

# Психозэмоциональные расстройства при некоторых эндокринных заболеваниях и сахарном диабете

Т.Р. Бахтадзе, О.М. Смирнова, А.О. Жуков

ГУ Эндокринологический научный центр  
(дир. – акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

**В**ажность психосоциальных проблем при сахарном диабете (СД) признана давно. Пионеры в этой области расценивали психосоциальный фактор как один из этиологических. С течением времени эта точка зрения была пересмотрена, и сейчас психосоциальные факторы принято расценивать в качестве как причин, так и следствий проблем, возникающих у пациента в его взаимоотношениях со своей болезнью.

Психические изменения при эндокринных заболеваниях полиморфны, однако их развитие подчиняется определенным закономерностям. Эти закономерности сводятся к развитию на ранних стадиях и при относительно доброкачественном течении болезни так называемого психоэндокринного, или психопатоподобного («эндокринного психосиндрома» – по M. Bleuler); по мере прогрессирования заболевания этот синдром постепенно переходит в психоорганический (амнестикоорганический). На фоне указанных синдромов, обычно в связи с нарастанием тяжести эндокринного страдания, могут развиваться острые или затяжные психозы. Своеобразие психических нарушений при отдельных заболеваниях определяется преобладанием тех или иных расстройств в структуре синдрома.

**Психопатоподобный синдром (эндокринный психосиндром).** Для психопатоподобного синдрома характерны снижение психической активности, изменение влечений, инстинктов и настроения. Снижение психической активности может быть выражено в различной степени – от повышенной истощаемости и пассивности в рамках астенических состояний до полной аспонтанности со значительным сужением круга интересов и примитивизацией контактов с окружением, когда состояние приближается к апатикоабулическому. Изменения влечений и инстинктов выражаются в понижении или усилении полового влечения, аппетита, жажды; одни больные стремятся к бродяжничеству, другие желают оставаться в пределах привычной обстановки, у них изменяется потребность во сне, тепле и др. Эндокринопатиям более свойственно количественное, чем качественное изменение влечений; у таких больных редко бывают извращения (гомосексуализм и др.). Возможна диссоциация с повышением одних и снижением других влечений [6].

Нарушения настроения разнообразны и имеют разную выраженность. В аффективных нарушениях

при эндокринных заболеваниях преобладают смешанные состояния: депрессии с дисфорией, маниакальные и депрессивные состояния со злобностью и чувством ненависти, депрессивно-патетические состояния, астенические депрессии и др. Бывают состояния тревоги и страха. Аффективные нарушения при психоэндокринном синдроме отличаются также лабильностью настроения. Свойственные классическим аффективным синдромам изменения мышления и двигательной сферы (заторможенность при депрессии и гиперактивность при маниакальных состояниях) для эндокринных нарушений не характерны. Нередко наблюдаются диссоциированные расстройства: приподнятое настроение с полной бездеятельностью и двигательной заторможенностью. Аффективные расстройства при психопатоподобном синдроме эндокринного типа бывают то длительными, то эпизодическими, пароксизмально-подобными. При эндокринных заболеваниях могут развиваться и реактивные депрессии (реакция на изменение внешности при аденогенитальном синдроме или болезни Иценко – Кушинга).

**Амнестикоорганический синдром** развивается при длительном тяжелом течении эндокринных заболеваний. Он характеризуется глобальным нарушением психических функций, которое касается всех сторон личности и значительно нивелирует ее индивидуальные особенности. В наиболее тяжелых случаях развивается деменция.

**Острые психозы** развиваются на фоне описанных синдромов и могут возникать на любой стадии заболевания. Часто они обусловлены утяжелением основного заболевания с нарастанием обменных, сосудистых и иных нарушений (при аддисоновых кризах, гипертонических кризах при болезни Иценко-Кушинга, гипертиреотоксических кризах). Иногда такие психозы возникают вне связи с соматическим состоянием больного или какими-либо внешними причинами.

\* \* \*

Сахарный диабет отличается от большинства эндокринных заболеваний разделением развития психопатологической картины на 2 больших периода: дебют заболевания и период развития осложнений. Если в начальном периоде психоэндокринологический синдром практически не характерен, то с развитием органических изменений проявляются его

симптомы и может наблюдаться быстрое прогрессирование с формированием психоорганического синдрома. Этот процесс сочетается с появлением соматических осложнений СД, что приводит к усложнению психопатологической симптоматики.

