

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ТАРГЕТНО-ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З НЕОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ*

Маркова М. В.¹, Федак Б. С.¹, Варібрис О. В.¹, Мухаровська І. Р.²,
Абдяхімова Ц. Б.², Клебан К. І.², Сапон Д. М.², Луньов В. Є.²,
Ніконов А. Ю.¹, Кравчун Н. О.³

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна;

² Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна;

³ ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України»,
м. Харків, Україна
marianochka1@ukr.net

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) на сьогодні міцно закріпилися на одному з провідних місць серед ендокринної патології за загальною захворюваністю й поширеністю: за даними МОЗ України, за останні 5 років кількість захворювань ЩЗ збільшилась у 5 разів, причому неухильне зростання відзначається серед неонкологічної тиреоїдної патології, а саме тиреоїдитів, гіпо- та гіпертиреозу: на сьогодні тиреоїдити становлять 13,8 % від усієї тиреоїдної патології, гіпотиреоз — 7,5 %, гі-

пертиреоз — 4,1 % [1]. Однією з особливостей поширеності даної патології є її гендерна дисконгруентність: зокрема, на аутоімунний тиреоїдит жінки хворіють у 4–8 разів частіше за чоловіків, а від гіпертиреозу (а саме, від дифузного токсичного зоба) жінки страждають у 9 разів частіше, ніж чоловіки [1, 2].

Зміни у психічній сфері при тиреопатіях є обов'язковими симптомами перебігу хвороби [3, 4]. Це робить вивчення медико-психологічних аспектів не менш важливи-

* Дослідження виконано в межах наукової тематики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України «Порушення здоров'я сім'ї у кризових станах різного генезу. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики» (номер державної реєстрації 0112U000972) та «Медико-психологічні наслідки соціального стресу та інформаційно-психологічної війни (макро-, мікросоціальні чинники дезадаптації, механізми формування, система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики)» (номер державної реєстрації 0117U000371).

Установою, що фінансує дослідження, є МОЗ України.

Автори гарантують повну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 25.03.2019.

ми, ніж лікування основного соматичного захворювання. Існують дані щодо розвитку гормональної дисфункції ЩЗ на тлі психічного стресу [5], ризику розвитку біполярного розладу у пацієнтів в гіпертиреозидизмом [6]. Однак, найбільше публікацій зосереджено на клінічно виражених порушеннях психічної сфери — депресивних, тривожних, когнітивних розладах, що супроводжують синдроми гіпотиреозу [7, 8] та гіпертиреозу [9], тоді як поза увагою залишається потужний пласт донозологічних станів, які характеризують психологічну дезадаптацію осіб з тиреопатіями.

На сьогодні дослідниками підкреслюється важливість надання медико-психологічної допомоги хворим з соматичною пато-

логією як необхідного компоненту комплексу лікувальних заходів [10]. Однак, для більшості соматичних нозологій подібні програми одиничні, в тому числі, і для хворих з тиреопатіями, не зважаючи на виражене ураження психічної сфери та високий рівень психологічного дистресу. Це обумовлює актуальність та важливість розробки комплексу медико-психологічних заходів для пацієнтів з неонкологічними захворюваннями ЩЗ.

Мета роботи — на основі комплексної оцінки чинників формування психологічної дезадаптації жінок з тиреопатіями, розробити систему медико-психологічної допомоги для даної категорії ендокринологічних пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження було здійснене з дотриманням принципів біоетики і деонтології й проведене на базі обласної клінічної лікарні — Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (м. Харків). У дослідженні прийняли участь жінки з захворюваннями ЩЗ — група з тиреопатіями (ГТ), які проявлялися її гіпер- (59 пацієнток, група 1 — Г1) та гіпофункцією (54 хворих, група 2 — Г2). Для порівняння було сформовано групу з соматично здорових жінок (50 осіб, група порівняння — ГП). Середній вік опитуваних становив $38,6 \pm 4,5$ років.

У Г1 тиреотоксикоз був викликаний дифузним (84,7 %) або вузловим токсичним зобом (15,3 %), у Г2 гіпотиреоз обумовлювався наявністю хронічного аутоімунного тиреоїдиту (92,6 %) або був наслідком проведеного оперативного втручання на ЩЗ (7,4 %). Тривалість захворювання ЩЗ становила $1,8 \pm 0,9$ років у Г1 та $2,4 \pm 1,2$ років у Г2.

Критеріями включення були наявність патології ЩЗ з клінічно підтвердженою недостатньою (гіпотиреоз) чи надмірною (гіпертиреоз) продукцією тиреоїдних гормонів. З дослідження виключалися пацієнтки з супутніми хронічними соматичними захворюваннями з тяжким чи прогресуючим перебігом, хворі з психічними розладами в анамнезі.

