

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова (Санкт-Петербург)

**Аннотация.** На базе Санкт-Петербургского городского диабетологического центра № 1 было проведено комплексное медико-психологическое обследование 116 амбулаторных пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД) с разной степенью выраженности хронических осложнений. При обследовании использовались: шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН), методики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку) и методика оценки качества жизни «SF-36». В процессе исследования была выявлена решающая роль эмоционально-личностных факторов – стабильности/нестабильности эмоциональной сферы (уровня невротизации), тревожности, фрустрируемости, ригидности и агрессивности – в опосредовании влияния ИЗСД и хронических осложнений на качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** концепция качества жизни, качество жизни больных, страдающих сахарным диабетом (ИЗСД), нарушения эмоционально-мотивационной сферы, психосоматические и соматопсихические зависимости, невротизация.

Развитие медицины в последние десятилетия происходит, с одной стороны, в направлении все большей технизации (внедрение высокоточных, в том числе компьютеризированных методов диагностики, разработка все более эффективных и безопасных лекарственных средств, все менее инвазивных методов лечения и т.п.), а с другой – в направлении ее гуманизации и, в определенном смысле, психологизации. Своеобразное концептуальное оформление этого процесса обеспечивает понятие качества жизни (КЖ), повышение которого, собственно, и провозглашается главной задачей реабилитации пациента [2].

Концепция КЖ реализует комплексный личностный принцип в медицине. По сути – это вышедшая на новый теоретико-методологический уровень максима: «Лечить не болезнь, а больного». Речь идет об учете всей полноты значимых физических и психосоциальных переменных как необходимом условии адекватности и эффективности мероприятий по улучшению самочувствия пациента и одновременно превращению его из объекта медицинского воздействия в полноправного субъекта терапевтического процесса, причем субъекта уникального, обладающего не только специфическими индивидуальными свойствами, но и особыми личностными чертами, особой внутренней картиной болезни, системой ценностей, в частности здоровьем, индивидуальным жизненным опытом, мировоззрением и самовосприятием и т.д. [2].

Безусловно, данные теоретические положения справедливы в отношении пациентов и с психической, и с соматической патологией, однако их практическая реализация имеет свою специфику. В частности, в настоящих условиях личностный подход в медицинском учреждении соматического профиля осуществляется главным образом на уровне психологической интуиции, эмоциональной компетентности и эмпатийного потенциала врачей и среднего медперсонала. Действие этих неспецифических факторов нередко позволяет снизить риск нарушения адаптации пациента к болезни и жизни в целом, но во многих случаях, когда, например, врач сталкивается с явным нарушением комплайенса, с неадекватными или чрезмерными аффективными реакциями больного на соматическое страдание, нарушения-

ми деонтологических норм со стороны медперсонала, т.е. с так называемыми «трудными» больными, возникает необходимость в квалифицированной помощи клинического психолога или психотерапевта, знакомого со спецификой соматической патологии пациента [9].

С нашей точки зрения, это особенно актуально, если речь идет о хронических, неизлечимых заболеваниях, создающих своеобразную картину «замкнутого круга» психосоматических и соматопсихических соотношений, формирующих КЖ пациента. В плане непосредственного лечения необходимо учитывать влияние этих соотношений на течение заболевания, готовность пациента к сотрудничеству с врачом в борьбе с болезнью, на объективную оценку эффективности терапии (по медицинским показателям) и субъективную ее оценку больным.

Наглядным примером, иллюстрирующим описанные выше закономерности, может служить сахарный диабет (СД) – наиболее распространенное хроническое эндокринное заболевание, связанное с инсулиновой недостаточностью в организме. Как известно, выделяют два основных типа СД: инсулинозависимый (ИЗСД), развивающийся преимущественно в возрасте до 25–30 лет, и инсулинонезависимый (ИНСД), развивающийся преимущественно в зрелом и пожилом возрасте. Для всех пациентов с ИЗСД и части пациентов с ИНСД обязательно ежедневное (при интенсифицированной инсулинотерапии – более четырех раз в день) введение инсулина извне. Главную опасность представляют: 1) острые состояния, связанные с недопустимо низким (гипогликемия) либо недопустимо высоким (гипергликемия) уровнем сахара в крови; 2) хронические осложнения, поражающие различные системы организма и в значительной мере обусловленные продолжительной декомпенсацией СД (стабильно высокий уровень сахара) [1].

