

Алекситимия и копинг-стратегии при аутоиммунных заболеваниях: сравнительное исследование при АИТ, РА и сахарном диабете 1 типа

Русина Н.А.^{1*}, Зубова А.В.²

¹ Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия

² Московский государственный лингвистический университет, Москва, Россия

Поступило: 2 апреля 2025 г.
Принято: 12 мая 2025 г.
Опубликовано: 1 августа 2025 г.

Для цитирования:

Русина НА, Зубова АВ.
Алекситимия и копинг-стратегии при аутоиммунных заболеваниях: сравнительное исследование при АИТ, РА и сахарном диабете 1 типа. *Psychotherapy Science Today*. 1(1):22–27. <https://doi.org/10.64435/sron4114>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель: Данное исследование направлено на изучение связи между уровнями алекситимии и частотой применения конструктивных копинг-стратегий у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, а именно аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), ревматоидным артритом (РА) и сахарным диабетом 1-го типа (СД1).

Методы: В исследовании приняли участие 120 человек: 30 с АИТ (14 мужчин, 16 женщин, средний возраст 39 лет), 28 с РА (8 мужчин, 20 женщин, средний возраст 58 лет), 32 с СД1 (6 мужчин, 26 женщин, средний возраст 40 лет) и 30 здоровых участников контрольной группы (9 мужчин, 21 женщина, средний возраст 31 год). Пациенты с АИТ и СД1 обследовались в Ярославском городском эндокринологическом центре (Россия), а пациенты с РА — в ревматологическом отделении Ярославской областной клинической больницы. Контрольная группа была набрана из социального окружения пациентов, из числа людей, не страдающих аутоиммунными заболеваниями. Для оценки использовались Методика диагностики копинг-стратегий (Е. Хайм), Торонтская алекситимическая шкала (ТАС), Шкала дифференциальных эмоций К. Изарда в адаптации Леоновой А.В. и методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан. Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 13 с использованием коэффициента корреляции Спирмена и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты: Высокие уровни алекситимии были связаны с меньшей частотой применения конструктивных копинг-стратегий во всех группах пациентов ($p < 0,01$). Группа с РА продемонстрировала наивысший средний балл алекситимии (74,46), далее следовали пациенты с АИТ (69,80) и СД1 (59,30). Пациенты с СД1 чаще использовали адаптивные когнитивные копинг-стратегии ($p = 0,015$), тогда как пациенты с АИТ склонялись к адаптивным поведенческим стратегиям ($p = 0,068$). Пациенты с РА реже всего прибегали к поведенческим копинг-стратегиям ($p = 0,048$). У пациентов с СД1 была выявлена сильная положительная корреляция между отрицательными эмоциями и тревожно-депрессивными состояниями ($r = 0,74$, $p < 0,001$), тогда как тревожно-депрессивные эмоции отрицательно коррелировали с поведенческими копинг-стратегиями ($r = -0,45$, $p < 0,05$). Кроме того, более высокие уровни алекситимии были связаны с уменьшением положительных эмоций ($r = -0,54$, $p < 0,01$) и увеличением неудовлетворенности собой ($r = 0,45$, $p < 0,05$), при этом неудовлетворенность собой отрицательно коррелировала с эмоциональными копинг-стратегиями ($r = -0,51$, $p < 0,01$).

Выводы: Пациенты с хроническими аутоиммунными заболеваниями демонстрируют повышенные уровни алекситимии по сравнению со здоровыми контрольными лицами, что негативно сказывается на их способности применять адаптивные копинг-стратегии. Рекомендуются целенаправленные психотерапевтические вмешательства для решения проблем с выражением эмоций в этих группах.

Ключевые слова: алекситимия, аутоиммунные заболевания, копинг-стратегии, регуляция эмоций, ревматоидный артрит, сахарный диабет 1-го типа, аутоиммунный тиреоидит.

* Автор для корреспонденции Русина Н.А. E-mail: narusina@mail.ru

Введение

Аутоиммунные заболевания, включая аутоиммунный тиреоидит (АИТ), ревматоидный артрит (РА) и сахарный диабет 1-го типа (СД1), представляют собой хронические состояния, при которых иммунная система атакует собственные ткани организма, вызывая хроническое воспаление и представляя сложные задачи для терапии [1]. Эти заболевания часто имеют рецидивирующее течение с периодами ремиссии, которую трудно достичь, и некоторые из них могут привести к тяжелой инвалидности [2]. Помимо физических симптомов, эти состояния оказывают психологическое воздействие на самооценку пациентов, регуляцию эмоций и механизмы совладания [3].

