Взаимодействие психоэмоционального статуса и степени декомпенсации сахарного диабета 1 типа в дебюте заболевания

Т.Р. Бахтадзе, О.М. Смирнова, А.О. Жуков, Е.Г. Филатова

ГУ Эндокринологический научный центр (дир. – акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

Сахарный диабет (СД) является важнейшей медико-социальной проблемой в большинстве стран мира. Заболевание неизлечимо, имеет хроническое течение, а терапевтические возможности таковы, что требуют от больного изменения всего образа жизни. Особенно тяжелым для пациента и его семьи является первый год заболевания, поскольку именно в это время необходимо сформировать новый динамический стереотип. От этого будет зависеть дальнейшее течение заболевания, возможность адаптации больного в обществе [2].

Возникновение СД является стрессом для пациента. У многих больных началу заболевания предшествует психоэмоциональный стресс, который расценивается как пусковой или провоцирующий момент. Исходные личностно-типологические особенности пациентов могут при возникновении СД привести к развитию психопатологических синдромов, что скажется на эффективности лечения, качестве жизни, социальной адаптации. Восприимчивость больного в дебюте заболевания, его способность понимать, обучаться и выполнять рекомендации снижена. Поэтому для хорошей психосоциальной адаптации и поддержания мотивации больного необходимо оценить исходное психоэмоциональное состояние пациента и его окружения (особенно для больных подросткового возраста) и разработать оптимальные схемы коррекции [3, 4].

Развитие психопатологической симптоматики при эндокринопатиях имеет особенности, характеризующиеся так называемым психоэндокринным синдромом (по Manfred Bleuler) с характерными снижением психической активности (*от астенических до состояний, приближающихся к апатикоабулическому*), расстройствами влечений и инстинктов (*характеризующихся более количественными, чем качественными изменениями и возможной диссоциацией с повышением одних и понижением других влечений*) и аффективными расстройствами, часто атипичного характера, когда *преобладают смешанные состояния, без характерных для классических аффективных синдромов расстройств мышления и двигательной сферы (нередко наблюдаются диссоциированные расстройства), характерна лабильность настроения, могут развиваться и реактивные депрессии* [6-8].

Особенности формирования психопатологической симптоматики при сахарном диабете можно представить следующим образом (см. схему).

Патогенез психопатологической симптоматики при сахарном диабете типа 1



Для начального периода СД характерны депрессивные расстройства, протекающие на фоне преморбидных особенностей личности. В одних случаях – это тревожная мнительность, в других – утрированная педантичность в соблюдении режима, в третьих – недооценка серьезности болезни и весьма «легкое» к ней отношение. Депрессивные расстройства являются реактивными по своей природе и могут сочетаться с тревожностью.

Если у пациента возникают проблемы с адаптацией к новому образу жизни, связанному с постоянным соблюдением диеты и различных ограничений, это может привести к развитию пограничных психических нарушений **невротического уровня** в виде астении, ипохондрии, депрессии, навязчивостей.

В дальнейшем в зависимости от тяжести заболевания развиваются органические осложнения, что приводит к изменению психопатологической картины: депрессии начинают сопровождаться дисфорией и слабодушием. Последнее вполне объяснимо, если иметь в виду частоту ангиопатий (в том числе и церебральных). Наблюдается патологическое развитие личности (*астенический, истерический, обсессивный, эксплозивный и психосоматический варианты*). Формируется психоэндокринологический синдром. Особенно часто наблюдаются **астенические состояния** различной глубины.

При тяжелом течении диабета могут развиваться **психозы** (< 1%); речь чаще идет не об истинно диабетических, а о сосудистых, пресенильных, органических психозах (при органических поражениях мозга возможна глюкозурия, симулирующая диабет).

Повторные коматозные состояния, а также частые и резкие колебания содержания сахара в крови ухудшают психический статус больных. В этих случаях формирование стойких изменений личности (**психоэндокринного синдрома**), а в дальнейшем **психоорганического** (характеризующегося интеллектуальномнестическими расстройствами) синдрома ускоряется.

Целью настоящего исследования была оценка частоты психоэмоциональных расстройств у больных в дебюте СД 1 типа, изучение взаимосвязи этих нарушений со степенью метаболического контроля заболевания.

Объем и методы исследования

Нами обследовано 72 пациента (50 женщин, 22 мужчины) с впервые выявленным СД типа 1 в возрасте от 15 до 34 лет (26,73±0,91) с длительностью заболевания от 2 мес. до 1 года (5,89±0,69). Степень компенсации СД оценивалась по уровню HbA1c и среднесуточной гликемии. Для оценки преморбидных особенностей и психоэмоционального статуса использованы международные стандартизированные тесты: тест Спилбергера для определения личностной и реактивной тревожности в модификации Ю.Л. Ханина (1976); тест Бека на выявление депрессии; тест Кеттела; тест стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Руге для выявления уровня сопротивляемости стрессу; методики для выявления нарушений сна, определения самочувствия, настроения, активности.

Результаты и их обсуждение

Все пациенты были разделены на 3 группы: в группе А (мужчин 3, женщин 9) преобладающим синдромом психопатологических расстройств был депрессивный, в группе В (мужчин 8, женщин 23) симптоматика очерчивалась кругом тревожных расстройств и в группе С (мужчин 9, женщин 20) психопатологической симптоматики не было.

