

Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа

Мотовилин О.Г., Луныкина О.В., Суркова Е.В., Шишкова Ю.А., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю.

ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва
(директор — академик РАН и РАМН Дедов И.И.)

Цель. Сравнить отношение к болезни у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД1) и 2 типа (СД2), изучить взаимосвязи между отношением к болезни и психологическим благополучием.

Материалы и методы. Обследовано 140 пациентов с СД1 и 70 пациентов с СД2 на инсулинотерапии (возраст $22,6 \pm 3,2$ и $60,1 \pm 7,8$ лет, м/ж: 47/93 и 15/55, длительность СД $12,1 \pm 5,7$ и $11,4 \pm 6,5$ лет, HbA_{1c} $9,3 \pm 2,2$ и $9,0 \pm 1,4\%$ соответственно). С целью изучения психологических характеристик использовались методики: «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) НИПНИ им. В.М. Бехтерева, «Цветовой тест отношений» (ЦТО), The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), «Ситуативная и личностная тревожность Spielbergera-Ханина» (СЛТ), «Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований» (CES-D), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (ДР).

Результаты. По результатам тестирования ТОБОЛ, у пациентов СД1 и СД2 повышены показатели по шкале сенситивного отношения к болезни, причем у пациентов с СД2 эти показатели достоверно выше. По данным ЦТО, пациенты с СД2 воспринимают диабет как болезнь, ассоциированную с тяжелыми проявлениями и осложнениями, в то время как у пациентов СД1 понятие «диабет» в большей степени воспринимается как часть образа жизни. Разделение обследуемых на две группы (кластерный анализ) с менее и более негативным отношением к СД показало, что независимо от типа СД более негативное отношение к болезни ассоциировано со снижением качества жизни и ухудшением эмоционального состояния — ростом тревоги и депрессии (SF-36, СЛТ, CES-D).

Заключение. При работе с пациентом с СД важными являются диагностика отношения к заболеванию и при необходимости его изменение с выраженного отвержения на эмоциональное принятие. Это позволит повысить качество жизни, психологическое благополучие пациента, а также, несмотря на отсутствие прямой зависимости отношения к болезни от уровня HbA_{1c} (возможно, она носит нелинейный характер), будет способствовать компенсации СД посредством изменения поведения пациента на более комплаентное.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа, отношение к болезни, психологическое благополучие

Attitudes in patients with diabetes mellitus type 1 and type 2

Motovilin O.G., Lunyakina O.V., Surkova E.V., Shishkova Yu.A., Mel'nikova O.G., Mayorov A.Yu.

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation

Aims: To compare disease attitudes in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus (T1DM and T2DM) and to evaluate relationship between attitudes and psychological welfare of these groups.

Materials and Methods: We examined 140 patients with T1DM and 70 patients with T2DM on insulin therapy (mean age 22.6 ± 3.2 and 60.1 ± 7.8 years; male/female ratio 47/93 and 15/55; duration of diabetes 12.1 ± 5.7 and 11.4 ± 6.5 years, HbA_{1c} 9.3 ± 2.2 и $9.0 \pm 1.4\%$, respectively). Psychological parameters were assessed by following methods: Bekhterev Disease Attitude Typing (DAT), Colour Attitude Test (CAT), SF-36 (36-Item Short Form Health Survey), Spielberger Anxiety Inventory (SAI), CES-D Depression Scale, Dembo-Rubinstein (DR) technique for self-esteem assessment.

Results. DAT showed increased sensitive attitude to their disease in patients with T1 and T2DM, being significantly higher in T2DM. According to CAT, T2DM patients perceive DM as a disease, associated with severe manifestations and complications, while T1DM patients tend to incorporate the notion of “diabetes” with lifestyle. Cluster analysis showed negative disease attitude to be associated independently of diabetes type with decrease in quality of life and emotional deterioration (higher anxiety and depression score, as measured by SF-36, SAI and CES-D).

Conclusion: Disease attitude typing and correction is important in management of DM. Emotional acceptance allows improvement in quality of life and promotes psychological welfare. Also, despite the absence of direct relationship between HbA_{1c} and disease attitudes (which, is plausibly non-linear), emotional acceptance may favour glycemic compensation due to increase in compliance.

Keywords: diabetes mellitus type 1, diabetes mellitus type 2, attitudes, psychological well-being

Влияние психологических характеристик пациента на течение сахарного диабета (СД) в настоящее время не вызывает сомнений, и их изучение приобретает все большую значимость [1–5]. Эндокринолог взаимодействует не только

с организмом, но и с личностью больного, вернее, с их огромным разнообразием. Разумеется, характер работы врача не позволяет углубляться в тонкости психологии больного, но выяснение наиболее общих закономерностей представляет не только научный, но и очевид-

ный практический интерес. Ориентированность врача в психологической сфере пациента и обусловленная этим возможность более продуктивно помогать последнему модифицировать связанное с диабетом поведение могут улучшить исходы заболевания.

Одной из наиболее важных с точки зрения влияния на течение хронического заболевания характеристик пациента является внутренняя картина болезни (ВКБ), высший уровень которой представляет отношение к своему заболеванию [6, 7]. Как было показано в ряде исследований, отношение к болезни связано и с психологическим благополучием пациента, и даже с клиническими характеристиками заболевания [1, 2, 5]. Две категории пациентов: с СД 1 типа (СД1) и СД 2 типа (СД2), несмотря на общность некоторых характеристик заболевания, имеют существенные различия по возрасту, целому ряду клинических особенностей (масса тела, сопутствующая патология), а также по терапевтическим подходам. Можно предположить, что и ВКБ будет разной у двух этих категорий пациентов.

