

УДК: (616.89+616.1/9): 616-008.9

*О.О. Хаустова***ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З  
МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології

Ключові слова: метаболічний синдром Х, психосоматика, психосоціальні фактори, діагностика

На думку фахівців, більше 35% населення західних країн страждає від метаболічного синдрому, а серед тих, хто переступив 60-літній рубіж частка хворих складає вже 43,5% [5,7-9, 19,20]. До різкого зростання за останні десятиліття цієї «хвороби занадто розвинутої цивілізації» привели порушення в обміні речовин сучасної людини. Вважається, що головна причина виникнення цього синдрому — «сите життя». Назва цього захворювання походить від слова «метаболізм», що є синонімом такого поняття, як «обмін речовин». Характерними ознаками захворювання є наявність таких факторів, як ожиріння, артеріальна гіпертензія і гіперліпідемія. Всі ці фактори практично завжди бувають сполучені з наявністю в хворого інсулінорезистентності тканин, тобто зниженням дії інсуліну, що відповідає за процес утилізації глюкози тканинами при нормальній концентрації інсуліну. Про початок захворювання свідчать: надлишок ваги (окружність живота перевищує у жінок та чоловіків європейської раси відповідно 80 см та 94 см); постійне почуття втоми і виснаження; неясні спалахи сильного голоду і періодично виникаюче бажання з'їсти що-небудь солодке; явні емоційні розлади – дратівливість, приступи гніву, люті і панічного страху, що переходять у стан слізливості [7,21]. Виявлено наявність залежних співвідносин між метаболічним синдромом Х та такими хворобливими станами, як: ендормні психічні розлади; розлади хронобіології; енцефало- та вісцеропатії; тривожні та депресивні розлади [3,6,10-14]. Крім того, у захворілих відбувається ослаблення імунітету, через це знижується стійкість до інфекцій, виникає ризик розвитку онкологічних захворювань, настає передчасна старість.

З точки зору психосоматичної медицини, за механізмом формування метаболічного синдрому Х є хворобою тривоги і страху, прихованої агресії й алекситимії. У підсвідомості хворого під

впливом реальних або уявних фактів формується застійна тривога. Це явище описане в психологічній літературі як катастрофічне мислення. У відповідь підсвідомі механізми включають еволюційно виправдану реакцію забезпечення майбутнього за допомогою складування енергії, починається формування соматичних складових метаболічного синдрому Х. Реакція страху у відповідь на стрес запускає активацію симпатoadреналової системи, тим самим стимулює розвиток серцево-судинної патології. Особлива роль у формуванні метаболічного синдрому Х приділяється підвищеній ворожості та прихованим формам агресії, втраті почуття екзистенціальної безпеки [7,10,11,17,19,21].

Останнім часом спостерігається зближення психоаналітичного психосоматичного напрямку з соматичною медициною і патофізіологією з врахуванням мультифакторної обумовленості виникнення психосоматичних захворювань: приймають до уваги генетичні, гормональні і інші фактори, переглядають деякі концепції [1,2,5,7,22]. Це може дати пояснення тому, що майже всі психосоматичні теорії опираються на фактори ре- і десоматизації, тобто на пожвавлення онто- або філогенетично більш ранніх поведінкових структур, що викликає потім відносно стійкі шаблони реакцій («поведінка в ситуації страху», «агресія», «захист», «ригідні форми поведінки»). Як вважає П.К. Анохін [1], психосоматичні розлади є способом «компенсації» патологічної зміни біологічної матриці емоції тривоги, що виявляється психічними, вегетативними і соматичними (органными) порушеннями. У сучасній культурі існують досить специфічні психологічні фактори, що сприяють росту загальної кількості пережитих негативних емоцій у виді туги, страху, агресії й одночасно утрудняють їхню психологічну переробку. Ці особливі цінності й установки заохочуються в соціумі і культивуються в багатьох родинах як відображення більш широкого соціуму. Вони стають

