

Нарушение базисных убеждений как фактор негативной аффективности у пациентов с болезнью Грейвса

Рагозинская В.Г.

Рагозинская Валерия Германовна

кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной и клинической психологии; Челябинский государственный университет, ул. Братьев Кашириных, 129, Челябинск, 454001, Российская Федерация. Тел.: 8 (351) 742-03-09

E-mail: sunny_song@mail.ru

Аннотация. Цель: несмотря на признание значимой роли стресса в возникновении болезни Грейвса у генетически предрасположенных лиц, психологические особенности таких индивидов, обуславливающие их настроенность на опасность и переживание стресса в эмоционально нейтральных ситуациях, остаются малоисследованными. Проведено исследование особенности взаимосвязи между потенциально психотравмирующими событиями раннего детства, базисными убеждениями и актуальным эмоциональным состоянием у 65 пациентов с болезнью Грейвса (10 мужчин и 55 женщин) в сравнении со здоровыми лицами. Методы: исследование проводилось при помощи клинико-психологических методов. В качестве тестовых методик применялись «Шкала депрессии» В. Зунга, «Шкала агрессивности» Ч. Спилбергера, «Шкала самооценки тревожности» Ч. Спилбергера, «Торонтская шкала алекситимии», «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» SCL-90-R, «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман (в адаптации М.А. Падун), полуструктурированное интервью для испытуемых и их матерей. Результаты: полученные данные показывают, что различные потенциально психотравмирующие события в ранний период жизни (например, несоответствие пола испытуемого ожиданиям его родителей, отсутствие грудного вскармливания, длительная разлука с матерью, отсутствие отца или эмоционально холодный и дистанцированный отец, травмы и/или тяжелые болезни и т.п.) у пациентов с болезнью Грейвса происходили значительно чаще, чем у испытуемых контрольной группы. Эти события в раннем детстве индивида способны нарушить базисные убеждения о самом себе и о надежности и безопасности мира, в котором он живет. Показатели негативных эмоциональных состояний, психопатологических симптомов и негативных базисных убеждений более выражены у тех исследуемых клинической и контрольной групп, чья ранняя жизнь была омрачена указанными потенциально психотравмирующими событиями. При этом в группе пациентов с болезнью Грейвса эти различия гораздо более выражены, чем в контрольной группе. Обсуждение: результаты исследования показывают, что склонность пациентов с болезнью Грейвса испытывать негативные эмоциональные состояния в различных ситуациях, в том числе тех, которые не содержат никакой объективной угрозы, может быть связана с отягощенностью ранних этапов жизни пациентов значительным числом потенциально стрессовых ситуаций и, как следствие этого, с наличием негативных базисных убеждений, отражающих снижение их базового доверия к миру, уверенности в собственной малоценности для мира и беззащитности перед лицом его угроз.

Ключевые слова: болезнь Грейвса; психосоматическое расстройство; эмоциональное состояние; базисные убеждения; ранний жизненный опыт в семье.

УДК 159.9.07:616.441-008.61

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Рагозинская В.Г. Нарушение базисных убеждений как фактор негативной аффективности у пациентов с болезнью Грейвса // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 2(31). – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 26.01.2015 Прошла рецензирование: 13.02.2015 Опубликована: 01.03.2015

Введение

Болезнь Грейвса, или диффузный токсический зоб (ДТЗ), является аутоиммунным заболеванием, которое приводит к гиперфункции щитовидной железы, когда тиреоидстимулирующие иммуноглобулины (TSIs) связываются с рецепторами тиреотропного гормона (ТТГ) и имитируют ТТГ. Тем самым TSIs стимулируют синтез тиреоидных гормонов (Т4 и Т3), в то время как уровень сывороточного ТТГ очень низкий или не выявляемый. Факторы, вызывающие этот иммунный ответ, неизвестны [5].

Гипертиреоз часто сопровождается нарушениями в психической сфере. Люди с болезнью Грейвса могут проявлять заметную тревожность, у них могут наблюдаться напряжение, нарушения настроения, эмоциональная лабильность, повышенная сензитивность, житация, нетерпение и раздражительность, нарушения памяти и внимания, дезорганизованная гиперактивность и флуктуирующая депрессия с грустью. Эти симптомы могут быть эпизодическими, но могут и развиваться в психопатологические синдромы [3; 5; 15]. Психотические симптомы в контексте гипертиреоза обычно присутствуют в виде аффективного психоза (например, депрессия и мания) [7; 16]. В крайних случаях у пациентов с болезнью Грейвса могут проявляться шизофренические симптомы, утрата связи с реальностью, бред или галлюцинации.

Клиницисты часто отмечают роль стресса в возникновении этого заболевания [6; 8]. Существует ряд доказательств того, что у генетически предрасположенных лиц стрессоры высокой интенсивности могут провоцировать тиреотоксикоз Грейвса [4; 9]. Вместе с тем, хотя в жизни большинства заболевших болезнью Грейвса незадолго до этого имелось некое стрессовое событие, исследования показывают, что, по крайней мере, некоторые связи между стрессовыми жизненными событиями и возникновением этой болезни, вероятно, не являются причинно-следственными [6]. Х.Г. Вос и соавторы показали, что тяжесть клинической картины тиреотоксикоза Грейвса не связана со степенью стрессового воздействия, но независимо связана со склонностью к выражению негативных эмоций [4].

Требуется прояснения вопрос, почему в эмоционально нейтральных ситуациях некоторые индивиды преимущественно настроены на опасность и переживание стресса.

В ряде исследований показано, что оценка индивидом различных ситуаций как более или менее угрожающих определяется его системой внутренних репрезентаций о себе и о мире, в котором он живет [18]. Эти базисные убеждения об окружающем мире — его надежность, упорядоченность, предсказуемость и контролируемость — и о себе основаны на опыте отношений с родителями в раннем детстве. Р. Янофф-Бульман и некоторые другие психологи утверждают, что психотравмирующие события раннего детства индивида могут являться серьезной угрозой для его представлений о надежности и безопасности мира и для убеждений в собственной компетентности, а также для его самооценки в целом. Нарушенные базисные убеждения впоследствии приводят к оценке жизненных событий как угрожающих и стрессогенных [1; 18].

Исходя из этого, мы предполагаем, что высокая подверженность стрессу, играющая важную роль в возникновении болезни Грейвса у лиц с конституциональной предрасположенностью к ней, может быть обусловлена наличием нарушенных базисных убеждений в результате тяжелого опыта в раннем детстве. В связи с этим данное исследование посвящено выявлению взаимосвязи между потенциально психотравмирующими событиями раннего детства, особенностями базисных убеждений и актуального эмоционального состояния пациентов, страдающих болезнью Грейвса, в их сравнении со здоровыми людьми.

Цели исследования: а) выявить особенности раннего жизненного опыта в семье, базисных убеждений и актуального эмоционального состояния больных ДТЗ в сравнении со здоровыми испытуемыми; б) изучить взаимосвязи между потенциальными психотравмирующими событиями раннего детства, базисными убеждениями и актуальным эмоциональным состоянием у больных ДТЗ и у здоровых лиц.

Материалы и методы исследования

Обследовано 65 больных, страдающих диффузным токсическим зобом (ДТЗ), в возрасте 20—50 лет (средний возраст — $32,56 \pm 11,23$ лет), в том числе 55 женщин и 10 мужчин. Длительность заболевания у обследованных пациентов варьировала от 1 года до 5,5 лет (средний «стаж» заболевания — $3,4 \pm 2,1$). Критерии включения в клиническую группу: верифицированный диагноз «Диффузный токсический зоб» (E05 по МКБ-10); наличие в анамнезе указаний на связь возникновения заболевания с острой или хронической стрессовой ситуацией (как основание для отнесения заболевания к кругу психосоматических расстройств); возможность сбора анамнестических сведений о раннем развитии испытуемого у его матери.

Контрольную группу составили 62 здоровых испытуемых в возрасте 20—50 лет (в том числе 49 женщин и 13 мужчин), подобранных с учетом требования соответствия половозрастным и социально-демографическим показателям испытуемых клинической группы. Критерии включения в контрольную группу: отсутствие острых и хронических заболеваний; возможность сбора анамнестических сведений о раннем развитии испытуемого у его матери.

От всех испытуемых обеих групп получено письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В настоящем исследовании использовались «Шкала депрессии» (SDS) В. Зунга (в адаптации Т.И. Балашовой), «Шкала агрессивности» (STAXI) Ч. Спилбергера (в адаптации С.Л. Соловьевой), «Шкала самооценки тревожности» (STAI) Ч. Спилбергера (в адаптации Ю.Л. Ханина), «Торонтская шкала алекситимии» (TAS) Г.Дж. Тэйлора и соавт. (в адаптации Д.Б. Ересько и др.), «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R) Л.Р. Дерогатис (в адаптации Н.В. Тарабриной), «Шкала базисных убеждений» (WAS) Р. Янофф-Бульман (в адаптации М.А. Падун). Ретроспективное исследование особенностей раннего опыта жизни в семье у испытуемых проводилось путем сбора анамнестических данных у испытуемых и у их матерей с помощью полуструктурированного интервью.

Для математико-статистического анализа применялись критерий U Манна — Уитни, критерий Фишера, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, факторный анализ (метод максимального правдоподобия с варимакс-вращением). Анализ данных производился с помощью программы SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL) для Windows, версия 17. Все результаты представлены в виде средних значений \pm стандартное отклонение. Для качественных характеристик были вычислены процентные соотношения. Уровень значимости $p \leq 0,05$ расценивался как статистически значимый.

