

УДК 616.89: 616.441-009

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.57083

## ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ВІКТИМНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК З ТИРЕОПАТІЯМИ

© О. В. Варібрус

Виявлено, що для жінок з гормональною дисфункцією щитовидної залози притаманні більша представленість типів реагування на захворювання з психологічною та психосоціальною дезадаптацією, виражені тривожний та іпохондричний компоненти, наявний широкий спектр варіантів інтер- та інтрапсихічної дезадаптації, тенденція до формування поєднаних дезадаптивних станів. Встановлено присутність соматогенної віктимності як фактору психологічної та психосоціальної адаптації

**Ключові слова:** тип реагування на захворювання, віктимна поведінка, гіпертиреоз, гіпотиреоз, психологічна дезадаптація

*Thyroid pathologies are characterized with an expressed somatic distress and transformations of psychic sphere. Elimination of hormonal imbalance as pathogenetic mechanism levels the clinic symptomatology to a great extent. That is why the problem of inclination to treatment in endocrinological patients becomes particularly topical.*

**The aim of research** was the study of the special features of response on treatment and manifestations of victim behavior connected with chronic somatic pathology in women with the different types of thyroid pathologies.

*Contingent and methods of research.* There were used the clinical methodology of diagnostics of the type of an attitude to disease (TAD) and the Andronnikova modified questionnaire of inclination to victim behavior:

**Results.** Most of all interrogated patients with thyroid pathologies had intrapsychic (49,6 % against 32,0 %) and combined maladjustment (18,6 % against 8,0 %), the lesser part of them had adaptive types of response on disease comparing with healthy women (9,7 % against 40,0 %). The intragroup differences were expressed in prevalence of types with intrapsychic maladjustment in women with hypothyroidism (57,4 % against 42,4 %), and interpsychic and combined at hyperthyroidism (27,1 % against 16,7 % and 22,0 % against 14,8 %). The main types of response on disease in persons with thyroid pathologies were anxious and sensitive (10,6 %), anxious (8,8 %), sensitive (8,8 %) and anosognosic (8,8 %), in healthy women – ergopathic (16,0 %), anosognosic (14,0 %), energopathic and sensitive (12,0 %) and harmonic types (10,0 %).

*An intensity of the victim behavior was higher in patients with thyroid pathologies, in women with hyperthyroidism took place aggressive, self-destructive and hypersocial ones, in patients with hypothyroidism – dependent and uncritical types of victimhood that indicated the presence of somatogenic victimhood as a factor of psychological and psychosocial maladjustment.*

**Conclusions.** The established interconnections between the type of response on disease and inclination to the victim behavior have clinical importance for planning medical and psychological measures

**Keywords:** type of response on disease, victim behavior; hyperthyroidism, hypothyroidism, psychological maladjustment

### 1. Вступ

Тиреопатії – це група ендокринних захворювань, які супроводжуються вираженим соматичним дистресом та змінами у психічній сфері. Усунення гормонального дисбалансу як патогенетичного механізму може у значному ступені нівелювати клінічну симптоматику. Саме тому питання прихильності до лікування у ендокринологічних хворих набуває особливо гострої актуальності.

Психоемоційні реакції та поведінка під час захворювання відіграють важливу роль у результативності лікувальних заходів, і можуть сприяти як одужанню так і погіршенню здоров'я. Важливими стають відношення та позиція хворого до ситуації – бути активним учасником лікувального процесу чи пасивною жертвою обставин.

### 2. Обґрунтування дослідження

Патологія ендокринної системи проявляється мультисимптомно та відображається на функціону-

ванні цілого організму, вражаючи ланки нейрогуморальної регуляції його функцій.

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) викликають порушення процесів обміну, росту, фізичного та психічного розвитку і стану індивіда. До основних видів гормональної дисфункції ЩЗ відносять синдроми гіпотиреозу та гіпертиреозу.

Гіпотиреоз проявляється нестачею тиреоїдних гормонів, гіпертиреоз – їх надмірною продукцією. Найбільш частими причинами гіпотиреозу є аутоімунний тиреоїдит, стани після оперативного лікування ЩЗ, терапії радіоактивним йодом [1]. Розвиток гіпертиреозу обумовлюється наявністю дифузного та вузлового токсичного зобу, тиреотоксичної аденони [2].

Тиреопатії супроводжуються розгорнутою соматичною симптоматикою, поряд з якою гостро маніфестують і психічні порушення депресивного, тривожного та когнітивного спектру [3–9]. Окрім психічних розладів поміж пацієнтів з ендокри-

кринною патологією ЩЗ наявний потужний пласт психічних порушень донозологічного рівня, які формують підґрунтя для розвитку психологічної дезадаптації.

Проявами психічної дезадаптації у пацієнтів з соматичними захворюваннями є високий рівень психічного стресу, дезадаптивна поведінка, вживання психоактивних речовин або алкоголю з метою зниження напруження, дисбаланс у міжособистісних стосунках, психосоціальні труднощі, різноманітні порушення прихильності до лікування – відмови від терапії, недотримання лікарських призначень та лікувального режиму, звернення до нетрадиційної медицини.

### 3. Мета дослідження

Вивчення особливостей реагування на захворювання та прояви віктимної поведінки у зв'язку з наявністю хронічної соматичної патології у жінок з різними видами тиреопатій.

### 4. Контингент та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було використано клінічну тестову методику діагностики типу відношення до захворювання ТОБОЛ [10] та опитувальник схильності до віктимної поведінки О. О. Андроннікової, модифіковану для опитуваних дорослого віку [11].

