна їх діагностика – важливе завдання системи охорони у сфері психічного здоров'я [6–8].

Розлади психічної діяльності ускладнюють перебіг захворювання, відновлювано-реабілітаційні процеси та є однією з головних причин тимчасової непрацездатності й інвалідності таких пацієнтів у понад 50 % випадків. Дослідження та корекція психопатологічних змін, асоційованих з соматичною, у тому числі ендокринною патологією, є одним з актуальних завдань сучасної медицини [9–11].

Вищевикладене свідчить про актуальність нашого дослідження, мета якого – розробка та апробація комплекс-

системи терапії тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 74 хворих обох статей віком (30–55) років з первинним гіпотиреозом, серед яких легкий ступень тяжкості тривожних розладів був діагностований у (26,1±1,2) % обстежених, середній ступень – у (45,2±1,4) %, важкий ступень – у (28,7±1,2) %.

Усі пацієнти перед початком участі у дослідженні були поінформовані про всі етапи дослідження та підписали інформовану згоду. Математико-статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакетів спеціалізованих програм (Statistica 6.0, MS Excel, США).

На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму комплексної системи терапії тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз, яка включала використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Мішенями терапевтичного впливу були тривожно-депресивний стан, соматизована тривога, страхи, неадаптивний копінг, зануреність у хворобу.

Нами також були використані наступні психодіагностичні методи: шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), шкала депресії Гамільтона (HAM-D), методики діагностики копінг-поведінки в стресових ситуаціях (CISS) (Крюкова Т.Л., 2010), шкали оцінки інтегрованого показника якості життя (Mezzich, Coher, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999, у модифікації Марути Н.О., 2004).

Психофармакотерапія включала диференційоване використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, норадреналіну та серотоніну, мелатоніну (пароксетин 20 мг

1 раз на добу 3-6 місяців, сертралін 50 мг 1 раз на добу 3-6 місяців, агометалін 25 мг 1 раз на добу 3-6 місяців), анксиолітиків (фабомотизол 10 мг 3 рази на день 2-4 тижні, гідазепам 20–50 мг 2–3 рази на добу 1–2 тижні, мебікар 500 мг 2–3 рази на день до 2–3 місяців, гідроксизин 50–100 мг на добу до 2–3 місяців, екстракт *passiflora incarnata* 100–200 мг 3 рази на день 1–2 місяці, саффорн 1 капсула 1 раз на добу 1–2 місяці) та антиоксидантів.

Психотерапевтичні та психоосвітні інтервенції були спрямовані на формування критичності до симптомів тривоги, мотивування до їх усунення, відновлення достатнього рівня активності та працездатності, нормалізацію настрою, підвищення стресостійкості, нормалізацію сну, навчання засобам саморегуляції психічного стану, вербалізацію переживань на протидію соматичному реагуванню, підвищення самооцінки, формування долаючої поведінки, корекцію дезадаптивних рис, формування адаптивних копінг-стратегій, підвищення прихильності до терапії, корекцію дезадаптивних типів реагування на хворобу, орієнтування на співробітництво та партнерство з лікувальною командою.

Психотерапевтична програма для хворих з тривожним варіантом психопатологічної симптоматики включала використання когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої психотерапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, малюнкові техніки арт-терапії. Тривалість програми лікування становила 12–15 тижнів.

У хворих з панічним варіантом психопатологічної симптоматики використовувались індивідуально-орієнтована короткотермінова психодинамічна психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, дихальні вправи «Заземлення» це інструменти, які використо-

вуються для саморегуляції в моменти стресу і тривоги. Вони служать м'яким нагадуванням про те, що потрібно залишатися зосередженим і закорюють в теперішньому моменті, що допомагає зменшити відчуття тривоги та пригніченості. Техніка заземлення дозволяє тілу заспокоїтися і подати сигнал про відсутність реальної загрози м'язова релаксація за Джекобсоном Е. – рекомендовано сильно напружувати кожен м'яз упродовж 5–10 секунд, а потім упродовж 15–20 секунд концентруватися на виниклому в ньому почутті розслаблення. Тривалість програми терапії становила 11–16 тижнів.

У хворих з тривожно-депресивним варіантом психопатологічної симптоматики була використана когнітивно-поведінкова терапія, раціональна психотерапія, проблемно-долаюча терапія, біосугестивна терапія Стражного О. метод спирається на використання біологічної складової (торканнями долонею частин тіла пацієнта) під час прослуховування спеціального аудіотреку. На сеансі досягається поступове розслаблення та концентрація уваги на тому що відбувається з тілом під час розслаблення, психотонічний варіант аутогенного тренування Шогама А.М. та Миrowsького К.І. Аутогенне тренування складається з двох етапів. Завданням першого етапу є здатність контролювати головним чином соматичні функції (тому Шульц назвав його «організм»). Другий етап має на меті оволодіння здатністю контролювати психічні функції, проте цей етап методично дуже складний, трудомісткий, показання для його застосування дуже обмежені і нечіткі. У зв'язку з цим у дитячому та підлітковому віці він практично не застосовується. Після першого і другого етапів у хворого виникає відчуття повного спокою. Тривалість програми терапії становила 10–12 тижнів.

