

АФФЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНЫЙ КОМПОНЕНТ В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.А. Трифонова (Санкт-Петербург)

Аннотация. В статье представлены результаты комплексного медико-психологического обследования 110 амбулаторных пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД) с разной степенью выраженности хронических осложнений. При экспериментально-психологическом обследовании наряду с другими методиками использовались «Симптоматический опросник невротических расстройств» и методика оценки качества жизни «SF-36».

Ключевые слова: психическая и соматическая патология, инсулинозависимый сахарный диабет, аффективно-личностный, качество жизни.

Осознание ограниченных возможностей чисто биологического подхода к проблеме здоровья и болезни и необходимости ее биопсихосоциальной трактовки явилось важным шагом на пути гуманизации современной медицины, в задачи которой сегодня входит не только количественное увеличение, но и качественное улучшение жизни пациента. Выполнение этой задачи возможно только в рамках комплексного подхода, который, по нашему мнению, должен реализовываться на всех этапах взаимодействия с пациентом и использоваться как фундаментальный принцип при разработке профилактических, диагностических, терапевтических и реабилитационных программ. Это справедливо в отношении как психической, так и соматической патологии, причем в последнем случае в силу сложившейся в медицине традиции риск узкобиологического подхода с недооценкой психосоциальной составляющей качества жизни больного намного выше.

Формирование общей установки на повышение качества жизни лиц с соматическими заболеваниями, а не простое избавление от патологической симптоматики является важным достижением современной медицины, во многом обусловленным усилением гуманистических тенденций, развитием гуманистической психологии и психотерапии, однако пока с сожалением приходится констатировать, что потенциал взаимодействия специалистов в области физического здоровья со специалистами в области психического здоровья используется не в полной мере, а изучение и использование знаний о психосоматических и соматопсихических соотношениях остается в области ведения главным образом клинических психологов и психиатров [2]. Одним из факторов, способствующих изменению этой ситуации, с нашей точки зрения, должна стать разработка и реализация комплексных медико-психосоциальных исследовательских программ, направленных на изучение многомерной структуры качества жизни пациентов с соматической патологией и выработку принципов оказания им комплексной помощи.

Попытка реализации подобной программы была осуществлена на базе Санкт-Петербургского городского диабетологического центра в рамках сотрудни-

чества НИПНИ им. В.М. Бехтерева и Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Объектом исследования стали пациенты с инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД). Специфика этого хронического эндокринного заболевания позволяет рассматривать его в качестве наглядной модели взаимодействия соматических, психических и социальных факторов.

ИЗСД развивается преимущественно в возрасте до 25–30 лет, связан с инсулиновой недостаточностью в организме и требует не только ежедневного введения инсулина извне, но и постоянного контроля физического состояния, самостоятельного измерения пациентом уровня сахара в крови, соотношения введенного инсулина с физическими нагрузками и количеством полученных с пищей углеводов. Несоблюдение правил самоконтроля чревато развитием опасных для жизни острых состояний – гипо- и гипергликемических ком, связанных с недопустимо низкими/недопустимо высокими показателями уровня сахара в крови соответственно. Кроме того, диабет опасен хроническими осложнениями, поражающими различные системы органов. Именно осложнения объясняют данные, которые приводит ВОЗ: повышенную в 2–3 раза смертность, сокращение продолжительности жизни на 10–30%, 25-кратное увеличение риска слепоты [1]. По сути, мы имеем дело с заболеванием, несущим реальную витальную угрозу, что в значительной мере определяет специфику внутренней картины болезни, а следовательно, и качества жизни.