*Дебют.* Часть исследований посвящена изучению психологических проблем, возникающих после выявления СД — этот период вообще расценивается как кризисный. Литература целиком базируется на краткосрочных наблюдениях за детьми и их семьями [7, 10-13], и только в небольшой части проводятся лонгитудинальные исследования. В результате этих изысканий были получены результаты, демонстрирующие, что дебют СД не имел выраженного влияния на психологическое состояние пациентов [14-18]. А. Jacobson и соавт. [14] показали, что не существует серьезных различий в самоощущении, поведении и социальном статусе между детьми с впервые выявленным СД или с другими острыми заболеваниями. М. Kovacs и соавт. [16] выявили, что большинство детей (64%) реагируют на известие о наличии диабета достаточно умеренно: грустят, чувствуют недостаток друзей и отчужденность; 36% детей реагирует более выражено, обнаруживая симптомы, указывающие на психоэмоциональное расстройство. Все дети вернулись к своему нормальному уровню психологического функционирования в течение 9 мес. Аналогичный паттерн адаптации был и у родителей [17].

Для начального периода, особенно для пациентов с СД 1 типа, характерно обострение преморбидных особенностей личности, определяющих реакцию на болезнь. В одних случаях — это тревожная мнительность, в других — утрированная педантичность в соблюдении режима, в третьих — недооценка серьезности болезни и весьма «легкое» к ней отношение. Такие личностные реакции особенно заметны на начальных стадиях заболевания. В этом отношении большой интерес представляют данные М. Kovacs и соавт., которые, обследуя больных с начальными формами диабета, пришли к выводу, что личностные невротические, депрессивные явления у них выражены больше, чем у длительно болеющих. Авторы рассматривают эти наблюдения в плане психологической адаптации больного к заболеванию и всем обстоятельствам, связанным с ним. Эти реакции следует отличать от собственно пограничных психических нарушений, которые могут быть весьма различными по своим проявлениям в зависимости от формы и тяжести заболевания. Пограничные состояния в общей популяции больных СД встречаются в 30% случаев [3], в то время как среди пациентов специализированного диабетологического стационара, т.е. в более тяжелых случаях, они отмечаются у 92,7% больных [3]. Среди пограничных психических нарушений доминируют невротопо-

добные расстройства (в виде астенического, астено-ипохондрического, астенодепрессивного, обсессивного и истерикоформного синдромов).

*Период осложнений.* Диабет является одной из основных причин инвалидизации среди людей старше 40 лет. Распространенными при СД являются сексуальные расстройства — эректильная импотенция. Это расстройство всегда подчеркивает взаимосвязь органических и психологических влияний. Половина пациентов, страдающих СД с нарушениями потенции, имеют выраженную эмоциональную основу для развития стрессов, депрессии, тревоги, страхов, что ведет к развитию расстройств эрекции [26]. Для других характерна выраженная взаимосвязь между сексуальными проблемами и депрессией (и другими душевными расстройствами), что проявляется и у мужчин [9, 21], и у женщин [20]. Эти психологические факторы могут быть усилены органической патологией в процессе развития и терапии сексуальных расстройств [24].

Исследования, посвященные сексуальным расстройствам у женщин, больных СД, стали проводиться не так давно. P. Schreiner-Engel и соавт. [25] показали, что для женщин тип СД определяет виды сексуальных расстройств и уровень семейного статуса. Женщины с СД 1 типа не различаются в этом плане от не страдающих диабетом, в то время как женщины с СД 2 типа имеют достоверно сниженный уровень и сексуального влечения, и сексуального удовлетворения. Такие женщины реже остаются удовлетворенными взаимоотношениями со своими сексуальными партнерами.

Некоторые исследователи отмечают высокий уровень злобности, депрессии и одиночества [23], а также нарастание уровня стресса и недовольства своей жизнью на протяжении 2 лет с момента выявления пролиферативной диабетической ретинопатии [27, 28].

В дальнейшем в зависимости от типа и тяжести заболевания развиваются органические осложнения, что приводит к изменению психопатологической картины. Наиболее часто в связи с диабетом упоминаются депрессивные состояния [4]; они могут менять свой характер и сопровождаться дисфорией и слабодушием. Последнее вполне объяснимо, если иметь в виду частоту ангиопатий (в том числе и церебральных) при СД. Наблюдается патологическое развитие личности (астенический, истерический, обсессивный, эксплозивный и психосоматический варианты).

Таким образом формируется психоэндокринологический синдром как первый этап в развитии психоорганического синдрома. Особенно часто наблюдающиеся астенические состояния могут иметь различную степень — от легкой астенизации в виде повышенной утомляемости, гиперсенситивности и

повышенной раздражительности до глубоких астений, подчас производящих впечатление апатии и даже снижения интеллекта. В тревожнодепрессивных и астенодепрессивных состояниях невротического уровня нередко звучит тема болезни. В этих случаях большое значение приобретает психотерапия, которая оказывается весьма эффективной. К невротическим расстройствам следует отнести и описанный А.К. Добржанской у больных СД синдром анорексии, он связан со страхом перед едой и с отвращением к ней.

