

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ЖІНОК ІЗ ТИРЕОПАТІЯМИ

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Вивчено особливості депресивних та астенічних розладів у жінок залежно від гіпо- і гіперфункції щитоподібної залози. Тиреопатії супроводжувалися зміною спектру та інтенсивності психоемоційних переживань у бік зростання астенічних емоцій, виникненням психічних розладів депресивного та тривожного кола, вираженість та структура яких різнилися залежно від типу гормональної дисфункції. У жінок із гіпотиреозом переважали депресії, у пацієнток із гіпертиреозом — тривожно-депресивні стани, які формувалися під впливом психобіологічного та вториннопсихогенного чинників, що було враховано при наданні їм медико-психологічної допомоги.**

*Ключові слова:* гіпотиреоз, гіпертиреоз, щитоподібна залоза, депресивний розлад, тривожний розлад, психологічна допомога.

Щитоподібна залоза (ЩЗ) продукує 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.

Гіпотиреоз — це клінічний синдром, зумовлений зниженням або повним припиненням функції ЩЗ. Симптомами гіпотиреозу є зниження температури тіла, набряк підшкірної клітковини, осиплість голосу, сонливість, погіршення пам'яті, полінейропатія, задишка, гіпотонія, брадикардія, кардіалгія, закрепи, дискінезія жовчовивідних шляхів, анемія, тмяність нігтів, порушення менструального циклу та безпліддя у жінок. Тиреотоксикоз — синдром, обумовлений підвищеним вмістом тиреоїдних гормонів у крові. Про гіпертиреоз свідчать тахіаритмії, підвищена збудливість, швидка втомлюваність, плаксивість, порушення сну, тремор, пітливість, гіперрефлексія, субфебрильна температура, м'язова слабкість, остеопороз, ламкість нігтів, випадіння волосся, гіпердефекація, дисфункція яєчників, порушення менструального циклу, мастопатія, гінекомастія, зниження толерантності до глюкози [1–3].

Перелік чинників, які спричиняють гормональну дисфункцію ЩЗ, досить великий, однак клінічно найчастішою причиною розвитку гіпотиреозу є аутоімунний тиреоїдит (60–90%), а гіпертиреозу — дифузний токсичний зоб (80–90%).

Захворюваність на гіпотиреоз в Україні зростає і становить 22,1 випадка на 100 тис. населення, частота серед жінок — 1,4–2,0%, чоловіків — 0,2%. Найбільша поширеність гіпотиреозу визначається в осіб віком понад 60 років: реєструється у 6,0% жінок та 2,5% чоловіків [1]. Захворюваність на тиреотоксикоз — 13,6 випадка на 100 тис. населення,

щорічний приріст досягає 4,7%. Гіпертиреоз у жінок виникає у 5 разів частіше, ніж у чоловіків [2].

Гіпо- та гіпертиреоз обумовлюють зміни не лише у соматичній сфері, але й відбиваються на психічному функціонуванні [4–7]. Зміни у психічному стані при захворюваннях ЩЗ є обов'язковими симптомами перебігу хвороби, тому їх вивчення є не менш важливим, ніж соматична терапія. Практично у кожному дослідженні, присвяченому питанням гіпо- та гіпертиреозу, перераховуються симптоми психічних зрушень, однак їх описання є поверховим і не розкриває клінічного змісту.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної феноменології розладів психоемоційної сфери у жінок із тиреопатіями залежно від гіпо- та гіперфункції ЩЗ.

У дослідженні брали участь жінки із захворюваннями ЩЗ, які супроводжувалися її гіперфункцією (59 пацієнток, група 1 — Г1) та гіпофункцією (54 хворих, група 2 — Г2). Для порівняння було сформовано групу із соматично здорових жінок (50 осіб, контрольна група — КГ). Середній вік опитуваних становив  $38,6 \pm 4,5$  року.

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

Комплексне обстеження включало клініко-психологічне і психодіагностичне дослідження. Особливості клінічних проявів і вираженості патологічної тривоги та депресії ми оцінювали з використанням рейтингових шкал М. Гамільтона HARS та HDRS [8]. Спектр психоемоційних

переживань реєструвався за опитувальником самооцінки емоційного стану (Н. О. Марута), що розкриває суб'єктивну наповненість зрушень в емоційній сфері [9].

