

УДК 616.89: 616.441-009

DOI: 10.15587/2313-8416.2016.58902

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА МІШЕНІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ІЗ ТИРЕОПАТІЯМИ

© О. В. Варібрус

Комплексне дослідження психічного статусу жінок з ендокринопатіями щитовидної залози виявило високі показники психопатологічної тривоги та депресії, стан астенії, превалювання неадаптивних механізмів копіngu, типів реагування на захворювання з інтер- та інтрапсихічною дезадаптацією, високу соматогенну віктимність. Корекція психічних порушень була зорієнтована на нормалізацію фізичного здоров'я та на зменшення негативних наслідків вторинної психотравматизації

Ключові слова: гіпотиреоз, гіпертиреоз, медико-психологічна допомога, психологічні мішені, щитовидна залоза, ендокринологічні захворювання

In patients with thyroid pathologies takes place the strong layer of psychic displacements of prenosological level that cause psychological maladjustment.

The aim of research was elaboration of the complex measures of medical and psychological help based on the study of the special features of psycho-emotional sphere, coping, types of reaction on disease, somatogenic victimhood and life quality in women with thyroid pathologies.

Contingent. In the research took part the women with diseases of TG – group with thyroid pathologies (GT) attended with its hyper- (59 patients, group 1-G1) and hypofunction (54 patients group 2 – G2). For comparison there was formed the group of somatically healthy women (50 patients, control group – CG).

Results. In women with endocrinopathies of TG there were revealed high rates of psychopathological anxiety – mainly in women with hyperthyroidism, and depression and asthenia – in ones with hypothyroidism, predominance of maladaptive coping mechanisms – confusion, emotional discharging, self-incrimination, aggressiveness, deviation and types of reaction on disease with inter- and intrapsychic maladjustment – the domination of anxious, anxious and sensitive, hypochondriac, hypochondriac and sensitive types, high somatogenic victimhood as an inclination to aggressive, self-destructive victim behavior in interrogated with hyperfunction and dependent and noncritical in ones with hypofunction of thyroid gland, the significant decrease of life quality. On the base of received results there were separated targets of medical and psychological influence and were defined interventional measures.

Conclusions. The correction of psychic disorders in patients with hormonal pathology of TG must be realized on two directions: the prescriptions of medicamentous therapy and normalization of physical health that is carried out by doctor-endocrinologist – an operations on psychobiological factor and psychological interventions oriented on the decrease of the negative effects of the secondary psychotraumatization – an influence on the secondary psychogenic factor – carried out by the medical psychologist

Keywords: hypothyroidism, hyperthyroidism, medical and psychological help, psychological targets, thyroid gland, endocrinological diseases

1. Вступ

Ендокринологічні захворювання – це окрема область клінічної медицини. Виникнення ендокринопатій призводить до тяжких соматичних розладів, однак можливість замісної терапії дозволяє у значній мірі коректувати стан фізичного здоров'я.

Щитовидна залоза (ЩЗ) виробляє тиреоїдні гормони, які відповідають за швидкість перебігу метаболічних процесів, фізичну та розумову активність, сон, масу тіла, роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної систем, впливають на репродуктивну функцію. Гіпофункція ЩЗ обумовлює нестачу тиреоїдних гормонів та розвиток синдрому гіпотиреозу, тоді як гіперфункція навпаки характеризується їх надмірною продукцією з формуванням стану тиреотоксикозу. 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 аденоми [2].

Захворюваність на гіпотиреоз в Україні зростає та становить 22,1 на 100 тис. населення, частота зустрітваності серед жінок – 1,4–2 %, поміж чоловіків – 0,2 %. Найбільша поширеність гіпотиреозу визначається у осіб понад 60 років: реєструється у 6 % жінок та 2,5 % – чоловіків [1]. Захворюваність на тиреотоксикоз – 13,6 осіб на 100 тис. населення, щорічний приріст досягає 4,7 %. Гіпертиреоз у жінок виникає у 5 разів частіше, ніж у чоловіків [2].

Поряд з соматичними симптомами захворювання у хворих на ендокринологічну патологію реєструються різноманітні порушення психічного функціонування, які вражають емоційну, поведінкову

та когнітивну сферу пацієнтів. Психічна складова тиреопатій може проявлятися як супровідний фон основного захворювання, так і виступати на перший план, тобто досягати рівня провідного дезадаптуєчого фактору.

Актуальними залишаються питання реагування хворого на діагноз та лікування. Наявність у пацієнта психопатологічних реакцій та станів, обумовлених соматичною патологією, може значно ускладнювати та знижувати ефективність медичних заходів.

2. Обґрунтування дослідження

Існують дані щодо розвитку гормональної дисфункції ЩЗ на фоні психічного стресу [3], ризику розвитку біполярного розладу у пацієнтів з гіпертиреозом [4], зниження якості життя пацієнтів з тиреоїдними захворюваннями [5]. Однак найбільше публікацій зосереджено на клінічно виражених порушеннях психічної сфери – депресивних, тривожних, когнітивних розладах, що супроводжують синдроми гіпотиреозу [6–10] та гіпертиреозу [11–15], тоді як поза увагу залишається потужний пласт донозологічних станів, які характеризують психологічну дезадаптацію осіб з тиреопатіями.

Зміни у психічному стані при захворюваннях ЩЗ є облігатними симптомами перебігу хвороби, що робить вивчення медико-психологічних аспектів не менш важливими, ніж соматична терапія.

3. Мета дослідження

Обґрунтування заходів медико-психологічної допомоги на основі вивчення особливостей психоемоційної сфери, копінгу, типу реагування на захворювання, соматогенної віктимності та якості життя жінок з тиреопатіями.

4. Методики та контингент обстежуваних

Дослідження проводилося на базі Харківської обласної клінічної лікарні. Комплексне обстеження включало 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 [16]. Окремо досліджували спектр психоемоційних переживань за опитувальником самооцінки емоційного стану (Н. О. Марута, 2001) [17]. Прояви астенії були вивчені за допомогою MFI-20 [16]. Для визначення стрес-долаючої поведінки було застосовано методику для психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Неім [18], типу реагування на захворювання – методику ТОБОЛ [19]. За допомогою методики дослідження схиль-

ності до віктимної поведінки О. О. Андроннікової [20], модифіковану для опитуваних дорослого віку, виявлені особливості соматогенної віктимності. Якість життя оцінювалася за методикою дослідження якості життя Mezzich [21].

