

# Рациональный и эмоциональный компоненты отношения к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 типа: взаимосвязь с психологическим благополучием

Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В.

ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва  
(директор — академик РАН И.И. Дедов)

**Цель.** Изучение взаимосвязи двух компонентов отношения к сахарному диабету 1 типа (СД1) — рационального и эмоционального — как между собой, так и с психологическим благополучием.

**Материалы и методы.** Обследовано 129 пациентов (43 мужчины, 86 женщин) с СД1. Для оценки отношения к болезни применялись методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) и «Цветовой тест отношения» (ЦТО). Для оценки психологического благополучия были использованы методики «Краткая форма оценки здоровья» SF-36, «Реактивная и личностная тревожность» (РЛТ) Спилбергера-Ханина, Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн и методика «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева.

**Результаты.** В результате кластерного анализа методики ТОБОЛ были выделены две группы пациентов: с адаптивным и дезадаптивным отношением к болезни. В группе пациентов с адаптивным рациональным отношением к болезни отмечены более высокие показатели по большинству шкал опросников РЛТ, CES-D, SF-36, СЖО. В результате кластерного анализа методики ЦТО также были выделены две группы пациентов: с благоприятным и неблагоприятным эмоциональным восприятием болезни. Группа пациентов с благоприятным эмоциональным восприятием болезни также имела более высокие показатели по большинству шкал опросников РЛТ, CES-D, SF-36, СЖО, Дембо-Рубинштейн. Сравнительный анализ взаимосвязи рационального и эмоционального компонентов в отношении к своему заболеванию показал неполное их совпадение между собой.

**Заключение.** Как рациональный, так и эмоциональный компоненты отношения больных к СД связаны с психологическим благополучием пациентов. Высокий уровень благополучия характерен для людей с адаптивным рациональным отношением к болезни и высоким уровнем ее эмоционального принятия.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 1 типа; отношение к болезни; психологическое благополучие

## Rational and emotional components of attitude to the disease in patients with type 1 diabetes: relationship with psychological well-being

Motovilina O.G., Shishkova Yu.A., Surkova E.V.

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation

**Aim.** To study the relationship between two components of the attitude (rational and emotional) of patients with type 1 diabetes (T1D) to the disease among themselves as well as the relationship of each component with psychological well-being of patients.

**Materials and methods.** One hundred twenty-nine T1D patients (43 males, 86 females) were studied. The attitude towards the disease was studied using the Colour Attitude Test (CAT) by A.M. Etkind and the Psychological Diagnosis of the Type of Person's Attitude to the Disease (TAD) developed at the Bekhterev Psychoneurological Research Institute (St. Petersburg). Psychological well-being was evaluated using the 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by C.D. Spielberger that was adapted by Y.L. Khanin, the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), the self-assessment diagnostic technique by Dembo-Rubinstein and the Purpose in Life Test (PILT) by Crumbaugh & Maholick that was adapted by D. Leontyev.

**Results.** There were two groups of patients in the results of cluster analysis of TAD: those with rational adaptive and maladaptive attitudes towards the disease. In the group of patients with the rational adaptive attitude towards the disease, scores were higher on most scales of STAI, CES-D, SF-36 and PILT. In the result of cluster analysis of CAT, there were two groups of patients: those with favourable and unfavourable emotional acceptance of the disease. The group of patients with favourable emotional acceptance of the disease also had higher scores on most scales of STAI, CES-D, SF-36, PILT and the Dembo-Rubinstein technique. The comparative analysis of the relationship of rational and emotional components in attitude to the disease showed their incomplete coincidence among themselves.

**Conclusions.** Both the rational and emotional components of the attitude towards the disease are associated with the psychological well-being of patients. Patients with the adaptive rational attitude towards the disease and a high level of emotional acceptance are characterised by a high level of psychological well-being.

**Keywords:** type 1 diabetes; attitude towards the disease; psychological well-being

DOI: 10.14341/DM2014360-69

Сахарный диабет (СД) является уникальным заболеванием по степени вклада в результаты лечения фактора поведения больного. Эффективность терапии СД может быть недостаточной даже при привлечении всех фармакологических и технологических ресурсов, а также высоком профессионализме медицинских работников; можно сказать, что это заболевание в большой мере управляется самим пациентом [1]. От того, насколько точно он понимает и реализует медицинские рекомендации, контролирует свое состояние и самостоятельно адаптирует лечение, зависят в конечном итоге медицинские исходы СД.

Поведение пациента в условиях заболевания детерминировано множеством факторов, среди которых едва ли не первое место занимают его индивидуальные психологические характеристики. Одна из них, а именно, отношение к болезни, давно привлекла внимание медицинских специалистов в силу ее значимой роли не только в поведении, но и в психическом состоянии больного в условиях заболевания.

Еще в XIX в. выдающиеся отечественные клиницисты: М.Я. Мудров, А.Г. Захарьин и др. — отмечали важность формирования правильного отношения к болезни для ее эффективного лечения. В начале XX века немецким исследователем А. Гольдшейдером было введено понятие аутопластической картины болезни, которое включало в себя видение пациентом своего заболевания. В последующем феноменология восприятия болезни самим больным была описана в медицине под множеством разных названий: переживание болезни, психосоциальные реакции на болезнь, позиция к болезни и т.д. Понятием, наиболее полно охватывающим все стороны этого явления, можно считать «внутреннюю картину болезни» (ВКБ). Термин был введен отечественным врачом Р.А. Лурией [2], а само явление многосторонне исследовано такими авторами, как В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина и другие [3, 4, 5].

В данной работе не ставилась задача анализа всей полноты ВКБ, рассматривалась важнейшая его составляющая — отношение пациента к своей болезни, которая в рамках уровневой концепции строения ВКБ В.В. Николаевой занимает высший ее «этаж» — мотивационный [3]. Данный уровень ВКБ отражает то, как больной воспринимает заболевание в контексте своей жизни, что эта болезнь значит лично для него, как он относится к лечению, какой в целом он видит свою жизнь и свое будущее в условиях заболевания.

Можно выделить две стороны влияния отношения к болезни на жизнь пациента. Во-первых, оно, так или иначе, отражается на лечебной мотивации и комплаент-

ности больного, его готовности выполнять медицинские предписания, контролировать заболевание. Во-вторых, отношение к болезни опосредует качество жизни и психологическое благополучие пациента в целом.

Кажущаяся простота понятия «отношение к болезни» порождает серьезную методологическую трудность. Нередко возникает иллюзия, что для того, чтобы о нем узнать, достаточно спросить самого пациента. Именно таким образом, в виде прямых опросников, и построены немногочисленные существующие методики, в том числе и наиболее известная из них — «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Испытуемому предлагается высказать свое согласие или несогласие с различными утверждениями, например, «Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным», «Моя болезнь меня пугает», «Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше» и т.д. [6]

Действительно, таким способом можно получить важную информацию об отношении пациента к своему заболеванию. Однако подобная информация нередко подвергается искажению под влиянием сознательного контроля. Так, широко известен феномен социальной желательности: в ситуации проверки (в т.ч. на приеме у врача или при проведении тестирования) человек пытается давать «правильные», как ему кажется, ответы для того, чтобы получить одобрение значимых лиц (в указанных ситуациях — врача или психолога).