ТОБОЛ – змістовний психодіагностичний інструмент, який дозволяє визначати провідний тип реагування на хворобу та прогнозувати пов'язані з ним порушення особистісної, міжперсональної та психосоціальної адаптації.

Пацієнтки з тиреопатіями заповнювали опитувальник ТОБОЛ з огляду на поточне захворювання, соматично здорові жінки виходили з особистісного досвіду переживання хвороб, які перенесли раніше.

Методика дослідження схильності до віктимної поведінки включає діагностичні шкали соціальної бажаності відповідей, реалізованої віктимності, схильності до агресивної, самопошкоджуючої, гіперсоціальної, залежної та некритичної віктимної поведінки.

Дослідження проводилося на базі Харківської обласної клінічної лікарні. У опитуванні прийняли участь жінки з захворюваннями ЩЗ, які супроводжувалися 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, контрольна група – КГ). Середній вік респондентів становив 38,6±4,5 років.

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.

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

### 5. Результати дослідження

З метою порівняльного аналізу основних тенденцій реагування на захворювання проведено змістовне поєднання типів за критерієм психологічної та психосоціальної дезадаптації, а саме, об'єднано чисті та змішані типи з інтрапсихічною, інтерпсихічною та поєднаною інтер-інтрапсихічною дезадаптацією (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Типи реагування на захворювання залежно критерію адаптивності у пацієнток з тиреопатіями та соматично здорових жінок, n та P±Sp

Тип	ГТ, n=113		КГ, n=50	
	n	P ±Sp	n	P ±Sp
Адаптивні типи	11	9,7±3,0	20	40,0±4,9
Типи з інтрапсихічної дезадаптацією	56	49,6±5,0	16	32,0±4,7
Типи з інтерпсихічною дезадаптацією	25	22,1±4,2	10	20,0±4,0
Типи з інтра-інтерпсихічною дезадаптацією	21	18,6±3,9	4	8,0±2,7
<b>Всього</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Таблиця 2

Типи реагування на захворювання залежно критерію адаптивності у жінок з гіпертиреозом та гіпотиреозом, n та P±Sp

Тип	Г1, n=59		Г2, n=54	
	n	P ±Sp	n	P ±Sp
Адаптивні типи	5	8,5±2,8	6	11,1±3,1
Типи з інтрапсихічної дезадаптацією	25	42,4±4,9	31	57,4±4,9
Типи з інтерпсихічною дезадаптацією	16	27,1±4,4	9	16,7±3,7
Типи з інтра-інтерпсихічною дезадаптацією	13	22,0±4,1	8	14,8±3,6
<b>Всього</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

У табл. 3 та 4 наведено результати дослідження типів реагування на захворювання в розрізі порівняння відношення до хвороби і поведінки під час лікувального процесу поміж пацієнток з тиреопатіями і «досвідом хворіння» соматично здорових жінок (табл. 3) та особливостей прояву даних феноменів у опитуваних з патологією ЩЗ залежно від виду гормональної дисфункції (табл. 4).

У табл. 5 представлені результати вивчення вираженості проявів різних видів віктимної поведінки у пацієнток з тиреопатіями та соматично благополучних жінок (табл. 5).

Таблиця 3

Типи реагування на захворювання у пацієнток з тиреопатіями та соматично здорових жінок, n та P±Sp

Тип	ГТ, n=113		КГ, n=50	
	n	P±Sp	n	P±Sp
<b>ЧИСТІ ТИПИ</b> <b>Адаптивний блок</b>				
Гармонічний	0	–	5	10,0±3,0
Ергопатичний	1	0,9±0,9	8	16,0±3,7
Анозогнозичний	10	8,8±2,8	7	14,0±3,5
<b>Всього</b>	<b>11</b>	<b>9,7±3,0</b>	<b>20</b>	<b>40,0±4,9</b>
<b>Блок інтрапсихічної дезадаптації</b>				
Тривожний	10	8,8±2,8	2	4,0±2,0
Іпохондричний	7	6,2±2,4	0	–
Невротичний	8	7,1±2,6	4	8,0±2,7
Меланхолічний	2	1,8±1,3	0	–
Апатичний	3	2,7±1,6	0	–
<b>Всього</b>	<b>30</b>	<b>26,5±4,4</b>	<b>6</b>	<b>12,0±3,2</b>
<b>Блок інтерпсихічної дезадаптації</b>				
Сензитивний	10	8,8±2,8	4	8,0±2,7
Егоцентричний	3	2,7±1,6	0	–
Паранояльний	3	2,7±1,6	0	–
Дисфоричний	3	2,7±1,6	0	–
<b>Всього</b>	<b>19</b>	<b>16,8±3,7</b>	<b>4</b>	<b>8,0±2,7</b>
<b>ЗМІШАНІ ТИПИ</b> <b>Інтрапсихічна дезадаптація з елементами компенсації</b>				
Ергопатично-тривожний	8	7,1±2,6	4	8,0±2,7
Ергопатично-невротичний	1	0,9±0,9	3	6,0±2,4
Ергопатично-сензитивний	6	5,3±2,2	6	12,0±3,2
<b>Всього</b>	<b>15</b>	<b>13,3±3,4</b>	<b>13</b>	<b>24,0±4,3</b>
<b>Інтрапсихічна дезадаптація</b>				
Тривожно-невротичний	5	4,4±2,1	3	6,0±2,4
Тривожно-іпохондричний	7	6,2±2,4	0	–
Невротично-іпохондричний	5	4,4±2,1	0	–
<b>Всього</b>	<b>17</b>	<b>15,0±3,6</b>	<b>3</b>	<b>6,0±2,4</b>
<b>Інтерпсихічно-інтрапсихічна дезадаптація</b>				
Тривожно-сензитивний	12	10,6±3,1	3	6,0±2,4
Невротично-сензитивний	6	5,3±2,2	1	2,0±1,4
Тривожно-дисфоричний	3	2,7±1,6	0	–
<b>Всього</b>	<b>21</b>	<b>18,6±3,9</b>	<b>4</b>	<b>8,0±2,7</b>