Результаты

Исследование эмоциональных состояний и свойств личности больных ДТЗ и здоровых лиц проводилось с помощью «Шкалы депрессии» (SDS), «Шкалы агрессивности» (STAXI), «Шкалы самооценки тревожности», «Торонтской шкалы алекситимии» (TAS) и «Опросника выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R). Сравнение полученных данных в клинической и контрольной группах проводилось с помощью критерия U Манна — Уитни. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение показателей эмоциональных состояний и свойств личности у больных ДТЗ и здоровых испытуемых

Метод оценки	Субшкалы	M \pm SD	
		Клиническая группа (n=65)	Контрольная группа (n=62)
STAI	Реактивная тревожность	45,48 \pm 10,31**	38,96 \pm 8,23
	Личностная тревожность	49,62 \pm 9,21**	41,03 \pm 7,88

STAXI	Агрессивность как состояние	11,35±2,77**	10,59±1,76
	Агрессивность как свойство личности	19,02±6,18	18,09±4,56
	Агрессия в структуре темперамента	7,52±3,12	7,27±2,34
	Агрессивность как реакция на события	8,57±2,55	8,14±2,36
	Аутоагрессия	15,23±3,89**	13,45±3,83
	Гетероагрессия	15,14±4,22	14,69±3,45
	Контроль агрессии	20,86±4,70	21,65±4,01
SDS	Депрессия	41,93±7,27**	36,59±5,95
TAS	Алекситимия	67,75±10,51**	59,05±9,16
SCL-90-R	Соматизация	1,26±0,66**	0,53±0,40
	Межличностная сензитивность	1,12±0,69**	0,66±0,49
	Депрессия	1,20±0,67**	0,61±0,41
	Тревожность	1,03±0,71**	0,50±0,40
	Обсессивность-компульсивность	1,20±0,70**	0,64±0,44
	Враждебность	0,98±0,69**	0,48±0,38
	Фобическая тревожность	0,49±0,43**	0,21±0,24
	Паранойяльность	0,97±0,66**	0,46±0,40
	Психотизм	0,72±0,62**	0,27±0,30
	Индекс тяжести психопатологических симптомов	1,02±0,50**	0,50±0,29
	Общее число психопатологических симптомов	52,55±17,70**	32,61±16,19
	Индекс симптоматического дистресса	1,70±0,47**	1,29±0,33

Примечание: ** — значимость различий в сравнении с контрольной группой при $p \leq 0,01$.

Согласно данным, представленным в таблице 1, в результате сравнительного анализа показателей эмоциональных состояний и свойств личности клинической и контрольной групп выявлено, что у больных ДТЗ достоверно выше значения реактивной и личностной тревожности, алекситимии, агрессивности как состояния, аутоагрессии, депрессии, соматизации, враждебности, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, фобической тревожности, психотизма и паранойяльности (для всех при $p \leq 0,01$). Это свидетельствует об имеющихся у больных ДТЗ трудностях в совладании с собственными эмоциональными состояниями, порой достигающими уровня психопатологических проявлений. Вместе с тем по показателям реактивной и личностной агрессивности, агрессивности как проявления темперамента, гетероагрессии и контроля агрессии значимых межгрупповых различий не выявлено.

С помощью критерия Спирмена в клинической и контрольной группах изучались теснота и характер связей между показателями эмоциональных состояний и свойств личности. Статистически значимые результаты корреляционного анализа (при $p \leq 0,01$) в каждой из исследуемых групп представлены на рисунке 1.

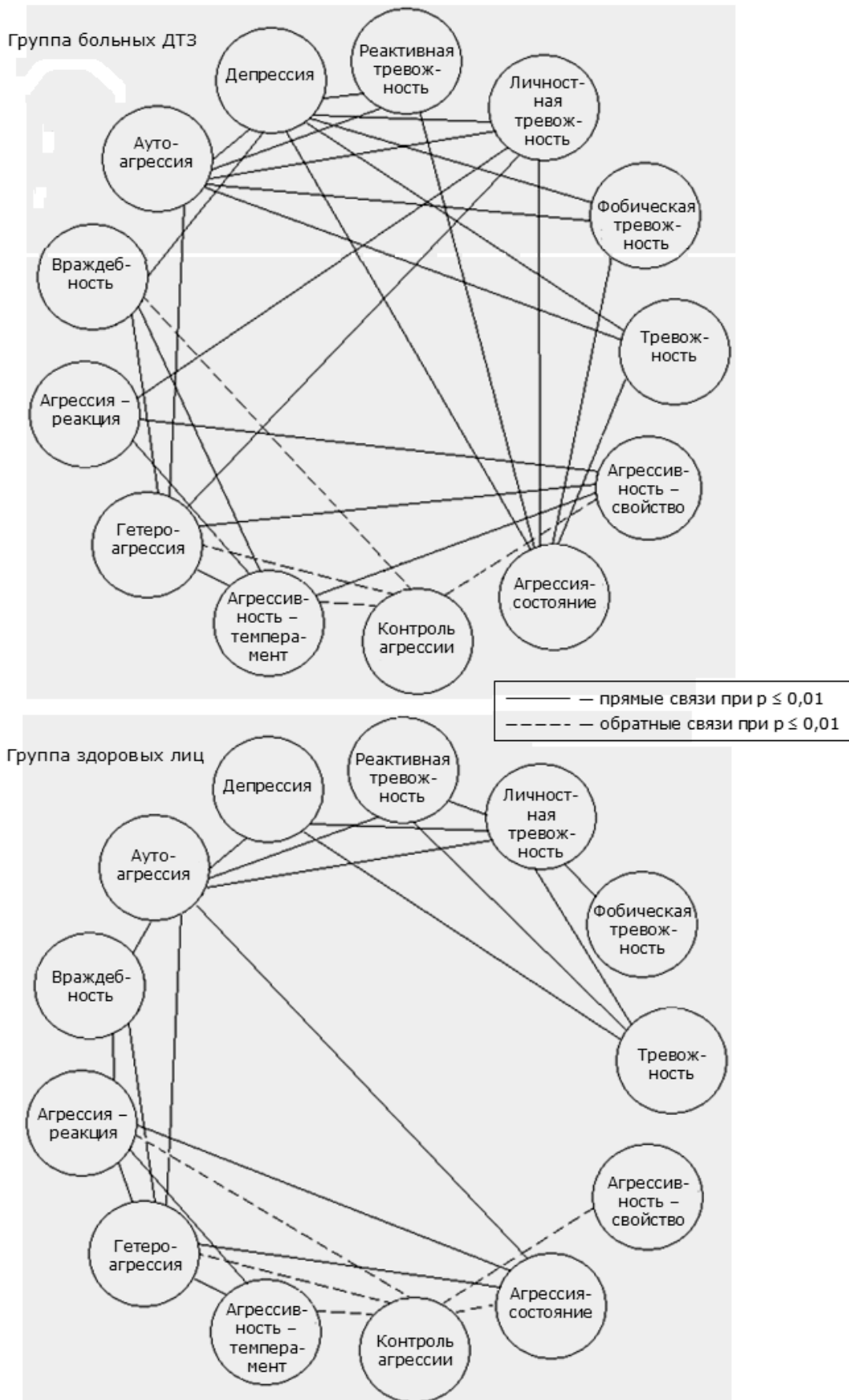


Рисунок 1. Статистически значимые результаты корреляционного анализа (при $p \leq 0,01$) в клинической и контрольной группах

Анализ статистически значимых корреляционных связей в двух группах (Рис. 1) свидетельствует о том, что структуру актуального эмоционального состояния при ДТЗ образует большее, чем у здоровых лиц, число взаимосвязанных переменных. В клинической группе по числу значимых корреляционных связей доминируют личностная тревожность, депрессия, личностная агрессивность, реактивная агрессивность, гетероагрессия и агрессивность как свойство темперамента. В контрольной группе по числу связей доминируют личностная тревожность, аутоагрессия, реактивная агрессивность, контроль агрессии. При этом у больных ДТЗ тревожность и депрессия образуют тесные прямые связи с различными аспектами агрессивности и враждебностью, тогда как у здоровых лиц тревожность и депрессия образуют значимые корреляции только с аутоагрессией.

В результате факторного анализа в группе больных ДТЗ выделено два фактора общей информативностью 78,2%. Фактор 1 «Депрессивность и психотизм» (показатель информативности — 43,3%) объединил межличностную сензитивность (0,879), депрессию (0,810) и психотизм (0,807). Фактор 2 «Агрессивность» (33,8%) объединил агрессивность как проявление темперамента (0,934) и агрессивность как свойство личности (0,871).

В группе здоровых лиц выделено два фактора общей информативностью 64%. Фактор 1 «Агрессивность» (35%) объединил личностную агрессивность (0,931), реактивную агрессивность (0,863) и гетероагрессию (0,698). Фактор 2 «Депрессивность и тревожность» (29%) объединил депрессию (0,872), реактивную тревожность (0,708) и личностную тревожность (0,686).

Полученные данные свидетельствуют о том, что общие тенденции в формировании различных значений по ряду многочисленных показателей эмоциональных состояний в каждой из исследуемых групп определяют два общих фактора — фактор агрессивности и фактор депрессивности. Однако исследуемые группы различаются по значимости выявленных факторов: в клинической группе наиболее информативным является фактор депрессивности, тогда как в контрольной группе — фактор агрессивности. Также различается содержание выявленных факторов. Так, у здоровых лиц депрессивность в структуре эмоциональных состояний тесно связана с тревожностью (реактивной и личностной), у больных ДТЗ — с межличностной сензитивностью и психотизмом. Личностная агрессивность в составе фактора «Агрессивность» в группе ДТЗ тесно связана с агрессивностью как проявлением темперамента, тогда как у здоровых испытуемых — с реактивной агрессией и гетероагрессией. Можно предположить, что у больных ДТЗ агрессивность является устойчивой характеристикой, которая в значительной мере определяется конституциональными факторами и мотивацией нападения, тогда как у здоровых лиц агрессия возникает преимущественно как транзиторное состояние в ответ на внешнее воздействие.

Итак, по результатам данного исследования, согласованный характер изменений различных показателей в структуре эмоциональных состояний больных ДТЗ определяют депрессивность, психотизм и нерезко выраженная проактивная агрессивность. По данным различных авторов, эти проявления наиболее часто отмечаются при нарастании патологического процесса и формировании психоэндокринного синдрома [2; 11; 13].

Исследование базисных убеждений больных ДТЗ и здоровых лиц проводилось с помощью «Шкалы базисных убеждений» (WAS). Сравнение полученных данных в клинической и контрольной группах проводилось с помощью критерия U Манна — Уитни. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнение показателей базисных убеждений у больных ДТЗ и здоровых испытуемых

Субшкалы	M ± SD	
	Клиническая группа (n = 65)	Контрольная группа (n = 62)
Доброжелательность мира	28,94 ± 4,94**	33,55 ± 6,93
Закономерность происходящих в мире событий	12,88 ± 2,33**	14,28 ± 2,72
Контролируемость мира	14,57 ± 2,49**	12,70 ± 2,23
Справедливость мира	12,58 ± 1,84	12,79 ± 2,04
Способность контролировать события собственной жизни	13,86 ± 1,87**	16,92 ± 2,86
Самоценность	13,03 ± 2,53**	18,83 ± 3,07
Удача	12,96 ± 1,94**	15,74 ± 2,85

Согласно данным, представленным в таблице 2, сравнение показателей базисных убеждений испытуемых двух групп с помощью U-критерия выявило, что у больных ДТЗ в сравнении со здоровыми лицами значимо снижены показатели убеждения в доброжелательности мира, в закономерности происходящих в нем событий и в контролируемости этих событий кем-либо/чем-либо свыше, в собственной ценности для окружающих людей и для мира в целом, в своей способности управлять событиями собственной жизни и в своей удачливости (для всех при $p \leq 0,01$). В то же время по показателям базисных убеждений в справедливости мира значимых межгрупповых различий не выявлено.