надбанням індивідуальної свідомості, створюючи психологічну схильність або уразливість до розладів психіки. Можна сказати, що емоційні порушення тісно зв'язані з культом успіху і досягнень, культом сили і конкурентності, культом раціональності і стриманості, характерними для нашої сучасної культури. Ці цінності переломлюються потім у сімейних та інтерперсональних відносинах, в індивідуальній свідомості, визначаючи стиль мислення людини і хворобливі симптоми. Більше того, існує феномен ефекту зворотної дії надцінної установки: культ успіху і досягнення, при його завищеній значимості, веде до депресивної пасивності, культ сили – до тривожного уникання і відчуття безпорадності, культ раціо – до нагромадження емоцій і розростання їхнього фізіологічного компонента.

Найбільш впливовими етапами формування актуальних життєвих стратегій людини виявляються дитинство і юність як періоди збільшеної мозкової пластичності. Патологічна активація системи відповіді на стрес протягом цих критичних періодів може мати глибокий ефект на її функцію, приводячи до нахилу до патологічних станів [7,12,19]. У цих стадіях розвитку, психосоціальні травми спричиняють ряд ментальних змін, що часто закінчуються віддаленою схильністю до тривоги, депресії або до інших реакцій психіки, пов'язаних зі стресом. Хронічна активація системи відповіді на стрес сприяє збільшенню гіперглікемії, гіперхолестеринемії і потреб в інсуліні, що надалі може клінічно проявитися у вигляді метаболічного синдрому Х [21,22]. Потрібність у безпеці зберігається на протязі всього життя, а отримані в дитинстві психосоціальні травми стають підґрунтям для хвороби. Утрата, або навіть потенційна втрата любові, звичайно сприймається мозком як погроза й активізує ті ж самі механізми, як при реакції на інші стресорні фактори з подальшим формуванням метаболічного синдрому Х.

При психосоматичних захворюваннях також спостерігається алекситимія. Особливо часто вона зустрічається в осіб, що мають надлишкову масу тіла [13]. Алекситимія розглядається як фактор, що не тільки сприяє ожирінню, але й утруднює можливість втрати зайвої ваги. У пацієнтів з діагнозом ішемічної хвороби серця алекситимія зустрічається в 31-49 % випадків [3,6]. Гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, гиперурікемія, паління, зловживання алкоголем частіше зустрічаються саме в алекситимічних хворих на ішемічну хворобу серця, у зв'язку з

чим алекситимія розглядається як один з факторів ризику розвитку цих захворювань [6, 18]. При проведенні лікувальних заходів у цих випадках необхідно враховувати характерні для пацієнтів з високим рівнем алекситимії низькі показники якості життя, високий рівень тривожності [16, 18].

В безпечному навколишньому середовищі існує менша ймовірність виникнення стресорних розладів. А в сучасному стресогенному суспільстві є нагальна необхідність в навчанні схильних до стресу пацієнтів поліпшувати їхні навички подолання стресу, мінімізуючи їхню реактивність до майбутнього стресу. Страх у людей нині перетворився в тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, що набагато гірше небезпеки реальної. До цього приєднується неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. Глибоке розуміння нейроендокринології стресу має забезпечити нові інструменти для керування гіперфункцією системи реакції на стрес. Існує також певний зв'язок між ворожістю та серцево-судинними захворюваннями. Так, рівень артеріального тиску корелює з ворожістю при тривалих соціальних взаємодіях, в той час як людина є наодинці - тиск залишається в межах норми. Позитивні соціальні взаємодії також стабілізують рівень артеріального тиску в робочий час [11,14]. Агресивність, за даними дослідників, також зв'язана з ожирінням і інсулінорезистентністю - складовими метаболічного синдрому Х [10,11,17]. Так, агресивні люди схильні вести менш здоровий спосіб життя, що сприяє підвищеному ризику розвитку метаболічного синдрому. Причому, агресивність вище в соціально-економічних групах з більш низьким статусом. Автори вважають, що у людей, що сприймають світ як зону стресу, агресивність розвивається у відповідь на навколишню дійсність, а це, в свою чергу, вказує на ступінь впливу соціального середовища на людину. За даними трьохрічного обстеження дітей, високі результати при тестуванні на агресивність позитивно корелюють з вищою ймовірністю розвитку метаболічного синдрому Х [19].