Дизайн дослідження передбачав проведення 3-х етапів: психодіагностики, ме-

дико-психологічних інтервенцій, оцінки ефективності комплексу медико-психологічних заходів. На психодіагностичному етапі були виявлені мішені та розроблено заходи медико-психологічної допомоги. На етапі медико-психологічних інтервенцій учасниць дослідження було розділено на 2 групи: терапевтичну (34 пацієнтки з гіпертиреозом, та 33 — з гіпотиреозом) та контрольну групу тиреопатій (відповідно 25 осіб, та 21 особа), в залежності від участі в психологічних заходах. Етап оцінки ефективності медико-психологічних заходів проводився для виявлення наявності та вираженості впливу психологічних інтервенцій.

Комплексне обстеження включало, окрім клінічного, клініко-психологічне і психодіагностичне дослідження.

Особливості клінічних проявів та вираженості патологічної тривоги та депресії оцінювали двоохроковою процедурою: спочатку аналізували суб'єктивні відчуття пацієнток за допомогою Госпітальної шкали оцінки депресії та тривоги HADS, потім наявні результати порівнювали з об'єктивними даними, отриманими з використанням клінічних рейтингових шкал М. Гамільтона для оцінки тривоги — HARS та депресії — HDRS. Окремо досліджували спектр психоемоційних переживань за опитувальником самооцінки емоційного стану

Н. О. Марути. Прояви астенії були вивчені за допомогою MFI-20. Для визначення стрес-долаючої поведінки було застосовано методичку для психологічної діагностики копінг-механізмів Хейма, типу реагування на захворювання — методичку ТОБОЛ. За допомогою опитувальника схильності до віктимної поведінки О. О. Андронікової, модифікованого для опитуваних дорослого віку, виявлені особливості соматоген-

ної віктимності. Якість життя оцінювалася за методикою дослідження якості життя Mezzich [11]. Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel) за допомогою критеріїв перевірки статистичних гіпотез (Стьюдента, кутового перетворення Фішера).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті дослідження було виявлено, що у жінок з тиреопатіями мав місце широкий спектр психологічної проблематики, що включав особистісні, психосоціальні та терапієобумовлені труднощі. Психологічна проблематика по-різному проявлялася поміж жінок з різними видами гормональної дисфункції: для жінок з гіперфункцією ЩЗ провідними дезадаптивними маркерами були міжособистісне напруження, соціальна стигматизація та дистанціювання мікросоціального оточення, конфлікти з медперсоналом, зниження прихильності до лікування; хворих з гіпофункцією — зростання вимог до найближчого оточення, зниження самопродуктивності, пасивна позиція щодо терапії, обтяженість переживаннями стосовно ускладнень хвороби.

У пацієнток з тиреопатіями спостерігалися суттєві зрушення у емоційній сфері, формувалися клінічно виражені тривожні та депресивні стани у зв'язку з перебігом соматичного захворювання. Патологія ЩЗ змінювала спектр та інтенсивність психоемоційних переживань у бік негативних емоцій, вираженість та структура яких залежала від типу гормональної дисфункції ($p < 0,05$). За суб'єктивною оцінкою у жінок з патологією ЩЗ прояви психопатологічної тривоги та депресії знаходилися у діапазоні клінічно виражених, з вищими показниками тривоги у пацієнток з гіпертиреозом, і депресії — з гіпотиреозом ($p < 0,05$). За об'єктивною психометрією вираженість депресивних проявів у осіб з гіпертиреозом корелювала з депресією легкого ($15,1 \pm 3,7$ балів), а пацієнток з гіпотиреозом — середнього ступеню тяжкості ($19,0 \pm 5,1$ балів). Депресивний стан у хворих на гіпертире-

оз формувався за рахунок проявів депресії легкого (61 %), менше середнього ступеню (39 %), у пацієнток з гіпотиреозом переважав середній (51,8 %) та легкий (40,7 %), присутній тяжкий (7,4 %) ступені вираженості ($p < 0,05$). Показники психопатологічної тривоги у пацієнток з захворюваннями ЩЗ знаходилися на рівні тривожного стану з більшою вираженістю у жінок з синдромом гіпертиреозу ($16,0 \pm 5,2$ балів та $11,0 \pm 4,9$ балів, $p < 0,05$). Тривожний стан реєструвався у 81,4 % жінок з гіпертиреозом та 48,1 % — з гіпотиреозом, субклінічний рівень тривоги становив, відповідно, 10,2 % та 51,9 %, тривожний розлад був виявлений у 8,5 % хворих з гіперфункцією ЩЗ.