Таблиця 4

Типи реагування на захворювання у жінок з гіпертиреозом та гіпотиреозом, n та P±Sp

Тип	Г1, n=59		Г2, n=54	
	n	P±Sp	n	P±Sp
<b>ЧИСТІ ТИПИ</b> <b>Адаптивний блок</b>				
Гармонічний	0	–	0	–
Ергопатичний	1	1,7±1,3	0	–
Анозогнозичний	4	6,8±2,5	6	11,1±3,1
<b>Всього</b>	<b>5</b>	<b>8,5±2,8</b>	<b>6</b>	<b>11,1±3,1</b>
<b>Блок інтрапсихічної дезадаптації</b>				
Тривожний	6	10,3±3,0	4	7,4±2,6
Іпохондричний	1	1,7±1,3	6	11,1±3,1
Невротичний	5	8,5±2,8	3	5,6±2,3
Меланхолічний	0	–	2	3,7±1,9
Апатичний	0	–	3	5,6±2,3
<b>Всього</b>	<b>12</b>	<b>20,3±4,0</b>	<b>18</b>	<b>33,3±4,7</b>
<b>Блок інтерпсихічної дезадаптації</b>				
Сензитивний	6	10,3±3,0	4	7,4±2,6
Егоцентричний	3	5,1±2,2	0	–
Паранояльний	2	3,4±1,8	1	1,9±1,3
Дисфоричний	3	5,1±2,2	0	–
<b>Всього</b>	<b>14</b>	<b>23,7±4,3</b>	<b>5</b>	<b>9,3±2,9</b>
<b>ЗМІШАНІ ТИПИ</b> <b>Інтрапсихічна дезадаптація з елементами компенсації</b>				
Ергопатично-тривожний	6	10,2±3,0	2	3,7±1,9
Ергопатично-невротичний	1	1,7±1,3	0	–
Ергопатично-сензитивний	2	3,4±1,8	4	7,4±2,6
<b>Всього</b>	<b>9</b>	<b>15,3±3,6</b>	<b>6</b>	<b>11,1±3,1</b>
<b>Інтрапсихічна дезадаптація</b>				
Тривожно-невротичний	5	8,5±2,8	0	–
Тривожно-іпохондричний	1	1,7±1,3	6	11,1±3,1
Невротично-іпохондричний	0	–	5	9,3±2,9
<b>Всього</b>	<b>6</b>	<b>10,2±3,0</b>	<b>11</b>	<b>20,4±4,0</b>
<b>Інтерпсихічно-інтрапсихічна дезадаптація</b>				
Тривожно-сензитивний	6	10,2±3,0	6	11,1±3,1
Невротично-сензитивний	4	6,8±2,5	2	3,7±1,9
Тривожно-дисфоричний	3	5,1±2,2	0	–
<b>Всього</b>	<b>13</b>	<b>22,0±4,1</b>	<b>8</b>	<b>14,8±3,6</b>

Таблиця 5

Схильність до різних видів віктимної поведінки у пацієнток з тиреопатіями та здорових жінок,  $\bar{x} \pm \sigma$

Шкали	Норма	ГТ, n=113	Г1, n=59	Г2, n=54	КГ, n=50
Соціальної бажаності відповідей	4-5	5,0±1,0 <sup>1</sup>	4,7±1,0 <sup>2,3</sup>	5,2±0,9 <sup>2</sup>	5,2±0,7 <sup>1,3</sup>
Схильності до агресивної віктимної поведінки	9-16	12,2±4,3 <sup>1</sup>	14,0±3,1 <sup>2,3</sup>	9,7±4,0 <sup>2,4</sup>	12,0±2,4 <sup>1,2,3,4</sup>
Схильності до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки	8-11	9,9±2,7 <sup>1</sup>	10,0±2,6 <sup>2,3</sup>	9,3±2,6 <sup>2</sup>	8,9±2,0 <sup>1,3</sup>
Схильності до гіперсоціальної поведінки	5-7	6,9±2,2 <sup>1</sup>	7,4±2,1 <sup>2</sup>	6,3±2,2 <sup>2,4</sup>	7,9±2,2 <sup>1,4</sup>
Схильності до залежної та безпомічної поведінки	7-12	9,5±2,5 <sup>1</sup>	8,4±1,9 <sup>2</sup>	11,0±2,4 <sup>2,4</sup>	8,0±2,1 <sup>1,4</sup>
Схильності до некритичної поведінки	8-12	9,7±1,8 <sup>1</sup>	8,9±1,5 <sup>2</sup>	10,0±1,7 <sup>2,4</sup>	8,7±1,6 <sup>1,4</sup>
Реалізованої віктимності	8-12	9,4±1,8 <sup>1</sup>	9,4±1,7	9,4±1,8	9,1±2,1 <sup>1</sup>

Примітка: цифрою 1 позначено відмінності та рівні  $p < 0,05$  між групами ГТ та КГ, 2 – Г1 та Г2, 3 – Г1 та КГ, 4 – Г2 та КГ

Структура віктимної поведінки у жінок з патологією ЩЗ та соматично здорових опитуваних відображена у табл. 6.