Таким чином в сучасному суспільстві в умовах перманентного стресу формується психосоматична патологія. За Е.Бруннером, стресова ситуація впливає на нервову систему й активізує синтез «гормонів стресу», що, у свою чергу, є причиною розвитку метаболічного синдрому [цит.за 22]. Постійно стресована людина одночасно відчуває незахищеність перед агресив-

ним оточуючим світом та власну внутрішню нестійкість. Тобто вона тривожна, недовірлива, піддана страхам з одного боку, а з іншого боку – у неї вичерпана криза співчуття, вона тотально байдужа і повна страхів і агресії. Разом з тим, синдром Х, у всякому разі на ранніх його стаді-

ях, цілком виліковний. Лікування повинне бути комплексним (психотерапія, психогігієна, адекватна медикаментозна терапія, низькокалорійна дієта, фізичні навантаження, активний спосіб життя і т.д.) та мати на меті зміну актуальної життєвої стратегії особистості.

### Матеріали та методи дослідження

Нами проводилось обстеження 316 пацієнтів в діабетологічному відділенні Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України; в ендокринологічному, кардіологічному та психоневрологічному відділеннях ДКЛ №1 та ДКЛ №2 ст. Київ. Було проаналізовано психосоціальні фактори з анамнезу життя хворих на метаболічний синдром Х за допомогою розробленої «Мульти-модальної карти обстеження психосоматичного пацієнта» з блоком тестових методик. Також були використані: шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна; шкала Зунга для самооцінки депресії; Торонтська алекситимічна

шкала; методика діагностики показників та форм агресії А.Басса і А.Даркі; опитувальник Шмішека; методика незакінчених речень Сакса-Сіднея, модифікована для психосоматичних пацієнтів; малюночний проєктивний тест [4]. Соматична діагностика метаболічного синдрому Х проводилась за рекомендаціями ВООЗ згідно з АТР III (Adult Treatment Panel) 2001 (США) та доповнень консенсусу експертів Міжнародної Діабетичної Федерації (2005) [9]. Сполучення до 3-х факторів свідчило про неповний метаболічний синдром Х (НМСХ), більше 3-х факторів – про повний метаболічний синдром Х (МСХ) (табл.1).

Таблиця 1

### Діагностичні критерії метаболічного синдрому Х

Фактор ризику	Діагностичний рівень
Абдомінальне ожиріння	Розмір талії: чол. > 94 см, жін.> 80 см (для європейської раси)
Тригліцериди	> 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
ХС-ЛВЩ	Чоловіки < 1,04 ммоль/л (< 40 мг/дл) Жінки < 1,29 ммоль/л (< 50 мг/дл)
Артеріальний тиск	> 130/85 мм рт. ст.
Глікемія	≥ 5,6 ммоль/л (> 100 мг/дл), або наявність в анамнезі діабету чи порушення толерантності до глюкози

### Результати дослідження та їх обговорення

Обстеження 316 пацієнтів з різним ступенем розвитку захворювання дозволило отримати низку даних, що свідчать про відмінність в рівні психічного напруження у пацієнтів з неповним метаболічним синдромом (НМСХ) та повним ме-

таболічним синдромом (МСХ).

Так, при скрінінгу рівня депресії за шкалою Зунга найвищий середній показник, який виявився в групі МСХ (68,7 бали), відповідає рівню маскованої депресії (табл.2).

