

5. Журба Л. Т., Мاستюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М., 1981.
6. Ларюшкина Р. М., Жукова Т. П., Жаворонкова М. В., Пацация Е. К. // Материалы V конгресса педиатров России. — М., 1999. — С. 257.
7. Петеркова В. А., Безлепкина О. Б., Алексеева Р. М. Скрининг программа ранней диагностики и лечения врожденного гипотиреоза у детей: Метод. рекомендации. — М., 1996.
8. Сотникова Н. Я. // Актуальные вопросы эндокринологии: Тез. докл. 2-й Всероссийской науч.-практ. конф. — Пермь, 1999. — С. 83—84.
9. Суплотова Л. А., Губина В. В., Карнаухова Ю. Б. и др. // Пробл. эндокринологии. — 1998. — Т. 44, № 1. — С. 19—21.
10. Таранушенко Т. Е., Устинова С. И., Калюжная И. И. и др. // Современные проблемы педиатрии: Материалы VIII съезда педиатров России. — М., 1998. — С. 6.
11. Таранушенко Т. Е., Костюк А. К. // Материалы V конгресса педиатров России. — М., 1999. — С. 469.
12. Calaciura F., Mendorla G., Distefano M. et al. // Clin. Endocrinol. — 1995. — Vol. 43, № 4. — P. 473—477.
13. Delange F. // Thyroid. — 1998. — Vol. 8. — № 12. — P. 1185—1192.
14. Matsuura N., Konishi J. // Endocrinol. Jpn. — 1990. — Vol. 37, № 3. — P. 369—379.
15. Matsuura N., Harada S., Ohyama Y. et al. // Pediatr. Res. — 1997. — Vol. 42, № 2. — P. 214—218.
16. Montanelli L., Pinchera A., Santini F. et al. // Ann. Ist. Super. Sanita. — 1998. — Vol. 34 № 3. — P. 321—329.
17. Oakley G. A., Muir T., Ray M. et al. // J. Pediatr. — 1998. — Vol. 132, № 4. — P. 726—730.

Поступила 20.02.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2001

УДК 616.379-008-64:614.253.8:374

С. Д. Смирнов, Т. В. Корнилова, Е. В. Суркова, О. М. Двойнишникова, М. Б. Анциферов

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2; ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ¹

Факультет психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, Эндокринологический научный центр РАМН, Москва

Целью исследования было выделение у больных сахарным диабетом типа 2 психологических особенностей, которые определяют возможность принятия решения об адекватном характеру заболевания поведении и способность реализовать это решение. Обследованные больные сахарным диабетом ($n = 46$) обладали более слабой мотивацией достижения, имели более выраженную акцентуацию характера по показателю "застывание" и более низкий показатель "планирование" как составляющую стиля саморегуляции по сравнению с лицами без диабета ($n = 48$). При большей длительности заболевания значимо снижались показатели саморегуляции.

The aim of this study was detection of psychological features determining the ability of decision making on correct disease-related behavior and its realization in patients with type 2 diabetes mellitus. The examined diabetics ($n = 46$) had decreased achievement motivation, more expressed "sticking" accentuation of temper, and lowered "planning" value as a component of self-regulation style in comparison with non-diabetics ($n = 48$). Self-regulation parameters were significantly lowered in the patients with longer standing of diabetes.

Сахарный диабет (СД) является хроническим заболеванием, требующим от пациента существенных перемен образа жизни. Согласно современным подходам, основой лечения СД должно являться поддержание уровня гликемии, близкого к нормальному. Для этого пациент должен определенным образом модифицировать свое питание, иногда — режим двигательной активности, постоянно проводить самостоятельные измерения гликемии (глюкозурии). Последний процесс, называемый в диабетологии самоконтролем, не ограничивается лишь получением результатов. Пациент должен уметь на основании данных самоконтроля² внести поправки в лечебный режим, например, самостоятельно изменить дозу инсулина. Фактически больной становится полноправным участником лечебного процесса и, чтобы осуществлять его адекватно и эффективно, должен обладать значительными

знаниями и умениями. В настоящее время в диабетологии, как и в других областях медицины, при хронических заболеваниях широко применяется терапевтический обучающий подход [4, 6].

Обучение проводится в различных формах, например, в виде группового ("школы" больных диабетом) или индивидуального обучения; применяются различные его методы, в том числе с использованием видео- и компьютерной техники.

Вместе с этим результаты обучения далеко не всегда удовлетворяют врачей, несмотря на значительный накопленный опыт и совершенствование форм и методов обучения. Больные не только продолжают совершать ошибки в своих действиях в отношении диабета, но и, что значительно хуже, могут полностью отказываться контролировать свое заболевание и участвовать в лечебном процессе. Многие исследователи считают это следствием недостаточной интенсивности процесса обучения, его несовершенства, отсутствия преемственности подходов на разных уровнях медицинской службы, т. е. неких внешних причин. По мнению авторов, значительно больший вклад в данную ситуацию могут вносить причины внутреннего, психологического характера.

Проблема обучения больных поведению, которое обеспечивало бы поддержание компенсации СД, может быть условно разделена на 2 части: 1)

¹Работа выполнена при поддержке РГНФ (грант 01-06-00013а).