Таблиця 6

Структура віктимної поведінки у пацієнток з тиреопатіями та здорових жінок,  $\bar{x} \pm \sigma$

Шкали	Норми	ГТ, n=113		Г1, n=59		Г2, n=54		КГ, n=50	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Соціальної бажаності відповідей	1-3	5	4,4	5	8,5	0	0	0	0
	4-5	75	66,4	43	72,9	32	59,3	39	78,0
	6-9	33	29,2	11	18,6	22	40,7	11	22,0
Схильності до агресивної віктимної поведінки	1-8	24	21,2	0	0	24	44,4	0	0
	9-16	76	63,7	46	78,0	30	55,6	50	100
	17-27	13	11,5	13	22,0	0	0	0	0
Схильності до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки	1-7	19	16,8	6	10,2	13	24,1	15	30,0
	8-11	64	56,6	37	62,7	27	50,0	26	52,0
	12-22	30	26,5	16	27,1	14	25,9	9	18,0
Схильності до гіперсоціальної поведінки	1-4	19	16,8	2	3,4	17	31,5	0	0
	5-7	55	48,7	35	59,3	20	37,0	20	40,0
	8-14	39	34,5	22	37,3	17	31,5	30	60,0
Схильності до залежної та безпомічної поведінки	1-6	7	6,2	7	11,9	0	0	11	22,0
	7-12	83	73,5	47	79,7	36	66,7	34	68,0
	13-19	23	20,4	5	8,5	18	33,3	5	10,0
Схильності до некритичної поведінки	1-7	4	3,5	4	6,8	0	0	9	18,0
	8-12	92	81,4	50	84,7	42	77,8	36	72,0
	13-19	17	15,0	5	8,5	12	22,2	5	10,0
Реалізованої віктимності	1-7	14	12,4	7	11,9	7	13,0	7	14,0
	8-12	87	77,0	46	78,0	41	75,9	36	72,0
	13-18	12	10,6	6	10,2	6	11,1	7	14,0

**6. Обговорення результатів**

Виявлено, що у жінок з тиреопатіями була меншою частка опитуваних з адаптивними типами реагування на захворювання у порівнянні з соматично здоровими жінками (9,7±3,0 % проти 40,0±4,9 %). Тоді як кількість респондентів з типами, які характеризуються інтрапсихічною та поєднаною інтра-інтерпсихічною дезадапцією була більшою (49,6±5,0 % проти 32,0±4,7 %; 18,6±3,9 % та 8,0±2,7 %). Питома вага інтерпсихічної дезадаптації суттєво не відрізнялася (22,1±4,2 % у ГТ та 20,0±4,0 % у КГ).

Адаптивний блок у пацієнток з патологією ЩЗ формувался за рахунок умовно-адаптивних типів – анозогнозичного та ергопатичного (8,8±2,8 % та 0,9±0,9 %). Анозогнозичний тип у даному блоці був провідним, гармонійний тип не визначено у жодній пацієнтки.

У соматично благополучних пацієнток також превалювали умовно-адаптивні типи – ергопатичний та анозогнозичний (16,0±3,7 % та 14,0±3,5 %), гармонійний тип також був представлений (10,0±3,0 %).

Блок типів з інтрапсихічною дезадапцією складався з чистих та змішаних варіантів реагування на захворювання. У жінок з тиреопатіями домінували тривожний (8,8±2,8 %), ергопатично-тривожний (7,1±2,6 %), невротичний (7,1±2,6 %), іпохондричний

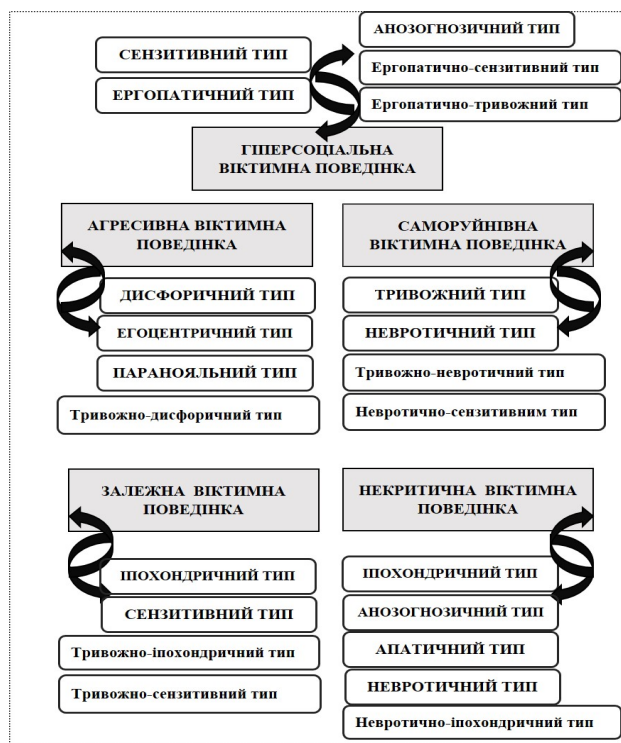


Рис. 1. Взаємозв'язок схильності до віктимної поведінки та типів реагування на захворювання

та тривожно-іпохондричний типи ( $6,2 \pm 2,4$  % та  $6,2 \pm 2,4$  %), опитуваних з КГ – невротичний ( $8,0 \pm 2,7$  %), ергопатично-тривожний ( $8,0 \pm 2,7$  %), ергопатично-невротичний та тривожно-невротичний типи ( $6,0 \pm 2,4$  % та  $6,0 \pm 2,4$  %), також був наявний тривожний тип ( $4,0 \pm 2,0$  %). Поміж хворих з патологією ЩЗ були присутніми тривожно-невротичний ( $4,4 \pm 2,1$  %), невротично-іпохондричний варіанти реагування ( $4,4 \pm 2,1$  %), меланхолічний ( $1,8 \pm 1,3$  %), апатичний ( $2,7 \pm 1,6$  %), ергопатично-невротичний ( $0,9 \pm 0,9$  %), однак їх частки були значно меншими.