Таблиця 2

### Рівень депресії за шкалою Зунга (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень депресії						
Без депресії (< 50 балів)	41	78,88	37	27,21	24	18,75
Ситуативна легка депресія (50-59 балів)	9	17,31	70	51,47	36	28,12
Маскована депресія (60-69 балів)	2	3,84	25	18,38	61	47,66
Депресія (> 70 балів)	-	-	4	2,94	7	5,47
Середній рівень депресії в групі (бали)	47,2		56,3		68,7	

Група НМСХ посідає рівень ситуативної легкої депресії (56,3 бали), а контрольна група (47,2) – без депресії. Клінічно окреслені депресії були зафіксовані в групі НМСХ (4 особи, 2,94%) та в групі МСХ (7 осіб, 5,47%). Отже, за даними обстеження, депресивні прояви є присутніми в психопатологічній палітрі пацієнтів з метаболічним синдромом Х, але вони є комплементарними, а не визначальними.

Результати обстеження за шкалою Спілберґера-Ханіна також продемонстрували відмінність показників різних груп. Так, відсоткова кількість осіб з високим рівнем реактивної тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна вірогідно більша у групі НМСХ (78 осіб, 57,35%) в порівнянні з групою МСХ (34 особи, 26,36%). В свою чергу, група МСХ за цим показником майже вдвічі перевищує контрольну групу (7 осіб, 13,36%) (табл.3).

Таблиця 3

#### Рівень реактивної тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень реактивної тривоги						
Низький рівень (< 30 балів)	13	25,00	8	5,89	12	9,37
Помірний рівень (31-45 балів)	32	61,54	50	36,76	82	64,06
Високий рівень (> 45 балів)	7	13,46	78	57,35	34	26,36

За шкалою Спілберґера-Ханіна переважна кількість осіб з контрольної групи має низький рівень особистісної тривоги (44 особи, 84,61%), з

групи НМСХ - переважно середній рівень (66 осіб, 48,53%), а з групи МСХ – переважно високий рівень особистісної тривоги (55 осіб, 42,97%) (табл. 4).

Таблиця 4

#### Рівень особистісної тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень особистісної тривоги						
Низький рівень (< 30 балів)	44	84,61	51	37,50	28	21,85
Помірний рівень (31-45 балів)	6	11,54	66	48,53	45	35,16
Високий рівень (> 45 балів)	2	3,85	19	13,97	55	42,97

Середній рівень реактивної та особистісної тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна виявився найменшим в контрольній групі (відповідно 35,4 та 26,3 бала). Пацієнти з групи НМСХ продемонстрували найвищий середній рівень реактивної тривоги (51,2 бала) та підвищення рівня особистісної тривоги (37,5 бала). В групі МСХ виявився найвищий рівень особистісної тривоги (48,1 бала), а рівень реактивної тривоги (42,6 бали) знизився в порівнянні з групою НМСХ, але залишився вище, ніж у контрольній групі (табл.5). Такий розподіл показників тривоги в досліджуваних групах свідчить про те, що в процесі формування метаболічного синдрому Х за відсутності чітко окресленої соматичної патології (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця і т.і.) існує

високий рівень психологічного дискомфорту на реактивному, а не особистісному рівні. Реактивна тривожність є результатом суб'єктивного реагування емоціями напруження, занепокоєння, заклопотаності з відповідною активацією симпатoadреналової системи. Отже, її високий рівень сприяє подальшому розвитку метаболічного синдрому Х. Особистісна тривожність свідчить про сталу диспозицію тривожного реагування суб'єкта в ситуаціях, що потребують оцінки компетентності, підготовленості та сприймаються як погрожуючі. Наявність у пацієнта нозологічно окресленої складової метаболічного синдрому Х активує особистісну тривогу (побоювання щодо стану здоров'я, майбутнього), але частково дезактуалізує плінні події в його уяві.

Таблиця 5

#### Середній рівень реактивної та особистісної тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)	НМСХ (n=136)	МСХ (n=128)
Середній рівень тривоги	бали	бали	бали
Реактивна тривога	35,4	51,2	42,6
Особистісна тривога	26,3	37,5	48,1

При емоційних порушеннях у пацієнтів часто спостерігається поєднання психопатологічних феноменів. З відчуттям тривоги тісно пов'язано існування страхів у уяві пацієнта. Пацієнти з неповним метаболічним синдромом Х найчастіше вказують на наявність страху самотності, некомпетентності, зради близьких людей, тяжкої хвороби. Для пацієнтів з повним метаболічним синдромом притаманні страх самотності, безпорадності, тяжкої хвороби, смерті. Отже, при неповному метаболічному синдромі страхи в основному відносяться до сфери інтерперсональних відносин, в той час як при повному метаболічному синдромі вони стосуються безпосередньо стану здоров'я.

