

Индивидуальные характеристики больных сахарным диабетом как факторы, влияющие на достижение и поддержание компенсации углеводного обмена

Е.В. Суркова¹, М.Ю. Дробижев², А.А. Ларионова-Кречетова², О.М. Двойнишникова¹,
О.Г. Мельникова¹, Т.А. Захарчук², И.И. Дедов¹.

¹ ГУ Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН;
² Научный центр психического здоровья (дир. — акад. РАМН А.С. Тиганов) РАМН, Москва

Результаты многолетних проспективных исследований [12, 20] определяют основную цель лечения при сахарном диабете (СД) как достижение и поддержание долговременной компенсации углеводного обмена. Однако, несмотря на широкий арсенал современных методов терапии и систему обучения больных СД, почти в 50% случаев приблизиться к этой цели не удается [13]. В связи с этим в последние годы активно проводятся исследования, направленные на выявление субъективных (связанных с пациентом) факторов, влияющих на достижение и поддержание компенсации углеводного обмена. В числе таких факторов анализируются социо-демографические показатели (включая возраст больных, их социальное положение, уровень образования) [14]. Изучаются особенности отношения пациентов к терапии СД [16], их темперамент и характер [17], сопутствующие СД психические расстройства, среди которых чаще всего упоминаются тревожные и депрессивные [13, 21]. В фокусе внимания исследователей находятся также отношение пациентов к обучающим программам, уровень знаний больных о диабете [11, 19]. До настоящего времени остается неясным, какие из перечисленных факторов оказывают наиболее существенное влияние на достижение и поддержание долговременной компенсации углеводного обмена. Выявление наиболее значимых психосоциальных «барьеров», препятствующих реализации основной цели лечения СД, позволит сконцентрировать усилия на мероприятиях по их устранению. Целенаправленное использование факторов, в наибольшей мере способствующих достижению и поддержанию компенсации углеводного обмена, повысит эффективность терапии диабета.

Объем и методы исследования

У пациентов с верифицированным диагнозом СД¹, в возрасте от 18 до 70 лет, прошедших в течение предшествующих 6-18 мес. обучение по структурированным программам, разработанным со-

трудниками ЭНЦ РАМН [3] в соответствии с рекомендациями МЗ РФ [7], регистрировалась эффективность достигнутого контроля СД, демографические показатели, параметры темперамента и характера, особенности отношения к терапии СД и процессу обучения, уровень знаний о заболевании, тяжесть сопутствующих симптомов тревоги и депрессии.

Для оценки степени компенсации СД определяли уровень HbA_{1c} (анализатор DCA 2000 Bayer; показатели нормы 4,3-6,0%). Удовлетворительным считали уровень HbA_{1c} ≤ 7,5%.

Учитывали возраст пациентов, уровень образования, степень утраты трудоспособности. Для количественной оценки эти демографические показатели ранжировались. Так, начальное образование оценивалось в 1 балл, неполное среднее — в 2, среднее — в 3, среднее специальное — в 4, неполное высшее — в 5, высшее — в 6. При отсутствии инвалидности наблюдению присваивался ранг в 0 баллов, при III группе — 1, при II — 2, при I — 3 балла. Учитывали также доход на одного человека в семье. Для регистрации этого показателя использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ)². ВАШ, примененная в настоящем исследовании, представляет собой прямую линию длиной 10 см без делений. Начальная (крайняя слева) точка линии обозначает отсутствие (минимальную выраженность) признака (в данном случае недостаточный, низкий доход), конечная (крайняя справа) — крайнюю степень его выраженности (в данном случае высокий доход). Задача обследуемого отметить вертикальной чертой выраженность оцениваемого признака на предлагаемом отрезке прямой [6].

