

УДК 616.379-008.64-06:616.12-005.4:612.821

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ДРУГОГО ТИПУ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**Корсак Ю.В.***Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної терапії, м. Ужгород***Ключові слова:** цукровий діабет 2 типу в поєднанні з ішемічною хворобою серця, цукровий діабет 1 типу, психологічні особливості хворих

Вступ. Кожна хвороба у своїх типових клінічних проявах завжди супроводжується ознаками соматичного неблагополуччя із симптомами змін психіки. Ці зміни при одній і тій же хворобі та об'єктивних зсувах в організмі виявляються різними у зв'язку з преморбідними особливостями особистості й психіки хворого [2].

Навіть коли хвороба не веде до руйнівних змін у біологічних формах мозкової діяльності, вона обов'язково видозмінює психіку хворого внаслідок появи нових, відсутніх до хвороби, форм реагування хворого на хворобу. Кожен пацієнт піддається впливові страхів, занепокоєння та хвилювання за своє життя, життя своїх оточуючих. Порушення гомеостазу у зв'язку із розвитком у ньому соматичного захворювання супроводжується зміною характеру нервової імпульсації, що поступає від уражених систем у головний мозок, та зміною вісцерально-церебральної (соматопсихічної) рівноваги. В результаті змінюються фізіологічні параметри вищої нервової діяльності, що, власне, і складає фізіологічний механізм відхилень у психічній діяльності [2].

На сучасному етапі встановлено тісний зв'язок між проявами депресії та розвитком макроваскулярних ускладнень (зокрема ІХС) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. А між тим, депресивні розлади зустрічаються у близько 30% хворих із ЦД. Однак ці дослідження не є вичерпними і потребують більш глибокого вивчення [3, 4, 6].

Тому великого значення набуває дослідження психологічних особливостей хворих із ЦД, зокрема 2 типу, із макросудинними ускладненнями, такими як, наприклад, ІХС.

Характерологічні особливості особистості можна визначити багатьма методами. Це різноманітні психологічні тести, такі як ММРІ, тест Айзенка, тест рівня депресивності Бека, визначник особистісної та реактивної тривожності Спілбергера, особистісний опитник Бехтеревського інституту (ООБІ) та інші [1, 2, 3,].

Мета дослідження. Виявити типи реакції особистості на хворобу та рівень особистісної та реактивної тривожності у хворих із ЦД 1 типу, ЦД 2 типу в поєднанні із ІХС та в осіб контрольної групи.

Матеріали та методи. Для діагностики типів реакції на хворобу та інших, пов'язаних з нею, відносин особистості (ставлення до лікування, медперсоналу, рідних, оточуючих, роботи, навчання, самотності, майбутнього, власних життєвих функцій) ми використали тест ООБІ [2]. За його допомогою можна діагностувати наступні типи реакцій: гармонійний (Г), тривожний (Т), іпохондричний (І), меланхолійний (М), апатичний (А), неврастенічний (Н), обесивно-фобічний (О), сенситивний (С), егоцентричний (Я), ейфоричний (Ф), анозогнозичний (З), ергопатичний (Р), паранойяльний (П). За кожною із шкал встановлено граничні рівні, досягнення чи перевищення яких свідчить про наявність якогось із типів реакції пацієнта на хворобу [2].

Для діагностики тривожності як властивості особистості і як стану ми використали методику Ч.Д.Спілбергера. Загальний показник за шкалами особистісної та реактивної тривожності знаходиться в діапазоні від 20 до 80 балів (чим вищий показник, тим більший рівень тривожності). Показник до 30 балів характеризує низьку, 31-44 бали – помірну, 45 балів і вище – високу тривожність [9].

Опитано за цими методиками 3 групи осіб:

I група – хворі з ЦД 1 типу – 31 особа;

II група – хворі з ЦД 2 типу в поєднанні з ІХС – 16 осіб;

III група – практично здорові люди (контрольна група) – 52 особи.

У I групу хворих увійшли 16 жінок та 15 чоловіків, віком від 18 до 59 років (середній вік 40,4±4,6 року, $p < 0,05$), що перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні ОКЛ м.Ужгород за період січень-грудень 2004 року.

