

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С РЕТИНОПАТИЕЙ

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

Аннотация. Тридцать больных сахарным диабетом I типа с ретинопатией II–III степени выраженности были обследованы с помощью «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» SF-36 и методики для диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ». Выявлена связь между субъективным благополучием (сравнительно высоким качеством жизни) и анозогностическим отношением к болезни (отрицанием болезни, стремлением не думать о ее последствиях), а также связь между субъективным неблагополучием (сравнительно низким качеством жизни) и разнообразными формами дезадаптивного реагирования на болезнь как с интрапсихической, так и с интерпсихической направленностью.

Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, внутренняя картина болезни, дезадаптация.

Проблема сахарного диабета (СД) – одна из актуальнейших проблем современного здравоохранения, что обусловлено, в первую очередь, теми медико-социальными последствиями, которые имеет это заболевание как на уровне отдельного человека, так и в масштабах государства. По данным ВОЗ, СД повышает смертность в 2–3 раза, сокращает продолжительность жизни на 10–30%, в десятки раз увеличивает риск нефропатии, слепоты, гангрены с ампутацией конечностей и т.д. [2]. Все это заставляет специалистов признать необходимость разработки более эффективных программ профилактики, лечения и реабилитации, способных не только улучшить соматическое состояние больных, предотвратить или, по крайней мере, приостановить развитие тяжелых осложнений, но и повысить их *качество жизни*, то есть обеспечить, насколько это возможно, их субъективное физическое, эмоциональное, социальное благополучие. Широкомасштабные исследования, направленные на оценку качества жизни и связанных с ним феноменов, уже давно проводятся на Западе [4, 6]. В нашей же стране понятие качества жизни лишь недавно привлекло внимание специалистов, проблема качества жизни и его содержательной стороны у больных СД лишь начинает разрабатываться, и исследования, посвященные этой тематике, пока немногочисленны.

Еще меньше отечественных данных о специфических группах больных СД; речь идет не только о разделении их на группы с инсулинозависимым и инсулинонезависимым СД, а о более тонкой дифференциации по: продолжительности заболевания, уровню его компенсации, специфике и тяжести патологических проявлений (осложнений). А между тем, по данным зарубежных авторов [5] качество жизни больных диабетом зависит от множества медико-психо-социальных факторов, причем среди медицинских на первый план выдвигается фактор наличия осложнений.

Одним из наиболее частых и прогностически неблагоприятных осложнений СД является диабетическая ретинопатия – поражение сосудов, пронизывающих сетчатку. Риск слепоты у больных СД в 25 раз выше, чем у не страдающих этим заболеванием; примерно у 50% боль-

ных диабетом есть признаки диабетической ретинопатии, 74% из них обречены на значительное снижение зрения, а 6–12% – на практически полную слепоту [2]. Неудивительно поэтому, что сам факт выявления признаков ретинопатии (а ей, как правило, сопутствуют и другие осложнения) является психотравмирующим событием, а ухудшение зрения, начинающееся на поздних стадиях ретинопатии, может вызывать острую эмоциональную реакцию или, по крайней мере, заставляет пациента с тревогой задуматься о своем будущем. Безусловно, ухудшение зрения приводит к снижению уровня качества жизни [7], однако сам по себе этот факт не раскрывает содержательную, субъективную сторону благополучия больного, личностный смысл заболевания, который отражается во *внутренней картине болезни*. Именно этот аспект, т.е. *внутренняя картина болезни* (ВКБ) в структуре качества жизни больных СД с ретинопатией, привлек наше внимание.

Таким образом, целью исследования стало выявление взаимосвязей между качеством жизни больных СД (т.е. степенью их комфортности как внутри себя, так и в рамках своего общества) и сформировавшейся у них ВКБ, которая понимается нами как комплекс психологических феноменов, имеющих отношение к заболеванию: знания пациента о болезни, ее осознание, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с заболеванием.

Для реализации поставленной цели были использованы: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey») [3], а также разработанная в НИИ им. В.М. Бехтерева методика определения типа отношения к болезни «ТОБОЛ» [1]. Методика SF-36 позволяет оценить качество жизни пациента по девяти параметрам: физической активности (ФА), роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), роли болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности (Б), общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (ЖС), социальной активности (СА), роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психического здоровья