Изменение самооценки и самоидентификации, возникающее в результате неизлечимого, плохо контролируемого, обезображивающего или смертельного состояния, является неотъемлемой частью процесса адаптации к такому состоянию. Хроническое заболевание изменяет отношение человека к себе: ранее сформированная идентичность, основанная на состоянии здоровья, заменяется патологической идентификацией, отражающей физические нарушения, эмоциональные реакции на симптомы и когнитивные представления о болезни, что вносит неопределенность в жизнь пациента [4].

Психологические факторы, такие как стресс, тревога, депрессия, алекситимия и подавленная агрессия, могут модулировать функции иммунной системы и влиять на клиническую активность многих хронических аутоиммунных заболеваний [5]. Алекситимия, определяемая как трудности с идентификацией и выражением эмоций, все чаще признается предиктором психосоматических расстройств и маркером эмоциональной дисрегуляции [6]. Алекситимия ассоциируется с гиперактивацией симпатoadrenalовой и гипоталамо-гипофизарно-адреналовой систем, усугубляющей прогрессирование болезни, и связана с различными аутоиммунными состояниями, включая АИТ, РА и СД1, особенно на стадиях сохранной функции органов [7]. У пациентов с АИТ алекситимия широко распространена, особенно на эутиреоидной стадии, и тесно связана с эмоционально-личностными характеристиками, способствуя развитию непсихотических психических расстройств [7]. Аналогично, пациенты с РА часто проявляют ограниченные эмоциональные реакции, подавленную агрессию и механизмы совладания, такие как отрицание и изоляция аффекта, что указывает на алекситимию [8].

Адаптация пациентов с хроническими аутоиммунными заболеваниями включает в себя не

только управление физическими симптомами, но и управление эмоциональными и когнитивными реакциями на их состояние [9]. Проспективное трехлетнее исследование показало, что стратегия борьбы с болью, характеризующаяся ограничительным поведением (например, снижением активности, ограничением физических нагрузок и катастрофическими реакциями), предсказывает снижение качества жизни и усиление психологической дезадаптации независимо от тяжести заболевания [8]. Кроме того, хроническая болезнь может привести к нозогенным психологическим изменениям, включая страх, гнев, горе, тревогу, социальную изоляцию, снижение уверенности в себе и развитие комплекса неполноценности, особенно у пациентов с СД1 [8, 10]. С позиций психоанализа соматическое заболевание может предоставлять «вторичную выгоду», позволяя пациентам избегать внутриличностных конфликтов, одновременно ища заботу и внимание, что может способствовать развитию лабильного сахарного диабета [11]. В современные времена акцент на медицине и фармакологии, где каждый пациент имеет право быть услышанным, может побуждать людей выражать эмоции соматически, а не психологически, что способствует распространенности физических заболеваний [8]. Поведение пациентов в ответ на диагноз характеризуется значительным эмоциональным дистрессом, включающим уход в себя, отчуждение и усиление тревоги, что может привести к навязчивым страхам осложнений и комплексу неполноценности [10]. Патогенное влияние хронического заболевания, отмеченное длительной интоксикацией, нарушением метаболических процессов и истощением, дополнительно изменяет ментальные процессы, усиливая психологический дистресс [8].

Хотя значительная часть предыдущих исследований была сосредоточена на сахарном диабете 2-го типа, данное исследование изучает аутоиммунные формы заболеваний — в частности, СД1 и АИТ — как широко распространенные состояния, при которых организм начинает воспринимать собственные ткани как врагов [8]. С целью получения более значимых результатов мы решили исследовать взаимосвязь между СД1 и АИТ, учитывая, что АИТ является одним из наиболее распространенных видов аутоиммунных заболеваний [8]. Теоретический анализ поведения совладания предполагает, что пациенты с аутоиммунными заболеваниями сталкиваются с большими трудностями в выборе стратегий из-за их зависимости от восприятия болезни и специфических эмоциональных черт, которые формируют их установки

и поведение [12]. Разработка программ для улучшения копинг-стратегий может предотвратить дезорганизованное поведение при преодолении проблем, связанных с болезнью.

В нашем предварительном исследовании [13] мы изучали эмоциональное выражение и копинг-стратегии у пациентов с АИТ и СД1, обнаружив, что пациенты с АИТ испытывают трудности с конструктивным выражением эмоций, что со временем приводит к накоплению неудовлетворенности собой, тогда как пациенты с СД1 склонны к тревожно-депрессивным переживаниям, влияющим на их адаптивное совладание. В данном исследовании мы расширили выборку и включили группу пациентов с РА.