Дослідження останніх років стверджують, що в основі ворожості та агресії лежать насамперед страх за свою безпеку, побоювання щодо свого виживання, загальна непевність [10,11]. За нашими даними, у пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому Х спостерігається достовірно підвищення індексу ворожості (12,30 в групі НМСХ та 11,36 в групі МСХ в порівнянні з 9,96 в контрольній групі) на тлі більш стабільного індексу агресивності (в межах 17,15-17,94 по

всіх групах). Зростання індексу ворожості у пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому відбувалося за рахунок як підозрливості, так і образи (табл.6). Крім того, ми виявили перерозподіл форм агресії у вигляді зменшення показників фізичної та вербальної агресії в групах МСХ та НМСХ в порівнянні з контрольною групою. Відповідно показник фізичної агресії у групі НМСХ є найменшим (3,78), а у контрольній групі – найбільшим (5,32). Група МСХ демонструє середній результат (4,92). Аналогічні тенденції спостерігаються відносно рівня вербальної агресії (відповідно 6,26 в групі НМСХ; 7,51 в контрольній групі; 6,78 в групі МСХ). Розподіл рівнів показника опосередкованої агресії має зворотню тенденцію: найвищий в групі НМСХ (7,11), дещо менший в групі МСХ (6,24), найнижчий в контрольній групі (4,86). Отже, пацієнти з ознаками метаболічного синдрому Х реалізують агресивні почуття опосередковано, не дозволяючи собі проявів фізичної агресії та обмежуючи прояви вербальної агресії. Блокування емоційних проявів, в свою чергу, підтримує підозрливість та образу, складові підвищеного у цих пацієнтів індексу ворожості.

Таблиця 6

**Показники тесту Басса-Даркі по окремих групах пацієнтів (n=316)**

Показники	Контрольна (n=52)	НМСХ (n=136)	МСХ (n=128)
Фізична агресія	5,32	3,78	4,92
Вербальна агресія	7,51	6,26	6,78
Опосередкована агресія	4,86	7,11	6,24
Негативізм	2,54	3,84	3,89
Дратівливість	4,18	6,54	5,68
Підозрливість	5,68	6,63	6,12
Образа	4,27	5,67	5,24
Почуття провини	5,13	6,72	6,51
Індекс ворожості	9,96	12,30	11, 36
Індекс агресивності	17,67	17,15	17,94

Звертає на себе увагу той факт, що винайдені психопатологічні феномени у переважній кількості пацієнтів існують у вигляді емоційних реакцій, а не особистісних порушень (табл.7).

Так, за тестом Шмішека серед пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому Х ми виявили більшу відсоткову кількість осіб з тривожними рисами особистості (13,24 % в групі НМСХ, 13,28 % в групі МСХ в порівнянні з 5,77% в контрольній групі), з застріванням (11,03% в групі НМСХ, 14,06% в групі МСХ в порівнянні з 3,85 % в контрольній групі) та збудливістю (4,42% в групі НМСХ, 3,91% в групі МСХ в порівнянні з

1,92% в контрольній групі). Але у нас немає підстави стверджувати про типові зміни особистості під впливом МСХ. Навпаки, ми вважаємо, що пацієнти з тривожними, застріваними та збудливими рисами особистості преморбідно виявилися більш схильними до формування метаболічного синдрому Х .

