

## ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО

Г.П. Иванова, Л.Н. Горобец

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России*

Важность междисциплинарного подхода к изучению психосоматических заболеваний как важнейшей медицинской и социальной проблемы, неоспоримый факт [1, 2, 6]. Хроническое течение и нередко терапевтическая резистентность психосоматических расстройств привели к разработке в качестве наиболее перспективной концепции факторов риска развития психосоматических расстройств. Вместе с тем, достигнут большой прогресс в понимании роли психологических факторов, таких как: стресс и индивидуальные особенности стрессовой реактивности – тревожность, депрессия, алекситимия, подавленная агрессия, способные модулировать иммунный ответ и влиять на клиническую активность многих хронических заболеваний, в том числе – аутоиммунной природы [9].

Из их многообразия наименее изученным остается так называемый алекситимический радикал в структуре преморбидной личности [15], несмотря на высокую частоту выявляемости алекситимии среди психосоматических больных, которая составляет до 54% [3, 7]. Феномен алекситимии представляет собой нарушения в когнитивно-аффективной сфере, что снижает способности к вербализации аффекта или, иными словами, сложность в проведении различий между чувствами и соматическими ощущениями, бедность фантазии, воображения, большая сфокусированность на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, недостаточно дифференцированные субъект-объектные отношения [5]. Вопрос о природе этого феномена до сих пор остается открытым. Некоторые авторы предлагают различать первичную (врожденную) и вторичную (приобретенную) алекситимию; другие – говорить об алекситимии как черте личности или состоянии [7, 16]. Доказано, что алекситимия сопровождается гиперактивацией симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем. В частности, отмечена взаимосвязь между уровнем алекситимии и содержанием кортизола, адренокортикотропного гормона и норадреналина, что во многом сближает ее и депрессию по механизмам влияния на соматические расстройства [12]. Выявление алекситимии при маскированных депрессиях и неврозах

дало основание рассматривать ее с позиций невроза [10]. Также, принято считать, что алекситимия существенно снижает пороги реагирования на хронический иммунный стресс [8]. Доказаны механизмы ее включения в развитие таких аутоиммунных заболеваний, как бронхиальная астма, тиреоидит Хашимото, сахарный диабет I типа, ревматоидный артрит, склеродермия, болезни Крона и др. [3, 4, 11, 13, 14].

Этот факт побудил нас предпринять исследования по анализу психологического аспекта больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) на стадии эутиреоза с учетом личностных особенностей преморбидного периода и алекситимии, а также сопряженности личностных характеристик и клинических проявлений различных форм психопатологических проявлений, сопутствующих данному заболеванию, поскольку, как известно, личностные свойства можно рассматривать не только как следствие болезни, но и как фактор риска.

В этой связи, **целью** настоящего исследования явилось изучение индивидуально-психологических особенностей личности больных АИТ, роли алекситимии в формировании клинической картины психопатологических нарушений и ее взаимосвязи с некоторыми характеристиками эмоционально-личностной сферы при различной структуре щитовидной железы.

### Материал и методы

Объектом изучения послужили 319 больных с гипертрофической формой аутоиммунного тиреоидита (зобом Хашимото) в фазе эутиреоза: с диффузной формой 157 (49,2%) пациентов, которые составили I группу; с диффузно-узловой 162 (50,8%) больных II группа. Из них 242 (75,9%) женщины репродуктивного возраста, средний возраст  $30,7 \pm 0,3$  лет и 77 (24,1%) мужчин, средний возраст  $33,2 \pm 0,8$  лет.

Критерии включения: АИТ с высоким титром АТ/ТПО, с картиной аутоиммунного поражения и увеличением объема щитовидной железы (ЩЖ) на УЗИ при нормальном уровне ТТГ; возраст пациентов с

АИТ от 25 до 39 лет, что в какой-то степени исключало возможное влияние возрастных органических изменений ЦНС, особенно сосудистых, на развитие астенических проявлений, а также влияние на характер иммунного ответа возрастных дисгормональных изменений, сопровождающихся пиком заболеваемости аутоиммунной патологией.

