

*На правах рукописи*



КОШАНСКАЯ  
Анжелика Геннадьевна

ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ  
ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Санкт – Петербург

2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель: доктор медицинских наук по специальности  
«медицинская психология» (19.00.04), профессор  
**Винокур Владимир Александрович**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор  
**Ташлыков Виктор Апатольевич**  
доктор психологических наук, профессор  
**Соловьева Светлана Леонидовна**

Ведущая организация:

Санкт-Петербургский государственный университет

Защита диссертации состоится 25 января 2007 года в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 208.093.01. по защите докторских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2006 года

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Тупицын Юрий Яковлевич

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Сахарный диабет (СД) является наиболее распространенным эндокринным заболеванием, занимающим 3-е среди причин летальности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Увеличение количества больных СД приобрело характер «неинфекционной эпидемии», главным образом за счет СД II типа, развивающегося в основном у лиц зрелого возраста. В случае увеличения средней продолжительности жизни до 80 лет количество больных СД может превышать 17% от всего населения (Балаболкин М.И., 1997). Большая социальная значимость СД состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации, которая обусловлена наличием поздних сосудистых осложнений: микроангиопатии (ретинопатия и нефропатия) и, макроангиопатии (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей), нейропатии. Преобладающее большинство инвалидов (85-89%), страдающих СД, составляют лица трудоспособного возраста (Елфимова Е.В., 2006). Чрезвычайная распространенность заболевания требует совершенствования методов его ранней диагностики и широкого проведения профилактических мероприятий. В настоящее время отмечается необходимость изучения влияния неблагоприятных социально-психологических факторов на возникновение и течение СД (Сидоров П.И. и др., 2001; Коркина М.В., Елфимова Е.В., 2004, Суркова Е. В., 2004; Beekman A.T. et al. 1997; Clouse R., 2003). Вопрос о роли психологических факторов в патогенезе СД во многом не ясен. Отдельные исследователи (Лайнгер М.А., 1983; Barglow P. et al., 1984; Greenhaigh P. et al., 1992 и др.) подчеркивают тесную связь декомпенсации СД с воздействием психологических факторов. Нарушения в психической сфере являются важной составной частью клинических проявлений СД. Они определяются у 83,3% больных и часто имеют полисиндромальную структуру (Елфимова Е.В., 2006). Изучение взаимосвязи соматического состояния и психологических характеристик у больных СД – одна из актуальных проблем современной клинической психологии и медицины. Исследование особенностей личности больных СД и их роли в патогенезе про-

изводилось в основном у больных с наиболее тяжелой формой диабета – ИЗСД (Verrotti. A., 1993; Коркина М.В , Елфимова Е.В.,1997; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.,2005). Исследование психологических свойств больных СД II типа и их определенной взаимосвязи с клиническими и метаболическими параметрами представляет интерес в связи с более высокой распространенностью этого типа диабета и необходимостью повышения эффективности помощи больным СД II типа (Смирнов С.Д, Корнилова Т.В. и др., 2001). Недостаточная изученность этих связей и отсутствие в литературе сравнительных данных о взаимосвязи психологических и клинических характеристик при различных вариантах его клинического течения является актуальной проблемой. Знание этих механизмов дает возможность осуществить психотерапевтический контроль ИНСД с целью коррекции поведения, предотвращающего переход в инсулинопотребную форму течения диабета. Это также может позволить разработать эффективные психокоррекционные и профилактические программы, улучшить контроль заболевания за счет обучения пациентов более ответственному подходу к своему лечению, повысить терапевтический комплайнс, предотвратить осложнения, приводящие к инвалидизации, сокращению продолжительности жизни и повысить качество жизни больных СД.

**Цель исследования:** провести анализ взаимосвязей психологических и клинических характеристик у больных СД II типа при различных вариантах его течения с целью повышения качества диагностики эмоционально-личностных факторов, влияющих на эффективность лечения и вторичной профилактики СД II типа, а также способствующих повышению качества жизни больных СД

Для достижения этой цели поставлены следующие задачи:

1. Изучить связь личностных особенностей больных СД II типа с клиническими характеристиками при различных вариантах течения заболевания и его осложнений

2. Определить характер включения депрессивного расстройства и алекситимии в механизмы развития СД II типа при различных клинических вариантах его течения
3. Провести изучение и сравнительный анализ механизмов стрессоустойчивости и психической адаптации у больных СД II типа при различных клинических вариантах его течения
4. Установить взаимосвязи коммуникативных характеристик больных СД II типа, влияющих на их социальную адаптацию, с особенностями клинического течения СД
5. Исследовать структуру качества жизни больных СД II типа в соотношении с их клиническими и психологическими характеристиками при различных вариантах течения заболевания.

**Научная новизна работы.** В исследовании получены новые данные о взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных СД II типа. Показано, что среди факторов развития декомпенсированного СД II типа, являющихся одновременно и факторами развития поздних диабетических осложнений, активную роль играют алекситимия, депрессия, экстернальность в сфере здоровья и болезни, связанные с клиническими показателями, такими, как уровень гликированного гемоглобина, как ведущего критерия декомпенсации СД, глюкозы крови, липидов крови, холестерина и фибриногена. Наиболее высокая интенсивность проявления декомпенсации отмечается у больных ИПСД, которая сочетается с использованием неконструктивных копинг-механизмов и психологических защит, экстернальным локусом контроля в сфере здоровья и болезни и низким качеством жизни. Это позволяет установить ранее недостаточно изученную роль личностных особенностей и самооценки больных в декомпенсированном течении при СД II типа.