Більшість пацієнтів з контрольної групи (28 осіб, 53,85%) демонструють відсутність алекситимії, але її середній рівень в групі відповідає зоні ризику (65,3 бали), що є відображенням утрудненості вербалізації емоційних проявів людини під впливом сучасного суспільства. В групі

НМСХ ми виявили найбільшу кількість осіб з алекситимією (76 осіб, 55,88 %), а в групі МСХ їх кількість дещо менша (54 особи, 42,19 %). Найвищий середній рівень алекситимії ми зафіксували в групі МСХ (78,1 бала). Загалом в групах пацієнтів з метаболічним синдромом кількість пацієнтів без проявів алекситимії приблизно в п'ять разів менше в порівнянні з контрольною групою (табл.8). Отримані нами дані співпадають з думкою багатьох дослідників про

те, що алекситимія виступає облігатним симптомом низки психосоматичних захворювань [12]. Тенденція до зменшення позитивних емоцій, позитивної оцінки подій життя й одночасно виразність таких почуттів, як гнів, сум і ворожість, що відображають наші дані, характеризують алекситимічних пацієнтів з метаболічним синдромом Х. В свою чергу, наявність алекситимії сприяє резистентності пацієнтів до стандартної терапії.

Таблиця 7

**Чисельність осіб з рисами акцентуації особистості за тестом Шмішека (n=316)**

Показники	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гіпертимність	2	3,85	3	2,21	2	1,56
Емоційність	-	-	-	-	2	1,56
Тривожність	3	5,77	18	13,24	17	13,28
Демонстративність	1	1,92	-	-	-	-
Дистимічність	-	-	2	1,47	3	2,34
Застрівання	2	3,85	15	11,03	18	14,06
Педантичність	1	1,92	-	-	-	-
Циклотимність	2	3,85	3	2,21	2	1,56
Збудливість	1	1,92	6	4,42	5	3,91
Екзальтованість	-	-	-	-	-	-

Таблиця 8

**Рівень алекситимії за Торонтською алекситимічною шкалою (n=316)**

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень алекситимії						
Без алекситимії (< 62 балів)	28	53,85	12	8,83	15	11,72
Зона ризику (63-73 бала)	18	34,61	48	35,29	59	46,09
Наявність алекситимії (> 74 балів)	6	11,54	76	55,88	54	42,19
Середній рівень алекситимії в групі (бали)	65,3		76,4		78,1	

Ми також визначили рівень конфліктогенності системи відносин особистості пацієнтів з метаболічним синдромом Х за допомогою методики незакінчених речень Сакса-Сіднея, модифікованої для психосоматичних пацієнтів (табл.9).

Найвищий загальний рівень проблемності виявився у пацієнтів з групи НМСХ (20,59). На тлі високого рівня страхів та побоювань (1,82), відчуття провини (1,37) вони невпевнені в собі (1,46) та в майбутньому (1,48), утруднюються в його плануванні (1,34). Також вони переважно з конфліктної точки зору оцінюють відношення до батьківської (1,68; 1,47) та власної (1,39) родини, керівників (1,48) та товаришів (1,15), до минулого у цілому (1,63). У пацієнтів з групи МСХ за рахунок наявності клінічно вираженої соматичної патології, яка потребує контролю стану

здоров'я та медикаментозного лікування (серцево-судинна патологія, цукровий діабет) відбувається зниження загального рівня проблемності до 15,21 бала. У цих пацієнтів зберігається високий рівень рівня страхів та побоювань (1,38), невпевненість в майбутньому (1,32) та утруднення в його плануванні (1,43). Вони більш адаптовані до свого минулого (0,84) без відчуття провини (0,75), демонструють більш адаптивний (менш конфліктний) рівень міжособистісних та внутрішньоособистісних відносин в порівнянні з групою НМСХ. Самими адаптованими до системи відносин виявилися особи з контрольною групою. Максимальний рівень конфліктності відносин в контрольній групі не перевищує 0,85 бала (відношення до керівників) при загальному рівні проблемності 8,24 бала.