(ПЗ) и сравнения самочувствия (СС). Большие показатели по каждой из шкал отражают большее благополучие пациента в соответствующей сфере, причем максимальный показатель в каждом случае составляет 100 баллов. Таким образом, максимальное значение итогового показателя КЖ составляет 900 баллов. С помощью опросника «ТОБОЛ» можно построить профиль отношения пациента к своему заболеванию по 12 шкалам. С целью обобщенного анализа шкальных оценок шкалы опросника объединяются в три блока. В первый блок входят типы отношения к болезни, характеризующиеся наименьшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием, – гармоничный (г), эргопатический (р) и анозогностический (з) типы. Во второй и третий блоки включены шкалы таких типов реагирования на болезнь, которые характеризуются наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием. Второй блок включает типы реагирования с интрапсихической направленностью, с тенденцией «ухода в болезнь» – тревожный (т), ипохондрический (и), неврастенический (н), меланхолический (м) и апатический (а). Третий блок шкал содержит типы реагирования личности с интерпсихической направленностью, связанной с нарушением социального функционирования: сенситивный (с), эгоцентрический (э), паранойяльный (п) и дисфорический (д).

Исследуемым контингентом стали 30 амбулаторных пациентов (22 женщины и 8 мужчин) Санкт-Петербургского городского диабетологического центра, больных ИЗСД (сахарным диабетом 1 типа) с диабетической ретинопатией второй и третьей степени выраженности (препролиферативной и пролиферативной), нуждающихся в лазерной коагуляции (прижигании лазерным лучом поврежденных участков сетчатки глаза с целью предотвращения прогрессирования ее патологических изменений). Ни у одного из испытуемых ухудшение зрения не привело к слепоте. Выборку составили лица молодого и зрелого возраста (от 21 до 50 лет, средний возраст – $31,93 \pm 7,89$ лет) со значительным диабетическим стажем (от 11 до 35 лет, средняя длительность $20,23 \pm 6,50$ лет, начало диабета – преимущественно в детском и подростковом возрасте).

При анализе данных, полученных с помощью методики SF-36, мы исходили из того, что степень неблагополучия больных в той или иной сфере можно оценить по степени отклонения средних показателей шкал КЖ от максимально возможных значений, составляющих 100 баллов для каждой из шкал и 900 баллов – для итогового показателя КЖ. Результаты оценки КЖ, представленные в таблице, указывают на его снижение в выборке по всем параметрам, причем в лучшем случае степень снижения составляет ~ 20% (ФА), а в худшем –

достигает 63% (СС). Обращают на себя внимание особенно низкие показатели по шкалам общего здоровья (ОЗ) и степени ухудшения самочувствия за последний год (СС) при относительной сохранности элементарных физических возможностей (ФА) (см. таблицу).

Это вполне объяснимо, учитывая специфику заболевания, знание о ней пациентов, их физическое состояние (длительность заболевания коррелирует с количеством и тяжестью осложнений) и актуальную на момент обследования проблему ухудшения зрения. Вместе с тем у пациентов отмечается преимущественно гармоничное отношение (40% пациентов) к болезни, а также преобладание в ВКБ установок, связанных с минимальной социальной дезадаптацией (эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни: 17 и 13% соответственно).

На рис. 1 представлены усредненные профили отношения к болезни, полученные при разделении выборки на пациентов со сравнительно высоким (12 чел.) и сравнительно низким (14 чел.) КЖ. Следует обратить внимание на большую выраженность в обеих группах (по сравнению с другими дезадаптивными типами отношения к болезни) сенситивного компонента, свидетельствующую о стремлении пациентов по возможности скрывать факт собственной болезни (что подтверждается и клиническими наблюдениями). Обеспокоенность пациентов возможностью того, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, можно рассматривать как общую неспецифическую реакцию на болезнь. По данным корреляционного анализа показатели по шкале сенситивного отношения к болезни отрицательно коррелируют с показателями по шкале социальной активности ($p < 0,01$). Эта связь раскрывает содержательную сторону сенситивного компонента в ВКБ в данной выборке. По-видимому, болезненное переживание ухудшения состояния здоровья, тревожные мысли, опасения по поводу осложнений и их последствий для профессиональной, социальной жизни связаны с попытками скрыть свое недомогание, избегая активного общения. Многие пациенты считают, что раскрытие факта их заболевания неизбежно создаст препятствие для профессионального роста; многим неприятна мысль, что их будут «жалеть», что в них сразу станут видеть лишь больных, начнут опекать и т. п. Некоторые пациенты не сообщают о диабете даже друзьям. Такая позиция довольно распространена, и, вероятно, этим объясняется «пик» по шкале сенситивного отношения к болезни. Нельзя также забывать и о том, что в нашей стране представления многих людей о СД весьма туманны и мифологизированы, поэтому риск неадекватной реакции на сообщение пациентом о наличии у него этого заболевания действительно есть. И сенситивное отношение к болезни в той мере, в

Средние показатели качества жизни в выборке (по SF-36)