**Практическая значимость работы.** Полученные данные расширяют знания о психосоматических механизмах развития СД II типа, а также о личностных характеристиках больных и возможности социального функционирования в болезни, взаимосвязях психологических и соматических характе-

ристик сахарного диабета в условиях его различного течения и прогрессирования. Полученные данные позволяют повысить качество диагностики, лечения и профилактики СД в сфере первичной медицинской помощи, а также прогнозировать развитие диабетических осложнений, связанных с наличием психологической дезадаптации. Это расширяет возможности коррекции негативного влияния психических факторов на прогрессирование СД II типа, а также снизить пограничные нервно-психические расстройства, включенные в сложный патогенез СД.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Интенсивность взаимосвязей эмоционально-личностных характеристик с клиническими показателями у больных СД II типа при разных вариантах его течения отражает тяжесть заболевания.
2. Высокая алекситимия связана с клиническими показателями тяжести течения СД II типа, что позволяет рассматривать алекситимию как фактор риска декомпенсации СД и развития его сосудистых осложнений.
3. Повышение уровня депрессии у больных СД II типа имеет различную степень связи с клиническими показателями при разных вариантах клинического течения.
4. Декомпенсация течения СД II типа интенсивно связана с эмоционально-личностными характеристиками больных, в частности, с особенностями механизмов психологической защиты, копинговыми стратегиями и снижением локуса субъективного контроля.
5. Самооценка качества жизни больных СД II типа снижается при высоких уровнях алекситимии и депрессии.

**Внедрение результатов работы в практику.** Результаты исследования внедрены в работу эндокринологического отделения Адыгейской республиканской клинической больницы, в учебный процесс кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской МАПО.

**Апробация работы.** Материалы диссертации доложены на конференциях: «Психология XXI века» (Санкт–Петербург, 2005), «Ананьевские чтения – 2005», «Депрессивные расстройства в общемедицинской практике» (Санкт–Петербург, 2005), «Психиатрия консультирования и взаимодействия – 2006» (Санкт–Петербург, 2006), «Психосоматические аспекты боли в общемедицинской практике» (Санкт–Петербург, 2006) и на I Международном Конгрессе «Психосоматическая медицина – 2006» (Санкт–Петербург, 2006)

Материалы диссертации достаточно полно отражены в 7 научных публикациях.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Текст изложен на стр., содержит 38 таблиц и 43 рисунка. Список цитируемой литературы включает 201 источник, из них 95 на русском и 106 на иностранных языках.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования**

**Характеристика обследованных групп.** Всего обследовано 142 больных СД. Для повышения репрезентативности выборки нами были обследованы больные СД на базе клиники факультетской терапии Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П Павлова, эндокринологического отделения больницы Св. Елизаветы г. Санкт-Петербурга и эндокринологического отделения Адыгейской республиканской клинической больницы в 2003-2006 гг.

Группа больных СД II типа составила 94 человека (66,2%). В этой группе 25 мужчин и 69 женщины в возрасте 39 - 81 лет (средний возраст 58,2 ± 0,95 лет), средняя продолжительность заболевания 8,2 ± 0,7 лет (0,5 ÷ 36 лет). В соответствии с поставленной целью и задачами работы больные СД II типа разделены на 2 группы:

**1 группа. ИНСД, больные принимающие сахароснижающие препараты** – 47 чел. В этой группе 15 мужчин и 32 женщины в возрасте 42 - 81 лет

(средний возраст  $60,3 \pm 1,41$  лет), средняя продолжительность заболевания  $6,09 \pm 0,92$  лет ( $0,5 \div 25$  лет)

**II группа. ИПСД, больные СД II типа, получающие инсулин**– 45 чел. В этой группе 10 мужчин (26,6 %) и 35 женщины (73,4 %). Средний возраст  $56,08 \pm 1,26$  лет ( $39 \div 75$  лет), средняя продолжительность заболевания  $10,04 \pm 0,99$  лет ( $0,5 \div 36$  лет).

**Больные СД I типа (ИЗСД)** как группа сравнения включала 48 чел (38,8%). Из них 16 мужчин и 32 женщин в возрасте 17 - 69 лет (средний возраст больных  $31,9 \pm 1,9$  лет), средняя продолжительность заболевания  $7,6 \pm 0,94$  лет ( $0,5 \div 23$  лет).

Особенностями обследованной выборки является то, что в нее были включены больные СД II типа в средней и тяжелой степени течения заболевания. Их сравнение проводилось с группой больных ИЗСД, как наиболее тяжелой формой течения диабета. Кроме того, в работе определялся акцент на связях психологических и клинических характеристик, влияющих на декомпенсированное течение СД. Исследованные больные преимущественно зрелого возраста, начало заболевания приходится на возраст 35 – 55 лет. У больных ИПСД средняя продолжительность заболевания составляет от 6 до 10 лет. Отмечен относительно низкий процент профессиональной/учебной занятости среди больных СД II типа и значительный процент лиц, признанных инвалидами II группы. 78% больных СД II типа состоят в браке.