Блок типів з інтерпсихічною дезадаптацією характеризувався превалюванням сензитивного типу у обох групах ( $8,8 \pm 2,8$  % у ГТ та  $8,0 \pm 2,7$  % у КГ), та ергопатично-сензитивного у жінок без хронічної соматичної патології ( $12,0 \pm 3,2$  %). У пацієток з захворюваннями ЩЗ зустрічалися менше егоцентрично-сензитивний ( $5,3 \pm 2,2$  %), егоцентричний ( $2,7 \pm 1,6$  %), паранояльний та дисфоричний типи реагування на хворобу ( $2,7 \pm 1,6$  % та  $2,7 \pm 1,6$  %).

Виявлено значну частку осіб з поєднаним інтра-інтерпсихічним механізмом дезадаптації поміж пацієток з патологією ЩЗ в основному за рахунок тривожно-сензитивного ( $10,6 \pm 3,1$  %), а також невротично-сензитивного та тривожно-дисфоричного типів ( $5,3 \pm 2,2$  % та  $2,7 \pm 1,6$  %). У соматично здорових жінок дана група була представлена у меншій мірі тривожно-сензитивним та невротично-сензитивним типами ( $6,0 \pm 2,4$  % та  $2,0 \pm 1,4$  %).

Порівняльний аналіз типів реагування на захворювання у жінок з різними видами гормональної дисфункції виявив спільні риси та відмінності. У структурі типів відношення до соматичної патології у пацієток з хворобами ЩЗ переважала інтрапсихічна дезадаптація. Щодо адаптивного блоку суттєвої різниці у долях поміж жінок з тиреопатіями не виявлено ( $8,5 \pm 2,8$  % та  $11,1 \pm 3,1$  %). У пацієток з гіпертиреозом більшою була кількість осіб з інтерпсихічною та інтер-інтрапсихічною ( $27,1 \pm 4,4$  % проти  $16,7 \pm 3,7$  %;  $22,0 \pm 4,1$  % та  $14,8 \pm 3,6$  %), хворих з гіпотиреозом – інтрапсихічною дезадаптацією ( $42,4 \pm 4,9$  % проти  $57,4 \pm 4,9$  %).

Адаптивний блок формувався за рахунок умовно-адаптивних типів, основна частка в обох групах припадала на анозогнозичний тип ( $6,8 \pm 2,5$  % та  $11,1 \pm 3,1$  %), у жінок з гіпертиреозом виявлено також і ергопатичний тип ( $1,7 \pm 1,3$  %).

У блоці типів з інтрапсихічною дезадаптацією у опитуваних з гіперфункцією ЩЗ домінували тривожний ( $10,3 \pm 3,0$  %), ергопатично-тривожний ( $10,3 \pm 3,0$  %), тривожно-невротичний і невротичний типи ( $8,5 \pm 2,8$  % та  $8,5 \pm 2,8$  %), менша частка припадала на ергопатично-невротичний ( $1,7 \pm 1,3$  %), тривожно-іпохондричний і іпохондричний типи ( $1,7 \pm 1,3$  % та  $1,7 \pm 1,3$  %), у пацієток з гіпофункцією – превалювали іпохондричний ( $11,1 \pm 3,1$  %), тривожно-іпохондричний ( $11,1 \pm 3,1$  %), невротично-іпохондричний ( $9,3 \pm 2,9$  %) та тривожний ( $7,4 \pm 2,6$  %), і були наявними невротичний ( $5,6 \pm 2,3$  %), меланхолічний ( $5,6 \pm 2,3$  %), ергопатично-тривожний і апатичний типи ( $3,7 \pm 1,9$  % та  $3,7 \pm 1,9$  %).

Домінуючими типами з блоку інтерпсихічної дезадаптації у жінок з гіпертиреозом був сензитивний ( $10,3 \pm 3,0$  %), пацієток з гіпотиреозом – сензитивний і ергопатично-сензитивний типи ( $7,4 \pm 2,6$  % та  $7,4 \pm 2,6$  %). У Г1 спектр варіантів на захворювання доповнювався наявністю егоцентричного ( $5,1 \pm 2,2$  %), дисфоричного ( $5,1 \pm 2,2$  %) і обох групах паранояльного типів ( $3,4 \pm 1,8$  % та  $1,9 \pm 1,3$  %).

У жінок незалежно від виду дисфункції інтер-інтрапсихічна дезадаптація проявлялася у вигляді тривожно-сензитивного типу реагування на хворобу ( $10,2 \pm 3,0$  % та  $11,1 \pm 3,1$  %), у Г1 були представлені також невротично-сензитивний і тривожно-дисфоричний ( $6,8 \pm 2,5$  % та  $5,1 \pm 2,2$  %), у Г2 – невротично-сензитивний тип ( $3,7 \pm 1,9$  %).

