

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ. 2002

УДК 616.379-008.64-06:616.89]-07

М. Ю. Дробизев, М. Б. Анциферов, Е. В. Суркова, Т. А. Захарчук, О. Г. Мельникова, В. В. Шеблецов

ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВНаучный центр психического здоровья (дир. — акад. РАМН А. С. Тиганов).
Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

Отношение больных сахарным диабетом (СД) к лечению, которое существенным образом сказывается на исходах заболевания, формируется в результате влияния многих психологических и социальных факторов, а также сопутствующих психических расстройств. В числе последних чаще всего упоминаются тревожные и депрессивные состояния, причем связь их с отношением больного к лечению до настоящего времени остается предметом дискуссии. Целью настоящего исследования являлось уточнение взаимосвязи симптомов депрессии и тревоги, выявляемых у пациентов с СД, с их отношением к процессу лечения. Обследован 31 пациент с СД типов 1 и 2 (средний возраст $53,9 \pm 2,2$ года; средняя продолжительность заболевания $6,3 \pm 1,3$ года; средний уровень HbA_{1c} $8,4 \pm 2,2\%$). Результаты исследования свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных (29%) и тревожно-фобических (45%) расстройств у больных СД, а также о том, что эти расстройства ассоциируются с различными вариантами отношения к лечению. Проявлениям депрессии соответствуют фаталистический и врачебный типы локуса контроля в болезни (ЛКБ), кроме того, обнаруживается обратная связь с показателем самостоятельного типа ЛКБ. Такой тип отношения к лечению СД будет негативно сказываться на самостоятельных усилиях больного по достижению компенсации углеводного обмена, в частности в процессе обучения. В связи с этим целесообразно предвзвешивать интенсивные обучающие мероприятия лечением депрессивного состояния. Проявлениям тревоги соответствует самостоятельный тип ЛКБ, который не препятствует привлечению больного к активному участию в процессе контроля и лечения своего заболевания.

Medical compliance of patients with diabetes mellitus (DM) responsible in many cases for the disease outcome forms under impact of a number of psychological and social factors, concomitant mental illnesses. Among the latter most frequently were anxious and depressive states, but their relationship with patient's attitude to treatment remains disputable. To specify the relationship between symptoms of depression and anxiety, revealed in patients with diabetes mellitus, and their attitude to diabetic specific treatment. 31 patient with DM type 1 and 2 were examined (mean age - $53,9 \pm 2,2$ years, mean disease duration - $6,3 \pm 1,3$ years, mean HbA_{1c} level - $8,4 \pm 2,2\%$). The results of the study indicate a high rate of depressive states (29%) and anxious-phobic states (45%) in patients with DM and association of these disorders with different variants of attitude to treatment. Depression represents "fatalistic" and "medical" 'locus of control' (LOC). In addition feedback on independent LOC is discovered. Such type of attitude will negatively affect efforts of the patient of achieve carbohydrate metabolism compensation, e. g., in the educational process. Therefore, intensive education measures should be preceded by treatment of depression. Anxiety is represented by self-sufficient type of 'locus of control', which does not impede the patients active participation in the process of control and management of the disease.

Отношение больного сахарным диабетом (СД) к назначенному лечению оказывает существенное влияние на компенсацию углеводного обмена и другие клинические и метаболические показатели. В свою очередь такое отношение определяется рядом факторов, связанных с семейным окружением пациента [11, 18, 20], организацией лечебного процесса [16, 18], личностными особенностями пациентов [10], психотравмирующими событиями [21], а также сопутствующими психическими расстройствами [7, 9, 17]. При этом среди последних чаще всего упоминается о депрессивных и тревожных состояниях, распространенность которых у больных СД особенно высока и, по некоторым данным, достигает 41 и 49% соответственно [15], что в 8—10 раз превышает популяционные показатели.

Влияние этих психических расстройств на отношение больного к процессу лечения вплоть до настоящего времени остается предметом дискуссии. Так, в одних публикациях сообщается о нарушении пациентами с депрессивными и тревожно-фобическими состояниями терапевтических рекомендаций, что ассоциируется с плохой компенсацией углеводного обмена [7, 14]. В других представлены прямо противоположные данные. Утверждается, что у больных СД с сопутствующими депрессивными и тревожно-фобическими состояниями отмечаются большая комплаентность, лучшие показатели компенсации углеводного обмена [10, 19]. В связи с этим представляется актуальным уточнить взаимосвязь симптомов депрессии и тревоги, выявляемых у пациентов с СД, с их отношением к процессу лечения.