### **Методы исследования.**

**Клинико-психологический метод** представляет собой развернутое анамнестическое исследование, отражающее основные социально-демографические характеристики. Было специально разработано структурированное интервью, отраженное в информационной карте, включающей социально-демографический, медицинский, клинико-психологический и экспериментально-психологические блоки.

**Биохимическая часть исследования** включала клинические параметры: уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), который сегодня рассматри-



вается как ведущий критерий декомпенсации СД, гликемии, гликозурии, ацетонурии, липидов крови, массы тела, уровень АД. Регистрировались осложнения диабета в виде ретиноптии, нейропатии, нефропатии, микро- и макрососудистых осложнений, установленные клиническими методами.

**Экспериментально-психологические методы:**

1. **Гиссенский личностный опросник** (Гиссенский тест–ГТ, D.Beckman et., 1983), в адаптации лаборатории медицинской психологии Санкт-Петербургского ПНИ им. В.М.Бехтерева (Е.А.Голынкина и др., 1993) - методика для исследования личности и анализа социальных установок человека, его реакций в различных социальных отношениях.
2. **Методика «Индекс жизненного стиля»** (LSI – Life Style Index, R.Plutchik et al., 1979). Адаптация и клиническая апробация в социо-культурных условиях проводилась в ПНИ им. В.М.Бехтерева (Л.И.Вассерман с соавт., 1998)
3. **Опросник уровня субъективного контроля (УСК)**. Методика УСК создана в ПНИ им. В.М. Бехтерева (Е.Ф.Бажин, А.М.Эткинд и др., 1993) на основе модификации и адаптации шкалы Дж Роттера (J.B.Rotter, 1966).
4. **Торонтская алекситимическая шкала** (G.Taylor,1985; Д.В. Ересько,1994).
5. **Шкала Гамильтона для оценки депрессии** (Hamilton M., 1967) – клиническая шкала оценки депрессии для измерения тяжести депрессии в клинических и экспериментальных целях.
6. **Краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36)** (“The Medical Outcomes Study Short From 36 Items Health Survey”; Ware J. et al., 1992) для оценки качества жизни в условиях соматического заболевания.
7. **Опросник интерперсональных отношений Т. Лири** (T.Leary, 1969; Л.Н.Собчик,1990; Л.И.Вассерман и др., 1994), позволяющий характеризовать интерперсональное поведение, как с точки зрения самих интерперсональных проявлений, так и с точки зрения тех реакций, которые данный тип вызывает.

8. Копинг-тест (E. Heim, 1988), определяющий активность использования и адаптивную адекватность поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладания со стрессом.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с помощью пакета прикладных программ STATSTICA for Windows (версия 5.11).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-психологическими особенностями обследованной выборки является то, что в ней представлены лица, в основном длительно болеющие с декомпенсированным течением в средней или тяжелой степени выраженности течения. В подгруппе ИПСД у 77,8% больных отмечено декомпенсированное течение и 66,7% из них имеют более тяжелое течение заболевания в сравнении с группой ИНСД ( $p < 0,05$ ) Различие в тяжести течения объясняется тем, что ИПСД является развитием ИНСД по вектору его декомпенсации. 69% больных СД отрицают наследственный фактор развития заболевания. Наличие стрессовых ситуаций во время развития заболевания и в период обострения выявлено у больных СД, не зависимо от типа диабета Отмечено положительное отношение к лечению у 93,4% всех опрошенных. На основании структурированного интервью 34,3% больных СД склонны к избеганию мыслей о болезни, особенно лица с ИНСД (44,7%), но в то же время от лечения ждут положительных результатов с надеждой на улучшение и поддержание здоровья на данном уровне. Регулярные измерения уровня сахара в крови, позволяющие вовремя диагностировать декомпенсацию СД и преодолевать гипогликемические состояния, осуществляли 20,5% больных СД. Ежедневное измерение глюкозы крови чаще производили больные ИНСД (27,3%), чем пациенты с ИПСД (7,3%) ( $p < 0,05$ ). Большинство больных ИПСД (70,7%) и ИНСД (61,4%) измеряли уровень сахара в крови один – два раза в месяц У больных с ИПСД зарегистрирована более высокая частота и выраженность хронических диабетических осложнений по сравнению с ИНСД. При ИПСД выраженность полинейропатии ( $p < 0,05$ ), гепатоза

( $p < 0,05$ ), гиперлипидемии выше, чем в подгруппе ИНСД. Клинически выраженные стадии (II и III, препролиферативная и пролиферативная) диабетической ретинопатии, с необходимостью проведения лазерной фотokoагуляции отмечены у 24,4% ИПСД. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) больных с ИНСД указывают на наличие ожирения I степени ( $31,3 \pm 0,9$  кг/м<sup>2</sup>), а у больных ИПСД избыточной массы тела ( $29,8 \pm 0,9$  кг/м<sup>2</sup>). При сопоставлении ИМТ в группах ИПСД и ИЗСД ( $23,5 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>) выявлены значимые различия ( $p < 0,001$ ). Большинство обследованных больных с СД II типа (77,8%) имели избыточную массу тела, что является препятствием к адекватной компенсации углеводного обмена. Уровень HbA<sub>1c</sub> превышал верхнюю границу нормы (7%) в обеих основных группах. Высокие показатели HbA<sub>1c</sub> сочетаются с высоким уровнем холестерина, липидов крови, фибриногена и мочевины у больных с ИПСД, что приводит к более тяжелому течению диабета.

