

# Обучение больных сахарным диабетом: психологический анализ

О.Г. Мельникова, Е.А. Подмогаева, Е.В. Суркова,  
Т.Г. Курцева, В.В. Николаева, М.Б. Анциферов

*ГУ Эндокринологический научный центр  
(дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН;  
кафедра нейро- и патофизиологии факультета психологии МГУ;  
окружное эндокринологическое отделение ЮЗАО г. Москвы*

**В** настоящее время во всем мире лечебно-профилактическая помощь больным сахарным диабетом (СД) оказывается преимущественно в амбулаторных условиях. Известно, что эффективность лечения больных СД в большой мере обеспечивает обучение принципам управления заболеванием [3]. Обучение больных хроническими заболеваниями является развитой научной и практической областью медицины, регламентированной рекомендациями ВОЗ [11]. Для обучения применяют специально разработанные структурированные программы, доказавшие свою эффективность в рамках контролируемых исследований.

В Москве центры обучения («школы больных диабетом») работают на базах окружных эндокринологических отделений и специализированных отделений стационаров и используют преимущественно структурированные программы, предложенные для практического применения Эндокринологическим научным центром РАМН [2,8]. Несмотря на широкую распространенность, сложившуюся организационную систему и достаточную методологическую оснащенность, в области обучения больных СД существует ряд нерешенных проблем. Среди них эндокринологи отмечают прежде всего низкую эффективность обучения в отношении формирования мотивации больных на изменение образа жизни, рекомендуемое при диабете. Так, у больных СД типа 2 после обучения часто можно наблюдать затруднения в применении полученных знаний на практике: отсутствует динамика установок в отношении питания, физических нагрузок, самоконтроля. Больные возлагают надежды в основном на медикаментозные средства и полностью перекладывают ответственность за результаты лечения на врачей. Такая позиция по отношению к своему заболеванию мало способствует достижению компенсации диабета и затрудняет профилактику осложнений. Очевидно, получив необходимые знания о диабете, большинство больных все же не может выработать индивидуальной жизненной стратегии, позволяющей адекватно контролировать свое заболевание и активно участвовать в его лечении. Следует также заметить, что сам процесс обучения не вполне одинаково влияет на разных больных.

В деле обучения необходимо профессиональное участие психологов, и, по-видимому, значительный потенциал эффективности обучения больных диабетом заключен в развитии и совершенствовании психологического подхода к этому процессу.

Совместная работа врачей и психологов по совершенствованию

системы обучения больных СД позволяет приблизиться к биопсихосоциальной модели медицины и может оказать действенную помощь пациентам с хроническими соматическими заболеваниями [8-11]. В отечественной литературе представлены примеры плодотворного сотрудничества врачей и клинических психологов в области хронических неинфекционных заболеваний [5]. Однако в области диабетологии, несмотря на широкое применение обучающих подходов, предполагающих применение психологических и педагогических методов, такой опыт пока недостаточен.

В связи с этим было необходимо: провести психологический анализ процесса обучения больных СД, который позволил бы выделить психологические факторы, влияющие на эффективность обучения; выявить проблемы, возникающие в процессе обучения, а также наметить пути их решения.

В исследовании, проведенное на базе окружного эндокринологического отделения ЮЗАО Москвы (поликлиника № 22), были включены 20 больных СД 2 (3 мужчин, 17 женщин) в возрасте от 41 до 71 года (средний возраст  $57,6 \pm 7,5$  лет), с длительностью заболевания от 2 до 13 лет (средняя продолжительность  $5,9 \pm 3,1$ ).

Задачами психолога являлись: анализ учебного процесса на всех его этапах от формирования группы до окончания обучения; оценка содержательного аспекта учебного цикла и групповой динамики в ходе занятий; совместное обсуждение с врачами психологических аспектов обучения и определение возможных путей повышения его эффективности.