Данное исследование расширяет предыдущие работы, изучая взаимодействие между алекситимией и поведением совладания у пациентов с АИТ, РА и СД1 по сравнению со здоровой контрольной группой. Мы предположили, что более высокие уровни алекситимии будут коррелировать с меньшей частотой использования конструктивных копинг-стратегий в стрессовых ситуациях.

Методы

Участники

В исследовании приняли участие 120 человек:

- **Аутоиммунный тиреоидит (АИТ):** 30 пациентов (14 мужчин, 16 женщин; средний возраст 39 лет), набраны в городском эндокринологическом центре г. Ярославль.
- **Ревматоидный артрит (РА):** 28 пациентов (8 мужчин, 20 женщин; средний возраст 58 лет), набраны в ревматологическом отделении Ярославской областной клинической больницы.
- **Сахарный диабет 1-го типа (СД1):** 32 пациента (6 мужчин, 26 женщин; средний возраст 40 лет), набраны в городском эндокринологическом центре г. Ярославль.
- **Контрольная группа:** 30 здоровых людей (9 мужчин, 21 женщина; средний возраст 31 год), набраны из социального окружения пациентов.

Методики

Были использованы следующие проверенные инструменты:

- Методика диагностики копинг-стратегий (Е. Хайм): оценивает когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии.
- Торонтская алекситимическая шкала (TAS): измеряет уровни алекситимии, где более высокие баллы указывают на большие трудности с идентификацией и выражением эмоций.

- Шкала дифференциальных эмоций К. Изарда (адаптация А.В. Леоновой): оценивает интенсивность положительных и отрицательных эмоций.
- Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан: оценивает самооценку и неудовлетворенность собой.

Статистический анализ

Данные анализировались с использованием программы Statistica 13. Для изучения взаимосвязей между переменными применялся коэффициент корреляции Спирмена, а для сравнения групп — U-критерий Манна-Уитни. Уровень статистической значимости установлен на $p < 0,05$, с учетом тенденций при $p < 0,10$.

Результаты

Уровни алекситимии в группах

Были обнаружены значительные различия в уровнях алекситимии между группами (Таблицы 1 и 2). Группа с РА показала самый высокий средний балл алекситимии (средний балл 74,46), приближающийся к пороговым значениям выраженной алекситимии ($p = 0,001$). Группа с АИТ также демонстрировала повышенную алекситимию (средний балл 69,80, $p = 0,002$), превышающую нормативные значения, тогда как группа с СД1 имела более низкий средний балл (59,30), находящийся в пределах нормы. У здоровых контрольных лиц уровни алекситимии были значительно ниже по сравнению с каждой из трех групп пациентов ($p < 0,01$).

Копинг-стратегии

Пациенты с СД1 чаще использовали адаптивные когнитивные копинг-стратегии (среднее: 1,67, $p = 0,015$), тогда как пациенты с АИТ склонялись к адаптивным поведенческим стратегиям (среднее: 1,03, $p = 0,068$, тенденция) (Таблица 3). Пациенты с РА реже всего прибегали к поведенческим копинг-стратегиям (среднее: 0,68, $p = 0,048$) по сравнению с пациентами с СД1 (среднее: 1,03) (Таблица 4).

Эмоциональная динамика у пациентов с СД1

У пациентов с СД1 была выявлена сильная положительная корреляция между отрицательными эмоциями и тревожно-депрессивными состояниями ($r = 0,74$, $p < 0,001$), что указывает на связь повышенного выражения отрицательных эмоций с усилением тревожно-депрессивных тенденций. Кроме того, тревожно-депрессивные эмоции отрицательно коррелируют с использованием адаптивных

поведенческих копинг-стратегий ($r = -0,45$, $p < 0,05$), что свидетельствует о том, что более высокий уровень тревоги снижает частоту использования поведенческих копинг-стратегий. Также, алекситимия отрицательно коррелирует с положительными эмоциями ($r = -0,54$, $p < 0,01$) и положительно — с неудовлетворенностью

собой ($r = 0,45$, $p < 0,05$), тогда как неудовлетворенность собой отрицательно связана с использованием эмоциональных копинг-стратегий ($r = -0,51$, $p < 0,01$) (Таблица 5). Эти данные подчеркивают сложное взаимодействие между регуляцией эмоций, самопознанием и совладанием у пациентов с СД1.

Шкала	Средний балл (АИТ)	Средний балл (СД1)	Стандартное значение	U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Индекс алекситимии	69,80	59,30	62	244,5	0,002

Примечания: СД1 = сахарный диабет 1-го типа; АИТ = аутоиммунный тиреоидит. Более высокие баллы указывают на более выраженные уровни алекситимии.