²Далее по тексту "самоконтроль" употребляется как психологический термин, означающий сознательный контроль личностью своего поведения и состояний, а также постановки и достижения целей.

усвоение и удержание в течение длительного времени необходимых для этого знаний и умений; 2) реализация этих знаний и умений в повседневной жизни. Во второй части в свою очередь могут быть выделены этап принятия больным решения об определенном поведении и этап воплощения принятого решения в жизнь. На всех перечисленных стадиях процесса может наблюдаться постоянная динамика в виде "прогресса", "стабилизации" и "регресса". Новое полученное знание может быть утеряно (забыто); принятое решение отменено, ценность достигнутой компенсации преуменьшена или даже отвергнута и затраченные на это большие усилия обесценены.

Понятно, что формальное обучение пациентов в виде простого предоставления им информации не может полностью решить задач формирования адекватного заболеванию поведения и тем более его долговременного поддержания. Для этого может потребоваться активное воздействие на личность, включая при необходимости психокоррекцию или психотерапию (индивидуальную или групповую). Уже сложившаяся система обучения больных диабетом предоставляет возможности совершенствования в этом направлении.

И обучение, и в еще большей мере психотерапия требуют учета как индивидуальных, так и групповых (возможно, свойственных большинству больных СД или их подгруппам, выделенным по признакам пола, тяжести или длительности заболевания, наличия сопутствующей патологии и др.) психологических особенностей.

Больные СД типа 2 относятся к категории лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, и в большинстве своем к категории лиц пожилого возраста. Вопрос о выделении специфичных для этой группы больных личностных особенностей регуляции поведения в отечественной психологической литературе до сих пор не обсуждался. Исследование психологических свойств больных СД типа 2, которые были бы более выражены у них, чем у лиц без диабета, и, возможно, их определенной взаимосвязи с клиническими и метаболическими параметрами представляет интерес в связи с большой распространенностью заболевания и перспективами повышения эффективности помощи больным.

При подборе методик для эмпирического исследования психологической сферы больных СД типа 2 мы исходили из предпосылок, изложенных в начале статьи, т. е. прежде всего попытались выделить те психологические особенности, которые определяют возможность принятия решения об адекватном характеру заболевания поведении и способность реализовать это решение.

На сам процесс принятия решения основополагающее влияние оказывает структура мотивационной сферы личности, для диагностики которой в нашем исследовании был использован "Определитель личностных предпочтений" А. Эдвардса, адаптированный на российской выборке одним из авторов статьи Т. В. Корниловой [1]. Дополнительно оценивали личностные свойства, проявляемые в процессах подготовки и реализации принятия решений, в качестве которых выступили "рациональ-

ность" и "склонность к риску", диагностируемые с помощью опросника ЛФР-25 (личностные факторы решений), разработанного и апробированного также Т. В. Корниловой [1]. Устойчивые способы достижения целей в типичных жизненных ситуациях определяются характером человека. Для оценки характерологических черт и типов акцентуации характера использовался опросник Х. Смишека [цит. по 5].

Поскольку управление заболеванием требует определенного уровня развития самоконтроля и саморегуляции, проводили диагностику особенностей самоконтроля по соответствующим психологическим шкалам с помощью опросника ССП (стиль саморегуляции поведения) [3].

Опираясь на эти методики, мы рассчитывали прежде всего оценить и проанализировать те личностные свойства, которые связаны с саморегуляцией и самоконтролем, а также совокупность психологических особенностей, специфичных именно для группы больных СД типа 2. В качестве сверхзадачи мы надеялись найти психологические черты, коррелирующие с клиническими и метаболическими характеристиками заболевания.

Материалы и методы

В исследовании использовали квазиэкспериментальный и психодиагностический методы.

Обследовано 46 больных СД типа 2 (из них 9 мужчин), проходивших обучение и стандартное клиническое обследование в Эндокринологическом научном центре РАМН. Возраст больных — от 43 до 75 лет ($62,5 \pm 7,5$ года), длительность заболевания — от 1 года до 15 лет. В группе не было пациентов с выраженными стадиями осложнений диабета и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые могли бы оказать значительное влияние на повседневную жизнь. Ни один из больных не получал инсулинотерапии. Группу контроля составили 48 добровольцев — лица без диабета, согласившиеся принять участие в обследовании по просьбе психологов. Группы были эквивалентными по половому составу, возрасту и уровню образования.

Психологические переменные тестировали с помощью следующих 4 вербальных методик: 1) "Личностного определителя А. Эдвардса", дающего количественные индексы глубинной мотивации, которые представлены далее в общем списке психологических переменных под № 3—10. Тестируемые виды мотивов базируются на классификации социогенных потребностей человека по Г. Мюррею; 2) опросника Смишека, диагностирующего акцентуации характера (№ 11—20);

3) опросника "Личностные факторы решений" (ЛФР), выявляющего личностные свойства, влияющие на регуляцию принятия решений и действий (№ 1—2);

4) опросника "Стиль саморегуляции поведения" (ССП), выявляющего общий показатель саморегуляции (№ 27) и его составляющие (№ 21—26).

Рациональность — склонность действовать и принимать решения на основе тщательного расчета, взвешивая все "за" и "против".