В ходе исследования использовали метод включенного наблюдения, элементы клинико-психологической беседы и психологическое тестирование эмоционально-личностных особенностей и регуляторных функций участников обучения (опросник УСК для оценки локуса контроля; методика Дембо-Рубинштейн [7] для изучения самооценки; психометрический тест для анализа типологии личности).

## Результаты исследования и их обсуждение

Изучение процесса включения больных в группы обучения показало, что эти группы формировались достаточно стихийно: в ряде случаев диагноз не был уточнен (медленно прогрессирующий СД 1 или СД 2), отсутствовали достоверные данные о компенсации углеводного обмена и наличии осложнений и т.д.

Психологом на этом этапе было отмечено, что практически все пациенты ожидали «скучных и нравоучительных лекций», полагали, что «школа — это всегда нечто обязательное и неинтересное» и т.д. Как правило, направляя пациента на обучение, районный эндокринолог не уточнял его целей и задач, не информировал о содержании учебной программы, ее продолжительности и т.д. Поэтому в начале занятий обучающиеся не сразу включались в работу, были насторожены и инертны. Из-за отсутствия систематизированного включения больных в группы в процессе обучения возникает ряд проблем, часть которых может быть продемонстрирована на конкретных примерах.

Больной Н., с неуточненным диагнозом (медленно прогрессирующий СД 1 или СД 2) присутствовал на занятиях для больных СД 2, при этом не проявлял заинтересованности в обсуждении, всячески подчеркивая, что ему «эти рекомендации не подходят», но группу не покидал.

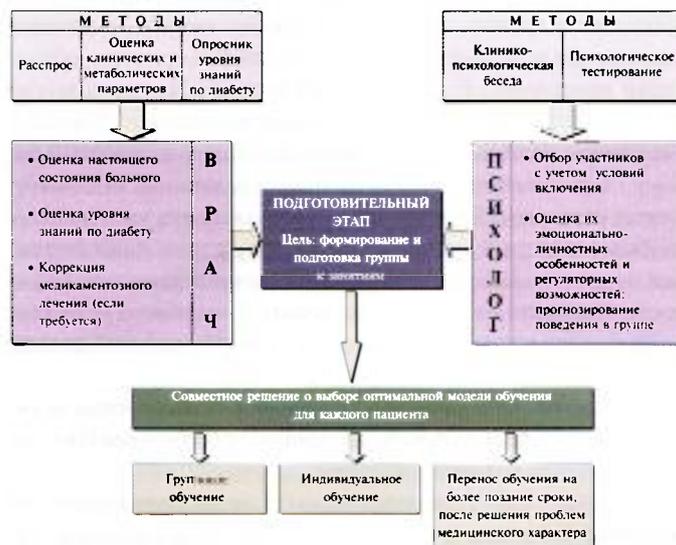
Больной В., с острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе испытывал трудности в понимании материала обучения, отмечал, что темп изложения слишком быстрый, «много сложной информации», «можно было бы говорить попроще». По результатам нейропсихологического обследования отмечались нарушения фонематического слуха как звена звуко-буквенного анализа (трудности восприятия слов, близких по звучанию), элементы эфферентной моторной афазии (трудности артикуляции отдельных звуков), быстрая утомляемость и общее сужение объема выполняемой деятельности.

Больная В., на занятиях постоянно задавала вопросы «невпопад», отвлекала обучающего врача, проявляла агрессивное поведение и пыталась влиять на группу. Из беседы с психологом выяснилось, что целью прихода В. в группу обучения было желание «с кем-нибудь познакомиться», т.к. она недавно переехала в новый район и испытывает недостаток общения. Следует заметить, что в данном случае общее поведение больной в группе скорее оттолкнуло от нее других участников, и это вызвало с ее стороны усиление агрессии. Клинико-психологическое обследование показало значительные трудности восприятия материала как зрительно, так и на слух: например, больная заполняла опросник под двумя уровнями контроля — читала вслух, проговаривала ответ, затем отмечала его в бланке. Эмоционально-личностная сфера характеризовалась повышенной агрессивностью, импульсивностью и колебаниями аффекта. При исследовании самооценки по методике Дембо-Рубинштейн [7] по шкале «характер» больная дала себе завышенную оценку, а по шкале «здоровье» — самую низкую.