К критериям исключения относились сопутствующие аллергические, другие аутоиммунные, тяжелые соматические заболевания, органическое поражение головного мозга; психотические расстройства, беременность и лактация, а также острые и хронические воспалительные процессы, влияющие на иммунологический статус пациента; применение пероральных контрацептивов, психотропная терапия в течение двух месяцев перед исследованием; иммунотерапия или иммунопрофилактика в течение трех месяцев до исследования.

Особенности клинической картины больных оценивались с помощью следующих методов: клинико-анамнестического; клинико-психопатологического; экспериментально-психологического; биохимического; клинико-эндокринологического.

Экспериментально-психологические исследования предполагали применение следующих психометрических шкал: TAS для выявления алекситимического типа личности; шкала локус контроля Дж.Роттера (Rotter I-EO) – для выявления экстернального/интернального типа личности; Мюнхенский личностный тест (МРТ) для выявления личностных особенностей преморбидного периода. Данный тест позволяет представить личность не в виде какой-то одной модальности, как это принято в классических работах по психопатологии, а в виде совокупности относительно независимых девяти факторов (векторов). Тем самым, личность, описываемая с помощью МРТ, фактически приближается к пятифакторной модели личности, согласно представлениям Айзенка. Использовали шкалу тревоги Гамильтона (НАМА); клиническую шкалу самоотчета SCL-90; шкалу Спилбергера (STAI) для выявления высокого уровня реактивной тревоги (STAI-I) и личностной тревожности (STAI-II); субъективную шкалу оценки астении (MFI-20).

Клинико-эндокринологический метод включал визуальное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

Полученные результаты подвергались статистическому анализу с использованием программы: STATISTICA 6,0, Basic statistic и Nonparametric Statistic.

### Результаты и обсуждение

При анализе структуры личности больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом на стадии эутиреоза как самостоятельной и независимой сферы психопатологической оценки психического состояния на базе Мюнхенского личностного теста весь обследуемый контингент был поделен нами на три категории,

каждая из которых представляла собой совокупность личностных характеристик, соответствующих наиболее выраженным личностным векторам шкалы.

Для первой категории из 128 (40,1%) наблюдений, приоритетными были такие личностные характеристики преморбидного периода, как «ригидность» – (интроверсия с эмоциональной неустойчивостью), «стремление к изоляции», «приверженность социальным нормам» и низкая «устойчивость к фрустрации». Следует уточнить, что понятие «интроверсия» включает в себя направленность человека на собственный субъективный мир, поглощенность своими внутренними переживаниями в ущерб восприятия им окружающей действительности.

На основании результатов клинического обследования также был выделен ряд типичных для этой категории больных личностных черт. К ним относились склонность к регламентации, порядку, деталям, чрезмерная скрупулезность и добросовестность, постоянство и избегание перемен, соблюдение норм и правил поведения с безусловным подчинением авторитету, повышенная обязательность и чрезвычайная корректность. Перечисленные черты не являлись «сквозными» у пациентов данной категории и чаще проявлялись в стрессовых ситуациях при повышенной тревожности. В поведении этих больных прослеживались стеничность, практичность, разумность, упорство в достижении цели, отождествление себя с социальными ролями. При этом за внешней уверенностью, высокими социальными навыками, как правило, скрывалась «серьезность» с повышенной чувствительностью, впечатлительность, склонность к сопереживанию. Нельзя не отметить в их характере проявления тревожной мнительности, недостаточной уверенности в себе, которая обычно дополнялась повышенной ранимостью, недоверчивостью, скрытностью, избыточной осторожностью и аффективной ригидностью. Кроме того, весьма типичным было стремление не только формировать отношения, основанные на зависимости, но и потребность к чрезмерной близости с объектом привязанности. В личностном складе этих пациентов наряду с конституциональной (преморбидной) склонностью к пессимистическим размышлениям можно было выделить легкость возникновения идей малоценности и самообвинения, аутистичность, впечатлительность, склонность к застреванию, морализаторству, что являлось обычным стилем реагирования в стрессовых ситуациях. Вне стресса наблюдалась обратная «характерологическая» динамика. Выделенный поведенческий паттерн определял и позицию этой категории больных к заболеванию, которая характеризовалась развитыми компенсаторными механизмами и активной позицией в инициальной стадии АИТ.