II групу хворих склали 10 чоловіків та 6 жінок, віком від 41 до 61 років (середній вік $49,3 \pm 3,2$ року, $p < 0,05$), що перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні ОКЛ та кардіодиспансері м.Ужгород за період вересень-грудень 2004 року.

III групу склали 25 чоловіків та 27 жінок, віком від 23 до 54 років (середній вік $31,2 \pm 5,9$ року, $p < 0,05$), інтернів та курсантів факультету післядипломної освіти УжНУ, опитаних за вищезгаданими методиками в період 2003-2004 навчального року.

Отримані дані обробляли за допомогою статистичних пакетів Microsoft Excel.

Результати досліджень та їх обговорення. Вважають, що у складному патогенезі розвитку коронарної недостатності відіграють роль наступні фактори:

- 1) розлади нейро-регуляторних механізмів, що сприяють підвищенню тонуусу вінцевих судин;
- 2) коронарний атеросклероз;
- 3) обмінні порушення в міокарді;
- 4) зміни процесів згортання крові зі схильністю до гіперкоагуляції.

У працях закордонних вчених великого значення надають преморбідним особливостям хворих із ішемічною хворобою серця (ІХС) і виділяють так званий „коронарний тип”, якому властиві особливі риси характеру, такі як прагнення до досягнення поставленої мети, відсутність вдоволення роботою та відпочинком. Ще Г.Ф.Ланг підкреслював, що ішемічна хвороба серця розвивається у вольових, цілеспрямованих людей, але схильних до глибокого і тривалого переживання негативних емоцій [1].

При цукровому діабеті (ЦД) грубі зміни особистості та психози зустрічаються порівняно рідко, але зміни поведінки та ставлення до навколишнього, а також зміни настрою спостерігаються у близько половини хворих. Усі автори відмічають, що основні порушення психіки при ЦД виражаються в сильному роздратуванні і швидкій втомлюваності. У хворих із ЦД може бути підвищена емоційність, через що вони здійснюють необдумані вчинки, керуючись хвилиним настроєм, допускають огріхи в дієті без урахування власного стану. У деяких хворих спостерігається різного ступеня ослаблення пам'яті, забудькуватість [4, 5, 8, 9].

Психози при цукровому діабеті перебігають по типу деліріозно-аментивних розладів свідомості різної глибини та вираженості. Іноді може спостерігатися ілюзорність у сприйнятті навколишнього, підвищена чутливість до різноманітних подразників, балакучість, що створює враження хорошого настрою, некритичність [7, 8].

На тлі вказаних розладів можуть виникати невмотивовані стани збудження із озлобленням та схильністю до агресії. Слід враховувати, що підвищена емоційність хворих із ЦД веде до надмірних емоційних реакцій, котрі супроводжуються

погіршенням стану. У зв'язку із цим велике значення має правильний підхід до хворого із врахуванням його психологічних особливостей і вмiле проведення психотерапії, а також своєчасне призначення транквілізаторів [1, 9].

Krantz зі співавторами (1981) розділили поведінкові зв'язки із хворобою на три основні механізми: прямі психофізіологічні ефекти, шкідливі звички і реакції на хворобу.

Перший із них пов'язаний із поняттям стресу, включаючи всі прямі ушкодження фізіологічних процесів і тканин психологічними чинниками. Стрес викликає зрушення у діяльності нервової та ендокринної систем, що змінює нормальне функціонування організму. Оскільки доведено, що стрес може викликати численні фізіологічні та біохімічні зрушення, то цілком очевидно, він може запустити й початок деяких захворювань.

Другий механізм пов'язаний із наявністю шкідливих звичок, які можуть спричинити як фізіологічні зміни, так і спровокувати початок хвороби.

Нарешті, третій механізм стосується тих поведінкових характеристик, які впливають на лікування захворювання. Реакції на хворобу, такі як готовність помічати хворобливі симптоми і шукати медичної допомоги, безперечно впливають на перебіг хвороби. Якщо особа не хоче повідомляти про помічені зміни у функціонуванні організму чи відкладає повідомлення про ці зміни, то, цілком закономірно, хвороба буде прогресувати то тих пір, поки лікування її на даному етапі не стане важчим. Важливо також дотримуватися лікувального режиму чи змінити спосіб життя, що цілком залежить від особливостей характеру хворих.

