

# Психологические эффекты достижения компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов молодого возраста

Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Дивисенко С.И., Андрианова Е.А., Суркова Е.В., Дедов И.И.

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

**Цель.** Выявление взаимосвязи между компенсацией углеводного обмена (представленной в виде уровня  $HbA_{1c}$ ) и психологическим статусом больного.

**Материалы и методы.** Обследовано 115 пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД1) в возрасте от 13 до 27 лет, находящихся в стационаре ФГУ ЭНЦ. Для исследования психологического статуса (эмоционального состояния, отношения с окружающими, отношения к заболеванию) применялись следующие психологические тесты: методика для исследования ситуативной и личностной тревожности, шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D), методика «Диагностика социально-психологической адаптации» (ДПА), метод цветковых выборов (МЦВ), цветовой тест отношений А.М. Эткинда (ЦТО), методика для исследования отношения к заболеванию «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Санкт-Петербургского психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева.

Испытуемые были разделены на три группы по перцентильм (33,3%) значений  $HbA_{1c}$  (табл. 1).

**Результаты.** Пациенты с наилучшей в выборке метаболической компенсацией (средний уровень  $HbA_{1c}$  — 7,4%) имели самый низкий уровень социальной адаптации и эмоционального благополучия. Причиной этого является, вероятно, чрезмерное сосредоточение на болезни и сужение жизненных интересов, что позволяет говорить о психологической зависимости от диабета.

Пациенты с выраженной декомпенсацией (средний уровень  $HbA_{1c}$  — 13,1%) также испытывают эмоциональный дискомфорт, связанный с повышенной тревожностью. Хотя в целом их социальная адаптация лучше, чем у пациентов первой группы, однако главной психологической проблемой являются низкий уровень коммуникативной автономности и ощущение собственной неспособности справиться с заболеванием. Подобные личностные характеристики также порождают психологическую зависимость от диабета, хотя и иного типа, чем у пациентов первой группы.

Наиболее благополучный психологический статус отмечался у пациентов со средним по выборке уровнем метаболической компенсации (средний уровень  $HbA_{1c}$  — 9,5%) — их эмоциональное состояние и социальная адаптация существенно превышали показатели двух других групп. В условиях диабета эти пациенты стремятся к автономности и самостоятельности и сохраняют многоплановую жизненную мотивацию. В результате этого они не «погружаются» в болезнь, но воспринимают ее как данность, некоторое жизненное условие, что позволяет им сохранить благоприятное психологическое состояние, поддерживать активную деятельность в повседневной жизни и при этом уделять внимание (хотя и недостаточное) управлению диабетом.

**Заключение.** Таким образом, степень психологической и соматической компенсации у обследованных больных не совпадали между собой, хотя между ними выявлена тесная связь, и важнейшим медиатором ее представляется отношение пациента к своему заболеванию.

Работа с больными СД1 молодого возраста должна включать как квалифицированное обучение для вооружения их всеми инструментами практического управления диабетом, так и психотерапевтическую помощь, что будет способствовать и улучшению метаболической компенсации, и повышению психологического благополучия и социальной адаптации.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 1 типа, психологический статус, соматическая компенсация, отношение к заболеванию

## Psychological aspects of glycemic control in young patients with type 1 diabetes

Motovilin O.G., Shishkova Yu.A., Divisenko S.I., Andrianova E.A., Surkova E.V., Dedov I.I.  
Endocrinological Research Centre, Moscow

**Aim.** To elucidate the relationship between glycemic control (assessed by the level of  $HbA_{1c}$ ) and psychological status of the patients.

**Materials and methods.** The study included 115 patients with type 1 diabetes aged 13–27 years. The following tests were used to assess the psychological status of the patients (emotional state, social relations, attitude toward disease): State-trait-anxiety Inventory (Spielberger C.D., Hanin Y.L.), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Social adjustment scale by A.K. Osniy based on Q-Sort Adjustment Scale developed by R. Dymond and C.R. Rogers (1954), Lusher colour test, Colour attitudes test, A.M. Etkind original technique, method for the assessment of attitude toward disease developed in V.M. Bekhterev Research Psychoneurologic Institute, Sankt-Peterburg. The patients were allocated to 3 groups differing in terms of 33.3% percentile of  $HbA_{1c}$  levels.

**Results.** Patients with good glycemic control (mean  $HbA_{1c}$  level 7.4%) show the lowest level of social adaptation and emotional well-being. The reason for this phenomenon is the excessive focus of patient on the disease and narrow scope of interests, which suggest psychological dependence on diabetes. Patients with poor glycemic control (mean  $HbA_{1c}$  level 13.1%) also experience emotional discomfort due to increased anxiety. Despite the fact they exhibit a higher degree of social adaptation than the patients of the above group, the main concern is the low level of communicative autonomy and the feeling of being unable to cope with the disease. Such personal characteristics also create a psychological dependence on diabetes, although of a different type than in the first group of patients. Patients with average glycemic control (mean  $HbA_{1c}$  level 9.5%) in the sample have the most favorable psychological state in comparison with the other two groups. Their emotional state and social adaptation are significantly better than in the other two groups. These patients tend to psychological autonomy and independence and maintain multifaceted life motivation in terms of diabetes. They perceive the disease as a given, some life condition that allows to maintain a positive psychological state, high daily activity, not to feel overwhelmed with diabetes and at the same time pay attention to diabetes self-management even not quite sufficient.

**Conclusions.** Glycemic control and psychological status in young adults does not coincide with each other, although there is a close relationship among them. Attitude toward the disease is the most important mediator of this relationship. Professional psychological help and educational interventions designed to develop skills of the practical management of diabetes may contribute to improvement of metabolic control, psychological well-being and social adjustment of patients.

**Key words:** type 1 diabetes, psychological status, glycemic control, attitude toward disease

**В**ажнейшей целью лечения сахарного диабета (СД) является достижение компенсации углеводного обмена. Основным ее отражением и центральной «тактической мишенью» для эндокринолога является гликированный гемоглобин  $HbA_{1c}$ . Этот параметр позволяет судить об адекватности сахароснижающей терапии, а также в большой мере о том, насколько успешно больной справляется с необходимыми контрольными и лечебными мероприятиями. Периодическая оценка уровня  $HbA_{1c}$  чрезвычайно важна, поскольку с высокой точностью отражает метаболическую — соматическую (в этой публикации клиничко-метаболические характеристики заболевания иногда будут обозначены термином «соматические») компенсацию заболевания. Однако любое заболевание является сложным феноменом, который затрагивает как телесную, так и душевную стороны человеческой жизни. Болезнь — это не просто повреждение организма или снижение эффективности функционирования его систем. Практически всегда это — психотравма, которая переживается и осмысливается больным, влияет на его эмоциональное состояние, общение с окружающими, профессиональную или учебную деятельность. Понимание этого факта стало одной из причин роста популярности биопсихосоциальной модели в медицине [1, 2], а также повышения внимания к понятию «качество жизни», которое предполагает целостность человеческого существа [3, 4, 5].

В силу этого встает вопрос: достаточно ли учета уровня  $HbA_{1c}$  (и других биомедицинских показателей) для того, чтобы делать вывод о компенсации СД?

Несомненно, говорить о полноценной компенсации можно только в том случае, когда наряду с достижением оптимальных соматических показателей удастся нивелировать влияние на жизнь больного различных факторов, обусловленных заболеванием. При этом болезнь не должна вызывать у человека выраженных негативных переживаний, отражаться на его учебной или профессиональной деятельности и взаимоотношениях с окружающими. Таким образом можно выделить две стороны компенсации: соматическую и психологическую, и, в соответствии с этим, работать одновременно в нескольких направлениях: добиваться нормализации клиничко-метаболических показателей, улучшить состояние психической сферы, а также способствовать повышению социальной адаптации пациента.

Не менее важен и другой вопрос: являются ли две стороны компенсации автономными, изолированными друг от друга или же между ними существуют те или иные взаимосвязи? Можем ли мы предполагать, каков характер этих взаимосвязей? На первый взгляд, телесная и душевная стороны жизни должны находиться между собой в гармоничных отношениях: «В здоровом теле — здоровый дух». То есть хорошая соматическая компенсация как будто бы должна соответствовать благоприятному психологическому состоянию человека. Однако в обязательности такой гармонии заставляют усомниться случаи высокого уровня психического благополучия у людей с тяжелыми соматическими дефектами или хорошее телесное здоровье многих психических больных. Поэтому допустимо предположение, что соматическая и психологическая компенсация также могут находиться в неоднозначных или даже противоречивых отношениях.

Если данное предположение соответствует действительности, то специалисты, оказывающие помощь больным СД, должны стремиться к согласованию двух сторон компенсации. Но для этого требуется поиск «точек соприкосновения» — факторов, которые опосредуют взаимодействие телесной и психической сфер, а значит — и обе стороны компенсации диабета.

Итак, одной из важных задач становится изучение СД как сложного биопсихосоциального феномена, компенсация которого предполагает не только максимальное приближение к соматической норме, но также и благополучие психического мира человека.