По результатам тестирования у пациентов группы А имелись следующие расстройства: нарушения сна в виде нарушении фазы засыпания [4], частые, обильные, множественные, неприятные сновидения [6], частые пробуждения, не связанные с полиурией [3], отсутствие ощущения отдыха после пробуждения; снижение физической активности от легкого ощущения усталости в течение дня до невозможности двигаться из-за сильной слабости [1]; постоянное угнетенное настроение в течение дня, а также повышенный аппетит. В меньшей степени эти нарушения отмечены у пациентов группы В, для которых из нарушений сна характерны частые пробуждения и отсутствие чувства отдыха после пробуждения; типичны перепады настроения в течение дня от немотивированной печали до возбуждения, радостного настроения, повышенная плаксивость, раздражительность, постоянное ощущение тревоги. У пациентов группы С все перечисленные симптомы отсутствовали (табл. 1).

При помощи методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Руге выявляется степень сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов (300 и более) – это сигнал тревоги, предупреждающий об опасности. Необходимо предпринять срочные меры, чтобы ликвидировать стресс. Количество баллов от 150 до 199 свидетельствует о высокой стрессоустойчивости, от 200 до 299 баллов – пороговый уровень.

Анализ результатов этого теста у обследованных больных выявил достоверные разичия между группами ($p < 0,01$).

Таблица 1

Данные субъективных методик и стандартизированных шкал					
Группа	Сон	Самочувствие, активность, настроение	СУ*	Депрессия	Тревога
А	+	Снижение физической активности, угнетенное настроение в течение дня, ухудшение самочувствия	263,5±6,5	48,8±1,9	14,5±4,1
В	+	Резкие перепады настроения в течение дня, раздражительность, тревожность, плаксивость	254,7±4,3	12±3,5	52,7±2,9
С	–	Без изменений	34,7±3,6	3,4±1,3	2,7±0,8

* Стрессоустойчивость и социальная адаптация.

Оценка уровня депрессии по Беку позволяет выявить несколько степеней депрессии: 10-15 баллов – легкая степень, 16-19 – легко-умеренная степень, 20-29 – умеренно-сильная степень, 30-63 балла – сильная степень. По современной систематике МКБ-10 к депрессивному эпизоду относятся: снижение настроения, утрата удовольствия или интереса, утрата энергии.

Такие состояния могут сопровождаться повышенной утомляемостью и снижением активности. К другим депрессивным симптомам относятся: снижение способности к сосредоточению, снижение самооценки и уверенности в себе, идеи виновности и уничижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, суицидальные тенденции.

Личностная и реактивная тревожность оценивается по методике Спилбергера в модификации Ханина. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состояниями тревоги. Реактивная тревожность (уровень тревожности в данный момент) характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность, 31-45 – умеренная, 46 и более – высокая тревожность.

В группе А пациенты моложе, чем в группах В и С; это в основном учащиеся, не «зарабатывающие на жизнь»; преимущественно женского пола. СД застал их в сложный период личностного становления, выбора и планирования жизненных и профессиональных перспектив. Несомненно, что все перечисленное в сочетании с особенностями характера (согласно тесту Кеттела, одна из общих черт характера – низкая самооценка и неуверенность в себе) повлияли на формирование депрессии в данной ситуации.

В группе В (с тревогой) преобладают пациенты с высоким образовательным уровнем в сочетании с неудовлетворенностью работой. Несмотря на это недовольство, 60% не предпринимают никаких усилий для изменения ситуации, выражая лишь пассивное неудовлетворение ситуацией. Развившаяся болезнь, требующая изменения жизненного уклада, отказа от многолетних привычек, страхи, связанные с боязнью комы, гипогликемии и неизбежностью осложнений (по тесту Кеттела), вызывают тревогу, чувство вины, неуверенности в себе, исключая возможность более успешной социальной адаптации.

Оценка состояния компенсации углеводного обмена пациентов обследованных групп позволила выявить достоверные различия. У всех 72 пациентов отмечается повышение уровня HbA1c и среднесуточной гликемии (табл. 2).

Нарушения в группе А среди пациентов с превалированием деперссивной симптоматики более выражены, чем среди пациентов группы В с преобладанием тревожной симптоматики. Таким образом, можно сделать вывод о наличии взаимосвязи между уровнем компенсации СД и психическим состоянием пациента.

Выводы

1. Психопатологические состояния зафиксированы в дебюте сахарного диабета 1 типа у 60% (с преимущественно депрессивной симптоматикой – 17%, с превалированием тревожной симптоматики – 43%).
2. Установлена тесная взаимосвязь степени компенсации углеводного обмена с психопатологическим состоянием.

Таблица 2

Уровни HbA1c и среднесуточной гликемии у пациентов с выраженной депрессивной и тревожной симптоматикой

Группа	HbA1c, %	Среднесуточная гликемия
А (депрессия)	11,71±0,64	10,38±0,68
В (тревога)	11,22±0,82	9,98±0,32
С (без патологии)	9,25±0,52	8,41±0,66

$p < 0,05$ при сравнении групп А и С, В и С

Литература

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., Практика, 1998.
2. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию. М., Изд-во Берег. 1998.
3. Исаев Д.И. Психосоматические расстройства у детей. СПб., Изд-во Питер. 2000.
4. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., 2000.
5. Плохинский Н.А. Биометрия. М., Изд-во МГУ, 1970.
6. Тиганов А.С., Орловская Д.Д. Соматические психозы. В кн.: «Руководство по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова М., Медицина, 2001,Т.2. с. 428-466.
7. Целибеев Б.А. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях. М., Медицина, 1972.
8. Bleuler M. Endokrinologische Psychiatrie. Wien, 1954.