

УДК (616.379-008.64:617.586):616.8-085.851.2

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

О.А. Исаченкова, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии

Автором в статье представлена гипотеза, согласно которой у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) имеются серьезные нарушения в эмоционально-личностной сфере, что отражается на самочувствии и поведении больных и негативно влияет на течение основного заболевания. Эти нарушения нуждаются в психологической коррекции. Наиболее адекватным методом для этого является аутогенная тренировка (АТ). Оценке её эффективности в коррекции нарушений психологического статуса у больных с СДС и посвящено настоящее исследование.

There is presented by the author hypothesis according to which there are serious abnormalities in emotional-personal sphere of the patients with the diabetic foot syndrome (DFS), this is reflected on state of health and behavior of the patients and negatively influence on main clinical course. These abnormalities are in need of psychological correction. The most adequate method is autogenic training (AT). The present research is devoted to its effectiveness in correction of abnormalities of psychological status of the patients with DFS.

В последнее время отмечается неуклонный рост психосоматических заболеваний, среди которых сахарный диабет 2-го типа занимает одно из ведущих мест. Количество больных сахарным диабетом в мире неуклонно растет, причем возрастной порог его снижается, а главное в достаточно короткие сроки развиваются тяжелые осложнения в виде диабетических микро- и макроангиопатий, приводящие больных к глубокой инвалидизации. Одним из серьезных осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). Суть его заключается в том, что диабетическая ангио- и нейропатия приводят к трофическим нарушениям тканей стопы и при её даже незначительной травматизации возникают тяжелые гнойно-септические осложнения. Это заболевание трудно поддается лечению, ограничивает двигательную активность, усугубляет и до того нарушенный психологический статус больных.

Как известно, развитию сахарного диабета способствуют не только различные вредные факторы и нерациональное питание, но и нарушения в психической сфере. Эмоциональный стресс, внутриличностные и межличностные конфликты, фрустрированность эмоций и потребностей, отсутствие любви и теплых доверительных отношений, личностные особенности в виде повышенной тревожности и страха способствуют хронизации психического напряжения, которое в дальнейшем при соответствующей физиологической уязвимости может привести к развитию сахарного диабета. В свою очередь сахарный диабет ещё больше усугубляет психические нарушения вплоть до развития астеноневротического, тревожно-депрессивного и др. синдромов. Возникает порочный круг, без разрыва которого невозможно успешное лечение этого заболевания.

Нами была выдвинута гипотеза, согласно которой у больных с СДС имеются серьезные нарушения в эмоционально-личностной сфере, что отражается на самочувствии и поведении больных и негативно влияет на течение основного

заболевания. Эти нарушения нуждаются в психологической коррекции. Наиболее адекватным методом для этого, по нашему мнению, является аутогенная тренировка (АТ). Оценке её эффективности в коррекции нарушений психологического статуса у больных с СДС и посвящено настоящее исследование.

Исследование проведено на 40 больных с СДС, среди них было 24 женщины и 16 мужчин. Возраст больных составил от 23 до 73 лет. Для оценки нарушений психологического статуса мы использовали тест Спилбергера, госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу самооценки тревоги Цунга, опросник locus-контроля, методику экспресс-диагностики невроза Хека-Хесса, Торонтскую шкалу алекситимии, цветовой тест Люшера. Последний является проективным методом и исключает возможность сознательного влияния больного на результаты исследования. Для изучения внутренней картины болезни использовался личностный опросник Бехтеревского института. Кроме того, нами были исследованы и физиологические параметры. Это индекс напряжения Сидоренко-Баевского, определяемый методом вариационной пульсометрии, являющийся интегральным показателем психофизиологического напряжения организма и характеризующий также степень развития автономной кардиальной нейропатии и уровень фруктозамина, отражающий степень колебания уровня глюкозы крови в течение последних 3 недель.