Для решения данной задачи требуется комплекс исследований, охватывающих различные аспекты жизни больного, как соматические, так и психологические. Мы поставили перед собой цель провести анализ взаимосвязи уровня  $HbA_{1c}$  и некоторых характеристик психологического статуса молодых людей, больных СД 1 типа (СД1). В качестве индикаторов благополучия психической сферы пациентов мы использовали два критерия: эмоциональный и социальный.

Первый из них — это эмоциональное состояние человека: наличие или отсутствие у него таких негативных феноменов, как тревога или депрессия. Эмоции отражают процесс движения человека к жизненным целям, удовлетворение его потребностей, реализацию планов и намерений и являются одним из наиболее очевидных показателей субъективного качества его жизни. Вторым показателем психологической компенсации можно считать социальное благополучие человека, характер его отношений с окружающими, в том числе и переживания, которые возникают у больного СД при взаимодействии с другими людьми. Многими исследователями отмечается, что у больных СД возникает множество проблем именно в этой сфере [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

В нашем исследовании приняли участие молодые люди с СД1 в возрасте от 13 до 27 лет. Данный контингент был выбран в связи с тем, что переход от детского возраста к взрослому нередко сопровождается большим количеством проблем, не характерных как для детей, так и для взрослых. Среди этих проблем можно назвать ухудшение компенсации диабета, спровоцированное неадекватным поведением больных. Поскольку поведение, в том числе и неадекватное, обусловлено в первую очередь психологическими особенностями человека, их изучение может быть полезным для понимания того, от чего зависит течение болезни в данном возрасте.

Своеобразным медиатором, обеспечивающим взаимосвязь эмоционального состояния и социальной адаптации с соматической компенсацией диабета, является, вероятно, отношение больного к своему заболеванию [13, 14]. С одной стороны, это отношение влияет на способность человека управлять диабетом — контролировать питание, проводить самоконтроль гликемии, осуществлять инсулинотерапию, соблюдать другие необходимые рекомендации. Поэтому некоторые варианты отношения могут провоцировать развитие неблагоприятных последствий в виде неустойчивой гликемии [15]. С другой — восприятие человеком своего заболевания, его переживания, которые возникают в связи с диабетом, не могут не отражаться на эмоциональном состоянии, а также и на коммуникациях с окружающими [6, 13, 16]. Поскольку болезнь ассоциируется с отличием от других людей, при чрезмерной сосредоточенности на диабете больной может считать себя неполноценным.

Итак, целью данного исследования явилось выявление взаимосвязей между компенсацией углеводного обмена (представленной в виде уровня  $HbA_{1c}$ ) и психологическим статусом больного.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 115 больных СД1 (40 мужчин, 75 женщин) с продолжительностью заболевания 1 год и более. Все больные проводили самоконтроль гликемии и были осведомлены о том, что представляет собой показатель  $HbA_{1c}$ . Возраст испытуемых — от 13 до 27 лет со средней продолжительностью заболевания  $8,7 \pm 5,8$  года. Данная возрастная группа была взята в связи с тем, что, с одной стороны, подростки (13 — 16 лет) уже начинают выходить из-под опеки родителей, а с другой — молодые взрослые (до 27 лет) в большинстве случаев пока еще в той или иной степени испытывают на себе влияние родительской семьи. В силу этого на данной возрастной группе можно увидеть сам момент перехода от жизни, максимально зависящей от других людей (родителей), к самостоятельному существованию. По-

добные переходные периоды, связанные со значительной перестройкой жизненной ситуации, можно охарактеризовать как психологические кризисы. Они в наибольшей степени «проявляют» разнообразные психологические проблемы, которые могут остаться незамеченными в более стабильные моменты жизни человека. Поэтому переходные этапы жизни наиболее полезны с точки зрения исследования взаимосвязи психологических характеристик и течения диабета. И хотя в данной статье не проводится различий между пациентами разного возраста, в дальнейшем мы планируем опубликовать и данные сравнения возрастных групп, что позволит выявить более тонкие закономерности психологического преодоления диабета в молодом возрасте.

Всем больным определялся уровень гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>) на анализаторе D-10 (Boirad, США) методом ионообменной хроматографии высокого давления.

Для исследования психологического статуса (эмоционального состояния, отношения с окружающими, отношения к заболеванию) применялись следующие методики:

- 1) тесты для изучения тревоги и депрессии: методика для исследования ситуативной и личностной тревожности Спилбергера Ч.Д. — Ханина Ю.Л. и шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (Centre for Epidemiological Studies — Depression Scale — CES-D);
- 2) методика «Диагностика социально-психологической адаптации» Роджерса К. и Даймонда Р. (ДПА);
- 3) методики для исследования слабо осознаваемого компонента отношения человека к миру и самому себе: метод цветowych выборов (МЦВ) и цветовой тест отношений Эткинда А.М. (ЦТО);
- 4) методика для исследования отношения к заболеванию «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Санкт-Петербургского психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева.

Для обработки результатов применялись статистические процедуры: корреляционный анализ, дисперсионный анализ, критерий U Манна-Уитни, критерий  $\chi^2$ . Вычисления производились с помощью статистической программы SPSS 14.

## Результаты и их обсуждение

В исследовании приняли участие пациенты, находившиеся в стационаре Института диабета ФГУ Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий. Средний уровень HbA<sub>1c</sub> составил  $10,0 \pm 2,6\%$ . Следует отметить, что доля больных с удовлетворительной компенсацией (не более 7,0%) в общей выборке была очень небольшой (11 человек), поэтому было принято решение разделить больных по перцентильям (33,3%) на три группы по уровню HbA<sub>1c</sub> (табл. 1).

В результате сравнительного анализа трех групп были обнаружены закономерности, как ожидаемые, так и те, существование которых трудно было бы предположить заранее. Обратимся прежде всего к описанию эмоционального состояния пациентов с разной компенсацией углеводного обмена.

### 1. Эмоциональное состояние пациентов трех групп

В таблице 2 представлены результаты методики CES-D (значения по шкале), отражающие уровень депрессии у пациентов трех групп.

Таблица 1

Характеристика выборки испытуемых			
	Количество испытуемых	Средний уровень HbA <sub>1c</sub> , %	Стандартное отклонение
1-я группа	39	7,4	0,78
2-я группа	38	9,5	0,70
3-я группа	39	13,1	1,59

Таблица 2

Уровень депрессии у пациентов трех групп, баллы		
1 группа	2 группа	3 группа
13,9	12,6	15,3

Вторая группа имеет несколько менее выраженную депрессию, чем 1-я и 3-я, однако различия не достигают уровня достоверности. Следовательно, состояние депрессии у молодых больных в малой степени связано с уровнем соматической компенсации и определяется, вероятно, иными факторами. В частности, она имеет значимую положительную корреляцию с продолжительностью заболевания, а также с рядом психологических характеристик, таких как отношение к болезни, характеристики саморегуляции, особенности самосознания больного (данные будут представлены в последующих публикациях). Тем не менее обращает на себя внимание тот факт, что уровень депрессии наименьший не у тех больных, которые имеют наилучшую в выборке компенсацию углеводного обмена (1-я группа), а у тех, компенсация которых хотя и неудовлетворительная, но и не самая худшая (2-я группа).

Аналогичную тенденцию, но еще более выраженную, можно увидеть и при анализе тревоги у изученных больных (рис. 1). Дисперсионный анализ позволяет говорить о том, что связь между компенсацией диабета и тревогой нелинейна — ситуативная тревожность является наименьшей не в 1-й, а во 2-й группе (отличия 2-й группы от 1-й и 3-й достоверны,  $p < 0,05$ ). Личностная же тревожность (т.е. тревожность как устойчивая черта личности) в двух первых группах практически идентична, тогда как в 3-й лишь незначительно выше (различия значимы на уровне тенденции,  $p < 0,1$ ). Обнаруживается также положительная корреляция между уровнем HbA<sub>1c</sub> и личностной тревожностью ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о повышении тревожности по мере ухудшения компенсации (безусловно, осознаваемого больным).

Итак, можно сделать предварительный вывод о том, что худший эмоциональный статус характерен для 3-й, самой метаболически декомпенсированной группы. Именно здесь уровень тревожности, как личностной, так и ситуативной, является наиболее высоким. В то же время наилучшего эмоционального состояния удается достичь отнюдь не больным с самым низким в выборке уровнем HbA<sub>1c</sub>, но пациентам 2-й группы. Как будет показано ниже, для пациентов 3-й группы (с худшей в выборке компенсацией) характерна подверженность социальной желательности.