Псіхоосвіта стала важливою складовою розробленої нами програми та була спрямована більшою мірою на раціональну корекцію уявлень хворого про його розлад, запобігання заглибленості у хворобу, роботу з негативними установками та виникаючими страхами, на формування цілей, що спрямовані на повернення до активного способу життя пацієнтів. Псіхоосвітня програма включала мінілекції online, проблемно-орієнтовані дискусії з використанням дидактичного матеріалу у вигляді інфографіки.

Псіхоосвітня програма складалася з обов'язкового інформаційного тренінгу, тренінгів «Відновлення», «Психологічний баланс», «Рух вперед», а також тренінгів самоконтролю власного емоційного стану та асертивності [11].

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, клінічна картина тривожних розладів у обстежених хворих була представлена тривожним – (38,2±1,3) % обстежених, панічним – (36,7±1,3) % та тривожно-депресивним – (25,1±1,2) % синдромами.

За результатами дослідження на тлі застосування розробленої програми (фармакотерапії, психотерапії та псіхоосвіти) була отримана швидка редукція афективної симптоматики та позитивна динаміка психічного стану у (87,9±1,8) % обстежених з тривожним синдромом, у (85,9±1,8) % – з панічним синдромом, та у (81,6±1,8) % – з тривожно-депресивним синдромом.

Отримали зниження показників депресії та тривоги за шкалою тривоги (HAM-A) [(79,8±1,7) % хворих з тривожним, (72,1±1,7) % панічним та (79,6±1,7) % тривожно-депресивним синдромами] та шкалою депресії (HAM-D) Гамільтона [(78,2±1,7) %, (79,1±1,7) %, та (80,9±1,8) % хворих відповідно]; зниження рівнів особистісної [(81,2±

±1,8) % хворих з тривожним, (76,9±1,7) % панічним, та (82,1±1,8) % тривожно-депресивним синдромами] та ситуативної тривожності [(76,9±1,7) %, (77,5±1,7) %, та (79,8±1,7) % хворих відповідно] за шкалою Спілбергера-Ханіна; зниження рівня виразності нервово-психічної напруги [(83,3±1,8) % хворих з тривожним, (81,5±1,8) % з панічним та (80,9±1,7) % з тривожно-депресивним синдромами].

Оцінка динаміки стану соціально-психологічної дезадаптації та її основних складових за методикою Роджерса К. та Даймонда Р. показала зниження рівня дезадаптації у (80,8±1,8) % хворих з тривожним, у (78,4±1,7) % з панічним та (77,1±1,7) % з тривожно-депресивним синдромами, відчуття неприйняття себе у (73,5±1,7) %, (75,5±1,7) %, та (76,1±1,7) % обстежених відповідно, неприйняття інших у (69,8±1,6) % хворих з тривожним, (71,3±1,7) % панічним, та (70,9±1,7) % тривожно-депресивним синдромами, та емоційного дискомфорту – у (68,9±1,6) %, (66,8±1,6) % та (79,4±1,7) % відповідно.

Спостерігалася позитивна динаміка показників стрес-долаючої поведінки під час проведення комплексних терапевтичних впливів: у (64,9±1,6) % хворих з тривожним, (66,6±1,6) % – з панічним, та у (65,1±1,6) % – з тривожно-депресивним синдромами відмічалися копінг-стратегії, спрямовані на вирішення завдань; у (16,4±1,1) %, (17,5±1,1) % та (15,3±1,1) % відповідно – копінг-стратегії, спрямовані на емоції; у (14,9±1,1) % хворих з тривожним, (11,8±1,1) % – з панічним, та у (13,2±1,1) % – з тривожно-депресивним синдромами копінг-стратегії були спрямовані на уникнення; у (3,8±1,0) %, (4,1±1,0) % та (5,4±1,0) % відповідно – на відволікання.

На тлі проведення розробленої комплексної персоніфікованої програми

терапії показник якості життя за усіма шкалами підвищився в середньому на $(41,3 \pm 1,4)$ % хворих з тривожним, $(44,1 \pm 1,4)$ % – з панічним, та $(43,5 \pm 1,4)$ % – з тривожно-депресивним синдромами.