Вторую категорию составили 102 пациента (32,0%), у которых на основании шкалы МЛТ нами была отмечена выраженность следующих личностных характерологических черт: «экстраверсия», «невротизм», «устойчивость к фрустрации», «склонность к эзоте-

рическим тенденциям», «мотивационная направленность». Известно, что понятие «экстраверсия» включает большую обращенность личности на «внешний мир», чем на «самого себя» и свои внутренние переживания.

Характеризуя личность и поведение этой группы больных, нельзя не отметить присущую им стеничность темперамента, выраженность мотивов достижения, энергичность и деятельность. Следует подчеркнуть, что их активность имела строго конкретную «гиперсоциальную» проекцию, однако без выраженного мировоззренческого консерватизма и повышенной зависимости от авторитетов. К тому же в своей деятельности пациенты были достаточно гибкими, дипломатичными, без излишней прямолинейности. Наряду с этим прослеживалось сочетание таких психологических особенностей как амбициозность, стремление к самосовершенствованию, критичность к другим, склонность доминировать в различных ситуациях при внутреннем чувстве собственной малоценности. В поведении больных не обнаруживалось эксцентричности, вычурности, демонстративного пренебрежения социальными нормами, воинственного отстаивания своих прав и склонности к сведению счетов, что исключало наличие у них параноидных тенденций. Типичными, «ядерными» свойствами личности для этой категории пациентов были также аффективная лабильность с характерной сменой гипертимических и гипотимических состояний, проявляющаяся чередованием ощущений усталости, разбитости, раздражительности с состояниями гипертимности, повышенной работоспособности, энергичности. Гипотимия носила преимущественно субъективное проявление с сохранением и быстрым восстановлением поведенческих стереотипов, свойственных активным и оптимистичным натурам. Вместе с тем, прослеживалось наличие не ярко выраженного сензитивного радикала с впечатлительностью, ранимостью, мнительностью, склонностью к сомнениям, условностям, суеверию, увлечением эзотерикой при гиперкомпенсаторном поведении во внешней самоуверенности, занятиями общественными делами. Эти личностные особенности проявлялись как правило при стрессовых состояниях и рассматривались как транзиторные, защитные механизмы. Сочетание перечисленных черт личности отчетливо проявлялось у обследованного контингента как в психическом статусе, так и в анамнезе. С учетом поведенческого паттерна, для больных этой категории наиболее характерным было отсутствие активной позиции в отношении к развивающемуся заболеванию, недостаточность компенсаторных механизмов.

Третья категория больных представляла собой смешанный вариант 89 (27,9%) наблюдений со средними показателями по всем векторам шкалы МРТ, что позволило нам отнести их к так называемым амбивертам (от латинского *ambi* – «с обеих сторон») –

личностям без особой выраженности приоритетных психологических качеств, присущих интровертам или экстравертам. Вместе с тем, у этих субъектов в той или иной степени присутствовали черты обоих типов, что позволяло им проявлять себя по-разному в зависимости от ситуации и окружения, иными словами, обращаться к разным поведенческим моделям. Так, например, они могли находиться в состоянии покоя и наслаждения одиночеством, размышляя о жизни или трудиться наедине, но в следующий момент почувствовать необходимость влиться в компанию себе знакомых или незнакомых людей, чтобы пообщаться, поделиться впечатлениями. Ключевая характеристика этих исследуемых – гибкость и умение найти подход к людям и адаптация к жизненным обстоятельствам, стремление к качеству, а не количеству социальных связей; поиск баланса во всех своих жизненных проявлениях и устремлениях.