Подобные ответы нередко свидетельствуют о том, как, по мнению больного, он должен был бы относиться к своей болезни, а не о том, как он относится на самом деле. При этом основной проблемой является не то, что пациент пытается обмануть (хотя иногда и сознательный обман вполне возможен), а в том, что он не до конца понимает свое глубинное эмоциональное отношение к болезни. Под влиянием врача, родственников, СМИ и т.д. он формирует рациональное суждение о СД, которое далеко не всегда соответствует его непосредственным переживаниям, связанным с заболеванием.

В связи с этим необходимо разделять две стороны или два уровня отношения, первый из которых можно назвать рациональным представлением о болезни, а второй — ее эмоциональным переживанием.

С высокой вероятностью можно предполагать, что два данных уровня отношения могут быть диссоциированы между собой, причем каждый из них оказывает влияние и на комплаентность, и на психологическое благополучие пациента.

Изучение этих уровней сопряжено со значительной методологической проблемой: если рациональный уровень отношения может быть относительно легко

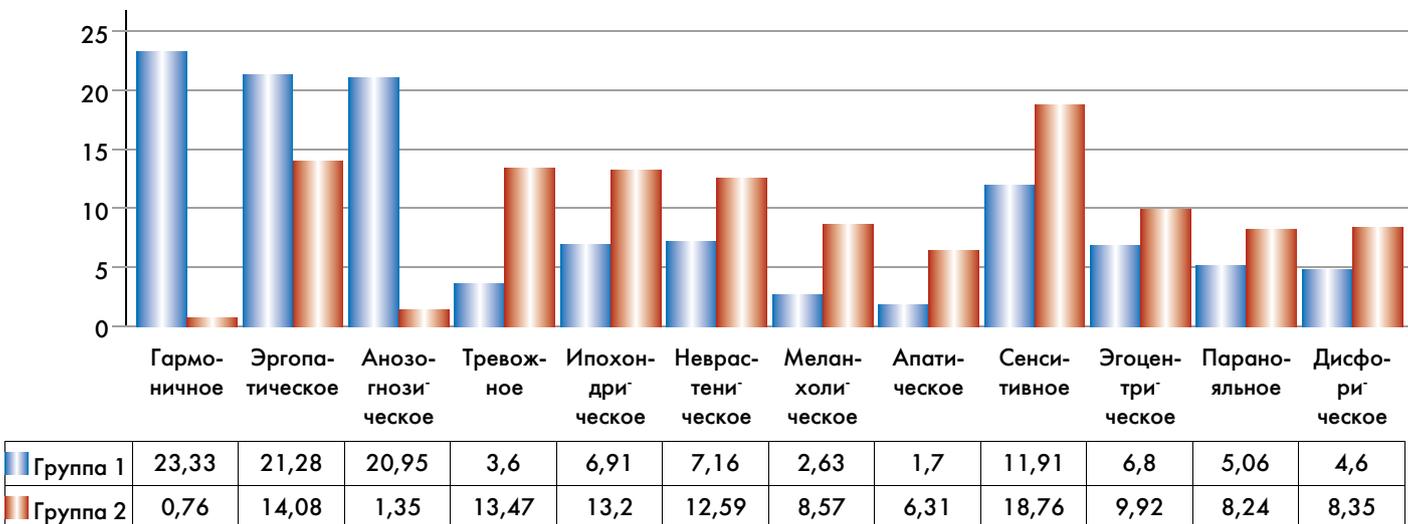


Рис. 1. Значения по шкалам различных вариантов отношения к своей болезни (ТОБОЛ), баллы. Различия между группами значимы по всем шкалам,  $p < 0,01$ .

исследован при помощи методик, подобных ТОБОЛ, то эмоциональный является более «закрытым», недоступным для прямого опроса. Для его анализа требуются иные методики, например, такие, которые получили в психологии название проективных и которые адресуются к более глубинным, нередко слабо осознаваемым пластам психики.

**Целью** данного исследования было изучение взаимосвязи двух уровней отношения к болезни – рационального и эмоционального – как между собой, так и с различными сторонами психологического благополучия.

## Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 129 больных СД 1 типа (СД1) (43 мужчины, 86 женщин) в возрасте от 17 до 27 лет (средний возраст  $22,7 \pm 3,2$  года) с продолжительностью заболевания не менее 1 года (средняя длительность  $12,5 \pm 5,6$  лет).

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава России. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Для исследования отношения к болезни применялись две методики:

- 1) рациональный уровень отношения (уровень представлений) изучался при помощи методики «Тип отношения к болезни» Санкт-Петербургского Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева (ТОБОЛ);
- 2) эмоциональный уровень отношения к болезни (уровень переживаний) оценивался при помощи методики «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинды (ЦТО). Перед использованием данной методики проводился тест «Метод цветовых выборов» М. Люшера.

Для изучения психологического благополучия при разных типах отношения к болезни использовались методики «Краткая форма оценки здоровья» (SF-36),

«Реактивная и личностная тревожность» Спилбергера-Ханина (СЛТ), Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн и методика «Смысловые ориентации» Д.А. Леонтьева (СЖО).

Для обработки результатов применялись статистические процедуры: корреляционный анализ, критерий U Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента. Вычисления производились с помощью статистической программы SPSS 15.

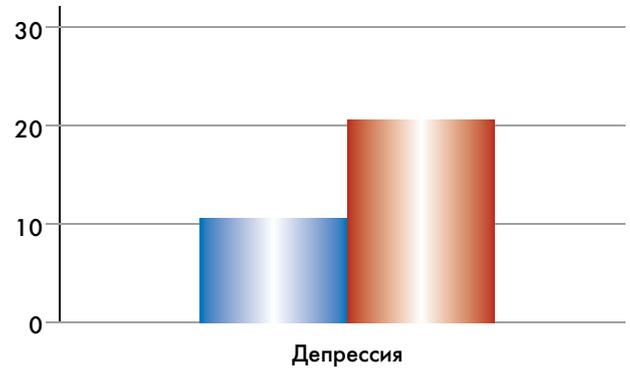
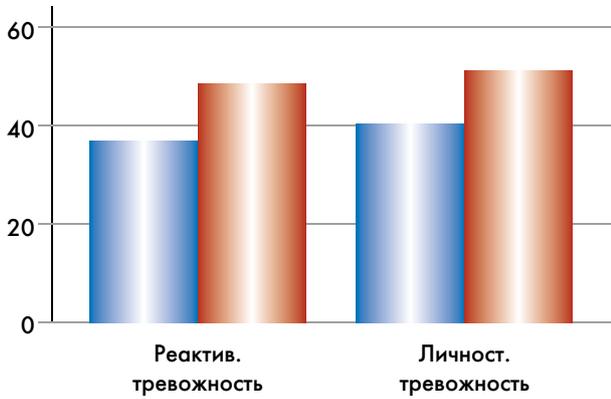
## Результаты исследования и их обсуждение

### Рациональный компонент отношения к болезни

В результате кластерного анализа результатов методики ТОБОЛ все испытуемые были разделены на две группы, различающиеся по степени выраженности того или иного варианта отношения к болезни. Группу 1 составили 80 человек, группу 2 – 49 человек (рис. 1).