Параметры темперамента и характера оценивались с помощью валидизированной русской версии опросника структуры характера и темперамента Клонинжера (ОСХТК) [2, 10]. Эта методика позволяет дать количественную оценку указанным параметрам как по 6 основным шкалам: «поиск нового», «избегание опасности», «зависимость от подкрепления», «самостоятельность», «кооперативность», «самотрансцендентность»; так и по составляющим их 18 подшкалам: «любопытность», «импульсивность», «расточительность», «антиципирующая (предвосхищающая) тревога», «страх неопределенности», «застенчивость», «соматопсихическая хрупкость», «сентиментальность», «привязчивость», «ответственность», «целенаправленность», «самопринятие», «гармоничное второе «Я», «социальное принятие», «состра-

¹ Исключались больные с сопутствующей СД тяжелой соматической патологией, за исключением патогенетически связанной с СД (артериальная гипертензия, ИБС и т.д.).

² Необходимость количественной оценки продиктована избранным в настоящем исследовании статистическим методом обработки данных — множественным регрессионным анализом (см. ниже).

³ Такой выбор метода регистрации продиктован, в первую очередь, этическими соображениями, поскольку позволяет опрашиваемому избежать указаний на конкретные цифры.

Обсуждение

Некоторые из полученных в настоящем исследовании результатов вполне соотносятся с данными предшествующих публикаций. В частности, это касается влияния уровня знаний о диабете на достижение и поддержание компенсации углеводного обмена. Практические навыки и реальное поведение больных мало зависят от их теоретических знаний [3, 19]. Не обнаружено и прямой корреляции между уровнем знаний о заболевании и достижением компенсации СД [19]. В настоящем исследовании также показано, что, несмотря на высокий уровень знаний о болезни, в изученной выборке преобладают пациенты с декомпенсацией углеводного обмена; более того, этот показатель не может рассматриваться в качестве значимого предиктора уровня HbA1c.

В настоящем исследовании не установлено взаимосвязи между уровнем HbA1c и выраженностью субклинических тревожных и депрессивных расстройств, которые носят преимущественно нозогенный характер. Такие результаты исследования во многом совпадают с данными публикаций, в которых сообщается о том, что эти сравнительно непродолжительные психические расстройства могут не оказывать долгосрочного влияния на процесс достижения компенсации СД [9, 19].

С данными ряда публикаций соотносится и выявленная нами взаимосвязь между значениями HbA1c и параметрами темперамента и характера, отношением к лечению СД (локусом контроля в болезни), обучающим программам и возрастом пациентов. Все эти факторы, взятые отдельно, рассматриваются рядом авторов в качестве значимых для понимания «психосоциальных барьеров», препятствующих достижению и поддержанию долговременной компенсации углеводного обмена [15-17]. Анализ полученных данных позволяет выдвинуть

Таблица 4

Итоги регрессии для зависимой переменной – HbA1c (%)			
Предикторы	Коэффициент регрессии (бета)	Стандартная ошибка (бета)	p
Удовлетворение от обучения	0,350	0,142	0,017
Самозабвение	0,319	0,089	0,001
Импульсивность	0,253	0,105	0,019
Объем предоставленной информации	0,196	0,116	0,095
Привязчивость	0,193	0,098	0,05
Врачебный ЛКБ	0,188	0,095	0,05
Актуальность обсуждаемых вопросов	-0,692	0,155	0,000004
Гармоничное второе «Я»	-0,365	0,107	0,001
Доброжелательная атмосфера на занятиях	-0,237	0,101	0,022
Возраст	-0,237	0,091	0,012
Самостоятельный ЛКБ	-0,192	0,094	0,046

предположение, что в основе всех перечисленных факторов, оказывающих влияние на эффективность контроля СД, лежит базовая личностная predisпозиция⁷, которая может быть названа *склонностью к саморегуляции* и означает способность субъекта произвольно изменять собственное поведение, организуя его в соответствии с данными, получаемыми в процессе оценки своего состояния, результатов собственных действий, сложившейся ситуации и др. Наличие рассматриваемой predisпозиции соотносится с выраженностью таких личностных характеристик, как «гармоничное второе Я», «импульсивность», «самозабвение» и «привязчивость». У лиц, склонных к саморегуляции и, соответственно, достигающих эффективного контроля СД, развиты черты, фиксирующиеся в первой из перечисленных подшкал ОСХТК («гармоничное второе Я»); они отражают способность к постановке целей и задач и организации в соответствии с ними своего поведения, широкий спектр навыков и привычек, гармоничных тем планам, которые пациенты разрабатывают, склонность к самодисциплине (уровень автоматизма становится как бы «второй натурой»).

