

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ САХАРНОГО ДИАБЕТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Проф. И. Ф. АРШАВА, Я. Р. АМИНЕВА

Днепропетровский национальный университет им. О. Гончара

Представлен обзор научных исследований, посвященных проблеме психосоматических и соматопсихических взаимодействий при сахарном диабете. Определена роль психического фактора в генезе сахарного диабета, описаны наиболее характерные нарушения в психоэмоциональной сфере. Намечены перспективы дальнейших исследований в плане оказания помощи больным сахарным диабетом с учетом «психологической составляющей».

Ключевые слова: сахарный диабет, психологические характеристики личности, психические расстройства, компенсация заболевания.

В последние десятилетия сахарный диабет (СД) является одной из крупнейших медико-социальных проблем в связи со стремительно растущей распространенностью, высоким уровнем инвалидизации и смертности среди больных [1]. ВОЗ к 2025 г. прогнозирует увеличение количества больных диабетом на 41% в развитых странах, а в развивающихся — на 170%, преимущественно эта тенденция коснется лиц трудоспособного возраста, у которых будет диагностирован СД 2-го типа, составляющий 85–90% от общего числа больных СД [2].

Количество больных СД в Украине, согласно данным Центра медицинской статистики, по состоянию на 1 января 2010 г. составило 1183011 человек, в том числе 7666 — в возрасте до 18 лет [2], однако официальные данные статистики зачастую не отражают реальной ситуации. Высокая социально-экономическая значимость данного заболевания обуславливает актуальность изучения проблемы СД не только с медицинской, но и социально-психологической точки зрения.

На современном этапе развития научной мысли детально исследован медицинский аспект заболевания: этиология и патогенез [3], критерии диагностики и лечения диабета [1]. Психологический же аспект заболевания изучен недостаточно, однако внимание уделялось различным психологическим феноменам, среди которых характеристики личности больного СД [4, 5], система отношений к заболеванию и окружающим [6–9], качество жизни (КЖ) [9–11], преобладающие стратегии совладания со стрессом [9, 12] и т. п. Несмотря на большое количество научных работ, целостной картины заболевания в плане психологической его составляющей до настоящего времени в доступной научной литературе нами не обнаружено.

С учетом актуальности темы, степени ее разработанности и востребованности целью данной статьи является обзор литературы, посвященной психологическому и психическому компоненту в структуре СД.

СД — это прежде всего классическое психосоматическое заболевание, при котором соотношение психики и сомы (тела) может быть прослежено на двух уровнях: психологическом (личностные особенности больного, система отношений к себе и окружающим и т. п.) и психопатологическом (психические расстройства) [13].

Влиянию психологических факторов в генезе и динамике СД, как и воздействию самого заболевания на психическое состояние больного, традиционно придавалось большое значение. В научной литературе за последние несколько десятилетий можно проследить поиски психосоматических и соматопсихических соотношений при СД, использование которых в практической медицине могло бы улучшить клинические и метаболические показатели, а также повысить КЖ пациентов, страдающих столь сложным заболеванием.

Первоначальные попытки описать психологические особенности больных СД не увенчались успехом: выдвинутая на раннем этапе развития психосоматической медицины гипотеза о существовании специфической, этиологически значимой «диабетической личности» была отвергнута с появлением более точных и объективных методов оценки. Однако интерес к изучению роли психологических факторов в этиологии и патогенезе СД не снижается [4, 13].

В последние годы исследования ученых в данной области в основном сконцентрированы на поиске соотношений личностных характеристик и клинико-метаболических параметров у больных СД [5, 14, 15]. При этом в центре внимания исследователей находится интегральный показатель гликемического контроля — уровень гликированного гемоглобина HbA_{1c}. Обнаружен ряд факторов, препятствующих достижению его целевых значений: экстернальный локус контроля [9, 14], низкий уровень «невротизма» и высокий — «альтруизма»; недостаток самоэффективности [6].

Публикации по данной тематике многочисленны, но представляют весьма разрозненный в плане описания отдельных личностных особенностей материал. Разнородность картины усугубляется недостатком единых представлений и инструментов оценки в этой области и, кроме того, результаты исследований не всегда воспроизводятся в идентичных популяциях.