На практиці усі ці три механізми важко відокремити один від одного, бо вони аж ніяк не є незалежними. Стрес і фізіологічні ефекти, які він несе, можуть бути поглиблені чи пом'якшені здатністю або нездатністю хворого адаптуватися до нових умов чи їх реакцією на хворобу [8].

При усвідомленні наявності хронічної хвороби у людей можуть виникати дві великі групи психологічних розладів: тривожні розлади і депресивні розлади.

Тривожні розлади – це емоційні проблеми, які характеризуються наявністю тривоги. Тривогу визначають як генералізований стан страху чи побоювання майбутнього. Такі розлади відрізняються, як правило, дифузною та часто сильною неконтрольованою тривожністю, яка може не бути пов'язаною з якоюсь травмуючою ситуацією чи загрозою. Часто особа може бути нездатною вказати на джерело свого страху. У таких осіб може підвищуватися артеріальний тиск, рівень цукру в крові, пітливість, розлади кишечника, м'язове напруження і слабкість. Також трапляються безсоння, занепокоєння, забудькуватість, втрата уваги, подразливість і часто м'яка депресія. Окрім високого рівня тривожності такі особи часто переживають гострі епізоди паніки.

Депресивні розлади – це порушення настрою, які можуть спричинювати значне ослаблення особи, яка на них страждає. Депресія характеризується зниженим настроєм, втратою цікавості до оточуючого, загальною втомлюваністю, нездатністю сконцентруватися. Вона може стати значною проблемою, яка серйозно переплітається зі щоденною активністю особи. Із поглибленням зниженого настрою, особистість часто втрачає інтерес до життя й мотивацію до виконання певного виду діяльності. Майбутнє виглядає тьманим, і людина вважає, що зробити щось для покращення свого стану неможливо. У депресивних осіб можуть траплятися епізоди плачу, втрата апетиту, ваги, сну та сексуальної активності. З'являється бажання уникати людей.

Звичайно стрес (хронічна хвороба) не призводить до таких крайніх розладів, однак деякі характерні їх особливості часто зустрічаються у хронічно хворих осіб [8].

При тестуванні за методикою ООБІ перевищення середніми показниками контрольних рівнів не виявлено у жодній із груп. При цьому в I групі хоча б один тип реакції на хворобу було діагностовано у 27 осіб (87,09%), у II групі – у 16 осіб

(100%), у III (контрольній) групі – у 25 осіб (48,07%).

При порівнянні значень за кожним типом реакції на хворобу та визначенні достовірності їх різниці, отримано достовірне зростання ($p < 0,01$) тривожного, іпохондричного, неврастенічного та обсессивно-фобічного типів реакцій у I та II групах, а також меланхолійного, апатичного, егоцентричного та анозогнозичного типів у I групі хворих у порівнянні із III (контрольною) групою. Не виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$) за рештою типів реакції на хворобу між хворими I і II груп у порівнянні із III (контрольною) групою. Не виявлено також достовірної різниці ($p > 0,05$) між типами реакцій на хворобу у I та II групах хворих (див. Рис. 1).

При тестуванні за методикою Ч.Д.Спілбергера отримано наступні результати (див. таблиці 1 і 2). Згідно із ними, достовірно вищою є і реактивна, і особистісна тривожність у I групі ($p < 0,01$) та в II групі ($p < 0,0001$ і $p < 0,001$ відповідно) хворих у порівнянні із III (контрольною) групою. Разом із тим у II групі хворих і реактивна, і особистісна тривожність є достовірно вищими, ніж у I групі ($p < 0,01$).