Особенности реагирования пациента на эти объективные соматические факторы, несущие порой реальную витальную угрозу, есть, с нашей точки зрения, следствие их психической переработки, субъективного переживания в контексте значимых отношений личности [4]. Оценка удельного веса и искажающей силы «субъективного», в частности некоторых эмоционально-личностных характеристик, больных ИЗСД в их реагирова-

нии на объективную клиническую картину соматических нарушений (хронических осложнений) была одной из задач комплексного медико-психологического обследования пациентов с ИЗСД, проведенного на базе Санкт-Петербургского городского диабетологического центра № 1 в рамках сотрудничества НИПНИ им. В.М. Бехтерева и Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П. Павлова.

Исследования убедительно свидетельствуют о негативном влиянии факта СД и хронических осложнений при нем на КЖ пациентов [14]. Общепризнанной в структуре КЖ является самостоятельная роль нарушенной эмоционально-мотивационной сферы [12], совладающего со стрессом поведения [13] и ряда психосоциальных характеристик [8]. Вместе с тем ряд авторов указывают на решающее значение отношения к болезни, т.е. ее субъективной репрезентации, в опосредовании влияния заболевания на психологическую адаптацию и КЖ пациентов [10, 11, 15].

Накопленные данные о роли личности пациента в терапевтическом процессе позволили с уверенностью говорить о необходимости активного участия клинических психологов и психотерапевтов в системе оказания помощи больным СД [9]. Хотя в нынешних условиях включение специалистов в области психического здоровья в работу учреждений соматического профиля является скорее исключением, чем правилом, задача повышения КЖ пациента требует признания важности и учета психосоциальных переменных на всех этапах оказания ему специализированной помощи [15].

Очевидно, что продуктивность взаимодействия пациента и врача в рамках терапевтического приема зависит от способности первого четко изложить свои жалобы и адекватно воспринять медицинские рекомендации и способности второго «услышать» эти жалобы, правильно оценить патологическую симптоматику, чтобы назначить соответствующее лечение или направить пациента на «дообследование». Важным представляется изучение влияния эмоциональных нарушений (невротизация, уровень тревоги, снижение настроения и др.) на оценку пациентом своего физического состояния, а также его личностно-типологических особенностей, детерминирующих характер эмоционального реагирования на стрессовые ситуации.

В рамках комплексного медико-психологического исследования были обследованы 116 амбулаторных пациентов с ИЗСД (52 мужчины, 64 женщины). Средний возраст в выборке составлял ( $M \pm SD$ )  $34,0 \pm 10,8$  лет, средняя продолжительность заболевания –  $17,6 \pm 8,5$  лет. Пациенты обследовались специалистами разных профилей – эндокринологом, офтальмологом, подиатром (специалистом по стопе), психиатром и собственно клиническим психологом. Полученные данные заносились в специально разработанную формализованную историю болезни, на основе которой был разработан банк клинико-психологической информации, для компьютеризированного анализа.

У 96% пациентов были выявлены хронические осложнения разной степени выраженности: диабетическая ретинопатия (поражение сетчатки глаза), диабетическая нефропатия (поражение почек), диабетическая полинейропатия (поражение периферической нервной системы), диабетическое поражение стопы в форме изъязвления (актуального или в ремиссии) либо ампутации в анамнезе. В качестве критерия тяжести соматического статуса использовался показатель количества у пациента хронических осложнений средней или высокой степени тяжести – препролиферативной либо пролиферативной диабетической ретинопатии, диабетической нефропатии на стадии протеинурии либо хронической почечной недостаточности, диабетической полинейропатии средней и высокой степени тяжести, диабетического поражения стоп (актуального либо в анамнезе).

У 21% пациентов осложнения либо не были обнаружены, либо проявлялись в легкой форме, у 20% пациентов выявлено одно осложнение средней либо высокой степени тяжести, у 25% – два осложнения, у 26% – три осложнения и у 8% пациентов – четыре осложнения. У 65% пациентов была выявлена препролиферативная либо пролиферативная диабетическая ретинопатия, у 70% – диабетическая полинейропатия средней либо высокой степени тяжести, у 33% – диабетическая нефропатия в стадии протеинурии либо хронической почечной недостаточности, у 17% пациентов – язвы стоп в анамнезе либо актуальное изъязвление стоп.

