

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.9:61

DOI: 10.17223/17267080/62/10

А.В. Солодунин<sup>1,2</sup>, О.А. Трубникова<sup>1</sup>, О.В. Малева<sup>1</sup>, А.В. Серый<sup>2</sup>,  
М.С. Яницкий<sup>2</sup>, О.Л. Барбараш<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт комплексных проблем  
сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия)

<sup>2</sup> Кемеровский государственный университет (Кемерово, Россия)

### Особенности субъективного отношения к болезни и копинг-поведения у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, планируемых на коронарное шунтирование

*Представлен анализ отношения к болезни и копинг-поведения пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, готовящихся к коронарному шунтированию. Обнаружены значимые связи между субъективным отношением к болезни и выбором копинг-стратегии. Установлено, что пациенты с сахарным диабетом 2-го типа достоверно чаще прибегают к «поиску социальной поддержки» и «положительной переоценке» стрессовой ситуации. При положительном отношении к болезни пациенты, планируемые на коронарное шунтирование, склонны использовать функциональные копинговые стили, а при отрицательном – дисфункциональные копинг-стратегии.*

**Ключевые слова:** отношение к болезни; копинг-стратегии; сахарный диабет 2-го типа; ишемическая болезнь сердца; коронарное шунтирование.

В современной медицине сахарный диабет (СД) рассматривается как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и занимает третье место среди причин смертности после болезней сердца и онкологии. Наличие СД повышает вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов-мужчин на 66%, у женщин – на 20%. В результате высокой распространенности СД необходимы совершенствование методов диагностики, лечения и разработка новых профилактических мероприятий [1–4]. Пациенты с ИБС в сочетании с СД 2-го типа относятся к категории больных повышенной сложности ведения. Консервативное лечение этих пациентов зачастую малоэффективно, а коронарное шунтирование (КШ) является лучшим методом лечения. В проспективных рандомизированных исследованиях успешные результаты оперативного лечения отмечаются в 75–90% наблюдений, из них в 33–55% случаев стенокардия отсутствовала, и только в 5–6% случаев наступило ухудшение симптоматики. При консервативном же лечении у 50% больных сохраняются приступы стенокар-

дии с частыми нестабильными состояниями, существенно снижающими качество жизни [5–10].

При одновременной подготовке к КШ на пациента оказывает влияние эффект ожидания оперативного вмешательства, способный спровоцировать утяжеление психопатологической симптоматики и привести к быстрому психическому истощению, что негативно сказывается на дальнейшем прогнозе выздоровления. У пациентов с СД 2-го типа существует предрасположенность к возникновению ряда нервно-психических расстройств – астеническому, обсессивно-фобическому, ипохондрическому, истерическому, паранойяльному, депрессивному и апатическому синдромам [11]. Кроме того, у 83,3% больных, страдающих СД 2-го типа, выявляют психоэмоциональные нарушения в виде расстройств личности, трудностей адаптации, аффективных нарушений и др., обусловленных органической патологией головного мозга. Для эффективного лечения и реабилитации пациентов с ИБС в сочетании с СД 2-го типа необходим учет психологических факторов, поскольку оперативное вмешательство выступает стрессогенным фактором и влияет как на психоэмоциональное состояние больного, так и на ход лечебно-восстановительных мероприятий. В связи с этим возникает необходимость исследования адаптации и стресс-преодолевающего поведения у лиц с СД 2-го типа [12]. Данные об особенностях их психологической подготовки к оперативному вмешательству могут помочь в разработке психокоррекционных и профилактических программ, направленных на улучшение контроля за своим состоянием через обучение более продуктивному подходу к заболеванию, повышению приверженности к терапии и предотвращению нежелательных осложнений.

**Целью** исследования явилось сравнение субъективного отношения к болезни и копинг-поведения пациентов с СД 2-го типа и без СД, а также изучение связи между отношением к болезни и копинг-поведением при подготовке к коронарному шунтированию (КШ).

### **Материалы и методы исследования**

Дизайн исследования был одобрен Локальным этическим комитетом института. В исследование включены 53 пациента в возрасте от 51 до 77 лет, находящихся в кардиологическом отделении на предоперационной подготовке к КШ, из них 16 (30,2%) – с СД 2-го типа.