Список психологических переменных

X1 — рациональность	X15 — тревожность
X2 — готовность к риску	X16 — циклотимия
X3 — мотивация достижения	X17 — возбудимость
X4 — любовь к порядку	X18 — дистимия
X5 — автономность	X19 — демонстративность
X6 — самопознание	X20 — экзальтированность
X7 — доминирование	X21 — планирование
X8 — чувство вины	X22 — моделирование
X9 — стойкость в достижении целей	X23 — программирование
X10 — агрессивность	X24 — оценка результатов
X11 — гипертимность	X25 — гибкость
X12 — застревание	X26 — самостоятельность
X13 — педантичность	X27 — общий уровень саморегуляции
X14 — эмотивность	

Примечание. Смысл большинства переменных в первом приближении ясен из их названия (хотя и не совпадает полностью с общеупотребительным значением данных слов русского языка, — для уточнения см. соответствующие источники в списке литературы). Термины "мотивация достижения", "застревание", "эмотивность" и "экзальтированность" частично раскрыты в разделе "Обсуждение результатов". Краткое значение некоторых других терминов приводим ниже.

Автономность — стремление быть независимым в решениях и действиях.

Самопознание — в данном контексте имеется в виду склонность к поиску психологических причин в интерпретациях своих собственных действий и поведения других людей.

Доминирование — стремление оказывать давление на других людей, лидировать, указывать другим, как им следует себя вести в тех или иных ситуациях.

Гипертимность — постоянно повышенное настроение, хорошее самочувствие, высокая активность и некоторая "легковесность" (частая смена интересов, легкость установления и разрыва связей, беззаботность, неаккуратность, неспособность к упорной или монотонной работе).

Дистимия — почти полная противоположность гипертимности.

Циклотимия — пребывание в состоянии эйфории (как это свойственно гипертимному типу) чередуется с периодами подавленности и дисфории (что свойственно дистимическому типу). Продолжительность циклов у типичного циклотимика — несколько недель. Плохо переносят ломку жизненных стереотипов.

Возбудимость — выраженная импульсивность поведения, его определяемость не логикой, а влечением, инстинктом, неконтролируемым возбуждением; низкая терпимость.

Демонстративность (в крайних формах переходит в истероидность) — стремление к постоянному пребыванию в центре общественного внимания, склонность привлекать к себе это внимание и производить впечатление на других людей любыми средствами, включая вымысел и самовнушение.

Планирование — индивидуальные особенности целеполагания и осознанного планирования деятельности.

Моделирование — способность выделять значимые условия достижения целей, менять модели условий и планов при изменении обстоятельств.

Программирование — потребность продумывать способы достижения своих целей.

Данные обрабатывали с помощью статистической программы SPSS, (SPSS Inc., США) использовали *t*-критерий Стьюдента, дисперсионный анализ (ANOVA). Для выявления группировок психологических переменных применяли кластер-анализ. В кластер-анализе мерой связи между переменными выступал коэффициент корреляции, примененный к матрицам стандартизованных переменных (это преобразование необходимо в силу различий шкал измерения переменных). В качестве стратегии образования группировок была выбрана дивизимная (разделяющая), в соответствии с которой определяются центры, группирующие остальные переменные на основе оценки близости — дальности каждой из них к центру группировки. Кластер-анализ можно рассматривать как метод снижения размерности данных. Переменные, входящие в одну группировку (кластер), находятся друг к другу на более близком расстоянии, чем к любой переменной, вошедшей в другую группировку. Тем самым прием сопоставления попарных корреляций, отображающих связи между каждыми двумя переменными (используемый в корреляционном анализе), заменяется более целостной картиной — выделением групп переменных, которые связаны между собой сильнее, чем с любыми другими (в заданной матрице интеркорреляций). Данные в тексте и таблицах представлены в виде $M \pm \sigma$, где M — среднее арифметическое, σ — стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение

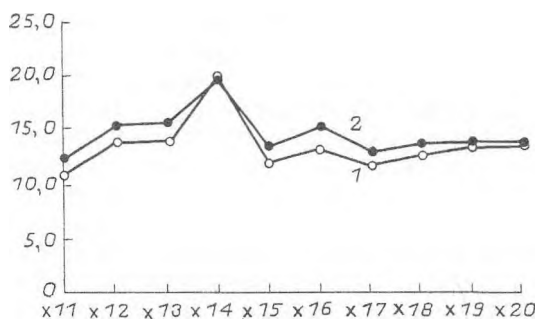
1. Результаты сравнения психологических профилей групп больных СД типа 2 и контроля.

1.1. Из 27 переменных психологического профиля только для 3 установлены статистически значимые различия между группами. Из мотивационных факторов это "мотивация достижения" (значим более низкий показатель в группе больных по *t*-критерию Стьюдента), из характерологических — склонность к "застреванию" (значим более высокий показатель в группе больных), из регуляторных — "планирование" (более низкий в группе больных) (табл. 1).