С помощью критерия Спирмена в клинической и контрольной группах изучались теснота и характер связей между показателями базисных убеждений и эмоциональных состояний и свойств личности. В результате корреляционного анализа в группе больных ДТЗ выявлено большее, чем в группе здоровых испытуемых, количество статистически значимых связей между показателями базисных убеждений и эмоциональных состояний и свойств личности.

Так, у больных ДТЗ показатели базисных убеждений в доброжелательности мира образуют значимые отрицательные связи с показателями личностной тревожности, фобической тревожности, депрессии, психотизма, паранойяльности, межличностной сензитивности, обессивности-компульсивности (для всех при $p \leq 0,01$), реактивной тревожности, соматизации и враждебности (для всех при $p \leq 0,05$). В группе здоровых испытуемых показатели убеждений в доброжелательности мира отрицательно связаны с показателями личностной тревожности, алекситимии, личностной и реактивной агрессивности, ауто- и гетероагрессии, депрессии, враждебности, паранойяльности (для всех при $p \leq 0,01$), межличностной сензитивности и психотизма (для всех при $p \leq 0,05$).

Показатели базисных убеждений в контролируемости мира кем-то или чем-то свыше у больных ДТЗ отрицательно коррелируют с показателями личностной тревожности, депрессии, агрессивности-состояния, агрессивности-свойства личности, гетероагрессии, межличностной сензитивности (для всех при $p \leq 0,05$). У здоровых лиц показатели базисных убеждений в контролируемости мира отрицательно коррелируют с показателями аутоагрессии ($p \leq 0,01$) и реактивной тревожности ($p \leq 0,05$).

Показатели базисных убеждений больных ДТЗ в собственной способности контролировать события своей жизни образуют тесную положительную связь с показателями агрессивности как реакции на происходящие события ($p \leq 0,05$). У здоровых лиц показатели этих базисных убеждений отрицательно коррелируют с

показателями реактивной и личностной тревожности, алекситимии, депрессии, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности и психотизма (для всех при $p \leq 0,01$).

Показатели базисных убеждений больных ДТЗ в собственной ценности для окружающих людей и для мира в целом образуют значимые отрицательные связи с показателями личностной тревожности, фобической тревожности, депрессии, психотизма, алекситимии, межличностной сензитивности (для всех при $p \leq 0,01$), паранойяльности и обсессивности-компульсивности (для всех при $p \leq 0,05$). У здоровых лиц показатели базисных убеждений в самооценности отрицательно связаны с показателями реактивной и личностной тревожности, фобической тревожности, алекситимии, аутоагрессии, депрессии, соматизации, враждебности, межличностной сензитивности, обсессивности-компульсивности, паранойяльности и психотизма (для всех при $p \leq 0,01$).

Показатели базисных убеждений больных ДТЗ в собственной удачливости отрицательно связаны с показателями соматизации, тревожности и паранойяльности (для всех при $p \leq 0,05$) и положительно связаны с показателями контроля агрессии ($p \leq 0,05$). У здоровых лиц показатели базисных убеждений в собственной удачливости отрицательно коррелируют с показателями личностной тревожности, алекситимии, аутоагрессии, межличностной сензитивности и фобической тревожности (для всех при $p \leq 0,05$).

Показатели базисных убеждений в справедливости мира у больных ДТЗ не связаны значимыми корреляциями ни с одним из исследуемых параметров эмоциональных состояний и свойств личности, тогда как в контрольной группе базисные убеждения в справедливости мира отрицательно связаны с показателями реактивной и личностной тревожности (для всех при $p \leq 0,01$), депрессии и агрессивности как состояния (для всех при $p \leq 0,05$).

Показатели базисных убеждений в закономерности происходящих в мире событий в группе больных ДТЗ не связаны значимыми корреляциями ни с одним из исследуемых параметров эмоциональных состояний и свойств личности, тогда как в группе здоровых испытуемых эти показатели образуют отрицательную связь с показателями алекситимии ($p \leq 0,01$).

Ретроспективное исследование раннего жизненного опыта больных ДТЗ и здоровых лиц проводилось с помощью полуструктурированного интервью для испытуемых и их матерей. Интервью было направлено на выявление потенциально психотравмирующих событий в раннем детстве испытуемых.

С этой целью для содержательного анализа нами были отобраны 25 параметров, наиболее значимых для характеристики раннего жизненного опыта испытуемых. К числу этих параметров относятся рождение в результате незапланированной беременности, несоответствие пола испытуемого ожиданиям кого-либо из его родителей (или обоих родителей); отсутствие отца в период детства испытуемого; эмоционально холодный и отстраненный отец; отсутствие или краткая продолжительность грудного вскармливания; длительные (в течение 1 месяца и дольше) разлуки с матерью в течение первого года жизни; травмы и тяжелые заболевания, перенесенные на первом году жизни и т. п.

Сравнение частоты встречаемости потенциально психотравмирующих событий в ранний период жизни испытуемых клинической и контрольной групп производилось с помощью критерия Фишера. Результаты сравнения частоты встречаемости потенциально психотравмирующих ситуаций в раннем детстве испытуемых двух групп представлены в таблице 3.

Сравнение частоты встречаемости потенциально психотравмирующих ситуаций в раннем детстве испытуемых

Параметры	Частота встречаемости, %	
	Клиническая группа (n = 65)	Контрольная группа (n = 62)
Рождение в результате незапланированной беременности	41,5	36,9
Страхи во время беременности	46,2 ^{***}	9,2
Стресс во время беременности	69,2 ^{***}	33,8
Угроза прерывания беременности	36,9	27,7
Осложненная беременность	41,5	53,8
Токсикоз первой половины беременности	75,4	70,8
Токсикоз второй половины беременности	32,3	20,0
Недоношенность	25,5	16,9
Рождение путем кесарева сечения	3,1	12,3
Осложненные роды	46,2	43,1
Несоответствие пола ожиданиям родителей	49,2 ^{***}	24,6
Отсутствие отца	7,3	5,5
Отказ отца от участия в уходе за ребенком и в его воспитании	12,3	18,5
Формальное участие отца в уходе за ребенком и в его воспитании	46,2	43,1
Активное участие отца в уходе за ребенком и в его воспитании	36,9	33,8
Отсутствие грудного вскармливания	12,3 ^{***}	1,5
Продолжительность грудного вскармливания до 6 мес.	27,7 ^{***}	10,8
Продолжительность грудного вскармливания до 12 мес.	36,9	35,4
Продолжительность грудного вскармливания свыше 12 мес.	23,1 ^{***}	52,3
Длительная разлука с матерью в возрасте до 6 мес.	9,2 [*]	1,5
Длительная разлука с матерью в возрасте до 12 мес.	41,5 ^{***}	21,5
Длительная разлука с матерью в возрасте до 18 мес.	46,2 ^{***}	67,7
Длительная разлука с матерью в возрасте старше 18 мес.	5,3	9,2
Частые простудные заболевания на первом году жизни	70,9 ^{***}	41,5
Тяжелые травмы и заболевания на первом году жизни	29,2 ^{***}	1,5
Отсутствие заболеваний и травм на первом году жизни	7,7 ^{**}	56,9
Нарушения развития на первом году жизни	50,8 ^{***}	21,5

Примечание: ** — значимость различий в сравнении с контрольной группой при $p \leq 0,01$;
* — значимость различий в сравнении с контрольной группой при $p \leq 0,05$.

Согласно данным, представленным в таблице 3, первые месяцы и годы жизни больных ДТЗ характеризуются наличием большего количества потенциально психотравмирующих событий, чем у здоровых лиц. Так, в сравнении со здоровыми лицами среди больных ДТЗ значимо выше число лиц, рожденных в результате

беременности, отягощенной различными страхами и/или стрессом; перенесших на первом году жизни травмы и/или тяжелые заболевания; перенесших в младенчестве длительную (продолжительностью месяц и дольше) разлуку с матерью (для всех при $p \leq 0,01$). Кроме того, в группе больных ДТЗ значимо выше число лиц, не находившихся на грудном вскармливании или находившихся на нем менее полугода, и лиц, чей пол не соответствовал ожиданиям кого-либо из родителей испытуемого (для всех при $p \leq 0,01$).

По данным сравнительного анализа (критерий U Манна — Уитни), в группе больных ДТЗ у лиц, рожденных в результате нежеланной беременности, значимо выше, чем у рожденных в результате желанной беременности, показатели алекситимии, соматизации, тревожности, депрессии, психотизма и общего фактора «Депрессивность и психотизм» (для всех при $p \leq 0,05$). При этом у лиц, больных ДТЗ, рожденных в результате нежеланной беременности, значимо ниже, чем у рожденных в результате желанной беременности, показатели базисных убеждений в доброжелательности мира, в контролируемости мира кем-либо или чем-либо свыше, в собственной ценности для окружающих людей и мира в целом и в собственной удачливости (для всех при $p \leq 0,01$).

В контрольной группе у лиц, рожденных в результате нежеланной беременности, значимо выше, чем у рожденных в результате желанной беременности, показатели тревожности, депрессии, а также базисных убеждений в доброжелательности мира, в собственной способности контролировать события своей жизни (для всех при $p \leq 0,05$) и в самооценности ($p \leq 0,01$).

В группе больных ДТЗ у лиц, чей пол не соответствовал ожиданиям кого-либо из родителей, значимо выше, чем у лиц ожидаемого пола, и лиц, родители которых не имели определенных ожиданий в отношении пола ребенка, показатели тревожности, депрессии, алекситимии, паранойяльности, психотизма (для всех при $p \leq 0,05$) и значимо ниже показатели базисных убеждений в доброжелательности мира, в собственной ценности для мира, в собственной удачливости (для всех при $p \leq 0,01$) и в контролируемости мира свыше (при $p \leq 0,05$).

В контрольной группе у лиц, чей пол не соответствовал родительским ожиданиям, в сравнении с лицами ожидаемого пола и лицами, родители которых не имели определенных ожиданий в отношении пола ребенка, значимо выше показатели тревожности, депрессии, личностной и реактивной агрессивности, ауто- и гетероагрессии (для всех при $p \leq 0,05$) и значимо ниже показатели базисных убеждений в собственной способности контролировать события жизни ($p \leq 0,01$).