Использованные нами выше методики свидетельствуют о наличии или отсутствии у пациентов симптомов тревоги или депрессии, однако они не позволяют говорить о типичном для

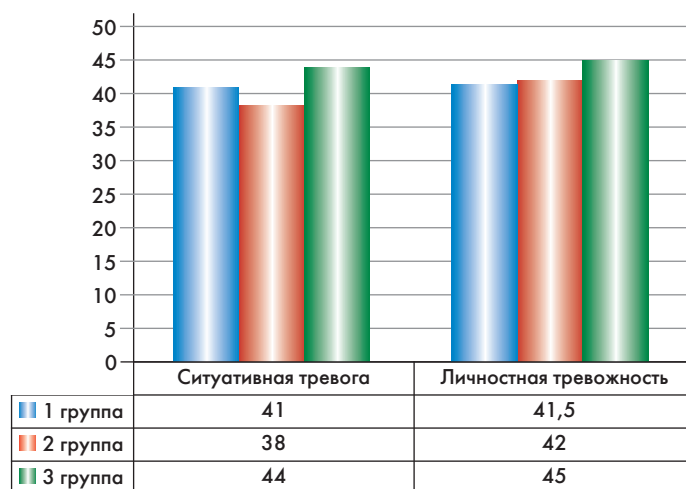


Рис. 1. Уровень тревожности у пациентов трех групп, баллы



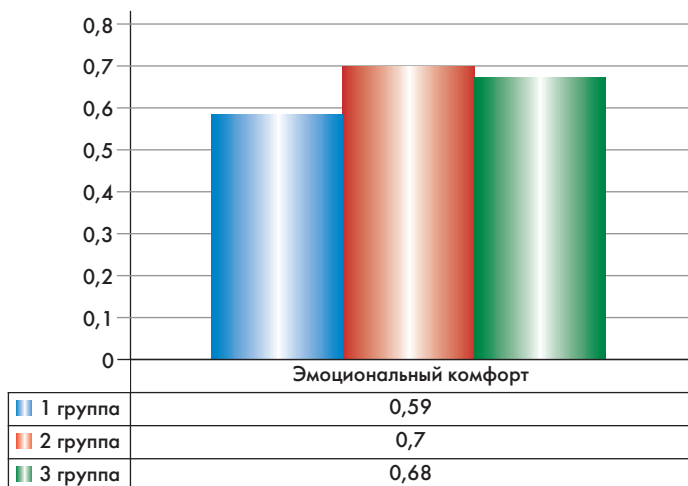


Рис. 2. Уровень эмоционального комфорта у пациентов трех групп, баллы

человека эмоциональном состоянии. Не может ли дело обстоять таким образом, что компенсированные больные чаще испытывают тревогу, чем пациенты 2-й группы, но при этом их типичное эмоциональное состояние является более благоприятным по причине хорошего соматического статуса? Для ответа на этот вопрос рассмотрим результаты другой методики — «Диагностики социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда», которая позволяет анализировать, помимо всего прочего, типичное эмоциональное состояние человека. В этой методике представлены отдельные шкалы эмоционального комфорта, эмоционального дискомфорта и интегральная шкала, объединяющая обе предыдущих. Рассмотрим значения последней — интегральной шкалы, которая отражает не наличие симптомов тревоги или депрессии, а общее эмоциональное благополучие (рис. 2).

Обнаруживаемая здесь закономерность достаточно неожиданна: на этот раз наименьший уровень эмоционального комфорта обнаруживается не в 3-й, наиболее декомпенсированной группе, но в 1-й, от которой можно было бы ожидать высокого уровня психологического благополучия в связи с относительно хорошей компенсацией диабета (показатели в 1-й группе ниже, чем во 2-й и 3-й,  $p < 0,05$ ) (рис. 2).

Итак, несмотря на то, что уровень тревоги и депрессии у наиболее компенсированных в соматическом плане больных является не самым высоким, они отличаются худшим эмоциональным комфортом. Во 2-й и 3-й группе общий уровень эмоционального благополучия находится примерно на одинаковом уровне, однако, как было показано выше, тревога (и в малой степени также депрессия) более выражена в 3-й группе. Соответственно, именно 2-ю группу можно назвать наиболее благополучной с точки зрения эмоционального статуса.

Можно предположить, что причиной неблагоприятного эмоционального состояния пациентов 1-й группы является постоянное напряжение, в котором они находятся, пытаясь поддерживать высокий уровень соматической компенсации. Стремясь добиться хороших показателей гликемии, они тратят много сил на контроль диабета (возможно, не имея для этого достаточно ресурсов в виде умений, сформированных в ходе квалифицированного обучения, а также помощи психологов, психотерапевтов и т.д.), следствием чего может стать эмоциональное истощение. Иными словами, им приходится платить большую «психологическую цену» за свою соматическую компенсацию.

В отличие от больных 1-й группы, наиболее декомпенсированные пациенты (3-я группа), напротив, практически не расходуют энергию на управление своим заболеванием, благодаря чему сохраняют относительный эмоциональный комфорт. Однако по причине утяжеления симптоматики и ухудшения состояния они испытывают тревогу в связи со своим будущим. Эти

переживания, возможно, особенно обостряются тогда, когда больные попадают в стационар и узнают от врачей об осложнениях, возникших у них вследствие выраженной декомпенсации. Поэтому тревожность испытуемых в 3-й группе значительно отличается от двух других групп.

Испытуемые 2-й группы находятся в выигрышном положении по сравнению с двумя другими группами. С одной стороны, они не испытывают столь сильных переживаний в связи со своим заболеванием и не стремятся тратить все свои силы на лечение диабета, как участники 1-й группы. С другой — их состояние не столь тяжелое, как у наиболее декомпенсированных больных, поэтому они меньше опасаются последствий заболевания.

## 2. Социально-психологическая адаптация больных трех групп

Вторым показателем, который был использован нами для изучения психологической компенсации диабета, является социально-психологическая адаптация, способность эффективно взаимодействовать с другими людьми, избегая конфликтов и достигая поставленных целей без чрезмерного напряжения и истощения психических сил. Социально-психологическая адаптация отражается во взаимоотношениях человека с окружающими его людьми. Для ее исследования нами была использована методика «Диагностика социально-психологической адаптации» Роджерса-Даймонда. Обратимся, прежде всего, к описанию результатов интегральных шкал, таких как Адаптивность и Деадаптивность, которые отражают общий уровень социально-психологического благополучия без учета отдельных факторов, обуславливающих его (рис. 3).

Показатели по шкале Адаптивности различаются в слабой степени и не являются статистически значимыми. Однако уровень деадаптивности в 1-й группе превышает показатели двух других групп (различия достоверны,  $p < 0,05$ ). Это позволяет констатировать повышенный уровень социального неблагополучия у больных, отличающихся относительно удовлетворительной соматической компенсацией диабета. Результаты весьма неожиданны, но они согласуются с теми тенденциями, которые были обнаружены при анализе эмоционального статуса больных. Попробуем выделить основные причины повышенной деадаптивности у относительно компенсированных больных.

Социальная адаптация определяется во многом тем, насколько уверенно человек чувствует себя при взаимодействии с другими людьми, т.е. его самооценкой, самоотношением. Однако высокий уровень самооценки, уверенности в собственных силах не является гарантией хорошей адаптации. Напротив, при отсутствии уважения, позитивного отношения к другим людям высокая самооценка становится причиной деадаптации, поэтому необходимо учитывать оба фактора: отношение к себе и к другим людям. В методике ДПА предусмотрены отдельные шкалы для оценки притяжения себя и окружающих.

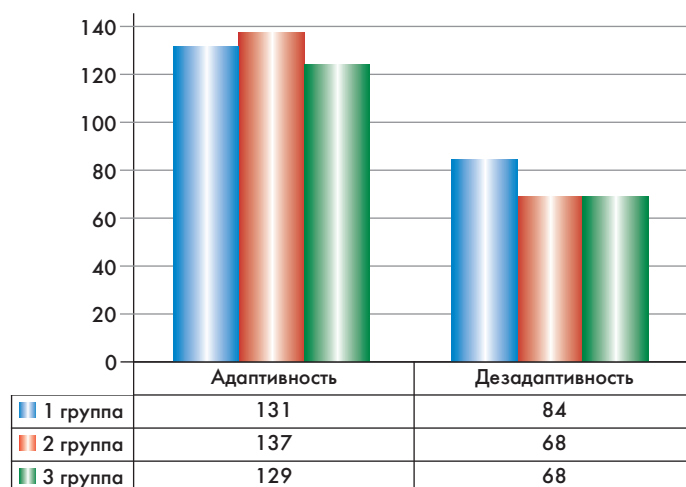


Рис. 3. Уровень адаптивности у пациентов трех групп, баллы

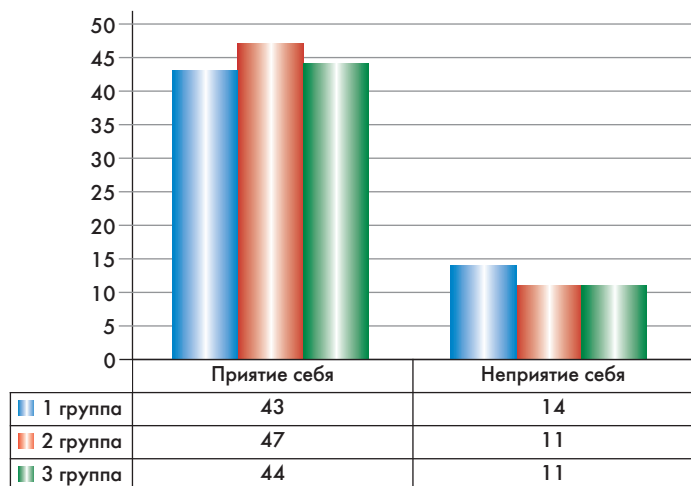


Рис. 4. Уровень приятия себя у пациентов трех групп, баллы

Как видно на рисунке 4, больные 1-й группы по сравнению с испытуемыми двух других групп характеризуются несколько пониженными показателями приятия себя и, наоборот, повышенными — неприятия себя, причем по второй шкале эти различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). Поэтому можно говорить о недостаточно позитивном самоотношении, о болезненном самообвинении, снижающем уверенность человека в собственных возможностях по управлению ситуацией. Следует особо оговориться, что здесь речь идет не о самокритичности, которая полезна любому человеку для личностного развития, но именно о негативном самоотношении. В то время как самокритичность дает возможность оценить собственную деятельность и изменить ее в соответствии со своими целями, негативное самоотношение деструктивно влияет на психическую жизнь, приводит к развитию патологической рефлексии и непродуктивному, патологическому самообвинению.