Таким чином опитуваних з тиреопатіями відрізняли наявність іпохондричних, меланхолічних, апатичних та більша представленість тривожних реакцій на соматичну патологію, для респонденток з КГ було властивим поєднання дезадаптивного з умовно-адаптивним типом (ергопатичним), вираженість невротичного компоненту на протигагу тривожному.

Узагальнюючи для пацієток з гіпертиреозом були властивими виражені тривожні реакції, широкий спектр типів з інтерпсихічною дезадаптацією, більшу представленість ергопатичного компоненту, хворих з гіпотиреозом – домінування іпохондричних патернів, широкий діапазон типів з інтрапсихічною дезадаптацією.

У пацієток з тиреопатіями була вищою вираженість віктимної поведінки, для жінок з гіпертиреозом більш властивими були агресивний, саморуйнівний і гіперсоціальний, пацієток з гіпотиреозом – залежний та некритичний види віктимності.

Виявлено відмінності щодо схильності до віктимної поведінки у досліджуваних групах. У жінок з тиреопатіями були вищими рівні схильності до агресивної ( $12,2 \pm 4,3$  проти  $12,0 \pm 2,4$  балів), самопошкоджуючої і саморуйнівної ( $9,9 \pm 2,7$  проти  $8,9 \pm 2,0$  балів), залежної ( $9,5 \pm 2,5$  проти  $8,0 \pm 2,1$  балів), некритичної поведінки ( $9,7 \pm 1,8$  проти  $8,7 \pm 1,6$  балів) і реалізованої віктимності ( $9,4 \pm 1,8$  проти  $9,1 \pm 2,1$  балів), нижчими – гіперсоціальної віктимної поведінки ( $6,9 \pm 2,2$  проти  $7,9 \pm 2,2$  балів) і соціальної бажаності відповідей ( $5,0 \pm 1,0$  проти  $5,2 \pm 0,7$  балів),  $p < 0,05$ .

Результати порівняння віктимності між жінками з різними видами дисфункції ЩЗ показали більшу вираженість схильності до агресивної ( $14,0 \pm 3,1$  проти  $9,7 \pm 4,0$  балів), самопошкоджуючої і саморуйнівної ( $10,0 \pm 2,6$  проти  $9,3 \pm 2,6$  балів), гіперсоціальної віктимної поведінки у опитуваних з гіпертиреозом ( $7,4 \pm 2,1$  проти  $6,3 \pm 2,2$  балів), і залежної та безпомічної ( $8,4 \pm 1,9$  проти  $11,0 \pm 2,4$  балів), некритичної віктимної поведінки ( $8,9 \pm 1,5$  проти  $10,0 \pm 1,7$  балів), соціальної бажаності відповідей ( $4,7 \pm 1,0$  проти  $5,2 \pm 0,9$  балів) – жінок з гіпотиреозом,  $p < 0,05$ .

У структурі схильності до агресивної віктимної поведінки у жінок з тиреопатіями  $21,2$  % опитуваних виявили низькі,  $63,7$  % – середні та  $11,5$  % –

високі показники, тоді як серед опитуваних без соматичної патології 100 % осіб показали середні бали.

Щодо саморуйнівної та залежної віктимної поведінки у ГТ була меншою частка респондентів на відміну від КГ з низькими показниками (16,8 % проти 30,0 %; 6,2 % проти 22,0 %) та більша – з високими (26,5 % проти 18,0 %; 20,4 % проти 10,0 %), у середньому діапазоні різниця незначна (56,6 % та 52,0 %; 73,5 % та 68,0 %).

Для жінок з патологією ЩЗ розподіл за вираженістю гіперсоціальної віктимної поведінки становив 16,8 % осіб з низькими, 48,7 % – середніми та 34,5 % балами, соматично здорових жінок відповідно 0 %, 40,0 % та 60,0 % опитуваних.

У пацієнток з тиреопатіями була меншою доля осіб з низькими показниками некритичної віктимної поведінки (3,5 % проти 18,0 %), у середньому діапазоні знаходилося 81,4 % у ГТ і 72,0 % – КГ, високі бали мали відповідно 15,0 % та 10,0 %.

Структура за шкалою реалізованою віктимністю суттєво не відрізнялися: низькі результати виявлено у 12,4 % у жінок з розладами ЩЗ та 14,0 % соматично благополучних жінок, середні – 77,0 % та 72,0 %, високі – 10,6 % та 14,0 %.

За розподілом даних соціальної бажаності відповідей у хворих жінок виявлена менша кількість опитуваних з середніми балами (66,4 % проти 78,0 %), наявна доля осіб з низькими показниками (4,4 % проти 0 %). Для 29,2 % жінок з ГТ та 22,0 % з КГ зареєстровані високі бали.

Порівняльний аналіз віктимності залежно від виду дисфункції ЩЗ встановив більш чіткі відмінності. Щодо схильності до агресивної віктимної поведінки зафіксовано протилежні тенденції, а саме, у жінок з гіпертиреозом у структурі були присутні опитувані з середніми та високими показниками (78,0 % та 22,0 %), хворих з гіпотиреозом – низькими та середніми (44,4 % та 55,6 %).

Для опитуваних з Г2 властивою була більша доля осіб з низькими (10,2 % проти 24,1 %) та середніми балами за шкалою саморуйнівної віктимної поведінки (62,7 % та 50,0 %), діапазон високих оцінок особливо не відрізнявся (27,1 % та 25,9 %).