Критериями исключения были возраст пациента 80 лет и более, стенозы сонных артерий 50% и более, наличие тяжелых нарушений ритма, хронические обструктивные заболевания легких, онкопатология, заболевания центральной нервной системы, травмы головного мозга, эпизоды нарушения мозгового кровообращения, количество баллов по шкале Бека более 8, отказ пациента от начала или продолжения исследования.

Пациенты до операции были сопоставимы по длительности анамнеза ИБС, наличию и длительности анамнеза артериальной гипертензии, фракции выброса левого желудочка и наличию стенозов сонных артерий, а

также функциональному классу стенокардии и хронической сердечной недостаточности. Стенозы в большинстве случаев располагались в приустевых и устьевых сегментах внутренних сонных артерий (ВСА) и не превышали 50% (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

**Клинико-anamnestическая характеристика пациентов,  
находящихся на предоперационном этапе КШ**

Показатель	Пациенты без СД (n = 37)	Пациенты с СД 2-го типа (n = 16)	p
Средний возраст, лет	61,3 ± 7,0	61,4 ± 6,5	0,93
Мужчины / женщины	26/11	13/3	0,18
Давность ИБС (годы)	4,5 ± 5,2	4 ± 2,6	0,75
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	29 ± 3,7	29,1 ± 3,8	0,89
Фракция выброса ЛЖ (%)	57,6 ± 12,2	53,9 ± 9	0,28
Уровень глюкозы, ммоль/л	6,04 ± 0,8	8,9 ± 2,9	< 0,001
Стенозы сонных артерий, n (%)	16 (30,2%)	9 (17%)	0,39
Артериальная гипертензия, n (%)	29 (54,7%)	16 (30,2%)	0,18
Давность АГ (годы)	8,01 ± 8,0	11,4 ± 6,7	0,15
ПИКС, n (%)	26 (49%)	13 (24,5%)	0,19
Общий холестерин, ммоль/л	5,1 ± 1,6	5,1 ± 1,8	0,96
Функциональный класс стенокардии, n (%)			
0	1 (1,9%)	0	0,56
I–II	22 (41,5%)	15 (28,3%)	
III–IV	13 (24,5%)	3 (5,6%)	
Функциональный класс ХСН, n (%)			
I–II	34 (64,1%)	14 (26,4%)	0,35
III	3 (5,6%)	2 (3,7%)	

Выборка формировалась включением больных с ранее верифицированным диагнозом СД 2-го типа. В стационаре все пациенты прошли консультацию эндокринолога. По результатам гликемического профиля 57% пациентов перед операцией находились на диетотерапии, 43% – переведены на инсулинотерапию.

Оценка психологического статуса пациентов осуществлялась клиническим психологом на предварительном этапе подготовки к КШ, на 2–3-й день после поступления в стационар, в первой половине дня. Предварительно с каждым пациентом проводилась консультативная беседа для определения психологической готовности к оперативному вмешательству. Психологическая диагностика проводилась при помощи опросника «Тип отношения к болезни по А.Е. Личко», методики «Способы совладающего поведения» Лазаруса и шкалы депрессии Бека. Результаты исследования типа отношения к болезни представлены в табл. 2.

Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft, Tulsa, OK, USA). Количественные клинико-anamnestические и психологические показатели были представлены в виде средних значений ± стандартное отклонение. Полученные данные проана-

лизированы на нормальность распределения по критерию Колмогорова–Смирнова.

Т а б л и ц а 2

**Типы отношения к болезни пациентов, готовящихся  
к коронарному шунтированию (n = 53)**

Типы отношения к болезни в чистом виде, n (%)			Сочетания типов отношения к болезни, n (%)		
	Пациенты без СД	Пациенты с СД 2-го типа		Пациенты без СД	Пациенты с СД 2-го типа
Гармоничный	3 (5,7)	2 (3,7)	+ Эргопатический	10 (18,9)	7 (13,2)
			+ Анозогнозический	5 (9,4)	0 (0)
			+ Эргопатический + анозогнозический	9 (17)	0 (0)
Эргопатический	1 (1,9)	2 (3,7)	+ Анозогнозический	3 (5,7)	0 (0)
			+ Сенситивный	0	1 (1,9)
Анозогнозический	1 (1,9)	0	+ Неврастенический + сенситивный	0	1 (1,9)
			+ Сенситивный + ипохондрический	1 (1,9)	0 (0)
Тревожный	2 (3,7)	1 (1,9)	+ Сенситивный	1 (1,9)	1 (1,9)
Сенситивный	1 (1,9)	0 (0)	+ Неврастенический + ипохондрический	0 (0)	1 (1,9)

Распределение данных отличалось от нормального, в связи с чем для анализа количественных клинико-анамнестических и психологических показателей был использован критерий Манна–Уитни, качественные показатели анализировались с помощью критерия  $\chi$ -квадрат Пирсона с поправкой Йетса. Для оценки связи между типом отношения к болезни и копинг-поведением использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена с оценкой его значимости ( $p \leq 0,05$ ).