Особливості спектра й амплітуди емоцій (табл. 1) у пацієток із гіпертиреозом виявлялися у більшій вираженості негативних (астенічних) емоцій ( $0,50 \pm 0,54$  бала у Г1 проти  $0,32 \pm 0,31$  бала у КГ): передчуття, незадоволення, туга, печаль, засмучення, тривога, образа, боязнь, страх, жалість, досада, гнів, обурення, неприязнь, злість, сум, незадоволеність собою, з акцентом на високу напруженість емоцій тривожного кола (тривога —  $2,14 \pm 0,84$  бала, боязнь —  $1,54 \pm 0,84$  бала, страх —  $1,46 \pm 0,88$  бала); зміщення емоційного балансу у бік астенічних емоцій порівняно із соматично благополучними жінками ( $0,54 \pm 0,29$  бала — стенічні та  $0,50 \pm 0,54$  бала — астенічні у Г1; відповідно  $0,83 \pm 0,53$  та  $0,32 \pm 0,31$  — в КГ).

Пацієткам із гіпофункцією ЩЗ було власне зниження амплітуди емоційних переживань ( $0,27 \pm 0,32$  бала у Г2 проти  $0,52 \pm 0,46$  бала у Г1 і  $0,53 \pm 0,48$  бала у КГ); переважання астенічних емоцій над стенічними ( $0,31 \pm 0,39$  проти  $0,21 \pm 0,15$  бала). У жінок із гіпотиреозом гостро вираженими були емоції тривожно-депресивного кола: байдужість ( $1,28 \pm 0,87$  бала), тривога ( $1,02 \pm 0,90$  бала), засмучення ( $0,97 \pm 0,62$  бала), образа ( $0,95 \pm 0,65$  бала), страх ( $0,80 \pm 0,77$  бала), боязнь ( $0,72 \pm 0,64$  бала), незадоволення ( $0,70 \pm 0,62$  бала), печаль ( $0,62 \pm 0,48$  бала).

У групі соматично здорових жінок переважали стенічні емоції ( $0,83 \pm 0,53$  проти  $0,32 \pm 0,31$  бала), в емоційному спектрі вираженими були задоволення ( $1,54 \pm 0,92$  бала), радість ( $1,74 \pm 0,88$  бала), захоплення ( $1,32 \pm 0,75$  бала), упевненість ( $1,85 \pm 0,61$  бала), симпатія ( $1,24 \pm 0,66$  бала), відчуття безпеки ( $1,52 \pm 0,82$  бала).

Дослідження об'єктивного стану обстежених довело, що показники вираженості депресивного стану у жінок із дисфункцією ЩЗ значно перевищували нормативні, у жінок із гіпертиреозом вони корелювали з депресією легкого ( $15,1 \pm 3,7$  бала), а у пацієток із гіпотиреозом — середнього ступеня тяжкості ( $19,0 \pm 5,1$  бала). У жінок із КГ вираженість депресивних проявів була значно нижчою, на рівні норми ( $7,3 \pm 1,7$  бала) (табл. 2).

Депресивні стани різного ступеня вираженості виявлено у 100% пацієток з ендокринними розладами і лише у 12,0% соматично здорових жінок (табл. 2). У хворих на гіпертиреоз депресивний стан формувався на основі проявів депресії здебільшого легкого (61,0%) й середнього (39,0%) ступеня. У пацієток із гіпотиреозом переважав середній (51,8%) ступінь вираженості, легкий спостерігався у 40,7% випадків, тяжкий — у 7,4%. Серед жінок

КГ виявлено депресивні прояви лише легкого ступеня (12%).