У дослідженні прийняли участь жінки з захворюваннями ЩЗ – група з тиреопатіями (ГТ), 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 опитуваних становив 38,6±4,5 років.

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.

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.

5. Результати дослідження

У табл. 1–7 наведені результати вивчення психоемоційного стану, астенії, поведінкових патернів, типу реагування на захворювання якості життя пацієнток з тиреоендокринопатіями. Табл. 8 описує загальні та специфічні мішені медико-психологічного впливу для жінок з різними типами гормональної дисфункції щитовидної залози.

Таблиця 1
Структура депресії за тривоги HADS

	Депресія			Тривога		
	Н	СК	К	Н	СК	К
	%±m			%±m		
Г1	0	22,0±4,1	78,0±4,1	0	11,9±3,2	88,1±3,2
Г2	0	0	100	0	40,7±4,9	59,3±4,9
КГ	72,0±4,5	28,0±4,5	0	66,0±4,7	34,0±4,7	0

Примітка: Н – норма, СК – субклінічний рівень, К – клінічний рівень вираженості показника

Таблиця 2
Розподіл пацієнтів залежно від вираженості проявів депресії (за HDRS), %±m

	HDRS				Вираженість
	СК	ЛТ	СТ	Т	
Г1	0	61,0±4,9	39,0±4,9	0	15,1±3,7*
Г2	0	40,7±4,9	51,9±5,0	7,4±2,6	19,0±5,1*
КГ	88,0±3,2	12,0±3,2	0	0	7,3±1,7*

Примітка: СК – субклінічний рівень, ЛТ – легкий ступінь тяжкості, СТ – середній ступінь тяжкості, Т – тяжкий рівень

Таблиця 3

Розподіл пацієнок залежно від вираженості проявів тривоги (за HARS), %±m

	HARS			Вираженість
	СК	ТС	ТР	
Г1	10,2±3,0	81,4±3,9	8,5±2,8	16,0±5,2*
Г2	51,9±50	48,1±5,0	0	11,0±4,9*
КГ	84,0±3,7	16,0±3,7	0	7,6±2,8*

Примітка: СК – субклінічний рівень, ТС – тривожний стан, ТР – тривожний розлад, * – p<0,05

Таблиця 4

Вираженість астенії у обстежуваних групах, x±σ

Шкали	Г1, n=59	Г2, n=54	КГ, n=50
Загальна астенія	11,2±3,2	17,0±3,5	8,1±2,5
↓ активності	8,5±2,6	15,6±2,7	7,0±2,8
↓ мотивації	8,1±2,3	15,9±3,7	6,5±2,4
Фізична астенія	11,1±2,9	16,5±3,8	8,0±3,5
Психічна астенія	10,1±2,9	17,0±4,3	6,5±2,4
Загальний показник	48,9±11,0	81,9±16,8	36,2±11,8

Таблиця 5

Структура копінг-механізмів у пацієнок з тиреопатіями та соматично здорових жінок

ГТ, n=113		КГ, n=50		Тип	Г1, n=59		Г2, n=54	
A	%±m	A	%±m		A	%±m	A	%±m
Когнітивні копінг-механізми								
а) адаптивні								
16	14,2±3,5	10	20,0±4,0	Установка самоцінності	10	16,9±3,8	6	11,1±3,1
9	8,0±2,7	6	12,0±3,2	Проблемний аналіз	6	10,2±3,0	3	7,4±2,6
9	8,0±2,7	8	16,0±3,7	Збереження самообладання	3	5,1±2,2	6	11,1±3,1
34	30,1±4,6	24	48,0±5,0	Всього	19	32,2±4,7	15	27,7±4,5
б) умовно адаптивні								
27	23,9±4,3	10	20,0±4,0	Надавання смислу	17	28,8±4,5	10	18,5±3,9
12	10,6±3,1	7	14,0±3,5	Відносність	5	8,5±2,8	7	13,0±3,4
5	4,4±2,1	1	2,0±1,7	Релігійність	2	3,4±1,8	3	5,6±2,3
44	38,9±4,9	18	36,0±4,8	Всього	24	40,7±4,9	20	37,0±4,8
в) неадаптивні								
19	16,8±3,7	3	6,0±2,4	Розгубленість	9	15,3±3,6	10	18,5±3,9
5	4,4±2,1	1	2,0±1,7	Ігнорування	2	3,4±1,8	3	5,6±2,3
4	3,5±1,8	3	6,0±2,4	Смирнення	1	1,7±1,3	3	3,7±1,9
7	6,2±2,4	1	2,0±1,7	Дисимуляція	4	6,8±2,5	3	5,6±2,3
35	31,0±4,6	8	16,0±3,7	Всього	16	27,1±4,4	19	35,2±4,8
Емоційні копінг-механізми								
а) адаптивні								
17	15,0±3,6	13	26,0±4,4	Оптимізм	9	15,3±3,6	8	14,8±3,6
16	14,2±3,5	10	20,0±4,0	Протест	10	16,9±3,8	6	11,1±3,1
33	29,2±4,5	23	46,0±5,0	Всього	19	32,2±4,7	14	25,9±4,4
б) умовно адаптивні								
37	32,7±4,7	12	24,0±4,3	Емоційне розрядження	20	33,9±4,7	17	31,5±4,6
19	16,8±3,7	6	12,0±3,2	Пасивна кооперація	8	13,6±3,4	11	20,4±4,0
56	49,6±5,0	18	36,0±4,8	Всього	28	47,5±5,0	28	51,9±5,0
в) неадаптивні								
8	7,1±2,6	0	–	Самозвинувачення	4	6,8±2,5	4	7,4±2,6
6	5,3±2,2	6	12,0±3,2	Пригнічення емоцій	2	3,4±1,8	4	7,4±2,6
5	4,4±2,1	3	6,0±2,4	Покірність	1	1,7±1,3	4	7,4±2,6
5	4,4±2,1	0	–	Агресивність	5	8,5±2,8	0	–
24	21,2±4,1	9	18,0±3,8	Всього	12	20,3±4,0	12	22,2±4,2
Поведінкові копінг-механізми								
а) адаптивні								
21	18,6±3,9	13	22,0±4,1	Звернення	10	16,9±3,8	11	20,4±4,0
10	8,8±2,7	6	12,0±3,2	Співробітництво	6	10,2±3,0	4	7,4±2,6
6	5,3±2,2	5	10,0±3,0	Альтруїзм	4	6,8±2,5	2	3,7±1,9
37	32,7±4,7	24	48,0±5,0	Всього	20	33,9±4,8	17	31,5±4,6
б) умовно адаптивні								
27	23,9±4,3	9	18,0±3,8	Компенсація	15	28,8±4,5	12	22,2±4,2
19	16,8±3,7	7	14,0±3,5	Відволікання	9	15,3±3,6	10	18,5±3,9
9	8,0±2,7	6	12,0±3,2	Конструктивна активність	6	10,2±3,0	3	5,6±2,3
55	48,7±5,0	22	44,0±5,0	Всього	30	50,8±5,0	25	46,3±5,0
в) неадаптивні								
12	10,6±3,1	2	6,0±2,4	Відступ	5	8,5±2,8	7	13,0±3,4
9	8,0±2,7	2	6,0±2,4	Активне уникнення	4	6,8±2,5	5	9,3±3,9
21	18,6±3,9	4	8,0±2,7	Всього	9	15,3±3,6	12	22,2±4,2