Для подтверждения этого предположения нами проведено сравнительное исследование отношения к болезни пациентов с СД1 и СД2. Поскольку наряду с возрастом наиболее очевидным различием между этими категориями является вид лечения, для минимизации влияния данного фактора на результаты исследования сравнивали группу больных СД1 с группой больных СД2, получающих инсулин.

Материалы и методы исследования

Выборка испытуемых составила 210 человек, из них 140 пациентов с СД1 и 70 пациентов с СД2 на инсулинотерапии продолжительностью не менее 3 месяцев. Группы достоверно не различались по соотношению мужчин и женщин, уровню HbA_{1c} и длительности заболевания (табл. 1).

Для исследования отношения к заболеванию применялись методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) НИПНИ им. В.М. Бехтерева и «Цветовой тест отношений» (ЦТО) Э.М. Эткинды. Первая представляет собой опросник и позволяет выявлять ведущий тип отношения к заболеванию (гармоничный, тревожный и т.д.). Однако наибольший интерес для исследования представляет не столько этот ведущий тип, сколько степень представленности в целостном отношении к заболеванию различных компонентов (так, например, у двух пациентов с ведущим гармоничным отношением тревожный компонент может быть выражен в разной степени). Все варианты отношения делятся на адаптивные (спо-

собствующие психологической адаптации к жизни в условиях заболевания) и дезадаптивные (препятствующие адаптации).

Методика ТОБОЛ направлена на изучение хорошо осознаваемых компонентов отношения к болезни, в силу чего может быть подвержена искажениям под влиянием социальной желательности (т.е. попыток угадать «правильный» ответ). Для снижения данного эффекта применялась принципиально иная методика – ЦТО. Она построена по принципу цветоассоциативного эксперимента и предназначена для выявления более глубоких, скрытых сторон отношения к чему-либо, в данном случае, к болезни. В данной методике испытуемый должен ассоциировать с предлагаемым ему словом-стимулом один из 8 цветов, которые были предварительно ранжированы им по степени предпочтительности (1 место – наиболее предпочтительный, 8 – наименее предпочтительный цвет). В качестве слов-стимулов выступили понятия, связанные с СД: здоровье, болезнь, боль, диабет, жизнь с диабетом, гипергликемия, гипогликемия, уколы, диета, измерение сахара, управление диабетом, медицинское обследование, осложнения, врачи, больница. Понятия формулировались на разговорном языке пациента.

Ассоциация цвета, находящегося на первом месте, с определенным словом свидетельствует о позитивном отношении к содержанию данного понятия. И наоборот, если респондент подбирает к понятию цвет, занимающий последнее место, это говорит об эмоциональном неприятии, отвержении содержания понятия. Т.е. чем больше ранг, тем хуже отношение. ЦТО является одним из наиболее широко применяемых проективных тестов, позволяющих нейтрализовать влияние различных защитных механизмов, искажающих результаты исследования психической сферы испытуемого.

Для изучения психологического благополучия (в частности, качества жизни, уровня тревоги, депрессии) при разных вариантах отношения к болезни использовались методики The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), «Ситуативная и личностная тревожность Спилберга-Ханина» (СЛТ), «Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований» (CES-D), а также методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, представляющая собой визуальную аналоговую шкалу, на которой пациенту необходимо отметить уровень своего здоровья от 1 до 10 баллов.

Всеми пациентами подписано информированное согласие.

Для статистической обработки применялись критерии t Стьюдента и U Манна-Уитни, кластерный и корреляционный анализ. Обработка производилась с помощью статистического пакета SPSS 15.

Результаты

Использование методики ТОБОЛ позволило выявить некоторые различия между группами СД1 и СД2 (табл. 2).

Таблица 1

Общая характеристика групп пациентов (M±SD)

	Количество, n (м/ж)	Возраст, лет	Длительность заболевания, лет	HbA _{1c} , %	ИМТ, кг/м ²
СД1	140 (47/93)	22,6±3,2	12,1±5,7	9,3±2,2	22,2±3,2
СД2	70 (15/55)	60,1±7,8	11,4±6,5	9,0±1,4	31,0±5,3

Таблица 2

Значения по шкалам опросника ТОБОЛ в группах СД1 и СД2 (баллы)

	Г	Эр	Ан	Т	И	Н	М	Ап	С	Эг	П	Д
СД1	14,5	18,3	13,3	7,4	9,5	9,3	5,3	4,2	14,4	8,0	6,4	6,2
СД2	16,8	21,7	7,7	7,8	9,0	10,0	2,7	3,6	18,0	7,2	6,4	4,5
p	НД	НД	НД	НД	НД	НД	0,008	НД	0,035	НД	НД	НД

Варианты отношения: Г – гармоничный, Эр – эргопатический, Ан – анозогнозический, Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, Ап – апатический, С – сенситивный, Эг – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический. НД – различия недостоверны.

Так, с одной стороны, пациенты с СД1 имеют несколько более высокие значения по шкале меланхолического отношения, которое отражает неверие в успех лечения. Однако меланхолический компонент по сравнению с остальными 11 шкалами занимает в группе СД1 второе место снизу, т.е. он лишь в малой степени влияет на общее отношение к заболеванию.