**Психозы.** При тяжелом диабете могут развиваться психозы. Психотические состояния по сравнению с невротическими встречаются значительно реже (по данным З.Х. Мехтиева, в 0,6 %). Существует мнение, что в таких случаях речь идет не об истинно диабетических психозах, а о психозах сосудистых, пресенильных, органических (при органических поражениях мозга возможна глюкозурия, симулирующая диабет).

В качестве казуистических наблюдений были описаны шизофреноподобные реакции с параноидным и галлюцинаторнопараноидным синдромами, аментивные, делириозноаментивные и делириознонейроидные состояния, аменция с элементами маниакальности, психозы корсаковского типа, состояния, напоминающие паралитическую и пресенильную (типа болезни Пика) деменции, судорожные синдромы. При всем разнообразии психопатологической структуры этих психозов в них можно выделить некоторые общие радикалы — элементы измененного сознания, психомоторное возбуждение, черты псевдодеменции.

При гипергликемических и гипогликемических комах бывают сновидные и фантастические переживания. Повторные коматозные состояния, а также частые и резкие колебания гликемии обычно ухудшают психический статус больных. В этих случаях могут развиваться стойкие изменения личности (психоэндокринный синдром), а в дальнейшем психоорганический синдром с более или менее выраженной деменцией.

Эпилептиформные расстройства в виде судорожного синдрома, сумеречных или дисфорических состояний возникают, как правило, у больных с психоорганическим синдромом, развитие которого связано с хронической почечной недостаточностью, обусловленной диабетом, и нарастанием токсикоза [2-4].

**Влияние психоэмоциональных расстройств на компенсацию сахарного диабета I типа.** Плохая социально-психологическая адаптация может оказывать негативное влияние на развитие СД. Указывается на возможность взаимосвязи между психоэмоциональным статусом пациента и метаболическими показателями, которая реализуется либо через нейроэндокринные и физиологические эффекты стресса, либо опосредованно, в связи с ухудшением самоконтроля. Последнее в свою очередь может вызывать отрицательный реципрокный эффект на эмоциональное,

психологическое состояние пациента и на его социальную адаптацию.

**Терапия психоэмоциональных расстройств при сахарном диабете I типа.** М. Kovacs и соавт. [16] показали, что эмоциональные расстройства достаточно распространены, причем их наиболее высокий уровень чаще всего наблюдается сразу после диагностики СД. Для матерей с развившимся дистрессом сразу после выявления заболевания у детей характерен длительный период эмоциональной дисфории [18]. Это предполагает, что для успешной терапии подобных расстройств следует начинать терапию как можно раньше, во время начального обучения в школе диабета [22]. Устранение грусти и восстановление эмоционального равновесия само по себе достойная задача, и это может улучшить здоровье за счет снижения негативных нейроэндокринных и физиологических эффектов стресса и путем восстановления эмоционального статуса и облегчения процесса обучения правильному поведению и самоконтролю [7, 10, 11, 15].

Несмотря на очевидно благоприятное влияние психосоциальной терапии на течение СД, этому посвящено ограниченное число исследований. Z. Lagon и соавт. [19] указали на специализированную клинику по оказанию помощи при кризисе диагностики заболевания у детей; обратившись в такую клинику, можно получить помощь социальных работников, психологов и психиатров, дети и их родители регулярно посещали своего куратора, а также групповые занятия. A. Galatzer и соавт. [10] показали, что по сравнению с детьми, получавшими обычную терапию, дети, участвовавшие в этой программе, лучше усваивали навыки правильного образа жизни, а также успешнее адаптировались в обществе и семье. Дети, обратившиеся в этот центр, на протяжении последующих лет в 3 раза реже обращались за консультациями и психотерапией по сравнению с получавшими стандартную терапию. Другое исследование, основанное на изучении 23 детей и их родителей, показало достоверное благоприятное влияние сочетанной психосоциальной и биомедицинской терапии СД, направленной на снижение травматического влияния диагностирования диабета у детей.

Рекомендации по терапии сексуальных расстройств у мужчин и женщин, страдающих сахарным диабетом, не отличаются от таковых для здоровых лиц [5, 13, 24, 25]. Z. Beutler и D. Gleason [8] считают, что более эффективными являются сочетание наименее инвазивных методик — релаксация, когнитивная и бихевиоральная психотерапия, обучение приемам эмоционального контролирования.

Таким образом, на основании данных литературы были рассмотрены несколько групп психосоциальных проблем при СД, а также способы их разрешения. По обзору литературы можно сделать следующие выводы.

