

РОЛЬ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ В ФОРМУВАННІ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

РОЛЬ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ В ФОРМУВАННІ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ – У статті наведено особливості механізмів психологічного захисту у хворих на гіпотиреоз з використанням адаптовано експериментально-психологічно методики за Р. Плутчиком, а також розкрито їх роль в структуруванні клінічної картини виявлених іпохондричних розладів у цих пацієнтів.

РОЛЬ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ФОРМИРОВАНИИ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ – В статье проанализированы механизмы психологической защиты у больных гипотиреозом с использованием адаптированной экспериментально-психологической методики Р. Плутчика, а также выяснена их роль в структурировании клинической картины ипохондрических расстройств у этих пациентов.

THE ROLE OF MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE IN HYPOCHONDRIC DISORDERS FORMATION IN PATIENTS SUFFERING FROM HYPOTHYREOSIS – The mechanisms of psychological defense (investigated by the adopted experimental-psychological method of R. Plutchik) and their role in the process of clinic picture formation of hypochondria in hypothyroid patients are analyzed in the article.

Ключові слова: гіпотиреоз, іпохондричні розлади, механізми психологічного захисту.

Ключевые слова: гипотиреоз, ипохондрические расстройства, механизмы психологической защиты.

Key words: hypothyreosis, hypochondric disorders, mechanisms of psychological defense.

ВСТУП Аналіз структури захворюваності на психічні розлади в Україні [2, 4, 10] характеризується неухильним ростом неспихотичних межових розладів із переважанням серед всіх клінічних проявів депресивних і іпохондричних порушень і тенденцією до їх соматизації. Психічне здоров'я є важливим чинником, що забезпечує соціальну єдність, суспільний спокій та стабільність в економічному розвитку країни [4]. Інтеграція психіатрично та загальносоматично служб охорони здоров'я, послідовність у діяльності загальнолікувально та психіатрично мережі, розвиток переважно амбулаторно психіатрично допомоги, інтенсифікація лікування за допомогою сучасних психофармакопрепаратів та застосування психогігієнічних та психопрофілактичних заходів визначають основні вимоги до психіатрично допомоги на сучасному етапі. Тому все більшого визнання отримує модель інтегровано медично допомоги у вигляді тісно співпраці консультанта-психіатра, психотерапевта і лікаря загально практики [1, 4, 10]. У даний час захворювання щитоподібної залози є одними з найбільш поширених в світі [7, 11]. Щитоподібна залоза є унікальним органом серед залоз внутрішньої секреції, при патології якого психічні порушення зустрічаються надзвичайно часто, особливо розлади неспихотичного реєстру [5, 14, 16].

Вказують на переважання соматизованих розладів часто з ознаками депресії й іпохондрії з наступним розвитком стійко церебрастенії у пацієнтів з гіпотиреозом [7, 11]. При цьому відмічають швидке формування не властивих хворому патохарактерологічних комп-

лексів з переважанням іпохондричних розладів. У більшості випадків спостерігалось [13, 14, 15] наявність психосоматично предиспозиції, сконцентрованості уваги на питаннях власного здоров'я, недостатню емпатію, дисгармонію психосоматичних і соматопсихічних співвідношень. Вивчення характеристик психічного реагування на хворобу при тиреопатіях показало значне зростання в їх структурі показників щодо іпохондричного, неврастенічного, обесивно-фобічного типів, а також розвиток депресивно направленості [11].