В то же время, пациенты с СД2 имеют более высокие показатели по шкале сенситивного отношения, что показывает их повышенную ранимость в связи с болезнью, страх неблагоприятных реакций со стороны окружающих. Среди всех 9 дезадаптивных шкал (4–11 шкалы в табл. 2) сенситивное отношение имеет наиболее высокие показатели в обеих группах. Из этого можно сделать вывод, что пациенты с СД достаточно сильно обеспокоены тем, как их болезнь воспринимается окружающими, причем такие переживания более выражены в группе пациентов с СД2.

Однако природа подобной обеспокоенности несколько различается. Так, в группе СД1 показатели по шкале сенситивного отношения отрицательно коррелируют с показателями самооценки по шкале здоровья методики Дембо-Рубинштейн ($r=-0,301$, $p=0,003$). То есть, если пациент низко оценивает свое здоровье, то у него повышается страх негативного отношения окружающих, эмоционального отвержения с их стороны.

У пациентов с СД2 такая корреляция отсутствует, но при этом обнаруживается неожиданная положительная корреляция со шкалой эргопатического отношения ($r=0,361$, $p=0,009$), которое относится к категории адаптивных и отражает стремление к преодолению болезни за счет погружения в активную деятельность, прежде всего трудовую. Иными словами, чем более человек ориентирован на трудовую деятельность в условиях болезни, тем сильнее он переживает в связи с тем, как его воспринимают окружающие. Данная связь может быть понята таким образом, что немолодой пациент с СД2 (средний возраст в выборке – 60 лет) опасается не столько отвержения со стороны окружающих, сколько угрозы стать обузой для близких, или попасть от них в зависимость. Эти опасения могут вызвать стремление быть более активным в трудовой деятельности.

Итак, результаты методики ТОБОЛ позволяют говорить об определенном расхождении между группами СД1 и СД2, однако не слишком выраженном.

При анализе результатов методики ЦТО, которая касается глубинного, эмоционально непосредственного отношения к болезни, обнаруживаются более значи-

тельные различия между группами. Прежде всего было выявлено, что пациенты с СД2 демонстрируют большее эмоциональное отвержение самого понятия «диабет» (среднее место 4,6 и 5,4 в группах СД1 и СД2 соответственно, $p=0,04$).

Результаты методики ЦТО были подвергнуты иерархическому кластерному анализу (Все использованные понятия представлены в виде переменных от 1 до 8, где 1 отражает наиболее позитивное отношение к содержанию понятия (эмоциональное принятие), а 8 – наиболее негативное (эмоциональное отвержение). Мерой связи между двумя переменными является коэффициент корреляции, примененный к матрицам переменных. В результате анализа формируется структура кластеров, в которых переменные объединяются на разных уровнях. Чем ниже уровень, на котором произошло объединение переменных в единый кластер, тем теснее связь между ними.). Он позволил определить степень близости отношения пациентов к различным понятиям, связанным с СД (см. выше).

На дендрограммах (рис. 1 и 2) представлена иерархия кластеров, отражающая характерную для пациентов с СД2 и СД1 структуру отношений к анализируемым понятиям. Уровень объединения двух переменных (или кластеров) можно оценить по приведенной над дендрограммой шкале межкластерной дистанции: низкий коэффициент дистанции показывает очень высокую степень сходства отношения к двум понятиям (или кластерам понятий). Например, на рис. 1 наиболее близки между собой понятия «болезнь» и «боль» (коэффициент дистанции – 1,3), «гипергликемия» и «гипогликемия» (коэффициент дистанции – 2), «измерение сахара» и «медицинское обследование» (коэффициент дистанции – 3,5).

В группе СД2 понятия сгруппировались вполне предсказуемым образом. Как видно на рис. 1, все использованные понятия объединились в два крупных кластера, в котором слова оказываются связанными по смыслу. В первый кластер попадают понятия, которые отражают патологические явления: болезнь, боль, мое состояние при гипер- и гипогликемии, осложнения. Слово «диабет» также находится в данной группе. Следовательно, для пациентов из группы СД2 диабет ассоциируется со своими неблагоприятными симптомами и последствиями.

Во второй кластер включаются понятия, связанные с лечением диабета, с той жизнью, которую пациент должен вести для сохранения здоровья: «диета, самосто-

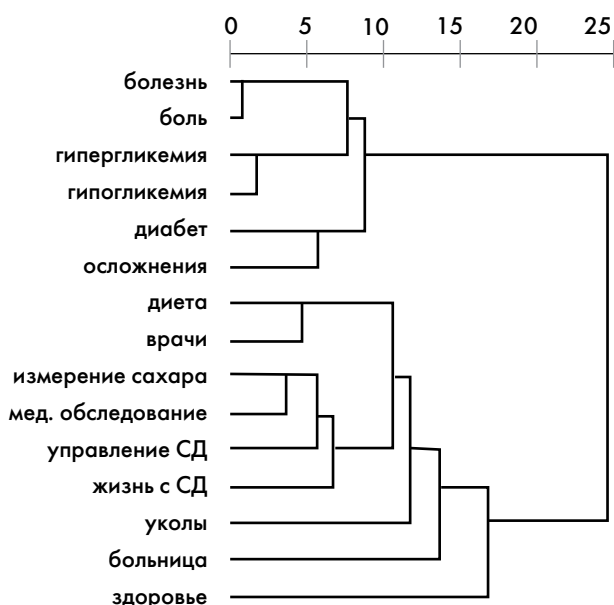


Рис. 1. Структура отношения пациентов с СД2 к понятиям, связанным с СД.