Патологическое самообвинение достаточно часто развивается в комплексе с негативным отношением к социальному окружению, заставляя человека негативно воспринимать не только самого себя, но и мир вокруг себя. Показатели шкалы «приятие-неприятие других» также позволяет увидеть важные особенности изучаемых групп больных (рис. 5).

Здесь обнаруживается тенденция, сходная с описанной выше. Различия между группами отсутствуют по первой, но выражены по второй шкале — «неприяние других». При этом максимально негативное отношение к окружающим обнаруживается вновь в

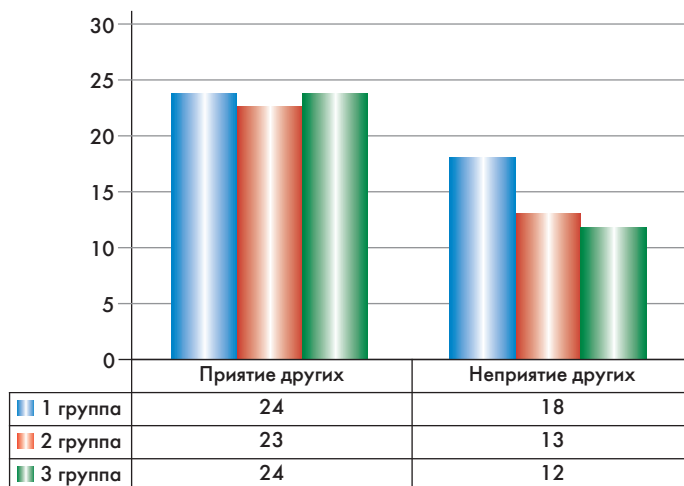


Рис. 5. Уровень приятия других у пациентов трех групп, баллы

1-й группе (различия достоверны,  $p = 0,001$ ). Таким образом, наше предположение, высказанное выше, подтверждается. Действительно, относительно компенсированные больные по сравнению с другими группами более негативно относятся не только к самим себе, но и к окружающим. Два указанных фактора взаимно усиливают друг друга, повышая уровень социально-психологической дезадаптации.

Негативное отношение пациентов 1-й группы к другим людям проявляется и в методике «Цветовой тест отношений» (ЦТО). Место цвета, который испытуемый ассоциирует с определенным понятием, отражает уровень важности и позитивности данного понятия для человека. Соответственно, чем большее место занимает цвет, подобранный к тому или иному слову, тем негативнее отношение к значению этого слова.

Среди слов, которые предлагались больным для ассоциации, были понятия, отражающие социальные связи человека: семью, школу, работу и т.д. (одноклассники и коллеги, родственники, учителя и начальники, врачи, друзья). На рисунке 6 представлены некоторые из названных слов, и среднее место цвета, подбранного к предложенным словам испытуемыми разных групп. Методика ЦТО является многоплановой и позволяет анализировать самые разные аспекты отношения человека к окружающей действительности, а не только к другим людям. В данной публикации мы упоминаем лишь небольшую часть данных, полученных в результате проведения этой методики.

Как видно на графике, наиболее позитивное отношение

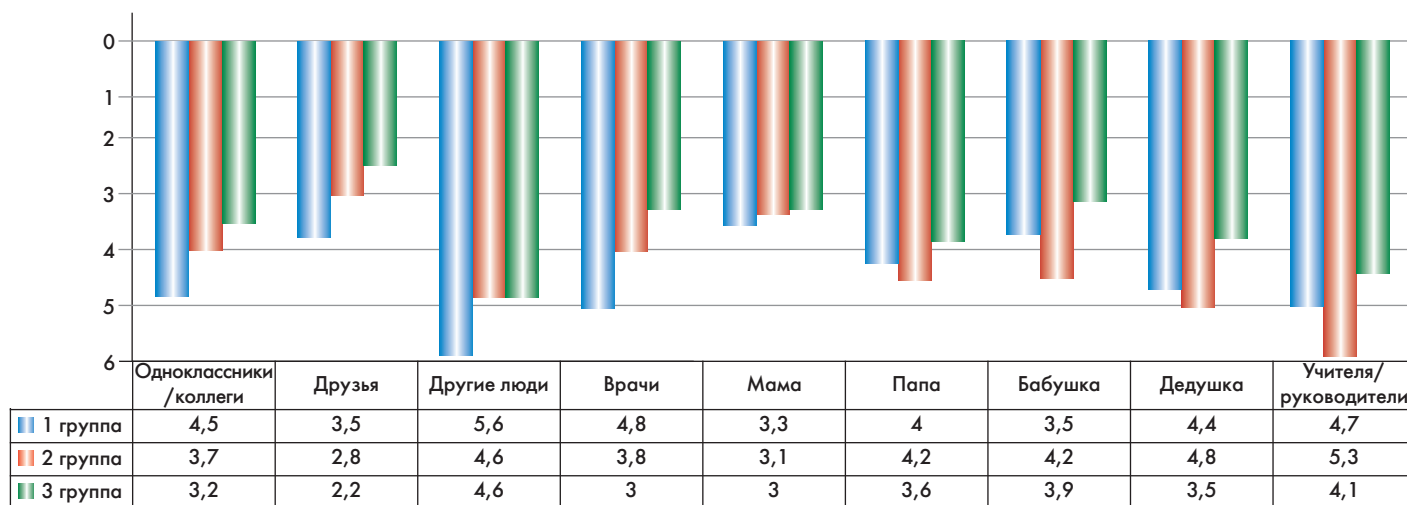


Рис. 6. Отношение пациентов трех групп к своему социальному окружению, баллы

Длина столбика отражает место цвета, ассоциированного с окружающими людьми, в ряду цветовых предпочтений. Чем длиннее столбик, тем хуже отношение к данному человеку.

Таблица 3

Значимость различий между группами (методика ЦТО)

Группы сравнения	Одноклассники/ коллеги	Друзья	Другие люди	Врачи	Мама	Папа	Бабушка	Дедушка	Учителя/ руководители
1 и 2			0,089						
2 и 3								0,036	0,088
1 и 3	0,042	0,012	0,071	0,009					
1 и 2+3	0,064	0,028	0,043	0,022					
2 и 1+3									
3 и 1+2	0,097	0,03		0,025				0,037	

Примечание: жирным выделены значимые различия ( $p < 0,05$ ), курсивом – тенденции ( $p < 0,1$ ).

практически ко всем людям (кроме бабушки) обнаруживается у больных 3-й группы. На противоположном полюсе находятся пациенты 1-й группы, которые отличаются негативным отношением к окружающим, прежде всего – к равным по статусу. Пациенты 2-й группы несколько хуже других испытуемых относятся к авторитетам, занимающим доминирующее над ними социальное положение. Однако единственное достоверное различие обнаруживается по отношению к дедушке 2-й и 3-й групп (табл. 3).

Можно задаться вопросом: чем объясняется столь негативное отношение сравнительно хорошо компенсированных больных к окружающим их людям и, напротив, почему выраженная декомпенсация сопряжена с позитивным отношением? Для ответа на него следует вспомнить о специфике возраста испытуемых. В подростковом и юношеском возрасте повышается ориентация человека на мнение социального окружения, прежде всего – близких по возрасту людей, которые становятся для него так называемой референтной группой (референтной для человека является та группа, с которой он идентифицирует себя, чьи представления о реальности и нормы поведения оказывают наибольшее влияние на него). Высокая значимость мнения окружающих создает предпосылки для возникновения у пациента с СД чувства собственной неполноценности, которое может привести к разным последствиям.

Одним из важнейших условий социальной жизни является так называемая аффиляция или «мы-чувство», которое подразумевает стремление к общности, ориентацию человека на социальные нормы, представления, ценности. Однако если эта ориентация становится чрезмерной, то у человека может сформироваться конформность, стремление «быть как все», способность иметь собственную точку зрения или так называемая коммуникативная зависимость. У людей с подобной личностной характеристикой возникает повышенная чувствительность к чужому мнению, боязнь негативного отношения к себе со стороны окружающих и стремление избежать его любой ценой.