В группе 1 показатели трех первых шкал существенно превышают девять последних. С точки зрения авторов методики, три первые шкалы опросника (гармоничное, эргопатическое и анозогнозическое) отражают адаптивное отношение к болезни, а девять шкал (тревожное, неврастеническое, меланхолическое, сенситивное, дисфорическое, эгоцентрическое, параноальное, ипохондрическое, апатическое) – дезадаптивное [6]. В силу этого можно говорить о том, что отношение пациентов из группы 1 к своей болезни является достаточно благоприятным, способствующим адаптации.

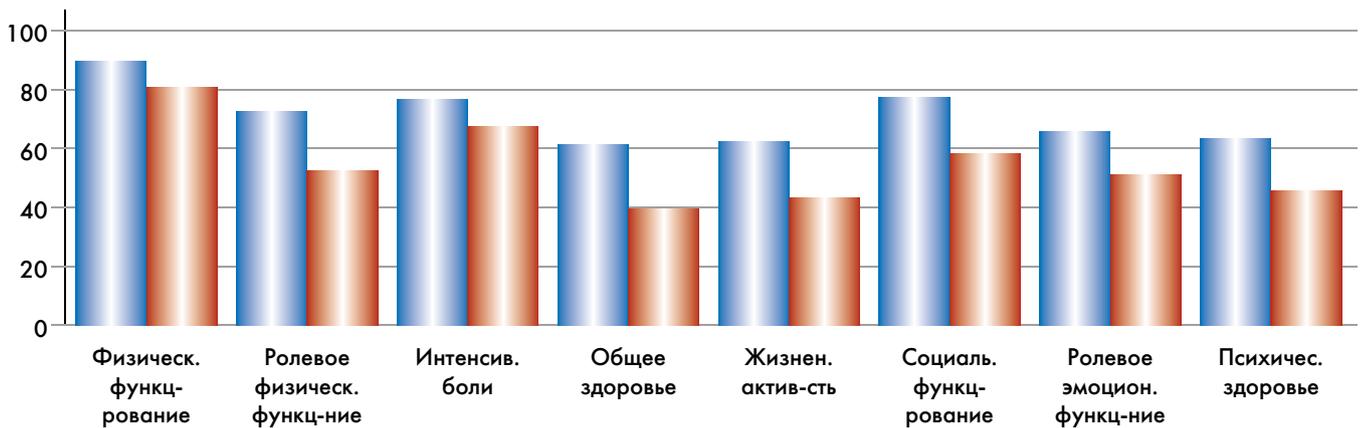
В группе 2 наиболее высоким является значение по шкале сенситивного отношения, которое относится к дезадаптивным. Лишь на втором месте располагаются результаты по одной из шкал адаптивного отношения – эргопатического, тогда как две другие на очень низком уровне. Таким образом, представления группы 2 о своем заболевании могут быть охарактеризованы как дезадаптивные.



Группа 1	36,6	39,9
Группа 2	48,3	51,2

Группа 1	10,54
Группа 2	20,41

Рис. 2. Показатели тревожности (PPT) и депрессии (CES-D) у пациентов с разным отношением к болезни, баллы. Различия между группами значимы по всем шкалам,  $p < 0,001$ .



Группа 1	89,36	72,12	76,5	61,17	62,05	76,91	66,24	63,04
Группа 2	80,11	52,66	67,64	39,19	43,4	57,98	51,77	46,55

Рис. 3. Качество жизни у пациентов с разным отношением к болезни (SF-36), баллы. Различия между группами значимы по всем шкалам (кроме интенсивности боли),  $p < 0,05$  и ниже.

Если введенное авторами методики деление вариантов отношения к болезни релевантно, то испытуемые первой группы должны характеризоваться более высоким уровнем адаптации и психологического благополучия по сравнению со второй группой.

#### Связь рационального компонента отношения к болезни с психологическим благополучием

Действительно, наше исследование подтверждает такое предположение. Ниже приведены данные сопоставления психологического благополучия пациентов двух групп (рис. 2).

Пациенты из группы 1 имеют более благоприятное эмоциональное состояние. У них меньше выражены симптомы тревоги и депрессии, по сравнению с пациентами из группы 2 (рис. 3).

Можно констатировать, что пациенты из группы 1 воспринимают свою жизнь как более благополучную, испытывают меньше трудностей, обусловленных СД, считают себя более здоровыми по сравнению с больными из группы 2.

С психологическим благополучием тесно связана самооценка, умение позитивно относиться к своим индивидуальным особенностям.

Как видно на рис. 4, представления о своей болезни тесно связаны лишь с двумя сторонами самооценки — оценкой своего здоровья (что очевидно) и счастья. Последняя связь подтверждает ранее обнаруженные тенденции повышения удовлетворенности своей жизнью при формировании более благоприятного отношения к своему заболеванию. Однако удивительно то, что не обнаружено связи отношения к СД с ощущением своей способности им управлять. Можно предположить, что это ощущение в большей степени связано не с рациональными представлениями, а с эмоциональным компонентом отношения к болезни.

Наконец, обратимся к сравнению пациентов групп 1 и 2 по такому параметру как общая осмысленность жизни. Данная характеристика является интегральной и отражает уровень удовлетворенности не отдельными аспектами своей жизни (состоянием здоровья или социальным благополучием), но жизнью в целом (рис. 5).