Сахарный диабет отличается от большинства эндокринологических заболеваний по динамике развития психопатологической симптоматики. Каждое из психопатологических расстройств, равно как и их комбинации, не является специфическим как на стадии дебюта, так и после присоединения осложнений; таким образом, выявить значимые различия между сахарным диабетом и прочими хроническими заболеваниями в психопатологии не удалось. Дебют, осложнения и ежедневные проблемы, вызванные наличием СД, переносятся в психосоциальном плане достаточно хорошо большинством пациентов. Независимо от частоты и степени этих расстройств в популяции больных СД доказано, что пациенты с

такими проблемами имеют высокий риск выраженного снижения эмоционального и соматического благополучия.

Психозомоциональные расстройства, характерные для дебюта СД 1 типа, можно объединить в 3 группы: заострение преморбидных личностных особенностей, невротические реакции и реактивные расстройства (депрессии и тревога).

Терапевтические схемы, предлагаемые для купирования психопатологических расстройств и обеспечивающие наилучшую адаптацию, являются универсальными для любых заболеваний, сопровождающихся аналогичной психопатологической симптоматикой.

### Литература

1. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию. М., Изд-во Берг. 1998.
2. Исаев Д.И. Психосоматические расстройства у детей. СПб., Изд-во Питер. 2000.
3. Тиганов А.С., Орловская Д.Д. Соматические психозы. В кн.: «Руководство по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова, Т.2, М., Медицина, 2001, с. 428-466.
4. Целибева Б.А. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях. М., Медицина, 1972.
5. Anderson BJ, Wolf FM//J Consult Clin Psychol 54: 168-75, 1986.
6. Bleuler M.// Endokrinologische Psychiatrie, Wien, 1954.
7. Brown SA: //Diabetes and grief. Diabet Ed 11:53-57, 1985.
8. Buetler LE, Gleason DM//J Urol 126:338-42, 1981.
9. Cavan DA, Bameit AH, Leatherdale BA//Diab Res 5:145-48, 1987.
10. Galatzer A, Amir S, Gil R, Karp M, Laron Z//Diabetes Care 5:414-19, 1982.
11. Hamburg BA, Inoff GE//Diabetes Care 6:409-16, 1983.
12. Hauser ST, Pollets D//Diabetes Care 2:227-32, 1979.
13. Holmes DM//Diabetes Care 9:194-206, 1986.
14. Jacobson AM, Hauser ST, Wertlieb D, Wolfsdorf JI, Orleans J, Vieyra M//Diabetes Care 9:323-29, 1986.
15. Kovacs M, Brent D, Steinberg TF, Paulauskas S, Reid J//Diabetes Care 9:472-79, 1986.
16. Kovacs M, Feinberg TL, Paulauskas S, Finkelstein R, Pollock M, Crouse-Novak M//J Pediatr 106:827-34, 1985.
17. Kovacs M, Finkelstein R, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas S, Pollock M//Diabetes Care 8:568-75, 1985.
18. Kovacs M, Iyengar S, Goldston D, Obrosky D, Stewart J, Marsh J//J Consult Clin Psychol 58:189-95, 1990.
19. Laron Z, Galatzer A, Amir S, Gil R, Karp M, Mimouni M: A multidisciplinary, comprehensive, ambulatory
20. Leedom LJ, Procci WP, Don D, Meehan WP//Diabetes 35 (Suppl. 1):23A, 1986.
21. Lustman PJ, Clouse RE//Diabetes Care 13:893-95, 1990.
22. Marrero DG//Diabetes Spectrum 2:241-42, 1989.
23. Oehler-Giarratana J: Reactions to complications. In Proceedings of the National Conference. Hamburg BA, Lipsett LF, Inoff GE, Drash SL, Eds. US Department Health and Human Services, 1979 (PHS Publication No. NIH 80-1993), p. 193-7.
24. Schiavi PC, Hogan B//Diabetes Care 2:9-17, 1979.
25. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H//J Psychosom Res 31:23-33, 1987.
26. Whitehead ED, Myde BJ, Zussman S, Wayne N, Shinbach K, Davis D//New York State J Med 83:1174-79, 1983.
27. Wulsin L, Jacobson A//Diabetes (Suppl. 1) 38:242A, 1989.
28. Wulsin LR, Jacobson AM, Rand LI//Diabetes Care 10:367-73, 1987.
29. National Diabetes Data Group: Diabetes in America. Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1985 (DHSS publication No. NIH 85-1468).
31. Whitehead ED, Myde BJ, Zussman S, Wayne N, Shinbach K, Davis D//J Med 83:1174-79, 1983.