Этническая принадлежность, наличие избыточного веса, тип СД оказывают непосредственное воздействие как на психологические характеристики личности больных, так и на систему отношений к себе, заболеванию и окружающим людям. Так, для больных СД 1-го типа характерны стремление руководить окружающими, положительное отношение к себе, неадекватно завышенная самооценка по критерию счастья, высокий уровень притязаний, пониженный уровень ситуационной тревожности; доминирующим типом отношения к болезни является эргопатический. Больным СД 2-го типа свойственны эмоциональная лабильность, склонность к большому числу плохо организованных контактов, низкая самооценка по критерию счастья и уверенности в себе, неудовлетворенность семейными взаимоотношениями, экстернальная направленность локуса контроля в отношении здоровья и болезни, а также наличие алекситимических черт в структуре личности; доминирующий тип отношения к болезни — гармоничный.

В последнее время под влиянием ряда западных исследований отечественные ученые уделяют повышенное внимание проблеме изучения КЖ больных хроническими заболеваниями, среди которых СД занимает особое место. Уровень КЖ больных СД может зависеть от типа диабета, длительности заболевания, его динамики, наличия осложнений, соблюдения врачебных рекомендаций и, как следствие, эффективности терапии [10, 11, 14]. Более высокое КЖ отмечается у пациентов с низкими показателями гликемии и гликированного гемоглобина, а также отсутствием тяжелых осложнений заболевания.

Еще одним сравнительно новым феноменом среди психологических исследований являются стратегии совладания со стрессом (coping behavior) [9, 12, 16]. В структуре совладающего со стрессом поведения у больных СД 1-го типа преобладают адаптивные проблемно-ориентированные стратегии и неадаптивные копинг-механизмы в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Что касается больных СД 2-го типа, то они чаще используют конструктивные копинг-стратегии в когнитивной и эмоциональной сферах, в поведенческой сфере у них преобладают неадаптивные либо относительно адаптивные стратегии [16].

Одной из наиболее важных задач, стоящих перед современной медициной, является повышение КЖ больных хроническими инвалидизирующими заболеваниями, связанного с компенсацией заболевания. Исследуя возможности достижения компенсации СД, нельзя не учитывать фактор

терапевтического обучения, ставшего в последние десятилетия неотъемлемой частью лечебно-профилактической помощи при этом заболевании [3]. К настоящему времени накоплено достаточно данных о влиянии обучения на клинические, метаболические и психосоциальные параметры у больных СД. Однако, несмотря на большое число публикаций в этом направлении, рекомендации в области обучения больных СД относятся преимущественно к методологии преподавания, в то время как возможности индивидуализации процесса с учетом личностных особенностей пациентов практически отсутствуют [3].

Авторами данной статьи уже отмечалось, что в структуре СД можно выделить два аспекта: психологический и психопатологический. Как показывает практика, генез недостаточной эффективности при медикаментозной терапии хронических инвалидизирующих заболеваний может быть связан не только с личностными характеристиками пациентов, но и с наличием у них психопатологических расстройств, диагностируемых в 92 % случаев [15, 17]. У больных диабетом преобладают психические расстройства верхнерегистрального уровня: расстройства адаптации в связи с болезнью, невротоподобные [15] и аффективные нарушения, расстройства личности и органические расстройства, нарушения пищевого поведения [16]. Психические расстройства являются важной составной частью клинической картины СД, у большинства больных они имеют полисиндромальную структуру и осложняют течение основного заболевания, оказывая опосредованное воздействие на клинически значимые показатели.

Особое значение в настоящее время придается проблеме депрессий, распространенность которых среди больных СД очень высока — в среднем в 30 % случаев [6, 14]. Исключительную актуальность проблеме придает тот факт, что депрессии резко снижают КЖ, которое при СД и в отсутствие такового ниже, чем в популяции в целом. По поводу ассоциаций клинических характеристик СД и депрессивных расстройств в литературе имеются противоречивые, порой взаимоисключающие данные, касающиеся и состояния гликемического контроля, и хронических осложнений диабета, и применяемой сахароснижающей терапии. Причинами таких разногласий могут быть, с одной стороны, недостаточно четкая и подробная клиническая характеристика СД, а с другой — применение разнородного методического инструментария для диагностики депрессивных расстройств (используются в основном разнообразные опросники и шкалы, реже — клиническое психиатрическое обследование) [15]. Кроме того, спектр психопатологических расстройств при СД не ограничивается депрессиями.