Особенности поведенческого паттерна больных данной категории предопределяли и отношение к развивающемуся заболеванию, которое характеризовалось умеренной активной позицией и достаточностью компенсаторных механизмов.

Ранее проведенная нами клиническая оценка психического статуса пациентов с АИТ на стадии эутиреоза [5] выявила характерный спектр психических расстройств, представленный двумя основными синдромами: астеническим и аффективным. В соответствии с МКБ-10, выявленные психические расстройства квалифицировались в двух диагностических рубриках: F48 – «Другие невротические расстройства» – 163 (51%) случаев, соответствующие собственно проявлениям симптомов неврастения, и F32.8 – «Другие депрессивные эпизоды» – у 156 (49%) пациентов, куда включались эпизоды, которые не отвечали описанию депрессивных эпизодов в рубрике F32.0–F32.3, но по основным признакам соответствовали критериям депрессии. В эту рубрику включаются атипичная депрессия и единичные эпизоды «маскированной» депрессии БДУ.

Было установлено, что астенические нарушения протекают по гиперстеническому (61%) и гипостеническому типам (39%) и характеризуются перманентностью и волнообразностью течения, преобладанием физического компонента астении. Аффективные расстройства проявляются в виде трех вариантов депрессивного синдрома: тревожно-депрессивного (53%), астено-депрессивного (31%) и депрессивно-ипохондрического (16%). Их особенностью является доминирование аффективного компонента, незначительная представленность моторного и идеаторного компонентов аффективной триады. Тревожная симптоматика имеет сквозной характер и волнообразное течение и формируется ранее других психопатологических проявлений.

Исходя из вышесказанного, для определения взаимосвязи личностных и клинических характеристик

в формализованной оценке методом ранговой корреляции Спирмена были сопоставлены показатели векторов МЛТ, отражающих личностные характеристики преморбидного периода больных первой и второй категории (как устойчивого паттерна поведения) и психопатологические показатели по шкалам НАМА, STAI, SCL-90.

По данным полученных результатов нами выявлены следующие закономерности. Так, у пациентов первой категории вектор «ригидность» шкалы МЛТ статистически достоверно положительно коррелировал с показателями тревоги, определяемой по трем шкалам НАМА:  $r_s=0,50$ ,  $p<0,001$ ; SCL-90 – «тревога»:  $r_s=0,47$ ,  $p<0,001$  и STAI-II (личностная тревожность):  $r_s=0,49$ ,  $p<0,01$ ; с показателем кластера «депрессия» шкалы SCL-90:  $r_s=0,47$ ,  $p<0,001$ . Установлены положительные корреляции вектора «стремление к изоляции», как с показателем тревоги, определяемой по шкале НАМА:  $r_s=0,45$ ,  $p<0,001$ , так и с параметрами кластеров шкалы SCL-90 – «соматизация»:  $r_s=0,52$ ,  $p<0,001$ , «обсессивно-компульсивные расстройства»:  $r_s=0,42$ ,  $p<0,001$ . Отмечено, что показатель вектора «ригидность» в структуре личности больных АИТ был отрицательно связан с параметром шкалы Rotter I-E0 («общая интернальность»):  $r_s=-0,53$ ,  $p<0,001$ . Из этого следует, что при высоком уровне ригидности (интроверсии) у данной категории больных на фоне низкой устойчивости к стрессу в клинической картине психопатологического состояния можно ожидать расстройства тревожно-депрессивного спектра с соматическими нарушениями и проявлениями обсессивно-компульсивного свойства при экстермальном (внешнем) локус контроле.