Депресивний симптомокомплекс у пацієнток з гіпо- та гіперпродукцією тиреоїдних гормонів мав відмінності: при гіпотиреозі провідними були гіпотермія, загальмованість, іпохондрія, загально-соматичні симптоми, порушення сну; при гіпертиреозі — депресивний настрій, психічна та соматична тривога, ажитація, гастроінтестинальні симптоми, безсоння ($p < 0,05$). Тривожний стан у жінок з гіпертиреозом формувався за рахунок тривожно-депресивного настрою, вегетативних симптомів, напруження, соматизації тривоги у вигляді гастроінтестинальних і серцево-судинних проявів, супроводжується порушенням сну. У пацієнток з гіпотиреозом провідними були інтелектуальні зрушення, вегетативні, сенсорні, гастроінтестинальні симптоми, інсомнія на фоні тривожно-депресивного настрою ($p < 0,05$). Вираженість астенії у пацієнток з дисфункцією ЩЗ перевищувала норму і гостро проявлялася у хворих

з гіпотиреозом ($48,9 \pm 11,0$ балів у Г1, $81,9 \pm 16,8$ балів у Г2 та $36,2 \pm 11,8$ балів у ГП, $p < 0,05$).

Треба зазначити, що отримані авторами дані щодо особливостей психоемоційного стану жінок з неонкологічними захворюваннями ЩЗ, а саме, наявності у них переважно клінічно виражених (або донозологічних) тривожних, депресивних і астеничних феноменів, що мали нозоспецифічну вираженість в залежності від виду тиреопатії, співпадають з результатами інших дослідників [3, 4, 7–9, 12–15].

Подальшим дослідженням було відмічене, що у жінок з тиреопатіями виявились скомпрометованими усі сфери стресдолаючої поведінки ($p < 0,05$). Когнітивний копінг характеризувався реакцією розгубленості на стрес та зниженням самовладання, емоційний — емоційним розрядженням, самозвинуваченням, зменшенням оптимістичного відношення, протесту, пасивною кооперацією у жінок з гіпотиреозом та агресивністю — гіпертиреозом; поведінковий — схильністю до відступу, активного уникнення, відволікання пацієток з гіпофункцією ЩЗ та порівняно вищими показниками співробітництва, альтруїзму, конструктивної активності, компенсації та нижчими — звернення за допомогою серед хворих з гіперфункцією ЩЗ.

Провідними типами реагування на хворобу у пацієток з гіпертиреозом були тривожний (10,3 %), сензитивний (10,3 %), тривожно-сензитивний (10,3 %), ергопатично-тривожний (10,3 %) та невротичний типи (8,5 %), у жінок з гіпотиреозом — анозогнозичний (11,1 %), іпохондричний (11,1 %), тривожно-іпохондричний (11,1 %), тривожно-сензитивний (11,1 %) та невротично-іпохондричний типи (9,3 %) ($p < 0,05$).

Жінкам з тиреопатіями виявилась характерною соматогенна віктимність: для осіб з гіпертиреозом були притаманні агресивна ($14,0 \pm 3,1$ балів), самопошкодуюча і саморуйнівна ($10,0 \pm 2,6$ балів), гіперсоціальна віктимна поведінка ($7,4 \pm 2,1$ балів); з гіпотиреозом — залежна та безпомічна ($11,0 \pm 2,4$ балів) і некритична віктимна поведінка ($10,0 \pm 1,7$ балів) ($p < 0,05$).

При обговоренні результатів вивчення особливостей способів опанування стресу, реагування на захворювання та психологічних властивостей у хворих на дисфункцію ЩЗ, треба зазначити, що на теперішній час в світі не існує одностайної думки стосовно питання взаємозв'язків цих факторів та неонкологічних захворювань ЩЗ: частина авторів вважають такий зв'язок доведеним [16–18], інші — заперечують його наявність [19, 20]. Отримані результати дозволяють стверджувати, що, незалежно від причинно-наслідкового зв'язку, ідентифікація якого потребує подальшого уточнення, стан зазначених медико-психологічних характеристик у жінок з тиреопатіями значно відрізняється від здорової вибірки.

У пацієток з тиреопатіями виявлено зниження якості життя за показниками фізичного ($4,9 \pm 1,1$ балів у ГТ проти $7,0 \pm 0,9$ балів у ГП) та психологічного благополуччя ($5,3 \pm 1,1$ балів проти $7,1 \pm 1,0$ балів), суспільної підтримки ($5,3 \pm 0,7$ проти $6,0 \pm 0,7$ балів), самореалізації ($6,0 \pm 1,1$ балів проти $7,0 \pm 1,3$ балів) та духовної реалізації ($6,1 \pm 0,7$ балів проти $6,9 \pm 0,9$ балів), працездатності ($6,2 \pm 0,9$ балів проти $8,8 \pm 1,0$ балів), загального сприйняття задоволеності життям ($6,2 \pm 0,7$ балів проти $7,4 \pm 1,0$ балів), міжособистісної взаємодії ($6,4 \pm 0,7$ балів проти $7,4 \pm 1,0$ балів), самообслуговування ($7,6 \pm 1,0$ балів проти $9,6 \pm 0,7$ балів) у порівнянні з соматично здоровими жінками ($p < 0,05$). Найбільш ураженими сферами, незалежно від виду дисфункції ЩЗ, були фізичне та психологічне самопочуття, пов'язані з ними працездатність, відсутність психосоціальної підтримки, що разом формувало незадовільне сприйняття якості життя в цілому.