**Оцінка проблемності відносин за методикою незакінчених речень Сакса-Сіднея, модифікованої для психосоматичних пацієнтів (n=316)**

Показники (бали)	Контрольна (n=52)	НМСХ (n=136)	МСХ (n=128)
Середній рівень проблемності	0,52	1,29	0,95
Відношення до матері	0,53	1,47	1,18
Відношення до батька	0,74	1,68	1,29
Відношення до родини	0,45	1,36	0,87
Відношення до чоловіка (жінки)	0,37	1,39	1,02
Відношення до статевого життя	0,34	1,28	1,04
Відношення до товаришів та знайомих	0,43	1,15	0,67
Відношення до керівників	0,85	1,48	1,24
Відношення до підлеглих	0,26	0,41	0,29
Відношення до співробітників	0,59	0,62	0,64
Страхи та побоювання	0,67	1,82	1,38
Відчуття провини	0,33	1,37	0,75
Відношення до себе	0,37	1,46	1,23
Відношення до проблем у минулому	0,61	1,63	0,84
Відношення до майбутнього	0,62	1,48	1,32
Плани та цілі	0,52	1,34	1,43
Відношення до хвороби	0,27	0,65	1,12
Загальний рівень проблемності	8,24	20,59	15,21

Таблиця 10

**Психосоматичні «мішені» та терапевтичний зміст комплексної програми лікування метаболічного синдрому «Сана»**

СТРАХ	Ожиріння	С	<ul style="list-style-type: none"> <li>∅ Стандартна соматична терапія</li> <li>∅ Психофармакотерапія</li> <li>∅ Індивідуальна психотерапія</li> <li>∅ Групова психотерапія</li> </ul>
АГРЕСІЯ	Серцево-судинні захворювання	А	
НЕБЕЗПЕКИ відчуття	Цукровий діабет 2 типу	Н	
АЛЕКСИТИМІЯ		А	

Інформативним для нас виявився також малюночний проективний тест зі створенням пацієнтами «психофізичного» портрету на основі уявлень про своє тіло. Для пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому Х притаманий підвищений рівень стереотипізації в представленні «образу себе». При малюванні було зроблено акцент на фрагментах обличчя (очах) без відображення емоційних проявів або з гротескною усмішкою. Фігури переважно стоять в одній позі (в анфас), статичні, обтяжені, с укороченими тулубом та кінцівками або з ігноруванням кінцівок (пальці рук). Для чоловіків та жінок відмічений різний характер естетичної орієн-

тації. Жінки більш детально промальовують обличчя (очі, губи) та одягу, а чоловічі малюнки орієнтовані на демонстрацію тіла та сили. Звертає на себе увагу також низький рівень усвідомлення тілесної конгруентності пацієнтами з метаболічним синдромом, про що свідчить неврівноваженість пропорцій та розмірів малюнка. Зображення найчастіше мало позаособистісний характер, що підкреслювало низький рівень рефлексії. Пацієнти більше зорієнтовані на існуючі норми сприймання себе, ніж на відображення свого внутрішнього світу. Тому в малюнках переважають зовнішні ознаки (деталі одягу, зачіска, прикраси), а не відлуння рис характеру.

При аналізі малюнків за стилем зображення та характером промальовування окремих деталей ми відстежували зони «напруження» в окремих ділянках тіла, як прояви психосоматичних дисфункцій (статична напружена поза, приклеєна усмішка, обрублені кінцівки і т. і.).

Отримані дані дозволяють об'єктивізувати існування психопатологічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х та підтвердити важ-

ливість таких психічних феноменів, як страх, агресивність, алекситимія та відчуття відсутності екзистенціальної безпеки (тривога) в етіопатогенезі метаболічного синдрому. Надалі це було рокладено в основу комплексної програми «Сана» (табл.10), що поєднує різні тактики терапевтичної інтервенції щодо хворих на метаболічний синдром Х в якості «мішеней» психотерапевтичної і психофармакотерапевтичної інтервенції.

*О.О. Хаустова*

## ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Х

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

Образ жизни современного человека непосредственно определяет рост заболеваемости метаболіческим синдромом Х (МСХ). Психосоматический аспект диагностики МСХ предполагает поиск диагностических маркеров, сопряженных в течение жизни с актуальной жизненной стратегией пациента. В рамках многоосевого метода диагностики мы обследовали 316 человек. Полученные данные указывают на значимость тревоги, страха, агрессии и алекситимии как диагностических маркеров метаболіческого синдрома Х, что позволило нам сформировать комплексную лечебную программу «Сана» с конкретными психотерапевтическими «мишенями». (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 105-112).