**Личностные особенности больных СД II типа.** Больные СД II типа характеризуют себя как успешных во взаимодействии с окружающими, что указывает на их уверенность в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели, уважении и высокой оценке других людей. Для больных ИНСД характерны высокие показатели по шкале «социального одобрения» ( $62,4 \pm 1,7$  баллов), чем для больных ИПСД ( $55,8 \pm 2,6$  баллов). По данным шкалы «доминантности» больные ИНСД и ИПСД (ГТ-2) ( $55,2 \pm 1,7$  баллов и  $54,9 \pm 1,9$  баллов соответственно) считают себя лицами терпеливыми, покладистыми, неспособными к агрессии и склонными к подчинению и зависимости, а также доверчивыми, открытыми перед другими людьми, обладающими большой потребностью в любви и с первичным доверием к людям (ГТ-5) ( $47,1 \pm 1,6$  баллов и  $49,3 \pm 2,7$  баллов соответственно). В основе таких личностных характеристик может лежать нереалистическая установка к собственному совершенству и завышенному требованию к окружающим. Особенностью интерперсональных отношений у больных СД является преимущественное использование гиперконформных, гипераффилиативных и гиперпротективных типов поведе-

ния, что рассматривается как положительный социальный тип личности. Лица с ИПСД оценивают себя как принадлежащих к зависимо-послушному и протективно-покровительствующему типу межличностных отношений, в отличие от ИНСД, у которых более выражены позиции сверхкомпромиссности и соглашательской позиции. В то же время выявлена противоречивость использования противоположных типов интерперсонального поведения таких как покорность, гиперконформность и автократичность. Это означает, что больные СД воспринимают себя одновременно как отзывчивых, покорных, застенчивых и конформных, так и людьми с авторитарными чертами и склонностью к большой активности по отношению к другим людям с неадекватным стремлением брать на себя ответственность за других. Полученные данные могут быть свойственны преимущественно тревожным, эмоционально-лабильным лицам, отличающимся повышенной конформностью и, возможно, сниженной самооценкой. Представление Соловьевой С.Л. (2003) о том, что соответствие высоким требованиям к себе и к окружающим вызывает хроническое нервно-психическое напряжение, которое может приводить к формированию эмоциональных нарушений тревожно-депрессивного спектра, находит подтверждение в полученных данных и отражает психосоматический механизм развития декомпенсации у больных СД II типа. У больных ИПСД ( $45,3 \pm 1,7$  баллов) и ИНСД ( $45,9 \pm 1,7$  баллов) самоконтроль ниже (ГТ-3), чем в группе ИЗСД ( $49,3 \pm 1,5$  баллов), что указывает на их недостаточный контроль над своим поведением. У больных ИПСД отмечаются колебания настроения с преобладанием депрессивного, что свидетельствует о склонности больных ИПСД скрывать досаду и направлять свою агрессию против собственного «Я» с проявлениями подавленного настроения, робости, зависимости и с критической оценкой своего поведения. Существование тенденции к гипоманиакальному настроению у больных ИНСД ( $49,6 \pm 2,1$  баллов) свидетельствует о тенденции отреагирования негативных эмоций вовне, проявлениям раздражительности в межличностных взаимоотношениях с одновременным снижением критической оценки своего поведения.

У 74% (66,7–83,3%) больных СД, особенно при ИПСД, снижен уровень субъективного контроля личности над значимыми событиями жизни. Неудовлетворенны состоянием своего здоровья и считают свое заболевание результатом воздействия внешних факторов 57,8 % (48,1–67,2%) всех больных СД II типа.

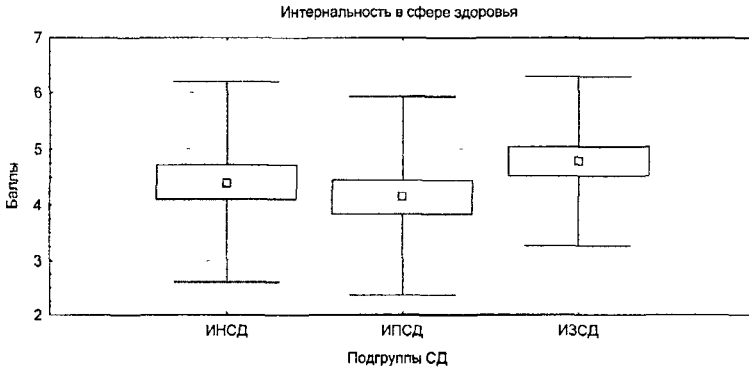


Рис. 1. Уровень интернальности в отношении здоровья и болезни у больных СД II типа