Примітка: А – абсолютне число

Таблиця 6

Типи реагування на захворювання у жінок з гіпертиреозом та гіпотиреозом

ГТ, n=113		КГ, n=50		Тип	Г1, n=59		Г2, n=54	
A	%±m	A	%±m		A	%±m	A	%±m
Адаптивний блок								
0	–	5	10,0±3,0	Гармонічний	0	–	0	–
1	0,9±0,9	8	16,0±3,7	Ергопатичний	1	1,7±1,3	0	–
10	8,8±2,8	7	14,0±3,5	Анозогнозичний	4	6,8±2,5	6	11,1±3,1
11	9,7±3,0	20	40,0±4,9	Всього	5	8,5±2,8	6	11,1±3,1
Блок інтрапсихічної дезадаптації								
10	8,8±2,8	2	4,0±2,0	Тривожний	6	10,3±3,0	4	7,4±2,6
7	6,2±2,4	0	–	Іпохондричний	1	1,7±1,3	6	11,1±3,1
8	7,1±2,6	4	8,0±2,7	Невротичний	5	8,5±2,8	3	5,6±2,3
2	1,8±1,3	0	–	Меланхолічний	0	–	2	3,7±1,9
3	2,7±1,6	0	–	Апатичний	0	–	3	5,6±2,3
8	7,1±2,6	4	8,0±2,7	Ергопатично-тривожний	6	10,2±3,0	2	3,7±1,9
1	0,9±0,9	3	6,0±2,4	Ергопатично-невротичний	1	1,7±1,3	0	–
5	4,4±2,1	3	6,0±2,4	Тривожно-невротичний	5	8,5±2,8	0	–
7	6,2±2,4	0	–	Тривожно-іпохондричний	1	1,7±1,3	6	11,1±3,1
5	4,4±2,1	0	–	Невротично-іпохондричний	0	–	5	9,3±2,9
56	49,6±5,0	16	32,0±4,7	Всього	25	42,4±4,9	31	33,3±4,7
Блок інтерпсихічної дезадаптації								
10	8,8±2,8	4	8,0±2,7	Сензитивний	6	10,3±3,0	4	7,4±2,6
3	2,7±1,6	0	–	Егоцентричний	3	5,1±2,2	0	–
3	2,7±1,6	0	–	Паранояльний	2	3,4±1,8	1	1,9±1,3
3	2,7±1,6	0	–	Дисфоричний	3	5,1±2,2	0	–
6	5,3±2,2	6	12,0±3,2	Ергопатично-сензитивний	2	3,4±1,8	4	7,4±2,6
25	22,1±4,2	10	20,0±4,0	Всього	16	27,1±4,4	9	16,7±3,7
Поснана дезадаптація								
12	10,6±3,1	3	6,0±2,4	Тривожно-сензитивний	6	10,2±3,0	6	11,1±3,1
6	5,3±2,2	1	2,0±1,4	Невротично-сензитивний	4	6,8±2,5	2	3,7±1,9
3	2,7±1,6	0	–	Тривожно-дисфоричний	3	5,1±2,2	0	–
21	18,6±3,9	4	8,0±2,7	Всього	13	22,0±4,1	8	14,8±3,6

Примітка: А – абсолютне число

Таблиця 7

Параметри якості життя у пацієнок з тиреопатіями та соматично здорових жінок, $\bar{x} \pm \sigma$

ГТ, n=113	КГ, n=50	Шкали	Г1, n=59	Г2, n=54
4,9±1,1*	7,0±0,9*	Фізичне благополуччя	5,0±1,1	4,8±1,0
5,3±1,1*	7,1±1,0*	Психологічне благополуччя	5,4±1,1	5,2±1,0
7,6±1,0*	9,6±0,7*	Самообслуговування та незалежність у діях	7,8±1,1*	7,3±0,6*
6,2±0,9*	8,8±1,0*	Працездатність	6,6±0,8*	5,9±0,8*
6,4±0,7*	7,4±1,0*	Міжособистісна взаємодія	6,4±0,9	6,4±0,5
6,5±1,1	6,7±0,8	Соціо-емоційна підтримка	6,3±1,2	6,6±1,0
5,3±0,7*	6,0±0,7*	Суспільна та службова підтримка	5,1±0,9*	5,6±0,5*
6,0±1,1*	7,0±1,3*	Самореалізація	6,2±1,2	5,8±1,0
6,1±0,7*	6,9±0,9*	Духовна реалізація	6,2±0,7	6,1±0,8
6,2±0,7*	7,4±1,0*	Загальне сприйняття якості життя	6,3±0,7	6,1±0,5