*О.О. Khaustova*

## PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS' FAIR INVESTIGATION ON PATIENTS HAVING METABOLIC SYNDROME X

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Substance Abuse

The Lifestyle of modern person directly defines the growing such disease as metabolic syndrome X (MSX). The Psychosomatic aspect of diagnostics MSX expects searching for of diagnostic markers associate during lifes with actual life strategy of patient. Within the framework of multiaxial method of diagnostics we examine 316 persons. Our data points to importance of anxiety, fear, hostility and alexithymia as diagnostic markers of metabolic syndrome X, that has allowed us to form the complex medical program «Sana» with concrete psychotherapeutic «targets». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 105-112).

### *Література*

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. - М., 1980. - 197 с.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств// МПЖ.- 1996.- №3.- С.112-140.
3. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца// Клини. мед. — 1997. - №11. — С.32-34.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 992 с.
5. Михайлов Б. В., Табачников С. И и др. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии соматоформных расстройств // Проблемы медичної науки та освіти. — 2001. - №2. - С.22-26.
6. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии// Российск. Мед. Журн. — 1998. - № 6. — С.45-47.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування.- К.: ТОВ “ДСГ Лтд”, 2004.- 96 с.
8. Bao W, Srinivasan SR, Wattigney WA, Berenson GS. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood // Arch Intern Med.- 1994. - Vol.154. - P.1842-1847.
9. Barclay L. New Definition of the Metabolic Syndrome: A Newsmaker Interview With Sir George Alberti, MA, DPhil, BMCh // [http:// www.medscape.com/viewarticle/503419](http://www.medscape.com/viewarticle/503419)
10. Barefoot JC, Larsen S, von der Lieth L, Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // Am J Epidemiol. - 1995. - Vol.142. - P.477-484.
11. Brondolo E., Rieppi R., Erickson S.A. et al. Hostility, interpersonal interactions, and ambulatory blood pressure// Psychosom. Med.- 2003. - Vol.65 (6). - P.1003-1011.
12. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // Psychol. Rep. - 1994. - Vol.75. - P. 835-838.
13. Jimerson D.C., Wolfe B.E., Franko D.L. et al. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates// Psychosom. Med. — 1994. — Vol.56 (2). — P. 90-93.
14. Karlin W.A., Brondolo E., Schwartz J. Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York City traffic agents// Psychosom. Med.- 2003. - Vol.65 (2). - P.167-176.
15. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. J Psychosom Res 1996; 41: 6: 541-549.
16. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. - 1996. - Vol. 13. - P. 1.
17. Niaura R., Todaro J.F., Stroud L.et al. Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease// Health Psychology. — 2002. — Vol. 21(6). — P. 588-593.
18. Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm// Jpn. Cir. J. — 1998. — Vol.62 (6). — P.409- 413.
19. Raeikkoenen K., Matthews K.A., Salomon K. Hostility predicts metabolic syndrome risk factors in children and adolescents// Health Psychology. — 2003. — Vol. 22(3). — P.279-286.
20. Ravaja N, Keltikangas-Jdrvinen L, Keskivaara P. Type A factors as predictors of changes in the metabolic syndrome: precursors in adolescents and young adults. A 3-year follow-up study. //Health Psychol.- 1996.- Vol.15. -P.18-29.
21. Vitaliano PP, Scanlan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults// Psychosom Med.-1996. - Vol.58. - P. 489-499.
22. Wolff H. Life stress and bodily disease//Life stress and bodily disease / H. Wolff et al. (Eds.). - Baltimore: Williams, WHO. 1996.

Об'єктивізація психопатологічних расстройств у пацієнтів з метаболіческим синдромом Х

Поступила в редакцию 5.07.2006