Треба зазначити, що негативні тренди, встановлені авторами при вивченні якості життя пацієток з тиреопатіями, в цілому, підтверджуються результатами досліджень інших авторів [21, 22]. Так, іранські вчені M. Rakhshan, A. Ghanbari, A. Rahimi, I. Mostafavi (2017), здійснивши порівняльний аналіз складових якості життя хворих з гіпофункцією ЩЗ та здорового контингенту, відмітили значущі розбіжності, насамперед, в сфері психічного благополуччя

[21]. Дослідження, здійснене в Нідерландах (2017), показало, що, порівняно зі здоровою вибіркою, жінки з гіпофункцією ЩЗ мали значуще нижчі показники в сферах «фізичного функціонування» та «загального стану здоров'я», а у пацієток з гіперфункцією ЩЗ, при співставленні зі здоровими жінками, відмічались незначні відмінності в сфері «психічного функціонування» [22].

На основі узагальнення клініко-психологічних і психодіагностичних даних (табл.), нами була сформульована і доведена гіпотеза, що у формуванні психологічної дезадаптації жінок з тиреопатіями беруть участь два психопатогенні механізми: вплив гормонального дисбалансу на функціонування нервової системи — психобіологічний фактор, та особистісно-психосоціальна дезадаптація як наслідок спе-

Таблиця

**Клініко-психологічні і психодіагностичні дескриптори
психологічної дезадаптації у жінок
з неонкологічними захворюваннями ЩЗ**

		Показник	Г1	Г2	ГП
HADS	депресія	умовна норма, %	0	0	72,0 ^{2,3}
		субклінічний рівень, %	22,0 ¹	0	28,0 ³
		клінічний рівень, %	78,0 ^{2,4}	100,0 ^{3,4}	0
		середня вираженість, $x \pm \sigma$	13,9 \pm 3,8 ^{2,4}	18,9 \pm 2,9 ^{3,4}	7,1 \pm 1,8 ^{2,3}
	тривога	умовна норма, %	0	0	66,0 ^{2,3}
		субклінічний рівень, %	11,9 ^{1,2}	40,7 ^{1,6}	34,0 ^{2,6}
		клінічний рівень, %	88,1 ^{2,4}	59,3 ^{3,4}	0
		середня вираженість, $x \pm \sigma$	16,9 \pm 3,7 ^{1,2}	11,2 \pm 3,1 ^{1,3}	7,2 \pm 2,3 ^{2,3}
HDRS	субклінічний рівень, %		0	0	88,0 ^{2,3}
	легкий ступінь, %		61,0 ^{2,4}	40,7 ^{3,4}	12,0 ^{2,3}
	середній ступінь, %		39,0 ^{2,4}	51,9 ^{3,4}	0
	тяжкий ступінь, %		0	7,4 ^{1,3}	0
	середня вираженість, $x \pm \sigma$		15,1 \pm 3,7 ^{2,4}	19,0 \pm 5,1 ^{3,4}	7,3 \pm 1,7 ^{2,3}
HADS	субклінічний рівень, %		10,2 ^{1,2}	51,9 ^{1,3}	84,0 ^{2,3}
	тривожний стан, %		81,4 ^{1,2}	48,1 ^{1,3}	16,0 ^{2,3}
	тривожний розлад, %		8,5 ^{1,2}	0	0
	середня вираженість, $x \pm \sigma$		16,0 \pm 5,2 ^{1,2}	11,0 \pm 4,9 ^{1,3}	7,6 \pm 2,8 ^{2,3}
Емоційне тло	стенічні емоції	середня вираженість, $x \pm \sigma$	0,54 \pm 0,29 ^{1,2}	0,21 \pm 0,15 ^{1,3}	0,83 \pm 0,53 ^{2,3}
		максимум	1,05 ^{1,2}	0,48 ^{1,3}	1,85 ^{2,3}
		медіана	0,51	0,20	0,70
	негативні емоції	середня вираженість, $x \pm \sigma$	0,50 \pm 0,54 ^{4,5}	0,31 \pm 0,39 ⁴	0,32 \pm 0,31 ⁵
		максимум	2,14 ^{1,2}	1,28 ^{1,3}	0,86 ^{2,3}
		медіана	0,42	0,11	0,30
Астенія, $x \pm \sigma$	загальна астенія		11,2 \pm 3,2 ^{1,5}	17,0 \pm 3,5 ^{1,3}	8,1 \pm 2,5 ^{3,5}
	↓ активності		8,5 \pm 2,6 ¹	15,6 \pm 2,7 ^{1,3}	7,0 \pm 2,8 ³
	↓ мотивації		8,1 \pm 2,3 ¹	15,9 \pm 3,7 ^{1,3}	6,5 \pm 2,4 ³
	фізична астенія		11,1 \pm 2,9 ⁴	16,5 \pm 3,8 ^{3,4}	8,0 \pm 3,5 ³
	психічна астенія		10,1 \pm 2,9 ⁴	17,0 \pm 4,3 ^{3,4}	6,5 \pm 2,4 ³
	загальний показник		48,9 \pm 11,0 ^{1,2}	81,9 \pm 16,8 ^{1,3}	36,2 \pm 11,8 ^{2,3}