В результате проведенных исследований выявлено, что у больных с СДС имеются выраженные нарушения эмоционально-личностной сферы в виде повышенной тревоги, депрессии (таблица 1), невроза. Существенной разницы этих показателей по возрасту мы не выявили, а вот по полу более высокие значения их отмечены у женщин. Более чем у половины больных выявлены выраженные признаки алекситимии. Это состояние, связанное с затрудненным осознанием и выражением эмоций и, по мнению ряда авторов, может



способствовать развитию психосоматических заболеваний (таблица 2). По данным теста Люшера у многих больных имелось стрессовое состояние, негативизм к происходящему, ощущение безысходности и страха перед будущим. Интересно отметить, что у некоторых больных имелось расхождение результатов проективных и непроективных методов. Оно выражалось в том, что в проективных методах результаты были значительно хуже, чем в непроективных. Это может свидетельствовать о сознательном утаивании негативных чувств – создает дополнительное психическое напряжение, что подтверждается высокими значениями индекса напряжения Сидоренко-Баевского у этих больных. Кроме того, у многих больных с СДС наблюдалось снижение общего уровня субъективного контроля, а также контроля в отношении своего здоровья и происходящих жизненных неудач (таблица 3). Это отражалось и на внутренней картине болезни, в которой преобладали патологические типы реагирования на свое заболевание, а именно неврастенический, тревожный, обсессивно-фобический, сензитивный, апатический и др. Все это способствовало неблагоприятному течению основного заболевания и низкому качеству жизни этих больных.

С целью коррекции выявленных нарушений мы проводили АТ с элементами внушения и самовнушения по методу Эриксона. Сначала вводили больных в состояние расслабления, затем путем внушения чувства тяжести и тепла способствовали улучшению кровообращения и обмена веществ. Далее проводили внушение и самовнушение позитивных установок, направленных на выздоровление и выработку адаптивного поведения в отношении себя и своего заболевания. Обучающий курс состоял из 10 занятий. За это время больные осваивали основные механизмы психофизиологической саморегуляции и в дальнейшем могли заниматься самостоятельно.

Таблица 1. Уровень тревоги и депрессии у больных с СДС

Психологические параметры и используемые методики	Больные с СДС	Норма
ТРЕВОГА		
Тест Спилберга Личностная	46,3±3,8	<30
Ситуативная	54,3±4,6	<30
ТРЕВОГА		
Шкала Цунга для самооценки тревоги	43,3±3,1	<35
ТРЕВОГА		
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	9,0±1,1	<6
ДЕПРЕССИЯ		
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	9,1±1,3	<6

Таблица 2. Самочувствие, настроение, выраженность невроза и алекситимии у больных с СДС

Психологические параметры и используемые методики	Больные с СДС	Норма
НЕВРОТИЧНОСТЬ		
Методика экспресс-диагностики невроза Хека-Хесса	28±1,5	<24
АЛЕКСИТИМИЯ		
Торонтская шкала алекситимии	73±3,8	<64
САМОЧУВСТВИЕ, НАСТРОЕНИЕ		
Цветовой тест Люшера	Я сейчас 12±1,3	<10
	Я в будущем 13±1,2	<10

После курса аутогенной тренировки вновь исследовали психологический статус больных.

Таблица 3. Внутренняя картина болезни и уровень субъективного контроля у больных с СДС

Психологические параметры и используемые методики	Больные с СДС	Норма
УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ		
Опросник locus-контроля		
Общий	21,2±1,1	>25
Здоровья	1,1±0,5	>3
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ		
Личностный опросник Бехтеревского института	Тревожный	Гармоничный
	Неврастенический	
	Обсессивно-фобический	
	Ипохондрический неврастенический	

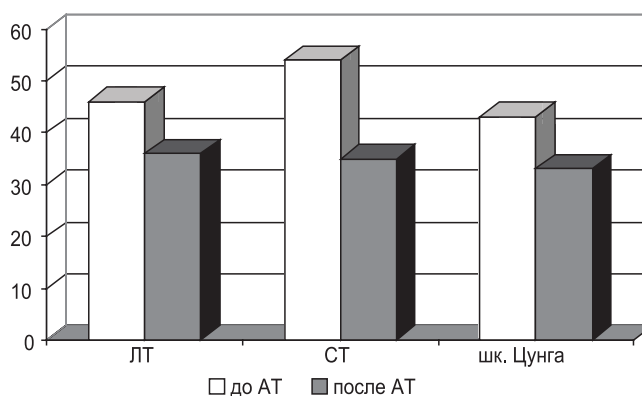


Рис. 1. Динамика уровня тревоги у больных с СДС в процессе АТ.