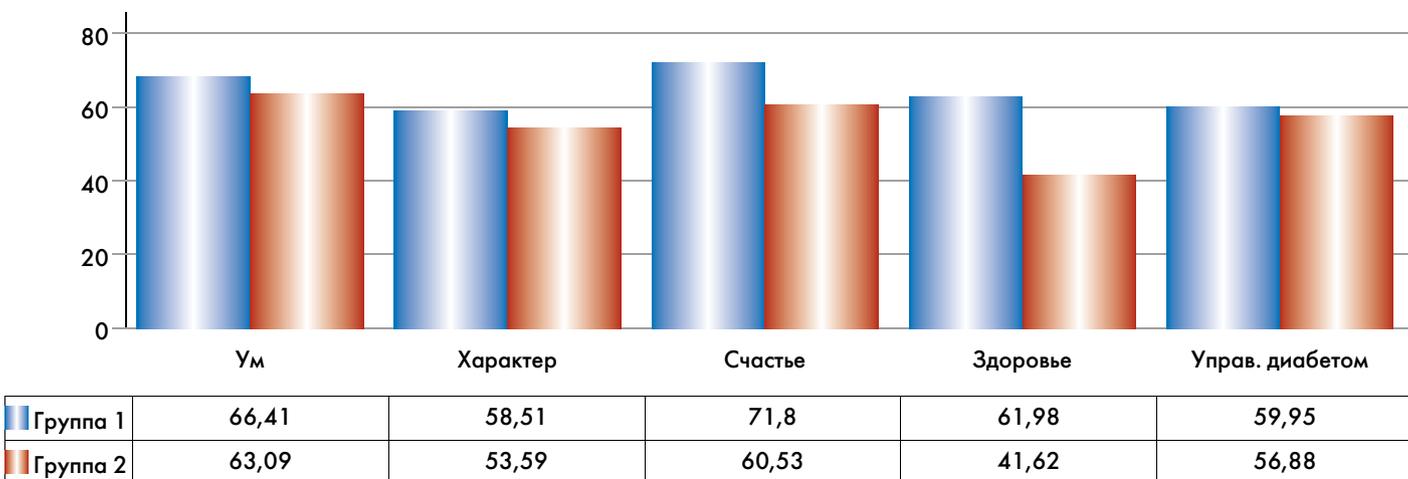


Рис. 4. Самооценка пациентов с разным отношением к болезни (методика Дембо-Рубинштейн), баллы. Различия между группами значимы по шкалам Счастье и Здоровье,  $p < 0,001$  и  $p < 0,05$  соответственно.

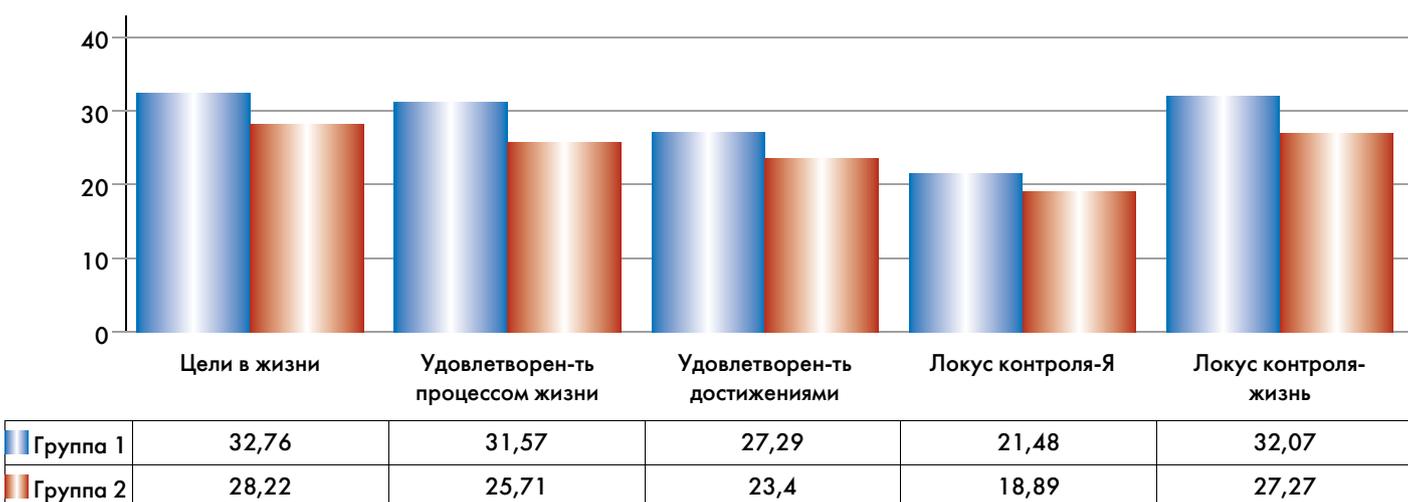


Рис. 5. Осмысленность жизни пациентов с разным отношением к болезни (СЖО), баллы. Различия между группами значимы по всем шкалам,  $p < 0,001$ .

Пациенты из группы 1 рассматривают свою жизнь как насыщенную смыслом, а себя – как имеющих возможность своей жизнью управлять. Они ставят перед собой более четкие цели, вследствие чего оказываются более удовлетворенными и процессом жизни, и достигнутыми результатами.

Таким образом, анализ результатов методики ТОБОЛ показывает тесную связь рационального компонента отношения к своему заболеванию (представлений о болезни) с психологическим благополучием пациентов.

Далее приведен подобный анализ связи психологического благополучия также и с эмоциональным компонентом отношения пациента к болезни (обусловленными ею переживаниями).

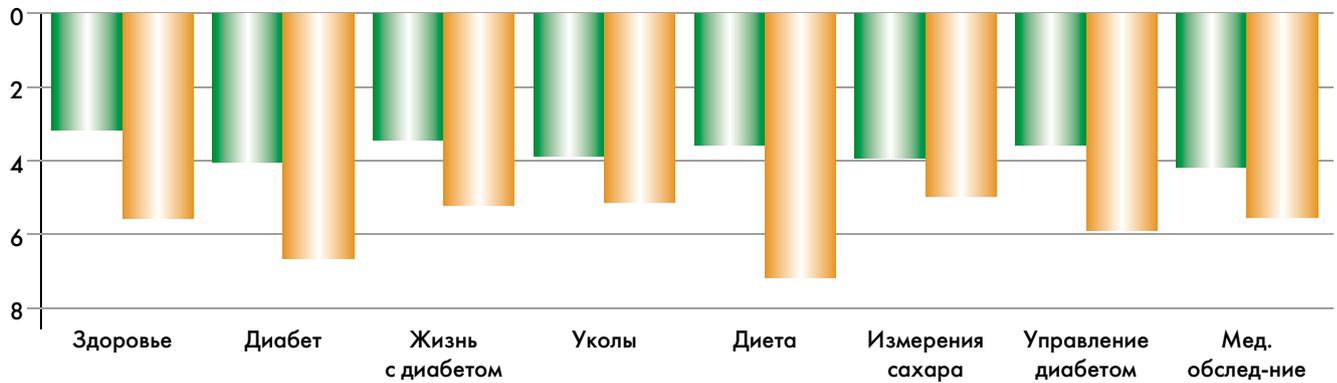
#### Эмоциональный компонент отношения к болезни

Тестирование методикой ЦТО прошли 103 человека. Результаты методики ЦТО также были подвергнуты кластеризации. В качестве слов-стимулов, подвергавшихся процедуре кластеризации, были использованы понятия, отражающие жизнь человека в условиях СД: «диабет», «жизнь с диабетом», «уколы», «диета», «измерения сахара», «управление диабетом», «медицинское обследование».