В группе больных ДТЗ у лиц, перенесших на первом году жизни длительную разлуку с матерью, в сравнении с лицами, не разлучавшимися в младенчестве с матерью надолго, значимо выше показатели личностной тревожности, депрессии, личностной и реактивной агрессивности, агрессивности как проявления темперамента, ауто- и гетероагрессии, враждебности, соматизации, межличностной сензитивности, обсессивно-компульсивных проявлений, паранойяльности, психотизма, общих факторов «Депрессивность и психотизм» и «Агрессивность» (для всех при $p \leq 0,01$), а также значимо ниже показатели базисных убеждений в собственной удачливости, в самооценности (для всех при $p \leq 0,01$) и в доброжелательности мира ($p \leq 0,05$).

В контрольной группе у лиц, перенесших на первом году жизни длительную разлуку с матерью, в сравнении с лицами, не разлучавшимися в младенчестве с матерью надолго, значимо выше показатели тревожности, депрессии, аутоагрессии, психотизма, межличностной сензитивности, обсессивности-компульсивности (для всех при $p \leq 0,01$) и значимо ниже показатели базисных убеждений в доброжелательности мира, в собственной способности контролировать события своей жизни (для всех при $p \leq 0,01$) и в самооценности ($p \leq 0,05$).

Обсуждение результатов исследования

Проведенное исследование показало, что в сравнении со здоровыми лицами у больных ДТЗ в раннем детстве значимо чаще имели место различные потенциально психотравмирующие факторы, такие как рождение в результате нежеланной беременности, несоответствие пола испытуемого ожиданиям его родителей, раннее отлучение от груди, длительная разлука с матерью, отсутствие отца или эмоционально холодный, отстраненный отец, тяжелые травмы и заболевания и т.п.

Несмотря на «условную патогенность» указанных факторов, их роль в формировании эмоциональных расстройств у индивида может быть не меньшей, чем у объективно тяжелых событий детства (таких, как потеря родителей, насилие и т.п.), поскольку все они свидетельствуют о неспособности ближайшего окружения обеспечить для ребенка атмосферу защищенности, доверия, эмоционального резонанса. Эти события в раннем детстве индивида способны разрушить определенные базисные убеждения относительно самого себя и относительно надежности и безопасности мира, в котором он живет.

Согласно результатам проведенного исследования, показатели негативных эмоциональных состояний и свойств личности и нарушенных базисных убеждений в обеих обследованных группах оказались значимо выше у тех испытуемых, чье раннее детство было отягощено указанными потенциально психотравмирующими событиями. При этом в группе больных ДТЗ эти различия значительно более выражены, чем в группе контроля.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что наибольшим патогенным эффектом обладает длительная разлука с матерью. Лица, надолго разлученные с матерью на первом году жизни, отличают базисные убеждения в недоброжелательности окружающего мира и в собственной никчемности, недостойности и неудачливости. Среди всех обследованных больных ДТЗ и здоровых испытуемых у лиц, переживших в младенчестве длительную разлуку с матерью, выявлены наиболее высокие показатели тревожности, депрессии, агрессивности, враждебности, соматизации, межличностной сензитивности, обсессивно-компульсивных проявлений, паранойяльности, психотизма и общих факторов «Депрессивность» и «Агрессивность». При этом в группе больных ДТЗ эти различия значимо более выражены, чем в группе контроля.

Мы предполагаем, что сформированные у индивида под влиянием раннего негативного опыта базисные убеждения во враждебности окружающего мира и в низкой ценности их собственного «Я» обуславливают постоянное предвосхищение опасности и вызывают тревожные, депрессивные, агрессивные и прочие реакции. Поскольку большинство показателей эмоциональных состояний и свойств личности у больных ДТЗ связано между собой тесными прямыми корреляциями, то возникновение любого из этих феноменов сопровождается появлением других. Так, повышение тревожности сопровождается у больных ДТЗ усугублением депрессии, межличностной сензитивности, соматизации, обсессивности-компульсивности, враждебности, гетеро- и аутоагрессии, паранойяльности, психотизма и т.п.

Такая слабая способность к распознаванию различных эмоциональных состояний у больных ДТЗ и ограниченный репертуар их эмоционального реагирования с тенденцией к генерализации аффекта может объясняться, с одной стороны, тиреотоксическим влиянием на церебральные механизмы эмоциональной саморегуляции; с другой стороны, учитывая, что эмоциональные показатели, подвергшиеся анализу, представляют собой данные субъективных самоотчетов испытуемых, эти особенности эмоционального реагирования и трудности в дифференциации собственных переживаний могут быть следствием свойственной многим психосоматическим пациентам алекситимии с присущим ей дефицитом рефлексии собственного эмоционального опыта и ограниченной способностью к тонкому различению собственных эмоциональных переживаний [14; 17].

Кроме того, тесные взаимосвязи между проявлениями тревоги, депрессии и агрессии, выявленные в структуре эмоциональных состояний больных ДТЗ, также можно объяснить с позиций психоанализа. Согласно классической психоаналитической трактовке, депрессия представляет собой интроекцию агрессии, обращенной на собственное «Я» в результате утраты Объекта (согласно полученным данным, 41,5% больных ДТЗ на первом году жизни перенесли длительную разлуку с матерью; у 95,4% больных ДТЗ отец либо проявлял эмоциональную холодность, отстраненность и безучастие, либо вообще отсутствовал). Такая утрата Объекта приводит к фрустрационной агрессии с постоянным переходом к тяжелой меланхолии, более глубокой, чем скорбь. Не только внешний мир воспринимается индивидом негативно, но и само его эго находится под угрозой [12]. Снижение самовосприятия индивида проявляется в его убеждении в собственной виновности, неполноценности и недостойности [10].

В то же время анализ содержания бесед с испытуемыми показал, что пациенты с болезнью Грейвса не вполне ясно осознают свои негативные эмоциональные состояния и, напротив, склонны отрицать их существование у себя. Эти люди предъявляют жалобы лишь на общую слабость и сильную усталость. Такое явление «аффективного молчания» описано П. Марти как «эссенциальная депрессия» и опературное мышление, которые развиваются вследствие утраты материнского объекта [17].

Изоляция когнитивного аспекта аффекта от экспрессивного приводит к тому, что эмоциональные состояния и сопутствующие им физиологические реакции у данного индивида утрачивают свое приспособительное значение. Постоянное предвосхищение опасности обычно сопровождается снижением концентрации внимания, трудностями произвольного сосредоточения, избирательным фокусированием на источнике предполагаемой угрозы и нарушениями переработки информации, что может приводить к генерализации ожидаемой угрозы (когда нейтральные стимулы воспринимаются как предвестники опасности и провоцируют слабодифференцированную реакцию тревоги, депрессии, агрессии и пр.) и хронической гиперактивации вегетативной нервной системы. Последнее обуславливает облегченный запуск соматических нервных реакций в различных ситуациях, включая те, которые не содержат какой-либо объективной угрозы для индивида.

Учитывая современные представления о том, что усиленное функционирование нейроэндокринной системы при интенсивных и/или длительных негативных эмоциональных состояниях приводит к дезинтеграции физиологических механизмов, лежащих в основе координированной приспособительной деятельности, и при наличии органа-мишени способствует возникновению психосоматических расстройств [2], можно предположить, что ранний травматический опыт и нарушенные вследствие этого базисные убеждения у больных ДТЗ могут быть ответственны за присущее им состояние сверхбдительности и преувеличенные реакции на неожиданные стимулы и, как следствие, низкую стрессоустойчивость, которые являются одними из звеньев патогенеза этого заболевания.

Заключение

Результаты исследования, направленного на изучение особенностей актуального эмоционального состояния, базисных убеждений и раннего жизненного опыта у больных диффузным токсическим зобом, показали, что свойственная этим лицам повышенная склонность испытывать негативные эмоции в различных ситуациях, в том числе не несущих объективной угрозы, тесно связана с отягощенностью ранних этапов жизни этих пациентов значительным количеством потенциально психотравмирующих ситуаций и, как следствие этого, с наличием у них негативных базисных убеждений, отражающих снижение доверия к окружающему миру и уверенность в собственном бессилии и незащитности перед лицом его угроз.

Для более строгих выводов требуются дополнительные исследования.

Литература

1. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2003. – 159 с.
2. Соловьева С.Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 575 с.
3. Affectivity and alexithymia: two dimensions explicative of the relationship between anxiety and depressive symptoms / A. Bonnet, V. Bréjard, A. Pasquier [et al.] // *Encephale*. – 2012. – Vol. 38(3). – P. 187–193.
4. Age and stress as determinants of the severity of hyperthyroidism caused by Graves' disease in newly diagnosed patients / X.G. Vos, N. Smit, E. Endert [et al.] // *European journal of endocrinology*. – 2009. – Vol. 160. – P. 193–199.
5. Depressive Disorders and Thyroid Function / V.A. Araya, T. Massardo, J. Fiedler [et al.] // *Thyroid and Parathyroid Diseases – New Insights into Some Old and Some New Issues* / Ed. by L.S. Ward. – Croacia: InTech, 2012. – P. 259.
6. Freud S. Mourning and Melancholia // *The Pelican Freud Library. Volume 11: On Metapsychology: The Theory of Psychoanalysis* / Ed. by A. Richards. – Harmondsworth: Penguin, 1984. – P. 245–269.
7. Graves' disease and stress / A.M. Santos, E.L. Nobre, J. Garcia e Costa [et al.] // *Acta Medica Portuguesa*. – 2002. – Vol. 15(3). – P. 423–427.
8. Hyperthyroidism – cause of depression and psychosis: a case report / G. Marian, E.A. Nica, B.T. Ionescu [et al.] // *Journal of Medicine and Life*. – 2009. – Vol. 2(4). – P. 440–442.
9. Interactions between brain, psyche and thyroid / M. Schmidt, W. Huff, M. Dietlein [et al.] // *Nuklearmedizin*. – 2008. – Vol. 47(6). – P. 225–234.
10. Janoff-Bulman R. Schema-change perspectives on posttraumatic growth // *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* / Ed. by L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi. – Mahwah, New Jersey; London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. – P. 81–99.
11. Mandincova P. Psychosocial Factors in Patients with Thyroid Disease // *Thyroid and Parathyroid Diseases – New Insights into Some Old and Some New Issues* / Ed. by L. Ward. – Croacia: InTech, 2012. – P. 279.
12. Mechanisms in endocrinology. Role of emotional stress in the pathophysiology of Graves' disease / G. Falgarone, H.M. Heshmati, R.G. Cohen [et al.] // *European Journal of Endocrinology*. – 2013. – Vol. 168(1). – P. 13–18.
13. Mourning and melancholia revisited: Correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry / R.L. Carhart-Harris, H.S. Mayberg, A.L. Malizia [et al.] // *Annals of General Psychiatry*. – 2008. – Vol. 7(1). – P. 9–31.
14. Psychoses associated with thyrotoxicosis – "thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence / B.E. Brownlie, A.M. Rae, J.W. Walshe [et al.] // *European Journal of Endocrinology*. – 2000. – Vol. 142. – P. 438–444.
15. Singh J., Gupta N. Association of Psychosis and Hyperthyroid Goiter: A Case Report // *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 9(2). – P. 154–155.
16. Smadja C. *The Psychosomatic Paradox: Psychoanalytical Studies*. – London: Free Association Books, 2005. – 233 p.
17. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine* / Ed. by J.L. Levenson. – Edition, 1st ed. Imprint. – Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2005. – 1092 p.
18. Thyroid and Parathyroid Diseases and Psychiatric Disturbance / A. Lobo-Escolar, A. Campayo, C.H. Gómez-Biel [et al.] // *Thyroid and Parathyroid Diseases: New Insights into Some Old and Some New Issues* / Ed. by L. Ward. – Croacia: InTech, 2012. – P. 239.