Также установлено, что вектор «экстраверсия» шкалы МРТ статистически достоверно положительно коррелировал с показателями тревоги, определяемой по шкалам НАМА:  $r_s=0,52$ ,  $p<0,001$ ; кластера SCL-90 – «тревога»:  $r_s=0,47$ ,  $p<0,001$ ; STAI-I (ситуационная тревога):  $r_s=0,63$ ,  $p<0,001$ . Показатель вектора «устойчивость к фрустрации» статистически достоверно отрицательно коррелировал с показателем STAI-II:  $r_s=-0,47$ ,  $p<0,01$ . Кроме того была выявлена прямая корреляционная зависимость вектора «экстраверсия» с параметром шкалы Rotter I-E0 («общая интернальность»):  $r_s=0,49$ ,  $p<0,001$ . Совокупные данные свидетельствуют, что выраженные проявления экстраверсии как личностной характеристики преморбидного периода могут провоцировать развитие тревожных состояний у больных АИТ на стадии эутиреоза при интернальном локус контроле.

Анализ личностных особенностей рассматриваемых пациентов выявил широкую представленность феномена алекситимии по шкале TAS-160 (50,2%) наблюдений; отсутствие алекситимии – 156 (48,9%) пациентов; у 3 (0,9%) значения TAS находились в зоне неопределенности. Установлено, что в общей выборке алекситимия достоверно чаще встречалась среди женщин, чем среди мужчин – 126 (52,1%) и 34 (44,2%), соответственно ( $p<0,01$ ). Вместе с тем, средний суммарный балл по шкале TAS был достоверно выше у лиц мужского пола, чем у женского ( $p<0,001$ ), что свидетельствовало о влиянии гендерного фактора на степень выраженности алекситимии. Следует отметить, что при диффузной структуре зоба частота встречаемости алекситимии и средний балл по шкале TAS был достоверно выше у женщин ( $p<0,001$ ), при диффузно-узловой структуре щитовидной железы – у мужчин ( $p<0,001$ ).

Таблица 1

**Показатели распределения больных АИТ по отдельным личностным характеристикам и процентное распределение алекситимии у респондентов с различными характеристиками эмоционально-личностной сферы**

	Интроверт (МРТ)		Экстраверт (МРТ)		Экстернальный (Rotter)		Интернальный (Rotter)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Все пациенты с АИТ (n=319 чел.)								
n <sup>1</sup>	128	40,1% p и-э < 0,01	102	32,0%	137	42,9%	125	39,1%
Алекситимия, %	57,4 p и-э < 0,001		39,0		45,9 p э-и < 0,001		21,6	
I группа (диффузная форма зоба) (n=157 чел.)								
n <sup>1</sup>	52	33,1%	53	33,7%	53	33,7% p э-и < 0,01	76	48,4%
Алекситимия, %	57,6		54,7		44,2 p э-и < 0,0001		17,4	
II группа (дузловая форма зоба) (n=162 чел.)								
n <sup>1</sup>	76	46,9% p и-э < 0,001 p 1-2 < 0,01	49	30,2%	84	51,8% p э-и < 0,001 p 1-2 < 0,001	49	30,2% p 1-2 < 0,001
Алекситимия, %	56,5 p и-э < 0,001		22,4 p 1-2 < 0,001		47,6 p э-и < 0,001		29,1 p 1-2 < 0,01	

Примечания: n – общее число респондентов; n<sup>1</sup> – распределение лиц по исследуемым характеристикам; p и-э – достоверность различий между интровертами и экстравертами (%); p 1-2 – достоверность различий между I и II группами (%); p э-и – достоверность различий между экстермальным и интернальным типами личности (%).

Анализ других личностных характеристик выявил среди исследуемых с АИТ помимо алекситимии (50,2%), интроверсии (40,1%) и экстраверсии (32%) значимые показатели экстернального (42,9%) и интернального (39,1%) локус контроля. Примечательно, что алекситимия сочеталась с каждым из вышеуказанных типов личности.