### Результаты исследования

С целью изучения различий между копинг-стратегиями у пациентов с СД 2-го типа и без СД нами проведен сравнительный анализ средних значений (табл. 3). Предполагалось, что копинг-поведение пациентов с СД 2-го типа имеет специфические отличия, поскольку наличие данного соматического заболевания требует постоянного самоконтроля и соблюдения четкого распорядка, что накладывает отпечаток на социальное поведение, в том числе на стратегии совладания со стрессовой ситуацией.

Обнаружено, что пациенты с СД 2-го типа достоверно чаще прибегают к «поиску социальной поддержки», чем пациенты без СД. В ходе исследования также установлено, что пациенты с СД 2-го типа отчетливо чаще используют копинг-стратегию «положительной переоценки».

При изучении копинг-стратегий в группе пациентов с верифицированным СД 2-го типа обнаружена отрицательная корреляция между возрастом и выраженностью копинг-стратегии «бегство–избегание» ( $r = -0,75$ ,  $p = 0,005$ ).

Т а б л и ц а 3

**Сравнительный анализ средних значений копинг-поведения пациентов с СД 2-го типа и без СД**

Копинг-стратегии	Пациенты с СД 2-го типа, n = 16	Пациенты без СД, n = 37	p
Конфронтация	49,2 ± 14,9	42,1 ± 14,6	0,1
Дистанцирование	53,4 ± 13,1	46,3 ± 12,2	0,07
Самоконтроль	47,2 ± 14,3	43,1 ± 13,3	0,3
Поиск социальной поддержки	52,3 ± 11,4	45,3 ± 11,5	0,04
Принятие ответственности	47,6 ± 9,5	43,9 ± 10,9	0,2
Бегство–избегание	48,1 ± 11,2	43,9 ± 12,0	0,2
Планирование решения проблем	49,0 ± 13,2	41,8 ± 14,7	0,1
Положительная переоценка	48,8 ± 10,9	40,3 ± 9,8	0,007

В группе пациентов с СД 2-го типа обнаружены достоверные взаимосвязи между типом отношения к болезни и выбором совладающего со стрессом поведения (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

**Взаимосвязь типа отношения к болезни и копинг-поведения у пациентов с СД 2-го типа перед КШ (n = 16)**

Тип отношения к болезни	Копинг-стратегии		Уровень депрессии
	Самоконтроль	Бегство–избегание	
Эргопатический	–0,11	–0,64**	–0,09
Тревожный	0,1	0,58*	0,26
Ипохондрический	–0,39	0,02	0,58*
Неврастенический	–0,39	0,02	0,58*
Сенситивный	–0,78***	–0,11	0,22

\* $p = 0,04$ ; \*\* $p = 0,02$ ; \*\*\* $p = 0,003$ .

Так, в группе пациентов с СД 2-го типа выявлена положительная корреляция между выраженностью копинг-стратегии «бегство–избегание» и тревожным отношением к болезни, а также отрицательная корреляция данной копинг-стратегии с эргопатическим типом отношения к болезни. Обнаружена отрицательная корреляция между сенситивным типом отношения к болезни и копинг-стратегией «самоконтроль». Выявлены положительные ассоциации между ипохондрическим, неврастеническим типом отношения к болезни и количеством баллов по шкале Бека.

В группе пациентов без СД 2-го типа также были выявлены устойчивые взаимозависимости между типом отношения к болезни и копинг-поведением (табл. 5).

В группе пациентов без СД 2-го типа обнаружены положительные ассоциации между количеством баллов по шкале Бека и копинг-стратегией «конфронтация». Кроме того, выявлена положительная корреляция между эргопатическим типом отношения к болезни и выраженностью копинг-стратегии «положительная переоценка». У неврастенического типа отношения к болезни обнаружены отрицательные ассоциации с копинг-стратегиями «самоконтроль», «принятие ответственности» и «планирование решения проблем». При анозогнозическом типе отношения к болезни выявлена отрицательная корреляция с копинг-стратегией «планирование решения проблем».