Приведенные примеры выявляют проблемы и неверные установки на обучение, которые можно устранить путем введения **подготовительного этапа** — знакомства с будущими участниками группы, их отбора в соответствии с выработанными критериями включения (исключения) в группу, краткого ознакомления с целями и задачами обучения и содержанием учебной программы. В связи с этим представляется целесообразным при совместном участии в процессе обучения врача и психолога сформулировать конкретные задачи для каждого из них и обозначить способы их решения (схема 1).

Схема 1

## Содержание подготовительного этапа учебного цикла



Задачи врача на подготовительном этапе:

1. *Оценка настоящего состояния больного:* общее состояние, основные клинические и метаболические параметры, наличие и выраженность осложнений диабета и сопутствующей патологии, вид сахароснижающей терапии. Существенное снижение остроты зрения, выраженные проявления хронической почечной недостаточности, тяжесть или фаза обострения сопутствующих заболеваний, нарушения памяти и т.д. являются состояниями, ограничивающими возможность включения пациентов в основную группу. Такие больные должны иметь возможность получить помощь обучающего характера в индивидуальном порядке или в составе небольших групп, однородных по составу.

2. *Оценка уровня знаний о диабете* с использованием специального опросника, а также выяснение вопросов, касающихся заболевания и являющихся для пациента наиболее значимыми.

3. *Коррекция медикаментозного лечения* (если требуется).

Основные задачи, стоящие перед **психологом** на этапе, предваряющем обучение:

1. *Отбор будущих участников группового обучения на основе оценки условий включения/исключения.*

Беспорным критерием исключения из основной учебной группы является наличие у пациента признаков стойкой психической дезадаптации. Не могут быть включены в группу лица, находящиеся в остром психотическом состоянии, страдающие депрессией, а также проявляющие выраженные психопатические личностные черты (в особенности истерического круга). Больные с перечисленными состояниями и личностными особенностями должны проходить обучение в индивидуальном порядке, например, в форме консультаций с врачом по возникающим в процессе лечения вопросам. По показаниям требуется лечение у психиатра.

Одним из важнейших условий для включения больного в группу является наличие у него мотивации — осознанного желания активно участвовать в лечебном процес-

се, стремления к контролю над своим заболеванием и улучшению качества жизни. Очевидно, что если больной приходит в группу, потому что просто кем-то направлен (врачом, родственниками и т.д.), то эффективность обучающей программы будет заведомо низкой. На данном этапе психолог может оценить степень мотивации будущего участника, используя метод клиничко-психологической беседы. При недостаточной сформированности мотивационных стремлений на обучение возможно его перенесение на более поздний срок. В случае отсутствия даже потенциальной возможности появления личной заинтересованности пациента активно участвовать в лечебном процессе следует использовать индивидуальный обучающий подход в форме консультаций с врачом.

2. *Оценка эмоционально-личностных особенностей и регуляторных возможностей пациентов, прогнозирование индивидуального поведения в группе.*

Больные СД 2, направляемые эндокринологами на обучение в группе, в большинстве своем относятся к лицам старше 50 лет. Поэтому актуальной является оценка состояния когнитивных функций пациента, прежде всего памяти, внимания и мышления. Препятствиями для обучения в группе могут стать снижение уровня мышления, повышенная истощаемость психических функций и утомляемость, колебания работоспособности и выраженное ухудшение памяти. Таким пациентам можно рекомендовать длительное наблюдение и обучение по индивидуальному плану с приемлемой частотой посещений, определением реалистических задач и обсуждением вопросов, наиболее соответствующих их конкретным потребностям.