Shattered basic beliefs as a factor of negative affectivity in patients with Graves' disease

Ragozinskaya V.G.

Ragozinskaya Valeriya Germanovna

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Special and Clinical Psychology; Chelyabinsk State University, Bratiev Kashirinykh st., 129, Chelyabinsk, 454001, Russian Federation. Phone: 8 (351) 742-03-09.

E-mail: sunny_song@mail.ru

Abstract. Purpose: Despite recognition of the significant role of stress in triggering Graves' disease in genetically susceptible subjects, there is a paucity of investigation of the psychological characteristics of such subjects that cause them to tune into the threat and experience stress in emotional-neutral situations. Research was conducted about the features of the relationship between potentially psycho-traumatic early childhood events and basic beliefs and actual emotional state of 65 patients with Graves' disease (10 men and 55 women) compared with healthy subjects. Methods: Several clinical psychological methods were applied within the framework of the research. Among testing techniques used were: the Self-rating Depression Scale (W. Zung), the State-Trait Anger Expression Inventory (C. Spielberger), the State-Trait Anxiety Inventory (C. Spielberger), the Toronto Alexithymia Scale, the Symptom Checklist-90-Revised (L. Derogatis), the World Assumptions Scale (R. Janoff-Bulman), semi-structured interview for the testees and their mothers. Results: The data obtained shows that various potentially psycho-traumatic early life events (such as discrepancy between testee's sex and his or her parents' expectations, lack of breastfeeding, prolonged separation from mother, absent father or cold and distant father, traumas or/and severe illnesses, and so on) were occurring significantly more frequently in patients with Graves' disease than in the controls. These events in person's early childhood can shatter certain basic beliefs about him- or herself and about the safety and security of the world in which he or she lives. The indicators for negative emotional states, psychopathologic symptoms and dysfunctional basic beliefs are more pronounced in those subjects of clinical and control groups whose early life was marred by mentioned potentially psycho-traumatic events. And in the group of patients with Graves' disease, these differences are much more pronounced than in the control group. Discussion: The study's results show that the tendency of patients with Graves' disease to experience negative emotional states in various situations, including those that don't contain any objective threat, may be associated with burdening of the early stages of patients' life with a significant number of potentially stressful situations and thereafter with the presence of negative basic beliefs, which reflect the reduction of their basic trust to the world, the conviction in their own unvaluability and unprotection in the face to its threats.

Key words: Graves' disease; psychosomatic disorder; emotional state; basic beliefs; family experiences during infancy.

Bibliographic reference

Ragozinskaya V.G. Shattered basic beliefs as a factor of negative affectivity in patients with Graves' disease. *Med. psihol. Ross.*, 2015, no. 2(31), p. 9 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

Received: January 26, 2015

Accepted: February 13, 2015

Publisher: March 1, 2015

Introduction

Graves' disease is an autoimmune disorder that results in hyperthyroidism when thyroid-stimulating immunoglobulins (TSIs) bind to thyroid-stimulating hormone (TSH) receptors and mimic TSH. TSIs thereby stimulate the synthesis of thyroid hormones (T4 and T3), while serum TSH levels are very low or undetectable. The factors that trigger this immune response are unknown [5].

Hyperthyroidism is frequently associated with mental health problems. People with Graves' disease may exhibit marked anxiety and tension, mood disturbances, emotional lability, exaggerated sensitivity, agitation, impatience and irritability, impairment in memory and concentrating, distractible overactivity, and fluctuating depression with sadness. These symptoms can be episodic or may develop into psychopathological syndromes [3; 5; 15]. Psychotic symptoms in the context of hyperthyroidism typically present as an affective psychosis (e.g., depression and mania) [7; 16]. In extreme cases, patients with Graves' disease may appear schizophrenic, losing touch with reality and becoming delirious or hallucinating [5].

Clinicians are often convinced about the role of stress in triggering the disease [6; 8]. There is some evidence that high-magnitude stressors can provoke Graves' hyperthyroidism in genetically susceptible subjects [4; 9]. However, although the majority of those who become sick with Graves' disease have recently suffered a stressful life event, studies indicate that at least part of the association between stressful life events and the occurrence of this illness probably is non-causal [6]. X.G. Vos et al. showed that the clinical severity of Graves' hyperthyroidism was not related to the amount of stress exposure but was independently related to the tendency to report negative feelings [4].

The question is why some individuals in emotional-neutral situations tend to tune into the threat and experience stress, search for information.

Some studies have suggested that individual's appraisal of different situations as more or less threatening is determined by his or her system of implicit representations of themselves and of the world in which they live [18]. These basic beliefs about the surrounding world — its certainty, orderliness, predictability, and controllability — and about self are based on the experience of relations with parents in early childhood. R. Janoff-Bulman and some other psychologists contend that psycho-traumatic events in person's early childhood can pose overwhelming threats to his or her beliefs about the safety and security of the world and to beliefs in his or her own competence and general self-esteem. Shattered basic beliefs subsequently result in the assessment of life events as threatening and stressful [1; 18].

Therefore we suggest that higher exposure to stress which play an important role in occurrences of Graves' disease in subjects with the constitutional predisposition to it may be caused by the presence of shattered basic beliefs as the result of severe early life experiences. In this connection the research is devoted to the detection of the relationships between potentially psycho-traumatic early childhood events and basic beliefs and emotional states and traits of patients suffering from Graves' disease compared with healthy subjects.

The **aims of this study** were: a) to investigate features of emotional states and traits, basic beliefs and early life family experiences of patients with Graves' disease compared with healthy subjects; and b) to reveal the interrelations between potentially psycho-traumatic early childhood events, basic beliefs and emotional states and traits of patients with Graves' disease and healthy subjects.

Materials and methods

We have examined 65 patients suffering from Graves' disease (GD) aged 20—50 (the average age of the subjects — 32.6 ± 11.2 years), including 55 women and 10 men. The duration of the disease ranged from 1 to 5.5 years, with a mean of 3.4 ± 2.1 years.

Criteria for inclusion in the clinical group: verified diagnosis of "Graves' disease" (ICD-10 E05) and its connection with acute or chronic stress situation in the medical history (as the reason for including the illness in the number of psychosomatic disorders); the availability of anamnestic information about early-age development of the testee from his or her mother.

The control group included 62 healthy persons (49 women and 13 men) aged 20—50, chosen based on the appropriate requirements for their sex and age factors and socio-

demographic variables of clinical group. Criteria for inclusion in the control group: the absence of acute and chronic physical and mental illnesses; the availability of anamnestic information about early-age development of the testee from his or her mother.

All the testees gave their informed voluntary consent to participate in the research.

In this research we have used the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by C. Spielberger (adapted by Y.L. Hanin), the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) by C. Spielberger (adapted by S.L. Solovyeva), the Self-rating Depression Scale (SDS) by W. Zung (adapted by T.I. Balashova), the Toronto Alexithymia Scale (TAS) by G.J. Taylor et al. (adapted by D.B. Eres'ko et al.), the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) by L.R. Derogatis (adapted by N.V. Tarabrina), the World Assumptions Scale (WAS) by R. Janoff-Bulman (adapted by M.A. Padun). Retrospective investigations of the early life experiences of patients with Graves' disease and healthy persons were carried out with the use of semi-structured interview for testees and their mothers.

The statistic data processing was conducted by means of the Mann – Whitney U criterion, the Fisher ϕ^* criterion, the Spearman's rank correlation coefficient (given the non-normality of several item), factor analysis (the method of maximum likelihood with Varimax rotation). The data were evaluated using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL) for Windows 17 statistical program. All of the results are expressed as means \pm standard deviations. For qualitative characteristics percentages were counted. A probability value of $p \leq 0.05$ was considered statistically significant.

The results

Investigations of emotional states and traits of patients with Graves' disease and healthy persons were carried out with the use of State-Trait Anxiety Inventory (STAI), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Self-rating Depression Scale (SDS), Toronto Alexithymia Scale (TAS) and Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Comparisons of STAI, STAXI, SDS and TAS scores in the clinical and control groups were carried out by the Mann-Whitney U criterion. Results of the carried out comparison are presented in Table 1.

