

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

[А. А. Овчинников, А. Н. Султанова, А. Р. Якупова](#)

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

Изучены типы отношения к болезни у больных сахарным диабетом и у относительно здоровых людей. Установлено, что для лиц с сахарным диабетом характерны паранойяльный, ипохондрический и неврастенический типы отношения к болезни. Выявлено качество жизни у больных сахарным диабетом. Для лиц с сахарным диабетом свойственны ухудшения в таких показателях, как психическое здоровье, социальное функционирование, ролевое и физическое функционирование. Определены особенности психоэмоциональных состояний у больных сахарным диабетом. Выявлены высокие показатели уровней тревоги, депрессии и алекситимии. Выявлена взаимосвязь между изучаемыми феноменами в исследуемых группах.

Ключевые слова: сахарный диабет, психоэмоциональное состояние, тип отношения к болезни, качество жизни, тревога, депрессия.

Овчинников Анатолий Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета клинической психологии и социальной работы ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: anat1958@mail.ru

Султанова Аклима Накиповна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Якупова Альмира Рамильевна — студент 3-го курса факультета социальной работы и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является основным предметом внимания

здравоохранения во всех странах мира как индустриальных, так и развивающихся. По данным World Health Organization [8], 350 млн человек в мире страдают диабетом. В промышленно развитых странах СД страдают до 4–6 % населения. СД I типа — 10–15 % в общей структуре заболеваемости. Точно оценить распространенность СД в настоящее время невозможно, поскольку во многих странах отсутствуют диабет-логические регистры. Однако СД считают «неинфекционной эпидемией», которая каждый год является прямой причиной около 1,5 млн смертей.

F. Alexander утверждал, что СД — одно из психогенно-органических заболеваний. Он выделял в формировании диабета две фазы: первая фаза — это фаза «функциональных неполадок вегетативного или эндокринного органа в результате хронического эмоционального расстройства, называемого психоневрозом», вторая фаза — «переход функциональных расстройств в необратимые тканевые изменения и органическое заболевание» [5].

О взаимосвязи между психоэмоциональным напряжением и возникновением заболевания говорили только в случаях предрасположенности к диабету [6]. Впоследствии исследователи стали рассматривать этиологическую роль психотравмы в развитии диабета и не отвергали мысль, что она является только провоцирующим фактором. В последующем выявление значительной распространенности СД среди родственников в результате наследования одного или нескольких генов позволил сделать вывод, что обмен веществ зависит от интегрированной активности внутриклеточных ферментов и их регуляции со стороны эндокринной и нервной систем, а нарушение в деятельности этих систем может вести к диабетическому синдрому. Предрасположенный к болезни индивид, вероятно, рождается с некоторым ограничением той или другой регуляторных систем и в результате может не справиться с достаточно интенсивным или продолжительным стрессом [5].

Психологические факторы могут влиять на течение СД, но возможное этиологическое значение этих факторов не установлено. Стрессовые факторы активируют функцию симпатико-адреналиновой системы, повышают секрецию адреналина и кортизола, которые могут существенно влиять на гуморальный и клеточный иммунитет с последующим развитием аутоиммунных реакций. Продолжительная стрессовая ситуация, вызывающая повышение уровня глюкозы в крови, может стать причиной нарушения углеводного метаболизма, что и является причиной возникновения СД [3].

Экспериментальные данные подтверждают, что вызываемые в организме сдвиги в виде комплекса гормональных, метаболических и иммунологических нарушений являются своеобразным метаболическим стрессом, способным вторично активировать гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему [6]. Острое начало часто имеет место после эмоционального стресса, который нарушает гомеостатическое равновесие у лиц с предрасположенностью к этому заболеванию. Значимыми психологическими факторами, способствующими развитию СД, являются фрустрация, одиночество и подавленное настроение [1].