Исследования сложных психосоматических и соматопсихических соотношений при ИЗСД свидетельствуют о значительном влиянии психологических переменных на течение заболевания (хотя роль их непосредственно в генезе ИЗСД не получила однозначного подтверждения), и влиянии соматических переменных на психологическую составляющую качества жизни пациентов [7, 10]. Однако деление на психосоматическую и соматопсихическую направленность связи, с нашей точки зрения, довольно условно, поскольку наблюдаемая соматическая и психическая симптоматика формировалась на почве взаимного влияния, кольцевых зависимостей психического и соматического. Так, например, осложнения

при ИЗСД определяются генетическими факторами и компенсацией заболевания (степенью приближенности к норме средних показателей уровня сахара в крови), которая в значительной мере зависит от способности личности адаптироваться к суровым требованиям заболевания, что, в свою очередь, определяется способностью к эффективному преодолению стресса болезни [12], реакцией личности на болезнь в когнитивном, эмоциональном и поведенческом планах и т.д. С другой стороны, сами осложнения способны оказывать влияние на психическое функционирование [13], причем не только биологическим путем, приводя к развитию соматогений, но и посредством психической переработки факта физического нарушения, т.е. через включение его во внутреннюю картину болезни с формированием соответствующей аффективной симптоматики.

Аффективным, по сути невротоподобным, нарушениям при сахарном диабете в целом и при ИЗСД в частности уделяется значительное внимание в литературе, посвященной качеству жизни при этом заболевании. Доказанным считается более высокий риск развития депрессии, тревоги и других аффективных нарушений при диабете [9, 13]. Так, Е.В. Елфимова [3] диагностировала нервно-психические расстройства у 92,7% обследованных в виде невротоподобных нарушений и патологического развития личности. Многими авторами отмечается связь риска развития аффективных нарушений с декомпенсацией заболевания [10]. А.В. Иванов с соавторами [4] отмечают, что астенический и астено-депрессивный синдромы имеют тенденцию к появлению при наиболее тяжелой степени декомпенсации диабета, а астено-ипохондрический и обсессивно-фобический чаще развивается при стабильном течении заболевания.

В целом исследования свидетельствуют о связи между наличием и тяжестью осложнений диабета, с одной стороны, и выраженностью аффективных нарушений – с другой [11], однако В. Karlson, С.Д. Agardh (1997), например, заключают, что в основе депрессивной симптоматики при ИЗСД лежит не столько объективная соматическая патология, сколько субъективное переживание пациентом бремени заболевания («burden of illness»), т.е., по существу, внутренняя картина болезни, что еще раз указывает на полиэтиологичность аффективных нарушений при данной соматической патологии.

Следует отметить, что в литературе, посвященной аффективным нарушениям и хроническим осложнениям при ИЗСД, основное внимание уделяется «классическим» симптомокомплексам – депрессивному и тревожному – и не проводится более тонкое дифференцирование аффективной симптоматики, позволяющее раскрыть нюансы психоэмоционального состояния пациента и более четко определить психологическую

структуру его качества жизни. Изучение специфики невротоподобных нарушений в структуре качества жизни у пациентов с ИЗСД с хроническими осложнениями явилось одной из задач упомянутого выше комплексного медико-психологического исследования.

Было обследовано 110 пациентов с ИЗСД (49 мужчин, 61 женщина), состоящих на учете в Санкт-Петербургском городском диабетологическом центре № 1. Обследование проводили специалисты разных профилей: эндокринолог, офтальмолог, подиатр (специалист по стопе), психиатр и, собственно, клинический психолог. Полученные данные заносились в специально разработанную формализованную историю болезни, пригодную для создания банка клинико-психологической информации и компьютерного анализа материалов. Средний возраст пациентов в выборке составлял ($M \pm SD$) $34,1 \pm 10,6$ лет, средняя продолжительность заболевания – $18,8 \pm 9,1$ лет. У пациентов отмечалась разная степень выраженности хронических осложнений: диабетической ретинопатии (поражение сетчатки глаза), диабетической нефропатии (поражение почек) и диабетической полинейропатии (поражение периферической нервной системы).

Следует отметить, что начальные признаки тех или иных осложнений можно было обнаружить по данным историй болезни почти у 100% пациентов, поэтому при оценке влияния хронических осложнений на психическое функционирование пациентов мы учитывали лишь осложнения умеренной и высокой степени тяжести: полинейропатию средней либо высокой степени тяжести, препролиферативную либо пролиферативную ретинопатию, а также нефропатию на стадии протеинурии либо хронической почечной недостаточности.