Важной является и оценка регуляторных возможностей пациентов, в частности, субъективного распределения ответственности за контроль и лечение заболевания. В ходе данного исследования изучались показатели локуса контроля (опросник УСК) и было выявлено преобладание экстернальных показателей. Это означает, что больные предпочитали отрицать личную ответственность, а также имели низкий уровень саморегуляции, плохо развитое самосознание и недостаточное когнитивное оценивание [1].

3. *Диагностика обучаемости каждого будущего участника группы.* Проводится в ходе клиничко-психологической беседы; в отдельных случаях возможно применение метода нейропсихологического исследования.

4. *Информирование* будущего участника группы о продолжительности учебного курса, содержании обучающей программы, а также о целях и задачах группы и групповых нормах, соблюдение которых одобряется всеми участниками обучения.

Завершением подготовительного этапа должно явиться обсуждение врачом и психологом результатов обследования пациентов и принятие совместного решения о наиболее приемлемой модели обучения для каждого из пациен-

тов, а также формирование группы и подготовка к предстоящей групповой работе.

После подготовительного этапа, формирования группы и подготовки ее участников к работе начинается **основной этап** обучения. В настоящем исследовании обучение проводилось амбулаторно в группах из 5-9 человек. Цикл состоял из 4 занятий с недельным интервалом, продолжительностью 2,5-3 ч. с учетом 20-минутного перерыва. Рассматривались следующие темы: основные понятия о диабете, самоконтроль, питание при СД 2, сахароснижающие препараты, сахарозаменители, гипогликемия, физическая нагрузка, алкоголь и диабет, осложнения диабета, сердечно-сосудистые заболевания и диабет.

При наблюдении психолога за процессом обучения и из бесед с участниками группы до, во время и после учебного цикла, был выявлен ряд проблем основного этапа обучения.

1. Большой поток специфической медицинской информации в сочетании с пассивностью больных на занятии.

2. Низкая присваиваемость<sup>1</sup> получаемых знаний.

3. Отсутствие контролируемых и управляемых групповых процессов: если таковые и наблюдаются, то, как правило, спонтанны и не регулируются обучающим.

4. Совмещение врачом во время занятий сразу нескольких ролей: лидера группы, ведущего занятия – «педагога», компетентного эксперта-профессионала, лечащего врача.

5. Отсутствие четкого соблюдения регламента занятия, которое вносит дезорганизующий компонент в учебный процесс.

Выделим возможные пути решения указанных проблем (схема 2).

Прежде всего необходим пересмотр содержательной части учебной программы: уровень сложности при изложении специфической медицинской информации необходимо планировать для каждой конкретной группы. Например, на подготовительном этапе врач может оценить уровень знаний о диабете у пациентов группы в целом как относительно низкий, а психолог отметит их потенциаль-

Схема 2  
Содержание основного этапа учебного цикла



<sup>1</sup> Здесь под присваиваемостью знаний понимается не только механическое усвоение получаемой информации, но и активное ее использование пациентом в повседневной жизни. Например, после темы «Самоконтроль» пациент приобретает тест-полоски для определения гликемии и самостоятельно ее контролирует, ведет записи в дневнике, анализируя и обсуждая результаты с обучающим врачом.

но слабую обучаемость. В этом случае материал следует излагать на простом, доступном языке, с использованием большого числа конкретных примеров. Особое внимание необходимо уделить отработке практических навыков и обсуждению конкретных вопросов пациентов.

Далее необходимо четкое определение рамок занятий в группе. Так, индивидуальные вопросы больных о своих проблемах, не имеющих отношения к обсуждаемому группой в данный момент вопросу, должны выноситься за рамки занятия в специально устанавливаемое время для контакта врача и больного. Данное положение формулируется как групповая норма, сообщается будущему участнику на предварительном собеседовании и в процессе обучения подобные вопросы пресекаются, т.е. обсуждение поддерживается в групповом русле. Кроме того, необходимо, по возможности, жесткое соблюдение временных рамок занятий и перерывов, что является организующим моментом в проведении занятий. Требования по соблюдению регламента, а также посещению всех занятий цикла также имеют статус групповой нормы.

