

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

С.Ю. Мухтаренко, Г.С. Бобушова, Т.М. Мураталиев, С.О. Федяй

Представлен материал по изучению распространенности тревоги и депрессии и их взаимосвязи с уровнем субъективного контроля личности в отношении здоровья у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Ключевые слова: тревога; депрессия; уровень субъективного контроля личности в отношении здоровья; сахарный диабет 2-го типа.

Сахарный диабет (СД) – самое распространенное эндокринное заболевание. В настоящее время СД становится все более медико-социальной проблемой, так как ведет к ранней инвалидности и повышению смертности среди населения, основной причиной которой являются поздние сосудистые осложнения.

СД является хроническим заболеванием, требующим от пациента существенных перемен в образе жизни. В настоящее время обучение больных СД методам самоконтроля стало одной из важнейших проблем современной клинической диабетологии. В последние годы в диабетологии широко применяется терапевтический обучающий подход [1, 2], однако результаты обучения не всегда удовлетворяют врачей, несмотря на значительный накопленный опыт и совершенствование форм и методов обучения [3]. Это является следствием не только недостаточной интенсивности процесса обучения, его несовершенства, отсутствия преемственности подходов на разных уровнях медицинской службы, т. е. неких внешних причин. Значи-

тельно больший вклад в данную ситуацию могут вносить причины внутреннего психологического характера [3]. В связи с этим весьма актуальной остается проблема изучения личностных факторов, влияющих на возникновение и течение заболевания и формирование комплаэнса, а также учет психопатологического статуса больных СД.

Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что наличие депрессии у больных СД является значимым и независимым неблагоприятным фактором развития и прогрессирования микрососудистых осложнений [4, 5]. Кроме того, по данным ряда авторов, депрессии могут играть значительную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД обоих типов [4, 6, 7]. Наличие сопутствующей депрессии препятствует адаптации больного, негативно влияет на комплаэнс, ухудшает выполнение лечебных рекомендаций, в том числе касающихся соблюдения диеты, проведения самоконтроля значимых клинических параметров [8].

Необходимо также отметить, что большинство медицинских рекомендаций в диабетологии требует активного участия пациента в процессе контроля лечения своего заболевания. Цели лечения, определяемые врачом, ставят перед пациентом ряд задач. Поэтому при планировании лечебных и обучающих программ у больных СД необходим учет такой психологической характеристики, как уровень субъективного контроля личности (УСК). Активная позиция пациента в отношении назначенного лечения определяется целым рядом психологических характеристик, к числу которых относится локус контроля в отношении здоровья [9].

Локус контроля в самом общем смысле характеризует убежденность человека в своей способности влиять на происходящие события и справляться с трудными жизненными ситуациями, в том числе с болезнями. Считается, что эта психологическая особенность определяет различные типы отношения к терапии заболевания в пределах континуума, ограниченного двумя полярными типами локусов контроля. При первом из них, свойственном экстеральному (внешнему) УСК, сама возможность эффективного лечения пациентом отрицается или ответственность за лечебный процесс полностью перекладывается на других лиц (чаще всего врачей). При втором, характерном для интернального (личного) УСК, процесс улучшения состояния здоровья рассматривается как результат своей собственной деятельности. Соответственно экстеральный тип УСК ассоциируется у больных СД с различными вариантами нарушения контрольного и терапевтического режима [10]. Напротив, интернальный тип УСК связан со стремлением пациента приблизить метаболические показатели к идеальным величинам [4].

В литературе последних лет встречаются работы по изучению локуса контроля в болезни у больных сахарным диабетом и выявлению взаимосвязи этого параметра с показателями тревоги и депрессии [11–13]. Так, по данным М.Ю. Дробижева и др. [13], симптомы депрессии и тревоги у больных СД ассоциируются с различными вариантами отношения к лечению. Проявлениям депрессии соответ-

ствуют фаталистический и врачебный типы ЛКБ, проявлениям тревоги – самостоятельный.

Цель исследования – изучить распространенность тревоги (Т) и депрессии (Д) и их взаимосвязь с уровнем контроля личности в отношении здоровья (УСКз) у больных СД 2-го типа.

Материал и методы. В исследование были включены 32 больных СД 2-го типа, госпитализированных в НЦКиТ: 16 (50 %) мужчин и 16 (50 %) женщин (средний возраст $54,9 \pm 7,2$ года) без сопутствующих тяжелых соматических (за исключением патогенетически связанных с СД артериальной гипертензии, КБС) и психических заболеваний. Все больные находились на диетотерапии и получали перорально сахароснижающие препараты. Скрининг симптомов тревожно-депрессивного регистра (ТДР) проводился с использованием опросника В.Н. Краснова [14]. Для диагностики Т и Д использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [15, 16], шкалу депрессии Бека (BDI) [17], тест Спилбергера для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности [18] и шкалу субъективного контроля личности в отношении здоровья (УСКз) методики УСК [19]. Результаты исследования обработаны стандартными методами статистики с использованием программ EXEL и STATISTIKA 6.0.