Между тем большинство действий по контролю диабета, таких как инъекции инсулина или использование глюкометра, особенно в общественных местах, особенности питания и т.д. могут быть с удивлением или даже негативно восприняты окружающими. Вследствие этого пациенты с выраженной аффиляцией, зависимые от отношения других людей, могут нарушать медицинские рекомендации по контролю диабета. Причиной этих нарушений является не протест или подверженность сиюминутным желаниям (например поесть, не измерив гликемию или не введя инсулин), не нарушение самоконтроля поведения, но прежде всего страх отвержения, негативного отношения со стороны окружающих. Но вне зависимости от причин подобные нарушения в конечном итоге приводят к неудовлетворительным клиническим последствиям.

Итак, мы рассмотрели 3-ю группу – наиболее декомпенсированных испытуемых, которые продемонстрировали самое позитивное отношение к окружающим. Но остается непонятным,

почему относительно хорошо компенсированные (1-я группа), напротив, воспринимают окружающих в целом негативно?

В данном случае мы сталкиваемся с иным способом преодоления чувства неполноценности. Ради сохранения позитивного самоотношения пациент с диабетом может субъективно обесценивать мнение окружающих людей, благодаря чему отношение к ним смещается к негативному полюсу. Здесь срабатывает принцип: «лучший способ защиты – нападение». Благодаря такому отношению больные могут вести себя как бы независимо от других людей, а значит – более эффективно контролировать диабет. Однако механизм отвержения окружающих подразумевает изменение характера общения с другими людьми, возрастание числа конфликтов и психической напряженности, что также отражается на эмоциональном состоянии и социальной адаптации больных 1-й группы.

Интересно, что пациенты 1-й группы негативно относятся прежде всего к равным по статусу: одноклассникам, коллегам, друзьям, другим людям. Вероятно, это связано с тем, что чувство неполноценности возникает при сравнении себя не с авторитетами, априори занимающими более высокую социальную позицию, а с равными, поэтому для его преодоления нужно обесценивать именно их. В отношении к врачам эти больные также демонстрируют отвержение во многом потому, что чувствуют себя равными с ними. Как будет показано ниже, деятельность по контролю диабета становится чрезвычайно важной для пациентов 1-й группы, поэтому врачи, вмешиваясь в тесную связь между больным и его заболеванием, воспринимаются им как «конкуренты», пытающиеся «навязать» ему свое видение диабета.

Стремясь обрести независимость от мнения окружающих, пациенты 1-й группы теряют социальные связи, не могут опереться в преодолении болезни на близких людей. Об их изолированности, удаленности от значимых людей свидетельствуют результаты методики ЦТО, согласно которой они намного реже ассоциируют такие понятия как «Я сам» и «Друзья», чем испытуемые двух других групп (различия значимы согласно  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ).

Пациенты 2-й группы оказываются в наиболее выигрышном с психологической точки зрения положении по сравнению с остальными больными. С одной стороны, для них не характерна коммуникативная зависимость, как у наиболее декомпенсированных больных. С другой – они не изолируются от окружающих, сохраняют благоприятный фон общения и могут эффективно взаимодействовать с другими людьми. Поэтому они занимают как бы промежуточную позицию между двумя другими группами. Некоторое же смещение в негативную сторону их отношения к старшим по статусу, авторитетным людям связано, вероятно, с тем, что представители 2-й группы отличаются стремлением к независимости, самостоятельности. Именно поэтому у них и возникает отторжение мнения людей, занимающих высокий статус и ограничивающих их автономность. На рисунке 6 видно, что они демонстрируют наиболее негативное отношение

к дедушке. Можно предположить, что причина этого кроется в статусе дедушки: он является сверхавторитетом, отцом отца, а значит — своеобразным символом власти. Поэтому именно он как носитель высшей власти в семье вызывает наиболее негативное отношение пациентов, стремящихся к автономности.

Об их направленности на достижение независимости свидетельствуют и результаты методики ДПА, согласно которой пациенты 2-й группы имеют более высокие показатели по шкале Доминирование, что говорит об их нежелании занимать ведомую позицию и стремлении к управлению процессом общения (различия между 2-й группой — с одной стороны, и 1-й и 3-й группами — с другой, значимы,  $p < 0,05$ ).

Итак, анализ двух ключевых компонентов, отражающих душевное состояние человека, — его эмоционального статуса и социально-психологической адаптации — подтверждает наше предположение о том, что соматическая компенсация не совпадает с психологической и даже может находиться с ней в противоречивых отношениях. В таком случае возникает задача согласования двух сторон компенсации, для чего требуется найти «точки соприкосновения» — те медиаторы, которые опосредуют взаимодействие между ними. Нам представляется, что в качестве такого медиатора выступает отношение человека к своему заболеванию. Если эта гипотеза верна, то больные с разным уровнем соматической компенсации должны иметь специфические особенности отношения к диабету, которые могут дать объяснение как их эмоциональному состоянию, так и характеру отношений с окружающими.

### 3. Отношение больных трех групп к своему заболеванию

Для изучения отношения пациентов к своему заболеванию применялся опросник ТОБОЛ, результаты которого могут быть обработаны двояким образом. С одной стороны, можно анализировать показатели по отдельным шкалам, отражающим различные варианты отношения больного к своему заболеванию. Этот вариант анализа можно назвать дифференциальным. С другой — можно определять тип отношения к болезни, учитывая только те шкалы, значения по которым максимальны. В этом случае речь идет о типологическом анализе. Первый вариант представляется нам более целесообразным по следующей причине.

Система отношений человека к реальности является весьма сложной и неоднозначной. Один и тот же объект, феномен, процесс может вызывать различные чувства одновременно. Тем более это относится к такому комплексному явлению, как СД, который влияет практически на все стороны жизни человека: соматическую, психическую, социальную. Типологический анализ, предполагающий «обнуление» практически всех прочих шкал,

показатели которых лежат ниже максимального, нивелирует многие диагностически ценные особенности отношения человека к своему заболеванию. Дифференциальный же анализ, напротив, дает возможность учесть все эти тонкие аспекты представлений пациента о диабете, поэтому мы использовали для изучения отношения к заболеванию именно его. Типологический анализ также применялся как дополнение к дифференциальному.

Обратимся теперь к результатам методики ТОБОЛ (рис. 7).

Типы отношения к болезни, выделяемые в методике ТОБОЛ, можно разделить на адаптивные и дезадаптивные. Первые позволяют человеку сохранять высокий уровень социальной адаптации, тогда как вторые, напротив, препятствуют ей. К адаптивным относится гармоническое, анозогнозическое и эргопатическое отношение.

Прежде анализа различий трех групп пациентов отметим, что из всех дезадаптивных шкал наиболее высокие результаты у всех больных диабетом обнаруживаются по шкале сенситивного отношения, которое означает ранимость, чувствительность к мнению окружающих, опасение отвержения со стороны социума. Значения данной шкалы примерно в два раза превышают все остальные дезадаптивные варианты отношения, что отражает упомянутое выше чувство неполноценности, характерное для больных СД. Теперь перейдем к анализу результатов по трем группам пациентов.

Обращает на себя внимание, что показатели по шкале «Гармоническое отношение» несколько выше в 3-й группе, хотя различия и незначимы. Анализ типов отношения к болезни также показывает, что гармонический тип отношения достоверно чаще встречается в 3-й группе (согласно критерию  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ). Данный вариант отношения характеризуется отсутствием выраженных негативных переживаний в связи с диабетом, таких как депрессия или тревога, оптимистичным отношением к собственному будущему, надеждой на улучшение состояния или даже выздоровление. Однако указанное отношение предполагает и четкое следование медицинским рекомендациям, самостоятельный контроль за своим заболеванием, а значит, и достаточно благоприятное течение диабета, его хорошую компенсацию, чего мы явно не наблюдаем в 3-й группе. Чем же можно объяснить парадоксальный результат, согласно которому самый благоприятный из всех возможных вариантов отношения к болезни характерен для наиболее декомпенсированных пациентов, при том, что у них же отмечаются повышенные значения по ряду шкал, отражающих дезадаптивное отношение?