Они воспринимают свое здоровье в большей степени зависящим от внешних воздействий, случайностей и практически не прилагают собственных усилий для его восстановления. У больных ИПСД ( $4,1 \pm 0,3$  баллов) и ИНСД ( $4,4 \pm 0,3$  баллов) выявляется тенденция к снижению уровня интернальности в отношении здоровья и болезни (рис. 1). Установлена положительная корреляционная взаимосвязь между шкалой социального одобрения и общей интернальностью, интернальностью в сфере достижений и области межличностных отношений, а также отрицательная связь между шкалами доминантности, настроения и социальных способностей. В подгруппе ИПСД наблюдается сочетание снижения общего уровня интернальности (Июб) и субъективного представления о своей социальной привлекательности (ГТ-1) ( $r=+0,3$ ). Возрастает депрессивное настроение (ГТ-4) ( $r=-0,3$ ) и снижается уверенность в себе (ГТ-6) ( $r=-0,3$ ). Экстернальность в сфере достижений (Ид) у ИПСД может увеличивать конформность (ГТ-2) ( $r=-0,25$ ), вместе с

тем приводя к ощущению привлекательности и высокой оценки их другими людьми (ГТ-1) ( $r = +0,3$ ). При этом повышается уровень субъективного контроля межличностных отношений (Им) ( $r = +0,3$ ), снижается самоотдача, отмечается подчинение регулируемому влиянию партнеров по межличностному взаимодействию (ГТ-6) ( $r = -0,3$ ). Выявленные взаимосвязи между личностными особенностями и клиническими показателями декомпенсации СД II типа указывают на умеренную, но статистически значимую отрицательную корреляционную связь уровня общей интёрнальности с уровнем HbA1c ( $r = -0,3$ ), липидов крови ( $r = -0,27$ ), уровнем холестерина ( $r = -0,27$ ) и фибриногена ( $r = -0,3$ ).

**Алекситимия и депрессия у больных СД II типа.** Высокий уровень алекситимии отмечен у 60,6% (52,3-69,1) больных СД II типа. Это превышает распространенность алекситимии при других психосоматических заболеваниях, в частности, при сердечно-сосудистых (Kauhanen J., 1996; Ананьев В.А., 1999; Винокур В.А., 2002 и др.). (Рис. 2)

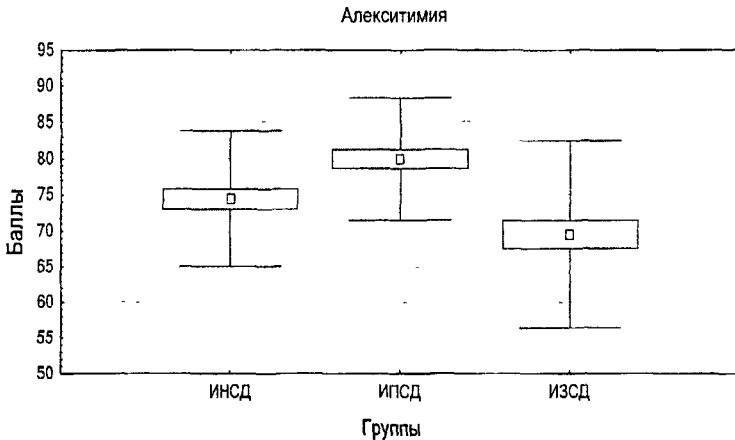


Рис.2. Уровни алекситимии при различных типах клинического течения СД ( $p < 0,00$ )

Частота случаев высокой алекситимии у больных СД II типа достоверно выше (74,4%) (средний балл –  $77,1 \pm 0,9$ ), чем у больных СД I типа (31,7%) (средний балл –  $69,4 \pm 2,1$ ). Число больных с высоким уровнем алекситимии в

подгруппе ИПСД (81,4%) достоверно выше, чем в группе ИНСД и ИЗСД ( $p < 0,00$ ). По данным Гиссенского теста, социальные способности (ГТ-6) и настроение (ГТ-4) взаимосвязаны с уровнем алекситимии ( $r = +0,31$ ,  $p = 0,04$ ;  $r = +0,25$ ,  $p = 0,04$  соответственно), что позволяет предположить, что при возрастании алекситимии ухудшается настроение и снижаются способности к социальной адаптации больных СД II типа. Одновременно с ростом алекситимии снижается УСК личности над значимыми событиями жизни, особенно над эмоционально положительными событиями и ситуациями (Иоб $\bar{r} = -0,36$ ,  $p = 0,001$ ; Ид  $r = -0,3$ ,  $p = 0,04$ ) и самооценкой здоровья и болезни (Изд  $r = -0,29$ ,  $p = 0,002$ ). При повышении уровня алекситимии возрастают клинические показатели, такие как индекс массы тела ( $r = +0,26$ ,  $p = 0,004$ ), липиды крови ( $r = +0,24$ ,  $p = 0,03$ ), холестерин ( $r = +0,27$ ,  $p = 0,01$ ), фибриноген ( $r = +0,3$ ,  $p = 0,002$ ), которые связаны с развитием поздних диабетических осложнений.