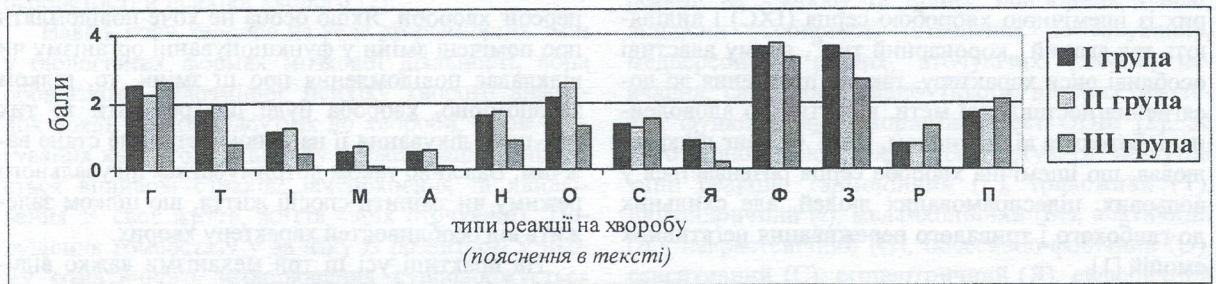


Рис. 1. Середньогрупові показники за ООБІ

Показники реактивної тривожності за шкалою Спілбергера

Таблиця 1

Характеристика тривожності	I група	II група	III група
низька (<30 балів), кількість осіб	0	0	5
середня (31-44 балів), кількість осіб	15	5	41
висока (≥45 балів), кількість осіб	16	11	6
Середньогруповий показник, бали ($p < 0,01$)	44,94±1,32	49,31±3,12	40,52±3,84

Показники особистісної тривожності за шкалою Спілбергера

Таблиця 2

Характеристика тривожності	I група	II група	III група
низька (<30 балів), кількість осіб	0	0	5
середня (31-44 балів), кількість осіб	3	0	37
висока (≥45 балів), кількість осіб	28	16	10
Середньогруповий показник, бали ($p < 0,01$)	46,77±0,68	49,44±2,17	42,20±4,03

Висновки. Існує достовірна різниця у психологічних особливостях між здоровими особами та хворими із ЦД, яка проявляється у появі виражених реакцій на хворобу та у зростанні рівня тривожності.

За ООБІ середньогрупові рівні показників не перевищують контрольних у всіх групах, хоча достовірно вищі у хворих із ЦД.

Практично відсутня різниця між типами реакцій на хворобу хворих із ЦД 1 типу та хворих із ЦД 2 типу в поєднанні з ІХС.

Реактивна і особистісна тривожність достовірною вище у хворих із ЦД, ніж у здорових осіб.

У хворих із ЦД 2 типу в поєднанні з ІХС і реактивна, і особистісна тривожність достовірною вище, ніж у хворих із ЦД 1 типу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Левина Л.И. Сердце при эндокринных заболеваниях. – Л.: Медицина, 1989. – 264 с.
2. Личко А.Е., Иванов И.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1195-1198.
3. МакДермотт М. Секреты эндокринологии. 2-е изд., исправ. и дополн. / Пер. с англ. М. – СПб.: Издательство БИНОМ – Невский диалект, 2001. – 464 с.
4. Эндокринология. Под ред. Н.Лавина. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 1128 с.
5. Barglow P., Hatcher R., Edidin D.V., Sloan-Rossiter D. Stress and metabolic control in diabetes: psychosomatic evidence and evaluation of methods // Psychosomatic Medicine. – 1984. – Vol. 46, Issue 2. – P. 127-144.
6. Groot M., Anderson R., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J. Association of Depression and Diabetes Complications: a Meta-Analysis // Psychosomatic Medicine. – 2001. – Vol. 63. – P. 619-630.
7. Lustman P.J., Clouse K.E., Griffith L.S., Carney R.M., Greedland K.E. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory // Psychosomatic Medicine. – 1997. – Vol. 59, Issue 1. – P. 24-31.
8. Lustman P.J., Frank B.L., McGill J.B. Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes // Psychosomatic Medicine. – 1991. – Vol. 53, Issue 3. – P. 305-312.
9. Surwit R.S., Schneider M.S. Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus // Psychosomatic Medicine. – 1993. – Vol. 55, Issue 4. – P. 380-393.

SUMMARY

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS COMBINED WITH CORONARY HEART DISEASE PATIENTS

Korsak Y.V.

The psychological investigation has been held among type 2 diabetes mellitus combined with coronary heart disease patients, type 1 diabetes mellitus patients and healthy persons to compare their personality characteristics, which influence magnificently on the onset of diabetes complications and on diabetes mellitus course itself. Main special features have been determined among that patients, manifesting reliable growth of psychological deviations among diabetes patients and reliable growth of anxiety in patients with combined pathology. This issue is a part of greater research involving type 2 diabetes mellitus combined with coronary heart disease patients.

Key words: type 2 diabetes mellitus combined with coronary heart disease, type 1 diabetes mellitus, personality characteristics of patients