Представляется, что высокие показатели по шкале гармоничности у испытуемых из 3-й группы могут быть связаны с соци-

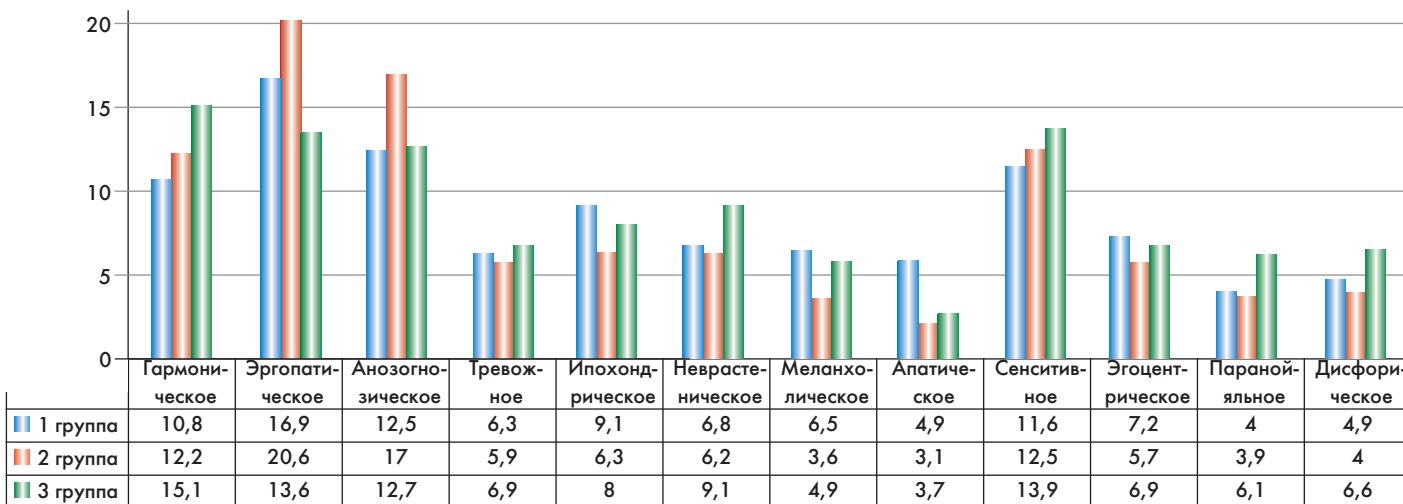


Рис. 7. Отношение пациентов трех групп к своему заболеванию, баллы



Таблица 4

Значимость различий между разными группами согласно дисперсионному анализу (методика ТОБОЛ)

Группы сравнения	Гармоническое	Эргопатическое	Анозогно-зическое	Тревожное	Ипохондрическое	Неврастеническое	Меланхолическое	Апатическое	Сенситивное	Эгоцентрическое	Паранойальное	Дисфорическое
1 и 2					<b>0,035*</b>		0,071					
2 и 3		<b>0,008</b>				<b>0,043</b>					<b>0,037</b>	<b>0,035</b>
1 и 3											<b>0,040</b>	
1 и 2+3												
2 и 1+3		<b>0,021</b>					<b>0,049</b>					
3 и 1+2		<b>0,022</b>				<b>0,049</b>					<b>0,017</b>	<b>0,042</b>

Примечание: жирным выделены значимые различия ( $p < 0,05$ ), курсивом – тенденции ( $p < 0,1$ ).

Звездочкой \* отмечены различия, значимые по U-критерию Манна-Уитни.

альной желательностью данного отношения. Как было показано выше, пациенты из 3-й группы являются наиболее конформными, коммуникативно-зависимыми по сравнению с другими больными. Они придают большое значение мнению окружающих, тем более врачей, которые для них близки по значимости к матери (согласно методике ЦТО, см. рис. 6). Поэтому, стремясь произвести благоприятное впечатление на других людей и заслужить их одобрение, они дают социально-желательные ответы. Фактически они говорят не о том, как сами в реальности относятся к своему заболеванию, но о том, как *правильно* к нему относиться. В действительности их отношение к своему заболеванию далеко от всякой гармоничности, поскольку именно у них максимального уровня, по сравнению с двумя другими группами, достигают показатели по многим шкалам, отражающим дезадаптивное отношение к заболеванию: неврастеническое, паранойальное и дисфорическое.

Первое из них – *неврастеническое* – характеризуется низкой стойкостью в преодолении заболевания, легких срывах, спровоцированных нежеланием терпеть неприятные ощущения или тщательно выполнять необходимые процедуры. Для этого же отношения характерно не критичное стремление к поиску социальной поддержки. *Паранойальное* отношение связано с нежеланием признавать свою ответственность за течение заболевания, стремление оправдать себя, списав трудности в контроле диабета на окружающих, например на врачей или родственников. Фактически такое отношение свидетельствует об отсутствии самостоятельности в управлении диабетом, т.е. о выраженной экстернальной позиции (экстернальность, или внешний локус контроля – поиск человеком причин происходящих событий не в своих действиях, а во внешних обстоятельствах, в поведении других людей), которая особенно обостряется при неблагоприятном течении заболевания. Наконец, *дисфорическое* отношение, отчасти сходное с двумя предыдущими, означает зависть к другим людям, которые не имеют диабета, обиду на окружающих за свое заболевание и обвинение их в собственных проблемах. При данном варианте отношения больные настойчиво требуют к себе повышенного внимания со стороны социального окружения: родных или врачей.

Все три варианта показывают, что декомпенсированные больные не склонны признавать свою ответственность за течение заболевания. Об этом же свидетельствуют и результаты методики ЦТО, согласно которой они намного ниже (т.е. хуже) оценивают такое понятие, как «управление диабетом» по сравнению с 1-й, наиболее компенсированной группой (согласно критерию  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ). Это означает, что управление диабетом вызывает у них негативные переживания, эмоциональное отвержение.

Общим во всех трех вариантах отношения является также и высокая степень зависимости от окружающих. С одной стороны, пациенты из 3-й группы могут считать их виновными в своих проблемах, а с другой – от них же требовать помощи. В их отношении к заболеванию отражается чувство неполноценности, которое может формироваться у них в связи с заболеванием (сенситивное отношение) и принимать, в том числе, и такую форму, как зависть к здоровым людям и обвинение их в своих проблемах (дисфорическое и паранойальное отношение) (рис. 8).

Итак, анализ 3-й группы больных, отличающихся выраженной декомпенсацией, позволяет нам констатировать, что они попадают в своеобразную зависимость от диабета, в патологический замкнутый круг, который не позволяет им добиться хорошей компенсации (рис. 8).

Мы можем также сделать вывод о необходимости внимательного отношения к результатам методики ТОБОЛ: высокие показатели по шкале «Гармоническое отношение к заболеванию» явно не позволяют констатировать высокую вероятность достижения хорошей компенсации диабета по причине влияния социальной желательности на данную шкалу. Однако другие шкалы этой методики оказываются более чувствительными и позволяют точнее определять индивидуальные особенности отношения больных к диабету. Рассмотрим, какие компоненты отношения характерны для тех пациентов, которые добиваются относительно хорошей компенсации заболевания, т.е. для 1-й группы.

Как видно на графике, ни по одной из трех адаптивных шкал эти больные не имеют наиболее высоких показателей. Вероятно, это и есть причина их более низкой, по сравнению с двумя другими группами, адаптации, нарушений коммуникации с окружающими людьми, а также эмоционального неблагополучия.

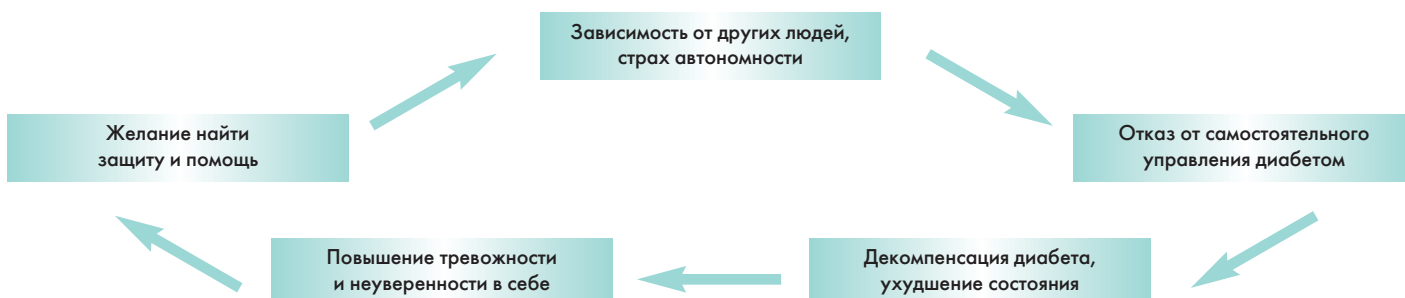


Рис. 8. Взаимосвязь психологических особенностей и течения СД у пациентов с худшей компенсацией



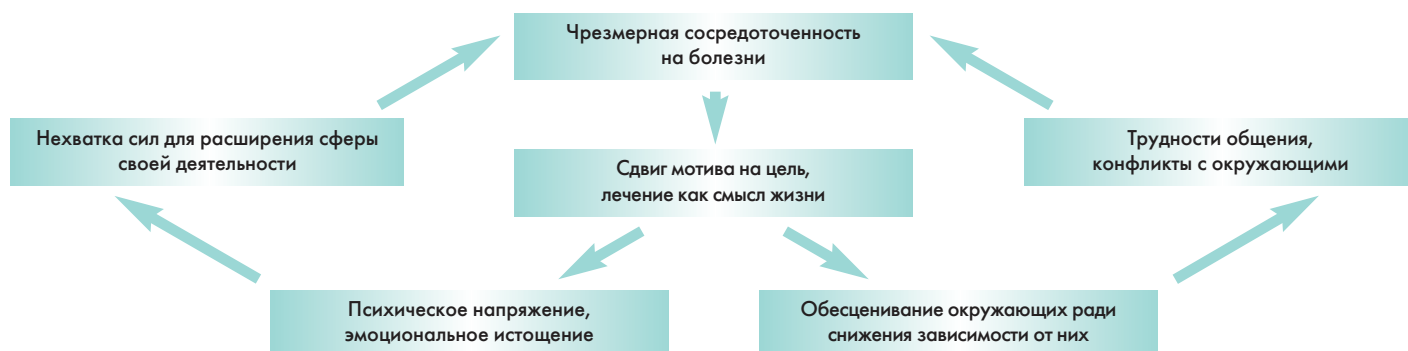


Рис. 9. Взаимосвязь психологических особенностей и течения СД у пациентов с лучшей компенсацией

В то же время больные 1-й группы имеют более высокие показатели по некоторым дезадаптивным шкалам, а именно: «Ипохондрическое» и «Меланхолическое отношение». Отметим, что из всех дезадаптивных шкал, кроме «Сенситивное отношение», которое отражает общие проблемы для всех больных диабетом (повышенную чувствительность к мнению окружающих), у пациентов 1-й группы наиболее высокие показатели обнаруживаются именно по шкале «Ипохондрическое отношение».