В ходе экспериментально-психологического обследования наряду с другими методиками использовались «Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН)» [5], «Методика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку) (СПС)» [3] и «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (цит. по: [7]).

УН является валидной и удобной в использовании методикой для оценки степени невротизации, позволяет дать дифференцированную оценку эмоциональной устойчивости/неустойчивости с учетом пола, содержит сорок пять вопросов, включая так называемую «шкалу неискренности», которая может отражать как степень продуктивности контакта с пациентом, так и некоторые психологические особенности последнего, например склонность к искажению ответов в сторону социальной желательности. СПС предназначена для экспресс-оценки таких личностных свойств, как тревожность, фрустрируемость (слабая устойчивость к фрустрации, склонность к «пораженчеству», избегающему поведению в сочетании с нестабильной самооценкой), агрессивность и ригидность, и включает соответствующие четыре шкалы (по десять вопросов каждая). SF-36 – широко используемый общий опросник, предназначенный для изучения КЖ у пациентов преимущественно с соматической патологией и достаточно полно отражающий ее влияние на его повседневную деятельность. SF-36 позволяет оценить КЖ по девяти основным критериям: физи-

ческой активности (ФА), роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), боли (Б), общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (ЖС), социальной активности (СА), роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психического здоровья (настроения) (ПЗ) и степени изменения самочувствия за прошедший год (СС).

Средние показатели ( $M \pm SD$ ) невротизации (по УН) в выборке составили у мужчин  $19 \pm 37,1$ , у женщин –  $40,2 \pm 46,1$  (средний показатель в выборке по шкале неискренности –  $2,5 \pm 1,8$ ), что свидетельствует о достаточно высокой эмоциональной устойчивости пациентов и большей подверженности невротизации мужчин ( $p = 0,004$ ). Средние показатели ( $M \pm SD$ ) агрессивности ( $8,9 \pm 2,3$ ), ригидности ( $9,8 \pm 2,3$ ), тревожности ( $8,0 \pm 2,5$ ) и фрустрации ( $8,1 \pm 2,5$ ) также укладывались в рамки слабо и умеренно выраженных свойств. Усредненные профили КЖ пациентов (по результатам использования SF-36) с количеством осложнений средней и высокой степени тяжести представлены в табл. 1.

Пациенты с большим количеством осложнений испытывают большие затруднения в сфере повседневной физической деятельности (шкала ФА), больший дискомфорт от болевых ощущений (шкала Б), ниже оценивают свое здоровье, в том числе по сравнению с окружающими, более склонны ожидать его ухудшения (шкала ОЗ) и воспринимать свое физическое состояние как препятствие к активному общению (шкала СА). Кроме того, результаты корреляционного анализа позволяют дополнить эту картину данными о связи количества осложнений с показателями по шкалам РФ ( $p = 0,005$ ) и ПЗ ( $p = 0,04$ ), что свидетельствует об ограничивающей роли осложнений в жизнедеятельности пациентов, а также о снижении аффекта по мере утяжеления соматического состояния.

Следует также отметить наличие связи между количеством осложнений и степенью невротизации (по УН;  $p = 0,003$ ), т.е. потенциалом к развитию невротической и невротоподобной симптоматики. Причем предрасположенность к формированию невротической и невротоподобной симптоматики, а также сами невротические и невротоподобные симптомы, с нашей точки зрения,

целесообразно рассматривать, с одной стороны, как следствие расстройств физиологического плана, отражающих сочетание соматогенного и нозогенного компонентов, а с другой – как косвенную причину развития осложнений, опосредованную нарушением психологической адаптации с вытекающим из него нарушением режима контроля физического состояния. Эта ситуация наглядно иллюстрирует сложные кольцевые психосоматические и соматопсихические зависимости, порой затрудняющие дифференциальную диагностику на основе наблюдаемой симптоматики, которая может укладываться в следующие рубрики МКБ-10: F06 – F07 («Органические психические расстройства» – соматогении), F40 – F48 («Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства»), а также F50 – F53 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами») [6].

В обследованной выборке не было выявлено какой-либо зависимости между степенью выраженности агрессивности, ригидности, тревожности и фрустрируемости (по СПС) и тяжестью соматического статуса.