Примітка: * – $p < 0,05$

Таблиця 8

Мішені медико-психологічного впливу у жінок з ендокринопатіями ЩЗ

Загальні мішені впливу	Спеціальні мішені та інтервенції	
	Особи з гіпертиреозом	Особи з гіпотиреозом
Актуальна психологічна проблематика	Виявлення спектру психологічних проблем у конкретної особи Визначення найбільш уражених сфер життєдіяльності (особистісної, психосоціальної) Розкриття змісту психологічних труднощів Усвідомлення механізмів формування психологічних проблем Визначення шляхів подолання психологічних негараздів Формування активної та відповідальної позиції щодо власної життєвої ситуації	
	Міжособистісна напруга Конфлікти з оточуючими та медперсоналом Соціальна стигматизація Дистанціювання оточення	Залежність від близького оточення Реакція на зміни зовнішнього вигляду Низька самопродуктивність Пасивність
Психопатологічні депресивні прояви Психопатологічна тривога Виражена астенія	Психоосвіта щодо взаємозв'язків ендокринної патології та психічної сфери (психобіологічний фактор, психоендокринний синдром) Формування критичного відношення щодо наявних змін у психічній сфері Навчання саморегуляції психічного стану Психопрофілактика вторинної психологічної дезадаптації обумовленої змінами у психічній сфері Визначення потреби у консультації лікаря-психіатра та призначенні фармакотерапії	
	Переважаючі негативні емоції над позитивними Домінування емоцій тривожного кола Висока вираженість психопатологічної тривоги	Зниження амплітуди емоцій Інтенсифікація тривожно-депресивних емоцій Висока вираженість депресивних проявів Астено-депресивний симптомокомплекс
Неадаптивний емоційний, когнітивний та поведінковий копінг	Підвищення усвідомлення особою власних особливостей подолання стресу та ролі у протистоянні стресу Розбір найбільш типових ситуацій з неадаптивними механізмами копінгу в аспекті пошуку ефективних шляхів вирішення проблемних ситуацій Поведінковий тренінг, орієнтований на застосування адаптивних варіантів копінгу Психокорекція неадаптивних когнітивних стереотипів	
	<i>Копінг-механізми</i> Розгубленості Низьке самообладання Емоційного розрядження Самозвинувачення Агресивності Низького альтруїзму	<i>Копінг-механізми</i> Розгубленості Емоційного розрядження Пасивної кооперації Самозвинувачення Відступу Активного уникнення Низького альтруїзму
Неадаптивні типи реагування на захворювання	Психоосвіта щодо психології хворого та важливості прихильності до терапії Психокорекція неадаптивних емоційних та поведінкових реакцій під час терапевтичного процесу Мотивація на лікування Формування установки на партнерську взаємодію з медичним персоналом	
	<i>Типи реагування</i> Тривожний Сензитивний Тривожно-сензитивний Невротичний Дисфоричний Егоцентричний Параноїальний	<i>Типи реагування</i> Іпохондричний Тривожно-іпохондричний Тривожно-сензитивний Невротично-іпохондричний Меланхолічний Апатичний
Соматогенна віктимність	Визначення особливостей соматогенної віктимності у конкретної особи з виявленням основних чинників психогенезу та їх наступною психокорекцією	
	Схильність до агресивної, самопошкоджуючої і саморуйнівної віктимної поведінки	Схильність до залежної і безпомічної, некритичної віктимної поведінки
Міжособистісна та сімейна взаємодія	Психоосвіта для членів сім'ї пацієнток з метою психопрофілактики вторинних психологічних змін на фоні психічної нестабільності	

6. Обговорення результатів дослідження

Виявлено, що у жінок з тиреопатіями наявний широкий спектр психологічної проблематики, що включав особистісні, психосоціальні та терапієобумовлені труднощі. Психогенез особистісних проблем обумовлювався усвідомленням негативних щодо життя наслідків захворювання, змінами зовнішнього вигляду, порушеннями у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах в наслідок хвороби (в тому числі як прояву психоендокринного синдрому), канцерофобічними переживаннями.

Психосоціальні проблеми були викликані посиленням міжособистісної напруженості, зростанням потреби у сторонній емоційній підтримці, зниженням соціальної активності, кола спілкування, погіршенням працездатності, труднощами у професійній сфері.

Терапієобумовлені проблеми спричинялися хронічним перебігом захворювання та розвитком ускладнень, необхідністю постійної замісної терапії і прийому лікарських засобів, обмеженнями, переживаннями щодо побічної дії медикаментів, витратами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням, постійного моніторингу свого стану.

Психологічна проблематика по-різному проявлялася поміж жінок з різними видами гормональної дисфункції. Для жінок з гіперфункцією ЩЗ провідними проявами дезадаптації 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.

Гормональний дисбаланс ЩЗ змінював спектр та інтенсивність психоемоційних переживань у сторону астеничних (негативних) емоцій, вираженість та структура яких різнилася залежно від типу гормональної дисфункції. У жінок з гіперфункцією ЩЗ були виражені негативні емоції (0,54 – стеничні та 0,50 балів астеничні у Г1; відповідно 0,83 та 0,32 бали в КГ) та наявний акцент на переживання тривожного кола – тривога (2,4±0,8 балів), боязнь (1,5±0,8 балів), страх (1,5±0,9 балів), для пацієнток з гіпофункцією притаманними були зниження амплітуди (0,27 балів у Г2 vs 0,52 у Г1 і 0,53 балів у КГ) та інтенсифікація тривожно-депресивних емоцій – байдужості (1,28±0,87 балів), тривоги (1,02±0,90 балів), засмучення (0,97±0,62 балів), образи (0,95±0,65 балів), страху (0,80±0,77 балів), боязні (0,72±0,64 балів), незадоволення (0,70±0,62 балів), печалі (0,62±0,48 балів).

Самооцінка психоемоційного стану за HADS виявила у жінок з ендокринною патологією прояви психопатологічної тривоги та депресії, які знаходилися у діапазоні клінічно виражених, з вищими показниками тривоги у пацієнток з гіпертиреозом (16,9±3,7 балів у Г1 та 11,2±3,1 балів у Г2, $p<0,05$), і депресії – з гіпотиреозом (13,9±3,8 балів у Г1 та 18,9±2,9 балів у Г1, $p<0,05$). У КГ рівні депресії та

тривоги від норми відхилялися незначно (7,1±1,8 та 7,2±2,3 балів).