Висновки

Отже, комплексна система терапії тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз, яка включала психофармакотера-

пію, психотерапію та психоосвіту, довела свою ефективність та сприяла зниженню рівня тривожно-депресивної симптоматики, надмірної нервово-психічної напруги, підвищенню адаптаційного потенціалу та створенню нової когнітивної моделі життєдіяльності.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Куприненко Н. Ведення хворого на тиреотоксикоз: реальна клінічна практика. Міжнародний журнал ендокринології. 2020;16(3):26-34185-93. DOI: 10.22141/2224-0721.16.3.2020.205265.
2. Papi G, Corsello SM, Pontecorvi A. Clinical concepts on thyroid emergencies. Front Endocrinol (Lausanne). 2014;5:102. DOI: 10.3389/fendo.2014.00102.
3. Пашковська НВ, Оленович ОА, Пашковський ВМ. Неврологічні прояви тиреотоксикозу. Міжнародний журнал ендокринології. 2018;14(4):57-62. DOI: 10.22141/2224-0721.14.4.2018.140197.
4. Кожина ГМ, Григорова ІА, Коростій ВІ, Товажнянська ОЛ, Гайчук ЛМ, Михайлов ВБ. Когнітивні і емоційні порушення внаслідок соматичних порушень у людей працездатного віку. Харків: Глобус; 2011. 150 с.
5. Панків ВІ Практична тиреоїдологія. Донецьк: Заславський ОЮ; 2011. 224 с.
6. Sharma V, Borah P, Basumatary LJ, Das M, Goswami M, Kayal AK. Myopathies of endocrine disorders: a prospective clinical and biochemical study. Ann Indian Acad Neurol. 2014;17:298-302. DOI: 10.4103/0972-2327.138505.
7. Bunevicius R, Prange AJ Jr. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. CNS Drugs 2006;20(11):897-909. DOI: 10.2165/00023210-200620110-00003.
8. WHO & UNHCR. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings. Geneva: WHO; 2012. 82 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76796>
9. Іщук ВВ Систематика копінг-стратегій при психоендокринному синдромі на тлі розповсюджених форм ендокринних порушень. Медична психологія. 2019;14(1):27-31. Available at: <http://www.mps.kh.ua/archive/2019/1/6>
10. Mansourian AR. A review on hyperthyroidism: thyrotoxicosis under surveillance. Pak J Biol Sci. 2010;13(22):1066-76. DOI: 10.3923/pjbs.2010.1066.1076.
11. Гавенко ВЛ, Бітенський ВС, Абрамов ВА. та ін. Психіатрія і наркологія: підручник. Київ: ВСВ "Медицина"; 2015. 512 с.

Nevzorova S.I.

COMPLEX APPROACH FOR CORRECTION OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Clinical picture of anxiety disorders in the examined patients is represented by panic, anxious and anxious depressive variants of psychopathological symptoms. Program of complex therapy of anxiety disorders in patients with hypothyroidism was developed and tested,

based on the data obtained during research. It consisted of using methods of psychotherapy, psychopharmacotherapy and psychoeducation. Results of the study against background of the developed program were as follows: positive dynamics of mental state and rapid reduction of affective symptoms were noted; a significant decrease in anxiety and depression indicators according to Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D); decrease in levels of personal and situational anxiety according to the Spielberger-Khanin scale; decrease in the level of expressiveness of neuropsychological tension. Against the background of the study, it was obtained changes in the dynamics of the state of socio-psychological maladaptation and its main factors according to the method of K. Rogers and R. Diamond: decrease in the level of maladaptation in patients with anxious, panic, and anxious depressive syndrome complexes. Positive dynamics of stress-coping behavior against the background of comprehensive therapeutic measures were noted. Observed that quality of life indicator on all scales increased in all clinical groups after comprehensive program of personalized therapy.

Keywords: *anxiety, thyroid gland, neurotic disorders, complex treatment.*

Невзорова С.И.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Клиническая картина тревожных расстройств у больных с гипотиреозом часто представлена паническим, тревожным и тревожно-депрессивным вариантами психопатологической симптоматики. Нами была разработана и апробирована программа комплексной терапии тревожных расстройств у таких больных, которая включала психотерапию, психофармакотерапию и психообразование. Результаты исследования на фоне использования разработанной программы были следующими: отмечена положительная динамика психического состояния, быстрая редукция аффективной симптоматики; отмечено снижение показателей тревоги и депрессии по шкалам тревоги (НАМ-А) и депрессии (НАМ-Д) Гамильтона; снижение уровней личностной и ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина; снижение уровня выраженности нервно-психического напряжения; снижение уровня дезадаптации у больных с тревожным, паническим и тревожно-депрессивным синдромами, измеренными по методике Роджерса К. и Даймонда Р. Отмечена положительная динамика стресс-преодолевающего поведения и повышение качества жизни во всех клинических группах в результате комплексной психотерапии.

Ключевые слова: *тревога, щитовидная железа, невротические расстройства, комплексное лечение.*

Надійшла до редакції 22.07.2021

Відомості про автора

Невзорова Світлана Ігорівна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: sveta.nevzorova@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3454-8803.