

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**Е.В.ЕЛФИМОВА**

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН. Москва, 117419, ул. Донская, 43

Изучалась внутренняя картина болезни (ВКБ) у 150 больных сахарным диабетом (СД). Выявлено, что у больных СД типа 1 ведущую роль играли мотивационный и интеллектуальный уровни ВКБ, у пациентов СД типа 2 - эмоциональный и сенситивный. Учет полученных в результате экспериментально-психологического обследования данных о ВКБ больных СД необходим при выборе методов психокоррекции, для налаживания сотрудничества врача и пациента в ходе лечения.

Современная трактовка этиологии и патогенеза сахарного диабета (СД) неоднозначна. Роль психогенного фактора в возникновении и течении этого заболевания, а также возникающих на его фоне психических нарушений давно привлекали внимание исследователей. Взгляды ученых на многие аспекты данной проблемы нередко отличаются противоречивостью, а вопрос о роли психогенного фактора в этиопатогенезе СД является наиболее дискуссионным и наименее изученным. «Сознание и чувство болезни» при соматических заболеваниях «имеют огромное значение для поведения соматически больного, а, следовательно, и для течения болезни» [4]. На адаптацию к заболеванию могут влиять сама болезнь, преморбидные особенности личности, личная ситуация, степень поражения того или иного органа. Как правило, начало СД развивается на выраженном астеническом фоне, который впоследствии становится «стержневым» синдромом [2] на всех этапах заболевания, подвергается усложнению, обрастает новой симптоматикой. Роль личностных факторов в процессе развития болезни различна. Так, на начальных этапах заболевания они играют ведущую роль. По мере прогрессирования СД, развития на его фоне психоорганического синдрома уменьшается личностная специфичность, нарастают ригидность, эмоциональная уплощенность, апатия. На всех этапах развития болезни важную роль играет «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Как известно, под ВКБ подразумевают "все то, что переживает и испытывает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм" [5]. При изучении ВКБ мы основывались на разработанных в психологии представлениях о внутренней картине болезни как о сложном многоуровневом образовании, в структуре которого находят отражение болезненные ощущения, испытываемые человеком (сенситивный уровень), его знание о болезни и ее последствиях (интеллектуальный уровень), эмоциональные реакции на болезнь и ее последствия (эмоциональный уровень) и изменения жизненной перспективы в связи с болезнью (мотивационный уровень) [1, 3].

С целью изучения ВКБ у больных СД обследовано 150 больных СД. 58 пациентов страдало СД типа 1 и 92 - СД типа 2. Анализ структуры ВКБ, ее отдельных уровней показал, что их соотношение у больных СД типа 1 (I группа) и у больных СД типа 2 (II группа) было неравнозначно.

Изменение эмоционального состояния обследованных больных изучалось с помощью вопросников Айзенка и Тейлор. Было выявлено, что средние показатели фактора "невротизм" в обеих группах были высокими, однако этот фактор достоверно (при $p < 0,01$) был выше у больных II группы (19,1 ед.) по сравнению с больными I группы (17,2 ед.) (норма - 8-15 ед.), при показателях экстраверсии и интраверсии - соответственно 14,2 и 7,6 ед. (норма - 8-15 ед.).

Средний показатель уровня тревоги по вопроснику Тейлор также был достоверно (при $p < 0,01$) выше у пациентов II группы (28,1) по сравнению с больными I группы (22,8) при высоком среднем показателе уровня тревоги в обеих группах. При этом у больных, страдающих СД типа 1, социальная тревога составляла 78,6% от максимально возможной, нервная - 33,8%, соматическая - 30%, а у пациентов с СД типа 2 - 85,7%,

37,7%, 61% соответственно, что свидетельствует об озабоченности социальными проблемами пациентов обеих групп и большей обеспокоенности своим заболеванием больных, страдающих СД типа 2.

Кроме того, прослеживалась определенная закономерность в изменении уровня тревоги в зависимости от длительности заболевания.