ятельное измерение сахара, уколы и т.д.). Вполне предсказуемо, что слово «здоровье» ассоциируется именно с этой группой понятий.

Кластерный анализ результатов тестирования пациентов с СД1 обнаруживает отчасти сходные тенденции (рис. 2). Все понятия также объединяются в две группы аналогичного содержания: 1 кластер — патологические явления и 2 — необходимые меры для поддержания здоровья. Однако неожиданным является то, что слово «диабет» попадает не в «патологический» кластер, как у пациентов с СД2, а в кластер «поддержания здоровья». Данный феномен демонстрирует принципиальное различие в отношении к своему заболеванию пациентов двух групп: больные СД2 чаще воспринимают диабет как болезнь, сопряженную с тяжелой симптоматикой (боль, гипер- или гипогликемии), осложнениями, тогда как для молодых пациентов с СД1 понятие «диабет» означает нечто близкое к образу жизни (слова «диабет» и «жизнь с диабетом» наиболее близки между собой).

Продолжая обсуждение результатов кластерного анализа данных обследования двух групп, представленных на рис. 1 и 2, следует выделить ряд различий, важных для понимания особенностей поведения пациентов с разными типами СД.

В группе СД2 такие понятия, как «измерение сахара» и «самостоятельное управление диабетом» также сильно удалены от «здоровья» (коэффициент дистанции — 17), а в группе СД1, напротив, довольно близки к нему (коэффициент дистанции — 7,7). Т.е. молодые пациенты с СД1 чаще относятся (на глубинном, эмоциональном уровне) к измерениям гликемии и в целом к собственной активности по управлению СД как к важному условию поддержания здоровья. Более же старшим пациентам с СД2, вероятно, тяжелее соблюдать требования по измерению гликемии в силу отсутствия у них соответствующего отношения к самоконтролю в широком

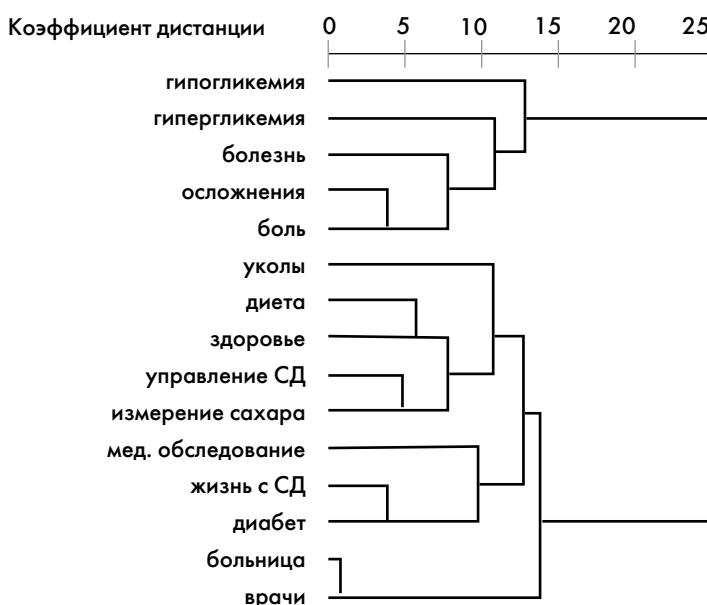


Рис. 2. Структура отношения пациентов с СД1 к понятиям, связанным с СД.

смысле слова. Они не склонны проявлять собственную активность в лечении СД — и вероятно, больше рассчитывают на внешнюю помощь, на посещение лечебных учреждений, о чем свидетельствует довольно близкое расположение в их дендрограмме понятий «здоровье» и «больница».

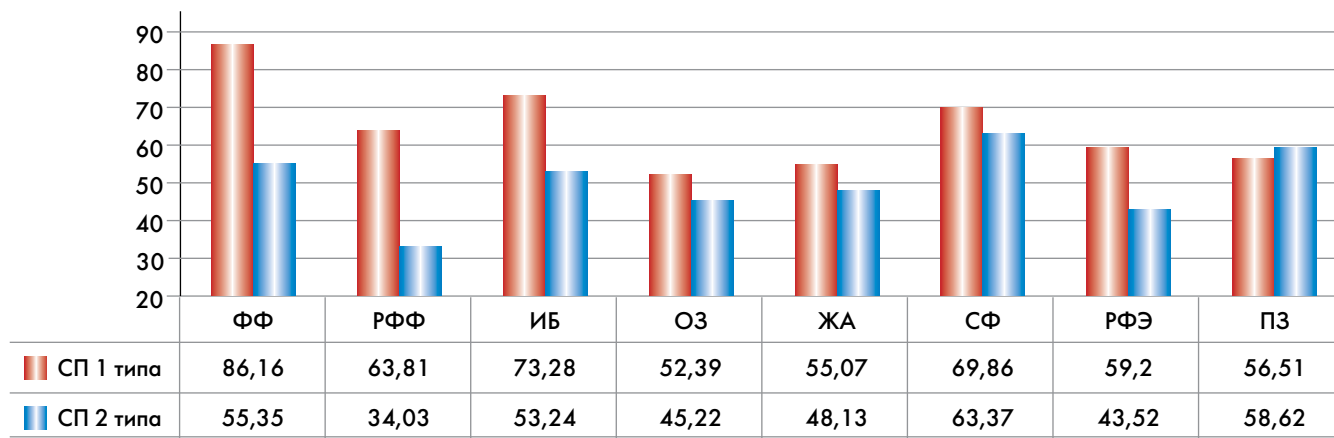
Итак, анализ результатов методик ТОБОЛ и ЦТО показывает, что между пациентами с СД1 и СД2 существуют не только количественные, но и качественные различия в отношении к своему заболеванию, и это проявляется не столько на уровне когнитивных представлений, знаний о болезни (ТОБОЛ), сколько на более глубинном уровне эмоционального переживания реальности (ЦТО).