Проблема качества жизни больных СД волнует специалистов во всем мире. Известно, что СД представляет собой тяжелое соматическое заболевание, лечение которого требует строгого соблюдения диеты, регулярного приема сахароснижающих и корригирующих препаратов, обязательного врачебного контроля. Доказано, что неучастие пациента в лечении СД приводит к психологической депрессии, «уходу в болезнь», препятствует ведению полноценного образа жизни, способствуя социальной дезадаптации больных. При СД страдает целый ряд аспектов качества жизни (КЖ): психологический,

профессиональный, семейный, социальный и финансовый [2]. Пациенты с СД часто испытывают чувство вины в связи со своим заболеванием, что отрицательно сказывается на их КЖ, при этом женщины относятся к влиянию диабета более негативно, чем мужчины [4].

Проанализировав работы как отечественных, так и иностранных исследователей по актуальной для нас теме, можно сделать вывод, что эмоциональное состояние и КЖ определяют психологическое и физическое состояние пациентов. Негативное отношение к СД, неустойчивое психоэмоциональное состояние приводит к неспособности пациента психологически адекватно оценить и перебороть сложившуюся ситуацию в условиях болезни. Несмотря на то, что существует достаточно работ по психоэмоциональному состоянию пациентов с СД, актуальным является проблема взаимосвязи особенностей психоэмоционального состояния и КЖ данного контингента больных.

Цель нашего исследования: выявить особенности психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с сахарным диабетом.

В исследовании выборку составили респонденты из городских семей, проживающих в единой географической зоне (г. Новосибирск). Социальный состав характерен для городского населения (рабочие, служащие, малые частные предприниматели, домохозяйки). Первоначальную выборку составили 45 человек. Из нее были исключены респонденты, которые отказывались принять участие в психологическом исследовании. Окончательную выборку составили 40 человек. В исследовании для диагностики особенностей эмоционального состояния и КЖ у пациентов с СД использовалась анкета на выявление факторов, влияющих на специфику развития СД. На следующем этапе исследования респондентам был предложен опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» с целью выявления уровня тревоги и депрессии у пациентов с СД, шкала на диагностику уровня алекситимии «Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS)», опросник «Краткая форма оценки здоровья (SF-36)» для исследования неспецифического КЖ, связанного со здоровьем, и методика «Тип отношения к болезни», направленная на диагностику типа отношения к болезни.

В данном исследовании выборку составили 20 человек с диагнозом СД I и II типа, которые вошли в основную группу исследования, и 20 человек условно здоровых (контрольная группа). Средний возраст группы респондентов с СД I и II типа — $41,1 \pm 21,3$ года; а в группе относительно здоровых лиц — $40 \pm 18,8$ года. С помощью анкетирования также установлено, что 60 % респондентов с СД I и II типа имеют фактор риска в виде лишнего веса.

В публикации шведских авторов P. Björntorp и R. Rosmond (1999), под руководством первого из которых длительное время проводилось исследование жирового обмена и его нарушений при стрессовых состояниях, были получены результаты, свидетельствующие о том, что висцеральное накопление жира связано с гиперактивностью гипоталамо-надпочечниковой оси, нарушением в ней механизмов обратной связи и повышением уровня кортизола, что способствует повышению уровня свободных жирных кислот и инсулинорезистентности. Среди причин нарушений гипоталамо-надпочечниковой оси отмечаются генетический дефект глюкокортикоидных рецепторов и длительное психоэмоциональное напряжение под воздействием средовых факторов с выходящими на первый план депрессией и тревогой.

Анализ результатов по методике Госпитальная шкала тревоги и депрессии А. С. Зигмунда и Р. П. Снайва показал, что в группе пациентов с СД без симптомов депрессии —

7 пациентов, с субклинической депрессией — 9 и с клинической депрессией — 4. Пациентов же с СД без симптомов тревоги 6 человек, с субклиническим уровнем тревоги — 10 и с клиническим уровнем тревоги — 4. Тревога и депрессия могут быть одним из факторов возникновения СД, к тому же они могут являться причиной усугубления нарушений обменных процессов при СД, а также могут проявляться в виде реакции на наличие заболевания и процесса лечения (см. табл.).