На основе этих результатов можно сделать заключение о том, что обследованные больные СД типа 2 не мотивированы на достижение высоких (по трудности) целей, у них снижен показатель соз-

Таблица 1
Различия психологических профилей больных СД и лиц контрольной группы ($M \pm \sigma$)

Психологическая переменная	Группа обследованных		<i>t</i>	<i>p</i>
	контрольная	больные СД типа 2		
Мотивация достижения	7,02 ± 2,13	5,8 ± 2,18	2,66	0,009
Застревание	13,77 ± 3,47	15,47 ± 3,29	2,36	0,019
Планирование	6,36 ± 2,05	5,54 ± 1,76	2,01	0,044



Сравнение психологических профилей лиц контрольной группы и больных диабетом (по опроснику Смишека).

1 — ряд 1; 2 — ряд 2.

По оси ординат — средние баллы по группе; по оси абсцисс — характерологические переменные.

нательного и самостоятельного планирования целей своей деятельности, планирование малореалистично; кроме того, они склонны к застреванию (см. раздел "Обсуждение").

1.2. Приводимый график (см. рис.) характерологических переменных (№ 11—20) по усредненным значениям двух групп испытуемых показывает также, что в целом все характерологические переменные имеют более высокие значения в группе больных, хотя статистически значимым различие является только для указанной переменной "застревание". Таким образом, можно говорить о более выраженных акцентуациях характера в обследованной нами группе больных.

2. Результаты дисперсионного анализа по группе больных диабетом

Другой способ обработки данных — дисперсионный анализ (ANOVA) — подтвердил представленные в табл. 1 различия между группами. Этот же способ был использован далее для более детального анализа внутригрупповых факторов, влияющих на психологические характеристики группы больных диабетом.

2.1. Межгрупповые различия по полу испытуемых статистически значимо определили разбросы по психологическим переменным (37 женщин и 9 мужчин).

Результаты вычисления F-критерия, представленные в табл. 2, свидетельствуют о том, что более низкие показатели акцентуаций характера у мужчин определили отсутствие статистически значимых различий между больными СД и лицами контрольной группы по этим двум переменным. Для женской части выборки больных "эмотивность" и "тревожность" следует рассматривать как статисти-

Таблица 2

Различия профилей личностных свойств между мужчинами и женщинами в группе больных диабетом

Психологическая переменная	F	p	Наибольший балл
Эмотивность	16,276	0,0001	у женщин
Тревожность	7,236	0,010	у женщин

Таблица 3

Влияние фактора длительности заболевания на показатели личностной саморегуляции в группах больных диабетом

Психологическая переменная	Результаты ANOVA		
	F	p	наибольший балл в группе с длительностью заболевания, годы
Моделирование	3,479	0,003	11, 4, 1
Программирование	3,209	0,004	1, 13
Оценка результатов	2,153	0,043	9, 6, 1
Гибкость	2,273	0,033	1, 3, 4
Общий показатель саморегуляции	3,543	0,002	1, 9, 13, 5

чески значимо более высокие показатели (наряду с указанными в предыдущем пункте).

2.2. Испытуемые были разделены на подгруппы по длительности заболевания СД от 1 года до 15 лет. Соответственно выделяли 15 уровней этого фактора. Согласно результатам ANOVA (вычисленные значения F-критерия представлены в табл. 3), фактор длительности заболевания статистически значимо определял вариабельность показателей по психологическим переменным, измеренным как свойства саморегуляции.

Группа с длительностью заболевания в пределах 1 года (в ней оказалась 1/3 выборки — 15 человек) по большинству показателей саморегуляции показала более высокие баллы согласно методике ССП. Индивидуальные различия частично представлены в колонке, демонстрирующей, что высокие результаты по саморегуляции могли характеризовать и больных с длительным стажем заболевания. Однако в целом по группе с большей длительностью заболевания значимо снижались показатели саморегуляции. В поведении это может проявляться в снижении адекватности прогноза свойств ситуаций, в затруднениях с выработкой способов достижения своих целей, в плохом учете обратных связей, в снижении гибкости самоконтроля. Таким образом, опросник для выявления свойств саморегуляции оказался весьма чувствительным для указанного фактора внутригрупповой вариабельности у больных диабетом.

Ни на одну из мотивационных тенденций (методика Эдвардса) фактор различий по длительности заболевания не влиял, как и на показатели "рациональности" и "рискованности" (методика ЛФР).

2.3. Индекс массы тела статистически значимо определял следующие психологические переменные, получившие более высокие баллы в группе больных СД.

Чем выше был показатель индекса массы тела, тем более были выражены "застревание" и рациональность и менее — автономность и циклотимичность (табл. 4).

2.4. По уровню гликированного гемоглобина (HbA_{1c}; норма до 6%) были условно выделены 2 группы: с адекватным (< 7,5%) и неадекватным (> 7,5%) гликемическим контролем (33 и 12 человек соответственно). Статистически значимым оказалось влияние компенсации углеводного обме-

Таблица 4

Влияние фактора индекса массы тела на психологический профиль больных СД

Психологическая переменная	F	p
Автономия (по Эдвардсу)	4,573	0,010
Рациональность (по опроснику ЛФР)	7,403	0,001
Застревание (по Смишеку)	3,754	0,016
Циклотимия (по Смишеку)	8,977	0,0001

на на показатель "застревание" (он был выше при неадекватном контроле):

$F = 7,389$, $p = 0,009$; на уровне тенденции — на показатель саморегуляции "самостоятельность": ($p = 0,054$).