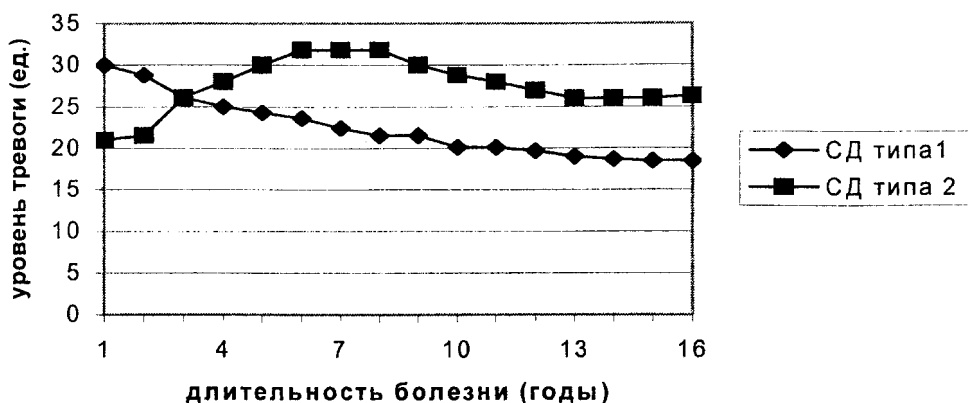


Рис. 1. Зависимость среднего показателя уровня тревоги от длительности заболевания у больных СД типа 1 и типа 2.

Как видно из рис. 1, уровень тревоги был наивысшим у больных СД типа 1 в течение первого года болезни, затем прослеживалась некоторая тенденция к его снижению. При длительности заболевания свыше 3 лет регистрировался уже средний уровень тревоги. Такая динамика, видимо, была связана с тем, что диагностика сахарного диабета, который дебютировал у больных данной группы остро, нередко гипергликемической комой, и назначенная "пожизненно" инсулинотерапия выступали в качестве сильного психотравмирующего фактора, что и обусловило высокий уровень тревоги на начальных этапах болезни. В дальнейшем проходила не только адаптация больных к заболеванию и лечению, но и так называемая соматизация тревоги. При этом уровень тревоги был достоверно ниже ($p < 0,05$) у хорошо обученных больных, прошедших "Школу диабета".

Совершенно иная картина наблюдалась у пациентов II группы. Постепенное или бессимптомное (диабет обнаруживался случайно) начало заболевания, отсутствие "вitalности" приводили к гипонозогнозии у пациентов СД типа 2 на начальных этапах болезни. Однако утяжеление соматического состояния, госпитализации и общение с более тяжелыми больными приводили к появлению страхов за свою жизнь, за появление тяжелых осложнений диабета, за назначение инсулинотерапии (т.е. происходило внешнее нарастание витальности, что, в свою очередь, в значительной степени увеличивало тревожность, которая была максимальной при длительности заболевания 6-8 лет. При длительности болезни свыше 10 лет отмечалось некоторое уменьшение уровня тревоги, вероятно, также за счет ее соматизации, который, тем не менее, оставался высоким.

Таким образом, эмоциональный уровень ВКБ у больных обеих групп был разработан достаточно полно. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что он более выражен у больных II группы.

Изменение иерархии мотивов в связи с заболеванием наглядно проявилось в методике незаконченных предложений и в тех пояснениях, которые давали больные, заполняя вопросники Айзенка и Тейлор (несмотря на наши инструкции давать в вопросниках односложные ответы). Анализ полученных данных показал, что у больных первой группы этот уровень ВКБ являлся более выраженным ($p < 0,01$). Так, у больных СД типа 1 во время декомпенсаций диабета значительно возрастало время, которое они отводили

время декомпенсаций диабета значительно возрастало время, которое они отводили на заботу о своем здоровье (приготовление специальной пищи, регулярный - по часам ее прием и введение инсулина, самоконтроль гликемии, уход за кожей и т.д.) и на отдых. Вместе с тем, сокращалось время, уделяемое домашнему хозяйству, учебе, работе, общению с друзьями, посещению театров. Так, 34 больных (58,6%) I группы закончили предложение "моя болезнь" словами "это образ жизни", а 18 человек (31%) считали, что "нарушение режима при их заболевании чревато большими осложнениями и даже смертью"; 50 пациентов (86,2%) отмечали, что самым неприятным при диабете является необходимость соблюдать строгий режим и следить за своим здоровьем. Следует отметить, что изменение иерархии мотивов у женщин, страдающих СД типа 1, нередко приводило к внутрисемейным конфликтам с мужем, родителями, взрослыми детьми. Так, пациентки давали следующие ответы на незаконченные предложения: "когда я заболеваю, моя семья..." "переживает, так как некому готовить еду", "когда я заболеваю, мой муж заставляет выполнять в прежнем объеме работу по дому". Подобные особенности мотивационного уровня у женщин, страдающих СД типа 1, учитывались в дальнейшем при проведении семейной психотерапии.