Поміж пацієнток з ендокринопатіями ЩЗ була більшою кількістю осіб з проявами депресії та тривоги, що досягали клінічного рівня, у порівнянні з соматично здоровими жінками (табл. 1). Клінічний рівень депресивних симптомів виявлено у 100 % пацієнток з гіпотиреозом та 78 % – гіпертиреозом, на відміну від опитуваних КГ, де зареєстровано лише субклінічну депресію у 26 % осіб. Показники психопатологічної тривоги на клінічному рівні виявлено у 88,1 % пацієнток з гіпертиреозом та 59,3 % – з гіпотиреозом, на субклінічному – 11,9 % та 40,7 % опитуваних. У соматично здорових жінок зафіксовано лише субклінічну тривогу у 34 % осіб, 66 % респондентів виражених симптомів тривоги не виявляли.

Об'єктивне дослідження психоемоційної сфери також виявило вищі показники депресивного та тривожного стану у пацієнток з тиреопатіями (табл. 2, 3). Вираженість депресивних проявів у осіб з дисфункцією ЩЗ значно перевищувала нормативні показники і у жінок з гіпертиреозом корелювала з депресією легкого (15,1±3,7 балів), а пацієнток з гіпотиреозом – середнього ступеню тяжкості (19,0±5,1 балів). Психопатологічна тривога у хворих з патологією ЩЗ знаходилася на рівні тривожного стану з більшою вираженістю у жінок з синдромом гіпертиреозу (16,0±5,2 балів у Г1 та 11,0±4,9 балів у Г2, $p<0,05$). У КГ вираженість депресивних та тривожних проявів була значно нижчою і знаходилася на рівні норми (7,3±1,7 та 7,6±2,8 балів).

Для пацієнток з ендокринними розладами була характерною більша ураженість депресивними та тривожними станами. Депресивні прояви різного ступеню вираженості виявлено у 100 % хворих з тиреопатіями та лише у 12 % соматично здорових жінок (табл. 2). Депресивний стан у хворих на гіпертиреоз формувалася в основному за рахунок проявів депресії легкого (61 %), менше середнього ступеню (39 %), у пацієнток з гіпотиреозом переважав середній (51,8 %) та легкий (40,7 %) і був присутній тяжкий (7,4 %) ступені вираженості. Серед жінок КГ виявлено депресивні прояви лише легкого ступеню (12 %).

Тривожний стан виявлено у переважній кількості жінок з гіпертиреозом – 81,4 %, 48,1 % опитуваних з гіпотиреозом і лише у 16 % осіб з КГ. Субклінічний рівень тривоги зареєстровано у 84 % здорових жінок, 51,9 % опитуваних з гіпотиреозом та лише у 10,2 % пацієнток з гіпертиреозом. Вираженість психопатологічної тривоги на рівні тривожного розладу зафіксовано лише у 8,5 % пацієнток з гіперфункцією ЩЗ.

Депресивний симптомокомплекс у пацієнток з гіпо- та гіперпродукцією тиреоїдних гормонів мав відмінності: при гіпотиреозі провідними були гіпотимія (3,0±0,6 балів), загальмованість (2,6±0,5 балів), іпохондрія (1,9±0,6 балів), загально-соматичні симптоми (1,8±0,7 балів), порушення сну (1,0±0,1 балів); при гіпертиреозі – депресивний настрій (1,8±0,6 балів), психічна та соматична тривога (2,7±0,9 та 2,5±

±0,7 балів), ажитація (2,4±0,7 балів), гастроінтестинальні симптоми (0,9±0,4 балів), безсоння (0,9±0,3 балів).

Тривожний стан у жінок з гіпертиреозом формувався переважно за рахунок тривожного настрою (2,1±0,9 балів), вегетативних симптомів (2,0±0,6 балів), напруження (1,6±0,9 балів), соматизації тривоги у вигляді гастроінтестинальних (1,1±0,7 балів) і серцево-судинних симптомів проявів (1,1±0,8 балів), супроводжувався гіпотимією (1,8±0,9 балів) та порушенням сну (1,3±0,8 балів). У пацієнок з гіпотиреозом провідними були інтелектуальні зрушення (1,4±0,6 балів), вегетативні (0,9±0,7 балів), сенсорні (1,1±0,8 балів), гастроінтестинальні симптоми (0,9±0,8 балів), інсомнія (1,1±0,8 балів) на фоні тривожно-депресивного настрою (0,6±0,7 та 2,7±0,9 балів).

Вираженість астенії у пацієнок з дисфункцією ЩЗ перевищувала норму і гостро проявлялася у хворих з гіпотиреозом (48,9±11,0 балів у Г1, 81,9±16,8 балів у Г2 та 36,2±11,8 балів у КГ, табл. 4). У пацієнок з тиреопатіями високий та підвищений рівні астенії було виявлено відповідно у 66,7 % і 33,3 % жінок з гіпотиреозом, та 8,5 % і 78 % опитуваних з гіпертиреозом, на відміну від 0 % та 22 % соматично здорових респонденток.

Провідними компонентами астенічного симптомокомплексу у жінок з ендокринопатіями були загальна, фізична та психічна астенія, у жінок з гіпотиреозом до них приєднувалися зниження активності та мотивації.

У структурі варіантів когнітивного копіngu серед опитуваних домінували механізми надавання смислу (23,9 % у ГТ та 20,0 % у КГ) та установка самоцінності (14,2 % та 20,0 %), табл. 5. Відмінним була більша частка опитуваних із реакцією розгубленості на стрес серед жінок з патологією ЩЗ (16,8 % vs 6,0 % у КГ) і збереження самообладання у соматично здорових жінок (16,0 % у КГ vs 8,0 % у ГТ). Внутрішньогруповий аналіз показав, що для пацієнок з гіпертиреозом були притаманні вищі показники самоцінності (16,9 % vs 11,1 %), проблемного аналізу (10,2 % vs 7,4 %), приписування смислу (28,8 % vs 18,5 %) та дисимуляції (6,8 % vs 5,6 %), хворих з гіпотиреозом збереження самообладання (5,1 % vs 11,1 %), відносності (8,5 % vs 13,0 %), релігійності (3,4 % vs 5,6 %), розгубленості (15,3 % vs 18,5 %), ігнорування (3,4 % vs 5,6 %) та смирення (1,7 % vs 3,7 %).