Table 1

Comparison of emotional states and traits scores in patients with Graves' disease and healthy persons

Assessment	Scales	M \pm SD	
		Clinical group (n=65)	Control group (n=62)
STAI	Anxiety State	45,48 \pm 10,31**	38,96 \pm 8,23
	Anxiety Trait	49,62 \pm 9,21**	41,03 \pm 7,88
STAXI	Anger State	11,35 \pm 2,77**	10,59 \pm 1,76
	Anger Trait	19,02 \pm 6,18	18,09 \pm 4,56
	Angry Temperament	7,52 \pm 3,12	7,27 \pm 2,34
	Angry Reaction	8,57 \pm 2,55	8,14 \pm 2,36
	Auto-aggression	15,23 \pm 3,89**	13,45 \pm 3,83
	Hetero-aggression	15,14 \pm 4,22	14,69 \pm 3,45
	Anger-control	20,86 \pm 4,70	21,65 \pm 4,01
SDS	Depression	41,93 \pm 7,27**	36,59 \pm 5,95
TAS	Alexithymia	67,75 \pm 10,51**	59,05 \pm 9,16
SCL-90-R	Somatization	1,26 \pm 0,66**	0,53 \pm 0,40
	Interpersonal sensitivity	1,12 \pm 0,69**	0,66 \pm 0,49
	Depression	1,20 \pm 0,67**	0,61 \pm 0,41
	Anxiety	1,03 \pm 0,71**	0,50 \pm 0,40

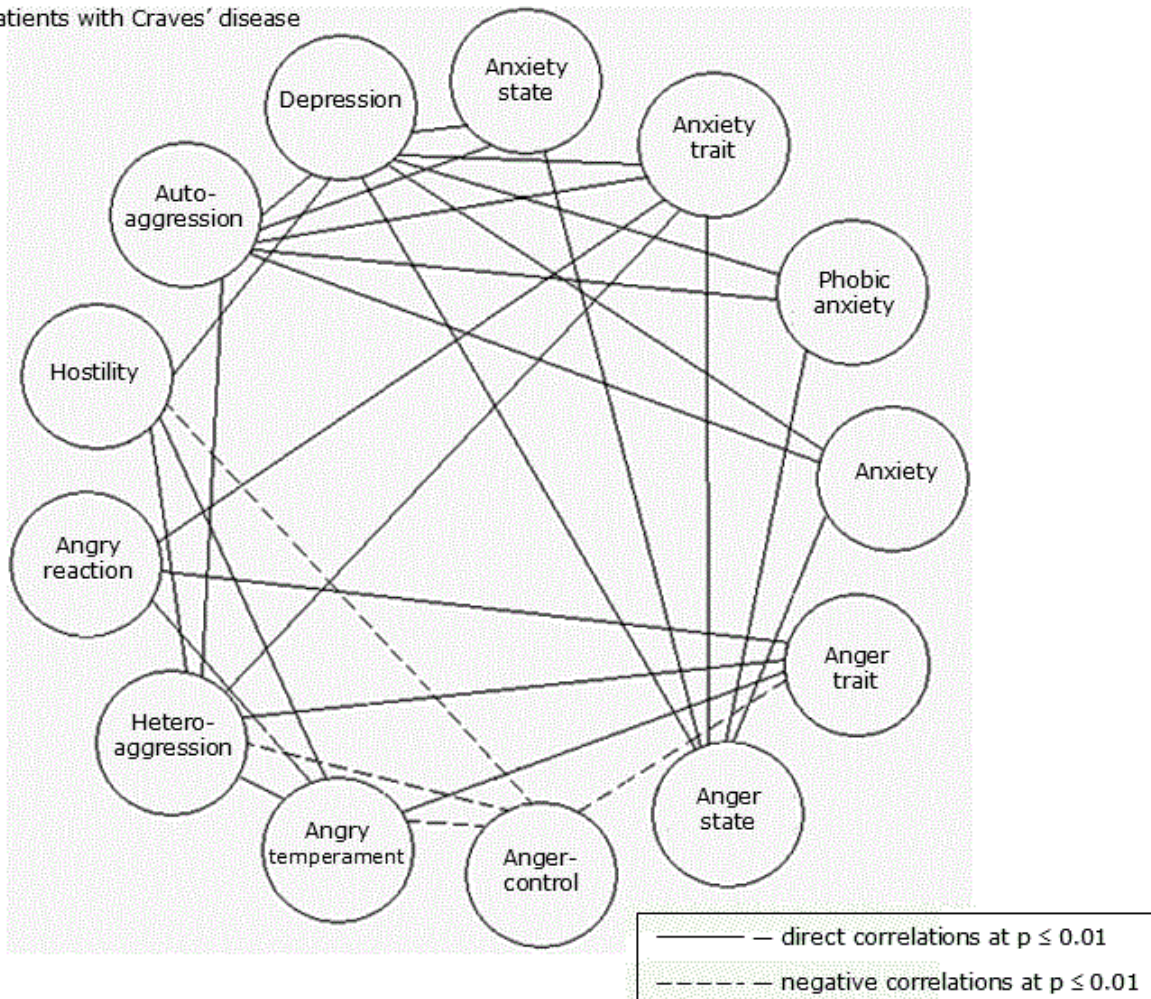
Obsessive-compulsive	1,20±0,70**	0,64±0,44
Hostility	0,98±0,69**	0,48±0,38
Phobic Anxiety	0,49±0,43**	0,21±0,24
Paranoid Ideation	0,97±0,66**	0,46±0,40
Psychoticism	0,72±0,62**	0,27±0,30
Global Severity Index	1,02±0,50**	0,50±0,29
Positive Symptom Total	52,55±17,70**	32,61±16,19
Positive Symptom Distress Index	1,70±0,47**	1,29±0,33

Notation: ** — significant differences in comparison with the control group at $p \leq 0.01$;

As shown in Table 1, the results of the comparative analysis of emotional states and traits scores of the clinical and control groups prove that patients with Graves' disease have higher scores of anxiety state, anxiety trait, alexithymia, anger state, auto-aggression, depression, somatization, hostility, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, phobic anxiety, psychoticism and paranoid ideation (for all at $p \leq 0.01$). According to this finding, patients with Graves' disease have difficulties in regulating of own emotional states, which could sometimes reach the level of psychopathological manifestations. However, there were no significant differences between the two groups regarding anger trait, angry temperament, angry reaction, hetero-aggression and anger-control scores.

Spearman correlation coefficients were calculated between emotional states and traits scores in the clinical and control groups. Highly significant results of correlation analysis (at $p \leq 0.01$) within each group are presented in Figure 1.

Patients with Graves' disease



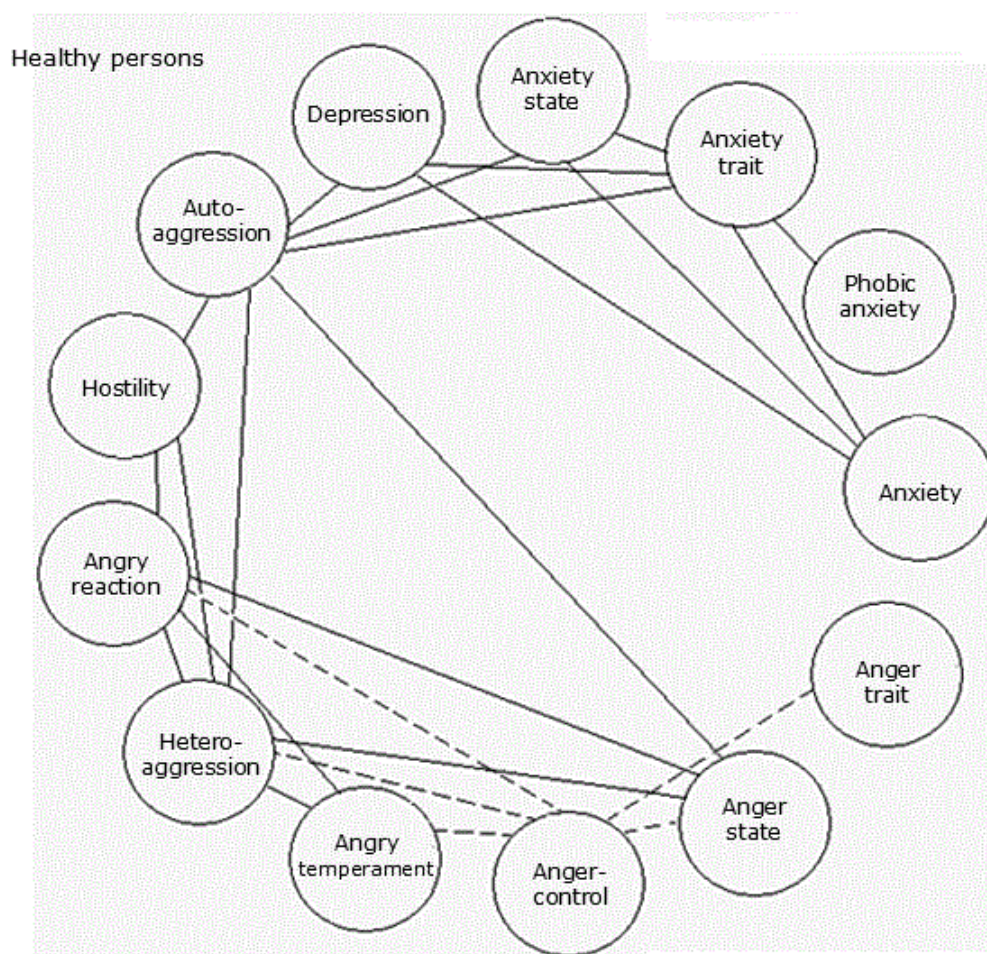


Figure 1. Statistically significant results of correlation analysis (at $p \leq 0.01$) in the clinical and control groups.

Analysis of statistically significant correlations (Figure 1) proves that structure of actual emotional state in Graves' disease is formed by a large number of interrelated variables. In the clinical group the number of interrelated components of actual emotional state is higher than those in the control group. In the clinical group anxiety trait, depression, anger trait, reactive aggression, hetero-aggression and angry temperament are leading in the number of significant correlations. In the control group anxiety trait, auto-aggression, reactive aggression and aggression control are leading in the number of significant correlations. Wherein in patients with Graves' disease anxiety and depression develop strong correlations with different facets of aggressiveness and hostility, while in healthy persons anxiety and depression are significantly correlated with auto-aggression only.

As a result of factor analysis in the clinical group two common factors with general information capacity 78.2% have been distinguished. Factor 1 "Depressiveness and psychoticism" (43.3%) combined interpersonal sensitivity (0.879), depression (0.810) and psychoticism (0.807). Factor 2 "Aggressiveness" (33.8%) combined angry temperament (0.934) and anger trait (0.871).

In the control group two common factors with general information capacity 64% have been distinguished. Factor 1 "Aggressiveness" (35%) combined anger trait (0.931), anger state (0.863) and hetero-aggression (0.698). Factor 2 "Depressiveness and anxiety" (29%) combined depression (0.872), anxiety state (0.708) and anxiety trait (0.686).

The gained data show that common tendencies in the development of different meanings with a number of multiple indicators of emotional states in each of the tested

groups are defined two common factors — "Aggressiveness" and "Depressiveness". However, the tested groups differ based on the significance of the revealed factors: in the clinical group the most informative factor is "Depressiveness", while in the healthy group it is "Aggressiveness". Besides, the content of the revealed factors is different. Thus, depressiveness in the emotional states structure of healthy people is strongly associated with anxiety (state and trait), in the clinical group it is associated with interpersonal sensitivity and psychoticism. In the clinical group anger trait within the factor "Aggressiveness" is strongly linked with angry temperament, while in the healthy group the link is with angry reaction and hetero-aggression. It is possible to suppose, that in patients with Graves' disease aggressiveness is a stable characteristic that is to a significant extent determined by constitutional factors and attack motivation, while in healthy people anger mainly occurs as a transitory state in response to an outside agent.