Т а б л и ц а 5

**Взаимосвязь типа отношения к болезни и копинг-поведения  
у пациентов без СД перед КШ (n = 37)**

Копинг-стратегии	Тип отношения к болезни			Уровень депрессии
	Эргопатический	Анозогнозический	Неврастенический	
Конфронтация	0,06	–0,14	–0,29	0,48***
Самоконтроль	0,1	–0,15	–0,38**	0,2
Принятие ответственности	0,12	–0,28	–0,38**	0,17
Планирование решения проблем	0,19	–0,35*	–0,35*	0,01
Положительная переоценка	0,36*	–0,12	–0,28	0,12

\*p = 0,04; \*\*p = 0,03; \*\*\*p = 0,005.

Таким образом, пациенты с СД 2-го типа при положительном отношении к болезни реже используют избегающие стратегии поведения при подготовке к КШ, а при отрицательном отношении к болезни чаще подвергаются депрессии и хуже контролируют свои эмоции. Пациенты без СД 2-го типа при положительном отношении к болезни более оптимистично смотрят на предстоящую операцию, а при отрицательном отношении к болезни – реже занимаются планированием, контролируют свое эмоциональное состояние и принимают ответственность за свои решения.

### **Обсуждение результатов исследования**

В настоящее время понятие «совладающее поведение» используется для описания реакции человека на стрессовую ситуацию, когда происходит столкновение с труднопреодолимыми препятствиями на пути реализации мотивов и целей. Каждый человек имеет определенный спектр паттернов поведения, который использует для преодоления возникающей проблемы. Присущие человеку паттерны преодоления стрессовой ситуации получили название стратегий совладания. Копинг – это то, что делает человек, чтобы справиться со стрессовой ситуацией и достигнуть желаемой

цели [13, 14]. Копинг-стратегии относительно устойчивы и, как правило, слабо меняются в течение жизни, если только человек сам не захочет расширить репертуар поведенческих моделей самостоятельно или с помощью психотерапевта. До сих пор не существует единой точки зрения относительно того, какие стратегии являются эффективными, однако их пытаются объединить в функциональные и дисфункциональные копинговые стили. Функциональные стили представляют собой прямые попытки справиться с проблемой, с помощью других или без них, в то время как дисфункциональные стили связаны с использованием непродуктивных стратегий. К функциональным копинг-стилям в первую очередь относится планирование решения проблем, а к дисфункциональным – избегающие копинг-стратегии [15]. Изучение копинг-поведения особенно актуально для пациентов с верифицированным СД 2-го типа, который возникает в зрелом возрасте (после 40 лет) при уже сформировавшихся моделях поведения. Пациенты либо игнорируют свое заболевание, либо превращают его в средство управления окружающими, и лишь небольшая часть пытается активно изменить свою позицию. Использование тех или иных копинг-стратегий пациентами с СД 2-го типа позволяет им более эффективно управлять своим заболеванием и достигать целевых клинических и метаболических показателей. С высокой вероятностью можно говорить о связи между использованием функциональных копинг-стратегий и качеством жизни пациентов.

Исследование показало, что у пациентов с СД 2-го типа преобладают социально и эмоционально фокусированные стратегии преодоления стрессовой ситуации, выражающиеся в поиске помощи от окружающих и положительной переоценке ситуации. При возникновении труднопреодолимой ситуации пациенты с СД 2-го типа склонны спрашивать совета у родственников или знакомых, искать эмоциональную поддержку или конкретную помощь для разрешения возникшей проблемы. Кроме того, они склонны преодолевать стрессовую ситуацию через ее философское переосмысление, что позволяет проводить с ними более глубокую психотерапевтическую работу. Полученные нами данные в целом подтверждают ранее проведенные исследования по изучению копинг-поведения пациентов с СД. Так, на базе ФГБУ «Эндокринологический научный центр г. Москвы» было доказано, что пациенты с СД склонны использовать социально ориентированные копинг-стратегии, причем пациенты с СД 2-го типа чаще прибегают к поиску социальной поддержки, чем пациенты с СД 1-го типа [16].