Таблица 1. Сравнение индекса алекситимии между группами АИТ и СД1 ($p < 0,01$)

Шкала	Средний балл (РА)	Средний балл (СД1)	Стандартное значение	U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Индекс алекситимии	74,46	59,30	62	102	0,001

Примечания: РА = ревматоидный артрит; СД1 = сахарный диабет 1-го типа. Более высокие баллы указывают на более выраженные уровни алекситимии.

Таблица 2. Сравнение индекса алекситимии между группами РА и СД1 ($p < 0,05$)

Шкала	Средний балл (СД1)	Средний балл (АИТ)	U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Когнитивное совладание	1,67	1,17	307,5	0,015
Поведенческое совладание	0,70	1,03	334,5	0,068*

* Примечание: тенденция ($p < 0,10$; баллы отражают частоту использования копинг-стратегий (условные единицы).

Таблица 3. Сравнение копинг-стратегий в группах СД1 и АИТ ($p < 0,05$)

Шкала	Средний балл (РА)	Средний балл (СД1)	U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Поведенческое совладание	0,68	1,03	304	0,048

Примечание: баллы отражают частоту использования поведенческих копинг-стратегий (условные единицы).

Таблица 4. Сравнение поведенческого совладания между группами РА и СД1 ($p < 0,05$)

Переменная	Индекс алекситимии	Положительные эмоции	Уровень неудовлетворенности
Индекс алекситимии	–	–0,54**	–0,54**
Положительные эмоции	–0,54**	–	–0,61**
Уровень неудовлетворенности	0,45*	0,45*	–0,61**

Примечания: СД1 = сахарный диабет 1-го типа. Статистически значимые различия * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Коэффициенты корреляции (r) указывают на силу и направление взаимосвязей.

Таблица 5. Корреляции между алекситимией, положительными эмоциями и неудовлетворенностью у пациентов с СД1 ($p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$)

Результаты группы с РА

У группы с РА алекситимия отрицательно коррелирует с когнитивными ($r = -0,50, p < 0,01$) и эмоциональными копинг-стратегиями ($r = -0,39, p < 0,05$) и положительно — с неудовлетворенностью собой ($r = 0,40, p < 0,05$) (Таблица 6). Это указывает на то, что трудности с распознаванием эмоций ухудшают адаптивное совладание и усиливают неудовлетворенность собой.

Обсуждение

Данное исследование подтверждает, что пациенты с аутоиммунными заболеваниями демонстрируют более высокие уровни алекситимии по сравнению со здоровыми лицами из контрольной группы, что согласуется с предыдущими исследованиями [4, 5]. Группа с АИТ проявила выраженную алекситимию, вероятно, из-за трудностей с выражением эмоций, которые накапливаются со временем и усиливают неудовлетворенность собой [14]. Пациенты с СД1, хотя и демонстрировали более низкие уровни алекситимии, проявляли склонность к тревожно-депрессивным эмоциям, что отрицательно сказывалось на их поведенческих копинг-стратегиях [10]. У пациентов с ревматоидным артритом (РА) наблюдался самый высокий уровень алекситимии, что, возможно, является одной из причин, которые приводят к снижению использования адаптивных копинг-стратегий и увеличению зависимости от рационального решения проблем [11].

Взаимосвязь между алекситимией, регуляцией эмоций и копинг-стратегиями подчеркивает необходимость целенаправленных психотерапевтических вмешательств. Подавление эмоций, наблюдаемое у пациентов с СД1, не только ограничивает положительные эмоциональные переживания, но и усиливает неудовлетворенность собой, препятствуя адаптивному совладанию [12]. Аналогично, ограниченное эмоциональное выражение и избегание психологической вовлеченности у пациентов с РА указывают на дезадаптивный стиль совладания, характеризующийся отрицанием и изоляцией аффекта.

Заключение

Данное исследование выявило следующие закономерности у пациентов с АИТ, РА и СД1:

- **Пациенты с РА:** Высокий уровень алекситимии коррелирует с меньшим использованием когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий, увеличивая неудовлетворенность собой. Пациенты старшего возраста склонны полагаться на рациональное решение проблем, что может затруднить переработку эмоций.
- **Пациенты с СД1:** Отрицательные эмоции сильно связаны с тревожно-депрессивными состояниями, снижая использование адаптивных поведенческих копинг-стратегий. Алекситимия усугубляет неудовлетворенность собой и ограничивает положительные эмоции.
- **Пациенты с АИТ:** Высокий уровень алекситимии затрудняет выражение эмоций, что приводит к возрастанию неудовлетворенности собой и уменьшению использования адаптивных когнитивных копинг-стратегий.