Результаты распределения больных АИТ по отдельным личностным характеристикам (интроверсия/экстраверсия, экстернальность/интернальность) и алекситимии у респондентов с различными личностными типами, представлены в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, число интровертов доминировало над экстравертами, как в общей

выборке ( $p < 0,01$ ), так и во II группе ( $p < 0,001$ ), а экстернальный тип превалировал над интернальным среди всего обследованного контингента с АИТ ( $p < 0,001$ ), и в каждой из оцениваемых групп (I:  $p < 0,01$ ; II:  $p < 0,001$ ). Выявляемость алекситимии регистрировалась чаще ( $p < 0,001$ ) среди интровертов в общей выборке и во II группе ( $p < 0,001$ ), а также у пациентов с экстернальным локус контролем, как в целом ( $p < 0,001$ ), так и в I ( $p < 0,0001$ ), и во II группах ( $p < 0,001$ ).

Результаты сопоставления клинических характеристик с учетом наличия или отсутствия алекситимии в структуре личности больных АИТ по шкалам НАМА, STAI, SCL-90 приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Психопатологические показатели больных АИТ по шкалам SCL-90, STAI и НАМА у больных с алекситимией и без алекситимии**

Психопатологические показатели по шкалам	Группы больных АИТ (Д/У зоб)		
	Больные с алекситимией n=84 чел.	Больные без алекситимии n=78 чел.	Средние показатели нормы
Личностная тревожность (STAI -II)	52,01±11,26	42,12±8,14 p 1-2 <0,001	29,96±4,35 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Ситуационная тревога (STAI- I)	52,13±7,23	50,09±8,40 p 1-2 <0,01	33,02±3,69 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Соматизация (SCL-90)	1,59±0,18	0,50 ±0,11 p 1-2 <0,001	0,18±0,09 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Обсессивно-компульсивные расстройства (SCL-90)	0,40±0,15	0,37 ±0,17	0,12±0,09 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Интерперсон. сензитивность (SCL-90)	0,46±0,17	0,52±0,14	0,14±0,09 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Депрессия (SCL-90)	0,48±0,12	0,35±0,19 p 1-2 <0,001	0,08±0,08 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Тревога (SCL-90)	1,79±0,51	0,66±0,53 p 1-2 <0,001	0,20±0,18 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Агрессия (SCL-90)	0,23±0,14	0,21±0,16	0,10±0,04 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Фобическая тревога (SCL-90)	0,16±0,08	0,20±0,12	0,04±0,07 p к-1<0,001 p к-2<0,0001
Паранояльность (SCL-90)	0,12 ±0,07	0,18±0,06	0,04±0,01 p к-1<0,001 p к-2<0,0001
Психотизм (SCL-90)	0,01±0,05	0,03±0,08	0,00±0,00
Прочие модальности (SCL-90)	0,35±0,12	0,26±0,11 p 1-2 <0,001	0,14±0,06 p к-1<0,0001 p к-2<0,0001
Тревога (НАМА)	19,24±0,09	11,53±0,05 p 1-2 <0,001	4,34±0,05 p к-1<0,001 p к-2<0,0001

Примечания: p 1-2 – достоверность различий между больными с алекситимией и без алекситимии; p к-1 и p к-2 – достоверность различий между средними нормативными данными и показателями в группах с алекситимией и без алекситимии.

Согласно данным табл. 2, показатели психопатологических нарушений большинства шкал были достоверно выше у больных с алекситимией: тревоги ( $p < 0,001$ ) (НАМА); ситуационной тревоги ( $p < 0,01$ ) и личностной тревожности ( $p < 0,001$ ) (STAI); «соматизации» ( $p < 0,001$ ), «депрессии» ( $p < 0,001$ ), «тревоги» ( $p < 0,001$ ) и «прочим модальностям» ( $p < 0,001$ ) (SCL-90). Вероятно, высокий удельный вес аффекта тревоги, широко представленный среди больных АИТ с алекситимией, можно объяснить комплексом причин, среди которых ведущим выступает ответ центральной нервной системы на влияние хронического иммунного стресса, сопровождающегося снижением порога стрессоустойчивости, а также личностной predisпозицией.

