

# **ЛИЧНОСТЬ КАК ФАКТОР, ОПОСРЕДУЮЩИЙ МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

Карачёва Ю.В., проф.Бобров А.Е.

МНИИП - филиал НМИЦ ПН им. В.П. Сербского

**Актуальность.** Сахарный диабет 2 типа (СД2) характеризуется высокой коморбидностью с психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра. В то же время имеются указания, что у больных данной категории имеются серьезные аномалии личности и поведения. Они отчасти обусловлены преморбидными особенностями, но в большой степени являются также следствием развивающихся при СД2 психосоциальных и медицинских проблем. Аномалии личности могут существенно влиять на комплаентность, а также ассоциироваться с целым рядом психосоматических нарушений. На это косвенно указывают данные международного научного проекта INTRPRET-DD по изучению депрессивных и других психических расстройств при СД2. В рамках данного проекта было показано, что коморбидные соматические расстройства и осложнения диабета избирательно сочетаются с отдельными формами непсихотических психических нарушений, имеющих у этих больных. Говоря другими словами, мультиморбидность при СД2 может отражать причинно-следственные взаимосвязи между психическими и соматическими расстройствами. Однако роль, которую при этом играет поведение больных и их личностные особенности, остается неизвестной.

**Цель.** Выделить основные варианты личности и поведения больных СД2, а также изучить соотношения между этими вариантами, сопутствующими соматическими заболеваниями и осложнениями СД2.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты комплексного психолого-психиатрического и соматического обследования 41 амбулаторного пациента с СД2 (средний возраст  $54,2 \pm 8,8$  года; 33 женщин, 8 мужчин). Исследование проводилось в условиях первичной медико-санитарной помощи, как самостоятельное дополнение к российскому фрагменту международного проекта “INTERPRET-DD” (Lloyd et al., 2015).

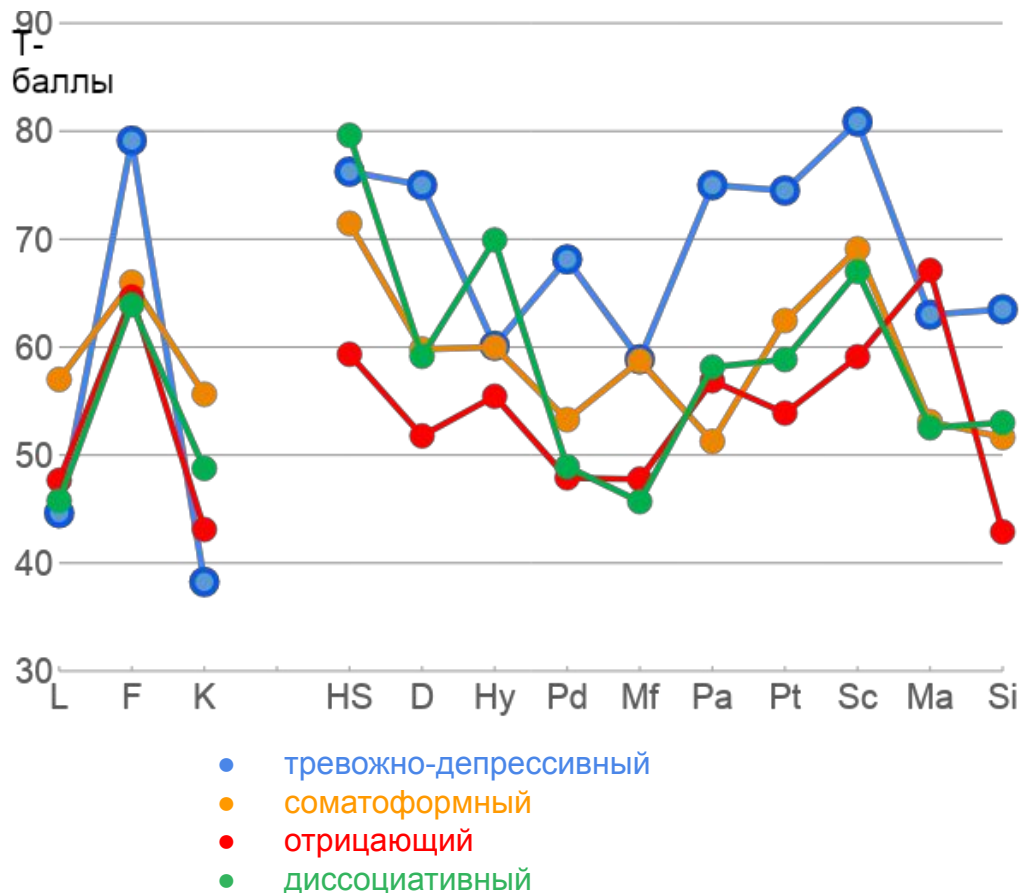
Из обследованных больных 24 чел. (58,5%) страдали текущими непсихотическими психическими расстройствами. В данной презентации рассматриваются только результаты, полученные с помощью теста ММИЛ. Оценка соматического состояния больных производилась по данным медицинских карт больных, в которых регистрировались текущий уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), а также сопутствующие соматические заболевания и осложнения СД2.

**Результаты.** В процессе анализа и статистической обработки данных психологического тестирования было выделено четыре основных типа конфигурации профиля ММИЛ (типов личности) больных СД2: тревожно-депрессивный (8 чел.), соматоформный (11 чел.), отрицающий (9 чел.), диссоциативный (13 чел.).

*Тревожно-депрессивный* тип характеризовался отчетливой психосоциальной дезадаптацией с явлениями деперсонализации, блокадой побуждений, тревогой, аффективной неустойчивостью, протестом и склонностью пациентов к концептуализации своего состояния в контексте СД2. Медианное значение уровня HbA1c у них составляло 9,1%. Наиболее частым соматическим осложнением СД2 у пациентов этой подгруппы были нейропатии (регистрировались в 50% случаев).

Больные с *соматоформным* типом личности по ММИЛ находились в субкомпенсированном психологическом состоянии. Их отличительной чертой была повышенная озабоченность физическим здоровьем, что подкреплялось значительным количеством не всегда объяснимых соматических ощущений и психовегетативных дисфункций. Для этих пациентов была также характерна легкая степень деперсонализации, обусловленная связан-ным с СД2 вынужденным изменением психосоциального самоопределения и принятием роли больного. Уровень HbA1c в этой группе достигал наиболее высоких значений. Его медианное значение составляло 11,9%, что указывает на недостаточный самоконтроль и низкую комплаентность. В соматическом статусе этих пациентов отмечалась повышенная частота ретинопатий (45,5%) и нейропатий (45,5%).

## Основные типы конфигурации профиля ММИЛ у обследованных больных СД2



*Отрицающий* тип личности сочетался с хорошим уровнем социальной адаптации. Он определялся повышенным настроением, усилением витальных побуждений и психологическим отрицанием серьезности проблем, обусловленных СД2. Медианная концентрация HbA1c составляла 9,6%. У этих пациентов не выявлялось повышенной частоты соматических заболеваний или осложнений СД2. Наоборот, частота зарегистрированных нейропатий у них была существенно меньше, чем при других личностных типах.

*Диссоциативный* тип личности отличался истероконверсионными тенденциями, которые и обуславливали психосоциальную декомпенсацию больных. Медианный уровень HbA1c у них был самым низким – 7,5%. Однако количество зарегистрированных соматических осложнений СД2 и сопутствующих соматических расстройств парадоксально было наиболее высоким. Так, у 30,1% больных был диагностирован перенесенный инсульт, у 46,2% - ишемическая болезнь сердца, у 38,5% - ретинопатия, у 61,5% - нейропатии.

## Медианные значения HbA1c и частота сопутствующих соматических заболеваний и осложнений СД2 у пациентов с различными типами личности

Медианный уровень HbA1c, сопутствующие заболевания и осложнения СД2	Тип конфигурации профиля ММИЛ			
	Тревожно-депрессивный	Соматоформный	Отрицающий	Диссоциативный
<b>HbA1c (%)</b>	9,1	<b>11,9*</b>	9,6	7,5
<b>Ретинопатия (%)</b>	25,0	45,5	22,2	38,5
<b>Нейропатия (%)</b>	50,0	45,5	22,2	61,5
<b>Нефропатия (%)</b>	25,0	36,4	22,2	30,8
<b>ИБС (%)</b>	0	27,3	11,1	46,2
<b>Инсульт (%)</b>	12,5	0	11,1	<b>30,8*</b>

ОБОЗНАЧЕНИЯ: \* - значимость различий между больными с соматоформным и диссоциативным типом личности  $p < 0,05$

**Выводы.** Уровень HbA1c у больных СД2 в существенной степени взаимосвязан с типом личности и поведения. Наиболее высокий его уровень отмечался при психологически субкомпенсированном соматоформном типе. Этот тип характеризовался относительно незначительным количеством зарегистрированных сопутствующих соматических заболеваний и осложнений СД2. Наименьший уровень HbA1c имел место при диссоциативном типе поведения, при котором отмечалось наибольшее количество сопутствующих серьезных соматических диагнозов. В связи с этим напрашивается вывод о том, что личностные особенности больных СД2 оказывают существенно большее влияние на выявление соматических нарушений, чем обычно считается.

Важно, что соматоформный тип поведения, несмотря на присущую таким больным высокую озабоченность своим соматическим состоянием, сочетается с уклонением от выполнения рекомендаций врачей. По-видимому, этим и объясняется недостаточный самоконтроль, отражавшийся в значительном повышении HbA1c. Невыполнение врачебных рекомендаций могло predispose также к неполному соматическому обследованию. Возможно, что с аналогичной ситуацией пришлось столкнуться и в случае отрицающего типа личности больных. Повышенная частота нейропатий при тревожно-депрессивном варианте личности хорошо согласуется с выявленной ранее высокой частотой нейропатий при депрессиях. Однако здесь также нельзя исключить ошибок в интерпретации врачами предъявляемых депрессивными больными соматических жалоб. Все сказанное может указывать на то, что выявление сопутствующих соматических заболеваний и осложнений СД2 в условиях первичной медицинской помощи парадоксальным образом зависит не только от реального состояния больных, но и от полноты их обследования, на что влияют личностные особенности пациентов, а также характер их взаимоотношений с лечащим врачом.