Спільною рисою емоційного копіngu у досліджуваних групах була психологічна трансформація психотравмуючого матеріалу переважно через емоційне розрядження, оптимізм та протест, однак відрізнялося їх співвідношення. У жінок з патологією ЩЗ була більшою доля емоційного розрядження (32,7 % у ГТ vs 24,0 % у КГ) на протигагу оптимістичному відношенню (15,0 % vs 26,0 %) та протесту у соматично благополучних жінок (14,2 % vs 20,0 %). Пацієнок з тиреопатіями також вирізняло наявність механізму самозвинувачення (7,1 % у ГТ vs 0 % у КГ), нижчі показники пригнічення емоцій (5,3 % vs 12,0 %), у жінок з гіпотиреозом емоційний копінг

характеризувався застосуванням пасивної кооперації (20,4 % у Г2, 13,6 % у Г1 та 12,0 % у КГ), хворі з гіпертиреозом відзначалися проявами агресивності у відповідь на стрес (8,5 % у Г1 та 0 % у Г2 та КГ) та відсутністю покірності (1,7 % у Г1 vs 7,4 % у Г2 та 6,0 % у КГ).

Щодо поведінкового копіngu серед респондентів провідними механізмами були звернення за допомогою (18,6 % у ГТ та 22,0 % у КГ) та компенсація (23,9 % та 18,0 %), менше відволікання (16,8 % та 14,0 %). Групу жінок з захворюваннями ЩЗ відрізняли нижчі показники альтруїзму (5,3 % у ГТ vs 10,0 % у КГ), співробітництва (8,8 % vs 12,0 %), конструктивної активності (8,0 % vs 12,0 %) та вищі відступу (10,6 % vs 6,0 %) і активного уникнення (8,0 % vs 6,0 %). Поміж пацієнок з захворюваннями ЩЗ хворі з гіпертиреозом були менш схильними звертатися за допомогою (16,9 % у Г1 vs 20,4 % у Г2), та більш прихильними до співробітництва (10,2 % vs 7,4 %), проявів альтруїзму (6,8 % vs 3,7 %), конструктивної активності (10,2 % vs 5,6 %), компенсації (28,8 % vs 22,2 %), а хворі з гіпотиреозом у більшій мірі застосовували відступ (8,5% vs 13,0%), активне уникнення (6,8 % vs 9,3 %), відволікання (15,3 % vs 18,5 %).

За ступенем адаптивності у пацієнок з тиреопатіями у порівнянні з соматично здоровими жінками була меншою кількість осіб з адаптивними (30,1 % vs 48,0 %; 29,2 % vs 46,0 %; 32,7 % vs 44,0 %), та більшою з умовно адаптивними (38,9 % vs 36,0 %; 49,6 % vs 36,0 %; 48,7 % vs 44,0 %) та неадаптивними варіантами стрес-долаючої поведінки (30,1 % vs 16,0 %; 21,2 % проти 18,0 %; 18,6 % vs 12,0 %, табл. 6). Скомпрометованими були усі сфери стрес-долаючої поведінки, з більшою вираженістю когнітивної та поведінкової неспроможності у пацієнок з гіпотиреозом, емоційної – гіпертиреозом.

У пацієнок з тиреопатіями була більшою частка опитуваних з інтрапсихічною (49,6 % vs 32,0 %) і поєднаною дезадаптацією (18,6 % vs 8,0 %), та меншою з адаптивними типами реагування на захворювання у порівнянні з соматично здоровими жінками (9,7 % vs 40,0 %). Показники за інтерпсихічною дезадаптацією суттєво не відрізнялись (22,1 % у ГТ та 20,0 % у КГ). Внутрішньогрупові відмінності виражалися у переважанні типів з порушенням інтрапсихічної адаптації у жінок з гіпотиреозом (57,4 % vs 42,4 %), та інтерпсихічної та поєднаної – у пацієнок з гіпертиреозом (27,1 % vs 16,7 % та 22,0 % vs 14,8 %).

Повідними типами реагування на хворобу у хворих осіб з тиреопатіями в цілому були тривожно-сензитивний (10,6 %), тривожний (8,8 %), сензитивний (8,8 %) та анозогностичний (8,8 %), здорових жінок – ергопатичний (16,0 %), анозогностичний (14,0 %), ергопатично-сензитивний (12,0 %) та гармонічний типи (10,0 %).

Внутрішньогрупові особливості реагування на захворювання полягали у тому, що у пацієнок з гіпотиреозом домінували тривожний (10,3 %), сензитивний (10,3 %), тривожно-сензитивний (10,3 %), ергопатично-тривожний (10,3 %) та невротичний типи

(8,5 %), жінок з гіпотиреозом – анозогнозичний (11,1 %), іпохондричний (11,1 %), тривожно-іпохондричний (11,1 %), тривожно-сензитивний (11,1 %) та невротично-іпохондричний типи (9,3 %).

У пацієнток з тиреопатіями виявлені відсутні у здорових опитуваних такі варіанти реагування на хворобу як меланхолічний (1,8 %), апатичний (2,7 %), егоцентричний (2,7 %), параноїальний (2,7 %) та дисфоричний типи (2,7 %).

Даний розподіл вказував на формування у осіб з хронічною патологією дезадаптивних станів на особистісному та міжперсональному рівнях. Порушення адаптації мають відмінності, обумовлені видом гормональної дисфункції: афективна скомпрометованість пацієнток з гіпертиреозом у вигляді виражених тривожно-депресивних реакцій провокує трансляцію дезадаптації на психосоціальну сферу в наслідок ескалації міжперсональних конфліктів, когнітивні порушення та астено-депресивний симптомокомплекс у пацієнток з гіпотиреозом відображаються у пасивності та сконцентрованості на фізичних симптомах.

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

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

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 основі 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.