Материалы и методы

Для обеспечения репрезентативности выборки в исследование включали пациентов с верифицированным диагнозом СД в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся на прием к диabetологу в ЭНЦ РАМН. Из исследования исключали лиц с сопутствующей тяжелой психической (органические, включая симптоматические), психические расстройства, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) и соматической (за исключением патогенетически связанных с СД артериальной гипертензии, ИБС и т. д.) патологией.

В исследование включен 31 больной СД (24 женщины, 7 мужчин; средний возраст $53,9 \pm 2,2$ года). У 28 из них диагностирован СД типа 2 (15 получали пероральные сахарпонижающие препараты, 13 — инсулинотерапию), у 3 — СД типа 1. Продолжительность заболевания варьировала от 6 мес до 19 лет (средняя продолжительность $6,3 \pm 1,3$ года); средний уровень HbA_{1c} — $8,4 \pm 2,2\%$. Для психометрической оценки отношения пациента к процессу терапии использовали опросник локуса контроля в болезни (ЛКБ) [2, 3]. Как показали данные предшествующего исследования (факторный анализ, выполненный методом главных компонент с последующей Варимакс-ротацией), отношение больного СД к процессу лечения может быть описано в пределах 4 основных факторов (типов ЛКБ): фаталистического, самообвиняющего, врачебного, самостоятельного [1]. Первый из них — фаталистический — характеризуется представлениями о том, что улучшение состояния — дело случая, связанного с наследственными факторами, судьбой и т. д. Со-

ответственно отрицается и необходимость личного участия в лечебном процессе. Для второго — самообвиняющего — типа характерно стремление обвинять себя в возникновении соматического страдания. При этом возможность улучшения собственного состояния вообще не рассматривается. Третий тип — врачебный — является отражением позиции, предусматривающей полную перекладывание ответственности за лечебные мероприятия на врачей. При этом характерен отказ от самостоятельного участия в процессе лечения. Для четвертого — самостоятельного — типа ЛКБ характерна установка на соучастие в процессе лечения, на то, чтобы самостоятельно справиться с болезнью.

Для выявления симптомов психических расстройств использовали госпитальный опросник тревоги и депрессии (ГОТД) [22], который уже применяли при изучении и рассматриваемого контингента больных [12]. Этот опросник включает в себя 14 утверждений, сгруппированных в 2 шкалы по 7 утверждений в каждой. Считается, что сумма баллов по любой из шкал, превышающая 10, свидетельствует о наличии у больного невротического состояния (депрессивного и/или тревожно-фобического). Кроме того, набранная пациентом сумма баллов отражает выраженность у него симптомов депрессии и тревоги.

В дальнейшем проводили корреляционный анализ тесноты связей между индивидуальными для каждого больного факторными значениями факторов ЛКБ и показателями шкал ГОТД. Такой анализ осуществляли с помощью коэффициентов корреляции, полученных в результате множественной регрессии, в ходе которой факторные значения факторов ЛКБ выступали в качестве зависимых переменных, а показатели шкалы ГОТД — независимых. Статистический анализ осуществляли с помощью программы Statistica for Windows (StatSoft Inc. 1995).

Результаты и их обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о значительной распространенности депрессивных и тревожно-фобических расстройств у больных СД. Так, средний балл по шкале депрессии ГОТД составил $6,7 \pm 0,8$, тревоги — $10,0 \pm 0,9$. Более 10 баллов (т. е. выше граничного показателя) по шкале депрессии ГОТД набрали 9 (29%) пациентов, по шкале тревоги — 14 (45%). Результаты корреляционного анализа тесноты связей между показателями шкал ГОТД и факторными значениями факторов ЛКБ представлены в таблице.

Представленные в таблице данные свидетельствуют о наличии значимой положительной корреляционной связи между показателями шкалы депрессии ГОТД и факторными значениями факторов "фаталистический тип ЛКБ" и "врачебный тип ЛКБ" и отрицательной — с факторными значениями фактора "самостоятельный тип ЛКБ". Кроме того, выявлена значимая положительная корреляционная связь между показателями шкалы тревоги ГОТД и факторными значениями фактора "самостоятельный тип ЛКБ".