Результаты и их обсуждение. Данные анализа по опроснику В.Н. Краснова свидетельствовали о том, что практически у всех обследованных 32 больных СД 2-го типа отмечались те или иные симптомы ТДР. По этому опроснику 24 (75 %) пациента оценили свое состояние в момент обследования как удовлетворительное, 8 (25 %) – плохое.

Общий средний балл по шкалам использованных методик в группе больных СД 2-го типа представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, общий балл по показателю Т шкалы HADS указывал на умеренно выраженную степень тревоги, а показатель Д по этой шкале свидетельствовал об отсутствии симптомов депрессии, но приближался к показателю умеренной степени выраженности депрессии. В связи с тем, что результаты обследования по шкале HADS, наиболее

Таблица 1 – Средние значения по шкалам методики HADS, BDI, тесту Спилбергера, УСКз у больных СД 2-го типа, n = 32

HADS		BDI	Тест Спилбергера		УСКз
Т	Д		РТ	ЛТ	
9,47±2,64	7,93±3,49	15,97±7,32	48,91±10,45	52,78±9,63	2,95±3,58

Примечание: здесь и далее в таблицах 2–4: HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; BDI – шкала депрессии Бека; Т – тревога; Д – депрессия; РТ – реактивная тревожность; ЛТ – личностная тревожность; УСКз – уровень субъективного контроля личности в области здоровья.

часто применяемой в практике врачей-интернистов, могут быть больше использованы для оценки степени выраженности общего ди-стресса больных, а дифференцировать по ней депрессивное и тревожное состояние достаточно сложно [20], мы использовали также шкалу BDI и тест Спилбергера. Как видно из таблицы 1, общий балл по шкале BDI (с учетом включения 6 пациентов с отсутствием симптомов депрессии) составил $15,97 \pm 7,3$, что соответствовало верхней границе значения легкой степени депрессии. Показатели РТ и ЛТ теста Спилбергера указывали на высокую степень реактивной и личностной тревожности в общей группе обследованных больных СД 2-го типа. Значение показателя шкалы УСКз методики УСК было ниже по сравнению со среднестатистическим ($4,4 \pm 3,5$) и указывало на сдвиг в сторону экстернального типа отношения к здоровью.

Анализ результатов исследования с использованием шкалы депрессии Бека показал, что у 6 (18,75 %) пациентов отсутствовали симптомы депрессии, а у 26 (81,25 %) диагностировалась та или иная степень выраженности депрессивных симптомов (10 баллов и \geq). Результаты обследования по шкале BDI подтверждались данными клинического обследования с использованием МКБ-10.

Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI у больных СД 2-го типа представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, в данной группе обследованных больных преобладали пациенты с различной степенью выраженности симптомов депрессии.

Частота встречаемости различных степеней тревоги и депрессии по шкале HADS и реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера у больных СД 2-го типа представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Частота встречаемости различных степеней тревоги и депрессии по шкале HADS и реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера у больных СД 2-го типа, n = 32

Группы	HADS			Тест Спилбергера		
	Степень выраженности тревоги и депрессии	Тревога, n (%)	Депрессия, n (%)	Степень выраженности РТ и ЛТ	РТ, n (%)	ЛТ, n (%)
I	0–7 (отсутствие)	7 (21,9 %)	14 (43,75 %)	0-30 (низкая)	0 (0 %)	0 (0 %)
II	8–10 (умеренная)	16 (50 %)	8 (25 %)	31-45 (умеренная)	17 (53,12 %)	8 (25 %)
III	11 и \geq (выраженная)	9 (28,1 %)	10 (31,25 %)	46 и \geq (высокая)	15(46,88 %)	24 (75 %)

Таблица 4 – Средние значения по шкалам методики HADS, BDI, тесту Спилбергера в группах больных с интернальным и экстернальным типом УСКз, n = 23

№	Стены	HADS		BDI	Тест Спилбергера	
		T	D		РТ	ЛТ
I	5–10, n = 11	$9,91 \pm 1,83$	$6,36 \pm 2,60$	$15,82 \pm 8,14$	$52,18 \pm 12,68$	$54,27 \pm 12,42$
II	1–4, n = 12	$8,75 \pm 2,24$	$8,67 \pm 3,47$	$15,25 \pm 5,49$	$45,41 \pm 8,34$	$50,83 \pm 6,69$

Таблица 2 – Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI у больных СД 2-го типа, n = 32

Группы	Степень депрессии по BDI	Количество больных, n	%
I	0–9 (отсутствие)	6	18,8
II	10–15 (легкая)	10	31,2
III	16–19 (умеренная)	7	21,9
IV	20–29 (выраженная)	7	21,9
V	30–63 (тяжелая)	2	6,2

23 (71,9 %) пациента из общей группы обследованных больных ответили на вопросы шкалы УСКз методики УСК. У 11 (47,83 %) пациентов диагностировался среднестатистический (n = 6) или интернальный (n = 5) тип УСКз (5–10 стенов), у 12 (52,17 %) – экстернальный.