В результате применения кластерного анализа в исследуемой выборке сформировались две группы (А и В), не совпадающие по составу с описанными ранее группами 1 и 2. В группу А вошли 82 человека, в группу В – 21 человек. На рис. 6. представлены средние ранговые места цветов, ассоциированных с тем или иным словом.

Испытуемые группы А ассоциировали понятия, связанные с СД, с субъективно более предпочитаемыми цветами. Подобные ассоциации свидетельствуют о том, что жизнь в условиях СД у пациентов группы А вызывает менее негативные переживания. При этом большинство понятий ассоциировано с цветами, занимающими места от 3,2 до 3,9 (кроме «медицинского обследования») из 8 возможных. Поскольку эти цвета находятся в первой, предпочитаемой половине рангового ряда, то можно говорить скорее о позитивном отношении к данным понятиям.

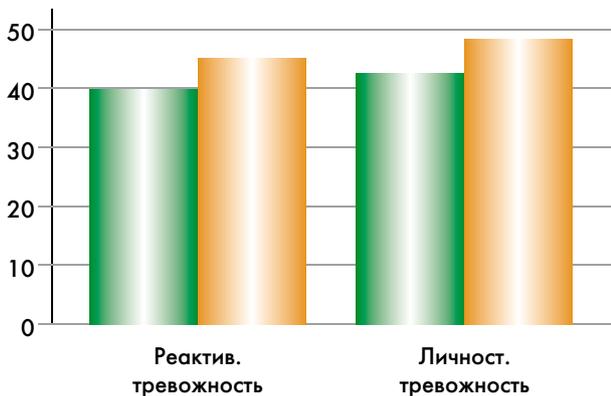
В группе В все приведенные понятия ассоциированы с цветами, занимающими места от 4,9 до 7,1 из 8, т.е. находящимися во второй, отвергаемой половине рангового ряда цветов. Следовательно, отношение пациентов к этим понятиям является достаточно негативным.



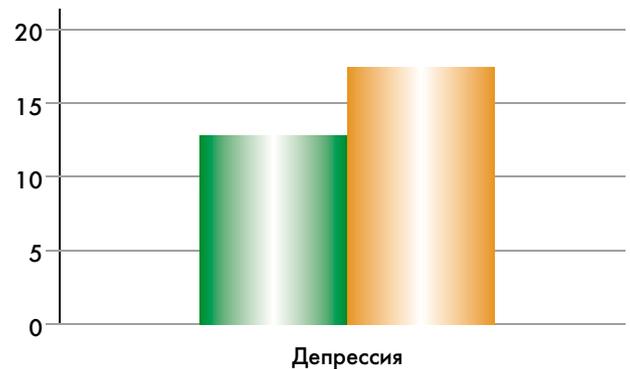
Группа А	3,17	3,94	3,39	3,84	3,54	3,89	3,56	4,12
Группа В	5,57	6,62	5,19	5,1	7,14	4,95	5,9	5,57

Рис. 6. Средние ранговые места цветов, ассоциированных пациентами с понятиями (ЦТО).

Чем длиннее столбик, тем негативнее отношение к соответствующему понятию. Различия между группами значимы по всем понятиям,  $p < 0,05$  и ниже.



Группа А	39,7	42,6
Группа В	44,8	48,2



Группа 1	12,8
Группа 2	17,4

Рис. 7. Показатели тревожности (РЛТ) и депрессии (CES-D) у пациентов с разным отношением к болезни, баллы.

Различия между группами значимы по всем шкалам,  $p < 0,05$ .

Особое внимание вызывает межгрупповое расхождение по таким словам, как «здоровье», «диабет», «управление диабетом» и «диета».

Несмотря на то, что понятие «диета» не вполне применимо к современным взглядам на питание при СД1, т.к. пациенты не имеют существенных ограничений в питании, и речь идет лишь о количественном учете углеводов, — мы сочли необходимым использовать слово «диета» в методике ЦТО. Это связано с тем, что среди пациентов по-прежнему распространены представления о жестких диетических рамках (необходимость полного исключения ряда продуктов, обязательной дробности питания и т.д.), сформировавшиеся в прежние годы. Таким образом, данное понятие охватывает весь диапазон представлений пациентов о питании при СД1 — как близких к современным, так и далеких от них.

Опираясь на эти расхождения, можно сформировать общий психологический портрет пациентов из двух групп.

Испытуемые из группы А придают большое значение здоровью, считают его значимой для себя ценностью.

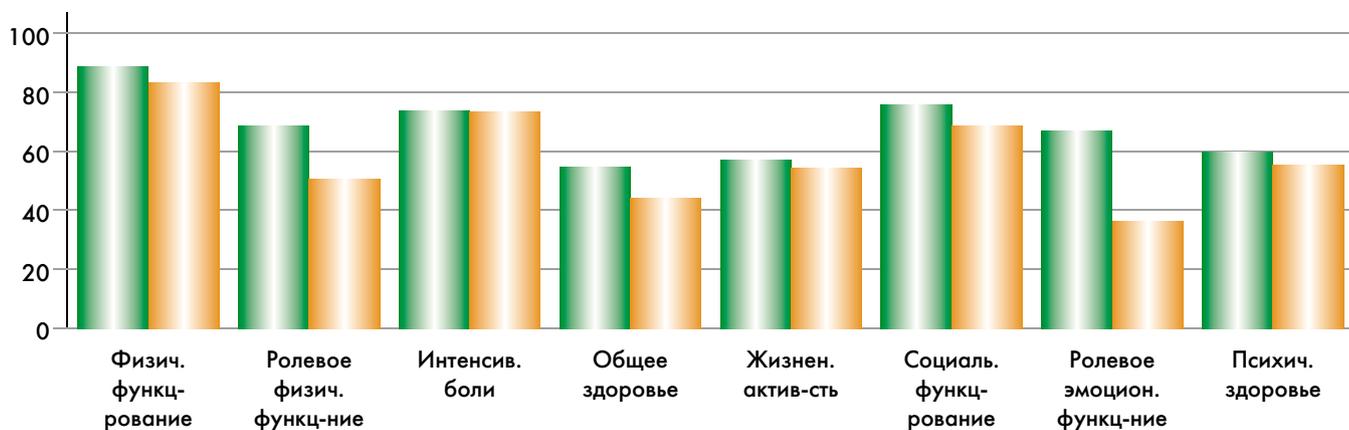
Они воспринимают СД достаточно спокойно, без выраженных негативных переживаний, в целом позитивно относятся к необходимости управления заболеванием, в т.ч. к выполнению медицинских рекомендаций, касающихся контроля питания.

Больные из группы В обесценивают само понятие здоровья, возможно потому, что считают его недостижимым для себя. Понятие «диабет» вызывает у них неблагоприятные переживания. В силу низкой субъективной ценности здоровья они весьма негативно относятся к идее управления своим заболеванием и особенно тяжело переживают ограничения в питании.

Итак, мы видим значительное расхождение в эмоциональном переживании в связи с заболеванием у пациентов двух групп. Отражаются ли эти переживания на психологическом благополучии пациентов?

#### Связь эмоционального компонента отношения к болезни с психологическим благополучием

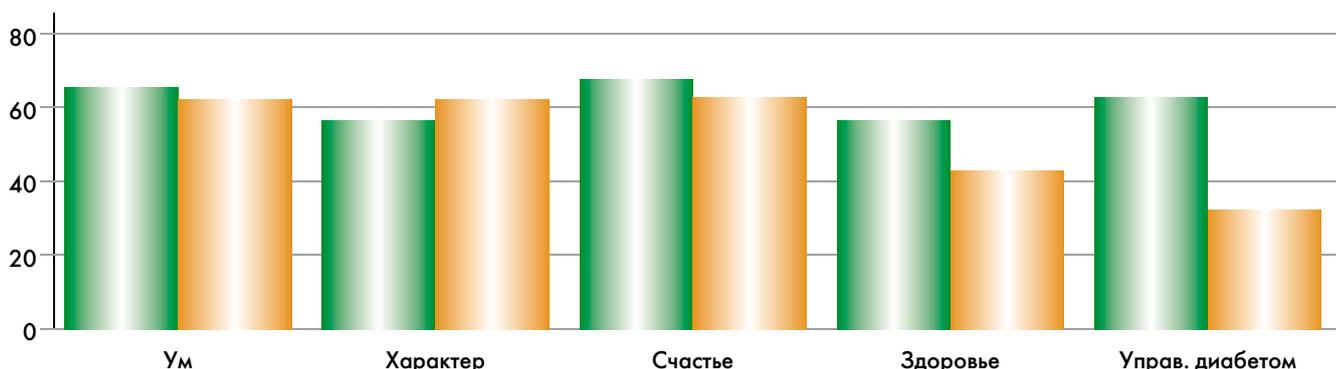
Пациенты из группы А имеют более благоприятное эмоциональное состояние. У них ниже уровень как тре-



Группа А	88,5	68,75	73,9	55,03	57,56	75,62	66,67	59,61
Группа В	83,16	51,32	73,21	44,95	54,47	69,05	36,84	55,79

Рис. 8. Качество жизни пациентов с разным отношением к болезни, согласно SF-36, баллы.

Различия между группами значимы по шкале Ролевого эмоционального функционирования,  $p < 0,001$ .



Группа 1	65,8	56,7	67,9	56,6	62,9
Группа 2	62,4	62,4	62,8	43,4	32,8

Рис. 9. Самооценка пациентов с разным отношением к болезни (методика Дембо-Рубинштейн), баллы.

Различия между группами значимы по шкалам Здоровье и Управление диабетом,  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$  соответственно.

возможности, так и депрессии, по сравнению с пациентами из группы В (рис. 7).

Опросник SF-36 также отразил различия именно в эмоциональном состоянии больных. Пациенты группы А, характеризующиеся более позитивным отношением к жизни в условиях СД, испытывают меньше трудностей эмоционального характера в своей повседневной деятельности (рис. 8).

Как видно на рис. 9, эмоциональное отношение к заболеванию связано с двумя сторонами самооценки – оценкой своего здоровья и способности управления СД. Интересно, что управление диабетом обнаруживает более тесную связь не с рациональным, а именно с эмоциональным уровнем отношения пациента к своему заболеванию.

Лечебная мотивация тесно связана с уверенностью пациента в том, что он может добиться успеха в контроле заболевания. Если пациент не верит в свои силы по управлению СД, то он не будет прикладывать усилий для выполнения медицинских предписаний. Очевидно, что в этом случае повышается и иждивенческая позиция, перекладывание ответственности на врача.

Итогом может стать ухудшение состояния пациента, в т.ч. и метаболических показателей. Действительно, это подтверждается нашим исследованием: между  $HbA_{1c}$  и самооценкой своих возможностей по управлению диабетом обнаруживается отрицательная корреляция ( $r_s = -0,237$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, наше исследование показывает, что для формирования лечебной мотивации и уверенности в возможностях контролировать свое заболевание значение имеет не только правильное информирование пациентов, но и помощь ему в эмоциональном принятии своего заболевания.

Обратимся к анализу результатов тестирования опросником «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева, а именно оценке общего уровня осмысленности своей жизни у пациентов с разными переживаниями в условиях СД.

Ранее мы видели, что общая осмысленность жизни и удовлетворенность ею тесно связаны с рациональными представлениями о своей болезни. Из рис. 10 следует, что этот интегральный показатель психологического благополучия испытывает на себе значи-

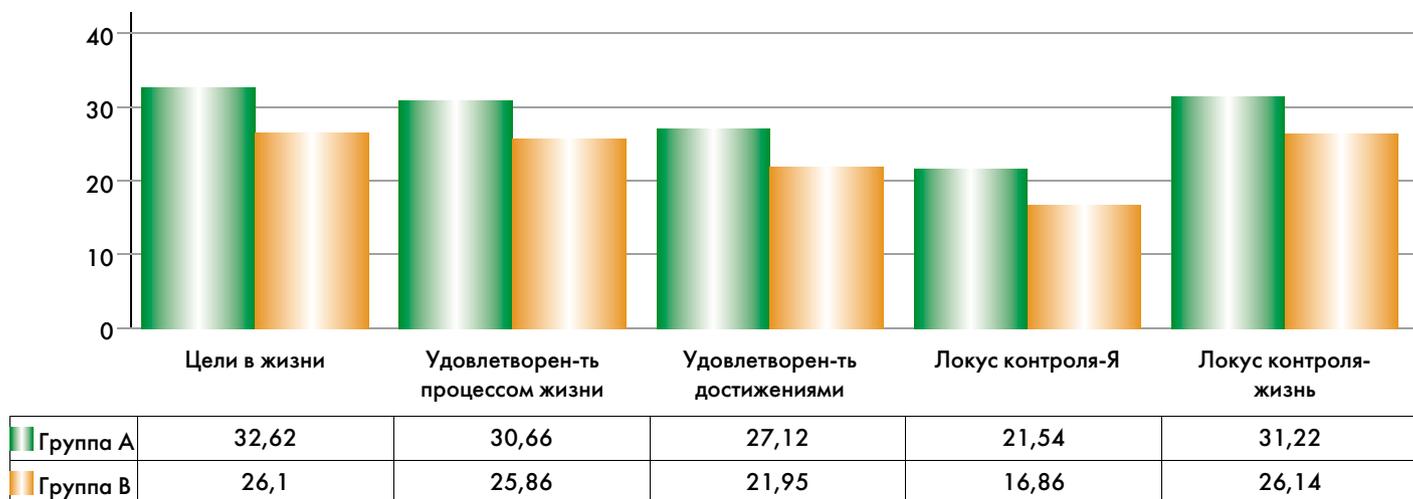


Рис. 10. Осмысленность жизни пациент с разным отношением к болезни (СЖО), баллы. Различия между группами значимы по всем шкалам,  $p < 0,01$  и ниже.

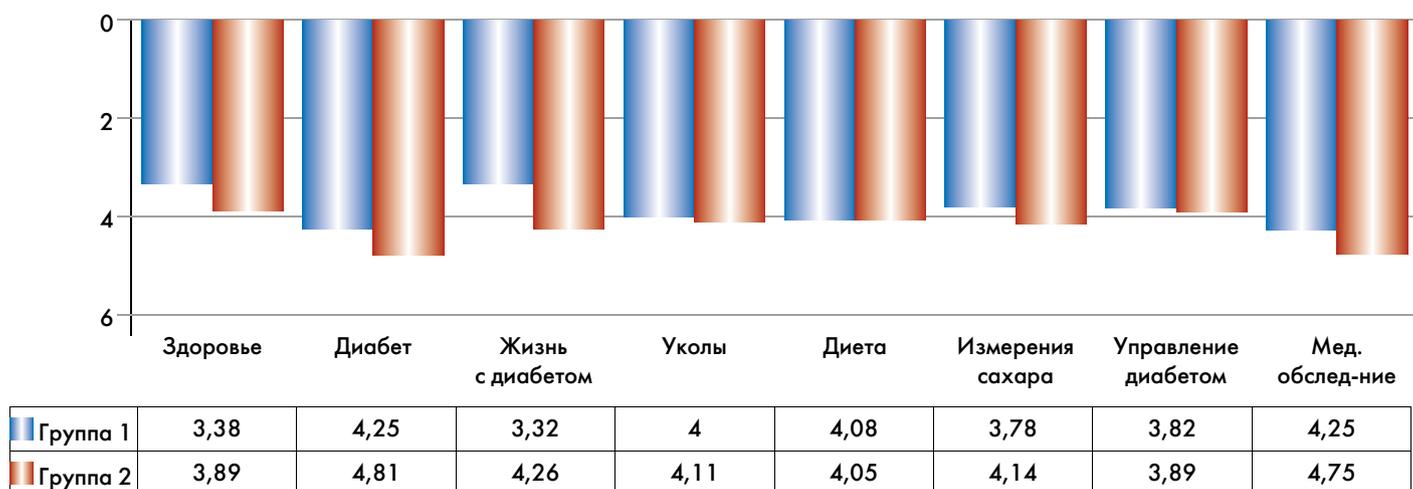


Рис. 11. Средние ранговые места цветов, ассоциированных с понятиями (ЦТО) пациентами из групп 1 и 2. Различия между группами значимы по понятию «Жизнь с диабетом»,  $p < 0,05$ .

тельные влияния также и со стороны эмоционального компонента отношений к болезни. Т.е. отсутствие негативных переживаний, связанных с СД, позволяет пациентам не терять жизненные цели, относиться к своей жизни в целом позитивно, воспринимать ее как более насыщенную, чувствовать свои возможности по управлению ею.

Таким образом, обе методики, направленные на изучение отношения пациентов к своему заболеванию, позволяют дифференцировать их на две группы. В одну попадают испытуемые, демонстрирующие более благоприятное отношение к диабету (в ТОБОЛ – представления о болезни, способствующие адаптации пациента, в ЦТО – менее негативные переживания, связанные с болезнью и ее лечением). В другую группу соответственно входят те, чьи представления о болезни и переживания, связанные с ней, являются неблагоприятными.

Мы выяснили также, что психологическое благополучие связано как с рациональным компонентом отношения к болезни (представлениями о ней), так и с эмоциональным (переживаниями). При этом обнаруживается более тесная связь психологического

благополучия с представлениями о болезни, а не с обусловленными ею переживаниями. На первый взгляд такая связь является несколько неожиданной. Можно было предполагать, что глубинные эмоциональные переживания сильнее влияют на удовлетворенность своей жизнью.

Однако необходимо принять во внимание, что все методики для оценки психологического благополучия, которые были использованы нами, являются вербализованными и предполагают сознательные ответы испытуемых. Т.е. методологически они более близки методике ТОБОЛ, которая также построена на сознательном самоотчете.

В отличие от нее, ЦТО «обходит» сознательный контроль и более прямо обращается к глубинным эмоциональным переживаниям. Если бы нами были применены проективные методики для оценки психологического благополучия, которые позволяют минимизировать влияние социальной желательности, то, вероятнее всего, была бы обнаружена тесная связь их результатов именно с ЦТО, а не с ТОБОЛ. Однако данное предположение нуждается в дополнительной проверке.

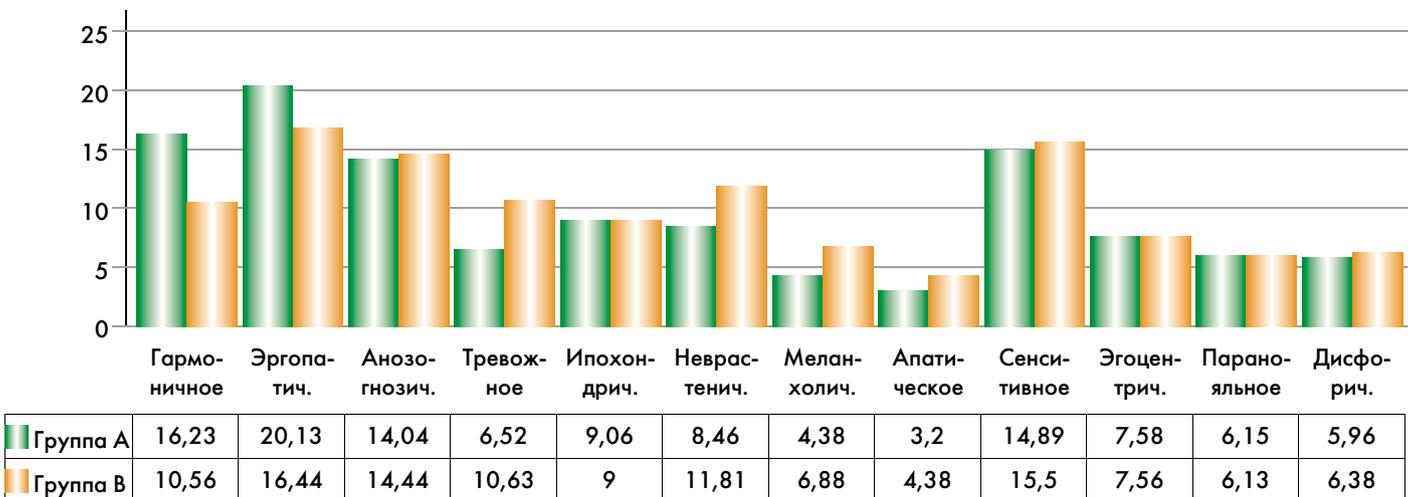


Рис. 12. Значения по шкалам методики ТОБОЛ у пациентов из групп А и В, баллы.

Различия между группами значимы по шкалам «тревожное» и «неврастеническое» отношение,  $p < 0,05$

### Сравнительный анализ взаимосвязи рационального и эмоционального компонентов отношения к своему заболеванию

Остается ответить на последний значимый вопрос данного исследования: какова степень согласованности двух компонентов отношения к болезни? Существует ли между ними расхождение, или напротив, они полностью совпадают?

Для ответа на этот вопрос был проведен сравнительный анализ результатов двух методик между собой. Для этого сопоставим между собой пары групп, выделенных на основании разных методик – ТОБОЛ и ЦТО, т.е. степень совпадения групп 1 и 2 с группами А и В. На рис. 11 представлены результаты выполнения методики ЦТО группами 1 и 2 (выделенными на основании методики ТОБОЛ).

Между группами обнаруживается единственное значимое различие – по понятию «Жизнь с диабетом» ( $p < 0,05$ ). Следовательно, пациенты, характеризующиеся благоприятным рациональным отношением к СД (по ТОБОЛ), демонстрируют и более позитивное эмоциональное отношение к жизни в условиях диабета (по ЦТО). В этом две стороны отношений к болезни совпадают.

Однако в отношении к отдельным понятиям, связанным с СД, уже не обнаруживается столь однозначного совпадения: пациенты, имеющие существенные различия по ТОБОЛ, почти не обнаруживают таковых по ЦТО. Особое внимание обращает на себя практически полное отсутствие различий между группами 1 и 2 в отношении к управлению диабетом, инъекциям и диете. Исходя из этого, можно утверждать следующее: даже если пациент вербально демонстрирует «правильное» отношение к диабету, это не означает, что на глубинном, эмоциональном уровне он внутренне согласился с необходимостью контроля диабета и выработал у себя устойчивую лечебную мотивацию.

О значимости эмоционального принятия контроля диабета для формирования лечебной мотивации говорит тот факт, что уровень  $HbA_{1c}$  имеет хоть и небольшую,

но значимую корреляцию с рангом цвета, ассоциированного с понятием «Управление диабетом» ( $r_s = 0,189$ ,  $p < 0,05$ ). То есть, чем позитивнее человек относится к данному понятию, тем ближе он к достижению целевых показателей гликемии.

На рис. 12 представлены результаты выполнения методики ТОБОЛ пациентами группы А и В (выделенных на основании методики ЦТО).

Значимые различия между группами обнаруживаются только по шкалам тревожного и неврастенического отношения к болезни ( $p < 0,05$ ). Тревожное отношение свидетельствует о сильной обеспокоенности пациента своим будущим в условиях болезни, а неврастеническое отражает эмоциональную неустойчивость, раздражительность, возникающую в связи с болезнью.

Из всех шкал опросника ТОБОЛ именно эти две в сочетании с меланхолическим отношением в наибольшей степени отражают переживания пациента в связи с заболеванием. Методика же ЦТО позволяет эти переживания исследовать непосредственно. Вследствие этого можно говорить о том, что больные чаще всего достаточно точно могут осознать и описать свои переживания, по крайней мере, те, которые связаны с эмоциональным напряжением: тревогой, раздражительностью.

В то же время пациенты группы А и В значимо не различаются между собой по другим шкалам опросника ТОБОЛ, что подтверждает тенденцию, обнаруженную ранее: эмоциональный компонент отношения к болезни далеко не в полной мере совпадает с рациональным. В силу того, что каждый из них имеет значительную связь с психологическим благополучием пациентов, они оба требуют внимания как психологов и психотерапевтов, так и эндокринологов.

Общепринятая в настоящее время практика обучения при СД безусловно выполняет функцию информирования пациентов о медицинских аспектах заболевания. Однако эмоциональный компонент отношения к болезни при этом может оставаться незатронутым. Вследствие этого не происходит формирования у пациента уверенности в своих возможностях контроля заболевания,

а также развития адекватной лечебной мотивации, необходимой для выполнения медицинских предписаний.

## Выводы

Два компонента отношения больных к СД: рациональный и эмоциональный, — не в полной мере совпадают между собой. Даже если вербализованное отношение является благоприятным, это не означает эмоционального принятия пациентом своего заболевания.

Оба компонента отношения к болезни связаны с психологическим благополучием пациентов. Высокий уро-

вень благополучия характерен для людей с адаптивным рациональным отношением к болезни и высоким уровнем ее эмоционального принятия.

## Информация о финансировании и конфликте интересов

*Авторы декларируют отсутствие двойственности (конфликта) интересов, связанных с рукописью.*

*Проведенная работа выполнена в рамках НИР, утвержденной ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздрава России.*

## Список литературы

1. Anderson B, Funnell M. The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators. American Diabetes Association; 2<sup>nd</sup> edition, 2005.
2. Лурия РА. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М: Медицина; 1977. [Lurija RA. Vnutrenn'aja cartina boleznej i jatrogennye zabolevanija. Moscow: Medicina; 1977.]
3. Психосоматика: телесность и культура. Под ред. В.В. Николаевой. М: Академический проект; 2009. [Psychosomatica: telesnost' i cul'tura. Edited by V.V. Nicolaeva. Moscow: Akademicheskiy prospect; 2009.]
4. Тхостов АШ, Арина ГА. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л; 1990. [Thostov AS, Arina GA. Teoreticheskie problem issledovanija vnutrennej cartiny bolezni. Psychologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni pri nervno-psyhicheskoj i somaticheskoi patologii. Leningrad; 1990.]
5. Тхостов АШ. Психология телесности. М: Смысл; 2002. [Thostov AS. Psychologijatelesnosty. Moscow: Smysl; 2002].
6. Психологическая диагностика отношения к болезни. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб.; 2005. [Psychologicheskaja diagnostica otnoshenija k bolezni. Saint-Peterburg n.a. V.M. Behterev. Saint-Peterburg; 2005.]

Мотовилин Олег Геннадьевич

к.психол.н., доцент, в.н.с. отделения программного обучения и лечения, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва, Российская Федерация

Шишкова Юлия Андреевна

аспирант отделения программного обучения и лечения, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва, Российская Федерация

**E-mail: nozockomial@mail.ru**

Суркова Елена Викторовна

д.м.н., в.н.с. отделения программного обучения и лечения, ФГБУ Эндокринологический научный центр, Москва, Российская Федерация