Следующей задачей исследования было выявление взаимосвязей отношения к заболеванию с психологическим благополучием пациентов. Для ее решения был проведен сравнительный анализ психологического благополучия пациентов с различными вариантами отношения к болезни.

В качестве основных индикаторов психологического благополучия были использованы качество жизни (рис. 3) и эмоциональное состояние (рис. 4) в обследованных выборках. Результаты выполнения соответствующих методик (SF-36, СЛТ, CES-D) показали лучшее психологическое состояние пациентов с СД1.

Пациенты из группы СД1 имеют значимо более высокие показатели по всем шкалам ($p < 0,05$), кроме психического здоровья. Наиболее выражены различия по шкалам, связанным с физическим состоянием (первые три шкалы), что можно объяснить влиянием возраста, а также по шкале ролевого функционирования, связанного с эмоциональным состоянием, что может быть обусловлено не столько возрастом, сколько различиями в отношении к своему заболеванию.

Анализ результатов методик, предназначенных



ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; ИБ – интенсивность боли (чем выше значение, тем меньше интенсивность боли); ОЗ – общее здоровье; ЖА – жизненная активность; СФ – социальное функционирование; РФЭ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; ПЗ – психическое здоровье.

Рис. 3. Структура отношения пациентов с СД2 к понятиям, связанным с СД.

для диагностики тревоги и депрессии, подтверждает это предположение.

Эмоциональное состояние пациентов в группе СД1 является более благоприятным. Так, они имеют значимо более низкий уровень и ситуационной, и личностной тревожности, а также депрессии ($p < 0,05$). Можно предположить, что различия между группами СД1 и СД2 также обусловлены особенностями отношения пациентов к своему заболеванию. Как было показано выше, пациенты с СД1 субъективно воспринимают диабет не столько как болезнь, сколько как свою индивидуальную особенность, как часть образа жизни, что снижает степень угрозы, исходящей от него. Пациенты с СД2 менее склонны к подобной психологической переработке диабета, они оценивают себя как больных, о чем свидетельствует и их более низкая самооценка по шкале здоровья в методике Дембо-Рубинштейн (СД1 – 5,45, СД2 – 4,71, $p = 0,032$) и более низкие показатели по шкале Общего здоровья в методике SF-36 ($p = 0,007$). Это препятствует нормализации их эмоционального состояния, улучшению психологического благополучия.

Таким образом, можно предположить, что обнаруженные различия в психологическом благополучии респондентов в группах СД1 и СД2 связаны не только с расхождением

в возрасте, но и с отношением к своему заболеванию. Однако это предположение нуждается в проверке.

Для подтверждения этого предположения было проведено сравнение двух групп с разными вариантами отношения к СД, уравновешенных по возрасту и по представленности в них пациентов с разными типами СД. С этой целью мы применили кластерный анализ методом k-средних (Все использованные понятия представлены в виде переменных от 1 до 8, где 1 отражает наиболее позитивное отношение к содержанию понятия (эмоциональное принятие), а 8 – наиболее негативное (эмоциональное отвержение). Мерой связи между двумя переменными является коэффициент корреляции, примененный к матрицам переменных. В результате анализа формируется структура кластеров, в которых переменные объединяются на разных уровнях. Чем ниже уровень, на котором произошло объединение переменных в единый кластер, тем теснее связь между ними.

Выше была описана процедура иерархической кластеризации, в которой использовались те же данные. Различия между двумя вариантами кластерного анализа заключается в том, что в первом случае (иерархический кластерный анализ) классифицировались понятия, свя-