У лиц, не склонных к саморегуляции и, соответственно, не достигающих эффективного контроля СД, развиты черты, выявляемые шкалами ОСХТК: «импульсивность», «самозабвение», «привязчивость». Среди этих черт отсутствие способности к рефлексии: осознанию целей, задач и поиску подходящих способов их достижения с учетом как содержания цели, так и возможностей субъекта, результатом чего является невозможность произвольной регуляции (организации) собственного поведения («импульсивность»). Характерна также чрезмерная концентрация внимания на какой-либо одной деятельности в ущерб себе, собственному состоянию, с утратой чувства «места и времени», интереса к происходящему вокруг («самозабвение»). Наконец, отсутствие склонности к саморегуляции закономерно связано с такой чертой, как «привязчивость», поскольку эта личностная особенность наряду с потребностью в теплых, доверительных отношениях включает в себя излишнюю эмоциональную зависимость от объекта привязанности, что приводит к делегированию (сознательному или неосознанному) функции контроля другому лицу.

Очевидно, что рассматриваемая личностная predisпозиция не может не отразиться на отношении пациентов к процессу терапии заболевания. Для лиц, склонных к саморегуляции, наиболее характерен самостоятельный ЛКБ, который проявляется в установке на собственное активное участие в лечении заболевания, включая постоянный самоконтроль за динамикой своего состояния. Лицам, не склонным к саморегуляции

⁷ В отечественной психологии под базовой predisпозицией понимают готовность, предрасположенность субъекта к поведенческому акту, действию, поступку, обусловленные предшествующим опытом личности.

ции, свойственно стремление к передаче ответственности за результаты лечения заболевания окружающим, в первую очередь врачам («врачебный» ЛКБ).

Аналогичным образом, рассматриваемая predisпозиция будет оказывать влияние на восприятие информации о СД. Действительно, лицам, склонным к саморегуляции, должна быть свойственна установка на получение четко структурированной информации по основным аспектам организации лечебного процесса (ВАШ «актуальность обсуждаемых вопросов») в условиях референтной группы, состоящей из пациентов, интересующихся сходной проблематикой (ВАШ «доброжелательная атмосфера на занятиях»). У лиц, не склонных к саморегуляции, отсутствует потребность в приобретении специфических знаний, необходимых для активного участия в лечении заболевания. Им важно общее эмоциональное удовлетворение от участия в обучающей программе, и большой объем информации в конечном итоге лишь вредит этому ощущению (ВАШ «удовлетворение от обучения», «объем предоставленной информации»).

Выявленная predisпозиция не может не быть связана с возрастной динамикой. Склонность к саморегуляции (в том числе в ситуации болезни) должна усиливаться с годами в силу роста личностной зрелости, повышения ответственности. Эта зависимость может объяснить присутствие возраста в ряду предикторов достижения и поддержания долговременного контроля СД.

Представленные данные, свидетельствующие о том, что личностная predisпозиция, обозначенная как «склонность к саморегуляции», не только является важным прогностическим фактором компенсации СД, но и определяет отношение больных к процессу обучения, — могут быть использованы при организации последнего. Возможна дифференциация пациентов в период, предвещающий обучение, на 2 группы. 1-ю из них составят больные со «склонностью к саморегуляции»⁸, которые будут заведомо лучше справляться с выработкой адаптивных форм поведения по отношению к СД, касающихся как организации ле-

чебного процесса, так и изменения стиля жизни. Обучение этой категории пациентов может проводиться с использованием традиционных программ. 2-ю группу составят больные без этой личностной predisпозиции, у которых заведомо затруднена выработка адаптивных форм поведения по отношению к СД. Обучение их на основе традиционных программ менее эффективно. Необходимо проведение специальных исследований, направленных на оптимизацию процесса обучения в рассматриваемой группе больных.