У 21% пациентов осложнения не были квалифицированы как умеренные или тем более тяжелые. У 25% было выявлено одно осложнение, у 29% – два и у 25% – три из вышеперечисленных осложнений. Препролиферативная либо пролиферативная ретинопатия была выявлена у 74%, нефропатия в стадии протеинурии либо хронической почечной недостаточности – у 30%, полинейропатия средней либо высокой степени тяжести – у 71%.

В рамках экспериментально-психологического обследования наряду с другими методиками использовались многошкальный «Симптоматический опросник невротических расстройств» (ОНР-СИ), разработанный на основе опросника «S»i«O» в Лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева [5], а также методика оценки качества жизни «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» «The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey» (SF-36) (Ware J. et al., 1992, цит. по: [6]), используемый преимущественно при обследовании пациентов с соматической патологией.

Опросник ОНР-СИ состоит из 138 пунктов, отражающих разнообразные невротические жалобы, которые объединяются в 13 невротических и неврозоподобных симптомокомплексов: тревожно-фобические расстройства, депрессивные расстройства, аффективная напряженность, расстройства сна, аффективная лабильность, астенические расстройства, сексуальные расстройства, дереализационно-деперсонализационные расстройства, обсессивные расстройства, нарушение социальных контактов, ипохондрические расстройства, ананкастические расстройства и соматовегетативные расстройства. Оценка выраженности каждого из этих нарушений позволяет составить индивидуальный «профиль» неврозоподобной симптоматики. SF-36 – один из наиболее широко используемых общих опросников для оценки качества жизни – позволяет оценить качество жизни пациентов по девяти критериям: физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боли, общего здоровья, жизнедеятельности, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психического здоровья (настроения) и степени изменения самочувствия за прошедший год.

Предполагалось, что хронические осложнения при ИЗСД будут оказывать негативное влияние на условное эмоциональное благополучие пациентов, что было бы вполне закономерно, учитывая реальное нарушение функционирования различных систем организма при осложнениях, и, что не менее важно, значение, которое осложнения имеют для пациента. Так, ретинопатия означает риск существенного ухудшения зрения вплоть до слепоты со всеми психологическими и социальными последствиями этого факта. Нефропатия в стадии хронической почечной недостаточности несет реальную витальную угрозу. Полинейропатия – поражение периферической нервной системы – предполагает постоянный физический дискомфорт, затрудняющий повседневную деятельность, не говоря уже о более серьезных физических нагрузках. Однако интерес представляла не столько проверка факта негативного эффекта осложнений, сколько определение специфики их влияния через анализ профилей неврозоподобной симптоматики (по ОНР-СИ) и профилей качества жизни (по SF-36).

Данные экспериментально-психологического обследования пациентов действительно свидетельствуют о большей выраженности аффективных нарушений у пациентов с более тяжелым соматическим статусом. Различия между группами больных без осложнений (0 гр.), с одним (I гр.), двумя (II гр.) и тремя (III гр.) осложнениями укладываются в рамки от незначительных до умеренных. Средние показатели уровня невротичности в указанных четырех группах составили ($M \pm SD$) $4,95 \pm 1,86$ стенов в группе 0; $5,22 \pm 1,54$ стенов в группе I; $5,85 \pm 1,62$ стенов в группе II и $6,30 \pm 1,44$ в

группе III. Поскольку показатели от 5 до 6 стенов рассматриваются как свидетельство умеренной невротичности, пациентов без осложнений (0 гр.) и пациентов с тремя осложнениями (III гр.) можно причислить к полярным группам в границах средней выраженности неврозоподобных симптомов. Статистически значимые различия по показателям невротичности были обнаружены только между группами 0 и III ($p = 0,007$) и I и III ($p = 0,01$), что, вероятно, свидетельствует о наибольшей психоэмоциональной уязвимости пациентов с тремя осложнениями, т.е. с наиболее тяжелым соматическим статусом.

Профили неврозоподобных нарушений (табл. 1) демонстрируют тенденцию к усугублению аффективной симптоматики по мере присоединения новых осложнений, хотя выраженность этой симптоматики остается в пределах умеренных показателей, а различия достигают статистической значимости только по четырем шкалам: расстройств сна, астенических, ипохондрических и сомато-вегетативных расстройств. Если у пациентов без осложнений, т.е. пациентов, испытывающих влияние ИЗСД в «чистом виде», в структуре неврозоподобных нарушений доминирует аффективная лабильность (проявляющаяся в жалобах на повышенную эмоциональность, впечатлительность, перепады настроения, слезливость и т.п.), а показатель астении стоит на втором месте, то при присоединении осложнений на первый план выходит астеническая симптоматика. Это различие в структуре неврозоподобных нарушений, вероятно, может рассматриваться как косвенное свидетельство перехода астенической симптоматики от гиперстенической формы к гипостенической по мере утяжеления соматического состояния.

Вполне закономерным при развитии осложнений можно считать усугубление ипохондрических и соматовегетативных нарушений. Соматовегетативные расстройства, проявляющиеся, в частности, в жалобах на учащенное сердцебиение, кожный зуд, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, затрудненное дыхание, мышечные боли, ухудшение аппетита, головокружение и т.п., в сущности, являются симптомами хронических осложнений. Однако нельзя исключать возможность их частично нозогенного (психогенного) характера, их связи со скрытым нарушением психологической адаптации.

В основе наблюдаемого увеличения показателя ипохондрических расстройств, по-видимому, лежит реакция пациентов на развитие осложнений в форме серьезной обеспокоенности своим здоровьем, концентрации внимания на телесных функциях, повышенной мнительности. Осложнения при ИЗСД действительно представляют угрозу здоровью, а иногда и жизни пациентов. Вероятно, не менее важен и тот факт, что развитие осложнений может затруднять удовлетворение не только витальных, но и со-

Структура невротоподобной симптоматики
у пациентов с разным количеством осложнений (по ОНР-СИ)

Симптоматика	Группа 0 (без осложнений) (M±SEM)	Группа I (1 осложнение) (M±SEM)	Группа II (2 осложнения) (M±SEM)	Группа III (3 осложнения) (M±SEM)
ТФ	12,8±2,6	13,4±2,5	16,4±2,9	16,2±2,5
Д	24,6±4,4	19,7±3,8	30,9±4,1	30,6±4,3
АН	22,8±4,2	19,4±2,7	25,4±3,1	26,5±3,1
РС	17,1±3,9	22,5±4,2	31,7±3,6	33,9±4,1 (p = 0,005)
АЛ	30±5,5	28,6±4,1	34,4±3,5	32,2±3,9
А	25±5,1	33,4±4,5	38±3,8	41,5±4,5 (p = 0,01)
С	16±5,2	13,1±4,3	17,9±2,4	23,2±3,9
ДД	12,4±3,1	8±1,8	12,9±2,5	18,6±3,1
О	13,6±3,3	12,5±2,1	17±3,1	20,4±3,1
НС	20,6±4,4	17,5±3,8	25,7±3,0	24,6±4,7
И	18,5±3,3	22,6±4,1	27±3,9	33,2±3,3 (p < 0,005)
Анс	20,3±4,3	23,5±4,1	23,3±3,0	24,8±4,0
СВ	14,8±3,0	18,5±4,1	24±2,8	26±2,5 (p < 0,01)

Примечание. ТФ – тревожно-фобические расстройства; Д – депрессивные расстройства; АН – аффективная напряженность; РС – расстройства сна; АЛ – аффективная лабильность; А – астенические расстройства; СР – сексуальные расстройства; ДД – дереализационно-деперсонализационные расстройства; О – обсессивные расстройства; НС – нарушение социальных контактов; И – ипохондрические расстройства; Анс – ананкастические расстройства; СВ – соматовегетативные расстройства. В скобках (p) – уровень статистической значимости различий между группой 0 и группой III.