3. Результаты кластер-анализа

Они позволили сравнить группировки психологических переменных в группах больных диабетом и контрольной.

Первоначально было выделено 4 класса — максимальное число для полученных матриц выборочных значений всех 27 переменных. Остановимся последовательно на интерпретациях оснований 4 полученных первоначально и 2 конечных группировок (в табл. 5 приведены номера психологических переменных, образующих кластер, или группировку).

Первый из 4 кластеров демонстрирует общность большинства его членов для обеих групп испытуемых, причем с четко интерпретируемым основанием: "рациональность" (X1) и "стойкость в достижении целей" (X9).

В эту же группу переменных вошло и большинство показателей саморегуляции (X21—X24). Этот самый большой кластер можно назвать "рациональная саморегуляция". При последующем разделении переменных на 2 кластера он в основном со-

Таблица 5

Распределение психологических переменных по группировкам (кластерам) в группах больных СД и контрольной

Число кластеров	№ группировки	Группа обследованных	
		больные сахарным диабетом типа 2	контрольная группа
4 группировки	1	27*, 1, 3, 9, 19, 21, 22, 23, 24, 25	27*, 1, 9, 12, 21, 22, 23, 24
	2	16*, 2, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 20	11*2, 6, 7, 8, 13, 16, 17, 19, 25
	3	18*, 4, 6, 15	4*, 3, 18, 20
	4	5*, 11, 14, 26	5*, 10, 14, 15, 26
2 группировки	1	1*, 4, 6, 9, 12, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24, 27	1, 3, 4, 5, 9, 12, 18, 21, 22, 23, 24, 27*
	2	2*, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 25, 26	19*, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 25, 26

Примечание. Звездочкой отмечены центры группировок; названия переменных даны в разделе "Материалы и методы".

храняется. Разница между группами контроля и больных СД в этом 1-м кластере (при разделении как на 4, так и на две группировки) связана с тем, что для лиц без диабета в качестве центральной переменной остается "общий индекс саморегуляции", а для больных диабетом центром становится показатель "рациональность".

Второй кластер — при разделении переменных на 4 группировки — имеет разные центры: "гипертимность" (X11) в группе контроля и "циклотимия" (X16) в группе больных. В обеих сравниваемых группах испытуемых по 5 переменных в группировке приходится на характерологические черты, т. е. этот кластер можно было бы назвать "характерологические свойства". При разделении на 2 группировки большинство этих переменных (8 и 7 соответственно) оказываются также во 2 кластере. Такое свойство личностной регуляции принятия решений, как "готовность к риску", выделяется из этого кластера в качестве центра 2-й группировки у больных диабетом. В этом особенность связей между разноуровневыми личностными свойствами: у больных диабетом они оказываются в конечном итоге сгруппированными вокруг показателей, диагностируемых как "личностные регуляторы принятия решений в обычных условиях жизнедеятельности" (методика ЛФР).

Кроме того, в этот же кластер у больных попадают те виды глубинной мотивации, которые связаны с ориентировкой не на достижение результатов в своей деятельности, а на взаимоотношения с другими людьми ("доминирование", "чувство вины", "агрессия"). То же можно сказать и об относимых сюда характерологических свойствах, связанных в этом кластере в первую очередь с самовыражением ("экзальтированность", "возбудимость" и в какой-то степени "циклотимия") или с неадекватной фиксацией на промежуточных средствах ("застревание", "педантичность").

Для контрольной группы этот 2-й кластер объединяется вокруг показателей "гипертимности" (X11 — центр группировки) и "склонности к риску", а также включает в себя индексы "самопознания" и "гибкости саморегуляции", что в целом свидетельствует о большей критичности и более высоком самоконтроле обследованных лиц без диабета в проявлении своих характерологических свойств (по сравнению с больными СД).

У больных мотивация "самопознания" попадает в 3-й кластер, центром которого выступает "дистимия", а в целом его основание можно назвать "тревожно-озабоченное самосознание". Наполовину совпадающий по составу 3-й кластер (2 из 4 переменных те же, что и у больных диабетом — это "любовь к порядку" и "дистимия") в группе контроля дополняется "мотивацией достижения" и "экзальтированностью". Последняя переменная присоединяется потому, что, как показывают попарные корреляции, в группе контроля "экзальтированность" просто не связана статистически значимо ни с какой другой переменной. Тем самым основание для объединения переменных в кластер у группы контроля становится иным — это мотивация "упорядочения своих дел и своих настроений".

Сходство членов 4-го кластера (X5 — "автономия", X14 — "эмотивность" и X26 — "самостоятельность") позволяет назвать его для обеих групп сходным образом: "переживание своей независимости" (для группы контроля) и "стремление к самостоятельности" (для больных СД).

Таким образом, при схожести 1-й группировки личностных свойств (с основанием "рациональная саморегуляция") обследованные группы выглядят достаточно разными по личностным свойствам, связанным со 2-й группировкой, которую также можно в конечном итоге рассматривать в качестве автономной сферы мотивационных и характерологических свойств.