Показник		Г1	Г2	ГП	
Копінг, %	когнітивний	адаптивний	32,2 ⁵	29,6 ⁶	48,0 ^{5,6}
		відносно адаптивний	40,7	37,0	36,0
		неадаптивний	27,1 ²	33,3 ³	16,0 ^{2,3}
	емоційний	адаптивний	32,2 ²	25,9 ³	46,0 ^{2,3}
		відносно адаптивний	47,5	51,9	36,0
		неадаптивний	20,3	22,2	18,0
	поведінковий	адаптивний	33,9	31,5	44,0
		відносно адаптивний	50,8	46,3	44,0
		неадаптивний	15,3	22,2 ⁶	12,0 ⁶
Типи реагування на захворювання, %	адаптивні		8,5 ²	11,1 ³	40,0 ^{2,3}
	з інтрапсихічною дезадаптацією		42,4 ⁴	57,4 ^{3,4}	32,0 ³
	з інтерпсихічною дезадаптацією		27,1 ⁴	16,7 ⁴	20,0
	з інтра-інтерпсихічною дезадаптацією		22,0 ^{1,2}	14,8 ^{1,3}	8,0 ^{2,3}
Схильність до віктимної поведінки, $x \pm o$	до агресивної віктимної поведінки		14,0 \pm 3,1 ^{1,5}	9,7 \pm 4,0 ^{1,3}	12,0 \pm 2,4 ^{3,5}
	до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки		10,0 \pm 2,6 ^{1,2}	9,3 \pm 2,6 ¹	8,9 \pm 2,0 ²
	до гіперсоціальної поведінки		7,4 \pm 2,1 ¹	6,3 \pm 2,2 ^{1,3}	7,9 \pm 2,2 ³
	до залежної та безпомічної поведінки		8,4 \pm 1,9 ¹	11,0 \pm 2,4 ^{1,3}	8,0 \pm 2,13 ³
	до некритичної поведінки		8,9 \pm 1,5 ¹	10,0 \pm 1,7 ^{1,3}	8,7 \pm 1,6 ³
	до реалізованої віктимності		9,4 \pm 1,7	9,4 \pm 1,8	9,1 \pm 2,1
Якість життя, $x \pm o$		6,1 \pm 0,7 ²	6,0 \pm 0,5 ³	7,4 \pm 0,5 ^{2,3}	

Примітка.

- ¹ рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні Г1 і Г2 $p < 0,05$;
² рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні Г1 і ГП $p < 0,05$;
³ рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні Г2 і ГП $p < 0,05$;
⁴ рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні Г1 і Г2 $p < 0,01$;
⁵ рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні Г1 і ГП $p < 0,01$;
⁶ рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні Г2 і ГП $p < 0,01$.

цифіки взаємодії на фоні психоемоційних зрушень — вторинно-психогенний.

На основі узагальнення отриманих даних, виділено загальні та специфічні мішені медико-психологічного впливу у жінок з тиреопатіями залежно від виду гормональної дисфункції, що обумовили біди-рективну таргетно-диференційовану спрямованість психокорекційних заходів.

До загальних мішеней відносилися актуальна психологічна проблематика, психопатологічні депресивні прояви та тривога,

виражена астения, неадаптивний когнітивний, емоційний та поведінковий копінг, неадаптивні типи реагування на захворювання, соматогенна віктимність, порушення міжособистісної та сімейної взаємодії.

Специфічними мішенями для жінок з гіпертиреозом були міжособистісна напруга, конфлікти з оточуючими та медперсоналом, соціальна стигматизація, дистанціювання оточення, переважання негативних емоцій над позитивними, домінування емоцій тривожного кола, висока вираженість

психопатологічної тривоги, копінг-механізми розгубленості, самозвинувачення, агресивності, низького альтруїзму, низьке самообладання, виражене емоційне розрядження, тривожний, сензитивний, тривожно-сензитивний, невротичний типи реагування на захворювання, схильність до агресивної, самопошкоджуючої і саморуйнівної віктимної поведінки.

Специфічними мішенями для пацієнток з гіпотиреозом визначені залежність від близького оточення, реакція на зміни зовнішнього вигляду, низька самопродуктивність, пасивність, зниження амплітуди емоцій, інтенсифікація тривожно-депресивних емоцій, висока вираженість депресивних проявів, астено-депресивний симптомокомплекс, копінг-механізми розгубленості, емоційного розрядження, пасивної кооперації, самозвинувачення, відступу, активного уникнення, низького альтруїзму, іпохондричний, тривожно-іпохондричний, тривожно-сензитивний, невротично-іпохондричний типи реагування на хворобу, схильність до залежної і безпомічної, некритичної віктимної поведінки.