Следующим возможным направлением решения поставленных проблем может являться пересмотр роли обучающего врача в группе. Одним из альтернативных вариантов может стать совместная работа двух обучающихся: врача и клинического психолога. При этом врач, являясь носителем экспертного знания, проводит основные занятия цикла, решает лечебные задачи и контролирует присваиваемость предоставляемой информации. Психолог же осуществляет проведение отдельных занятий, а также анализирует поведение участников и контролирует групповую динамику (сплоченность, поддержка, давление) во время занятий.

Наконец, обязательным условием проведения занятий является активность больных в процессе обучения, которая должна проявляться не только в виде участия в обсуждении материала, но и в практической отработке рекомендуемых навыков.

В формировании взаимодействия между обучающим и пациентами в группе важное значение имеет поведение самого обучающего во время занятий (как именно он объясняет новое, как обучает практическим навыкам, как учитывает индивидуальные проблемы больных, как реагирует на их высказывания).

Если содержание учебной программы подается не в форме жесткого ограничения привычек и образа жизни пациентов, а в виде поиска путей к большей независимости от заболевания, это приведет к лучшему усвоению новых знаний и будет способствовать длительному осознанному выполнению больными рекомендаций по лечению. Это касается, прежде всего, навыков самоконтроля, выбора рациона питания, режима физической нагрузки и регулярного врачебного контроля за поздними осложнениями. Практически это возможно реализовать в процессе обсуждения разных разделов учебного курса. Например, после темы «Самоконтроль» каждый участник самостоятельно контролирует в присутствии врача и всей группы уровень глюкозы в крови с помощью тест-полосок. Отработка данного навыка

в группе позволит больному в дальнейшем без затруднений проводить процедуру измерения самостоятельно, а также грамотно анализировать полученные результаты.

Важным проявлением активности больных на занятии является ведение и обсуждение в группе дневников самоконтроля, куда больные регулярно вносят результаты определения гликемии/глюкозурии. Обсуждение строится в групповой форме: каждый участник может высказать свое мнение, пожелание, дать оценку полученному результату. Ведущий группы должен внимательно следить за групповой беседой, приглашать пациентов к высказыванию, поощрять активность, направленную на достижение положительной динамики в компенсации диабета и противостоять реакциям протеста и отказа. В процессе проведения занятия необходимо обязательно поддерживать положительный эмоциональный настрой, проявление взаимного уважения, сопереживания, заинтересованности и искренности. Следует останавливать проявления активной агрессии, импульсивности и любых негативных эмоций, так как в группе достаточно быстро формируются «эффекты заражения». Позитивные взаимоотношения между ведущими и участниками, а также внутри группы являются важным компонентом эффективного обучения.

Для построения эффективной программы обучения особенно важным является поддержание обратной связи с пациентами, прошедшими основной этап учебного цикла. Участники группы должны давать общую оценку содержанию учебной программы, доступности изложения, общей атмосфере, сложившейся в группе, указывать на возникающие трудности и недостатки. Такое взаимодействие позволит обучающим расширять и корректировать свой опыт проведения занятий.

Таким образом, задачами психолога при проведении **основного этапа** обучения будут являться:

1. *Выработка рекомендаций по уровню сложности изложения материала и выбору оптимального формата проведения учебного занятия (совместное проведение, формат «вопрос-обсуждение», наблюдение психолога за учебным процессом вне поля взаимодействия и т.д.)*

2. *В случае принятия формата совместного проведения: подробное изучение структуры программы, формирование информационных блоков и строгое распределение ролей в процессе проведения занятия.*

3. *Создание и поддержание благоприятного психологического климата в группе — отношений взаимного уважения, эмпатии, искренности.*

4. *Формирование и поддержание обратной связи с участниками группы (использование индивидуальной или групповой беседы).*

Привлечение к проведению занятий психолога даст возможность обучающему врачу освободиться от ряда указанных выше дополнительных функций и сконцентрировать внимание на важнейших врачебных **задачах** основного этапа обучения: *объяснении учебного материала; контроле за присваиваемостью получаемой информации; медицинском контроле за состоянием больного.*

Схема 3  
Содержание заключительного этапа



Не менее важным по сравнению с подготовительным и основным этапами является **заключительный этап** учебного цикла (схема 3), который предусматривает следующие задачи **врача**.