So, according to current research data the coordinate character of different rates shifts in the structure of emotional state of patients with Grave's disease is determined by depressiveness, psychoticism and mildly expressed proactive aggressiveness. According to the data provided by different authors these symptoms are mostly registered at the growth of pathological process and the development of psychoendocrine syndrome [2; 11; 13].

Investigations of basic beliefs of patients with Graves' disease and healthy persons were carried out with the use of the World Assumptions Scale (WAS). Comparisons of WAS scores in the clinical and control groups were carried out by the Mann — Whitney U criterion. Results of the carried out comparison are presented in Table 2.

Table 2

Comparison of basic beliefs scores in patients with Graves' disease and healthy persons

Scales	M±SD	
	Clinical group (n= 65)	Control group (n= 62)
World benevolence	28,94± 4,94**	33,55± 6,93
Objective regularity of events	12,88± 2,33**	14,28± 2,72
Control over the world	14,57± 2,49**	12,70± 2,23
Justice of the world	12,58± 1,84	12,79± 2,04
Controllability of life events	13,86± 1,87**	16,92± 2,86
Personal value for the world	13,03± 2,53**	18,83± 3,07
Luck	12,96± 1,94**	15,74± 2,85

As shown in Table 2, the comparison of basic beliefs scores of the clinical and control groups has shown that patients with Graves' disease are much less prone to believing in the benevolence of the environment, objective regularity of events and control over these events by smb/smith superior than healthy persons (for all at $p \leq 0.01$). Besides, patients with Graves' disease are much less confident of their own luck, their own value for the people and for the world, and in their own ability to manage events of their own life than healthy people (for all at $p \leq 0.01$). However, there was no significant difference between the two groups regarding basic belief in justice of the world.

Spearman correlation coefficients were calculated between basic beliefs and emotional states and traits scores in the clinical and control groups. The results of correlation analysis discovered a greater number of statistically significant relationships in patients with Graves' disease than those in the healthy group. Thus, in the group of patients with Graves' disease there are significant negative correlations between scores on the basic belief in the world benevolence and anxiety trait, phobic anxiety, depression, psychoticism, paranoid ideation,

interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive (for all at $p \leq 0.01$), anxiety state, somatization, hostility (for all at $p \leq 0.05$). The group of healthy persons has significant negative correlations between scores on the basic belief in the world benevolence and anxiety trait, alexithymia, anger state, anger trait, auto-aggression, hetero-aggression, depression, hostility, paranoid ideation (for all at $p \leq 0.01$), interpersonal sensitivity and psychoticism (for all at $p \leq 0.05$).

In the group of patients with Graves' disease there are significant negative correlations between scores on the basic belief in controllability of the world and anxiety trait, depression, anger state, anger trait, hetero-aggression and interpersonal sensitivity (for all at $p \leq 0.05$). The group of healthy persons has significant negative correlations between scores on the basic belief in controllability of the world and auto-aggression (at $p \leq 0.01$), anxiety state (at $p \leq 0.05$).

In the group of patients with Graves' disease there are significant positive correlations between scores on the basic belief in personal ability to control events in one's life and angry reaction (at $p \leq 0.05$). The group of healthy persons has significant negative correlations between scores on the basic belief in personal ability to control events in one's life and anxiety state, anxiety trait, alexithymia, depression, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, psychoticism (for all at $p \leq 0.01$).

In the group of patients with Graves' disease there are significant negative correlations between scores on the basic belief in personal value for the world and anxiety trait, phobic anxiety, depression, psychoticism, alexithymia, interpersonal sensitivity (for all at $p \leq 0.01$), paranoid ideation, obsessive-compulsive (for all at $p \leq 0.05$). The group of healthy persons has significant negative correlations between scores on the basic belief in personal value for the world and anxiety state, anxiety trait, phobic anxiety, alexithymia, auto-aggression, depression, somatization, hostility, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive, paranoid ideation, psychoticism (for all at $p \leq 0.01$).

The group of patients with Graves' disease has significant negative correlations between scores on the basic belief in personal luck and somatization, anxiety, paranoid ideation (for all at $p \leq 0.01$). Also the clinical group has significant direct correlations between scores on the basic belief in personal luck and anger control (at $p \leq 0.05$). In the group of healthy persons there are significant negative correlations between scores on the basic belief in personal luck and anxiety trait, phobic anxiety, alexithymia, auto-aggression, interpersonal sensitivity (for all at $p \leq 0.05$).

In the group of patients with Graves' disease scores on the basic belief in justice of the world don't develop significant correlation with any emotional states and traits scores. The group of healthy persons has significant negative correlations between scores on the basic belief in justice of the world and anxiety state, anxiety trait (for all at $p \leq 0.01$), depression, anger state (for all at $p \leq 0.05$).

In the group of patients with Graves' disease scores on the basic belief in objective regularity of events don't develop significant correlation with any emotional states and traits scores. The group of healthy persons has strong negative correlations between scores on the basic belief in justice of the world and alexithymia (at $p \leq 0.01$).

Retrospective investigations of the early life experiences of patients with Graves' disease and healthy persons were carried out using the semi-structured interview for testees and their mothers. The aim of the semi-structured interview was to identify potentially psycho-traumatic events in testees' early childhood.

For this purpose we selected 25 variables for use in qualitative analysis as the most significant for characterization of the testees' early life experiences. Among these variables were: the birth of an unwanted pregnancy; discrepancy between testee's sex and his or her parents' expectations; absence of the father during testee's childhood; cold or/and distant father; lack of breastfeeding; prolonged separation from mother during the first year of life; traumas or/and severe illnesses during the first year of life and so on.

Comparative study of the frequency of occurrence of potentially psycho-traumatic events in testees' early life in the clinical and control groups were carried out with the use of Fisher's ϕ^* criterion. The results of comparison of the frequency of occurrence of potentially psycho-traumatic events in testees' early life are presented in Table 3.

Table 3

Comparison of the frequency of occurrence of potential psycho-traumatic situations in testees' early life

Variables	Frequency of occurrence, %	
	Clinical group	Control group
The birth of an unwanted pregnancy	41,5%	36,9%
Fears during pregnancy	46,2%**	9,2%
Stress during pregnancy	69,2%**	33,8%
Threatened miscarriage	36,9%	27,7%
Complicated pregnancy	41,5%	53,8%
Early toxicosis of pregnancy	75,4%	70,8%
Late toxicosis of pregnancy	32,3%	20,0%
Prematurity	25,5%	16,9%
The birth by caesarean section	3,1%	12,3%
Obstructed labor	46,2%	43,1%
Discrepancy between testee's sex and his or her parents' expectations	49,2%**	24,6%
Absence of the father during testee's childhood	7,3%	5,5%
Father's refusal to participate in the care and upbringing of the testee during testee's childhood	12,3%	18,5%
Cold or/and distant father	46,2%	43,1%
Father's active participation in the care and upbringing of the testee during testee's childhood	36,9%	33,8%
Lack of breastfeeding	12,3%**	1,5%
Duration of breastfeeding — 6 months or less	27,7%**	10,8%
Duration of breastfeeding — 12 months or less	36,9%	35,4%
Duration of breastfeeding — over 12 months	23,1%**	52,3%
Prolonged separation from mother at the age of less than 6 months	9,2%*	1,5%
Prolonged separation from mother at the age of less than 12 months	41,5%**	21,5%
Prolonged separation from mother at the age of less than 18 months	46,2%**	67,7%
Prolonged separation from mother over the age of less than 18 months	5,3%	9,2%
Frequent catarrhal diseases during the first year of life	70,9%**	41,5%
Traumas or/and severe illnesses during the first year of life	29,2%**	1,5%
Absence of disease and injury during the first year of life	7,7%**	56,9%
Developmental disorders during the first year of life	50,8%**	21,5%

Notation: ** — significant differences in comparison with the control group at $p \leq 0.01$;
* — significant differences in comparison with the control group at $p \leq 0.05$.

As shown in Table 3, early months and years of life of patients with Graves' disease were characterized by a greater presence of potentially psycho-traumatic events than that of healthy people. Thus, the percentage of people born from pregnancy burdened with fears or/and stress (for all at $p \leq 0.01$), having traumas or/and severe illnesses during the first year of life ($p \leq 0.01$) and prolonged (of a month or more) separations from mother during the first year of life ($p \leq 0.01$) is much higher in the group of patients with Graves' disease than in the group of healthy persons. The same is true for the percentage of people who were breastfed for less than 6 months, which is significantly higher ($p \leq 0.01$), and the percentage of people whose parents expected the child of opposite sex ($p \leq 0.01$).

According to the results of comparative analysis (the Mann – Whitney U criterion) in the group of patients with Graves' disease persons born as a result of unwanted pregnancies have significantly higher scores of alexithymia, somatization, anxiety, depression, psychoticism and common factor "Depressiveness and psychoticism" (for all at $p \leq 0.05$), compared with the persons born from pregnancies that were desired. Wherein the patients with Graves' disease born from unwanted pregnancies have significantly lower scores of basic beliefs in the world benevolence, in controllability of the world, in their own luck and in personal value for the world (for all at $p \leq 0.01$), compared with the patients born from desired pregnancies.

In the control group persons born from unwanted pregnancies have significantly higher scores of anxiety and depression and significantly lower scores of basic beliefs in the world benevolence, in personal ability to control events in their own life (for all at $p \leq 0.05$) and personal value for the world (at $p \leq 0.01$), compared with the persons born from desired pregnancies.

In the group of patients with Graves' disease persons whose parents expected the child of opposite sex have significantly higher scores of anxiety, depression, alexithymia, paranoid ideation and psychoticism (for all at $p \leq 0.05$), compared with the persons of the desired sex and those whose parents did not have certain expectations about sex of the child. Wherein the patients with Graves' disease whose parents expected the child of opposite sex have significantly lower scores of basic beliefs in the world benevolence, in their own luck and in personal value for the world (for all at $p \leq 0.01$) and in controllability of the world (at $p \leq 0.05$), compared with the persons of the desired sex and those whose parents did not have certain expectations about sex of the child.

In the control group persons whose parents expected the child of opposite sex have significantly higher scores of anxiety, depression, anger state, anger trait, auto-aggression and hetero-aggression (for all at $p \leq 0.05$), and significantly lower scores of basic beliefs in personal ability to control events in their own life (at $p \leq 0.01$), compared with the persons of the desired sex and those whose parents did not have certain expectations about sex of the child.