У больных II группы выраженных различий в распределении времени в периоды компенсации и декомпенсации не обнаружено, однако можно отметить некоторое сокращение времени, уделяемого походам в гости, что было связано с необходимостью соблюдать редуцированную диету.

Изменение иерархии мотивов у больных первой группы являлось более устойчивым, так как это определялось их витальностью, быстрее происходило изменение мотивационной сферы. У больных II группы эти изменения происходили медленнее, имелась тенденция к "срывам" нового режима.

Интеллектуальный уровень ВКБ значительно более полно был разработан у больных I группы. Больные СД типа 1 обладали большими знаниями о своей болезни и ее последствиях, нежели больные СД типа 2. Как показали данные методики "незаконченные предложения", больные СД типа 1 считали свое заболевание достаточно серьезным, указывали на необходимость соблюдения режимных моментов, высказывали адекватное отношение к инсулинотерапии как к "единственно возможному лечению сахарного диабета". Больные стремились как можно больше узнать о своей болезни, методах ее лечения и профилактике осложнений.

Пациенты, страдающие СД типа 2, в целом формально признавая серьезность своего заболевания ("моя болезнь" - "очень тяжелая", "самая страшная"), все же знали о ней меньше больных I группы, не учитывали возможности тяжелых осложнений, неадекватно относились к инсулинотерапии. Так, 18 мужчин (19,5%), страдавших СД типа 2, считали инсулинотерапию "лучшим средством лечения диабета", предпочитали "не отравлять себя таблетками", требовали назначения инъекций, в то время как 22 женщины (23,9%) крайне негативно относились назначению инсулина, стараясь "любой ценой этого не допустить даже в случае необходимости".

В ходе исследования было обнаружено, что врач играл большую роль в формировании интеллектуального уровня ВКБ именно у больных СД типа 2, обладал большим запасом доверия, больные отмечали необходимость следовать его рекомендациям, в то время как 12 (20,6%) больных СД типа 1 высказывали негативное отношение к врачу и его рекомендациям, предпочитая надеяться на себя ("мой врач - неквалифицированный специалист", "мой врач - спит на ходу", "если следовать в лечении всем рекомендациям врача, то лучше не будет", "умрешь здоровым" и т.д.).

Таким образом, интеллектуальный уровень являлся более разработанным в ВКБ у больных I группы в силу витальности заболевания, в целом лечащий врач играл важную роль в формировании системы знаний о болезни и ее последствиях, однако у части больных СД типа 1 отмечалось негативное отношение к врачу и его рекомендациям.

Сенситивный уровень в структуре ВКБ представлен у больных I и II групп в разной

степени. Как выявила методика "незаконченные предложения", болезненные ощущения (зуд, боли в конечностях и др.) больше всего беспокоили пациентов СД типа 2. У больных I группы, несмотря на наличие схожих жалоб, они были значительно редуцированы.

Таким образом, структура ВКБ у больных СД была различна и зависела от типа сахарного диабета: у больных СД типа 1 ведущее положение занимали эмоциональный, мотивационный и интеллектуальный уровни, в то время как у больных СД типа 2 в структуре ВКБ на первый план выступали эмоциональный и сенситивный уровни. При высокой представленности эмоционального уровня у больных обеих групп, а он был более выражен в ВКБ у пациентов СД типа 2.

Учет полученных в результате экспериментально-психологического обследования данных о ВКБ больных сахарным диабетом необходим при выборе средств и методов психокоррекции, для налаживания сотрудничества врача и пациента в ходе лечения.

Литература

1. Елфимова Е.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете: Дис. ...канд. мед. наук. М, 1995.
2. Коркина М.В. Психические расстройства при соматических заболеваниях: Руководство по психиатрии. Под ред. Г.В. Морозова. - М: Медицина. - 1988. - Т.2. - С. 84-113.
3. Коркина М.В., Елфимова Е.В., Марилев В.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете. //Журнал неврологии и психиатрии. - 1997. - №2. - С.15-18.
4. Краснушкин Е.К. Избранные труды. М: Медгиз. - 1960. - С. 456.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медгиз - 1944. - С. 20-23.

INNER PICTURE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

E.V. ELFIMOVA

Department of psychiatry and clinical psychology RPFU. *Moscow, 117419, Donskaya st., 43*

Internal picture of the disease (IPD) in 150 patients with diabetes mellitus (DM) was studied. Motivative and intellectual levels dominated in IPD of patients with DM type 1, as far as emotional and sensitive - in patients with DM type 2. Taking into account the results of experimental-psychological research is necessary for right choice of methods psychocorrection and for better cooperation of patients with their doctors.