1. *Контроль степени усвоения знаний и практических навыков; повторное заполнение опросника уровня знаний, выявление вопросов, не получивших должного освещения.*

2. *Выработка лечебных рекомендаций, обсуждение индивидуального терапевтического плана.*

Задачами **психолога** на заключительном этапе обучения являются:

1. *Индивидуальная беседа с каждым прошедшим обучение: определение краткосрочных и долговременных задач для достижения длительной компенсации.*

2. *Отсроченный контроль за присваиваемостью знаний.*

Важным психологическим фактором для больного является предоставляемая ему возможность дальнейшего наблюдения на базе лечебного учреждения, в котором он прошел обучение. Такая возможность, как правило, имеется в окружных эндокринологических отделениях.

На завершающем этапе обучения больные должны получить подробную информацию о возможностях консультирования у всех специалистов по диабету, а также суще-

Схема 4  
Содержание учебного цикла



ствующим правилам выдачи лекарственных препаратов, обеспечении средствами самоконтроля. Наряду с медицинским контролем помощь обучающего характера и психологическая поддержка в изменяющихся условиях хронического заболевания играют большую роль в эффективности лечения.

## Заключение

Таким образом, в полном цикле терапевтического обучения целесообразно выделять 3 основных этапа: подготовительный, основной и заключительный (схема 4). На каждом этапе выделяются задачи, решаемые психологом и врачом как по отдельности, так и совместно. Основной целью **подготовительного этапа** является отбор, формирование и подготовка группы к занятию. **Основной этап** учебного цикла направлен на эффективное обучение больных навыкам контрольных и лечебных мероприятий при диабете, а также на создание стойкой мотивации на изменение образа жизни и поддержание компенсации заболевания. И, наконец, **заключительный этап** должен являться логическим завершением всего учебного цикла, целью которого становится медицинская и психологическая поддержка пациента в условиях тяжелого хронического заболевания и выработка установки на достижение высокого уровня качества жизни при диабете.

Организация учебного цикла в рамках предложенного алгоритма приведет к более плодотворному сотрудничеству врачей и клинических психологов и будет способствовать повышению эффективности терапевтического обучения.

## Литература

1. Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. Психологический журн., 1994, т.15, № 1.
2. Галстян Г.Р. Оценка эффективности программы лечения и обучения для больных инсулинзависимым сахарным диабетом: клинические, метаболические и медико-социальные аспекты. Дисс. канд. мед. наук, М., 1993.
3. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Суркова Е.В. Обучение больных сахарным диабетом. – М.: «Берег», 1999.
4. Диабетологическая Образовательная программа (DEP) для врачей-эндокринологов-диабетологов по проблемам сахарного диабета 2 типа. Сборник лекций по современным принципам лечения сахарного диабета 2 типа и его осложнений. М.: 1995.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
6. Практикум по психодиагностике. Под ред. Пантелева С.Р. М.: МГУ, 1999.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: Апрель Пресс, 1999.
8. Суркова Е.В. Эффективность применения структурированной программы лечения и обучения в комплексной терапии инсулиннезависимого сахарного диабета. Дисс. канд. мед. наук, М., 1995.
9. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. М.: Апрель Пресс, 2001.
10. Assal J.-Ph., Lacroix A. Therapeutic Education of Patients. Paris Editions Vigot, 1998.
11. Therapeutic Patient Education, report of WHO working group, 1998