Результаты настоящей работы позволяют сформулировать некоторые рекомендации. Они касаются пациентов, хотя и не склонных к саморегуляции, но обнаруживающих такую характеристику темперамента как «привязчивость». Эта характеристика сопряжена с передачей функций контроля, в частности, в отношении СД, значимым лицам (чаще всего родственникам), выступающим в качестве объекта привязанности. Представляется целесообразным привлекать этих лиц к участию в процессе обучения для организации действенного внешнего контроля.

Выводы

1. В качестве основных предикторов, объясняющих 78% всех вариантов значений HbA1c, могут рассматриваться параметры темперамента и характера пациентов, оценка ими процесса обучения, позиция по отношению к терапии СД (локус контроля), а также возраст.

2. Показатель подшкалы ОСХТК «гармоничное второе Я», ВАШ «актуальность изучаемых вопросов», «доброжелательная атмосфера на занятиях», факторные значения «самостоятельного» ЛКБ и возраст больных обнаруживают отрицательную корреляционную связь с уровнем HbA1c, т.е. способствуют достижению компенсации СД.

3. Показатели по подшкалам ОСХТК «самозабвение», «импульсивность», «привязчивость», ВАШ «удовлетворение от обучения», а также факторные значения «врачебного» ЛКБ положительно коррелируют с уровнем HbA1c, т.е. затрудняют достижение компенсации СД.

Литература

1. Анциферов М.Б., Дробижев М.Ю., Суркова Е.В., Захарчук Т.А., Мельникова О.Г., Щеплецов В.В. // Проблемы эндокринологии. — 2002. — Т. 48. — № 4. — С. 24-27.
2. Бевз И.А. Внутренняя позиция пациента по отношению к болезни и выбор стратегии медицинского поведения (на модели ишемической болезни сердца). Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1998.
3. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Суркова Е.В. Обучение больных сахарным диабетом. — М., 1999.
4. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни (психологические и психопатологические проявления). Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999.
5. Дробижев М.Ю., Анциферов М.Б., Суркова Е.В., Захарчук Т.А., Мельникова О.Г., Щеплецов В.В. // Проблемы эндокринологии. — 2002. — Т. 48. — № 5. — С. 35-37.
6. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Маттис Э.Р. и др. Сов. Мед. 1986 — №10 — С.44-48
7. "О мерах по реализации федеральной целевой программы "Сахарный диабет" приказ Минздрава России № 404 от 10.12.96г.
8. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М., МедиаСфера, 2002г., стр. 211].
9. Bundo Vidiella M, Auba Ilambrieh J, Massons Cirera J, Trilla Soler MC, Perez Villegas R, Perez del Campo AM. Aten Primaria 1996 Jan;17(1):58-62
10. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. // Washington University Press, 1994
11. Daviss WB, Coon H, Whitehead P, Ryan K, Burkley M, McMahon W. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995 Dec;34(12):1629-36
12. DCCT: Diabetes control and complications trial research group. // N. Engl. J. Med. 1993. 329; 14: 977-986.
13. Eiber R, Berlin I, Grimaldi A, Bisserbe JC. // Encephale 1997 Sep-Oct;23(5):351-14.
14. Glasgow R. E., Toobert D.J., and Gillette C.D. // Diabetes Spectrum 14:33-41, 20
15. Grey M, Cameron ME, Thurber FW. // Nurs Res 1991 May-Jun;40(3):144-9
16. Hayes RP; Bernard AM; Sloum W; el-Kebbi I; Ziemer D; Gallina D // Diabetes Educ 2000 Jan-Feb;26(1):121-8
17. Lane JD, McCaskill CC, Williams PG, Parekh PI, Feinglos MN, Surwit RS // Diabet Care 2000 Sep;23(9):1321-5
18. Martinez Ch. M., Lastra M. I., Luzuriaga T. C. // An Esp Pediatr 2001 Nov;55(5):406-1
19. Norris S.L., Engelgau M.M., Narayan K.M.V. // Diabetes Care. — 2001. — Vol. 2. — Num. 3. — P. 561-587
20. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Lancet. 1998. Vol. 352. P. 837-8
21. Vila G, Robert JJ, Jos J, Mouren-Simeoni MC. // Arch Pediatr 1997 Jul;4(7):615-5
22. Zigmund A.S., Snaith R.P. // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P.361-37