Основними напрямками медико-психологічної допомоги для пацієнток з тиреопатіями були психокорекція проявів психологічної дезадаптації, обумовленої психічними зрушеннями, викликаними наявністю гормональної дисфункції, та психопрофілактика і корекція вторинних змін у психологічній сфері, спричинених наслідками взаємодії з психосоціальним оточенням у стані психічної нестабільності.

Зміст медико-психологічної допомоги включав:

- визначення найбільш уражених сфер життєдіяльності (особистісної, психосоціальної);
- розкриття змісту психологічних труднощів;
- усвідомлення механізмів формування психологічних проблем;
- формування активної та відповідальної позиції щодо власної життєвої ситуації;
- формування критичного відношення щодо наявних змін у психічній сфері;
- навчання саморегуляції психічного стану;
- психопрофілактика вторинної психологічної дезадаптації обумовленої змінами у психічній сфері через психоосвіту;
- підвищення усвідомлення особою власних особливостей подолання стресу та ролі у протистоянні стресу та психокорекція неадаптивної поведінки;
- психокорекція неадаптивних емоційних та поведінкових реакцій під час терапевтичного процесу;
- мотивування на лікування;
- формування установки на партнерську взаємодію з медичним персоналом;
- визначення особливостей соматогенної віктимності у конкретної особи з виявленням основних чинників психогенезу та їх наступною психокорекцією;
- психоосвіта для членів сім'ї пацієнток з метою психопрофілактики вторинних психологічних змін на фоні психічної нестабільності.

Формами реалізації медико-психологічної допомоги були психоосвіта (для пацієнтів та членів їх родини) та психокорекція (для хворих). Психологічні інтервенції проводилися на основі методів та технік раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії.

Для виявлення ефекту медико-психологічних заходів було проведено повторне ретестування за допомогою HARS, HDRS та опитувальника якості життя Mezzich, з наступним порівнянням змін у опитуваних терапевтичної та контрольної групи тиреопатій. Практичне застосування комплексу медико-психологічних заходів для жінок з різними видами тиреопатій, показало покращення психоемоційного стану у терапевтичних груп та підвищення якості життя за показниками фізичного, психологічного благополуччя, самообслуговування, працездатності, міжособистісної взаємодії, загального сприйняття якості життя, самореалізації, $p < 0,05$, соціо-емоційної підтримки, $p < 0,1$.

ВИСНОВКИ

Психологічна дезадаптація жінок з неонкологічною патологією ЩЗ формується на основі взаємовпливу психопатогенних механізмів – психобіологічного, обумовленого впливом гормонального дисбалансу на функціонування нервової системи, та вторинно-психогенного, спричиненого специфікою міжперсональної взаємодії на тлі психоемоційних зрушень.

Медико-психологічна допомога для жінок з тиреопатіями включає таргетно-диференційовану щодо специфіки психодезадаптивних проявів та виду гормональної дисфункції систему психоосвітніх, психококорекційних та психопрофілактичних заходів з бідирективною моделлю реалізації лікувальних зусиль стосовно дії на психобіологічний та вторинно-психогенний механізми психопатогенезу порушень адаптації.

Таргетно-диференційована бідирективна система медико-психологічних заходів довела свою ефективність та дієвість щодо психологічної допомоги жінкам з неонкологічними захворюваннями ЩЗ.

Таким чином, в результаті роботи доведено існування феномену психологічної дезадаптації, який облігатно супроводжує перебіг неонкологічних захворювань ЩЗ, встановлені шляхи його психопатогенезу, які розглянуті в аспекті мозаїчно-конгруентного взаємовпливу психобіологічного та вторинно-психогенного чинників, визначено порочне коло патологічних взаємозв'язків ендокринологічного захворювання та психологічної дезадаптації, на основі чого обґрунтовано й розроблено таргетно-диференційовану бідирективну систему її медико-психологічної корекції.

ЛІТЕРАТУРА
(REFERENCES)