Нами было осуществлено определение взаимосвязи между характеристиками эмоционально-личностной сферы, личностных и клинических характеристик в формализованной оценке методом ранговой корреляции Спирмена с учетом наличия признака алекситимии.

Данные корреляционного анализа установили положительную связь показателя алекситимии шкалы TAS с личностными конструктами шкалы МЛТ: «невротизм» ( $rs = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ), «интроверсия» ( $rs = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ), но отрицательную с вектором «толерантность к фрустрации» –  $rs = 0,49$ ,  $p < 0,001$  и параметром «общая интернальность» шкалы Rotter I-E0 ( $rs = -0,56$ ,  $p < 0,001$ ). Подобное сочетание алекситимии с личностными характеристиками регистрировалось в обеих группах. Межгрупповые различия отмечались лишь в степени выраженности изменений величины коэффициента  $rs$  с более высокими показателями при диффузно-узловой структуре зоба.

Также, в ходе исследования зарегистрирована положительная корреляция алекситимии как с астенией (MFI-20:  $rs = 0,65$ ,  $p < 0,0001$ ), депрессивной симптоматикой (SCL-90 «депрессия»:  $rs = 0,46$ ,  $p < 0,001$ ), так и тревожными проявлениями (НАМА:  $rs = 0,54$ ,  $p < 0,0001$ ). Кроме того, выраженность интроверсии у больных с алекситимией, имела положительную связь

с тревогой (НАМА:  $rs = 0,56$ ,  $p < 0,001$ ) и депрессией (SCL-90:  $rs = 0,50$ ,  $p < 0,001$ ), но отрицательную – с параметром шкалы Rotter I-E0 («общая интернальность»):  $rs = -0,53$ ,  $p < 0,001$ , что указывает на тот факт, что сочетание алекситимии с интроверсией и экстернальным локусом контроля оказывает наибольшее влияние на степень выраженности астенических и депрессивных нарушений с тревожным аффектом.

Таким образом, на основании приведенного материала можно сделать следующее заключение.

По совокупности личностных характеристик преморбидного периода среди больных АИТ отчетливо выделяются три личностные категории. Для пациентов, составляющих первую категорию, наиболее типичны черты интроверсии при экстернальном локусе контроля. Пациентам второй категории в личностном плане более свойственны проявления экстраверсии при интернальном локусе контроля. Третью категорию составляют пациенты с личностными характеристиками, присущими амбивертам.

Алекситимия имеет значительную распространенность в структуре личности больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом на стадии эутиреоза (50,2%) и взаимосвязана с различными характеристиками эмоционально-личностной сферы, что дает основание рассматривать алекситимию в качестве одного из компонентов интегральной характеристики личности, который участвует в формировании различных вариантов психических расстройств непсихотического уровня у больных АИТ на этапе сохранной гормонопродуцирующей функции ЩЖ.