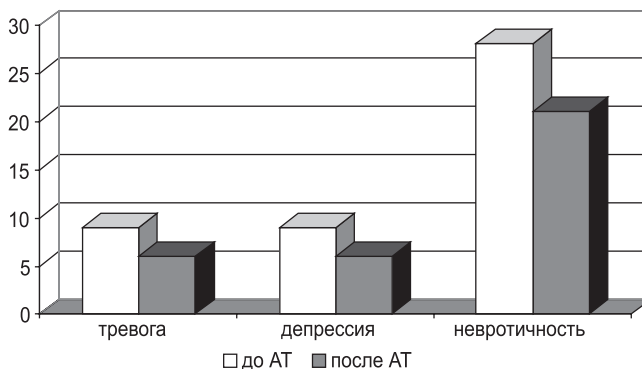


Рис. 2. Динамика уровня тревоги, депрессии и невротичности у больных с СДС в процессе АТ.

В результате проведенных исследований выявлено, что после проведения АТ у больных с СДС снижаются показатели тревоги. По тесту Спилберга выявлено снижение как ситуативной, так и личностной тревожности (рис. 1). Причем в большей степени снижалась ситуативная тревожность, не затрагивающая глубинных личностных нарушений. Кроме того, в процессе аутотренинга наблюдалось снижение уровня депрессии и невроза (рис. 2). По данным теста Люшера выявлялось улучшение самочувствия и настроения, снижение стрессового напряжения, появление уверенности в будущем (рис. 3). У многих больных повышался общий уровень субъективного контроля, а также уровень контроля своего здоровья и происходящих жизненных неудач. Все это сопровождалось гармонизацией внутренней картины

болезни, в которой, по нашим данным, уменьшилось количество патологических типов реагирования и преобладающим стал гармонический тип отношения к своему заболеванию (таблица 4).

Таблица 4. Динамика внутренней картины болезни у больных с СДС в процессе АТ

Тип реагирования	До АТ	После АТ
Тревожный	65	22
Неврастенический	53	20
Обсессивно-фобический	25	12
Ипохондрический	25	10
Сензитивный	32	11
Апатический	25	3
Эгоцентрический	17	4
Эргопатический	10	15
Гармоничный	5	46

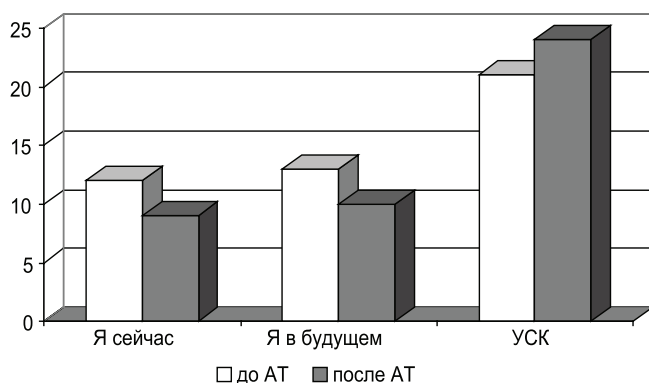


Рис. 3. Динамика самочувствия, настроения и уровня субъективного контроля у больных с СДС в процессе АТ.

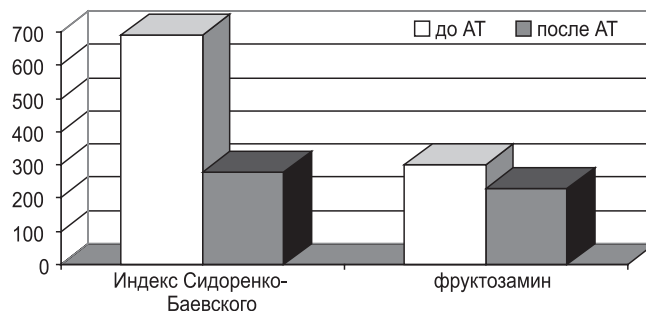


Рис. 4. Динамика физиологических показателей у больных с СДС в процессе АТ.

После комплексного лечения больных с использованием АТ нами выявлено также значительное улучшение и физиологических показателей, а именно, снижение индекса напряжения Сидоренко-Баевского и уровня фруктозамина крови (рис. 4).

Таким образом, включение психокоррекционных методов в (в частности аутогенной тренировки) в комплексное лечение больных с СДС способствует стабилизации их эмоционально-личностной сферы, а именно снижению тревоги, депрессии, невроза, актуализации личностных резервов в виде повышения общего уровня субъективного контроля, а также уровня контроля в отношении своего здоровья и происходящих жизненных событий. В процессе АТ улучшается настроение и самочувствие больных, растет их активность и желание в изменении течения своего заболевания. Это сопровождается гармонизацией внутренней картины болезни, нормализацией физиологических показателей, улучшением течения основного заболевания и качества жизни этих больных.