При изучении взаимосвязи между отношением к болезни и выбором копинг-стратегий было выявлено, что пациенты с СД 2-го типа при возникновении у них тревожного состояния по поводу предстоящей операции склонны демонстрировать избегающее поведение. И наоборот, при эргопатическом (стеническом) типе отношения к болезни они реже избегают стрессовой ситуации. При наличии ипохондрических и астено-невротических реакций в отношении болезни у пациентов с СД 2-го типа закономерно чаще возникает депрессивное состояние. Кроме того, пациен-

ты с СД 2-го типа при сенситивном отношении к болезни редко используют копинг-стратегию «самоконтроль», что может привести к повышенному беспокойству за свое состояние и трудностям в сдерживании эмоций.

В группе пациентов без СД 2-го типа была обнаружена связь между эргопатическим типом отношения к болезни и «положительной переоценкой» проблемы. Пациенты с эргопатическим отношением к болезни, склонные к «уходу от болезни в работу», при возникновении у них заболевания стараются воспринимать его более оптимистично. Кроме того, у пациентов без СД 2-го типа выявлена связь между частотой использования конфронтационной копинг-стратегии и уровнем депрессии. Возникновение конфликтных ситуаций приводит к активному сопротивлению в виде импульсивного поведения и негативных эмоций, что способствует развитию депрессивного состояния. При астено-невротическом восприятии болезни, когда пациент в основном жалуется на свое заболевание, он реже прибегает к самоконтролю, принятию ответственности за собственное поведение и самостоятельному планированию решения своих проблем. Кроме того, пациенты без СД 2-го типа редко планируют решение возникающих проблем при анозогностическом типе отношения к болезни, когда они недостаточно информированы о заболевании или не хотят его признавать.

### **Заключение**

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют, что пациенты с СД 2-го типа, готовые к КШ, проявляют определенные особенности совладающего поведения. Они достоверно чаще используют копинг-стратегии, которые связаны с ориентацией на поиск поддержки со стороны окружающих и в целом могут быть охарактеризованы как социально-ориентированные. При этом при «положительном» отношении к болезни такие пациенты склонны использовать функциональные копинг-стратегии, а при отрицательном – дисфункциональные копинговые стили. Данные результаты могут учитываться как в прогностических целях, так и при разработке программ медико-психологической поддержки больных с сочетанной патологией описываемого характера в пред- и послеоперационный период.

### **Литература**

1. Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Сахарный диабет. 1998. № 1. С. 7–18.
2. Juutilainen A. Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk // Diabet. Care. 2004. Vol. 27. P. 2898–2904.
3. Rywic S.L. et al. Heart failure in patients seeking medical help in outpatients clinics. Pt I: General characteristics // Eur. J. Heart Fail. 2000. Vol. 2, № 4. P. 413–421.
4. Ryden L., Standl E., Bartnic M. et al. Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology; European Association for the Study of Diabetes.



- Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary // Eur. Heart J. 2007. Vol. 28 (1). P. 88–136.
5. Акчурун Р.С., Власова Э.Е., Меришин К.В. Сахарный диабет и хирургическое лечение ишемической болезни сердца // Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. № 1. С. 14–19.
  6. Акчурун Р.С., Ширяев А.А. Актуальные проблемы коронарной хирургии. М. : ГЕОТАР-МЕД, 2004. 88 с.
  7. Boden W.E., Taggart D.P. Diabetes with coronary disease – a moving target amid evolving therapies? // New England Journal of Medicine. 2009. Vol. 360. P. 2570–2572.
  8. Лобанова Т.Е. Оценка результатов шунтирования коронарных артерий у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
  9. Меришин К.В. Эффективность операций коронарного шунтирования при ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2-го типа : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
  10. Hueb W., Lopes N.H., Gersh B.J., Soares P., Machado L.A., Jatene F.B. et al. Five-year follow-up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II): A randomized controlled clinical trial of 3 therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease // Circulation. 2007. № 115. P. 1082–1089.
  11. Целина М.Э. Основные синдромы в клинической картине нервно-психических расстройств при сахарном диабете // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001. № 3. С. 16–19.
  12. Морозова Е.В. Диагностические подходы к изучению личности больных сахарным диабетом // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2009. № 2. С. 49.
  13. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и медицинских психологов. СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. 38 с.
  14. Lasarus R. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping // Journal of Personality. 2006. Vol. 74, № 1. P. 9–43.
  15. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы // Психологические исследования : электронный научный журнал. 2011. № 3 (17).
  16. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В. Стратегии совладания (копинг-стратегии) у больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типов на инсулинотерапии: связь с эмоциональным благополучием и уровнем гликемического контроля // Сахарный диабет. 2015. № 18 (4). P. 41–47.