In the group of patients with Graves' disease persons experienced prolonged separations from their mothers during the first year of life show significantly higher scores of anxiety trait, depression, anger state, anger trait, angry temperament, auto-aggression, hetero-aggression, hostility, somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, paranoid ideation, psychoticism, common factors "Depression with psychoticism" and "Aggressiveness" (for all at $p \leq 0.01$), compared with the persons without early separations from mother. Wherein the patients with early separations from their mothers have significantly lower scores of basic beliefs in their own luck and in personal value for the world (for all at $p \leq 0.01$) and in the world benevolence (at $p \leq 0.05$), compared with the patients without early separations from mother.

In the control group persons with early separations from their mothers have significantly higher scores of anxiety, depression, auto-aggression, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive and psychoticism (for all at $p \leq 0.01$), and significantly lower scores of basic beliefs in the world benevolence, in personal ability to control events in their own life

(for all at $p \leq 0.01$), and in personal value for the world (at $p \leq 0.05$), compared with the persons without early separations from mother.

Discussion of results

The research showed that various potentially psycho-traumatic early life events (such as discrepancy between testee's sex and his or her parents' expectations, lack of breastfeeding, prolonged separation from mother, absent father or cold and distant father, traumas or/and severe illnesses, and so on) were occurring significantly more frequently in patients suffering from Graves' disease than in the control group. Despite the "conditionally pathogenic" of these factors their role in the occurrence of emotional disorders in an individual may not be less than that of the objectively difficult childhood events (such as the loss of parents, abuse, etc.) as they are evidence the inability of the family environment to provide a child with atmosphere of protection, mutual trust and emotional resonance. These events in person's early childhood can shatter certain basic beliefs about him- or herself and about the safety and security of the world in which he or she lives.

According to the results of the research the scores of negative emotional states and traits and dysfunctional basic beliefs are more pronounced in those subjects of the clinical and control groups whose early life was marred by mentioned potentially psycho-traumatic events. Wherein in the group of patients with Graves' disease these differences are much more pronounced than in the control group.

The gained data shows that prolonged separation from mother during the first year of life has the most pathogenic effect. Subjects who have been separated from their mother for a long time in the first year of life have basic beliefs that they are not worthy, virtuous and lucky persons, and people and the impersonal world are not benevolent. Among the surveyed patients with Graves' disease and healthy persons the subjects experienced prolonged separations from their mothers during the first year of life show the highest scores of anxiety, depression, anger, hostility, somatization, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive, paranoid ideation, psychoticism, common factors "Depressiveness" and "Aggressiveness". Wherein in the group of patients with Graves' disease these differences are much more pronounced than in the control group.

We can make a supposition that negative beliefs about the self, and negative beliefs about the world as the result of early adverse experiences may condition constant anticipation of danger and provoke anxiety, depression and anger reactions, etc. Since in patients with Graves' disease there is strong positive correlation between most of the studied parameters of negative emotional states and traits, therefore the occurrence of any of these phenomena is accompanied by the appearance of other. For example, increasing anxiety in patients with Graves' disease is associated with worsening of depression, interpersonal sensitivity, somatization, hostility, hetero-aggression, auto-aggression, obsessive-compulsive, paranoid ideation, psychoticism, etc.

Such a low ability to differentiate between different emotions and limited and undiversified repertoire of emotional responses with tendency to generalization of affective state may be interpreted in two different ways: on the one hand they can be the result of thyrotoxic effects on cerebral mechanisms of emotional self-regulation; on the other hand, given that analyzed indicators of emotional state had been received from the testees' subjective self-reports these features of emotional reactivity and difficulties in differentiating of individual feelings can be the result of alexithymia (as a typical characteristic of many psychosomatic patients) with inherent low reflection of their own emotional experiences and inability for their fine differentiation of for these persons [14; 17].

Furthermore, close relationship between aggressiveness, anxiety and depression in the structure of emotional states of patients with Graves' disease can be interpreted from the standpoint of psychoanalysis. According to the classic psychoanalytic explanation depression is an introjection of aggression directed against subject's own Ego as a result of his loss of the Object (according to the study, 41.5% of patients with Graves' disease have suffered

long-term separation from their mothers in the first year of life, 95.4% of patients with Graves' disease had absent father or cold and distant father). Such loss results in frustration and aggression with a permanent transition to severe melancholic symptoms more profound than mourning. Not only is the outside world viewed negatively, but the ego itself is compromised [12]. The patient's decline of self-perception is revealed in his belief of his own blame, inferiority, and unworthiness [10].

At the same time, analysis of the content of conversations with the testees showed that patients with Graves' disease are not fully aware of their negative emotional states and, on the contrary, tend to deny their existence in themselves. These persons complain only of overall weakness and severe fatigue. Such a phenomenon of "affective silence" was described by P. Marty as "essential depression" and operative thought, which develops due to the loss of the maternal object [17].

Separation of cognitive and expressive aspects of emotions leads to the fact that emotional states and accompanying physiological reactions of a given person lose their adaptive meaning. Constant anticipation of danger is usually accompanied by the lack of concentration, failures in sustained attention, selective focus on the source of supposed threat and the abnormalities of the information processing which can lead to generalization of expected threat (when neutral stimuli are perceived as threat warnings and provoke undifferentiated reactions of anxiety, depression, anger, etc.) and chronic hyper-activation of the vegetative nervous system. The latter triggers somatic nervous reactions more easily in different situations, including those that don't contain any objective threat.

Bearing in mind the current understanding of that intense functioning of neuroendocrine system under the intensive and/or prolonged emotional upheaval leads to the disintegration of physiological mechanisms underlying the coordinated adaptive activity, and with the presence of the target organ damage it contributes to the occurrence of psychosomatic disorders [2], we may assume that the early traumatic experience and its implications in shattered basic beliefs detected in patients with Graves' disease are probably responsible for their superalert states and exaggerated reaction on unexpected stimuli and as a consequence their low stress resistance, which are the elements of pathogenesis of this disorder.

Conclusion

The results of the empirical study, aimed at investigating features of current emotional state, basic beliefs and early life experiences in the family in Graves' disease showed that their tendency to experience negative emotional states in various situations, including those that don't contain any objective threat may be associated with burdening of the early stages of patients' life with a significant number of potentially stressful situations and thereafter with the presence of negative basic beliefs, which reflect the reduction of their basic trust to the world, the conviction in their own unvaluability and unprotection in the face to its threats.

More studies are needed for a more robust conclusion.

References

1. Padun M.A. *Osobennosti bazisnykh ubezhdений u lits, perezhivshikh travmaticheskii stress*. Dis. kand. psikh. nauk. Moscow, 2003. 159 p.
2. Solov'eva S.L. *Meditsinskaya psikhologiya: noveishii spravochnik prakticheskogo psikhologa*. Moscow, AST Publ.; St. Petersburg, Sova Publ., 2006. 575 p.
3. Bonnet A., Bréjard V., Pasquier A., Pedinielli J.L. Affectivity and alexithymia: two dimensions explicative of the relationship between anxiety and depressive symptoms. *Encephale*, 2012, vol. 38(3), pp. 187–93.

4. Vos X.G., Smit N., Endert E., Brosschot J.F., Tijssen J.G., Wiersinga W.M. Age and stress as determinants of the severity of hyperthyroidism caused by Graves' disease in newly diagnosed patients. *European journal of endocrinology*, 2009, vol. 160, pp. 193–199.
5. Araya V.A., Massardo T., Fiedler J., Risco L., Quintana J.C., Liberman C. *Depressive Disorders and Thyroid Function*. Chapter 17. In: Ward L.S., ed. *Thyroid and Parathyroid Diseases – New Insights into Some Old and Some New Issues*. Croacia, InTech, 2012, pp. 259.
6. Freud S. Mourning and Melancholia. In: Richards A. ed. *The Pelican Freud Library*. Volume 11: *On Metapsychology: The Theory of Psychoanalysis*. Harmondsworth, Penguin, 1984, pp. 245–269.
7. Santos A.M., Nobre E.L., Garcia e Costa J., Nogueira P.J., Macedo A., De Castro J.J., Teles A.G. Graves' disease and stress. *Acta Medica Portuguesa*, 2002, vol. 15(3), pp. 423–427.
8. Marian G., Nica E.A., Ionescu B.E., Ghinea D. Hyperthyroidism – cause of depression and psychosis: a case report. *Journal of Medicine and Life*, 2009, vol. 2(4), pp. 440–442.
9. Schmidt M., Huff W., Dietlein M., Kobe C., Schicha H. Interactions between brain, psyche and thyroid. *Nuklearmedizin*, 2008, vol. 47(6), pp. 225–234.
10. Janoff-Bulman R. *Schema-change perspectives on posttraumatic growth*. In: L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi, eds. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, New Jersey; London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006, pp. 81–99.
11. Mandincova P. *Psychosocial Factors in Patients with Thyroid Disease*. Chapter 18. In: Ward L.S., ed. *Thyroid and Parathyroid Diseases – New Insights into Some Old and Some New Issues*. Croacia, InTech, 2012, pp. 279.
12. Falgarone G., Heshmati H.M., Cohen R., Reach G. Mechanisms in endocrinology. Role of emotional stress in the pathophysiology of Graves' disease. *European Journal of Endocrinology*, 2013, vol. 168(1), pp. 13–18.
13. Carhart-Harris R.L., Mayberg H.S., Malizia A.L., Nutt D. Mourning and melancholia revisited: Correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Annals of General Psychiatry*, 2008, vol. 7(1), pp. 9–31.
14. Brownlie B.E., Rae A.M., Walshe J.W., Wells J.E. Psychoses associated with thyrotoxicosis – "thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *European Journal of Endocrinology*, 2000, vol. 142, pp. 438–444.
15. Singh J., Gupta N. Association of Psychosis and Hyperthyroid Goiter: A Case Report. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, vol. 9(2), pp. 154–155.
16. Smadja C. *The Psychosomatic Paradox: Psychoanalytical Studies*. London: Free Association Books, 2005. 233 p.
17. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine* (1st ed.). Edited by J.L. Levenson. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2005. 1092 p.
18. Lobo-Escolar A., Campayo A., Gómez-Biel C.H., Lobo A. *Thyroid and Parathyroid Diseases and Psychiatric Disturbance*. Chapter 16. In: Ward L.S., ed. *Thyroid and Parathyroid Diseases – New Insights into Some Old and Some New Issues*. Croacia, InTech, 2012, pp. 239.