Дальнейшее изучение алекситимии в системе других факторов риска биологической и психосоциальной природы, имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе АИТ на каждой из стадий развития данного заболевания (хаситоксикоза, субклинического и манифестного гипотиреоза), долгосрочного прогноза и организации профилактических мероприятий в рамках превентивной эпидемиологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний // Российский психиатрический журнал. 2005. № 1. С. 4–12.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Перрлс, 2000. 296 с.
3. Иванова Г.П., Горобец Л.Н., Калинин В.В. Феномен алекситимии у больных аутоиммунным тиреоидитом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 2. С. 59–63.
4. Кошанская А.Г., Винокур В.А. Механизмы включения алекситимии в развитие сахарного диабета // Журн. Ученые записки СПбГМУ им. академика И.П.Павлова. 2006. Том XIII, № 1. С. 109–110.
5. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2000. № 6. С. 66–70.
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И. и соавт. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) // Клиническая медицина. 1999. № 2. С. 17–23.
7. Шкарин В.В., Шкарина И.Н., Мальгин В.Л. Психологические аспекты системного подхода к внутринозологической диагностике при артериальной гипертензии // Терапевтический архив. 2000. Т. 72, № 11. С. 43–46.
8. Bailey P.E., Henry J.D. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample // Psychiatry Res. 2007. Vol. 150. P. 13–30.
9. Bermond B.A., Vorst H.C., Moormann P.P. Cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology // Cogn. Neuropsychiatry. 2006. Vol. 11. P. 332–360.
10. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and psychosomatic maintenance of bronchial asthma // Psychother. Psychosom. 1981. N 1. P. 63–71.
11. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia // Br. J. Clin. Psychol. 2002. Vol. 41, N 2. P. 157–174.
12. Koolman C.G., Bolk J.H., Brand R., Trijburt R.W., Rooijmans H.G. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? // Psychosom. Med. 2000. Vol. 62. P. 768–778.
13. Martina L. Modulation between alexithymic characteristic internal reality (TAS-20) and external coping in a group of artisans // G. Ital. Med. Lav. Ergon. 2006. Vol. 28. P. 217–219.
14. Porcelli P., Bagby R.M., Taylor G.J. et al. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders // Psychosom. Med. 2003. Vol. 65, N 5. P. 911–918.
15. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. 1973. Vol. 22. P. 255–262.
16. Tordeurs D., Janne P. Alexithymia, health and psychopathology // Encephale. 2000. Vol. 26, N 3. P. 61–68.

## ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО

Г.П. Иванова, Л.Н. Горобец

Установлено, что среди больных хронической формой аутоиммунного тиреоидита (АИТ) в фазе эутиреоза преобладает алекситимический тип личности (50,2%). Показано, что алекситимия при АИТ имеет корреляционную связь с такими психопатологическими проявлениями как астения, тревога и депрессия, что может указывать на ее участие в патогенетическом механизме формирования психических расстройств непсихотического уровня на этапе эутиреоза. Выявлены взаимосвязи алекситимии с рядом показателей эмоционально-личностной

сферы, что дает основание рассматривать ее в качестве одного из компонентов интегральной характеристики личности. Совокупные данные свидетельствуют, что алекситимия является не только фактором риска, опосредованно предрасполагающим к развитию и прогрессированию АИТ, но и несет информацию как о прогнозе, так и о течении заболевания в целом.

**Ключевые слова:** алекситимия, аутоиммунный тиреоидит, психопатология, иммунные показатели.

## PERSONALITY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HASHIMOTO'S THYROIDITIS

G.P. Ivanova, L.N. Gorobets

The authors report that alexithymic personality type seems to prevail among patients with chronic autoimmune thyroiditis (AIT) in the phase of euthyrosis. Alexithymia in AIT shows a correlation with psychopathological features like asthenia, anxiety and depression, and it could be involved in the pathogenic mechanism of development of non-psychotic mental disorders in the phase of euthyrosis. The authors report links between alexithymia and a number of emotional and personality characteristics. The authors conclude

that their finding suggests alexithymia being one of integral personality components. Recent research data indicate that alexithymia, besides being a risk factor contributing to a predisposition to AIT, also carries the information about prognosis and the course of disease.

**Key words:** alexithymia, autoimmune thyroiditis, psychopathology, immune parameters.

---

**Иванова Галина Павловна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела психиатрической эндокринологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: galina.p.ivanova@gmail.com

**Горобец Людмила Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела психиатрической эндокринологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: gorobetsln@mail.ru