циальных потребностей личности: потребности в самореализации в профессии, в активном общении, путешествиях, рождении ребенка и т.п. Следует помнить и о том, что пациенты с ИЗСД – это по большей части молодые и зрелые люди, усвоившие социальный стереотипический образ своего сверстника: здорового, успешного, полного сил человека. Осознание того, что «в расцвете лет» приходится постоянно принимать лекарства (помимо ежедневных инъекций инсулина), выполнять лечебные процедуры, ограничивать естественные потребности, часто посещать врача, испытывать симптомы, более характерные для старости, в конце концов, сидеть в очереди к врачу вместе с пожилыми пациентами, страдающими инсулинонезависимым сахарным диабетом, способно усугубить фрустрацию больного. Кроме того, пациенты с ИЗСД даже без осложнений нередко (в стационарах, в поликлиниках и т.п.) наблюдают больных с тяжелой патологией (с ампутированными конечностями, страдающих слепотой, находящихся на гемодиализе и т.п.), порой оказываются свидетелями летальных исходов, что, безусловно, становится серьезной психической травмой. И потому сам факт развития осложнений, даже если они еще не представляют большой угрозы, в некоторых случаях может привести к неоправданному беспокойству за свое состояние, по сути, к развитию ипохондрического синдрома.

Статистически значимое усиление расстройств сна, наблюдаемое при развитии осложнений, также,

с нашей точки зрения, следует рассматривать как полиэтиологический феномен. С одной стороны, расстройства сна могут быть связаны с биологическими нарушениями и соматическими симптомами, в частности неврологического характера. С другой стороны, они могут свидетельствовать о повышенной тревоге, скрытой депрессии, неблагоприятных жизненных обстоятельствах, связанных или не связанных с заболеванием и его последствиями.

Профили качества жизни пациентов с ИЗСД в том виде, в каком он отражен опросником SF-36 (табл. 2), демонстрируют тенденцию к снижению уровня условного благополучия больных по мере присоединения хронических осложнений, хотя статистической значимости достигают различия только по шкалам, наиболее тесно связанным с физическим состоянием пациента. Так, по мере развития и присоединения новых осложнений все больший дискомфорт начинает причинять боль (шкала Б), заболевание начинает все более остро восприниматься как фактор, ограничивающий жизнедеятельность (шкала РФ), снижается уровень физической активности (шкала ФА) и жизненного тонуса (шкала ЖС). Пациенты в целом ниже оценивают свое здоровье и склонны прогнозировать его ухудшение (шкала ОЗ). Влияние осложнений при ИЗСД на восприятие пациентами своих физических возможностей вполне закономерно и лишний раз подчеркивает обременительность этой соматической патологии (полинейропатии, ретинопатии и нефропатии) для пациента.

Таблица 2

Структура качества жизни у пациентов с разным количеством осложнений (по SF-36)

Симптоматика	Группа 0 (без осложнений) (M±SEM)	Группа I (1 осложнение) (M±SEM)	Группа II (2 осложнения) (M±SEM)	Группа III (3 осложнения) (M±SEM)
ФА	92,3±2,0	82,6±3,8	83,2±2,5	75,7±3,7 (p < 0,001)
РФ	70±7,9	57,6±9,0	55,3±6,9	44,4±6,6 (p < 0,01)
Б	85,4±4,6	61,2±4,5	60,5±4,2	59,5±4,5 (p < 0,001)
ОЗ	58,4±3,8	47±5,6	46,9±3,3	41,4±3,0 (p < 0,001)
ЖС	68,3±4,3	56±4,8	50±3,2	51,4±3,4 (p = 0,05)
СА	81,3±4,0	77,2±4,8	71,7±4,3	71,7±4,1
РЭ	75±7,0	71±8,5	58,6±6,7	65,4±7,0
ПЗ	70,8±3,2	60,4±4,2	60,3±2,9	64,1±3,1
СС	46,3±3,1	40,4±4,3	40,1±3,8	38,9±3,6

Примечание. ФА – физическая активность; РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б – роль болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности; ОЗ – общее здоровье; ЖС – жизнеспособность, жизненный тонус; СА – социальная активность; РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ – психическое здоровье, настроение; СС – сравнение самочувствия, оценка изменения самочувствия за последний год. В скобках (p) – уровень статистической значимости различий между группой 0 и группой III.

Соотнесение результатов обследования пациентов с помощью опросников ОНР-СИ и SF-36 позволяет сделать вывод о тесных взаимосвязях показателей по всем шкалам. Это представляется особенно важным в свете выявленных умеренных и ограниченных связей между хроническими соматическими осложнениями и аффективными нарушениями по результатам экспериментально-психологического обследования. В большинстве случаев различия между группами пациентов с разным количеством осложнений не достигали уровня статистической значимости, хотя и присутствовали в виде тенденции к патологизации. С одной стороны, это может говорить об интерферирующем влиянии самого ИЗСД и характера его течения, об изначальной нагрузке на эмоциональные ресурсы пациента в связи с ИЗСД как таковым и, как следствие, снижении «аффективного отклика» на дополнительные соматические факторы, о влиянии побочных соматических и психосоциальных переменных и т.д. Однако, с другой стороны, это показывает приоритетность субъективной репрезентации болезни (внутренней картины болезни) по отношению к ее объективной стороне, а следовательно, широкие возможности для психологи-

ческой и социальной компенсации соматических нарушений, в том числе методами психотерапии.

Таким образом, исследование структуры неврозоподобной симптоматики и качества жизни при ИЗСД с хроническими осложнениями позволяет сделать следующие выводы:

1. Хронические осложнения при ИЗСД негативно отражаются на качестве жизни пациентов, причем не только на физическом, но и на психоэмоциональном уровне.
2. Развитие хронических осложнений при ИЗСД приводит к развитию/усугублению неврозоподобной симптоматики преимущественно астено-ипохондрического характера.
3. Осложнения при ИЗСД существенно ограничивают физические возможности, снижают уровень активности пациентов.
4. Аффективные нарушения при ИЗСД имеют смешанную этиологию, что предоставляет широкие возможности для психокоррекции и психотерапии.
5. Выбор стратегии оказания помощи пациентам с ИЗСД должен основываться на оценке удельного веса соматической, психической и социальной составляющих в этиологии наблюдаемых нарушений.

Литература

1. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. М., 1994. 384 с.
2. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 103–114.
3. Елфимова Е.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
4. Иванов А.В., Менделевич В.Д., Могиленер Р.С. Психопатологические особенности личности больного при компенсированном и некомпенсированном сахарном диабете // Казанский медицинский журнал. 1999. № 6. С. 410–411.
5. Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. М.; СПб., 2002.

6. Чучалин А.Г. с соавт. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких (пособие для врачей). М., 1999.
7. Glasgow R.E. et al. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 20, № 4. P. 562–567.
8. Karlson B., Agardh C.D. Burden of illness, metabolic control, and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients // *Diabet Med*. 1997. Dec. Vol.14, № 12. P. 1066–1072.
9. Kohen D. et al. The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus // *Qual Life Res*. 1998. Vol. 7, № 3. P. 197–204.
10. Mazze R.S. et al. Psychological and social correlates of glycemic control // *Diabetes Care*. 1984. Vol. 7, № 4. P. 360–366.
11. Peyrot M., Rubin R.R. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 20, № 4. P. 585–590.
12. Rose M. et al. The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control // *Diabetes Care*. 2002. Vol. 25. P. 35–42.
13. Talbot F., Nouwen A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link? // *Diabetes Care*. 2000. Vol. 23, № 10. P. 1556–1562.

**AFFECTIVE/PERSONALITY COMPONENT IN THE STRUCTURE OF QUALITY OF LIFE IN PERSONS
WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS**

E.A. Trifonova (St. Petersburg)

Summary. One hundred and ten patients with type 1 diabetes (IDDM) of different intensity of chronic complications were examined in the complex medico-psychological study. On the basis of the results the following conclusions were made: diabetes chronic complications (poly-neuropathy, nephropathy and retinopathy) affect negatively patients' quality of life. The number of complications of moderate and high degree of intensity sorts with high level of pseudo-neurotic symptomatology, with sharper perception of limiting role of the disease and low characteristics of physical activity and vitality. The revealed disorders should be concerned as a result of influence of both physical and psychosocial factors.

Key words: out-patients with type 1 diabetes (IDDM), chronic diabetes complications, affective-personality component in the structure of quality of life.