*Поступила в редакцию 12.05.2016 г.; повторно 13.07.2016 г.; принята 05.08.2016 г.*

**Сведения об авторах:**

**СОЛОДУХИН Антон Витальевич**, младший научный сотрудник лаборатории нейрососудистой патологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (Кемерово, Россия)

E-mail: mein11@mail.ru

**ТРУБНИКОВА Ольга Александровна**, кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией нейрососудистой патологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (Кемерово, Россия).

E-mail: olgalet17@mail.ru

**МАЛЕВА Ольга Валерьевна**, кандидат медицинских наук, научный сотрудник лаборатории нейрососудистой патологии Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия).

E-mail: maleva.o@mail.ru

**СЕРЫЙ Андрей Викторович**, доктор психологических наук, профессор кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия).

E-mail: avgrey@yahoo.com

**ЯНИЦКИЙ Михаил Сергеевич**, доктор психологических наук, профессор, директор социально-психологического института, зав. кафедрой социальной психологии и психосоциальных технологий Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия).

E-mail: dekanspf@kemsu.ru

**БАРБАРАШ Ольга Леонидовна**, доктор медицинских наук, профессор, директор Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия).

E-mail: olb61@mail.ru

## **FEATURES OF THE SUBJECTIVE RELATION TO AN ILLNESS AND COPING-BEHAVIOR OF THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 PREPARING FOR CORONARY BYPASS SURGERY**

*Siberian journal of psychology*, 2016, 62, 127–138. DOI: 10.17223/17267080/62/10

**Soloduhin Anton V.** Federal State Budgetary Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Kemerovo State University (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: mein11@mail.ru;

**Trubnikova Olga A., Maleva Olga V.** Federal State Budgetary Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kemerovo Russian Federation). E-mail: olgalet17@mail.ru; maleva.o@mail.ru

**Seryj Andrey V., Yanitskiy Mihail S.** Kemerovo State University (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: avgrey@yahoo.com; dekanspf@kemsu.ru

**Barbarash Olga L.** Federal State Budgetary Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kemerovo Russian Federation). E-mail: olb61@mail.ru

**Keywords:** relation to an illness; coping-strategy; diabetes of the type 2; coronary heart disease; coronary bypass surgery

In this article the analysis of the relation to an illness and coping-behavior of patients with diabetes of the type 2 preparing for coronary bypass surgery is presented. Research included 53 patients ranging in age from 51 to 77 years who planned to have coronary bypass surgery. 16 patients among them had diabetes.

A clinical psychologist carried out the assessment of the psychological status of patients at a preliminary stage of preparation for the surgery, on the 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> day after a patient's admission to the hospital, in the first half of day. Psychological diagnostics was carried out using the following measures: "type of the relation to an illness" by Lichko, "strategies of coping-behaviour" by Lazarus, and scales of a depression by Beck. In the studied group significant interrelations between the subjective relation to an illness and a coping-strategy choice were found. Research showed that the patients with diabetes of the 2nd type presented socially and emotionally focused strategies to overcome a stressful situation which was expressed in seeking help from the others and in positive revaluation of the situation. The patients with diabetes of the 2nd type having the positive relation to an illness less frequently used avoidance strategies while preparing for coronary bypass surgery, and with the negative

relation to an illness they were exposed to depression more often and they were less effective in controlling their emotions. The patients who didn't have diabetes of the 2nd type with the positive relation to an illness considered the forthcoming surgery more optimistically; the patients with the negative relation to an illness were engaged in scheduling less often, they controlled their emotional state and took responsibility for their decisions. When encountering a stressful situation the patient with diabetes of the 2nd type tended to ask their relatives or acquaintances for a piece of advice, they were seeking for emotional support or help in dealing with the problem. In addition, they tended to overcome the stressful situation through its philosophical reinterpretation that allows a deeper psychotherapeutic work with them. With the "positive" relation to an illness such patients tended to use functional coping-strategies, and with the "negative" relation to an illness they tended to use dysfunctional coping-strategies. These results can be taken into account in forecasting purposes, and in the development of programs of medical and psychological support to patients with combined pathology of the described character in the pre- and postoperative period.