У 96,3% обследованных больных СД отмечена депрессивная симптоматика, достигающая степени малого у 40,7% и большого у 54,8% больных депрессивного эпизода.

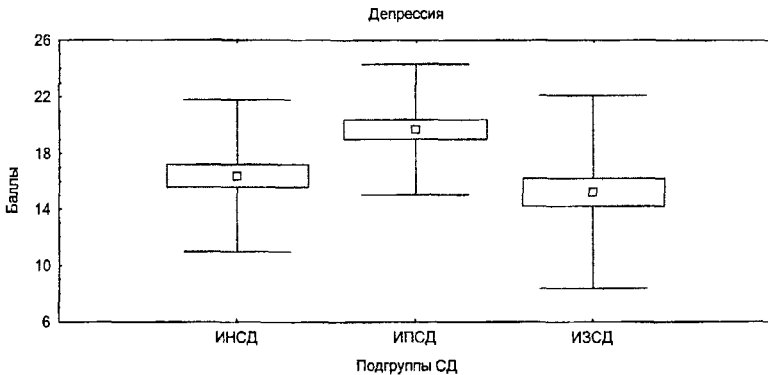


Рис.3. Выраженность депрессии при различных типах клинического течения СД ( $p < 0,001$ )

У больных ИПСД в 79,5% случаев выраженность депрессивной симптоматики выше, чем у больных ИНСД (45,7%) ( $p < 0,003$ ), и характеризуется нарушением сна, сниженным настроением, тревожным возбуждением, соматическими симптомами с проявлениями беспокойства и раздражительности.

Высокие показатели алекситимии значимо связаны с выраженностью депрессии независимо от типа СД ( $r=+0,5$ ), снижая пороги реагирования на хронический стресс, и изменяют толерантность к нему, ухудшая настроение и снижая социальную адаптацию. В процессе статистической обработки найден порог  $HbA1c$  7,8%, выше которого депрессия становится значимо положительно связанной с уровнем  $HbA1c$ . Это позволяет предположить активное включение депрессии в психосоматический механизм формирования декомпенсации СД II типа.

**Взаимосвязи психологических факторов и соматических характеристик, определяющих тяжесть течения у больных СД II типа.** В соответствии с исходной гипотезой об активном влиянии психологических факторов, среди которых, прежде всего, выделяется алекситимия, больные сахарным диабетом (многомерной оценкой) были по психологическому критерию «уровень алекситимии» разделены на четыре подгруппы:

**I подгруппа** – 28 больных СД I типа с низким уровнем алекситимии;

**II подгруппа** – 22 больных СД II типа с низким уровнем алекситимии;

**III подгруппа** – 13 больных СД I типа с высоким уровнем алекситимии;

**IV подгруппа** – 65 больных СД II типа с высоким уровнем алекситимии.

Представляется важным, что нарастание алекситимии, независимо от типа диабета, повышает риск сосудистых катастроф. Возрастное увеличение уровня алекситимии у больных СД II типа отражает тенденцию к возрастанию риска артериальной гипертензии ( $p=0,001$ ), микроангиопатии нижних конечностей ( $p=0,01$ ), увеличению массы тела ( $p=0,01$ ). Изученные взаимосвязи алекситимии и соматических характеристик у больных СД II типа показывают, что между алекситимией и индексом массы тела ( $r=+0,26$ ,  $p=0,004$ ), холестерина ( $r=+0,26$ ,  $p=0,012$ ) и мочевины ( $r=+0,53$ ,  $p=0,001$ ) отмечена значимая положительная связь. Учитывая патогенетическое значение  $HbA1c$  и фибриногена в развитии диабетических осложнений, исследована зависимость их содержания от уровня алекситимии у больных СД II типа. (Рис. 4). Полученные данные показывают, что при наличии у больных СД II типа высокой алексити-



мии возрастает концентрация фибриногена ( $r=+0,34$ ,  $p=0,002$ ) и HbA1c в плазме крови. Это дает возможность представить их как прогностически неблагоприятный фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

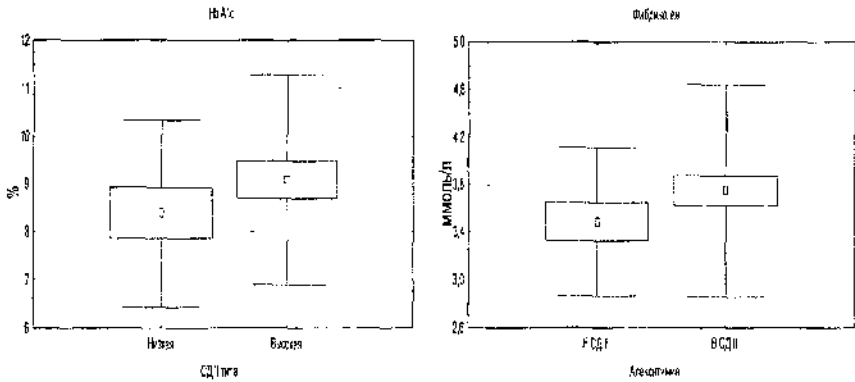


Рис. 4. Связь алекситимии с уровнем гликированного гемоглобина и фибриногена у больных СД II типа