У пацієнток з тиреопатіями виявлено зниження якості життя за показниками фізичного ($4,9 \pm 1,1$ балів у ГТ vs $7,0 \pm 0,9$ балів у КГ) та психологічного благополуччя ($5,3 \pm 1,1$ балів vs $7,1 \pm 1,0$ балів), самообслуговування ($7,6 \pm 1,0$ балів vs $9,6 \pm 0,7$ балів), працездатності ($6,2 \pm 0,9$ балів vs $8,8 \pm 1,0$ балів), міжособистісної взаємодії ($6,4 \pm 0,7$ балів vs $7,4 \pm 1,0$ балів), самореалізації ($6,0 \pm 1,1$ балів vs $7,0 \pm 1,3$ балів) та духовної реалізації ($6,1 \pm 0,7$ балів vs $6,9 \pm 0,9$ балів), загального сприйняття задоволеності життям ($6,2 \pm 0,7$ балів vs $7,4 \pm 1,0$ балів), у порівнянні з соматично здоровими жінками (табл. 7, $p < 0,05$).

Найбільш ураженими областями у пацієнток з патологією ЩЗ незалежно від виду гормонального розладу було фізичне та психологічне самопочуття, і відповідно, пов'язана з ними працездатність, а також відчуття відсутності підтримки з боку соціального оточення, в тому числі співробітників, що разом з іншими показниками формувало незадовільне сприйняття якості життя в цілому. Пацієнтки з гіпертиреозом переживали більш інтенсивне відчуття зниження працездатності ($6,6 \pm 0,8$ vs $5,9 \pm 0,8$ балів) і незалежності в діях у порівнянні з хворими на гіпертиреоз ($7,8 \pm 1,1$ та $7,3 \pm 0,6$ балів), однак останні демонстрували вищу недостатність сторонньої підтримки ($5,1 \pm 0,9$ vs $5,6 \pm 0,5$ балів, $p < 0,05$).

7. Висновки

1. На основі узагальнення клініко-психологічних і психодіагностичних даних, нами сформульована і доведена гіпотеза, що у формуванні психологічної дезадаптації жінок з тиреопатіями приймали участь два психопатогенні механізми: вплив гормонального дисбалансу на функціонування нервової системи – психобіологічний фактор, та особистісно-психосоціальна дезадаптація як наслідок специфіки взаємодії на фоні психоемоційних зрушень – вторинно-психогенний. Саме тому корекція психічних порушень у хворих з гормональною патологією ЩЗ повинна реалізовуватися у двох напрямках: призначення медикаментозної терапії і нормалізація фізичного здоров'я, що проводиться лікарем-ендо-

кринологом – дія на психобіологічних фактор, та психологічні інтервенції, орієнтовані на зменшення негативних наслідків вторинної психотравматизації – вплив на вторинно-психогенний чинник – здійснює медичний психолог.

2. Основними напрямками медико-психологічної допомоги для пацієнтів 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.

3. Зміст медико-психологічної допомоги включав: мотивування пацієнтів на терапію, налаштування на партнерські стосунки з медичним персоналом, посилення їх прихильності до лікування, навчання саморегуляції психічного стану, вибору ефективних стратегій копіngu, гармонізацію особистісного профілю, формування навиків побудови неконфліктних міжособистісних стосунків, підвищення психосоціальної адаптації.

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 [Текст] / Н. Н. Сидорова // *Therapia: Український медичний вісник*. – 2010. – № 12 (53). – Режим доступу: <http://therapia.ua/therapia/2010/12/subklinicheskiy>
3. Topcu, C. B. Effect of stressful life events on the initiation of Graves' disease [Text] / C. B. Topcu, O. Celik, E. Tasan // *International Journal of Psychiatry Clinical Practice*. – 2012. – Vol. 16, Issue 4. – P. 307–311. doi: 10.3109/13651501.2011.631016
4. Hu, L. Y. Hyperthyroidism and risk for bipolar disorders: a nationwide population-based study [Text] / L.-Y. Hu, C.-C. Shen, Y.-W. Hu, M.-H. Chen, C.-F. Tsai, H.-L. Chiang et. al // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8, Issue 8. – P. e73057. doi: 10.1371/journal.pone.0073057
5. Bukvic, B. Improved quality of life in hyperthyroidism patients after surgery [Text] / B. Bukvic, V. Zivaljevic, S. Sipetic, A. Diklic, K. Tausanovic, D. Stojanovic et. al // *Journal Surgery Research*. – 2015. – Vol. 193, Issue 2. – P. 724–730. doi: 10.1016/j.jss.2014.07.061
6. Demartini, B. Depressive symptoms and major depressive disorder in patients affected by subclinical hypothyroidism [Text] / B. Demartini, R. Ranieri, A. Masu, V. Selle, S. Scarone, O. Gambini // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2014. – Vol. 202, Issue 8. – P. 603–607. doi: 10.1097/nmd.0000000000000168
7. Leyhe, T. Cognitive and affective dysfunctions in autoimmune thyroiditis [Text] / T. Leyhe, K. Müssig // *Brain, Behavior, and Immunity*. – 2014. – Vol. 41. – P. 261–266. doi: 10.1016/j.bbi.2014.03.008
8. Joffe, R. T. Subclinical hypothyroidism, mood, and cognition in older adults: a review [Text] / R. T. Joffe, E. N. Pearce, J. V. Hennessey, J. J. Ryan, R. A. Stern // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2012. – Vol. 28, Issue 2. – P. 111–118. doi: 10.1002/gps.3796

nal of Geriatric Psychiatry. – 2012. – Vol. 28, Issue 2. – P. 111–118. doi: 10.1002/gps.3796

9. Ittermann, T. Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety [Text] / T. Ittermann, H. Völzke, S. E. Baumeister, K. Appel, H. J. Grabe // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2015. – Vol. 50, Issue 9. – P. 1417–1425. doi: 10.1007/s00127-015-1043-0

10. Feldman, A. Z. Neuropsychiatric manifestations of thyroid disease [Text] / A. Z. Feldman, R. T. Shrestha, J. V. Hennessey // *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*. – 2013. – Vol. 42, Issue 3. – P. 453–476. doi: 10.1016/j.ecl.2013.05.005