Результаты проведенного исследования соответствуют данным о высокой распространенности депрессивных и тревожных

Корреляционная матрица, полученная в ходе процедуры множественной регрессии

Показатель	Депрессия (ГОТД)	Тревога (ГОТД)	Фаталистический тип ЛКБ	Самообвиняющий тип ЛКБ	Врачебный тип ЛКБ	Самостоятельный тип ЛКБ
Депрессия (ГОТД)	1,00	0,064	0,48*	0,03	0,37*	-0,27*
Тревога (ГОТД)	0,064	1,00	0,10	-0,01	0,15	0,24*
Фаталистический тип ЛКБ	0,48*	0,10	1,00	0,00	-0,00	-0,00
Самообвиняющий тип ЛКБ	0,03	-0,01	0,00	1,00	-0,00	-0,00
Врачебный тип ЛКБ	0,37*	0,15	-0,00	-0,00	1,00	0,00
Самостоятельный тип ЛКБ	-0,27*	0,24*	-0,00	-0,00	0,00	1,00

Примечание. * — $p < 0,05$.

состояний у больных СД, представленным в ряде публикаций [8, 15]. Установлено, что симптомы депрессии и тревоги у больных СД ассоциируются с различными вариантами отношения к лечению. При этом обнаруживаются следующие закономерности. Проявлениям депрессии соответствуют фаталистический и врачебный типы ЛКБ. Кроме того, обнаруживается обратная связь с показателем самостоятельного типа ЛКБ. Очевидно, что такое отношение к терапии СД (основывающееся на фатализме, желании переложить ответственность за результаты лечения на врачей, отрицании самой возможности собственного участия в лечебном процессе) будет самым негативным образом сказываться на самостоятельных усилиях больного по достижению компенсации углеводного обмена. Проявлениям тревоги соответствует самостоятельный тип ЛКБ. Последний в наибольшей мере отвечает задаче привлечения больного к активному участию в процессе контроля и лечения своего заболевания.

Таким образом, результаты проведенного исследования не подтверждают мнения о том, что симптомы депрессии и тревоги одинаково неблагоприятно сказываются на отношении пациентов к терапии СД [14]. В соответствии с полученными данными, негативное воздействие на процесс лечения заболевания могут оказать прежде всего проявления депрессивного состояния. О неблагоприятном влиянии симптомов депрессии на отношение к лечению больных СД сообщается в ряде публикаций [12, 17]. При этом причины такого влияния рассматриваются, как правило, с психологических позиций ("эффективность стратегии совладания") [13] либо объясняются методологическими погрешностями больных при выполнении назначений [14].

Полученные в настоящем исследовании данные позволяют выдвинуть клиническую гипотезу, объясняющую негативное воздействие депрессивного состояния на процесс лечения СД. Действительно, в ряде исследований, выполненных в отделе по изучению пограничной психической патологии психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья (руководитель — акад. РАМН А. Б. Смулевич) РАМН, показано, что независимо от нозологической квалификации депрессии, манифестировавшей у больных с соматической патологией, на первый план в ее психопатологической структуре наряду с пониженным настроением (с аффектом тревоги, тоски) выдвигается чувство безнадежности, беспомощности перед заболеванием [4, 5]. Доминируют мрачные представления о неизлечимости болезни, бесперспективности лечения, необратимости нарушений деятельности внутренних органов и т. д. Очевидно, что такие проявления депрессии будут, скорее всего, предрасполагать к формированию фаталистического типа ЛКБ с отрицанием самой возможности соучастия в лечебном процессе. При этом следование терапевтическому режиму при СД становится трудновыполнимой задачей.

Выявленные ассоциации между симптомами тревоги и самостоятельным типом ЛКБ, в наибольшей мере соответствующим задаче привлечения больного к активному участию в лечебных мероприятиях, противоречат данным ряда публикаций, в которых сообщается о неблагоприятном влиянии рассматриваемых психопатологических проявлений на процесс компенсации углеводного обмена [7, 9]. Вместе с тем анализ этих литературных источников позволяет сделать вывод о том, что в цитируемых исследованиях рассматриваются прежде всего ипохондрические фобии. Их содержание тесным образом связано с лечебным процессом (страхи инъекций, крови, развития гипогликемии и т. д.). В настоящем исследовании с помощью соответствующей шкалы ГОТД фиксировались проявления невротической тревоги, которая, по данным некоторых авторов, у больных с соматическим заболеванием тесно связана с так называемыми нозогенными (порожденными болезнью) тревожными реакциями [6]. Для последних характерны страхи и опасения по поводу своего здоровья. Страшась ухудшения состояния или возможных осложнений, пациенты стремятся к установлению особого режима с распорядком дня, позволяющим выделить время для контрольных и лечебных мероприятий, строго придерживаются рекомендованной диеты. Они стараются вникнуть в сущность медицинских назначений и активно стремятся к их выполнению. Очевидно, что такие проявления тревоги будут скорее всего предрасполагать к формированию самостоятельного типа ЛКБ, отражающего установку на соучастие в процессе лечения. При этом следование терапевтическому режиму при СД может стать элементом привычного образа жизни.