### *References*

1. Dedov, I.I. (1998) Sakharnyy diabet v Rossiyskoy Federatsii: problemy i puti resheniya [Diabetes in the Russian Federation: problems and solutions]. *Sakharnyy diabet*. 1. pp. 7-18.
2. Juutilainen, A. (2004) Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. *Diabet. Care*. 27. pp. 2898-2904. DOI: 10.2337/diacare.27.12.2898
3. Rywic, S.L. et al. (2000) Heart failure in patients seeking medical help in outpatients clinics. Pt I: General characteristics. *Eur. J. Heart Fail.* 2(4). pp. 413-421.
4. Ryden, L., Standl, E., Bartnic, M. et al. (2007) Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology; Eiropean Association for the Study of Diabetes. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *Eur. Heart J.* 28(1). pp. 88-136.
5. Akchurin, R.S., Vlasova, E.E. & Mershin, K.V. (2012) Diabetus Mellitus and surgical treatment of coronary heart disease. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk - Annals of the Russian academy of medical sciences*. 1(67). pp. 14-19. (In Russian).
6. Akchurin, R.S. & Shiryayev, A.A. (2004) *Aktual'nye problemy koronarnoy khirurgii* [Topical problems of coronary surgery]. Moscow: GEOTAR-MED.
7. Boden, W.E. & Taggart, D.P. (2009) Diabetes with coronary disease – a moving target amid evolving therapies? *New England Journal of Medicine*. 360. pp. 2570-2572. DOI: 10.1056/NEJMe0904090
8. Lobanova, T.E. (2001) *Otsenka rezul'tatov shuntirovaniya koronarnykh arteriy u bol'nykh IBS v sochetanii s sakharnym diabetom 2-go tipa* [Evaluation of the results of coronary artery bypass grafting in patients with coronary heart disease combined with type 2 diabetes]. Abstract of Medicine Cand. Diss. Moscow.
9. Mershin, K.V. (2008) *Effektivnost' operatsiy koronarnogo shuntirovaniya pri ishemicheskoy bolezni serdtsa u bol'nykh sakharnym diabetom 2-go tipa* [The effectiveness of coronary artery bypass surgery for coronary artery disease in patients with type 2 diabetes]. Abstract of Medicine Cand. Diss. Moscow.
10. Hueb, W., Lopes, N.H., Gersh, B.J., Soares, P., Machado, L.A., Jatene, F.B. et al. (2007) Five-year follow-up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II): A randomized con-trolled clinical trial of 3 therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. *Circulation*. 115. pp. 1082-1089.
11. Tselina, M.E. (2001) *Osnovnye sindromy v klinicheskoy kartine nervno-psikhicheskikh rasstroystv pri sakharnom diabete* [The main syndromes in clinical neuro-psychiatric disorders in diabetes]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya - Medico-social expert evaluation and rehabilitation*. 3. pp. 16-19.

12. Morozova, E.V. (2009) Diagnosticheskie podkhody k izucheniyu lichnosti bol'nykh sakharnym diabetom [Diagnostic approaches to the study of personality diabetics]. *Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii*. 2. pp. 49.
13. Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., Isaeva, E.R., Trifonova, E.A., Shchelkova, O.Yu., Novozhilova, M.Yu. & Vuks, A.Ya. (2009) *Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki sposobov sovladaniya so stressom i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov* [Methods for psychological diagnosis of methods for coping with stress and problem situations: a manual for physicians and medical psychologists]. St. Petersburg: NIPNI.
14. Lasarus, R. (2006) Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*. 74(1). pp. 9-43. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x
15. Rasskazova, E.I. & Gordeeva, T.O. (2011) Coping strategies in the psychology of stress: approaches, methods, perspectives. *Psikhologicheskie issledovaniya*. 3(17).
16. Motovilin, O.G., Shishkova, Yu.A. & Surkova, E.V. (2015) Strategii sovladaniya (koping-strategii) u bol'nykh sakharnym diabetom 1-go i 2-go tipov na insulinoterapii: svyaz' s emotsional'nym blagopoluchiem i urovnem glikemicheskogo kontrolya [Strategies for coping (coping strategies) in patients with diabetes mellitus of the 1st and 2nd types on insulin: Link to the emotional well-being and level of glycemic control]. *Sakharnyy diabet*. 18(4). pp. 41-47.

*Received 12.05.2016;*

*Revised 13.07.2016;*

*Accepted 05.08.2016*