Виходячи із сучасних стверджень, що іпохондрія має психодинамічне походження [3, 8, 9], метою роботи стало дослідження механізмів психологічного захисту та патопсихологічних особливостей хворих з іпохондричними розладами при гіпотиреозі для динамічного аналізу формування вказаних порушень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Із загальною кількістю обстежених хворих на гіпотиреоз із неспихотичними психічними розладами (108 із 132, які склали 81,12 %) нами було виявлено і обстежено за програмою дослідження 10 пацієнтів із іпохондричним синдромом (9,25 %). Основу програми складав клініко-психопатологічний метод, який доповнювався адаптованою експериментально-психологічною методикою "Діагностика типологій психологічного захисту" за Р. Плутчиком [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Крім іпохондричних розладів (F45.2) у обстежених хворих були виявлені органічні астенічні (F06.6), тривожні (F06.7). На тлі цієї симптоматики мали місце надмірна фіксованість на своїх переживаннях, переоцінка тяжкості порушень, хворобливе переживання різних, навіть незначних проблем, схильність до тривожно-помислового самоспостереження, пригніченість, концентрація уваги на труднощах взаємовідносин, що формувало в окремих пацієнтів, набувало рис астено-іпохондричного синдрому. Іпохондричні ідеї з часом ставали особливо стійкими і значною мірою визначали нові форми реагування і поведінки хворих. Таким чином, мова йшла не просто про надмірну увагу до свого здоров'я, але про відповідну психічну, інтелектуальну переробку хворобливих відчуттів з боку соматичної сфери. Суттєву роль у формуванні іпохондрично симптоматики в обстежених відіграло ускладнення взаємовідносин у сім'ї, часті непорозуміння і конфліктні ситуації, пов'язані зі зниженням або втратою працездатності, з матеріальними труднощами. У випадках відсутності достатнього емоційного контакту в сім'ї, потрібного розуміння, наявності життєвих і побутових проблем, виявлялась тенденція до наростання ступеня вираженості даної симптоматики. Однак незважаючи на це, всі хворі критично ставились до свого хворобливого стану.

Стосовно захисних механізмів треба відзначити, що психологічний захист це одне з найбільш протирічливих питань медично психологів і психіатрів: в літературі немає х загальноприйнятого визначення, єдино позиції стосовно їх кількості, критеріїв в розподілі, диференціації на нормальні та патологічні. Велике значення відіграє недостатне

розуміння їх ролі в формуванні розладів особистості, невротичних симптомів та інших психопатологічних феноменів. Разом з тим, існує думка, що проблеми виникають в тих випадках, коли у людини є нестача більш зрілих захисних механізмів, або коли вони занадто використовуються, виключаючи можливість інших. Більшість людей доповнює примітивні захисти (заперечення, проєкцію, регресію) іншими, більш витонченими способами переробки тривоги. Крім того, нормативне функціонування захистів забезпечує стабільність впорядковано індивідуально картини світу, настільки істинно і настільки викривлено, наскільки це є задано загальноприйнятими стандартами. До сьогодні немає єдиної класифікації захисних механізмів, хоча існує багато спроб створення на різній основі. Найбільш прийнятною і актуальною виявилась психоаналітична модель захисту, а однією з "універсальних" – теорія психологічного захисту Р. Плутчика.

За допомогою методики "Діагностика типологій психологічного захисту" нами було встановлено переважання в обстежених хворих таких захисних механізмів як проєкція, регресія і заперечення. Це формувало специфіку клінічної картини пацієнтів із провідним іпохондричним синдромом. Проєкція виявляла себе в недоброчинному відношенні до лікарів і медперсоналу, думки про недостатню гарне та добросовісне ставлення і некомпетентність та непрофесійність проведених обстежень, звинувачення навколишніх у своїх хворобах, негативне відношення до громадських установ. Регресія разом із запереченням впливали на переживання і поведінку цих хворих з елементами театральності, дитячості, безпомічності, схильності до яскраво, виразно, демонстративно поведінки поряд з підвищеною сензитивністю, вразливістю, егоцентричністю, недостатньою критичністю, вимаганням постійно уваги до себе, тим більше, що симптоматика несла в собі не тільки первинну (внаслідок розриву конфлікту між бажаним і забороненим), а і вторинну вигоду. Це і постійна увага спеціалістів різних спеціальностей, і безкінечні обстеження, і опіка зі сторони близьких і родичів. У них формується соціальний і особливий психологічний (що є дуже важливим в структуруванні іпохондрично симптоматики у даного контингенту хворих) статус хронічно хворої людини, що визначає мотиваційну спрямованість і поведінкові патерни цих обстежених. Окремі дослідники розглядають іпохондрію як захист від вини, почуття внутрішнього неблагополуччя, вираз вкрай низької самооцінки та ознака турботи про себе [8]. Отже, соматичні страждання символізували для цих обстежених розплату за минулі гріхи та провинності, і сприймалися як бажане покарання за це, що підсилювало у них їх базисне почуття власної поганості, меньшовартості.