Весьма важным и хорошо интерпретируемым фактом, полученным на основе сравнения психологических профилей группы контроля и больных СД типа 2, является статистически значимое различие в выраженности 3 из 27 измеренных переменных. Больные обладают более слабой мотивацией достижения, имеют более выраженную акцентуацию характера по показателю "застревание" и более низкий показатель "планирование" как составляющую стиля саморегуляции.

Чтобы понять взаимосвязь этих показателей и правомерность предлагаемой интерпретации, необходимо более подробно остановиться на понятии "застревание". Данный термин в качестве акцентуированной черты характера ввел К. Леонгард [2]. При сильной выраженности этой черты человек очень остро и долго переживает обиды и другие травмирующие и задевающие его самолюбие события, фиксируется (застраивается) на них. При неблагоприятных условиях и в случаях так называемого "отрицательного развития характера" могут нарастать подозрительность, злопамятность, мстительность, сутяжничество или даже развиваться паранойяльные состояния. Успех в этих случаях может породить заносчивость и самонадеянность. Длительное чередование успехов и неудач усиливает нарастание аффекта и неадекватные реакции на ситуации. Нельзя не отметить, что "застраивающий" тип личности, по Леонгарду, содержит в себе и возможности положительного развития характера, когда честолюбие становится движущей силой на пути к реальным жизненным достижениям и завоеванию признания со стороны других людей. Последнее же способствует изживанию накопленных аффектов и постепенной разрядке эмоционального напряжения.

Наблюдаемое у многих обследованных больных сочетание "застраивающей" акцентуации с ослаблением "мотивации достижения" (возможно, в силу многократных неудач и ослабления функции планирования, что делает неуспех еще более вероятным) не может не приводить к усилению данной акцентуации и ее развитию по отрицательному варианту. Интересно, что факторы компенсации углеводного обмена и индекса массы тела также значимо влияли именно на показатель "застраивания".

Неудачи самоконтроля могут проявляться у больных как в общем плане их жизнедеятельности — невозможности обеспечить себе оптимальный образ жизни, так и в более узком — невозможности добиться рекомендуемых показателей гликемии.

Цели самоконтроля субъективно воспринимаются как недостижимые или требующие чрезмерных усилий. При этом больные перестают рассматривать необходимые для самоконтроля усилия как осуществимые для себя лично, понимая в принципе важность самоконтроля при диабете. В результате у них развивается такой феномен, который психологи называют "выученной беспомощностью".

Иначе говоря, зафиксированные статистически значимые психологические особенности группового профиля больных СД типа 2 усиливают друг друга, образуя своего рода замкнутый круг, вырваться из которого без посторонней помощи больному не всегда возможно. Конечно, сказанное относится не ко всем больным в равной степени, так как весьма отчетливо проступают и внутригрупповые различия (см. раздел "Результаты"). Тем более можно определенно утверждать, что диагностирование в характере больного акцентуации "застревание" требует направить усилия на коррекцию мотивации достижения и развитие функции планирования. Ослабление негативных эффектов таких акцентуаций возможно на основе специализированной психологической помощи.

Обнаруженная при анализе межгрупповых различий более сильная выраженность у женщин по сравнению с мужчинами акцентуаций "эмотивность" и "тревожность" дополняют нарисованную выше картину новыми штрихами. Эмотивные личности обладают тонкой чувствительностью, способностью к сопереживанию и эмпатии³.

Их чувства имеют сильные внешние проявления и достигают большого накала в ответ на события, которые могут не оказаться столь эмоциогенными для других типов, за исключением разве что "экзальтированных" личностей, склонных к преувеличенным выражениям восторга или отчаяния. Характерная для "тревожного" типа повышенная настороженность к внешним обстоятельствам в сочетании с неуверенностью в собственных силах еще более расширяет число поводов для возникновения сильных эмоций. Таким образом, "зашкаливающие" эмоции — вторая явная цель для психологической помощи больным диабетом.

Более полную картину психологического профиля обследованной группы больных СД типа 2 позволяет представить информация о связях между отдельными показателями, которую дают результаты кластер-анализа. Этот метод позволил выделить более тесно связанные друг с другом группировки психологических свойств, характеризующих подструктуры личностной регуляции поведения, включая составляющие как мотивационной сферы, так и сознательной саморегуляции.

Различия в центрах группировок (при конечном разделении на 2 кластера) и интерпретируемых оснований связей между психологическими переменными (в каждом кластере) показывают, что у об-

³Эмпатия (вчувствование, сопереживание) — психологическая черта, основанная на способности хорошо понимать другого человека, проникаться его состояниями, мыслями и действиями, как бы отождествляя себя с ним.
Russia, 125315, Moscow, Chassovaya Str., 20.

следованных больных диабетом более выраженную роль играют характерологические черты, а компоненты саморегуляции отступают на второй план. Глубинные мотивы у них в большей степени объединены в структуры, связанные с "готовностью к риску" как личностным свойством при принятии решений, и с перечисленными выше акцентуациями характера. Особенности 2-й группировки психологических свойств у больных диабетом позволяют следующим образом интерпретировать особенности их личностной саморегуляции: больные как бы позволяют себе идти на поводу своих личностных свойств, выбирая недостаточно проверенные варианты решений. Значимым для них выглядит не столько собственно достижение целей (что требует активных усилий), сколько фиксация на демонстрации своих переживаний, своих взаимоотношений с другими; на средствах, а не на целях своей активности.