Сравнительный анализ тревоги и депрессии в изучаемых группах

Показатели	Основная группа			Контрольная группа		
	Норма	Субклинический уровень	Клинический уровень	Норма	Субклинический уровень	Клинический уровень
Депрессия	7 35 %	9 45 %	4 20 %	15 75 %	5 25 %	0
Тревога	6 30 %	10 50 %	4 20 %	14 70 %	5 25 %	1 5 %

С целью поиска достоверности различий в изучаемых группах нами была определена достоверность различий по критерию Манна-Уитни. Выявлено, что данные в группе с СД достоверно выше в субклиническом и клиническом уровнях тревоги и депрессии по сравнению с контрольной группой, что, вероятно, связано с высокой возможностью развития у больных СД различных осложнений, которые могут значительно ухудшить их общее состояние.

Следующая методика для диагностики уровня алекситимии — Торонтская Алекситимическая шкала. В основной группе с СД было выявлен высокий уровень алекситимии (70,5) по сравнению с контрольной группой относительно здоровых людей (60,8), что и подтвердил сравнительный анализ данных по критерию Манна-Уитни ($p = 0,005$).

Алекситимия может быть одним из факторов риска возникновения СД или же следствием протекания этого заболевания, так как нередко у пациентов возникают трудности в проявлении своих эмоций, а также трудности в распознавании чужих переживаний. Больные нередко концентрируют свое внимание в большей степени на внешние события, нежели на свои внутренние переживания.

В результате проведенного анализа мы можем сделать вывод, что для больных с СД характерны психоэмоциональные нарушения, которые могут являться ранним признаком, а зачастую и провоцирующим фактором в возникновении и дальнейшем прогрессировании СД, оказывая неблагоприятное влияние на течение болезни.

Для диагностики КЖ была использована методика «Краткая форма оценки здоровья» (MOSSF-36, Дж. Э. Варе), рис. 1.

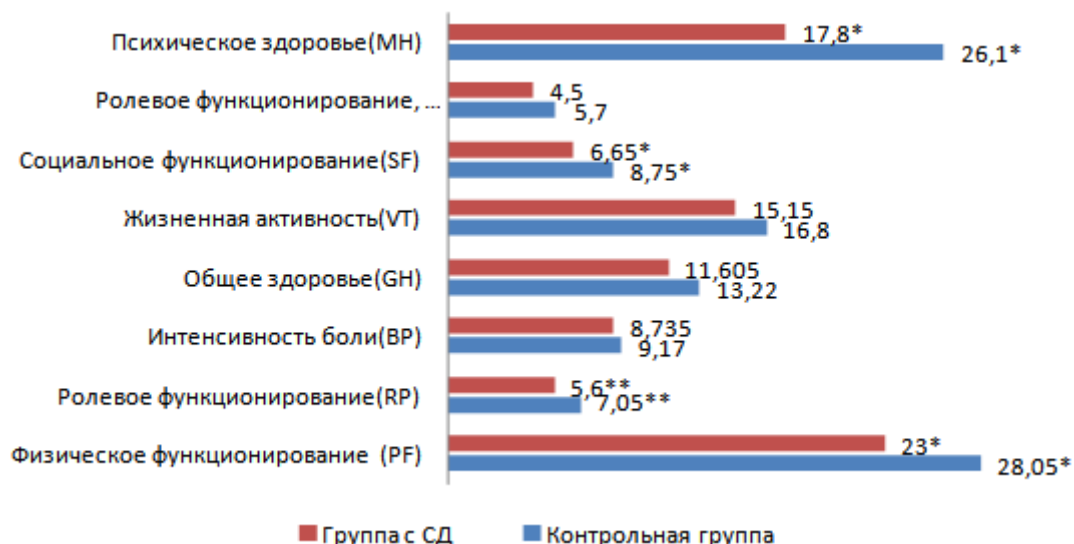


Рис. 1. Сравнительный анализ показателей КЖ в исследуемых группах; * — $p < 0,001$; ** — $p = 0,01$