В последние годы все большее внимание исследователей привлекают нозогенез — психогенные реакции, возникающие под влиянием психотравмирующих факторов, связанных с собственно

соматическим заболеванием. Для специалистов, работающих с больными хронической патологии, в том числе и СД, последние представляют особый интерес в связи с тем, что оказывают воздействие как на поведение пациентов, связанное с соблюдением терапевтического режима, так и на специфику отношения к заболеванию [8, 18, 19]. В наибольшей степени проблема нозогенных реакций изучена в кардиологии и пульмонологии. Применительно к СД в отечественной литературе упоминания о нозогениях практически отсутствуют. В то же время СД как хроническое инвалидизирующее заболевание характеризуется наличием ряда специфических особенностей, которые могут выступать в качестве психотравмирующих факторов. Это и клинические проявления симптомов гипер-, гипогликемии, и практически неизбежные осложнения со стороны функционирования жизненно важных органов и систем, и трудности соблюдения диеты, и, наконец, исходы — инвалидизация и сокращение продолжительности жизни.

Какие именно особенности заболевания способствуют формированию нозогенных реакций, как последние влияют на комплаентность больных и какие группы больных наиболее подвержены формированию нозогений — решение всех этих вопросов может существенно облегчить построение индивидуальной тактики ведения больных СД и в целом повысить качество лечебно-профилактической помощи данной категории пациентов [13].

Очевидно, что для анализа возможных взаимосвязей между СД, психологическими характеристиками больных, а также сопутствующими психопатологическими расстройствами необходима комплексная оценка широкого круга значимых клинических и метаболических параметров в репрезентативной выборке. С практической точки зрения эта задача может быть осуществлена на уровне областных эндокринологических отделений нашей страны при поддержке МЗ. Согласно ряду нормативных документов до настоящего времени не сформирована система оказания диагностической и лечебной помощи больным СД с психическими расстройствами, не решена проблема их ранней диагностики. Зачастую врачи-эндокринологи самостоятельно не могут диагностировать наличие аффективных расстройств у пациентов. Во-первых, это связано с недостатком времени,

отведенного на прием и консультацию каждого больного, и, во-вторых, с дефицитом информации о возможности развития сопутствующих диабету психических расстройств. Неоднократно в научной литературе поднимался вопрос о целесообразности назначения тех или иных препаратов при терапии депрессий у больных СД и о том, кто собственно (психиатр либо эндокринолог) должен осуществлять динамическое наблюдение в ходе терапии [15]. В решении этих проблем, на наш взгляд, ключевое значение имеет повышение квалификации эндокринологов в сфере диагностики психопатологических расстройств у больных СД, а также динамичное наблюдение за состоянием больного командой специалистов в составе эндокринолога, психиатра, диетолога, психолога.

Таким образом, спектр психологических и психопатологических аспектов СД обширен, велика их значимость для достижения компенсации заболевания. Исследования в областях диабетологии и клинической психологии и, как следствие, выработка соответствующих рекомендаций в отношении тактики ведения больных и их обучения могут иметь большое значение для повышения эффективности лечебного процесса в целом.

В отечественной литературе данные о психологических характеристиках личности больных СД носят разрозненный характер, прежде всего это обусловлено реализацией исследований медицинскими работниками, изучающими вопросы эндокринных расстройств, применением разнообразного психодиагностического инструментария, различными выборками респондентов.

Перспективой исследования, на наш взгляд, является системное изучение характеристик больных СД. Интегрированный подход к изучению личности больного СД позволит не только изучить психологические характеристики, но и проследить динамику изменений в системе отношений «личность — болезнь» как во время компенсации, так и декомпенсации заболевания, выявить наиболее значимые социально-психологические факторы, способствующие дебюту заболевания и определяющие характер тяжести его течения. Все это даст возможность улучшить КЖ больных и способствовать разработке эффективных превентивных и психокоррекционных программ для пациентов соматического профиля.