У лиц того же возраста без диабета, напротив, мотивационные и характерологические черты более четко соподчинены уровню сознательной саморегуляции; акцентуации же проявляются в той мере, в какой человеку свойственна "демонстративность" (X19 — центр 2-го кластера, см. табл. 5). Переживания больных в большей степени детерминированы образом своего "Я," а лиц без СД — успешностью достижения целей. Стремление к самостоятельности (в постановке целей, в делах и решениях) входит для больных в достаточно автономные подструктуры, слабо связанные с мотивационными переменными личностной саморегуляции, т. е. в них фиксируются известные аспекты рациональности поведения, а не реально значимые для них переживания. Таким образом, психологические профили двух групп репрезентируют как сходные (по 1-му кластеру), так и достаточно различающиеся типы личностной регуляции поведения.

Эти же данные свидетельствуют о том, что в 4 использованных психологических методиках следует учитывать 2 пласта свойств. Глубинная мотивация и характерологические черты испытуемых, выявляемые с помощью методик Эдвардса и Смишека, варьируют в сравниваемых группах не значительно. Эти стабильные характеристики оказываются, однако, по-разному структурированными в зависимости от особенностей самосознания (построения и актуального переживания образа своего "Я" и самоконтроля в организации своих действий), которые представляются двумя другими методиками — ЛФР и ССП. Эти 2 методики, диагностирующие показатели саморегуляции, могут быть использованы в дальнейшем для поиска сдвигов в изменениях образа "Я" и контроле своих действий, которые более репрезентативны именно с точки зрения обучения управлению диабетом. Последние 2 показателя названы более репрезентативными по следующим причинам. Во-первых, они выполняют роль центров группировки разноуровневых личностных свойств (по результатам кластер-анализа). Во-вторых, именно свойства саморегуляции проявили значимую зависимость от фактора длительности заболевания диабетом (согласно результатам дисперсионного анализа). При самых недавних сроках установления диагноза именно по этим по-

казателям (общий показатель саморегуляции и др. — см. раздел. "Результаты", 2.2) можно констатировать готовность больных к изменениям в контроле и управлении заболеванием.

Заключение

Кратко обобщая результаты проведенного исследования, можно сделать заключение о том, что наиболее существенным фактором, препятствующим адекватному характеру поведения при диабете, представляется значительное снижение у обследованных больных по сравнению с лицами без СД индекса "мотивации достижения", что может скорее всего проявляться в отказе от стремления к внешним показателям достижений. Если же к этому прибавляется и явное (статистически значимое) снижение показателей "планирования" как компонента саморегуляции, то в целом можно говорить о том слабом звене, которое отличает группу больных: восприятие себя как человека, не способного ставить и добиваться значимых целей, а главное, не планирующего серьезных достижений. Именно это искажение в психологической регуляции действий должно быть осознано больными как препятствующее достижению ими высокого уровня "качества жизни".

Другим важнейшим объектом потенциального психокоррекционного воздействия может стать повышенная аффективность, если в ходе обследования у больного выявляются такие акцентуации характера, как "застревание", "эмотивность", "экзальтированность", "дистимия" или "циклотимия". Хотя бы одна из этих акцентуаций обнаруживалась в нашей выборке практически у каждого больного. В большей же степени повышенная аффективность оказалась свойственна женщинам.

Таким образом, использованные психологические методики позволяют выявить те слабые звенья, которые пока не учитываются системой обучения больных диабетом, но в перспективе могут и должны подвергаться коррекции для обеспечения успешного контроля заболевания. При этом неправильно было бы ограничиваться рекомендациями для "среднетипичного" больного; следует стремиться к специальному психологическому обследованию, предваряющему процесс обучения и выбор адекватного плана обучения или психотерапевтического воздействия индивидуально для каждого больного.

Отечественный опыт взаимодействия врачей-эндокринологов и психологов пока не так велик. В то же время запрос специалистов в области обучения больных СД к психологам уже отчетливо сформировался. Изложенные в данной работе результаты представляются нам одним из первых, но вполне результативных шагов на пути создания оптимального пакета диагностических методик, а также поиска эффективных подходов в системе обучения больных СД с обязательным участием специалистов-психологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнилова Т. В. Диагностика мотивации и готовности к риску. — М., 1997.

2. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев, 1981.
3. Моросанова В. И., Коноз Е. М. // Вопр. психол. — 2000. — № 2. — С. 118—127.
4. Дедов И. И., Анцифоров М. Б., Галстян Г. Р. и др. — Обучение больных сахарным диабетом. // М., 1999.

5. Реан А. А., Лукин С. Е. Методическое руководство по исследованию типов акцентуаций. — СПб., 1997.
6. Lacroix A., Assal J.-Ph. Therapeutic Education of Patients. New Approaches to Chronic Illness. — Paris, 2000.