1. Tkachenko VI, Maksymec' JaA, Vydyborec' NV, Kovalenko OF. *Mizhnar Endokrynol Zhurn* 2018; 14(3): 272-277. doi: 10.22141/2224-0721.14.3.2018.136426.
2. Chernjavskaja V, Zemljanicya OV, Chernjaeva AA, et al. *Probl Endokrynol Patologii'* 2018; 1: 62-70. doi: 10.21856/j-PEP.2018.1.08.
3. Almeida OP, Alfonso H, Flicker L, et al. *Amer J Geriatric Psychiatry* 2011; 19(9): 763-770.
4. Ishhuk VV. *Mezhdunar Med Zhurn* 2015; 3: 44-50.
5. Topcu CB, Celik O, Tasan E. *Int J Psych Clin Pract* 2012; 16(4): 307-311. doi: 10.3109/13651501.2011.631016.
6. Hu LY, Shen CC, Hu YW, et al. *PLoS One* 2013; 8(8): e73057. doi: 10.1371/journal.pone.0073057.
7. Leyhe T, Mьssig K. *Brain Behav Immunol* 2014; 41: 261-266. doi: 10.1016/j.bbi.2014.03.008.
8. Demartini B, Ranieri R, Masu A, et al. *J Nervous Mental Dis* 2014; 202(8): 603-607.
9. Greenhill C. *Endocrinology* 2014; 10(2): 65-68.
10. Markova MV, Muharovs'ka IR, Piontkovs'ka OV. *Medychna Psihologija* 2014; 3(35): 3-6.
11. Kryshthal' JeV, Markova MV, Agisheva NK, Danilenko TP. *Psyhiatrija, Harkiv*, 2013; 225-254.
12. Jucevičiūtė N, Žilaitienė B, Aniulienė R, Vanagienė V. *Open Med (Wars)* 2019; 14: 52-58. doi: 10.1515/med-2019-0008.
13. Siegmann EM, Мьller ННО, Luecke C, et al. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(6): 577-584. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0190.
14. Ittermann T, Vцlzke H, Baumeister SE. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(9): 1417-1425. doi: 10.1007/s00127-015-1043-0.
15. Duntas LH, Maillis A. *Minerva Endocrinol* 2013; 38(4): 365-377.
16. Conte-Devolx B, Vialettes B. *Ann Endocrinol (Paris)* 2013; 74(5-6): 483-486.
17. Kassi E, Kyrou I, Tsigos C, et al. South Dartmouth (MA) 2012, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278995/>.
18. Fukao A, Takamatsu J, Murakami Y, et al. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2003; 58: 550-555.
19. Effraimidis G, Tijssen JG, Brosschot JF, et al. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37(8): 1191-1198. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.12.009>.
20. Damian L, Ghiciuc CM, Dima-Cozma LC, et al. *Act Nerv Super Rediviva* 2017; 59(1): 1-8.
21. Rakhshan M, Ghanbari A, Rahimi A, Mostafavi I. *Int J Commun Based Nurs Midwifery* 2017; 5(1): 30-37.
22. Klaver EI, van Loon HC, Stienstra R, et al. *Thyroid* 2013; 23(9): 1066-1073. doi: 10.1089/thy.2013.0017.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ТАРГЕТНО-ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З НЕОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Маркова М. В.¹, Федак Б. С.¹, Варібрус О. В.¹, Мухаровська І. Р.²,
Абдрияхімова Ц. Б.², Клебан К. І.², Сапон Д. М.², Луньов В. Є.²,
Ніконов А. Ю.¹, Кравчун Н. О.³

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна;

² Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна;

³ ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України»,
м. Харків, Україна
mariannochka1@ukr.net

На основі результатів обстеження 59 жінок з гіпертиреозом, 54 — з гіпотиреозом та 50 соматично здорових осіб, проведено комплексну оцінку чинників формування психологічної дезадаптації жінок з неонкологічними захворюваннями щитоподібної залози. Виявлено основні психологічні проблеми та чинники їх психогенезу, асоційовані з перебігом ендокринологічного захворювання у жінок з патологією щитовидної залози, встановлено особливості психоемоційного стану в залежності від виду гормональної дисфункції. Ідентифіковано патерни копіngu, властиві хворим з синдромом гіпотиреозу та гіпертиреозу. Визначено специфіку реагування на захворювання поміж пацієнток з різними видами тиреопатій. Охарактеризовано віктимний статус у взаємозв'язку з наявністю хронічної соматичної патології у жінок з захворюваннями щитовидної залози. Досліджено показники якості життя пацієнток з гіпотиреозом та гіпертиреозом. В ході роботи обґрунтовані і визначені фактори — складові психологічної дезадаптації пацієнток з тиреопатіями, варіанти взаємодії яких визначають механізми її розвитку та клініко-психологічні особливості перебігу: психобіологічний, основою якого є вплив гормонального дисбалансу на стан нервової системи, та вторинно-психогенний, що проявляється особистісно-психосоціальною дезадаптацією хворих. На основі отриманих результатів сформульовано і доведено гіпотезу щодо двофакторного психогенезу психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту, яка стала основою для розробки та впровадження в ендокринологічну й медико-психологічну практику таргетно-диференційованої бідириективної системи медико-психологічних заходів для пацієнток з тиреопатіями, кінцевою метою якого є не тільки усунення наявних психоемоційних та особистісних деформацій пацієнток, а також адаптація і прийняття себе в ситуації власного захворювання, прийняття відповідальності за себе і стан здоров'я, формування й підтримка навичок його збереження, що призвело до підвищення ефективності соматотропного лікування та значного покращення якості життя хворих.

Ключові слова: неонкологічні захворювання щитоподібної залози, жінки, психологічна дезадаптація, таргетно-диференційована бідириективна система медико-психологічних заходів.