Представленные результаты исследования позволяют высказать и некоторые практические рекомендации, касающиеся ведения больных СД с сопутствующими депрессивными и тревожными состояниями. Симптомы депрессии следует рассмат-

ривать в качестве относительного противопоказания к интенсивным обучающим мероприятиям, требующим от больного активного участия в лечебном процессе. Это, в частности, относится к обучению в группе. Целесообразно предварительно проводить лечение депрессивного состояния. Напротив, сопутствующие СД симптомы невротической тревоги не препятствуют восприятию пациентами рекомендаций, требующих соучастия пациентов в процессе терапии.

Выводы

1. Выявлена значительная распространенность депрессивных (29%) и тревожно-фобических (45%) расстройств у больных СД, обратившихся за амбулаторной помощью по поводу основного заболевания.

2. Установлено, что симптомы депрессии и тревоги у больных СД ассоциируются с различными вариантами отношения к лечению. Проявлениям депрессии соответствуют фаталистический и врачебный типы ЛКБ, проявлениям тревоги — самостоятельный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов М. Б., Дробизев М. Ю., Суркова Е. В. и др. // Пробл. эндокринол. — 2002. — № 4. — С. 23—27.
2. Бевз И. А. Внутренняя позиция пациента по отношению к болезни и выбор стратегии медицинского поведения (на модели ишемической болезни сердца): Дис. ... канд. психол. наук. — М., 1998.
3. Добровольский А. В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни (психологические и психопатологические проявления): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
4. Дробизев М. Ю. // Соврем. психиатр. — 1998. — № 2. — С. 28—31.
5. Смуглевич А. Б., Дробизев М. Ю. // Рус. мед. журн. — 1996. — Т. 4, № 1. — С. 4—10.
6. Смуглевич А. Б., Тхостов А. Ш., Сыркин А. Л. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1997. — № 2. — С. 4—9.
7. Berlin L., Bissler J. C., Eiber R. et al. // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20, N 2. — P. 176—178.
8. Coker A. O., Ohaeri J. U., Lawal R. A., Orija O. B. // E. Afr. Med. J. — 2000. — Vol. 77, N 1. — P. 42—45.
9. Green L., Feher M., Catalan J. // Diabet. Metab. Res. Rev. — 2000. — Vol. 16, N 4. — P. 287—293.
10. Lane J. D., McCaskill C. C., Williams P. G. et al. // Diabetes Care. — 2000. — Vol. 23, N 9. — P. 1321—1325.
11. Liakopoulou M., Alifleraki T., Katideniou A. et al. // Psychother. Psychosom. — 2001. — Vol. 70, N 2. — P. 78—85.
12. Lloyd C. E., Dyer P. H., Barnett A. H. // Diabet. Med. — 2000. — Vol. 17, N 3. — P. 198—202.
13. Macrodimitris S. D., Endler N. S. // Hlth Psychol. — 2001. — Vol. 20, N 3. — P. 208—216.
14. Mollema E. D., Snoek F. J., Ader H. J. et al. // J. Psychosom. Res. — 2001. — Vol. 51, N 5. — P. 665—672.
15. Peyrot M., Rubin R. R. // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20, N 4. — P. 585—590.
16. Piette J. D., Weinberger M., McPhee S. J. // Med. Care. — 2000. — Vol. 38, N 2. — P. 218—230.
17. Pouwer F., Snoek F. J. // Diabet. Med. — 2001. — Vol. 18, N 7. — P. 595—598.
18. Rubin R. R., Peyrot M. J. // Clin. Psychol. — 2001. — Vol. 57, N 4. — P. 457—478.
19. Thernlund G., Dahlquist G., Hagglof B. et al. // Acta Paediatr. — 1996. — Vol. 85, N 8. — P. 947—953.
20. Wearden A. J., Tarrier N., Davies R. // J. Psychosom. Res. — 2000. — Vol. 49, N 2. — P. 125—130.
21. Worrall-Davies A., Holland P., Berg I., Goodyer I. // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1999. — Vol. 8, N 1. — P. 11—16.
22. Zigmond A. S., Snaith R. P. // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361—370.

Поступила 19.03.02