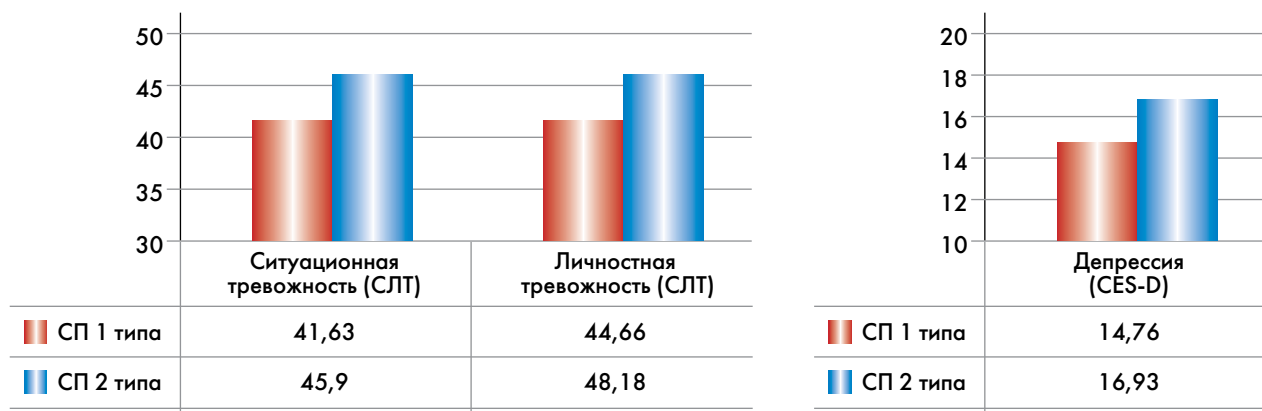
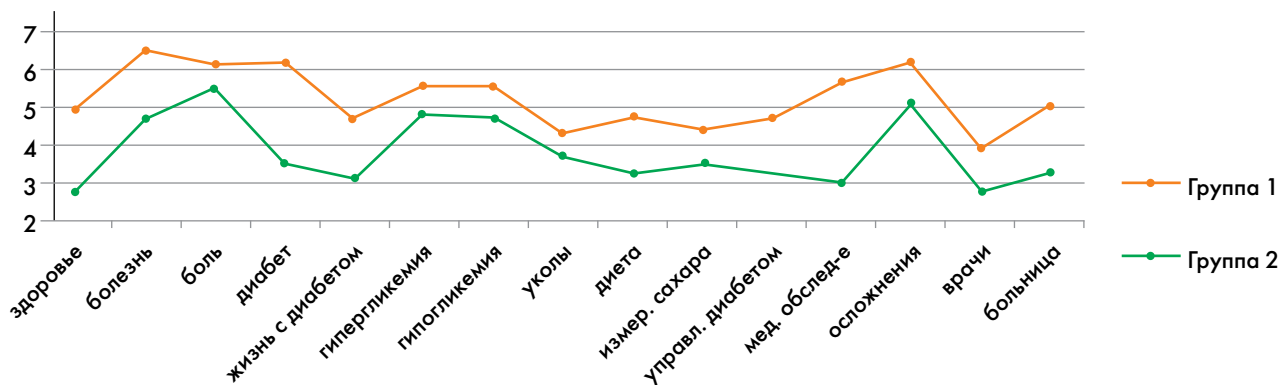


Рис. 4. Средние значения по шкалам тревожности (СЛТ) и депрессии (CES-D) у пациентов с СД1 и СД2 (баллы)



Различия между двумя группами значимы для всех использованных понятий, $p < 0,05$.

Рис. 5. Средний ранг цвета, ассоциированного с понятиями, у пациентов групп 1 и 2 (ЦТО).

занные с СД, по сходству отношения к ним пациентов. Эту классификацию условно можно назвать вертикальной. Во втором же случае целью применения кластерного анализа методом k -средних была классификация не понятий, а самих испытуемых на основании сходства их отношения к СД. Это скорее классификация горизонтальная, т.к. все испытуемые делятся на две группы без установления сложных иерархических связей между ними.), который позволяет разделить всех испытуемых на определенное количество групп.

Для анализа была использована степень "негативности" отношения пациентов к СД (т.е. его эмоционального отвержения). В качестве переменных для кластеризации были использованы результаты методики ЦТО, а именно: ранги цвета, ассоциированного с диабетом и другими связанными с ним понятиями. Ранги отражают уровень негативности/позитивности отношения респондента к понятию: чем выше ранг, тем хуже отношение.

Результаты сравнения выделенных при помощи кластерного анализа групп представлены на рис. 5. Первую группу составили пациенты, у которых «диабет» и связанные с ним понятия имеют более высокие ранги, что говорит о выраженном негативном отношении к СД, его эмоциональном отвержении (далее — группа 1). Вторую группу сформировали те, чье отношение к СД является менее негативным (далее — группа 2).

Пациенты с СД1 и СД2 неравномерно представлены в группах 1 и 2 (табл. 3).

Эта неравномерность соответствует выявленным ранее тенденциям более благоприятного отношения молодых пациентов с СД1 к болезни, однако она не достигает уровня статистической значимости. Возрастные различия между группами также незначимы.

С учетом этого факта описанные ниже различия в качестве жизни (рис. 6) и эмоциональном состоянии

(рис. 7) можно объяснить вариантом отношения к заболеванию, а не типом СД и связанным с ним возрастом.

Сравнение двух групп наглядно демонстрирует влияние отношения к болезни на психологическое благополучие. Пациенты группы 1 имеют значимо более высокое качество жизни по всем шкалам опросника SF-36 ($p = 0,035$ и ниже), кроме интенсивности боли. Наиболее велики различия по шкале ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, что позволяет говорить о том, что при выраженном негативном отношении к СД у больного возникают такие неблагоприятные эмоциональные состояния, которые препятствуют полноценной жизни и могут мешать выполнению повседневных обязанностей и трудовой деятельности.

Ролевое функционирование ухудшается и по другой причине: пациенты, негативно относящиеся к СД, чувствуют себя хуже также и в физическом плане, о чем говорит значительное различие между группами по шкалам общего здоровья и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. В методике исследования самооценки Дембо-Рубинштейн пациенты из группы 1 также значительно ниже оценивают свое здоровье по сравнению с группой 2 (4,3 и 6,02 соответственно, $p = 0$).

Как видно на рис. 7, состояние пациентов из группы 1 характеризуется большей выраженностью симптомов и тревоги, и депрессии (все различия значимы, $p = 0,002$ и ниже). На основании этого можно утверждать, что негативное отношение к СД, его субъективное отвержение провоцирует значительное ухудшение эмоционального состояния больного. Это согласуется с приведенными выше результатами методики SF-36, согласно которым при негативном отношении к СД повседневная жизнь человека в наибольшей степени страдает в связи с эмоциональным неблагополучием.