Повышенная алекситимия во всех группах негативно влияет на использование конструктивных копинг-стратегий, что в конечном итоге сказывается на качестве жизни и психологической адаптации.

Рекомендации по психотерапевтическим вмешательствам

На основе полученных данных мы предлагаем следующие психотерапевтические стратегии для пациентов в зависимости от имеющегося заболевания:

- **СД1:** развивать у пациентов эмоциональную осознанность и способность выражать чувства с целью снижения тревожности и повышения адаптивности; обучать пациентов когнитивным и эмоциональным копинг-стратегиям с целью смягчить тревожно-депрессивные тенденции.
- **АИТ:** поддерживать пациентов в конструктивном выражении как положительных,

Переменная	Когнитивное совладание	Эмоциональное совладание	Уровень неудовлетворенности
Индекс алекситимии	-0,50**	-0,39*	0,40*

Примечания: РА = ревматоидный артрит. Статистически значимые различия * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Коэффициенты корреляции (r) указывают на силу и направление взаимосвязей.

Таблица 6. Корреляции между алекситимией, копинг-стратегиями и неудовлетворенностью у пациентов с РА ($p < 0,01^*$, $p < 0,05^{}$)**

так и отрицательных эмоций для предотвращения накопления неудовлетворенности собой.

- **РА:** коррекция алекситимии с целью повышения адаптивности и самооценки; при этом важно учитывать возрастной сдвиг в сторону рационального копинга, который может препятствовать полноценной переработке эмоций.

Комплексный подход должен включать эмоциональные, когнитивные и поведенческие вмешательства:

- **Тренировка выражения эмоций:** расширить эмоциональный словарь, поощрять адекватные эмоциональные реакции и внедрять техники релаксации.
- **Развитие самооценки:** использовать психотерапевтические техники для формирования позитивного образа себя.
- **Улучшение копинг-стратегий:** обучать адаптивным стратегиям через практические упражнения и участие в группах поддержки.
- **Управление стрессом и тревогой:** применять релаксацию, дыхательные упражнения и творческие способы для снижения тревоги.

Такой целостный подход направлен на улучшение саморегуляции, самовосприятия и копинг-стратегий, способствуя повышению качества жизни пациентов.

Заявление об интересах

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение. Москва: ЭКСМО-Пресс; 2002.
2. Баранская ЛТ, Павлова ЕВ. Мотивационный уровень регуляции двигательной активности у больных ревматоидным артритом. *Сиб Психол Журн.* 2009;(31):41–7.
3. Бочанова ЕВ, редактор. Психосоматические заболевания: полная энциклопедия. Москва: Эксмо; 2003.
4. Богомолов МВ, редактор. Программа тренинга для больных сахарным диабетом: опыт школы саморегуляции Российской диабетической ассоциации. Москва: КубК-а; 1996.
5. Charmaz K, Rosenfeld D. Chronic illness. In: *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. с. 312–33.
6. Бройтигам В, Кристиан П, Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник. Москва: ГЭОТАР-Медицина; 1999.
7. Ельфинова ЕВ. Соматические маски психических расстройств у больных сахарным диабетом. *Вестн Рос ун-та дружбы народов. Сер Мед.* 2003;(5)(24):74–7.
8. Гришков Р. Психосоматические корреляты и внутренний образ болезни у ревматологических больных [диссертация]. Волгоград: ВолгГМУ; 2010.
9. Иванов СВ. Соматоформные расстройства (органные невроты): эпидемиология, коморбидные психосоматические взаимосвязи, терапия [диссертация]. Москва: Центр психического здоровья РАМН; 2002.
10. Кошанская АГ, Винокур ВА. Механизмы участия алекситимии в развитии сахарного диабета. *Учен Зап СПбГМУ им. И. П. Павлова.* 2006;13(1):109–10.
11. Лас ЯА. Изучение психосоматических взаимосвязей при ревматоидном артрите (обзор литературы). *Мед Психол Рос.* 2012;(3)(14). Доступно по ссылке: <http://medpsy.ru>.
12. Lipowski ZJ. Psychosocial reactions to physical illness processes. *Can Med Assoc J.* 1983;128.
13. Зубова АВ, Русина НА. Эмпирическое исследование уровня алекситимии и совладающего поведения у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом и сахарным диабетом 1 типа. *Личность в изменяющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.* 2021;9(2):155–64.
14. Иванова ГП, Горобец ЛН. Особенности пациентов с тиреоидитом Хашимото. *Журн соц. и клин. психиатрии.* 2015;2: 27–3.