Депресивний стан хворих із гіпертиреозом характеризувався, поряд із депресивним настроєм ( $1,81 \pm 0,57$  бала), вираженими проявами психічної ( $2,66 \pm 0,86$  бала) та соматичної ( $2,46 \pm 0,74$  бала) тривоги, ажитації ( $2,41 \pm 0,74$  бала), гастроінтестинальними симптомами ( $0,85 \pm 0,36$  бала) та порушеннями сну ( $0,92 \pm 0,28$  бала). У жінок із гіпотиреозом провідними симптомами, окрім гіпотимії ( $3,02 \pm 0,56$  бала) та інсомнії ( $0,98 \pm 0,13$  бала), були зниження активності ( $3,06 \pm 0,62$  бала), загальмованість ( $2,59 \pm 0,49$  бала), іпохондрія ( $1,93 \pm 0,63$  бала) та загальносоматичні симптоми ( $1,81 \pm 0,70$  бала). Для опитуваних КГ із депресивним станом були притаманні: знижений настрій ( $1,10 \pm 0,80$  бала), соматична ( $0,98 \pm 0,42$  бала) та психічна ( $0,81 \pm 0,80$  бала) тривога, поверхневий сон (середнє безсоння) ( $0,88 \pm 0,32$  бала), зниження активності ( $0,56 \pm 0,50$  бала) та загальносоматичні симптоми ( $0,54 \pm 0,64$  бала), (табл. 3).

Показники психопатологічної тривоги у пацієток із захворюваннями ЩЗ були на рівні тривожного стану з більшою вираженістю у жінок із синдромом гіпертиреозу ( $16,0 \pm 5,2$  бала у Г1 та  $11,0 \pm 4,9$  бала у Г2,  $p < 0,05$ ). В опитуваних КГ рівень тривоги незначно перевищував нормативний ( $7,6 \pm 2,8$  бала,  $p < 0,05$ ) (табл. 4). Субклінічний рівень тривоги виявлено у 84,0% здорових жінок, у 51,9% опитуваних із гіпотиреозом і лише у 10,2% пацієток із гіпертиреозом. У переважній кількості жінок із гіпертиреозом (81,4%) спостерігався тривожний стан і у 8,5% — діагностовано тривожний розлад. У Г2 лише у 48,1% опитуваних установлено тривожний стан, тоді як у КГ — тільки в 16,0% випадків. Тривожний розлад в обстежених Г2 та КГ зареєстровано не було.

Вивчення симптоматичної структури діагностованої патологічної тривоги (табл. 5) дало змогу дійти висновку, що тривожний стан у жінок із гіпертиреозом формувався переважно за рахунок тривожного настрою ( $2,07 \pm 0,95$  бала), вегетативних симптомів ( $1,98 \pm 0,60$  бала), напруження ( $1,56 \pm 0,93$  бала), соматизації тривоги у вигляді гастроінтестинальних ( $1,10 \pm 0,68$  бала) і серцево-судинних ( $1,08 \pm 0,81$  бала) симптомів, супроводжувався гіпотимією ( $1,83 \pm 0,90$  бала), порушеннями сну ( $1,32 \pm 0,81$  бала). У пацієток із гіпотиреозом провідними були інтелектуальні порушення ( $1,43 \pm 0,60$  бала), вегетативні ( $0,93 \pm 0,72$  бала), сенсорні ( $1,11 \pm 0,76$  бала), гастроінтестинальні ( $0,89 \pm 0,90$  бала) симптоми, інсомнія ( $1,09 \pm 0,82$  бала) на фоні тривожно-депресивного настрою ( $0,59 \pm 0,73$  та  $2,70 \pm 0,90$  бала). Психопатологічна тривога у соматично здорових жінок виражалася соматизованими гастроінтестинальними і серцево-судинними