Для анализа полученных данных был использован непараметрический критерий Манна-Уитни. В результате анализа нами были обнаружены достоверные различия в таких показателях, как психическое здоровье, социальное функционирование, рольное и физическое функционирование. Достоверные данные физического функционирования ($p = 0,002$) основной группы пациентов с СД значительно ниже, чем у контрольной группы. Такие данные могут говорить о том, что осложнения, сопутствующие СД, могут значительно влиять на выполнение такой повседневной деятельности, как уборка дома, поход в магазин, длительная прогулка и т. д. Также по достоверным данным видно, что и рольное функционирование пациентов ($p = 0,01$) с СД снижено в сравнении с контрольной группой, так как выполнение определенных обязанностей также связано с физическими нагрузками. Психическое функционирование ($p = 0,0002$) больных с СД тоже имеет сниженный показатель в сравнении с основной группой, об этом свидетельствует повышенный уровень тревоги, депрессии и алекситимии у пациентов с диабетом. В связи с этим и социальное функционирование также снижено у пациентов с СД, так как больные хуже идут на контакт с окружающими их людьми. Далее была использована методика «Тип отношения к болезни» (рис. 2).

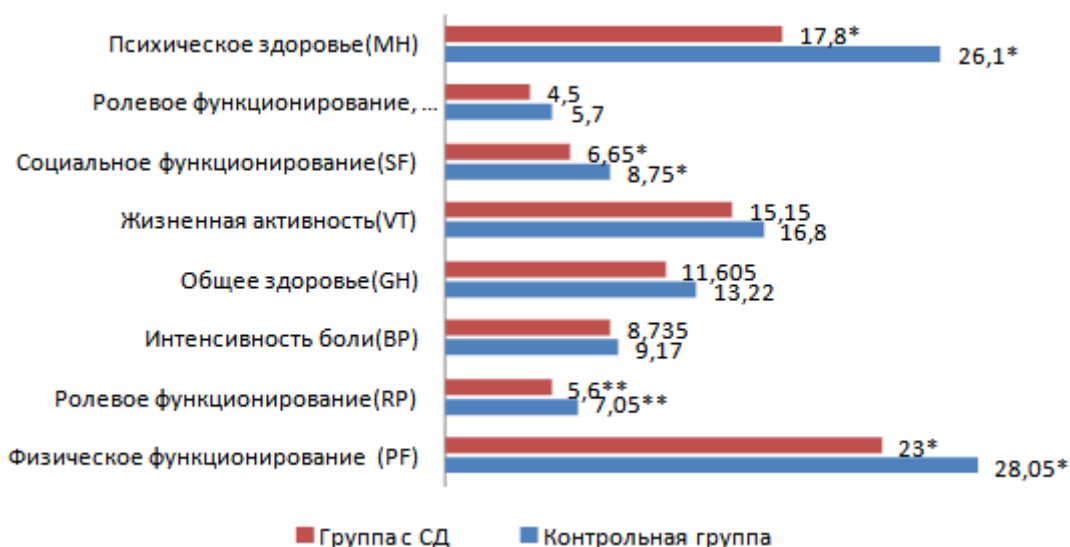


Рис. 2. Сравнительный анализ типов отношений к болезни в исследуемых группах; * — $p < 0,001$; ** — $p = 0,01$

0,001; ** — $p = 0,04$; *** — $p = 0,01$

Как видно на рис. 2, в основной и контрольной группах в результате тестирования выявлены высокие значения по средним показателям таких типов отношений к болезни как гармоничный, эргопатический, анозогностический. Однако достоверность различий по критерию Манна-Уитни, проведенная с целью поиска статистической доказательности полученных результатов, выявила, что наиболее характерными типами отношения к болезни у группы пациентов с СД являются паранойяльный, неврастенический и ипохондрический.