ВИСНОВКИ і перспективи подальших досліджень

При іпохондричних розладах у хворих на гіпотиреоз спостерігались клінічні прояви різних рівнів ураження: вегетативно-соматичного, сенсорного, афективного, когнітивного, особистісно-поведінкового, що узгоджується з результатами інших досліджень проблеми іпохондрії [10, 11]. Усі ці рівні сприяють іпохондричній фіксації і формуванню ядра іпохондрії, що загалом виразно проявляється в деформації поведінки у вигляді боротьби за здоров'я, різні форми самозбереження, прагнення зберегти до себе відношення як до хворої людини. На нашу думку, основу формування всіх рівнів симптоматикоутворення при іпохондрії може складати дисфункція структур лімбіко-ретикулярного комплексу, який вико-

нує надзвичайно важливі інтегративні функції, здійснюючи контроль за вегетативною регуляцією, процесами сенсорного синтезу і емоційного реагування, і, в результаті, впливаючи на вищі психічні функції [1].

Отже, в розробці психопрофілактичних, психокорекційних і психотерапевтичних заходів по відношенню до хворих на гіпотиреоз, а узагальнюючи і з іншою ендокринологічною має бути обов'язково задіяний системний підхід з максимальним врахуванням як біологічних, так і психологічних чинників формування патології, в тому числі й інтрапсихічного рівня адаптації, а саме функціонування механізмів психологічного захисту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 398 с.
2. Александровский Ю. А. Некоторые концептуальные вопросы сближения психиатрической и общесоматической помощи населению / Ю. А. Александровский, С. И. Табачников // Архив психиатрии. – 2002. – № 4 (31). – С. 5–7.
3. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М. : Медицина, 1998. – Т. 1. – 671 с.
4. Марута Н. О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 5–8.
5. Пітик О. М. Якість життя і стан психічного здоров'я хворих на гіпотиреоз / О. М. Пітик // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3(64). – С. 142–143.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / редактор-составитель Д. Я. Райгородский. – Изд. Дом "БАХРАХ", 1998. – 670 с.
7. Пшук Н. Г. Клинические особенности депрессивных состояний при гипопункции щитовидной железы / Н. Г. Пшук, О. Г. Черный // Архив психиатрии. – 2003. – Т. 9, № 1(32). – С. 87–89.
8. Райзман Е. М. К вопросу о субъективном телесном опыте при ипохондрии и соматоформных расстройствах / Е. М. Райзман, И. Р. Семин, М. М. Мучник // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – № 8. – С. 18–22.
9. Системний аналіз іпохондрії в структурі інволюційних психічних розладів у жінок / М. І. Винник, С. І. Євчук, В. І. Лановий, І. І. Краснопольська // Галицький лікарський вісник. – 2000. – № 1. – С. 11–13.
10. Табачников С. І. Програма подальшого розвитку та удосконалення діяльності українського науково-дослідного інституту соціально і судово психіатрії та наркології МОЗ України на 2009-2014 роки / С. І. Табачников // Архив психиатрии. – 2009. – Т. 15, № 4 (59). – С. 5–9.
11. Тип личностного реагирования на заболевание у больных – ликвидаторов, страдающих тиреопатиями / С. И. Табачников, Л. А. Горшкова, С. В. Титиевский [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1(30), (додаток). – С. 233–234.
12. Фільц О. О. До питання щодо проблеми іпохондрії: епідеміологічний аспект (на ретроспективному матеріалі) / О. О. Фільц // Архив психиатрии. – 2003. – Т. 9, № 2 (33). – С. 36–39.
13. Чабан О. С. Деякі аспекти психологічного захисту при невротичних станах, або захисні механізми релігійності / О. С. Чабан, П. М. Михайлишин, О. П. Женгер // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 1 (26). – С. 85–88.
14. Aszals Z. Some neurologic and psychiatric complications in endocrine disorders: the thyroid gland / Z. Aszals // Orv. Hetil. – 2007. – 148(7). – P. 303–310.
15. The thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders / M. Bauer, T. Goetz, T. Glenn, P. C. Whybrow // J. Neuroendocrinol. – 2008. – Vol. 20(10). – P. 1101–1114.
16. The link between thyroid autoimmunity (antithyroid peroxidase autoantibodies) with anxiety and mood disorders in the community: a field of interest for public health in the future / M. G. Carta, A. Loviselli, M. C. Hardoy [et al.] // BMC Psychiatry. – 2004. – Vol. 4. – P. 25.

Отримано 18.10.11