Шкалы	ФА	РФ	Б	ОЗ	ЖС
М ± σ	78,83±15,96	59,17±39,11	59,03±22,88	38,27±20,11	55,83±19,52
Шкалы	СА	РЭ	ПЗ	СС	КЖ
М ± σ	75,00±23,44	70,02±38,52	56,13±18,30	37,33±18,04	529,62±154,0

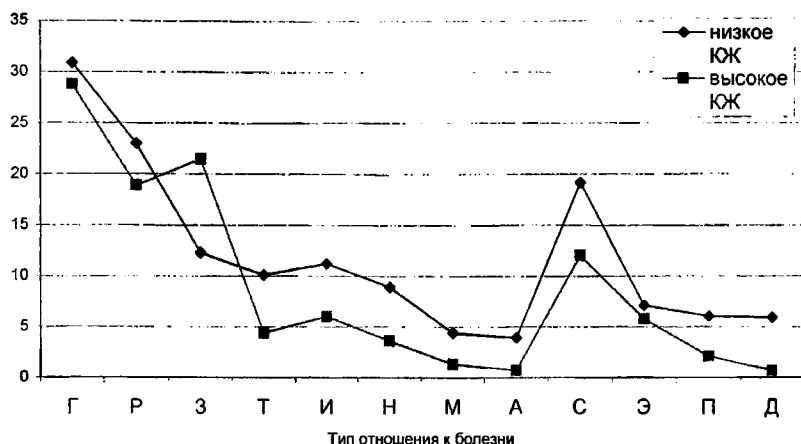


Рис. 1. Усредненные профили отношения к болезни у пациентов с относительно высоким и низким качеством жизни. Условные обозначения: *г* – гармоничный, *р* – эргопатический, *з* – анозогностический, *т* – тревожный, *и* – ипохондрический, *н* – неврастенический, *м* – меланхолический, *а* – апатический, *с* – сенситивный, *э* – эгоцентрический, *п* – паранойяльный, *д* – дисфорический тип отношения к болезни

какой оно обусловлено стремлением избежать навязчивого сочувствия или «приклеивания ярлыка», можно рассматривать как вполне адаптивную защитную реакцию (о чем также свидетельствует корреляция показателей по этому параметру с показателями по параметру гармоничного отношения к болезни). Однако сенситивные установки имеют и обратную сторону, о чем говорит уже факт отрицательной корреляции показателей сенситивного отношения к болезни с итоговым показателем качества жизни ($p < 0,05$), то есть более высокие показатели по шкале сенситивного отношения к болезни связаны в целом с более негативной оценкой своего состояния. Это делает необходимым соответствующее психокоррекционное воздействие, цель которого – избавить пациента от необоснованных опасений по поводу тех последствий, которые, с его точки зрения, будет иметь раскрытие факта наличия у него хронической болезни.

Из рис. 1 также следует, что сравнительно низкое КЖ связано с большей выраженностью субъективной стороны заболевания, с его большим влиянием на внутриличностную и межличностную жизнь пациента. Об этом свидетельствует «подъем» профиля отношения к болезни у пациентов с низким КЖ по всем шкалам за исключением шкалы анозогностического отношения к болезни, для которого характерно отрицание болезни со стремлением продолжать активную, полноценную жизнь. Причем по всем шкалам, кроме шкал гармоничного, эргопатического и эгоцентрического отношения к болезни, различия между группой со сравнительно низким и группой со сравнительно высоким КЖ достигают степени статистической значимости (по шкалам ипохондрического, неврастенического, меланхолического, апатического, дисфорического отношения к болезни

$p < 0,01$; по шкалам анозогностического, тревожного, сенситивного, паранойяльного отношения к болезни $p < 0,05$). Таким образом, низкое КЖ связано с дезадаптивным реагированием на болезнь как интрапсихической, так и интерпсихической направленности, а также с наличием комплекса разнообразных негативных переживаний, в котором помимо сенситивных установок преобладают озабоченность состоянием здоровья, сосредоточение на неприятных ощущениях (ипохондрический тип отношения к болезни), беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни (тревожный тип отношения к болезни), раздражительность, нетерпеливость, эмоциональная неустойчивость (неврастенический тип отношения к болезни).

Следует отметить, что показатели по шкалам гармоничного типа (с трезвой оценкой своего состояния, рациональным подходом к лечению) и эргопатического типа (с «уходом от болезни в работу», стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус) оказались связанными с возрастом пациентов ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно). Это, по-видимому, объясняется большей социальной и психологической зрелостью лиц старшего возраста, их более взвешенным отношением к профессиональным и жизненным ценностям, а также необходимостью нести большую социальную ответственность и за себя, и за свою семью.