По полученным данным можно сделать вывод, что КЖ пациентов с СД значительно снижено по сравнению с контрольной группой. Также анализ типов отношения к болезни в основной группе показал преобладание таких типов, при которых пациент не склонен соблюдать врачебные предписания или крайне подозрительно относится к лекарствам и процедурам, или же проявляет вспышки раздражения, особенно при болях.

При проведении корреляционного анализа в исследуемых группах была выявлена достоверная связь уровня тревоги ($r < 0,0001$), депрессии ($r < 0,0004$) и алекситимии ($r < 0,005$). Взаимосвязь тревоги и депрессии обусловлена реакциями пациента на заболевание, связанными как с установлением диагноза СД и возникновением инвалидизирующих осложнений, так и с необходимостью самостоятельного лечения, возможными ограничениями и изменениями привычного уклада. Как тревога, так и депрессия, ведут к нарушениям в уровне адаптации пациентов, к нарушению их межличностных отношений, больные меньше проявляют свои эмоции и чувства, становятся озлобленными и скрытными, что и может привести к формированию алекситимии. Тревога и депрессия являются центральными механизмами формирования психического стресса. Они обуславливают большую часть расстройств, возникающих при эмоциональном стрессе, активизируя механизмы психической адаптации.

Хронические эмоциональные переживания способствуют возникновению хронических висцерально-вегетативных расстройств, что, в свою очередь, обуславливает возможность возникновения соматических нарушений с преимущественной локализацией их в каком-либо органе или системе. Также тревога и депрессия связана с ипохондрическим, неврастеническим и паранойяльным типами отношения к болезни.

Ипохондрический тип отношения к болезни означает чрезмерную концентрацию внимания на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Этот тип проявляется через стремление постоянно рассказывать о своих переживаниях врачам, медперсоналу и окружающим, через преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, а также через преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Желание лечиться и неверие в успех у людей с этим типом отношения к болезни сочетается с постоянным требованием тщательного обследования у востребованных специалистов и боязни вреда от лечения и процедур.

Неврастенический тип характеризуется вспышками раздражения при проведении лечебных процедур, при болях. Раздражение часто выплескивается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Данный тип проявляется через неумение переносить болевые ощущения и отсутствие терпеливости в ходе проведения обследований и лечения, неспособности терпеливо ждать облегчения. В итоге это ведет к критическому отношению к своим поступкам, необдуманном словам.

Паранойяльный тип отношения к болезни проявляется в крайней подозрительности,

настороженности к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам, приписывании возможных осложнений или побочных действий лекарств и к халатности или злему умыслу врачей и персонала.

Также с помощью корреляционного анализа была изучена связь психоэмоциональных состояний с изменениями КЖ обследованных пациентов. Установлено, что уровни тревоги и депрессии имели отрицательную корреляцию с такими показателями, как физическое, ролевое и социальное функционирование, жизненная активность и психическое здоровье. Кроме того, депрессия имела обратную связь с ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием.

Выводы

1. Изучены типы отношения к болезни у больных СД I и II типа и у относительно здоровых людей. Для лиц с СД характерны паранойяльный, ипохондрический и неврастенический типы отношения к болезни.
2. Выявлено КЖ у больных СД. Для лиц с СД свойственны ухудшения в таких показателях, как психическое здоровье, социальное функционирование, ролевое и физическое функционирование.
3. Определены особенности психоэмоциональных состояний у больных СД. Выявлены высокие показатели уровней тревоги, депрессии и алекситимии.
4. Выявлена взаимосвязь между изучаемыми феноменами в исследуемых группах. В основной группе были обнаружены корреляции между тревогой, депрессией и алекситимией, а также с такими типами отношений к болезни, как паранойяльный, ипохондрический, неврастенический, с уровнем тревоги и депрессией. Связь выявлена и между физическим и ролевым функционированием с уровнем тревоги и алекситимии, а также между психологическим, социальным, ролевым функционированием и уровнем депрессии.