*Ипохондрия* означает чрезмерную озабоченность собственным здоровьем, преувеличение имеющейся симптоматики, стремление к непрерывному лечению, которое, тем не менее, сочетается с неверием в успех. *Меланхолическое* отношение подразумевает сверхтрудолюбивость пациента болезнью, депрессивное состояние вплоть до суицидальных мыслей, пессимистическое отношение не только к процессу лечения, но и ко всему окружающему миру. Хотя в методике ТОБОЛ эти два отношения разделены между собой, между ними существует теснейшая связь: второе нередко является следствием первого. Рассмотрим принципиальные особенности отношения к болезни самых компенсированных больных в выборке.

Наиболее общей характеристикой позиции пациентов 1-й группы можно было бы назвать борьбу с болезнью. Болезнь является для них противником, с которым они ведут непрерывную войну. Об отношении к диабету, как к врагу, свидетельствуют результаты методики ЦТО, согласно которой пациенты 1-й группы, во-первых, оценивают диабет ниже, чем две другие группы (различия значимы на уровне тенденции,  $p=0,075$ ), а во-вторых, никогда не ассоциируют диабет с самим собой, т.е. относятся к нему крайне непримиримо, тогда как 25% больных 2-й группы и 15% 3-й подбирают к себе и к диабету один и тот же цвет (различия между тремя группами значимы по критерию  $\chi^2$ ,  $p<0,05$ ). Итак, для пациентов 1-й группы «вся жизнь — борьба». И надо отметить, что за счет постоянного напряжения внутренних сил, прежде всего психологических, им удастся в какой-то мере «победить» «противника» — диабет — и добиться относительно хороших показателей компенсации. К сожалению, подобная «победа» нередко становится неполной, поскольку приводит к значительному снижению качества жизни больных.

Дело в том, что если вся жизнь превращается в борьбу с диабетом, человек как бы «погружается» в болезнь, сосредоточивается только на процессе лечения и отстраняется от всего остального, что есть в жизни. Фактически здесь речь идет о зависимости от болезни, иной по характеру, чем та, которая возникает у пациентов 3-й группы, но не менее авторитарно управляющей жизнью человека. Братусем Б.С. было показано, что в основе зависимостей разного вида нередко лежит психологический механизм «сдвига мотива на цель» (цель деятельности, которая является подчиненной относительно другого, более важного жизненного мотива, постепенно вытесняет его и сама занимает его место, становясь смыслом жизни человека. Например, сначала человек играет в компьютерные игры, чтобы отвлечься, расслабиться, а потом игра становится важной сама по себе и вытесняет все остальные значимые мотивы — общение с друзьями, работу, семейную жизнь и т.д.) [17].

При изучении наиболее компенсированных пациентов мы сталкиваемся с действием именно этого механизма: лечение болезни изначально необходимо человеку для того, чтобы заниматься какой-то иной, более значимой деятельностью: трудовой, учебной, личной жизнью и т.д. Впоследствии же многие из этих пациентов центрируются на диабете, и лечение приобретает для них статус самостоятельного и важнейшего жизненного мотива. Некоторые больные лечатся не для того, чтобы жить, а, скорее, живут для того, чтобы лечиться.

Следствием такой погруженности в болезнь становится и постоянное психическое напряжение, провоцирующее эмоциональный дискомфорт, а в дальнейшем, возможно, и истощение, эмоциональный дистресс. Истощение же в свою очередь приводит к тому, что больной оказывается неспособным «распыляться» и тратить силы на что либо еще, кроме лечения, т.е. он вынужден сосредоточиваться в первую очередь на болезни.

Другим следствием тотальной сосредоточенности на процессе лечения становится изменение характера общения с окружающими: ради защиты себя от мнения других людей больной обесценивает их, начинает негативно к ним относиться (сенситивное отношение наименее выражено именно у этой группы), что ведет к социальной дезадаптации. В результате нарушений коммуникации с окружающими общение перестает доставлять ему удовлетворение, и он еще более погружается в свою ведущую деятельность, т.е. в лечение. В определенном смысле и здесь, как и в 3-й группе, складывается патологический замкнутый круг, точнее — целых два круга (рис. 9).

Итак, 1-я и 3-я группа, т.е. наиболее компенсированные и, напротив, наиболее декомпенсированные пациенты имеют сходство в своем отношении к болезни, а именно: и те и другие находятся в **психологической зависимости от болезни**, т.е. диабет выступает в качестве основного организатора их жизни. В результате подобной зависимости первые, добиваясь относительно хорошей компенсации, платят за это высокую психологическую цену — эмоциональный дискомфорт и нарушение социальной адаптации, а вторые, чрезмерно зависимые от мнения окружающих, имеют несколько более позитивные отношения с социумом, но при этом отличаются повышенной тревожностью и выраженной декомпенсацией диабета. Вторая же группа находится в наиболее выигрышном положении: с одной стороны, компенсация диабета у них пусть не лучшая, но и не самая худшая, а психическое состояние является наиболее благоприятным из всех трех групп. Чем же характеризуется отношение к болезни этих пациентов и почему, несмотря на свое высокое субъективное благополучие, они не способны добиться хорошей компенсации?

Наиболее ярким отличием 2-й группы от двух других является большая выраженность эргопатического отношения к заболеванию: во-первых, они имеют повышенные показатели по данной шкале и, во-вторых, у них чаще встречается этот тип отношения к болезни (различия между группами значимы по критерию  $\chi^2$ ,  $p<0,05$ ). Кроме того, у них чаще встречается и анозогнозическое отношение, хотя различия незначимы из-за большого разброса значений по этой шкале.

*Эргопатическое* отношение характеризуется тем, что пациент стремится к активной деятельности — трудовой или учебной. Пациенты полагают, что в связи с диабетом их жизнь не должна претерпеть каких-то существенных изменений, что они могут быть столь же деятельными, как и люди без болезни. Благодаря этому они рассматривают лечение как важную составляющую своей жизни, необходимую для поддержания высокого уровня работоспособности. Это позволяет им выполнять необходимые процедуры по управлению диабетом и удерживаться в определенном диапазоне гликемии (декомпенсация, но не такая выраженная, как в 3-й группе).

Анализ результатов методики ЦТО позволяет нам говорить о том, что эти больные не воспринимают диабет как врага, они, скорее, относятся к нему, как к некоторому жизненному условию, одному из многих, и не более того. Во-первых, они подбирают к слову «диабет» наименее отвергаемый цвет по сравнению с другими группами, что говорит об отсутствии негативного отношения к значению этого слова, а во-вторых, они значительно чаще ассоциируют с самим собой и с диабетом один и тот же цвет, что также свидетельствует об отсутствии эмоционального отвержения этого понятия. Принятие болезни позволяет им сохранять психическую энергию для активной деятельности.

*Анозогнозический* компонент отношения обуславливает некоторое пренебрежение заболеванием, снижение его субъективной значимости для человека. В данном случае анозогнозю стоит рассматривать не как отрицание болезни, но именно как недооценку степени ее тяжести. Возможно, именно этот компонент обуславливает недостаточно удовлетворительную компенсацию заболевания: поскольку болезнь представляется не слишком значительной, то у пациента не возникает мотивации строгого соблюдения всех необходимых медицинских рекомендаций, а значит, он вполне может допустить нарушение режима самоконтроля или инъекций инсулина, если считает, что в данный момент времени эти действия могут помешать ему в выполнении других, более важных дел.

Одним из важнейших условий формирования адаптивного отношения к заболеванию является, вероятно, широта мотивационной сферы, хорошо развитая смысловая саморегуляция, высокий уровень активности и автономности. Мотивационная сфера и смысловая саморегуляция в настоящем исследовании не изучались, тогда как активность и автономность пациентов 2-й группы хорошо видны не только в том, что у них преобладает именно эргопатическое, т.е. активное отношение к болезни, но также и в других методиках, например ДПА, МЦВ, ЦТО. Вторая группа отличается наиболее высоким стремлением к доминированию (т.е. к коммуникативной активности и самостоятельности) (различия значимы по t-критерию Стьюдента,  $p < 0,05$ ) в «Методике цветовых выборов», в которой пациенты значительно чаще, по сравнению с другими группами, выбирают на первые позиции красный цвет, отражающий направленность испытуемого на активные действия (различия значимы по U-критерию Манна-Уитни,  $p < 0,05$ ). В методике ЦТО они чаще используют красный цвет для ассоциации с самим собой (различия значимы по критерию  $\chi^2$  на уровне тенденции,

$p = 0,073$ ) и с болезнью (различия значимы по критерию  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ), т.е. их отношение к болезни можно охарактеризовать именно как активное.