Поступила 06.04.01

♦ В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Е. А. ТРОШИНА, Ф. М. АБДУЛХАБИРОВА, 2001

УДК 616.154:577.175.44]-036.1

Е. А. Трошина, Ф. М. Абдулхабирова

СИНДРОМ ЭУТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ (EUTHYROID SICKSYNDROM)

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

При тяжелых соматических заболеваниях у лиц без сопутствующей патологии щитовидной железы могут выявляться изменения уровня тиреоидных гормонов. Данный феномен, который является своего рода адаптационной реакцией организма, получил название "синдром эутиреоидной патологии" (СЭП)¹. В основе развития СЭП лежит нарушение дейодирования тироксина в печени, увеличение или уменьшение связывания гормонов щитовидной железы с белками плазмы, нарушение секреции ТТГ.

Круг заболеваний, способных вызвать СЭП, достаточно широк. К ним относятся ИБС, заболевания печени, терминальные стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), травмы, психические стрессы, сепсис и др. Тяжесть основного заболевания, как правило, коррелирует с выраженностью изменений концентрации тиреоидных гормонов. К изменениям, регистрируемым при СЭП, относятся сдвиги в транспорте и метаболизме тиреоидных гормонов, в регуляции секреции ТТГ, а в некоторых случаях и в функционировании самой щитовидной железы.

В настоящее время выделяют 3 варианта СЭП: с нормальным уровнем T_4 ; с низким уровнем T_4 ; с повышенным уровнем T_4 .

В клинической практике основное значение имеет, во-первых, проведение дифференциального диагноза СЭП с истинной патологией щитовидной железы у лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями, а во-вторых, решение вопроса о медикаментозной коррекции СЭП.

Рассмотрим указанные выше варианты СЭП.

СЭП-1 (с нормальным уровнем T_4 , или "синдром низкого уровня T_3 ")

Выявляется снижение уровня общего и свободного T_3 в сыворотке крови при нормальном уровне T_4 , причем степень снижения содержания T_3 зависит от тяжести основного заболевания. Нарушение продукции T_3 обусловлено не только торможением активности печеночной 5'-дейодиназы, катализирующей образование T_3 из T_4 , но и уменьшением поступления T_4 в клетки [3]. Концентрация реверсивного T_3 в сыворотке крови увеличивается из-за снижения его клиренса из плазмы. В то же время клиренс T_4 из плазмы соответственно увеличивается. Концентрация ТТГ в сыворотке крови и реакция ТТГ на ТРГ остаются в норме².

¹В англоязычной литературе для обозначения этого синдрома используют термины "euthyroid sick syndrome" и "nonthyroidal illness", что создает определенные трудности при переводе.

²Обнаружение у пациента изолированного снижения уровня T_3 не может служить основанием для постановки диагноза гипотиреоза.

СЭП-2 (с низким уровнем T_4)

По мере увеличения тяжести заболевания снижаются уровни общего и свободного T_4 . Концентрация общего и свободного T_3 снижена в большей степени, чем при 1-м варианте СЭП. Нарастают нарушения связывания гормонов щитовидной железы белками плазмы. Ингибиторами связывания, по-видимому, являются цитокины (например, фактор некроза опухоли или интерлейкин-2). Уровень ТТГ может быть нормальным, но чаще оказывается сниженным, реакция ТТГ на ТРГ также может уменьшаться. Феномен неадекватно низкой секреции ТТГ при сниженном уровне T_3 и T_4 при данном варианте СЭП не совсем ясен. При дифференциальной диагностике СЭП-2 и вторичного гипотиреоза целесообразно определение уровня реверсивного T_3 , который нарастает при СЭП благодаря замедлению его метаболизма. При вторичном гипотиреозе уровень реверсивного T_3 снижается. При первичном гипотиреозе и сопутствующей тяжелой соматической патологии уровень ТТГ остается высоким.

СЭП-3 (с высоким уровнем T_4)

Редко встречающийся вариант СЭП. Чаще всего 3-й вариант СЭП наблюдается при острых психозах и заболеваниях печени, а также при различных острых патологических состояниях.

Выявляют повышенные уровни общего и свободного T_4 . Уровень ТТГ остается в норме, но в ряде случаев снижается. Дифференцировать СЭП-3 следует с тиреотоксикозом.

Основные различия вариантов СЭП представлены в табл. 1.

Дифференциальный диагноз СЭП нужно проводить с заболеваниями щитовидной железы, протекающими с нарушением ее функций. О наличии заболеваний щитовидной железы у лиц с тяжелой соматической патологией могут свидетельствовать следующие факторы: заболевания щитовидной железы в анамнезе; наличие зоба; облучение области головы и шеи в анамнезе; аутоиммунные заболевания; введение йодсодержащих контрастных веществ; прием амиодарона; прием дофаминиметиков, препаратов лития; терапия α -интерфероном, интерлейкином-2.

Таблица 1

Изменения уровня тиреоидных гормонов и ТТГ при различных вариантах СЭП

Признак	СЭП-1	СЭП-2	СЭП-3
T_3 (общий, свободный)	Снижен	Значительно снижен	Норма или повышен
T_4 (общий, свободный)	Норма	Снижен	Повышен
ТТГ	Норма	Норма или снижен	Норма или иногда подавлен
Реверсивный T_3	Повышен	Концентрация увеличивается	Норма