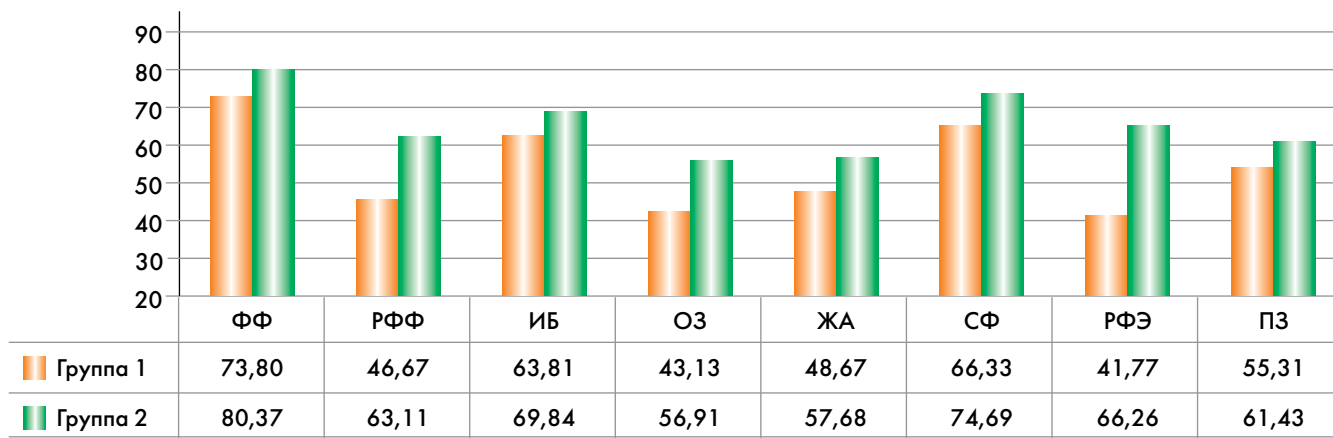
Необходимо отметить, что уровень HbA_{1c} в двух группах не различался (9,2%), что свидетельствует об отсутствии линейной связи между метаболической компенсацией СД и отношением пациента к своему заболеванию, но не исключает возможности иной, нелинейной связи между данными параметрами.

Обсуждение результатов

Таблица 3

Распределение типов СД по группам 1 и 2

	Группа 1		Группа 2	
	количество	%	количество	%
СД1	48	45,3	58	54,7
СД2	33	56,0	26	44,0



ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; ИБ – интенсивность боли (чем выше значение, тем меньше интенсивность боли); ОЗ – общее здоровье; ЖА – жизненная активность; СФ – социальное функционирование; РФЭ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; ПЗ – психическое здоровье.

Рис. 6. Средние значения по шкалам опросника SF-36 у пациентов групп 1 и 2 (баллы).

Проведенное исследование позволило выявить различия в отношении к заболеванию пациентов СД1 и СД2.

Молодой человек с СД1, сталкиваясь с серьезным пожизненным заболеванием, оказывается в психологически трудной ситуации. Он еще не состоялся как личность, и только строит жизненные планы, болезнь же становится серьезной угрозой его будущему. СД субъективно опасен также и для самооценки, поскольку наличие выраженного негативного отличия себя от окружающих (ровесников) нередко приводит к развитию чувства неполноценности [4, 7, 8]. Поэтому ради сохранения психологического благополучия молодому пациенту с СД необходимо приложить значительные усилия для выработки такого отношения к болезни, которое позволило бы субъективно минимизировать угрозу с ее стороны. В качестве такого отношения и выступает восприятие СД как образа жизни, а не как болезни, обнаруженное в исследованной выборке пациентов с СД1.

СД2, возникающий в значительно более позднем возрасте, приводит к формированию иной жизненной ситуации. К этому времени многие люди уже могут иметь другие хронические заболевания (сердечно-сосудистые и др.), поэтому СД не является той единственной

и наиболее серьезной трудностью, которую необходимо преодолевать. Скорее, он становится одной из таких трудностей, а значит, и не может вызвать тех же вариантов совладания, которые активизируются в молодом возрасте. Нужно также учитывать, что у немолодого человека меньше ресурсов для психологического преодоления болезни. В совокупности эти факторы препятствуют формированию такого отношения к болезни, которое типично для молодых пациентов с СД1. Пациенты с СД2 на инсулинотерапии, как было показано в данном исследовании, относятся к своему заболеванию иначе. Для них диабет не становится «образом жизни», но воспринимается именно как болезнь. Их отношение к самому СД, его симптомам и лечению является в целом более негативным, чем у молодых пациентов с СД1.

Независимо от типа СД отношение к заболеванию становится одним из значимых факторов, определяющих и качество жизни, и эмоциональное состояние пациентов. Выраженное негативное отношение к СД, его эмоциональное отвержение свидетельствуют о неспособности пациента психологически адекватно переработать ситуацию, сложившуюся в условиях заболевания. В течение длительного времени больной продолжает воспринимать СД в качестве угрозы, причем такой