Личностные особенности пациентов в подгруппах с высокой алекситимией отражают чувство общего дискомфорта, их склонности к снижению настроения, пассивности личностной позиции и обращенности интересов в мир внутренних переживаний. Больные с высокой алекситимией чаще используют механизм психологической защиты «вытеснение», увеличивая использование неадаптивных когнитивных и эмоциональных копинг-механизмов. Среди поведенческих копинг-механизмов преобладают относительно адаптивные стратегии, в частности, «компенсация». При высокой алекситимии у больных СД II типа выражены симптомы депрессии, нарушения ночного сна, ипохондрия и снижение уровня субъективного контроля в отношении здоровья и болезни.

**Характеристики психологической защиты и совладающего со стрессом поведения у больных СД.** Анализ доминирующих типов психологической защиты показал, что при сахарном диабете основными ее компонентами являются «отрицание», используемое 76,9% больных СД (средний показатель -  $83,4 \pm 1,6\%$ ), «реактивные образования» - 84% больных ( $87,2 \pm 1,79\%$ ), «регрессия» 69% ( $68,8 \pm 2,1\%$ ) и «проекция» - 56,8% больных ( $66,8 \pm 2,5\%$ ). Во

всех группах исследованных больных ниже выраженность показателей «вытеснение» ( $54,7 \pm 2,8\%$ ), встречающихся в  $37,2\%$  случаев, и «замещение» ( $57,3 \pm 2,1\%$ ) –  $32,4\%$  случаев. Это позволяет охарактеризовать больных СД, как недостаточно осознающих, отрицающих фрустрирующие и вызывающие тревогу обстоятельства, которые очевидны для окружающих. Больные склонны к отвержению, неприятию собственных эмоционально неприемлемых мыслей и предотвращению их с помощью развития у себя противоположных этим желаниям установок при снижении значимости для себя причин, вызывающих психотравмирующую ситуацию. Значимых различий в частоте использования механизмов психологической защиты между больными ИНСД, ИПСД и ИЗСД не установлено. Больные ИНСД чаще используют адаптивные копинг-механизмы «установка собственных ценностей» в когнитивной сфере, «оптимизм» в эмоциональной сфере и стратегию «обращение» в поведенческой сфере при низкой готовности к «сотрудничеству». Взаимосвязь этих механизмов с показателями шкал «самоконтроля» (ГТ-3) и «открытости-замкнутости» (ГТ-5) указывает на повышение самооценки за счет демонстрации социально – поощряемого поведения в трудных ситуациях, усиление самоконтроля следуют социальным нормам, предписывающим жесткие стереотипы эмоционального реагирования. Больные ИПСД выбирают неадаптивные копинг-механизмы: «смирение», «растерянность» и «диссимуляция» в когнитивной сфере, «подавление эмоций» в эмоциональной сфере и «отступление» в поведенческой сфере, а так же «компенсацию». Выявлена взаимосвязь между копинг-стратегией «смирение» и «растерянность» и шкалой «социального одобрения» и общей интернальностью и интернальностью в сфере неудач, гипераффилятивным и агрессивным типом интерперсональных отношений.

**Качество жизни (КЖ) больных СД II типа.** При проведении анализа зависимости КЖ пациентов СД от возраста оказалось, что его показатели находятся в тесной обратной связи с показателями физического и эмоционального функционирования (PF  $r = -0,5$ ; RF  $r = -0,25$ ), боли (BP  $r = -0,25$ ), соци-

альной активности ( $SF\ r = -0,2$ ) и жизнеспособности ( $VT\ r = -0,3$ ). Данная взаимосвязь указывает на то, что чем старше больной, тем ниже жизнеспособность, социальная активность и ниже объем повседневной физической нагрузки, тем чаще их беспокоят болевые ощущения и снижен фон настроения. КЖ женщин, страдающих СД II типа, было достоверно ниже, чем у мужчин. У мужчин более высокие показатели по шкалам ролевого эмоционального функционирования ( $RE\ 71,1 \pm 6,1$  против  $40,2 \pm 3,2$ ,  $p < 0,00$ ), физического функционирования ( $RF\ 54,9 \pm 6,3$  против  $39,4 \pm 3,8$ ;  $p < 0,05$ ) и ролевого физического функционирования ( $PR\ 74,5 \pm 3,5$  против  $62,4 \pm 2,6$ ;  $p < 0,01$ ) КЖ больных ИПСД оказалось существенно более низким по всем шкалам опросника SF-36, чем у лиц с ИНСД и ИЗСД. Ухудшение КЖ пациентов ИПСД определялось прогрессированием поздних диабетических осложнений. Алекситимия и депрессия значительно снижает качество жизни больных СД независимо от типа клинического течения. Больные отмечают ухудшение общего состояния здоровья ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,002$ ), физической активности ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,001$ ), жизнеспособности ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,002$ ) и психического здоровья ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,003$ ). Взаимосвязи между показателями HbA1c и характеристиками КЖ выявлено не было. Этот результат согласуется с данными Rose M. et al. (2002) и Трифоновой Е.А. (2005). Подобный факт может указывать на отсутствие явного физического и психического дискомфорта при высоком уровне HbA1c в крови до тех пор, пока не увеличится физическое страдание из-за возрастания тяжести диабетических осложнений и/или не сформируется депрессивное состояние.