Щодо схильності до гіперсоціальної віктимної поведінки відмінності полягали у більшій представленості низьких показників у пацієнток з гіпотиреозом (3,4 % проти 31,5 %). Тоді як у хворих з гіпертиреозом більша питома вага припадала на середні та високі бали (59,3 % проти 37,0 %; та 37,3 % проти 31,5 %).

Розподіл за шкалою залежної та безпомічної віктимної поведінки виявив домінування у Г1 середніх оцінок (11,9 %, 79,7 % та 8,5 %), а у Г2 – середніх та високих (0 %, 66,7 % та 33,3 %). Подібна ситуацій зафіксована і щодо некритичної віктимності: діапазон низьких показників у жінок з гіпертиреозом та гіпотиреозом становив 6,8 % та 0 %, середніх – 84,7 % та 77,8 %, високих – 8,5 % та 22,2 %.

У структурі реалізованої віктимності відмінностей не зареєстровано, у обох групах основна частка опитуваних припадала на середній діапазон

(78,0 % та 75,9 %), низькі та високі оцінки були представлені рівномірно (11,9 % та 13,0 %; і 10,2 % та 11,1 %).

Жінки з гіпотиреозом були більше схильні надавати соціально бажані відповіді: низькі оцінки мали 8,5 % та 0 % у Г1 та Г2, середні відповідно 72,9 % та 59,3 %, високі – 18,6 % та 40,7 %.

Виявлено взаємозв'язок між типами реагування на захворювання та схильністю до віктимної поведінки. Гіперсоціальна віктимна поведінка була асоційована з ергопатично-сензитивним (19,4 %), анозогнозичним (19,4 %), сензитивним (17,7 %), ергопатично-тривожним (17,7 %) та ергопатичним типами (14,5 %), в її основ лежали активна особистісна позиція щодо власної діяльності та участі в соціальному житті, доброзичливе та співчутливе ставлення до оточуючих, що мотивувало на допомогу іншим людям незважаючи на ризик наразитися на небезпеку для себе.

Агресивна віктимна поведінка були притаманна дисфоричному (23,1 %), егоцентричному (23,1 %), тривожно-дисфоричному (23,1 %) та параноїальному (15,4 %) типам. В психопатогенезі агресивної віктимності були порушення міжперсональної взаємодії.

Саморуйнівна віктимна поведінка поєднувалася з тривожним (26,3 %), невротичним (23,7 %), невротично-сензитивним (18,4 %) та тривожно-невротичними типами (18,4 %), що вказувало на наявність виражених внутрішньоособистісних конфліктів, які трансформувалися у неадаптивні реакції і поведінку.

Високий рівень залежної віктимної поведінки визначався у осіб з тривожно-сензитивним (39,3 %), тривожно-іпохондричним (21,4 %) та іпохондричним типами (14,3 %). В її психогенезі відігравали провідну роль низька стресостійкість, порушення міжперсональних контактів по типу співзалежності, потреба у сторонньому ресурсі.

Некритична віктимна поведінка асоціювалася з невротично-іпохондричним (22,7 %), анозогнозичним (13,6 %), іпохондричним (13,6 %), невротичним (13,6 %), апатичним (13,6 %) та сензитивним типами (10,7 %). В основі зв'язку даних типів лежали механізми когнітивного аналізу об'єктивної інформації.

Взаємозв'язки типів реагування на захворювання та схильності до віктимної поведінки мали важливе значення для розуміння особливостей поведінки пацієнтів під час лікувального процесу в сенсі планування диференційованих заходів медико-психологічної допомоги.

## 7. Висновки

Опитуваних з тиреопатіями відрізняли від соматично благополучних жінок більша представленість типів реагування на захворювання з психологічною та психосоціальною дезадаптацією. У структурі типів відношення до соматичної патології у пацієнток з хворобами ЩЗ переважала інтрапсихічна дезадаптація, були вираженими тривожний та іпохондричний компоненти, наявний широкий спектр варіантів інтер- та інтрапсихічної дезадаптації, тенденція до формування поєднаних дезадаптив-

них станів, що вказувало на психопатогенний вплив хронічної соматичної патології.

У жінок з гіпертиреозом превалювала інтерпсихічна та поєднана форми дезадаптації, у пацієнток з гіпотиреозом – інтрапсихічна. Гіперактивний характер клінічної симптоматики захворювання при гіперфункції ЩЗ створював не лише внутрішньоособистісний конфлікт, але і провокував зростання міжперсональної напруженості.

У пацієнток з тиреопатіями була вищою вираженість віктимної поведінки, для жінок з гіпертиреозом більш властивими були агресивний, саморуйнівний і гіперсоціальний, пацієнток з гіпотиреозом – залежний та некритичний види віктимності, що вказувало на присутність соматогенної віктимності як фактору психологічної та психосоціальної адаптації.

Встановлені взаємозв'язки між типом реагування на захворювання та схильністю до віктимної поведінки мають клінічне значення для планування медико-психологічних заходів.