**Вираженість емоцій в обстежених за опитувальником самооцінки емоційного стану  
(за Н. О. Марутою, 2000), бали**

Емоція	Групи		
	Г1, n = 59	Г2, n = 54	КГ, n = 50
Задоволення	0,87±0,56	0,45±0,42	1,54±0,92
Радість	0,91±0,65	0,48±0,30	1,74±0,88
Тріумфування	—	—	0,21±0,18
Захоплення	0,98±0,78	0,32±0,28	1,32±0,75
Упевненість	1,05±0,84	0,40±0,37	1,85±0,61
Гордість	0,40±0,38	0,10±0,9	0,58±0,45
Довіра	0,60±0,55	0,21±0,20	0,84±0,68
Симпатія	0,71±0,50	0,32±0,24	1,24±0,66
Захват	0,21±0,12	—	0,44±0,40
Розчулення	0,55±0,39	0,11±0,12	0,50±0,48
Ніжність	0,48±0,40	—	0,78±0,45
Самовдоволення	0,38±0,40	0,12±0,10	0,70±0,54
Блаженство	—	—	—
Злорадність	—	—	—
Полегшення	0,51±0,48	0,20±0,22	0,68±0,60
Задоволення собою	0,50±0,48	0,24±0,30	0,80±0,74
Відчуття безпеки	0,34±0,28	0,40±0,32	1,52±0,82
Передчуття	0,82±0,60	0,24±0,30	0,50±0,46
Цікавість	0,52±0,48	0,18±0,20	0,69±0,50
Здивування	0,48±0,40	0,20±0,22	0,60±0,55
Байдужість	0,38±0,30	1,28±0,87	0,45±0,40
Незадоволення	1,10±0,80	0,70±0,62	0,82±0,67
Горе (скорбота)	—	—	—
Туга	0,10±0,12	0,32±0,30	—
Печаль	0,30±0,28	0,62±0,48	0,22±0,34
Відчай	—	—	—
Засмучення	0,84±0,50	0,97±0,62	0,70±0,51
Тривога	2,14±0,84	1,02±0,90	0,79±0,60
Образа	1,04±0,80	0,95±0,65	0,70±0,56
Боязнь	1,54±0,84	0,72±0,64	0,60±0,42
Переляк	—	—	—
Страх	1,46±0,88	0,80±0,77	0,78±0,64
Жалість	0,42±0,38	0,10±0,15	0,30±0,35
Співчуття	0,68±0,45	0,20±0,23	0,75±0,55
Жаль	0,80±0,66	0,31±0,30	0,86±0,74
Досада	0,77±0,70	0,24±0,18	0,59±0,56
Гнів	0,62±0,51	—	0,35±0,32
Обурення	0,64±0,44	0,11±0,15	0,41±0,34
Ненависть	—	—	—
Неприязнь	0,19±0,17	—	—
Злість	0,42±0,34	—	0,14±0,16
Сум	0,55±0,41	0,39±0,32	0,42±0,40
Нудьга	—	—	—
Жах	—	—	—
Сором	—	—	—
Лють	—	—	—
Презирство	—	—	—
Огида	—	—	—
Незадоволеність собою	0,65±0,46	0,35±0,30	0,41±0,32

Закінчення табл. 1

Емоція	Групи		
	Г1, n = 59	Г2, n = 54	КГ, n = 50
Загальна середня			
Середня	0,52±0,46	0,27±0,32	0,53±0,48
Максимум	2,14	1,28	1,85
Медіана	0,49	0,20	0,50
Для стенічних емоцій			
Середня	0,54±0,29	0,21±0,15	0,83±0,53
Максимум	1,05	0,48	1,85
Медіана	0,51	0,20	0,70
Для астеничних емоцій			
Середня	0,50±0,54	0,31±0,39	0,32±0,31
Максимум	2,14	1,28	0,86
Медіана	0,42	0,11	0,30

Таблиця 2

## Розподіл обстежених за вираженістю проявів депресії (за шкалою HDRS), %±m

Група	Ступені тяжкості				Вираженість, бали
	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; \* $p < 0,05$ .

Таблиця 3

Вираженість симптомів депресії в обстежених (за HDRS), бали,  $x \pm \sigma$ 

Симптоми	Групи		
	Г1, n = 59	Г2, n = 54	КГ, n = 50
Депресивний настрій	1,81±0,57	3,02±0,56	1,10±0,80
Почуття провини	0,76±0,53	0,78±0,46	0,32±0,50
Суїцидальні наміри	0,25±0,51	0,65±0,70	0
Раннє безсоння	0,56±0,50	0,28±0,45	0,20±0,40
Середнє безсоння	0,92±0,28	0,96±0,19	0,88±0,32
Пізнє безсоння	0,34±0,47	0,98±0,13	0,10±0,30
Зниження активності	0,51±0,59	3,06±0,62	0,56±0,50
Загальмованість	0	2,59±0,49	0,34±0,50
Ажитація	2,41±0,74	0	0,24±0,43
Психічна тривога	2,66±0,86	0,76±0,84	0,81±0,80
Соматична тривога	2,46±0,74	0,52±0,88	0,98±0,42
Гастроінтестинальні	0,85±0,36	0,44±0,50	0,48±0,50
Загально-соматичні	0,48±0,52	1,81±0,70	0,54±0,64
Генітальні	0,32±0,47	0,31±0,46	0
Іпохондрія	0,63±0,88	1,93±0,63	0,36±0,48
Втрата маси тіла	0,32±0,47	0	0
Критичність до стану	0,29±0,45	1,0±0,47	0,34±0,47

симптомами (відповідно 0,86±0,66 та 0,98±0,76 бала), вегетативною симптоматикою (0,82±0,71 бала), тривожним настроєм (0,80±0,63 бала), порушеннями сну (0,71±0,67 бала).

На основі узагальнення клініко-психологічних і психодіагностичних даних нами сформульовано і доведено гіпотезу про формування депресивних та тривожних розладів за участю двох

Таблиця 4

Розподіл обстежених за вираженістю проявів тривоги (за шкалою HARS), %±m

Група	Показники тривоги			Вираженість, бали
	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 5

Структура і вираженість симптомів тривоги в обстежених (за шкалою HARS), бали,  $x \pm \sigma$

Симптоми	Групи		
	Г1, $n = 59$	Г2, $n = 54$	КГ, $n = 50$
Тривожний настрій	2,07±0,95	0,59±0,73	0,80±0,63
Напруження	1,56±0,93	0,19±0,39	0,56±0,57
Страхи	1,07±0,95	0,30±0,46	0,18±0,38
Порушення сну	1,32±0,81	1,09±0,82	0,71±0,67
Інтелектуальні порушення	0	1,43±0,60	0,22±0,41
Депресивний настрій	1,83±0,90	2,70±0,90	0,64±0,69
М'язові	0,56±0,70	0,33±0,47	0,50±0,61
Сенсорні	0,64±0,71	1,11±0,76	0,24±0,43
Серцево-судинні	1,08±0,81	0,44±0,60	0,98±0,76
Респіраторні	0,73±0,82	0,28±0,45	0,48±0,54
Гастроінтестинальні	1,10±0,68	0,89±0,90	0,86±0,66
Сечостатеві	0,42±0,64	0,26±0,44	0,26±0,44
Вегетативні	1,98±0,60	0,93±0,72	0,82±0,71

психопатогенних механізмів: впливу гормонального дисбалансу на функціонування нервової системи (психобіологічний фактор) та особистісно-психосоціальної дезадаптації як наслідку специфіки взаємодії на фоні психоемоційних зрушень (вториннопсихогенний фактор).

Призначення лікарем-ендокринологом медикаментозної терапії нормалізувало гормональну функцію ЩЗ, у зв'язку з чим спостерігалось покращання стану психічної сфери пацієнток. Участь психолога полягала у мотивації хворих на терапію, налаштування на партнерські стосунки з медичним персоналом, посилення їх прихильності до лікування. Основним же завданням спеціаліста з психічного здоров'я була цільова психокорекція, спрямована на психічні зміни, обумовлені захворюванням, які спричиняли напружені стосунки у сім'ї, на роботі, а також особистісну та психосоціальну дезадаптацію.

Таким чином, виявлено, що гормональний дисбаланс ЩЗ змінював спектр та інтенсивність психоемоційних переживань у бік астеничних емоцій, обумовлював появу психічних розладів депресивного та тривожного кола, вираженість та структура яких різнилася залежно від типу гормональної

дисфункції. Для жінок із гіпотиреозом властивими були вищі рівні депресії, у пацієнток із гіпертиреозом домінували тривожно-депресивні стани.

У жінок із гіперфункцією ЩЗ були виражені негативні емоції та акцент на переживання тривожного кола; для пацієнток із гіпофункцією притаманними були зниження амплітуди та інтенсифікація тривожно-депресивних емоцій.

Депресивний симптомокомплекс у пацієнток із гіпо- та гіперпродукцією тиреоїдних гормонів мав відмінності: при гіпертиреозі провідними були гіпотимія, загальмованість, іпохондрія, загальносоматичні симптоми, порушення сну; а при гіпертиреозі — депресивний настрій, психічна та соматична тривога, ажитація, гастроінтестинальні симптоми, безсоння.

Поміж тривожних станів при гіпертиреозі провідними були тривожний настрій, напруження, вегетативні, гастроінтестинальні, серцево-судинні симптоми, безсоння; при гіпотиреозі — інтелектуальні зрушення, вегетативні, сенсорні, гастроінтестинальні симптоми, інсомнія і тривожно-депресивний настрій.

Депресивні та тривожні розлади у пацієнток з ендокринною патологією формувалися під



впливом психобіологічного та вториннопсихогенного чинників, що повинно бути враховано при наданні медико-психологічної допомоги даній категорії хворих.

Медико-психологічна допомога жінкам із дисфункцією ЩЗ має бути спрямована на формування прихильності до лікування та психокорекції станів особистісної і психосоціальної дезадаптації, спричиненої вторинною психотравматизацією.

#### Список літератури

1. *Паньків В. І.* Синдром гіпотиреозу / В. І. Паньків // Міжнар. ендокринологічний журн.— 2012.— № 5 (45).— С. 136–148.
2. *Сидорова Н. Н.* Субклинический гипертиреоз: важность своевременной диагностики [Електронний ресурс] / Н. Н. Сидорова // Therapia: укр. мед. вісн.— 2010.— № 12 (53).— Режим доступу: <http://therapia.ua/therapia/2010/12/subklinicheskij>.
3. *Антонова К. В.* Тиреотоксикоз. Изменения психики. Возможности лечения / 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 / Aszalós Zsuzsa // Hung. Med. J.— 2007.— № 4.— P. 429–441.
5. *Bunevičius R.* Thyroid Disease and Mental Disorders: Cause and Effect or Only comorbidity? / R. Bunevičius, J. Arthur // Curr. Opin. Psychiatry.— 2010.— Vol. 23 (4).— P. 363–368.
6. *Geraciotti T. D.* Identifying hypothyroidism's psychiatric presentations [Електронний ресурс] / T. D. Geraciotti // Current Psychiatry.— 2006.— Vol. 5, № 11.— Режим доступу: <http://www.currentpsychiatry.com/home/article/identifying-hypothyroidisms-psychiatric-presentations/190d5808f9bdd646cf3a8560587e35cc.html>.
7. *Geraciotti T. D.* Identifying hyperthyroidism's psychiatric presentations [Електронний ресурс] / T. D. Geraciotti // Current Psychiatry.— 2006.— Vol. 5, № 12.— Режим доступу: [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. *Подкорытов В. С.* Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
9. *Марута Н. А.* Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: моногр. / Н. А. Марута.— Харьков: Арсис, 2000.— 160 с.

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ РАССТРОЙСТВ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С ТИРЕОПАТИЯМИ

Е. А. ВАРИБРУС

**Изучены особенности депрессивных и астенических расстройств у женщин в зависимости от гипо- и гиперфункции щитовидной железы. Тиреопатии сопровождались изменением спектра и интенсивности психоэмоциональных переживаний в сторону возрастания астенических эмоций, возникновением психических расстройств депрессивного и тревожного круга, выраженность и структура которых различались в зависимости от типа гормональной дисфункции. У женщин с гипотиреозом преобладает депрессия, у пациенток с гипертиреозом — тревожно-депрессивные состояния, которые формировались под влиянием психобиологического и вторичнопсихогенного факторов, что было учтено при оказании им медико-психологической помощи.**

*Ключевые слова:* гипотиреоз, гипертиреоз, щитовидная железа, депрессивное расстройство, тревожные расстройства, психологическая помощь.

### COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL PHENOMENOLOGY OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN WITH THYROID PATHOLOGY

H. A. VARIBRUS

**The features of depressive and asthenic disorders were investigated in women depending on hypo- and hyperfunction of the thyroid gland. Thyroid pathology was accompanied by changes in the spectrum and intensity of psychoemotional experience with growing asthenic emotions, depressive and anxious disorders, the incidence and structure of which depended on the type of hormonal dysfunction. The women with hypothyroidism were characterized by high level of depression, the patients with hyperthyroidism — anxious-depressive syndrome, formed under the influence of psychobiological and secondary psychogenic factors, which was considered when providing medical and psychological assistance to this category of patients.**

*Key words:* hypothyroidism, hyperthyroidism, thyroid gland, depressive disorder, anxious disorder, psychological help.

Надійшла 21.08.2015