## ВЫВОДЫ

1. Взаимосвязи эмоционально-личностных характеристик с клиническими показателями у больных при разных вариантах течения СД II типа отражают тяжесть заболевания. При инсулинпотребном СД II типа эти связи более интенсивны, чем у больных инсулиннезависимым СД II типа
2. Высокие показатели алекситимии у больных СД II типа значимо связаны с индексом массы тела и показателями тяжести течения заболевания: содержа-

нием фибриногена и холестерина в крови и уровнем гликированного гемоглобина как ведущего критерия декомпенсации СД. Это позволяет предположить роль высокой алекситимии как фактора риска развития сосудистых осложнений СД.

3. Высокие показатели депрессии положительно связаны с уровнем алекситимии и содержанием гликированного гемоглобина у больных СД II типа независимо от типа клинического течения. Установлен порог уровня гликированного гемоглобина 7,8%, выше которого он значимо положительно связан с выраженностью депрессии.

4. Больные СД II типа наиболее часто используют преимущественно наименее адаптивные, затрудняющие осознание внутриличностных проблем, механизмы психологической защиты: «отрицание», «реактивные образования» и «проекция». Реже используется «вытеснение». При возрастании уровня алекситимии у больных СД II типа возрастает интенсивность использования «вытеснения», что увеличивает выраженность депрессии.

5. Больные ИПСД чаще используют неадаптивные копинг-механизмы в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Больные ИНСД чаще используют конструктивные копинг-стратегии в когнитивной и эмоциональной сферах, в поведенческой сфере у них преобладают неадаптивные или относительно адаптивные стратегии. Это указывает на дисгармоничность структуры стратегий совладания с хроническим эмоциональным напряжением у больных СД II типа.

6. У больных СД II типа в сравнении с больными СД I типа преобладает экстернальная направленность локуса контроля в отношении здоровья и болезни. У больных СД II типа чаще, чем при СД I типа, отмечается сочетание алекситимии и экстернальной направленности локуса контроля в отношении здоровья и болезни, что может рассматриваться как неблагоприятный фактор в развитии декомпенсированного течения СД II типа. У больных ИПСД показатели УСК ниже, чем при ИНСД. Снижение общей интернальности положительно связано с возрастанием в крови концентраций фибриногена,

холестерина и гликированного гемоглобина, а также возрастанием частоты и выраженности сосудистых осложнений СД.

7. В процессе межличностного взаимодействия больные ИНСД, в сравнении с больными ИПСД, демонстрируют более высокий уровень уверенности в своей положительной социальной репутации и склонность к подавлению агрессии

8. Снижение качества жизни пациентов ИПСД определяется прогрессирующим поздних диабетических осложнений. Отмечается значимая взаимосвязь снижения общего локуса контроля с самооценкой физического здоровья в структуре КЖ у больных СД II типа независимо от типа клинического течения. Повышение уровня алекситимии и депрессии снижает качество жизни больных СД II типа независимо от его клинического течения, при этом самооценка качества жизни у больных ИПСД снижается интенсивнее, чем у больных ИНСД.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Интегративные (психосоматические) аспекты развития сахарного диабета и его терапии // Интегративная медицина: Материалы II Национального конгресса.– СПб, 2005. – С. 39–41. (В соавт. с В.А. Винокуром).
2. Диагностика психологической защиты у больных сахарным диабетом II типа // Психология XXI века: Материалы международной научно-практической конференции «Психология XXI века». – СПб.: Изд. Санкт-Петербургского университета, 2005. – С. 95–97.
3. Психосоматическое значение алекситимии в развитии сахарного диабета // Ананьевские чтения – 2005: Материалы международной научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2005». – СПб, 2005. – С. 262–264. (В соавт. с В.А. Винокуром).
4. Депрессивные расстройства и алекситимия в механизмах декомпенсации сахарного диабета // Депрессивные расстройства в общемедицин-

- ской практике. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2005. – С. 13–15. (В соавт. с В.А. Винокуром).
5. Механизмы включения алекситимии в развитие сахарного диабета // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – Том XIII, №1. – 2006. – С. 109–110. (В соавт. с В.А. Винокуром).
  6. Механизмы включения психологических факторов в патогенез сахарного диабета // Психосоматическая медицина – 2006: Сборник материалов I Международного конгресса. – СПб, 2006. – С. 54–55. (В соавт. с В.А. Винокуром).
  7. Влияние боли на качество жизни больных сахарным диабетом // Психосоматические аспекты боли в общемедицинской практике. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 20-21. (В соавт. с В.А. Винокуром).

Кошанская А.Г. Взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения: Автореф. дисс. ... канд.психол. наук / ГУ СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева Росздрава. – СПб., 2007. – 22 с.

Подписано в печать 25.12.2006. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева

Печать ризографическая.  
Заказ № 83. Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д.3, тел. 365-20-80