#### Література

1. Паньків, В. І. Синдром гіпотиреозу [Текст] / В. І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2012. – № 5 (45). – С. 136–148.
2. Сидорова, Н. Н. Субклінічний гіпертиреоз: важність своєчасної діагностики [Електронний ресурс] / Н. Н. Сидорова // Therapia: Український медичний вісник. – 2010. – № 12 (53). – Режим доступу: <http://therapia.ua/therapia/2010/12/subklinicheskij>
3. Антонова, К. В. Тиреотоксикоз. Изменения психики. Возможности лечения [Текст] / К. В. Антонова // РМЖ: Эндокринология. – 2006. – Т. 14, № 13. – С. 1–5.
4. Zsuzsa Aszalós. Some neurological and psychiatric complications in the disorders of the thyroid gland [Text] / Aszalós Zsuzsa // Hungarian Medical Journal. – 2007. – Vol. 1, Issue 4. – P. 429–441. doi: 10.1556/hmj.1.2007.27988
5. Bunevičius, R. Thyroid Disease and Mental Disorders: Cause and Effect or Only comorbidity? [Text] / R. Bunevičius, A. J. Prange // Current Opinion in Psychiatry. – 2010. – Vol. 23, Issue 4. – P. 363–368. doi: 10.1097/ycp.0b013e3283387b50
6. Geraciotti, T. D. Identifying hypothyroidism's psychiatric presentations [Electronic resource] / T. D. Geraciotti // Current Psychiatry. – 2006. – Vol. 5, Issue 11. – Available at: <http://www.currentpsychiatry.com/home/article/identifying-hypothyroidisms-psychiatric-presentations/190d5808f9bdd646cf3a8560587e35cc.html>
7. Geraciotti, T. D. Identifying hyperthyroidism's psychiatric presentations [Electronic resource] / T. D. Geraciotti // Current Psychiatry. – 2006. – Vol. 5, Issue 12. – Available at: [http://www.currentpsychiatry.com/?id=22161&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=171964&cHash=7f84b5751b921491a0467043c96bc727](http://www.currentpsychiatry.com/?id=22161&tx_ttnews[tt_news]=171964&cHash=7f84b5751b921491a0467043c96bc727)
8. Бурдо, И. С. Неврологические и психологические клинические маски гипотиреоза у пациентов пожилого возраста [Електронний ресурс] / И. С. Бурдо, А. А. Спас-

кая // Therapia: Український медичний вісник. – 2014. – № 11-12 (93). – Режим доступу: <http://therapia.ua/therapia/2014-11-12-93/nevrologicheskie-i-psikhologicheskie-klinicheskie-maski-gipotireoza-u-patsientov-pozhilogo-vozrasta>

9. Иванова, Г. П. Психические нарушения и их биологические корреляты у больных с аутоиммунным тиреодитом [Текст] / Г. П. Иванова, Л. Н. Горобец, Л. А. Никитина // Психиатрия. – 2010. – № 5. – С. 40–49.

10. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни [Текст] / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. – СПб, 2005. – 33 с.

11. Андронникова, О. О. Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков [Текст] / О. О. Андронникова. – Новосибирск, 2005. – 213 с.

#### References

1. Pankiv, V. I. (2012). The syndrome of hypothyroidism. International Journal of Endocrinology, 5 (45), 136–148.
2. Sidorov, N. (2010) Subclinical hyperthyroidism: Importance of early diagnosis. Therapy: Ukrainian Medical Journal, 12 (53). Available at: <http://therapia.ua/therapia/2010/12/subklinicheskij>.
3. Antonova, K. V. (2006). Hyperthyroidism. Changes in psyche. Opportunity of treatment. RMJ: Endocrinology, 14 (13), 1–5.
4. Aszalós, Z. (2007). Some Neurological and Psychiatric Complications in the Disorders of the Thyroid Gland. Hungarian Medical Journal, 1 (4), 429–441. doi: 10.1556/hmj.1.2007.27988
5. Bunevičius, R., Prange, A. J. (2010). Thyroid disease and mental disorders: cause and effect or only comorbidity? Current Opinion in Psychiatry, 23 (4), 363–368. doi: 10.1097/ycp.0b013e3283387b50
6. Geraciotti, T. D. (2006). Identifying hypothyroidism's psychiatric presentations. Current Psychiatry, 5, (11). Available at: <http://www.currentpsychiatry.com/home/article/identifying-hypothyroidisms-psychiatric-presentations/190d5808f9bdd646cf3a8560587e35cc.html>
7. Geraciotti, T. D. (2006). Identifying hyperthyroidism's psychiatric presentations. Current Psychiatry, 5, (12). Available at: [http://www.currentpsychiatry.com/?id=22161&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=171964&cHash=7f84b5751b921491a0467043c96bc727](http://www.currentpsychiatry.com/?id=22161&tx_ttnews[tt_news]=171964&cHash=7f84b5751b921491a0467043c96bc727)
8. Burdo, I. S., Spaskaya, A. A. (2014). Neurological and psychological masks of hypothyroidism in old patients. Therapy: Ukrainian Medical Journal, 11-12 (93). Available at: <http://therapia.ua/therapia/2014-11-12-93/nevrologicheskie-i-psikhologicheskie-klinicheskie-maski-gipotireoza-u-patsientov-pozhilogo-vozrasta>
9. Ivanova, G. P., Gorobets, L. N., Nikitina, L. A. (2010). Psychiatric symptoms in patients with autoimmune thyroiditis. Psychiatry, 5, 40–49.
10. Wasserman, L. I., Iovlev, B. V., Karpova, E. B. (2005). Psychological diagnostics reaction on the disease. SPb, 33.
11. Andronnikova, O. O. (2005). Psychological factors occurrence victim behavior in adolescent. Novosibirsk, 213.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Кришталь Є. В.  
Дата надходження рукопису 12.11.2015*

**Варібрус Олена Вікторівна**, лікар ультразвукової діагностики, Миська лікарня швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова м. Харкова, пров. Балакірева, 3а, м. Харків, Україна, 61018  
E-mail: Olddol777@mail.ru