Список литературы

1. Елфимова Е. В. Психические расстройства при сахарном диабете. Технология лечебно-диагностического процесса : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Елфимова. — М., 2005. — 421 с.
2. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа / О. Г. Мотовилин [и др.] // В кн. : Сахарный диабет. — 4-е изд. — М., 2012. — С. 51-58.
3. Струков А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов. — 5-е изд. — М. : Литерра, 2010. — 541 с.
4. Петров А. В. Возрастной аспект качества жизни у женщин с сахарным диабетом типа 2 / А. В. Петров, Е. А. Грунина, Л. Г. Стронгин // Клиническая геронтология. — 5-е изд. — Т., 2010. — С. 22-26.
5. Alexander F. Psychosomatic Medicine : Its Principles and Applications Franz Alexander / F. Alexander. — 1987. — P. 2006.
6. Fisher L. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes / L. Fisher, M. Skaff // Diabet. Med. — 2008. — Vol. 25 (9). — P. 1096-1100.
7. Thomas R. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents / R. Thomas // World J. Diabetes. — 2013. — Vol. 4 (6). — P. 270-281.
8. World Health Organization. Global Health Estimates : Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. — Geneva. — 2014. — Vol. 2. — P. 23.

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL STATES AND LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH DIABETES

[*A. A. Ovchinnikov, A. N. Sultanova, A. R. Yakupova*](#)

FSBEI HE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

Relation types to illness are studied at patients with diabetes and at rather healthy people. It is established that persons with diabetes are characterized as paranoiac, hypochondriac and neurasthenic towards the relation to illness. Life quality at patients with diabetes is revealed. Deteriorations of such indicators as mental health, social functioning, role and physical functioning are distinctive for persons with diabetes. Features of psychoemotional states at patients with diabetes are defined. High rates of levels of anxiety, depression and alexithymia are registered. The interrelation between the studied phenomena in the studied groups is revealed.

Keywords: diabetes, psychoemotional state, relation type to illness, life quality, anxiety, depression.

About authors:

Ovchinnikov Anatolij Aleksandrovich — doctor of medical science, professor, head of psychiatry, addictology and psychotherapy chair of faculty of clinical psychology and social work at FSBEI HE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: anat1958@mail.ru

Sultanova Aklima Nakipovna — candidate of medical science, assistant professor of clinical psychology chair at FSBEI HE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Yakupova Al'mira Ramil'evna — third-year student of faculty of social work and clinical psychology at FSBEI HE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

List of the Literature:

1. Elfimova E. V. Alienations at diabetes. Technology of medical and diagnostic process : theses. ... cand. of medical sciences / E. V. Elfimova. — M., 2005. — 421 p.
2. The relation to illness of patients with a diabetes mellitus 1 and 2 types / O. G. Motovilin [et al.] // In book : Diabetes mellitus. — 4 ed. — M., 2012. — P. 51-58.
3. Strukov A. I. Pathological anatomy : textbook / A. I. Strukov, V. V. Serov. — 5 ed. — M. : Literra, 2010. — 541 p.
4. Petrov A. V. Age aspect of life quality at women with type 2 diabetes / A. V. Petrov, E. A. Grunina, L. G. Strongin // Clinical gerontology. — 5th ed. — T., 2010. — P. 22-26.
5. Alexander F. Psychosomatic Medicine : Its Principles and Applications Franz Alexander / F. Alexander. — 1987. — P. 2006.
6. Fisher L. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and

- diabetes distress in adults with Type 2 diabetes / L. Fisher, M. Skaff // Diabet. Med. — 2008. — Vol. 25 (9). — P. 1096-1100.
7. Thomas R. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents / R. Thomas // World J. Diabetes. — 2013. — Vol. 4 (6). — P. 270-281.
 8. World Health Organization. Global Health Estimates : Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. — Geneva. — 2014. — Vol. 2. — P. 23.