FEATURES OF FORMATION AND TARGET-DIFFERENTIATED PSYCHOCORRECTION OF PSYCHOLOGICAL MALADAPTATION IN WOMEN WITH NON-CANCER THYROID DISEASE

V. Markova¹, B. S. Fedak¹, O. V. Varybrus¹, I. R. Mukharovska²,
Ts. B. Abdriakhimova², K. I. Kleban², D. M. Sapon², V. E. Lunov²,
A. Yu. Nikonov¹, N. A. Kravchun³

¹ Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine;

² Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine;

³ SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine»,
Kharkiv, Ukraine
mariannochka1@ukr.net

In the study conducted assessment factors of formation psychological maladaptation in women with thyroid pathology. It was examined 59 women with hyperthyroidism, 54 – with hypothyroidism and 50 somatic healthy persons. Found basic psychological problems and their psychogenesis factors associated with endocrine disease in women with thyroid disorders, and peculiarities of emotional state depending on the type of hormonal dysfunction. Identified patterns of coping in patients with hypothyroidism and hyperthyroidism. Investigated specificity of response to disease among patients with different types of thyroid pathology. Characterized victim status in relation to the presence of chronic somatic pathology in women with thyroid disease. Studied quality of life of patients with hypothyroidism and hyperthyroidism. In the course of work, it was justified and identified the factors – components of psychological maladaptation of patients with thyreopathies variants of interaction of which determine the mechanisms of its development and clinical and psychological peculiarities of the course: psycho-biological, the basis of which is the effect of hormonal imbalance on the state of the nervous system, and secondary psychogenic that manifests in personally-psychosocial maladaptation of patients. On the basis of the obtained results, the hypothesis concerning the two-factor psychogenesis of psychological maladaptation in the specified contingent was formulated and proved, which became the basis for the development and implementa-

tion of endocrinological and medical-psychological practices of a target-differentiated bidirectional system of medical and psychological measures for patients with thyroopathies whose ultimate goal is not only elimination of existing psycho-emotional and personality deformations of patients, but also adaptation and acceptance of oneself in a situation of own illness, acceptance of the responsibility for oneself and one's health, the formation and maintenance of own preservation skills, which led to an increase in the effectiveness of somatotropic treatment and a significant improvement in the quality of life of patients.

Key words: non-cancer thyroid disease, women, psychological maladjustment, target-differentiated bidirectional system of medical and psychological measures.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТАРГЕТНО-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маркова М. В.¹, Федак Б. С.¹, Варибрус О. В.¹, Мухаровская И. Р.²,
Абдрахимова Ц. Б.², Клебан К. И.², Сапон Д. Н.², Лунев В. Е.²,
Никонов А. Ю.¹, Кравчун Н. А.³

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина;

² Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев, Украина;

³ ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины»,
г. Харьков, Украина
mariannochka1@ukr.net

На основе результатов обследования 59 женщин с гипертиреозом, 54 — с гипотиреозом и 50 соматически здоровых лиц, проведена комплексная оценка факторов формирования психологической дезадаптации у женщин с тиреопатиями. Выявлены основные психологические проблемы и факторы их психогенеза, ассоциированные с течением эндокринологического заболевания у женщин с патологией щитовидной железы, установлены особенности психоэмоционального состояния в зависимости от вида гормональной дисфункции. Идентифицированы паттерны копинга, свойственные больным с синдромом гипотиреоза и гипертиреоза. Определена специфика реагирования на заболевание у пациенток с различными видами тиреопатий. Охарактеризован виктимный статус у женщин с заболеваниями щитовидной железы в связи с наличием хронической соматической патологии. Исследованы показатели качества жизни пациенток с гипотиреозом и гипертиреозом. В ходе работы обоснованы и определены факторы – составляющие психологической дезадаптации пациенток с тиреопатиями, варианты взаимодействия которых определяют механизмы ее развития и клинико-психологические особенности течения: психобиологический, основой которого является влияние гормонального дисбаланса на состояние нервной системы, и вторично-психогенный, что проявляется личностно-психосоциальной дезадаптацией больных. На основе полученных результатов сформулирована и доказана гипотеза о двухфакторном психогенезе психологической дезадаптации у данного контингента, которая стала основой для разработки и внедрения в эндокринологическую и медико-психологическую практику таргетно-дифференцированной бидирективной системы медико-психологических мероприятий для пациенток с тиреопатиями, конечной целью которой является не только устранение имеющихся психоэмоциональных и личностных деформаций пациенток, но и адаптация и принятие себя в ситуации собственного заболевания, принятие ответственности за себя и состояние здоровья, формирование и поддержание навыков его сохранения, что привело к повышению эффективности соматотропного лечения и значительному улучшению качества жизни больных.

Ключевые слова: неонкологические заболевания щитовидной железы, женщины, психологическая дезадаптация, таргетно-дифференцированная бидирективная система медико-психологических мероприятий.