Для выявления взаимосвязи между показателями интернальности – экстернальности в отношении здоровья и показателями тревоги и депрессии по результатам использованных методик были выделены две группы больных в зависимости от значения показателя шкалы УСКз. В первую группу (I) вошли пациенты со среднестатистическим и интернальным типом отношения к здоровью (5–10 стенов), во вторую (II) – с экстернальным типом (1–4 стена). Данные анализа по результатам сравнения по шкалам использованных методик представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, достоверных различий между показателями тревоги и депрессии по шкалам использованных методик в группах больных с интернальным и экстернальным типом УСКз не выявлено.

Выводы

1. Отмечается высокая частота встречаемости депрессивных симптомов различной степени вы-

раженности по тесту BDI и реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера в данной группе обследованных больных СД 2-го типа, что необходимо учитывать при планировании лечебных и обучающих программ.

2. По результатам данного исследования шкала BDI является более адекватной для диагностики депрессии по сравнению с HADS у больных СД 2-го типа.

3. Отмечается высокая частота встречаемости (52,17 %) экстернального типа отношения к здоровью в данной группе обследованных больных СД 2-го типа.

4. Уровень субъективного контроля личности в отношении здоровья не оказывал влияния на выраженность тревожно-депрессивных расстройств в данной группе обследованных больных СД 2-го типа.

Литература

1. Дедов И.И. Обучение больных сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.Б. Анциферов, Г.Р. Галстян и др. М., 1999.
2. Lacroix A., Assal J. Ph. Therapeutic Education of Patients. New Approaches to Chronic Illness. Paris, 2000.
3. Смирнов С.Д. Психологические особенности больных сахарным диабетом типа 2: проблемы терапевтического обучения / С.Д. Смирнов, Т.В. Корнилова, Е.В. Суркова и др. // Проблемы эндокринологии. 2001. № 6. С. 27–34.
4. Reynaert C., Janne P., Donckier J. et al. Locus of control and metabolic control Diabete Metal, 1995, Jun 21; 3: 180–187.
5. Сапожникова И.Е. Частота и особенности депрессивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / И.Е. Сапожникова, Е.И. Тарловская, А.А. Соболев и др. // Клиническая медицина. 2010; 3: 43–46.
6. Lloyd C.E., Matthews K.A., Wing R.R. et al. Psychosocial factors and complications of IDDM: the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications: Study VIII. Diabetes Care, 1992; 15: 166–172.
7. Pouwer F., Snoeck F.J. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. Diabete Med, 2001; Jul 18 (7): 595–598.
8. Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E. et al. Depression and poor glycaemic control: a meta-analytic review of the literature. Diabetes Care, 2000; 23 (7): 934–942.
9. Двойнишникова О.М. Факторы эффективности обучения больных сахарным диабетом / О.М. Двойнишникова, Е.В. Суркова, М.Ю. Дробижев и др. // Проблемы эндокринологии. 2003; 5: 51–55.
10. Peyrot M., Rubin R.R. Structure and correlates of diabetes-specific locus of control. Diabetes Care, 1994, Sep., 17; 9: 994–1001.
11. Суркова Е.В. Значение некоторых психологических факторов в контроле и лечении сахарного диабета / Е.В. Суркова // Проблемы эндокринологии, 2004; 1: 44–47.
12. Анциферов М.Б. Локус контроля больных сахарным диабетом. Объективная оценка субъективного отношения к лечению / М.Б. Анциферов, М.Ю. Дробижев, Е.В. Суркова и др. // Проблемы эндокринологии. 2002. № 4. С. 232–27.
13. Дробижев М.Ю. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств / М.Б. Анциферов, М.Ю. Дробижев, Е.В. Суркова и др. // Проблемы эндокринологии. 2002. № 5. С. 37–39.
14. Васюк Ю.А. Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тианептином / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев, Т.В. Довженко и др. // Терап. архив. 2010. № 10. С. 28–33.
15. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983; 67: 361–370.
16. Michopoulos I., Douzenis., Kalkavoura Ch. et al. Hospital Anxiety and Depression scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample // Annals of General Psychiatry. 2008; 7: 4 doi 10.1186/1744–859 x-7-4.
17. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An Inventory for Measuring Depression // Arch. Gen. Psychiat. 1961; 4: 561–571.
18. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. Л.: ЛНИИ-ТЕК, 1976. С. 18.
19. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК): методические рекомендации. М., 1984. С. 22.
20. Цыганков Б.Д. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / Б.Д. Цыганков, Я.В. Малыгин, Ю.В. Добровольская и др. // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 6. С. 91–94.