Примечательно, что переменные «психологического блока» обнаружили более тесную связь друг с другом, чем с главным критерием тяжести соматических нарушений – количеством хронических осложнений средней и высокой степеней тяжести. Из этого следует, что какова бы ни была тяжесть соматического состояния пациента (в границах показателей данной выборки), существует возможность ее частичной психосоциальной компенсации. И наоборот, насколько бы ни был благополучен в известных пределах пациент по объективным данным истории болезни, субъективная интерпретация им своего физического состояния, основанная на субъективной оценке здоровья вообще и личностного смысла болезни в частности, может указывать на значительное нарушение адаптации к жизни с имеющимся у него заболеванием. Именно последняя группа пациентов, с нашей точки зрения, должна стать предметом пристального внимания клинического психолога и психотерапевта.

В связи с этим нам представляется необходимым определить, в какой мере оценка пациентом своего со-

Усредненные профили качества жизни у пациентов с разной степенью тяжести соматического статуса (по SF-36)

Таблица 1

Критерий	Группа I (кол-во осложнений < 2) n = 49 (M±SEM)	Статистическая значимость различий (p)	Группа II (кол-во осложнений ≥ 2) n = 67 (M±SEM)
ФА	87,5±2,0	p = 0,006	79,1±2,2
РФ	65,8±5,7	–	51,9±4,7
Б	74,5±3,5	p = 0,004	61,0±3,0
ОЗ	53,1±3,4	p = 0,03	44,0±2,3
ЖС	59,5±3,3	–	56,2±2,5
СА	80,2±2,8	p = 0,03	71,2±3,0
РЭ	71,7±5,4	–	63,1±4,7
ПЗ	67,6±2,4	–	61,3±2,3
СС	43,6±2,6	–	39,2±2,6

стояния зависит от объективной картины соматических нарушений, а в какой – от эмоционально-личностных характеристик оценивающего, определяющих наряду с другими факторами личностный смысл заболевания. Для решения этой задачи выборка была разделена следующим образом:

1) относительно высокий (n = 51) и относительно низкий (n = 56) уровень невротизации (по УН); в качестве разделяющего критерия выступали средние показатели невротизации у мужчин (M±SEM) 19,0±4,4, у женщин 40,2±4,5;

2) относительно высокий (n = 51) и относительно низкий (n = 56) уровень тревожности (по СПС); в качестве разделяющего критерия выступал средний показатель тревожности (M±SEM) 8,0±0,2;

3) относительно высокий (n = 49) и относительно низкий (n = 60) уровень фрустрируемости (по СПС); в качестве разделяющего критерия выступал средний показатель фрустрируемости (M±SEM) 8,1±0,2;

4) относительно высокий (n = 57) и относительно низкий (n = 49) уровень агрессивности (по СПС); в качестве разделяющего критерия выступал средний показатель агрессивности (M±SEM) 8,9±0,2;

5) относительно высокий (n = 52) и относительно низкий (n = 57) уровень ригидности (по СПС); в качестве разделяющего критерия выступал средний показатель ригидности (M±SEM) 9,8±0,2.

Результаты корреляционного анализа, направленного на оценку зависимости показателей КЖ (по SF-36) от тяжести соматического статуса (количества хронических осложнений) при относительно высоком и относительно низком уровнях невротизации, тревожности, фрустрируемости, агрессивности и ригидности, представлены в табл. 2. В каждом случае расчет корреляционных коэффициентов производился с учетом влияния остальных психологических переменных.

При этом обнаружены следующие закономерности.

1. В целом психическая адаптированность пациентов (шкалы СА, РЭ, ПЗ) не зависит либо зависит лишь в

незначительной мере от тяжести соматического состояния, что открывает широкие возможности для психосоциальной компенсации физического недуга, в том числе методами психотерапии.