Для пациентов этой группы характерно не только благоприятное эмоциональное состояние, но также и хорошая социальная адаптация, сопряженная с их коммуникативной активностью, позитивным самоотношением, а также позитивным отношением к другим людям, прежде всего равным по статусу. Хорошая социальная адаптация, а также благоприятное эмоциональное состояние больных позволяют им сохранять высокий уровень социальной активности и деятельности в целом.

Представим схематически взаимосвязи между отношением к болезни, компенсацией диабета и психологическим статусом пациентов 2-й группы (рис. 10).

Итак, мы рассмотрели соотношение между двумя компонентами компенсации СД: соматической и психологической. Как и предполагалось, они не совпадают между собой, но между ними существуют тесные связи, причем далеко не всегда линейные. Важнейшим медиатором между двумя компонентами компенсации выступает отношение пациента к своему заболеванию.

Лучшая соматическая компенсация в выборке сопряжена с низким уровнем социальной адаптации и эмоционального благополучия, причиной чего является, по-видимому, чрезмерное «погружение» пациентов в лечебную деятельность и формирование психологической зависимости от болезни.

Выраженная декомпенсация также связана с наличием у больного негативных эмоциональных состояний типа тревоги, хотя их социальная адаптация и несколько лучше, чем у пациентов 1-й группы. Главной психологической проблемой декомпенсированных пациентов является, вероятно, сильная коммуникативная зависимость и обусловленная ею жизненная пассивность. У этих больных также формируется зависимость от болезни, проявляющаяся в неспособности самостоятельно управлять диабетом.

Наиболее же удовлетворительный психологический статус обнаруживается у пациентов со средним уровнем соматической компенсации — их эмоциональное состояние и социальная адаптация существенно превышают показатели двух других групп. Они воспринимают болезнь как данность, благодаря чему, с одной стороны, сохраняют благоприятное психологическое состояние, а с другой — оказываются способными к активной деятельности, позволяющей им не попасть в зависимость от диабета, но целенаправленно преодолевать его.

Проведенное исследование позволяет выявить проблемные места в системе оказания помощи больным СД. В частности, недостаточная представленность психологов и психотерапевтов в диабетологических отделениях и центрах не позволяет учесть отсутствие у пациентов психологической компенсации, что и приводит к ухудшению качества жизни вопреки улучшению соматического состояния: если удастся достичь хороших показателей  $HbA_{1c}$ , то задача по компенсации диабета считается выполненной, хотя за эту соматическую компенсацию пациенту подчас приходится расплачиваться эмоциональным неблагополучием и социальной дезадаптацией. Другой проблемой оказываются



Рис. 10. Взаимосвязь психологических особенностей и течения СД у пациентов со средним уровнем компенсации

«послушные» пациенты, которые готовы внимательно слушать врача, постоянно обращаться к нему за помощью, и в то же время не могут самостоятельно справиться с управлением диабетом по причине своей низкой автономности и активности.

Можно предположить, что наилучших показателей как соматической, так и психологической компенсации могли бы добиться представители 2-й группы: самостоятельные и увлеченные своей деятельностью пациенты, принимающие диабет как некоторое жизненное условие, как одну из множества трудностей на пути достижения значимых целей. Однако если психологический статус этих пациентов и так является достаточно благоприятным, то их управление диабетом могло бы быть лучше, но при соблюдении двух условий. Во-первых, они должны хорошо понимать, каким образом компенсация диабета будет способствовать достижению их жизненных целей (здоровье как условие активной и продуктивной жизни). Во-вторых, им необходимо полноценно владеть всем арсеналом средств и умений для гибкого управления своим заболеванием. То есть эта категория больных особенно нуждается в квалифицированном обучении практической направленности, при котором, прежде всего, учитывались бы их конкретные повседневные нужды. Кроме того, им была бы полезна регулярная поддержка медицинских специалистов, осуществляемая наряду с традиционным консультированием при помощи компьютерной и мобильной телефонной связи.

В отношении двух других групп можно было бы также предложить рекомендации, которые могли бы их сблизить по некоторым параметрам со 2-й группой. В частности, ипохондрическим больным было бы полезно расширить спектр своей мотивации, открыть для себя новые жизненные цели, перспективы. Пациенты же 3-й группы нуждаются в уменьшении коммуникативной зависимости, повышении автономности, чувства уверенности в своей способности самостоятельно управлять собственной жизнью, в том числе и диабетом. Как в одном так и в другом случае очень полезной могла бы стать психотерапия; в рамках одной только эндокринологической помощи такие проблемы вряд ли могут быть решены.

В заключение добавим, что представленные психологические характеристики отражают общие тенденции, относящиеся в целом к группе, а вовсе не к каждому конкретному пациенту. Вполне возможно, что многие из пациентов, которые попали в одну из трех изученных групп, имеют иные психологические особенности, не совпадающие с общегрупповыми. Важно также учитывать то, что выборку нашего исследования составили пациенты, находящиеся в стационаре, с заведомо имеющимися проблемами компенсации диабета. Несомненно, за пределами этой выборки остаются больные с хорошей как соматической, так и психологической компенсацией, и изучение этой категории позволило бы наметить дополнительные пути улучшения психо-социального благополучия всех пациентов с СД.

## Литература

1. Бройтгам В., Кристиан П., Рад. М. Психосоматическая медицина. – М.: «Гэотар-Медицина», 1999. – 376 с.
2. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья // 54 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 22 мая 2001 // <http://www.who.int/classifications/icf/en/index.html>.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: «Олма-Медиа-групп», 2007. – 320 с.
4. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 167 с.
5. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М., 1995. – 359 с.
6. Манухина Н.М. Дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций // <http://www.psychol.ru>. Сентябрь 2003 г.
7. Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., Мельникова О.Г., Захарчук Т.А., Дедов И.И. Сахарный диабет и сопутствующие депрессии (к проблеме клинко-патогенетических соотношений) // Пробл. эндокринолог. – 2003. – №6. – С. 11–16.
8. Чуваков Г.И., Чувакова О.А. Самодетерминация, эмоции и мотивация поведения детей, больных сахарным диабетом // Вестник Новгородского государственного университета – 1998 – №7. – <http://www.admin.novsu.ac.ru/uni/vestnik.nsf/All/4CB219C939934AE0C3256ABE0036189F>
9. Adriaanse M.C., Dekker J.M., Heine R.J., Snoek F.J., Beekman A.J., Stehouwer C.D., Bouter L.M., Nijpels G., Pouwer F. Symptoms of depression in people with impaired glucose metabolism or Type 2 diabetes mellitus: The Hoorn Study // Diabet. Med. – 2008. – Jul; 25(7). – P. 843–849.
10. Dumont R.H., Jacobson A.M., Cole C., Hauser S.T., Wolfsdorf J.I., Willett J.B., Milley J.E., Wertlieb D. Psychosocial predictors of acute complications of diabetes in youth // Diabet. Med. – 1995. – Jul; 12(7). – P. 612–618.
11. Van de Wiel H.B.M., Wijnberg-Williams B.M.J. Quality communication improving quality of life // Diabetes Voice. Bulletin of the International Diabetes Federation. – 2004. – Vol. 49. May Special issue. – P. 19–21.
12. Whittemore R., Kanner S., Singleton S., Hamrin V., Chiu J., Grey M. Correlates of depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes // Pediatr. Diabetes. – 2002. – Sep. 3(3). – P. 135–143.
13. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Эмоционально-личностные факторы формирования отношения к болезни у больных сахарным диабетом 1-го типа // Проблемы эндокринологии. – 2006. – №1. – С. 6–10.
14. Чебакова Ю.В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией / Дис. канд. психол. наук. М., 2006.
15. Атаманов В.М., Голышева В.А. Терапевтические мишени для психотерапевтической и психологической коррекции у больных сахарным диабетом // Будущее клинической психологии. Тезисы Всероссийской научно-практической конференции по клинической психологии 27 апреля 2007 года. – С. 4–7.
16. Дробижев М.Ю., Анциферов М.Б., Суркова Е.В., Захарчук Т.А., Мельникова О.Г., Щелбцов В.В. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств // Проблемы эндокринологии. – 2002. – №5. – С. 37–39.
17. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: «Мысль», 1988. – 304 с.

**Мотовилов Олег Геннадьевич**

к.пс.н., доцент, ведущий научный сотрудник отделения психосоциальной реабилитации и обучения, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва  
**E-mail: motovil@yandex.ru**

**Шихова Юлия Андреевна**

аспирант отделения психосоциальной реабилитации и обучения, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва

**Дивисенко Сергей Иванович**

врач-психотерапевт, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва

**Андреева Екатерина Андреевна**

к.м.н., старший научный сотрудник детского отделения сахарного диабета, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва

**Суркова Елена Викторовна**

д.м.н., зав. отделением обучения и психосоциальной реабилитации больных сахарным диабетом, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва

**Дедов Иван Иванович**

академик РАН и РАМН, директор, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва