

A megküzdési stratégiák, a depresszió és a szorongás szerepe a pajzsmirigybetegségekben

Pápai Annamária ■ Coşa Lucica Emilia dr.
Cozma Maria Melania ■ Mihai Adriana dr.

Marosvásárhelyi George Emil Palade Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem,
Marosvásárhely, Románia

Bevezetés: A tudományos szakirodalomban számos kérdés fogalmazódik meg a pajzsmirigybetegségeket befolyásoló pszichológiai tényezőkről. Kevés tanulmány készült a pajzsmirigybetegségek és a megküzdési stratégiák kapcsolatáról.

Célkitűzés: Jelen tanulmányunk célja felmérni a megküzdési stratégiák, a depresszió és a szorongás szintjének változásait a pajzsmirigybeteg (hyperthyreosis és hypothyreosis) esetében a gyógyszeres kezelés (Thyrozol és Euthyrox) hatására.

Módszer: A betegeket a szakorvos diagnózisa, illetve a TSH- és fT_4 -szint alapján hyperthyreosis- (n = 10) és hypothyreosis- (n = 21) csoportba soroltuk. Mindkét csoport tagjait az endokrinológiai kezelés előtt és után pszichológiai felmérésnek vetettük alá. A felmérés során a megküzdési stratégiák felméréséhez a következő skálákat alkalmaztuk: Kognitív Érzelem Szabályozás Kérdőív (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ), Hobfoll-féle Megküzdési Stratégia Kérdőív (Strategic Approach to Coping Scale – SACS). A Beck Depresszió Kérdőívet (Beck Depression Inventory – BDI-II) alkalmaztuk a depresszió felmérésére, az Állapot- és Vonásszorongás Kérdőívet (State-Trait Anxiety Inventory, Form Y – STAI-Y) a szorongás szintjének felmérésére.

Eredmények: A két csoport pszichológiai és laboreredményeit összehasonlítottuk a gyógyszeres kezelés előtt és után. Mind a hyperthyreosisban, mind a hypothyreosisban szenvedő betegeknél magas volt a depresszió és a szorongás szintje. A hyperthyreosisban szenvedő betegeknél a depresszió magasabb. A gyógyszeres kezelés után a depresszió és a szorongás szintje csökkent mindkét csoportban, a megküzdési stratégiák többnyire változatlanok maradtak.

Következtetések: Pajzsmirigybetegknél a kognitív viselkedésbeli pszichoterápiás beavatkozás a gyógyszeres kezelés kiegészítő alternatívája lehet a szorongás és a depresszió szintjének csökkentése és a diszfunkcionális megküzdési stratégiák módosítása szempontjából.

Orv Hetil. 2021; 162(7): 262–268.

Kulcsszavak: megküzdési stratégiák, szorongás, depresszió, hyperthyreosis, hypothyreosis

The role of coping strategies, depression and anxiety in thyroid disease

Introduction: There is a high interest in the scientific literature in psychological factors that influence the course of thyroid disease. There are a few studies on the link between thyroid disease and coping strategies.

Objective: In the present study, we aimed to evaluate the manifestation of depression, anxiety and coping strategies in people with thyroid disease and the impact of endocrinological medication on these psychologic items.

Method: The patients were grouped into two groups, hyperthyroid (n = 10) and hypothyroid (n = 21), according to the diagnosis established by the attending physician, TSH and fT_4 level. Patients with hyperthyroidism and hypothyroidism were evaluated before and after endocrinological treatment with the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Strategic Approach to Coping Scale (SACS) for the evaluation of coping strategies, Beck Depression Inventory (BDI-II) for assessing the level of depression, State-Trait Anxiety Inventory, Form Y (STAI-Y) for assessing anxiety. These two groups have been compared.

Results: The psychological and laboratory results of the two groups were compared before and after drug treatment. Both patients with hyperthyroidism and with hypothyroidism had high levels of depression and anxiety. In hyperthyroidism, depression is more severe. Following treatment with Thyrozol and Euthyrox, the level of depression and anxiety decreases in patients with hyper- and hypothyroidism; the coping strategies remained almost unchanged.

Conclusion: Cognitive-behavioral psychotherapeutic intervention could be supplementary to drug treatment in terms of reducing anxiety, depression, and modifying dysfunctional coping strategies for patients with thyroid diseases.

Keywords: coping strategies, anxiety, depression, hypothyroidism, hyperthyroidism

Pápai A, Coşa LE, Cozma MM, Mihai A. [The role of coping strategies, depression and anxiety in thyroid disease]. *Orv Hetil.* 2021; 162(7): 262–268.

(Beérkezett: 2020. június 12.; elfogadva: 2020. július 11.)

Rövidítések

BDI-II = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; CERQ = (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) Kognitív Érzelem Szabályozás Kérdőív; df = (degree of freedom) szabadságfok; fT₄ = szabad tiroxin-szint; L-T4 = levotiroxin; M = átlag; SACS = (Strategic Approach to Coping Scale) Hobfoll-féle Megküzdési Stratégia Kérdőív; STAI-Y = (State-Trait Anxiety Inventory, Form Y) Állapot- és Vonás-szorongás Kérdőív; TSH = (thyroid-stimulating hormone) pajzsmirigy-stimuláló hormon

A tudományos szakirodalomban nagy az érdeklődés a pajzsmirigybetegségek lefolyását befolyásoló pszichológiai tényezők iránt. Egy tanulmány során [1], amely a pszichológiai tényezők szerepét vizsgálta a gyógyszeres kezelés alatt álló betegek hyperthyreosisának kórlefolásában, kimutatta, hogy egyes személyiségjegyek – a hypochondria, a mentális fáradtság, a depresszió és a paranoia – kockázati tényezőknek számítanak a betegség kiújulásában.

Egy másik kutatás során [2] a szakemberek kiemelték a stresszkelteő életesemények és a hyperthyreosis közötti kapcsolatot, kimutatva, hogy a háború során az ebben a pajzsmirigybetegségben szenvedők száma magasabb volt a háború előtti átlagnál. Az emberek a stresszkelteő események által kiváltott feszültségekre különböző megküzdési stratégiákkal reagálnak. A megküzdési stratégiák olyan érzelmi, kognitív és magatartási mechanizmusok, amelyeket tudatosan és/vagy ösztönösen használunk a feszült helyzetek negatív hatásainak elkerülésére és/vagy feldolgozására. Adott megküzdési stratégiák (stratégiaminták) szervi és pszichológiai betegségekkel társulhatnak [3, 4]. Egyes elméletek szerint azonban a megküzdési stratégiák dinamikusak, és változhatnak új környezeti események hatására [5]. A megküzdési stratégiák időbeli állandósága vagy rugalmassága egyénfüggő [6]. Minél rugalmatlanabbak egy egyénnek a megküzdési stratégiái, annál hajlamosabb a szervi és a pszichopatológias megbetegedésekre [7, 8].

Számos tanulmány [9, 10] kimutatta, hogy a pajzsmirigybetegségben szenvedők körében gyakrabban fordul elő szorongás és depresszió, mint a klinikailag egészséges embereknél. Ami a hyperthyreosis és hypothyreosisos betegeket illeti, mindkét csoportban kimutatható a szo-

rongás és depresszió jelenléte, különböző mértékben [11–14]. Egy másik tanulmány [15] rámutatott arra, hogy az ok-okozati összefüggés kétirányú lehet: a szorongás és a depresszió a pajzsmirigy működési rendellenességeihez vezethet, míg a pajzsmirigybetegségek fokozhatják a szorongás és a depresszió súlyosságát.

Egyes tanulmányok [16–18] a pajzsmirigy-túlműködés és a depresszió, valamint a szorongás összefüggéseire összpontosítottak, mások [19, 20] a pajzsmirigy-elégtelenség és a depresszió kapcsolatát bizonyították. Néhány kutatás [21, 22] pedig nem talált szignifikáns összefüggést a pajzsmirigy-túlműködés, illetve a depresszió és a szorongás között.

A hypothyreosisban szenvedő betegeknél a levotiroxinnal (L-T4) való kezelés – amely csökkenti a TSH-szintet – az esetek többségében [22–25] nem befolyásolja a szorongást és a depressziót, ezek tünetei nem javulnak számottevően. Egy másik tanulmányban [26] kimutatták, hogy a gyógyszeres kezelés szignifikánsan javította az életminőséget (ideértve a depresszió és a szorongás csökkenését is) a hypothyreosisban szenvedő betegek körében, a Thyrozol-kezelés után azonban nem észleltek számottevő változásokat a hyperthyreosisban szenvedő betegek életminőségében.

Jelen tanulmányunk célja felmérni a megküzdési stratégiák, a depresszió és a szorongás szintjének változásait a pajzsmirigybetegek (hyperthyreosis és hypothyreosis) esetében a gyógyszeres kezelést (Thyrozol és Euthyrox) követően. Hipotézisünk az, hogy a gyógyszeres kezelés hatására a pajzsmirigybetegségben szenvedő betegeknél csökken a depresszió és a szorongás szintje, ugyanakkor megküzdési stratégiáik rugalmatlanok, és nem változnak számottevően.

Módszer

Minta

Prospektív megfigyelő tanulmányunkba 50 új pajzsmirigybeteget vettünk be, közülük a jelen tanulmány statisztikai feldolgozásához 31 fő adatait tudtuk felhasználni. A résztvevők között 4 férfi és 27 nő volt. A pajzsmirigybetegségek előfordulása a nők körében gyakoribb. A kitöltők kora 25–76 év, átlagéletkora 46,05 év volt (szórás: 9,89 év). A tanulmány és az adatfelvétel

2019. szeptember és 2020. május között zajlott olyan frissen diagnosztizált pajzsmirigybetegekkel, akiket endokrinológiai járóbeteg-ellátásban értünk el. Minden résztvevő tájékoztató beleegyezést írt alá. A tanulmány a Marosvásárhelyi George Emil Palade Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem etikai jóváhagyásával rendelkezik.

A vizsgált betegek bevonási kritériuma a következő volt: új pajzsmirigybetegséggel diagnosztizált páciensek, akik korábban nem kaptak endokrinológiai gyógyszeres kezelést. A diagnózist a laboratóriumi eredmények és orvosi vizsgálat alapján a szakorvos állította fel. A betegeket a kezelőorvos által megállapított diagnózis, a TSH- és fT_4 -szint alapján hyperthyreosis- ($n = 10$) és hypothyreosis- ($n = 21$) csoportba soroltuk. A pajzsmirigy-elégtelenségben és a pajzsmirigy-túlműködésben szenvedő betegeket az endokrinológiai kezelés előtt és után pszichológiai felmérésnek vetettük alá. A két felmérés között eltelt időintervallum 3–9 hónap volt.

A vizsgált betegek kizárási kritériumai a következők voltak: akik megtagadták a részvételt a tanulmányban, olyanok, akiket előzetesen depresszióval vagy más pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltak, ha valakit korábban hormontartalmú gyógyszerekkel kezeltek, ha pszichoterápiás kezelésben vettek részt, akik nem tudtak írni, vagy nem tudták megérteni a pszichológiai skálák kérdéseit és követelményeit, akiknek nem volt megfelelő szakorvosi diagnózisuk, vagy hiányos volt a laboreredményük. A betegek tanulmányba való felvételének folyamatát az 1. táblázat tartalmazza.

Alkalmazott kérdőívek

A tanulmány során a gyógyszeres kezelés előtt és után négy kérdőívet töltöttek ki a pajzsmirigybetegek.

A kognitív érzelem szabályozásának mérésére a Kognitív Érzelem Szabályozás Kérdőívet (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire CERQ) [4] alkalmaztuk: ez 9 megküzdési stratégiát tartalmaz, amelyek révén az embe-

rek gondolataikat és emócióikat szabályozzák, amikor félelmetes vagy stresszkelző helyzetekre válaszolnak. A kérdőív a következő 9 kognitív, érzelmi megküzdési stratégiát foglalja magában: önhibáztatás, elfogadás, a gondolatokra való összpontosítás, pozitív újrafókuszálás, gondolati újratervezés, pozitív újraértékelés, új perspektívába helyezés, katasztrofizálás, mások hibáztatása.

Az önhibáztatás olyan gondolatokra vonatkozik, amelyekben az emberek önmagukat okolják a történetek miatt. Az elfogadás azokra a gondolatokra reflektál, amelyekben a személy elfogadja, ami történt anélkül, hogy bármit is próbálna tenni az adott helyzettel kapcsolatosan. A gondolatokra való összpontosítás azt az érzelmen és gondolatokon való rágódást jelenti, mely a negatív eseményekhez kapcsolódik. A pozitív újrafókuszálás olyan gondolatokra és érzelmekre vonatkozik, amelyek által a megtörtént eseményeknek pozitív előjelet tulajdonít a személy – ez tulajdonképpen a személyes növekedést segíti elő. Az új perspektívába helyezés olyan gondolkodásmód, amely bármilyen helyzetet kezelhetővé tesz, és lehetővé teszi az életben rejlő lehetőségek teljes kihasználását. A katasztrofizálás során egy relatíve jelentéktelen történést katasztrofálisnak ítélnék meg az emberek. Mások hibáztatása során a negatív vagy stresszes esemény okát másokban keresik.

A Hobfoll-féle Megküzdési Stratégia Kérdőívet (Strategic Approach to Coping Scale – SACS) [27] alkalmaztuk annak felmérésére, hogy a páciensek problémacentrikusan vagy érzelmektől vezérelten próbálnak megoldani egy adott élethelyzetet, az én védelme vagy a konstruktív problémamegoldás kerül-e központba. A kérdőív aktivitás-passzivitás, proszociális-antiszociális dimenziók mentén méri az páciensek által alkalmazott megküzdési stratégiákat nehéz élethelyzetekben [28]. A kérdőív által mért dimenziók a következők: aszertív cselekedet, társas kapcsolódás, a társas támasz igénye, aggódó cselekvés, ösztönös cselekvés, elkerülés, indirekt cselekvés, antiszociális cselekvés és agresszív cselekvés.

A Beck Depresszió Kérdőívet (Beck Depression Inventory, Second Edition – BDI-II) alkalmaztuk a depresszió felmérésére. A BDI-II olyan önértékelési skála, amely 21 kérdésből áll, és amelynek célja a depressziós tünetek súlyosságának felmérése 13 évesnél idősebb serdülők és felnőttek körében [29].

Az Állapot- és Vonásszorongás Kérdőívet (State-Trait Anxiety Inventory, Form Y – STAI-Y) alkalmaztuk a szorongás szintjének felmérésére. A STAI-Y a szorongást mint állapotot és a szorongást mint személyiségjegyet méri. A szorongás mint állapot átmeneti válasz egy stresszes helyzetre, olyan, amely magában foglalja a feszültséget, a félelmet és a különféle fiziológiás változásokat. A szorongás mint vonás tulajdonképpen stabil személyiségjegy, amely hajlamosítja az embert a szorongás állapotára, amikor stresszt okozó helyzetekkel találkozik [30].

1. táblázat | A betegek tanulmányba való felvételének folyamata

Sorszám	A folyamat szakaszai	A betegek száma
1.	A járóbeteg-ellátásban diagnosztizált pajzsmirigybetegek	187
2.	Gyógyszeres kezelésben részesült betegek	137
3.	Új páciensek gyógyszeres kezelés nélkül	50
4.	Írásos beleegyezés	48
5.	A laboratóriumi eredmények feldolgozásának elutasítása	3
6.	Előzetes pszichiátriai kezelés	9
4.	A pszichológiai felmérés elutasítása	2
5.	Hiányosan kitöltött adatlapok	3
6.	A kutatásban részt vevő betegek	31

Laboratóriumi értékek

A járóbeteg-klinika laboratóriuma által használt standard értékeket vettük figyelembe: fT_4 (0,8–1,9 ng/ml), TSH (0,4–4 mU/l).

Statisztikai analízis

A kapott adatok feldolgozására leíró statisztikai elemzést végeztünk. A gyógyszeres kezelés előtti és utáni értékek változásainak összehasonlítására független kétmintás t-próbát alkalmaztunk. A két csoport (hyperthyreosis és hypothyreosis) közötti különbség összehasonlítására egymintás t-próbát alkalmaztunk. A hatásnagyságot a Cohen-féle d-érték kiszámításával határoztuk meg, értékének nagyságát a 0,01–2,0 intervallumban értelmeztük [31]. A változók közötti lineáris kapcsolat kimutatására a

Pearson-féle korrelációs együtthatót alkalmaztunk. Szignifikáns eredménynek a $p < 0,05$ értéket tekintettük. Az elemzéseket az SPSS Statistics 22.0 programcsomaggal (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) végeztük.

Eredmények

A tanulmány során felmértük a pajzsmirigybetegek megküzdési stratégiáit, szorongás- és depressziószintjét a gyógyszeres kezelés előtt és után. A szignifikáns különbségek a 2. táblázatban láthatók.

Ami a megküzdési stratégiákat illeti, a mért 18 megküzdési stratégia közül 3-nál találtunk szignifikáns különbséget a gyógyszeres kezelés előtt és után. A gyógyszeres kezelést követően csökkent a társas támasz iránti igény ($t [30] = 3,133$, $p = 0,004$), $d = 1,001$ és az elfo-

2. táblázat | A pajzsmirigybetegek megküzdési stratégiáinak, szorongás- és depressziószintjének változása a gyógyszeres kezelést követően

A kérdőív dimenziói	M/SD a gyógyszeres kezelés előtt	M/SD a gyógyszeres kezelés után	95%-os konfidenciaintervallum		t	df	Sig
			Alsó határ	Felső határ			
SACS							
Asszertív cselekedet	31,10 ± 4,534	30,52 ± 3,846	-0,421	1,582	1,184	30	0,246
Társas kapcsolódás	18,13 ± 3,730	17,61 ± 2,860	-0,097	1,129	1,720	30	0,096
<i>A társas támasz igénye</i>	<i>23,52 ± 4,202</i>	<i>22,26 ± 3,669</i>	<i>0,438</i>	<i>2,078</i>	<i>3,133</i>	<i>30</i>	<i>0,004</i>
Aggódó cselekvés	16,65 ± 3,115	16,52 ± 2,719	-0,332	0,591	0,571	30	0,572
Ösztönös cselekvés	20,61 ± 4,201	20,35 ± 4,071	-0,176	0,692	1,215	30	0,234
Elkerülés	16,61 ± 4,104	16,94 ± 4,049	-0,932	0,287	-1,081	30	0,288
Indirekt cselekvés	9,61 ± 3,584	10,32 ± 3,646	-1,457	0,037	-1,941	30	0,062
<i>Antiszociális cselekvés</i>	<i>10,81 ± 3,506</i>	<i>11,35 ± 3,517</i>	<i>-1,066</i>	<i>-0,031</i>	<i>-2,165</i>	<i>30</i>	<i>0,038</i>
Agresszív cselekvés	12,84 ± 3,606	13,03 ± 3,545	-0,707	0,320	-0,769	30	0,448
CERQ							
Önhibáztatás	9,87 ± 2,391	10,06 ± 2,489	-0,948	0,561	-0,524	30	0,604
<i>Elfogadás</i>	<i>13,32 ± 2,676</i>	<i>12,58 ± 2,187</i>	<i>0,215</i>	<i>1,269</i>	<i>2,875</i>	<i>30</i>	<i>0,007</i>
A gondolatokra való összpontosítás	12,81 ± 2,638	12,58 ± 2,419	-0,273	0,724	0,925	30	0,362
Pozitív újrafókuszálás	11,26 ± 3,873	11,52 ± 3,065	-1,067	0,551	-0,651	30	0,520
Gondolati újratervezés	14,52 ± 3,075	14,45 ± 2,942	-0,487	0,616	0,239	30	0,813
Pozitív újraértékelés	14,87 ± 3,471	14,74 ± 3,296	-0,117	0,375	1,072	30	0,292
Új perspektívába helyezés	12,26 ± 3,975	12,10 ± 3,487	-0,567	0,889	0,452	30	0,654
Katasztrofizálás	8,00 ± 3,109	8,06 ± 2,851	-0,405	0,276	-0,387	30	0,702
Mások hibáztatása	7,29 ± 1,901	7,61 ± 1,647	-0,761	0,115	-1,504	30	0,143
BDI-II							
<i>A depresszió szintje</i>	<i>14,45 ± 5,585</i>	<i>10,32 ± 4,497</i>	<i>2,970</i>	<i>5,288</i>	<i>7,276</i>	<i>30</i>	<i>0,001</i>
STAI-Y							
<i>Állapotszorongás</i>	<i>60,42 ± 7,032</i>	<i>51,65 ± 7,657</i>	<i>6,640</i>	<i>10,908</i>	<i>8,397</i>	<i>30</i>	<i>0,001</i>
<i>Vonásszorongás</i>	<i>56,74 ± 6,986</i>	<i>52,94 ± 5,785</i>	<i>2,798</i>	<i>4,815</i>	<i>7,707</i>	<i>30</i>	<i>0,001</i>

BDI-II = Beck Depresszió Kérdőív; CERQ = Kognitív Érzelem Szabályozás Kérdőív; df = szabadságfok; M = átlag; SACS = Hobfoll-féle Megküzdési Stratégia Kérdőív; SD = standard deviáció; Sig = szignifikancia; STAI-Y = Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív

Szignifikáns eredménynek a $p < 0,05$ értéket tekintettük.

gadás ($t [30] = 2,875$, $p = 0,007$), $d = 0,997$. A kezelést követően viszont növekedett az antiszociális cselekvés használata ($t [30] = -2,165$, $p = 0,038$). A Cohen-féle hatásnagyság értéke $d = 0,985$. A mért átlagokat és a szórást a 2. táblázat tartalmazza. A többi 15 megküzdési stratégia esetében nem tapasztaltunk statisztikailag szignifikáns változást a gyógyszeres kezelést követően.

A gyógyszeres kezelést követően csökkent a depresszió ($t [30] = 7,276$, $p = 0,001$), $d = 1$ és a szorongás szintje egyaránt. Csökkent az állapotszorongás ($t [30] = 8,397$, $p = 0,001$), $d = 0,999$ és a vonásszorongás is ($t [30] = 7,707$, $p = 0,001$), $d = 0,998$.

A gyógyszeres kezelés előtt szignifikáns különbségeket tapasztaltunk a két csoport (hyperthyreosis és hypothyreosis) között a depresszió szintjére vonatkozólag ($t [29] = -2,319$, $p = 0,028$). A hyperthyreosisban szenvedő betegek körében súlyosabb a depresszió, átlagosan magasabb pontszámot értek el ($M = 17,60$, szórás = $5,104$), mint a hypothyreosisban szenvedők ($M = 12,95$, szórás = $1,114$). A Cohen-féle hatásnagyság értéke $d = 0,921$. A gyógyszeres kezelés után is szignifikáns különbségek tapasztalhatók a depresszió szintjére vonatkozólag a két csoport (hyperthyreosis és hypothyreosis) között ($t [29] = -2,046$, $p = 0,050$). A hyperthyreosisban szenvedő betegek átlagosan magasabb pontszámot értek el a depressziószint vonatkozásában ($M = 12,60$, szórás = $4,671$), mint a hypothyreosisban szenvedő betegek ($M = 9,24$, szórás = $4,085$). A Cohen-féle hatásnagyság értéke $d = 0,812$.

A hyperthyreosisban szenvedő betegek depressziószintje pozitív korrelációt mutat az állapotszorongással ($0,662^*$, $p < 0,05$) és a vonásszorongással ($0,635^*$, $p < 0,05$). A hypothyreosisban szenvedő betegek depressziószintje szintén pozitív összefüggést mutat az állapotszorongással ($0,660^*$, $p < 0,05$) és a vonásszorongással ($0,693^*$, $p < 0,05$).

A továbbiakban szignifikáns különbségeket mértünk a megküzdési stratégiákra, a depresszióra és a szorongásra vonatkozólag a gyógyszeres kezelés előtt és után, lebontva a hyperthyreosisban és a hypothyreosisban szenvedő betegekre. A gyógyszeres kezelést követően a TSH és a fT_4 szintje mindkét csoportban normálértékeket mutatott.

A hyperthyreosisban szenvedő betegeknél tapasztalt eredmények a gyógyszeres kezelés után

A hyperthyreosisban szenvedő betegek esetében a gyógyszeres kezelést követően a vizsgált 18 megküzdési stratégia közül csak 1 megküzdési stratégiában találtunk szignifikáns különbséget. A gyógyszeres kezelést követően a hyperthyreosisban szenvedő betegeknél növekedett az antiszociális cselekvés ($t [9] = -2,319$, $p = 0,028$), $d = 0,775$.

A depresszió szintje a gyógyszeres kezelést követően csökkent ($t [9] = 5,175$, $p = 0,001$), $d = -1,636$. A gyógyszeres kezelést követően csökkent az állapotszo-

rongás ($t [9] = 4,420$, $p = 0,002$), $d = 1,397$ és a vonásszorongás is ($t [9] = 6,021$, $p = 0,001$), $d = 1,573$.

A gyógyszeres kezelést követően szignifikánsan növekedett a hyperthyreosisban szenvedő betegek TSH-szintje ($t [9] = -5,056$, $p = 0,001$), $d = 1,598$; a fT_4 -szint nem változott szignifikánsan.

A hypothyreosisban szenvedő betegeknél tapasztalt eredmények a gyógyszeres kezelés után

A hypothyreosisban szenvedő betegek esetében a gyógyszeres kezelést követően a vizsgált 18 megküzdési stratégia közül 4-nél találtunk szignifikáns változást. A gyógyszeres kezelést követően csökkent a társas támasz iránti igény ($t [20] = 2,878$, $p = 0,009$), $d = 1$ és az elfogadás ($t [20] = 2,146$, $p = 0,044$), $d = 1,001$.

A hypothyreosisban szenvedő betegek esetében a gyógyszeres kezelést követően növekedett a társas kapcsolódás iránti igény ($t [20] = -14,821$, $p = 0,001$), $d = 0,999$ és mások hibáztatása ($t [20] = -2,423$, $p = 0,025$), $d = 1,002$.

A depresszió súlyossága a hypothyreosisban szenvedő betegeknél a gyógyszeres kezelést követően csökkent ($t [20] = 5,326$, $p = 0,001$), $d = 0,998$. A szorongás tünete a gyógyszeres kezelést követően enyhültek, csökkent az állapotszorongás ($t [20] = 7,003$, $p = 0,001$), $d = 1$ és a vonásszorongás ($t [20] = 6,021$, $p = 0,001$), $d = 0,999$.

A gyógyszeres kezelést követően szignifikánsan csökkent a hypothyreosisban szenvedő betegek TSH-szintje ($t [20] = 2,457$, $p = 0,023$), $d = 1$, a fT_4 -szintjük pedig növekedett ($t [20] = -3,917$, $p = 0,001$), $d = 0,999$.

Megbeszélés

A pajzsmirigybetegségek, a szorongás és a depresszió kapcsolatára vonatkozó kutatások eredményei nem mindig egyértelműek. Egyes tanulmányok [17, 18] hangsúlyozták a hypothyreosis és a depresszió kapcsolatát, míg más kutatások [19] a depresszió és a hyperthyreosis kapcsolatát bizonyították. Számos tanulmány [11–14] kimutatta a depresszió és a szorongás magas szintjét mind a hyperthyreosisban, mind a hypothyreosisban szenvedő betegek körében. Jelen tanulmányunk során mind a hyperthyreosisban, mind a hypothyreosisban szenvedő betegek esetén magas depresszió- és szorongásmutatókat találtunk. A depresszió szempontjából szignifikáns különbségeket tapasztaltunk a két betegcsoport között, így a depresszió súlyosabb hyperthyreosisban. A szorongást illetően nincs szignifikáns különbség a két betegcsoport között.

Néhány tanulmány [22–25] kimutatta, hogy a hypothyreosisban és hyperthyreosisban szenvedő betegek esetében a gyógyszeres kezelést követően normalizálódott a TSH- és fT_4 -szint, ám a depresszió szintje az esetek többségében magasabb maradt a gyógyszeres kezelés

után is. Jelen tanulmányunkban, amelyben összehasonlítottuk a hyperthyreosisban és hypothyreosisban szenvedő betegek eredményeit a gyógyszeres kezelés előtti és utáni időszakban, a gyógyszeres kezelés után mindkét betegcsoportnál enyhébb depressziót és szorongást tapasztaltunk. Azonban a gyógyszeres kezelés után mért depresszió- és szorongásértékek átlagon felüliek, és klinikai szempontból magasnak bizonyulnak.

Jelen tanulmányunk innovatív módon járult hozzá a pajzsmirigybetegségben szenvedő betegek diszfunkcionális megküzdési stratégiáinak feltárásához. A gyógyszeres kezelés jelentősen csökkenti a depresszió és a szorongás mértékét mind a hyperthyreosisban, mind a hypothyreosisban szenvedő betegek esetében; ami a megküzdési stratégiákat illeti, a gyógyszeres kezelést követően a mért megküzdési stratégiáknak igen alacsony hányada mutat statisztikailag szignifikáns változásokat.

A pszichológiában a *megküzdési stratégiák* azok a tipikus és időben megrögzült kognitív és érzelmi megközelítésmódok, amelyeket az emberek akkor használnak, amikor egy megoldásra váró problémával vagy stresszhelyzettel szembesülnek [27]. Általában véve a pajzsmirigybetegeknél a gyógyszeres kezelést követően a vizsgált 18 megküzdési stratégia közül csökkent a társas támasz és az elfogadás iránti igény, és növekedett az antiszociális megküzdési stratégiák használatának mértéke.

Csoportokra osztva a pajzsmirigybetegeket, a következő eredmények körvonalazódtak: a hyperthyreosisban szenvedő betegek esetében a megfigyelt megküzdési stratégiák közül csak az antiszociális cselekvés növekedett szignifikánsan a gyógyszeres kezelést követően. Az antiszociális cselekvés arra a tényre utal, hogy a hyperthyreosisban szenvedő betegek akkor is saját céljaikat követik, ha ezzel ártanak másoknak. Ami a hypothyreosisban szenvedő betegeket illeti, a vizsgált megküzdési stratégiából a gyógyszeres kezelést követően 4-nél nyilvánult meg szignifikáns változás: csökkent az elfogadás és a társas támasz iránti igény, és növekedett a társas kapcsolódás igénye és a mások hibáztatása. Klinikai értelemben minél egészségesebbnek érezték magukat a betegek, annál kevésbé volt szükségük mások támogatására.

A megküzdési stratégiák jelen tanulmányunk eredményei alapján nem módosultak jelentősen a gyógyszeres kezelést követően, ami egyrészt bizonyítja a megküzdési stratégiák időbeli állandóságát a pajzsmirigybetegeknél, másrészt hogy a gyógyszeres kezelés hatására nem változnak lényegesen. A kognitív-viselkedési terápián alapuló beavatkozások azonban segíthetnek a diszfunkcionális megküzdési stratégiák átalakításában [32]. Az élet eseményeitől nem lehet elmenekülni, a pszichológusok által javasolt problémaközpontú és proaktív megküzdési stratégiák hasznosak lehetnek a pajzsmirigybetegek életminőségének javításában. Kognitív-viselkedésbeli pszichoterápián alapuló beavatkozások hatására erősíthetők a problémaközpontú, proaktív megküzdési stratégiák és restrukturálhatók a diszfunkcionális megküzdési stratégiák.

Következtetések

A gyógyszeres kezelést követően a TSH- és fT_4 -szint normalizálódott, a depresszió és a szorongás szintje csökkent mind a hyperthyreosisban, mind a hypothyreosisban szenvedő betegek esetében, a megküzdési stratégiák azonban szinte változatlanok maradtak. A pajzsmirigybetegeknél a gyógyszeres kezelést követően a depresszió és a szorongás szintje csökkent, klinikai szempontból azonban még mindig nagynak tekinthetők, átlag fölötti értékeket mutatva. A kognitív-viselkedésbeli pszichoterápiás beavatkozás a gyógyszeres kezelés kiegészítő gyógymódja lehet a pajzsmirigybetegeknél a szorongás és a depresszió csökkentése és a diszfunkcionális megküzdési stratégiák módosítása szempontjából.

Megjegyzés

A hyperthyreosisban és a hypothyreosisban szenvedő betegeknél tapasztalt eredményeket bemutató táblázatainkat készséggel az érdeklődők rendelkezésére bocsátjuk.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: P. A.: A kérdőíves felmérést, annak statisztikai feldolgozását, az irodalomkutatást és a cikk szövegezését végezte. C. L. E. Mentori segítséget nyújtott, valamint segített a kézirat szövegezésében. C. M. M.: Statisztikai tanácsaival segítette a kézirat elkészítését. M. A. professzor asszony témavezetőként szakmai, mentori segítséget nyújtott, valamint segített a kézirat szövegezésében. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek a cikk témájával kapcsolatos érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Fukao A, Takamatsu J, Murakami Y, et al. The relationship of psychological factors to the prognosis of hyperthyroidism in antithyroid drug-treated patients with Graves' disease. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2003; 58: 550–555.
- [2] Prummel MF, Strieder T, Wiersinga WM. The environment and autoimmune thyroid diseases. *Eur J Endocrinol*. 2004; 150: 605–618.
- [3] Krohne HW. Stress and coping theories. In: Smelser NJ, Baltes PB. (eds.) *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Elsevier, Amsterdam, New York, NY, 2001; pp. 15163–15170.
- [4] Perțe A, Țincaș I. Handbook for use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Adaptation and standardization of CERQ on the population in Romania. [Manual de utilizare a Chestionarului de coping cognitiv – emoțional. Adaptarea și stanardizarea CERQ pe populația din România.] Editura ASCR, Cluj Napoca, 2009; pp. 468–502. [Romanian]
- [5] Cheng C. Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: a dual-process model. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84: 425–438.

- [6] Cheng C, Cheung MW. Cognitive processes underlying coping flexibility: differentiation and integration. *J Pers.* 2005; 73: 859–886.
- [7] Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30: 217–237.
- [8] Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30: 865–878.
- [9] Sait Gonen M, Kisakol G, Savas Cilli A, et al. Assessment of anxiety in subclinical thyroid disorders. *Endocr J.* 2004; 51: 311–315.
- [10] Trifu S. Mental fragility and psychosomatic illness. *Rom J Psychiatry* 2011; 13: 37–44.
- [11] Bahls SC, de Carvalho GA. The relation between thyroid function and depression: a review. [A relação entre a função tireoidiana e a depressão: uma revisão.] *Rev Bras Psiquiatria* 2004; 26: 41–49. [Portuguese]
- [12] Duntas LH, Maillis A. Hypothyroidism and depression: salient aspects of pathogenesis and management. *Minerva Endocrinol.* 2013; 38: 365–377.
- [13] Hage MP, Azar ST. The link between thyroid function and depression. *J Thyroid Res.* 2012; 2012: 590648.
- [14] Kamble MT, Nandedkar PD, Dharme PV, et al. Thyroid function and mental disorders: an insight into the complex interaction. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7: 11–14.
- [15] Yu D, Zhou H, Yang Y, et al. The bidirectional effects of hypothyroidism and hyperthyroidism on anxiety-and depression-like behaviors in rats. *Horm Behav.* 2015; 69: 106–115.
- [16] Conner SH, Solomon SS. Psychiatric manifestations of endocrine disorders. *J Hum Endocrinol.* 2017; 2: 007.
- [17] Larisch R, Kley K, Nikolaus S, et al. Depression and anxiety in different thyroid function states. *Horm Metab Res.* 2004; 36: 650–653.
- [18] Ittermann T, Völzke H, Baumeister SE, et al. Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015; 50: 1417–1425.
- [19] Suwalska A, Lacka K, Lojko D, et al. Quality of life, depressive symptoms and anxiety in hyperthyroid patients. *Rocz Akad Med Białymst.* 2005; 50(Suppl 1): 61–63.
- [20] Engum A, Bjoro T, Mykletun A. An association between depression, anxiety and thyroid function – a clinical fact or an artefact? *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106: 27–34.
- [21] Demet MM, Ozmen B, Deveci A, et al. Depression and anxiety in hypothyroidism. *West Indian Med J.* 2003; 52: 223–227.
- [22] Davis JD, Tremont G. Neuropsychiatric aspects of hypothyroidism and treatment reversibility. *Minerva Endocrinol.* 2007; 32: 49–65.
- [23] Constant EL, Adam S, Seron X, et al. Anxiety and depression, attention, and executive functions in hypothyroidism. *J Int Neuropsychol Soc.* 2005; 11: 535–544.
- [24] Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, et al. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Arch Med Res.* 2006; 37: 133–139.
- [25] Samuels MH, Schuff KG, Carlson NE, et al. Health status, mood, and cognition in experimentally induced subclinical thyrotoxicosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93: 1730–1736.
- [26] Bunevicius R, Prange AJ Jr. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. *CNS Drugs* 2006; 20: 897–909.
- [27] Budău O, Albu M. SACS: The scale of the strategic approach to coping. [Scala de abordare strategică a coping-ului.] Editura ASCR, Cluj Napoca, 2010. [Romanian]
- [28] Hobfoll SE, Schroeder KE. Distinguishing between passive and active prosocial coping: bridging inner-city women's mental health and AIDS risk behavior. *J Soc Pers Relat.* 2001; 18: 201–217.
- [29] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory – second edition (BDI-II). [Inventarul de Depresie Beck – editia a doua (BDI-II).] Editura Romanian Psychological Testing Services, Cluj Napoca, 2012; pp. 87–89. [Romanian]
- [30] Spielberger CD. State-trait anxiety inventory, form Y. [State-trait anxiety inventory Y form – traducere în limba română.] Editura Test Central, București, 2007. [Romanian]
- [31] Sawilowsky SS. New effect size rules of thumb. *J Mod Appl Stat Methods* 2009; 8: 597–599.
- [32] Dryden W, Diguseppe R. Guide to rational-emotional and behavioral therapy. [Ghid de terapie rațional-emoțională și comportamentală.] Editura Romanian Psychological Testing Services, Cluj Napoca, 2003. [Romanian]

(Pápai Annamária,
 Marosvásárhely, Tulipán u. 11., 540437
 e-mail: annamariaporkolab@yahoo.com)

„Virum bonum natura non ordo facit.”
 (Derékké természeted, s nem rangod tehet.)