Л и т е р а т у р а

1. Балаболкин М. И. Диабетология.— М.: Медицина, 2000.— 268 с.
2. Мищенко Н. Аналіз пріоритетних шляхів виконання державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 р. // Здоров'я України.— 2010.— № 18 (247).— С. 42–43.
3. Обучение больных сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. Б. Анциферов, Г. Р. Галстян, Е. В. Суркова.— М.: РАМН, 1999.— 128 с.
4. Щукина Е. Г., Бибикина Е. А. Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом // Экология человека.— 2002.— № 3.— С. 41.
5. Соловьева С. Л. Психологические особенности «психосоматической» личностной структуры // Вестн. клин. психологии.— 2003.— Т. 1, № 2.— С. 199–204.
6. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis / R. J. Anderson, K. E. Freedland, R. E. Clouse, P. J. Lustman // Diabetes Care.— 2001.— Vol. 24.— P. 1069–1078.
7. Атаманов В. М. Отношение пациентов к болезни

- и социальная адаптация при сахарном диабете // Актуальные проблемы современной эндокринологии: матер. IV Всерос. конгресса эндокринологов.— СПб., 2001.— С. 16.
8. *Щукина Е. Г.* Типы отношения к болезни при сахарном диабете // Экология человека.— 2001.— № 3.— С. 16–17.
 9. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс.— СПб.: НИИ им. Бехтерева, 2005.— 32 с.
 10. *Aalto A., Utela A., Ara A.* Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial con-elates // Patient Educ. Counseling.— 1997.— Vol. 30.— P. 215–225.
 11. *Голдобина Ю. В., Дегтярь Н. С., Ласовская Т. Ю.* Качество жизни больных сахарным диабетом 2-го типа // Актуальные проблемы современной эндокринологии: матер. IV Всерос. конгресса эндокринологов.— М., 2001.— С. 177–178.
 12. Coping skills training for youths with diabetes on intensive therapy / M. Grey, E. A. Boland, M. Davidson et al. // Appl. Nurs. Res.— 1999.— Vol. 12.— P. 3–12.
 13. *Суркова Е. В.* Клинические, психологические и психопатологические аспекты сахарного диабета: автореф. дис. ... докт. мед. наук.— М., 2006.— 20 с.
 14. Локус контроля у больных сахарным диабетом. Объективная оценка субъективного отношения к лечению / М. Б. Анциферов, М. Ю. Дробижев, Е. В. Суркова и др. // Пробл. эндокринологии.— 2002.— Т. 48, № 4.— С. 24–27.
 15. *Елфимова Е. В.* Пограничные психические расстройства при сахарном диабете // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2006.— Т. 8, № 4.— С. 23–27.
 16. *Кощанская А. Г.* Взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных сахарным диабетом 2-го типа при различных вариантах его течения: дисс. ... канд. псих. наук.— СПб., 2007.— 152 с.
 17. *Выборных Д. Е.* Психические нарушения при сахарном диабете // Мед. помощь.— 1994.— № 5.— С. 35–37.
 18. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.— М.: Медицина, 1977.— 160 с.
 19. *Колитиевская Е. Р.* Тип реагирования на заболевание у подростков с психосоматической патологией: автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 2002.— 22 с.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

I. Ф. АРШАВА, Я. Р. АМІНЄВА

Представлено огляд наукових досліджень, присвячених проблемі психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів при цукровому діабеті. Визначено роль психічного фактору в генезі цукрового діабету, описано найбільш характерні порушення у психоемоційній сфері. Окреслено перспективи подальших досліджень в плані надання допомоги хворим на цукровий діабет з урахуванням «психологічної складової».

Ключові слова: цукровий діабет, психологічні характеристики особистості, психічні розлади, компенсація захворювання.

PSYCHOLOGICAL ASPECT OF DIABETES MELLITUS: PROBLEMS AND PROSPECTS

I. F. ARSHAVA, Ya. R. AMINEVA

The researches devoted to the problem of psychosomatic and somatopsychic influences in diabetes mellitus are reviewed. The role of mental factor in the origin of diabetes mellitus was determined. The most characteristic disorders in the psychoemotional sphere are described. The prospects of the further research in the area of rendering aid to the patients with diabetes mellitus are outlined considering the “psychological component”.

Key words: diabetes mellitus, personality psychological characteristics, mental disorders, disease compensation.

Поступила 29.04.2011