В ходе корреляционного анализа также были установлены следующие зависимости.

Во-первых, гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни тесно связаны между собой ($p < 0,01$), но не связаны ни с другими типами отношения к болезни, ни с итоговым показателем КЖ. Отмечается лишь умеренная ($p < 0,05$) связь между гармонич-

ным и чувствительным отношением к болезни, что, однако, не позволяет сделать оптимистический прогноз, поскольку наличие выраженного чувствительного компонента в отношении к болезни, как указывалось выше, является скорее неблагоприятным обстоятельством.

Во-вторых, показатели по шкале анозогностического типа отношения к болезни отрицательно коррелируют с показателями практически всех дезадаптивных типов отношения к болезни и положительно связаны с итоговыми показателями КЖ, а также показателями по шкалам жизнеспособности, общего здоровья, психического здоровья (настроения) и социальной активности (во всех случаях $p < 0,01$). Таким образом, анозогностическое отношение к болезни связано с большей удовлетворенностью собственной жизнью, более оптимистической оценкой своего состояния здоровья, более позитивным эмоциональным фоном, большим запасом внутренних сил и энергии, более активной жизненной позицией и наличием более устойчивых межличностных связей.

В-третьих, показатели дезадаптивных типов положительно коррелируют между собой, а большинство из них имеет отрицательную корреляционную связь с итоговыми показателями КЖ и показателями ряда шкал КЖ. Это означает, что личностная дезадаптация в связи с заболеванием закономерно сочетается с ощущением неудовлетворенности основных жизненных потребностей.

Кроме того, наиболее тесно с показателями по шкалам отношения к болезни связаны показатели по шкалам общего здоровья и жизнеспособности, из чего, вероятно, следует, что доминантами в негативных пере-

живаниях пациентов по поводу заболевания являются пессимистическая оценка состояния здоровья, а также ощущение снижения жизненного тонуса и энергии, ощущение утраты жизненных сил.

Таким образом, единственным элементом ВКБ, прогностически благоприятным в отношении КЖ, оказались анозогностические установки с ориентацией на продолжение активного образа жизни и стремлением к самореализации, а выраженность дезадаптивного компонента ВКБ связана со снижением КЖ как в целом, так и в отдельных сферах. Не исключено, что тенденция придавать болезни слишком большое значение создает благоприятную почву для появления эмоциональных проблем, развития внутри- и межличностных конфликтов, связанных и не связанных с заболеванием. Вместе с тем неясным остается вопрос, насколько анозогностическое отношение к болезни позволяет пациентам осуществлять адекватный контроль, соблюдать необходимый режим, своевременно обращаться к врачам. Важно понять, не искажается ли при таком отношении оценка пациентом своего состояния. Изучение этой проблемы с привлечением объективных исчерпывающих данных о соматическом статусе больного и его поведении в связи с заболеванием – задача дальнейших исследований. Однако уже на данном этапе можно выделить ряд дезадаптивных элементов ВКБ (в особенности чувствительного, ипохондрического, тревожного и неврастенического отношения к болезни), которые могут стать объектом психокоррекционного воздействия, направленного на повышение КЖ больных СД с ретинопатией.

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации. СПб., 2002.
2. Ефимов А.С., Скоробонская Н.А. Клиническая диабетология. Киев, 1998.
3. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких: Пособие для врачей. М., 1999.
4. Glasgow R.E., Ruggiero L., Eakin E.G. 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.
5. Lloyd C.E., Orchard T.J. Physical and psychological well-being in adults with Type 1 diabetes // *Diabetes Res Clin Pract.* 1999. Vol. 44(1). P. 9–19.
6. Rose M., Fliege H., Hildebrandt 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.
7. Wulsin L.R., Jacobson A.M., Rand L.I. Psychosocial aspects of diabetic retinopathy // *Diabetes Care*. 1987. Vol. 10(3). P. 367–373.

THE INNER PICTURE OF DISEASE IN THE STRUCTURE OF INSULINDEPENDENT ON DIABETES PATIENTS' QUALITY OF LIFE
L.I. Vasserman, E.A. Trifonova, F.E. Shadrachev (S.-Petersburg)

Summary. 30 diabetes of the first type patients with retinopathy of the second and the third degree were examined with the help of «Short general inquirer of health status estimation» SF-36 and the method for attitude types diagnostics to disease «Tobol». There is a connection between a subjective well-being (comparatively high quality of life) and anosognosia attitude to the disease (negation of the disease, desire not to think about its consequences), and also a connection between subjective not well-being (comparatively low quality of life) and different kinds of disadaptive response to the disease as with intrapsychical and interpsychical direction.

Key words: diabetes, quality of life, inner picture of disease, disadaptation.