2. Оценка своего физического состояния пациентами с более выраженной тенденцией к невротизации и невротоподобным расстройствам (с относительно высоким уровнем невротизации, тревожности, фрустрируемости, ригидности и частично агрессивности) не зависит на статистически значимом уровне от объективного соматического статуса. Вместе с тем оценка своего физического состояния пациентами с чертами эмоциональной стабильности зависит от степени нарушения физического функционирования (количество хронических осложнений) в соответствии с объективными данными, зафиксированными в историях болезни. При этом подгруппы пациентов, выделенные по критериям СПС, в среднем не различались по тяжести соматического статуса. Таким образом, у лиц с выраженной личностно-типологической предрасположенностью к нарушению психической адаптации отмечается чрезмерная «субъективизация» в оценке своего соматического состояния (вне зависимости от его тяжести), которая, вероятно, обусловлена особой значимостью факта болезни в их жизни.

3. Учитывая, что подгруппы с более высоким уровнем невротизации и более выраженными чертами тревожности, фрустрируемости и ригидности в целом отличаются более низким КЖ по всем шкалам (SF-36), правомерно сделать вывод о том, что тенденциозность в оценке своего физического состояния в этой группе имеет в основном негативную направленность. т.е. формируется по гипернозогнозическому типу.

Выявленные закономерности позволяют сделать несколько предварительных предположений относительно психологических механизмов, лежащих в их основе:

1. Для пациентов с невротическим личностным радикалом характерна чрезмерная эмоциональная заряженность темы заболевания (самого ИЗСД и хроничес-

Таблица 2

Зависимость связей между показателями КЖ (по SF-36) и количеством хронических осложнений при ИЗСД от уровня невротизации (по УН), агрессивности, ригидности, тревожности и фрустрируемости (по СПС)

Критерий	УН <sup>1</sup>		Тревожность (Т)		Фрустрируемость (Ф)		Агрессивность (А)		Ригидность (Р)	
	УН > М	УН < М	Т < М	Т > М	Ф < М	Ф > М	А < М	А > М	Р < М	Р > М
	N <sub>осл.</sub>	N <sub>осл.</sub>	N <sub>осл.</sub>	N <sub>осл.</sub>	N <sub>осл.</sub>	N <sub>осл.</sub>				
ФА	0,004	-	0,001	-	0,000	-	0,02	0,04	0,000	-
РФ	-	-	0,04	-	0,005	-	-	-	-	-
Б	0,009	-	0,01	-	0,02	-	-	-	0,02	-
ОЗ	0,003	-	0,04	-	-	-	0,005	-	0,007	-
ЖС	0,03	-	0,04	0,03	-	-	-	-	-	-
СА	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
РЭ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ПЗ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
СС	-	-	-	-	-	-	-	-	0,004	-

ких осложнений при нем), обусловленная: личностными особенностями и системой значимых отношений к проблеме здоровья; объективными трудностями, связанными с заболеванием и его последствиями, в том числе трудностями в контроле основных клинических проявлений заболевания (ежедневные инъекции инсулина и проверки уровня сахара в крови, ограничение рациона питания, необходимость соотношения доз инсулина с количеством полученных с пищей углеводов и физической нагрузкой и т.д.); недоступностью (а точнее, недостаточностью) социальной поддержки, изменением социального статуса в связи с заболеванием; дефицитностью совладающего со стрессом поведения; глубинными установками и системой ценностей; социальными стереотипами по отношению к СД и его последствиям, т.е. факторами, формирующими внутреннюю картину болезни, определяющими личностный смысл заболевания.

2. Тенденция к невротизации наряду с выраженностью таких черт личности, как тревожность, фрустрируемость, ригидность и агрессивность, может являться одновременно и следствием неадекватной оценки пациентом с ИЗСД роли заболевания в повседневной жизни, т.е., результатом психосоматического развития личности, обусловленного в том числе выраженностью гипернозогностических компонентов внутренней картины болезни.

3. У пациентов с личностным невротическим радикалом, для которых окружающая действительность в целом носит более фрустрирующий характер, проблемы, не связанные с заболеванием (и, по всей видимости, более частые, чем у эмоционально стабильных пациентов), усугубляют нарушение адаптации к заболеванию, формируют реакцию «ухода в болезнь» с характерным для нее акцентированием физического недуга. Болезнь (хронические осложнения при ИЗСД) может «использоваться» пациентом как оправдание неспособности справиться с фрустрирующей действительностью.

Данные предположения нуждаются в тщательно спланированной, целенаправленной проверке, однако уже сейчас можно сделать вывод о важности эмоционально-личностных факторов в опосредовании влияния объективных соматических нарушений на КЖ пациентов с ИЗСД, при-

чем рассмотрение этих факторов, с нашей точки зрения, не должно сводиться к оценке отдельных личностных конструктов. Оно должно базироваться на осознании решающей роли системы отношений и ценностей как ядра личности, детерминирующего ее адаптационный потенциал, в том числе успешность адаптации к жизни с хроническим соматическим заболеванием.

Важная опосредующая роль субъективной репрезентации заболевания, с одной стороны, создает широкие возможности для психологической коррекции, но с другой стороны, повышает риск дезадаптации пациента, поскольку его психика открыта не только для позитивного, но и для негативного влияния, и тут велика роль деонтологических норм в работе и медперсонала, и специалистов в области психического здоровья. Ввиду того что адекватная психопрофилактическая и психокоррекционная помощь доступна не во всяком медицинском учреждении, особая ответственность за формирование адаптивной внутренней картины болезни у пациента ложится на врачей и средний медперсонал, поведение которых служит для больного важным ориентиром в восприятии своего физического состояния.

В практическом плане полученные результаты указывают на:

1) возможность использования шкалы для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН) и методики самооценки психических состояний как скрининговых инструментов, позволяющих выявить группу риска в отношении нарушения адаптации к заболеванию;

2) возможность улучшения КЖ пациентов с ИЗСД посредством психотерапевтического снижения уровня невротизации, в частности, в процессе личностно-ориентированных реконструктивных методов, адаптивной тренировки поведения и вариантов рефлексивно-динамического тренинга;

3) необходимость учета эмоционально-личностных характеристик пациентов при оценке эффективности любых медицинских мероприятий и использование так называемого «бригадного» метода в работе с пациентами, страдающими СД, в частности, в его инсулинозависимой форме.

#### Литература

1. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. М., 1994. 384 с.
2. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. и др. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 103–114.
3. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб., 2002. С. 122–123.
4. Иовлев Б.Е., Карпова Э.Б. Психология отношений: Концепция отношений В.Н. Мясничева и медицинская психология. СПб., 1999.
5. Иовлев Б.Е., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): Пособие для врачей и психологов. СПб., 1999.
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. 1999. № 4. С. 4–16.
7. Чучалин А.Г. и др. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких (Пособие для врачей). М., 1999.
8. Glasgow RE. et al. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes // Diabetes Care. 1997. Vol. 20, № 4. P. 552–567.

9. Harris M.A., Lustman P.J. The psychologist in diabetes care // *Clinical Diabetes*. 1998. Vol. 16, № 2. P. 91–93.
10. Harris R. et al. Relationship between health beliefs and psychological variables in diabetic patients // *Brit. J. Med. Psychol.* 1984. Vol. 57, № 3. P. 253–259.
11. Karlson B., Agardh C.D. Burden of illness, metabolic control, and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients // *Diabet Med.* 1997. Vol. 14, № 12. P. 1066–1072.
12. 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.
13. 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.
14. Rubin R.R., Peyrot M. Quality of life and diabetes // *Diabetes Metab. Res. Rev.*, 1999. Vol. 15, № 3. P. 205–218.
15. Snoek F.J. Breaking the barriers to optimal glycaemic control – what physicians need to know from patients' perspectives // *Int. J. Clin. Pract. Suppl.* 2002. Vol. 129. P. 80–84.

#### EMOTIONALLY PERSONAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF PANCREATIC DIABETES PATIENTS

L.I. Vasserman, E.A. Trifonova (St. Petersburg)

**Summary.** On the basis of St. Petersburg municipal Diabetic Center № 1 there was conducted a complex medico-psychological examination of 116 insulin-dependent diabetes out-patients with different forms of chronic complications. «The scale for psychological express-diagnosis of neurotization level», «Methods of self-appraisal of mental states» (according G. Aizenk) and the method of quality of life estimation «SF-36» were used at the examination. In the process of examination there was revealed the leading role of emotionally personal factors – stability/instability of emotional sphere (level of neurotization), anxiety, frustration, rigidity and aggressiveness – in mediating of the influence of pancreatic diabetes and its complications on patient's quality of life.

**Key words:** quality of life concept, quality of life of pancreatic diabetes patients, disorders of emotionally motivational sphere, psychosomatic and somatopsychic dependencies, neurotization.