11. Yuan, L. Impairment of attention networks in patients with untreated hyperthyroidism [Text] / L. Yuan, Y. Tian, F. Zhang, F. Dai, L. Luo, J. Fan, K. Wang // *Neuroscience Letter*. – 2014. – Vol. 574. – P. 26–30. doi: 10.1016/j.neulet.2014.05.016

12. Brandt, F. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study [Text] / F. Brandt, M. Thvilum, D. Almind, K. Christensen, A. Green, L. Hegedus, T. H. Brix // *European Journal of Endocrinology*. – 2013. – Vol. 170, Issue 2. – P. 341–348. doi: 10.1530/eje-13-0708

13. Almeida, O. P. Thyroid hormones and depression [Text] / O. P. Almeida, H. Alfonso, L. Flicker, G. Hankey, S. A. P. Chubb, B. B. Yeap // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2011. – Vol. 19, Issue 9. – P. 763–770. doi: 10.1097/jgp.0b013e31820dcad5

14. Bunevicius, R. Thyroid disease and mental disorders: cause and effect or only comorbidity? [Text] / R. Bunevicius, A. J. Prange // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2010. – Vol. 23, Issue 4. – P. 363–368. doi: 10.1097/ycp.0b013e3283387b50

15. Jaracz, J. Cognitive functions and mood during chronic thyrotropin-suppressive therapy with L-thyroxine in patients with differentiated thyroid carcinoma [Text] / J. Jaracz, A. Kucharska, A. Rajewska-Rager, K. Lacka // *Journal Endocrinology Investigation*. – 2012. – Vol. 35, Issue 8. – P. 760–765.

16. Подкорытов, В. С. Депрессии (Современная терапия) [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков: Торнадо, 2003. – 350 с.

17. Марута, Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах [Текст]: монография / Н. А. Марута. – Харьков: Арсис, 2000. – 160 с.

18. Набиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) [Текст]: уч. пос. / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань, 2003. – 321 с.

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

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

21. Mezzich, J. E. Validation of an efficient quality of life index [Text] / J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu, M. Ruiperez, G. Yoon, S. Iqbal, C. Perez. – *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. – Hamburg, 1999. – P. 427–428.

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). <http://therapia.ua/therapia/2010/12/subklinicheskiy>
3. Topcu, C. B., Celik, O., Tasan, E. (2012). Effect of stressful life events on the initiation of graves' disease. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16 (4), 307–311. doi: 10.3109/13651501.2011.631016
4. Hu, L.-Y., Shen, C.-C., Hu, Y.-W., Chen, M.-H., Tsai, C.-F., Chiang, H.-L. et. al (2013). Hyperthyroidism and Risk for Bipolar Disorders: A Nationwide Population-Based Study. *PLoS ONE*, 8 (8), e73057. doi: 10.1371/journal.pone.0073057
5. Bukvic, B., Zivaljevic, V., Sipetic, S., Diklic, A., Tausanovic, K., Stojanovic, D. et. al (2015). Improved quality of life in hyperthyroidism patients after surgery. *Journal of Surgical Research*, 193 (2), 724–730. doi: 10.1016/j.jss.2014.07.061
6. Demartini, B., Ranieri, R., Masu, A., Selle, V., Scaroni, S., Gambini, O. (2014). Depressive Symptoms and Major Depressive Disorder in Patients Affected by Subclinical Hypothyroidism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (8), 603–607. doi: 10.1097/nmd.0000000000000168
7. Leyhe, T., Müssig, K. (2014). Cognitive and affective dysfunctions in autoimmune thyroiditis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 41, 261–266. doi: 10.1016/j.bbi.2014.03.008
8. Joffe, R. T., Pearce, E. N., Hennessey, J. V., Ryan, J. J., Stern, R. A. (2012). Subclinical hypothyroidism, mood, and cognition in older adults: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (2), 111–118. doi: 10.1002/gps.3796
9. Ittermann, T., Völzke, H., Baumeister, S. E., Appel, K., Grabe, H. J. (2015). Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50 (9), 1417–1425. doi: 10.1007/s00127-015-1043-0
10. Feldman, A. Z., Shrestha, R. T., Hennessey, J. V. (2013). Neuropsychiatric Manifestations of Thyroid Disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 42 (3), 453–476. doi: 10.1016/j.ecl.2013.05.005
11. Yuan, L., Tian, Y., Zhang, F., Dai, F., Luo, L., Fan, J., Wang, K. (2014). Impairment of attention networks in patients with untreated hyperthyroidism. *Neuroscience Letters*, 574, 26–30. doi: 10.1016/j.neulet.2014.05.016
12. Brandt, F., Thvilum, M., Almind, D., Christensen, K., Green, A., Hegedus, L., Brix, T. H. (2013). Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. *European Journal of Endocrinology*, 170 (2), 341–348. doi: 10.1530/eje-13-0708
13. Almeida, O. P., Alfonso, H., Flicker, L., Hankey, G., Chubb, S. A. P., Yeap, B. B. (2011). Thyroid Hormones and Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (9), 763–770. doi: 10.1097/jgp.0b013e31820dcad5
14. 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
15. Jaracz, J., Kucharska, A., Rajewska-Rager, A., Lacka, K. (2012). Cognitive functions and mood during chronic thyrotropin-suppressive therapy with L-thyroxine in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Journal Endocrinology Investigation*, 35 (8), 760–765.
16. Podkorytov, V. S., Chayka, Y. Y. (2003). Depression (Modern therapy). Kharkiv: Tornado, 350.
17. Maruta, N. A. (2000). Emotional disorders in neurotic disorders. Kharkiv: Arsis, 160.
18. Nabiullina, R. R., Tuhtarova, I. (2003). Mechanisms of psychological protection and coping (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction). Kazan, 321.
19. Wasserman, L. I., Iovlev, B. V., Karpova, E. B. (2005). Psychological diagnostics reaction on the disease. Sankt-Peterburg, 33.
20. Andronnikova, O. O. (2005). Psychological factors occurrence victim behavior in adolescent. Novosibirsk, 213.
21. Mezzich, J. E., Cohen, N., Liu, J., Ruiperez, M., Yoon, G., Igbal, S., Perez, C. (1999). Validation of an efficient quality of life index. *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry*. Hamburg, 427–428.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Кришталь Є. В.
Дата надходження рукопису 21.12.2015*

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