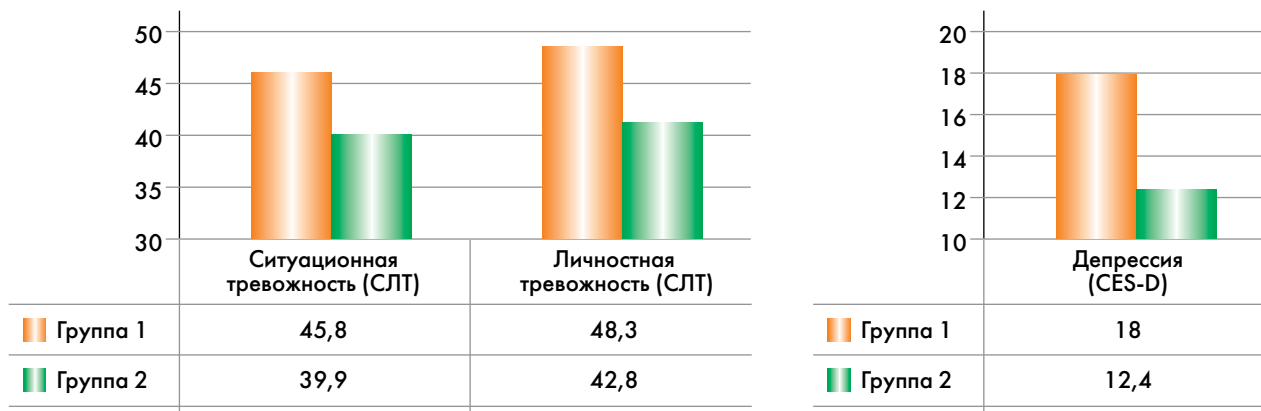


Рис. 7. Средние значения по шкалам тревожности (СЛТ) и депрессии (CES-D) у пациентов групп 1 и 2 (баллы)

угрозы, которую невозможно устранить в силу пожизненного характера заболевания и которая обязательно приведет к тяжелым последствиям. Такое восприятие жизненной ситуации неминуемо провоцирует ухудшение эмоционального состояния (рост тревоги и депрессии). Более того, негативное отношение к заболеванию усугубляет восприятие себя как больного человека, ухудшает даже его самочувствие в физическом плане, при том, что объективное состояние не всегда соответствует такому самоощущению.

В заключение необходимо отметить следующее. Очевидно, что важными задачами при работе с пациентом с СД являются диагностика отношения к заболеванию и при необходимости его изменение с выраженного отвержения на эмоциональное принятие. Это возможно, в частности, в процессе обучения, правильно построенного взаимодействия с врачом, иногда — лишь в результате психотерапии. Такое изменение позволит повысить качество жизни, психологическое благополучие пациента, а также, возможно, будет косвенно способствовать и компенсации СД посредством изменения поведения пациента на более комплаентное. Однако при этом не-

обходимо удержаться от упрощенного понимания взаимосвязей между разными сторонами заболевания.

В данном исследовании не было обнаружено прямой зависимости эмоционального отношения к болезни от уровня HbA_{1c} . Этот феномен определенным образом согласуется с результатами опубликованного нами ранее исследования, в котором было показано, что связь между HbA_{1c} и другим уровнем отношения к болезни — интеллектуально опосредованным — носит нелинейный характер [2].

В силу этого не стоит ожидать «автоматического» повышения качества жизни и психологического благополучия после улучшения метаболических показателей, равно как и неизбежного достижения пациентом целевых показателей гликемии вследствие нормализации эмоционального состояния. Сложный характер взаимоотношений между двумя сторонами болезни — объективной и субъективной — обязательно должен стать предметом дальнейших исследований, но уже сегодня его следует учитывать эндокринологам, психологам и психотерапевтам при лечении пациентов с СД.

Авторы декларируют отсутствие двойственности (конфликта) интересов, связанных с рукописью.

Список литературы

1. Vasserman LI, Trifonova EA, Welkova OJu. Affective and personal determinants of formation of an attitude towards the disease in patients with type 1 diabetes mellitus. Probl. endocrin. 2006;52(1):6-10.
2. Motovilov OG, Shishkova YuA, Divisenko SI, Andrianova EA, Surkova EV, Dedov II. Psychological aspects of glycemic control in young patients with type 1 diabetes. Diabetes mellitus. 2010;(1):66-76.
3. Chebakova JuV. Psihologicheskaja samoreguljacija telesnyh fenomenov u bol'nyh s somaticheskoy patologiej [Dissertation]. Moscow: MSU; 2006.
4. Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in Diabetes Care (Practical Diabetes). Wiley & Sons Ltd; 2005. P.205.
5. Delamater AM. Quality of Life in Youths With Diabetes. Diabetes Spectrum. 2000;(13):42-52.
6. Sokolova ET, Nikolaeva VV. Osobennosti lichnosti pri pogranychnyh rasstrojstvah i somaticheskikh zabolevaniyah. Moscow; 1995. 359 p.
7. Thostov ASH, Arina GA. Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrennej kartiny bolezni. Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni pri nervno-psichicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyah. Vol. 127. Ed. by MM Kabanov. Leningrad; 1990. P. 32-38.
8. Vovnenko KB. Osobennosti jemocional'no-lichnostnoj sfery detej mladshego shkol'nogo vozrasta s ogranichenymi vozmozhnostjami zdorov'ja: na primere saharnogo diabeta 1 tipa [Dissertation]. Nizhnij Novgorod: NGPU; 2010.

Мотовилин Олег Геннадьевич

к.п.с.н., клинический психолог, вед.н.с., ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва

E-mail: motovil@yandex.ru

Лунякина Ольга Витальевна

аспирант, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва

Суркова Елена Викторовна

д.м.н., в.н.с отделения программного обучения и лечения, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва

Шिशкова Юлия Андреевна

аспирант, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва

Мельникова Ольга Георгиевна

к.м.н., в.н.с отделения программного обучения и лечения, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва

Майоров Александр Юрьевич

д.м.н., зав. отделением программного обучения и лечения, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва