

15. Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview – 2005.

16. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я, 2018

(Затверджено Наказом МОЗ України від 23.05.2018 р. № 981.

http://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf



УДК 159.923:616.05-616.379-008.64

ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

В. В. Храмцова

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт
медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»
ID ORCID: 0000-0001-7007-2497

Резюме

У статті висвітлено питання психологічного компонента в структурі захворювання. Визначено роль стресу, неадекватного реагування на нього, деструктивних захисних механізмів особистості. Залежно від рівня стресостійкості виділені групи високого, помірного та низького психосоматичного ризику. Визначено особистісні ресурси й особливості рис особистості, які сприяють дезадаптації.

Ключові слова: діабет 2-го типу, особистісні риси, стресостійкість, адаптивність, дезадаптація.

Summary

The article highlights the issues of the psychological component in the structure of the disease. The role of stress, inadequate response to it, destructive protective mechanisms of the personality is defined. Depending on the level of stress tolerance, groups of high, moderate and low psychosomatic risk are identified. Identified personal resources and features of personality traits that contribute to maladjustment.

Keywords: type 2 diabetes, personality traits, stress resistance, adaptability, adaptation disorders.

Диабет в последнее время все чаще связывают с таким понятием как «болезни цивилизации», где физическое, социальное и психическое не только тесно переплетены друг с другом, но и потенцируются друг другом. Временная или стойкая утрата трудоспособности, инвалидизация, психоэмоциональные нарушения, как следствие неудачной адаптации к ближайшему окружению, личностные изменения достаточно распространены среди лиц с диабетом 2-го типа [1]. При этом психологические проблемы и психические расстройства выступают и как пусковой механизм, и как фактор, отягощающий заболевание и влияющий на сам процесс лечения [2]. Многие исследователи приходят к выводу, что в структуре заболевания психологический компонент имеет достаточно большой вес.

Тревога, которая часто трансформируется личностью посредством ее блокирования в теле и соматизацией, а также возвратом осознанных импульсов обратно в телесную структуру, становится психосоматическим компонентом у лиц с этой патологией. Фрустрация, длительные про-

блемы в семье и одиночество, подавленное настроение являются психологическими факторами, которые способствуют развитию заболевания, а неадекватная самооценка и эгоцентричность на фоне эмоциональной лабильности способствуют закреплению психотравмирующих переживаний [1, 2].

Немалую роль играет личностная организация больных диабетом 2-го типа. В процессе болезни происходит изменение всей системы жизненных ценностей и возрастание роли личностной хронической неудовлетворенности [3, 4]. Их психологический портрет представлен чувствами незащищенности, психосоциального перенапряжения, в связи с трудностями коммуникации и своеобразием мышления, повышенной чувствительностью к отказам, низкой психической энергетикой, зависимостью от окружающих [5]. Основные потребности, которые остаются нереализованными, – это потребности в любви и внимании, восполняемые посредством повышенного потребления сладостей и еды; сочувствия – посредством соматизации и сверхконтроля; привязанно-

сти – через ухудшение настроения и пассивное недовольство [2, 5].

«Диабетическая личность» (понятие, введенное еще в восьмидесятых годах прошлого века и дополненное в наши дни) характеризуется, в первую очередь, эмоциональной неустойчивостью, повышенной невротизацией, одновременным сосуществованием зависимости и безразличия к близким, ей свойственна мнительность и неустойчивость настроения, фрустрация потребностей вызывает внешне агрессивное защитное поведение и стремление все решать самостоятельно [2]. Неудовлетворенность близким окружением, отсутствие глубоких отношений с окружающими, уверенность, что здоровье и болезнь находятся вне их контроля, трудности в идентификации чувств, неуверенность в себе, несчастливость, фиксация на сложностях жизни способствуют не только остановке развития личности, но могут и затруднять процесс лечения [6, 7]. Отсутствие знаний о заболевании и лечении часто становится пусковым механизмом в возникновении невротического конфликта с истерическими включениями у пациентов с декомпенсированным диабетом и артериальной гипертензией [8].

Эмоционально-аффективная сфера лиц с диабетом 2-го типа представлена переживаниями агрессии и тревоги, которые выступают маркерами нереализованных потребностей и желаний [4]. Затяжные эмоции в виде реакции горя и потери, возникающие в ответ на различные ограничения, профессиональный рост, неприятности на работе, возможные осложнения заболевания, потеря контроля над жизнью, способствуют формированию ограничительной жизненной позиции. Агрессивность, конфликтность по отношению к окружающим, заострение внимания на эмоциональных конфликтах, боязливость с низкой двигательной активностью, своенравность и упрямство создают зоны сильного внутреннего напряжения. Ухудшение настроения, депрессивные тенденции и низкий уровень психо-волевой саморегуляции затрудняют способность контролировать заболевание [9, 10].

Преморбидные особенности личности пациентов с диабетом 2-го типа, а также особенности эмоционально-аффективной сферы, которые пронизаны противоречиями и значительной уязвимостью, являются благоприятной почвой для возникновения эмоционального стресса при взаимодействии с социальной средой. Таким образом, на фоне длительного чувства нестабильности и тревожного ожидания после значительного травмирующего события, которое становится для этих лиц потрясением, ригидная фиксация на нем, часто являются пусковым механизмом в возникновении заболевания [2, 11, 12].

Базовой основой для переработки актуальных конфликтов у лиц с диабетом 2-го типа является инфантильная потребность раннего детства в особом уходе и кормлении, которая становится своеобразной метафорой выражения взрослой любви и удовлетворяется посредством болезни [12]. Ба-

зальная тревога, формирующаяся в раннем детстве, в периоде взрослости проявляется сильными и достаточно часто неудовлетворимыми потребностями в получении и принятии помощи, даже когда пациент в этих вопросах вполне самостоятелен [12].

Длительно существующие психологические реакции стрессового характера формируют психическую перегрузку, которая тесно связана с вегетативной нервной системой, влияет на уровень глюкозы в крови: непосредственно или опосредованно через особые формы пищевого поведения в сочетании с низкой двигательной активностью [13].

В структуре совладающего со стрессом поведения у пациентов с диабетом 2-го типа преобладают неадаптивные поведенческие стратегии на фоне конструктивных в эмоциональной и когнитивной сферах [6].

Проведенный анализ научных исследований в области психологического компонента в структуре заболевания указывает на то, что было проведено глубокое изучение влияния стресса, но не определены основные личностные детерминанты стрессоустойчивости лиц с диабетом 2-го типа.

Цель работы. Изучить особенности стрессоустойчивости и выделить ее личностные детерминанты у лиц с диабетом 2-го типа.

Исучаемая категория и методы. На базе ГУ «Укр. Гос. НИИ МСПИ МЗО Украины» в рамках научно-исследовательской темы были обследованы 38 пациентов с диабетом 2-го типа, осложненным сердечно-сосудистой патологией; средний возраст составил $54,4 \pm 0,89$, количество мужчин и женщин было равным. Для решения поставленной цели были применены методы – эмпирический и математической статистики. Изучались адаптивность (многоуровневый опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина), степень стрессоустойчивости или сопротивляемости стрессу (методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге), личностные черты (методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела, 187) [14]. Анализ полученных результатов проводился после выделения 3 групп в зависимости от уровня стрессоустойчивости: высокого (1), умеренного (2) и низкого (3) психосоматического риска. Для анализа полученных результатов исследования использовался метод математической статистики и достоверных различий парных сравнений критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Изучение уровня стрессоустойчивости обследуемых по отношению к жизненным событиям последнего прожитого года выявило достаточно высокую распространенность различных ее нарушений (78,3 %).

Для пациентов с низким уровнем стрессоустойчивости была характерна выраженная психосоматическая нагрузка ($633,7 \pm 21,5$), что являлось прогностически неблагоприятным фактором для течения заболевания.

Уровни стрессоустойчивости и их распространенность у лиц с диабетом 2-го типа, осложненного сердечно-сосудистой патологией

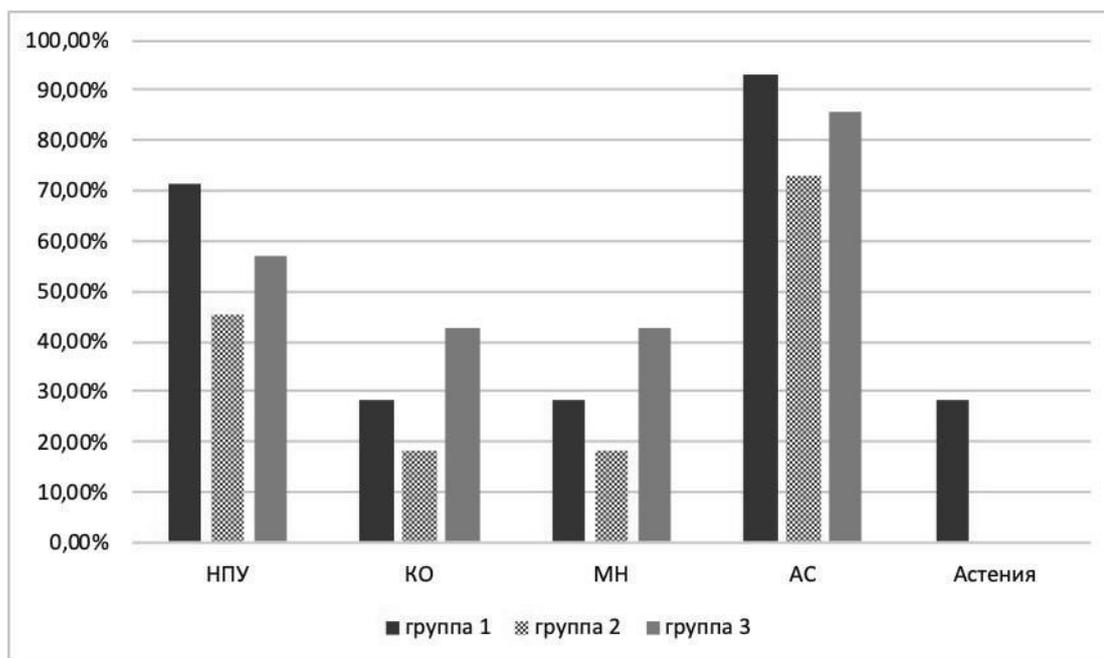
Группы психосоматического риска	Уровни стрессоустойчивости	Средние значения (M±m)	Достоверность различий между группами (p)	Распространенность (%)
1 – высокого	низкий (90% вероятности развития заболевания)	633,7±21,5		48,6
2 – умеренного	пороговый (50% вероятности развития заболевания)	220,5±17,7	между 1 и 2 0,0031	29,7
3 – низкого	высокий	60,8±15,5	между 1 и 3 0,0034	21,7

Так же и для пациентов с пороговым уровнем стрессоустойчивости (220,5±17,7) психологический стресс и напряжение имели достаточную тенденцию трансформироваться в их психосоматические эквиваленты (табл. 1). Пациенты с высоким уровнем стрессоустойчивости выявляли хорошую адаптацию к психическим нагрузкам в социальном взаимодействии.

Фактор вероятности развития заболевания в зависимости от стрессоустойчивости для пациентов с диабетом мы выделили как психосомати-

ческий риск, соответственно, как высокий, умеренный и низкий (табл. 1).

Спротивляемость стрессу тесно связана с адаптивными способностями личности [15], которые в своем единстве раскрывают суть социально-психологической адаптации – стрессоустойчивость выступает как способность адаптироваться, а адаптивность как желание приспособливаться и умение преобразовывать окружающую среду. Изучение адаптивности у пациентов с диабетом 2-го типа в группах с различным уровнем психосоматического риска представлена на рис. 1.



Примечание: НПУ – нервно-психическая устойчивость, КО – коммуникативные особенности, МН – моральная нормативность, АС – адаптационный потенциал личности, астения – дезадаптивное состояние; группы 1, 2, 3 – высокого, умеренного и низкого психосоматического риска

Рис. 1. Распространенность нарушений адаптивности и адаптации у пациентов с диабетом 2-го типа, осложненного сердечно-сосудистой патологией, в группах разного уровня психосоматического риска

Во всех группах наиболее распространенным был низкий личностный адаптационный потенциал (рис. 1). Наибольшая глубина нарушений определялась в группе с высоким психосоматическим риском ($p=0,032$) (средние значения $1,9\pm 0,38$) и характеризовалась сниженной адаптацией, подверженностью нервно-психическим срывам с длительными функциональными нарушениями, трудностями в регуляции своего поведения и адекватности восприятия ситуации ($2,6\pm 0,46$), затруднениями в межличностном взаимодействии с высоким уровнем конфликтного поведения ($4,0\pm 0,41$), непониманием своей роли в коллективе и трудностями социализации ($4,1\pm 0,35$); дезадаптивными состояниями в виде ипохондрической фиксации, утомляемости, эмоциональной лабильности, снижения толерантности к неблагоприятным условиям труда на фоне отсутствия мотивации к трудо-

вой деятельности и восприятия безысходности, мрачности будущего ($4,3\pm 0,58$).

У пациентов группы с низким психосоматическим риском в структуре психосоциальной адаптации определялись хорошо развитые адаптационные способности, но без принятия культурных, коммуникативных и моральных норм общества. Можно сказать, что эти пациенты смогли социализироваться, но не адаптировались в обществе. Результатом такой социализированности выступают нарушения в эмоциональной сфере в виде хронического недовольства и подавленного настроения.

В табл. 2 представлены усредненные значения профиля черт личности в зависимости от выраженности психосоматической нагрузки, которые имели свои отличительные особенности.

Таблица 2

Параметры	Группы психосоматического риска ($M\pm m$)		
	высокого	умеренного	низкого
А – Шизотимия-аффектомия	$6,9\pm 0,52$	$6,4\pm 0,37$	$6,2\pm 0,58$
В – Низкий-высокий интеллект	$5,4\pm 0,55$	$6,2\pm 0,79$	$6,4\pm 0,68$
С – Слабость-сила «Я»	$3,6\pm 0,6$	$4,5\pm 0,45$	$5,0\pm 0,55$
Е – Конформность-доминантность	$5,9\pm 0,35$	$5,2\pm 0,53$	$5,0\pm 0,71$
Г – Десургенция-сургенция	$5,5\pm 0,57$	$4,6\pm 0,48$	$5,6\pm 1,21$
Г – Низкое-высокое супер-эго	$5,2\pm 0,26$	$4,7\pm 0,37$	$5,8\pm 0,2$
Н – Тректия-пармия	$6,5\pm 0,57$	$5,8\pm 0,49$	$5,6\pm 0,68$
І – Харрия-премсия	$6,1\pm 0,46$	$5,7\pm 0,47$	$5,6\pm 0,81$
Л – Алаксия-протексия	$7,6\pm 0,29$	$6,2\pm 0,49$	$7,6\pm 0,6$
М – Праксерния-аутия	$5,1\pm 0,57$	$5,0\pm 0,47$	$5,4\pm 0,68$
Н – Прямолинейность-дипломатичность	$6,4\pm 0,77$	$5,7\pm 0,62$	$5,8\pm 0,73$
О – Гипертимия-гипотимия	$7,5\pm 0,56$	$6,7\pm 0,63$	$6,6\pm 1,03$
Q1 – Консерватизм-радикализм	$5,6\pm 0,39$	$5,5\pm 0,43$	$6,6\pm 0,98$
Q2 – Зависимость от группы-самодостаточность	$5,5\pm 0,51$	$6,5\pm 0,5$	$6,2\pm 1,28$
Q3 – Низкое-высокое самомнение	$6,6\pm 0,39$	$7,1\pm 0,5$	$9,0\pm 0,32$
Q4 – Низкая-высокая его напряженность	$7,1\pm 0,51$	$6,1\pm 0,53$	$5,8\pm 0,58$
F1 – Низкая-высокая тревожность	$6,9\pm 0,59$	$7,1\pm 0,43$	$6,7\pm 0,45$
F2 – Интраверт-экстраверт	$6,3\pm 0,67$	$5,3\pm 0,54$	$5,8\pm 1,2$
F3 – Сензитивность-реактивная уравновешенность	$4,6\pm 0,44$	$4,5\pm 0,34$	$5,0\pm 0,56$
F4 – Конформность-независимость	$5,8\pm 0,54$	$5,6\pm 0,48$	$5,9\pm 0,91$

Пациентам с СД 2-го типа группы высокого психосоматического риска были присущи подозрительность, постоянное внутреннее напряжение и раздражительность, они придавали слишком большое значение своим неудачам, проявляли повышенную требовательность к чужой ответственности, имели эгоцентрическую направленность (L+); переполненность чувствами вины и долга, множество страхов и их психосоматических эквивалентов, периодические депрессивные состояния, повышенная ранимость (O+); слабость Я-функции, проявляющаяся в уклонении от ответственности, действия обусловленные переменчивыми чувствами, при удобном случае готовностью отказаться от работы, частые реакции с невротическими симптомами и ипохондричностью на психоло-

гические нагрузки (C-); потребность в установлении многочисленных контактов (F2+), социальная смелость и предприимчивость со склонностью к риску, отсутствие чувства опасности (H+), честолюбие (N+), проявление сочувствия, чувствительность и зависимость по отношению к окружающим, постоянная потребность в помощи и восхищении, которые реализуются за счет повышенного внимания к своим внутренним ощущениям, доходящим до ипохондрических включений (I+).

Для пациентов с СД 2-го типа группы умеренного психосоматического риска отличительной особенностью было наличие повышенной озабоченности, развитой способности к самоанализу, осторожности и малой общительности, обеспоко-

енности за свое будущее, направленности на неудачи (F-), низкого супер-эго, что выражалось в неприятии моральных общественных норм, личности, склонности следовать своим даже самым неразумным желанием (G-); повышенной чувствительности и затруднений, когда надо принимать решения (F3-); высокого уровня тревоги как индикатора плохой приспособляемости (F1+).

Пациенты с СД 2-го типа группы низкого психосоматического риска отличались от пациентов как с высоким риском ($p=0,04$), так и умеренным риском, большим развитием таких личностных особенностей, которые можно отнести к ресурсам личности: высоким уровнем интеллекта, как свойства социального приспособления, пронизательностью и сообразительностью (B+); развитой эмоционально-волевой сферой и принятием социальных норм (Q3+); развитой сферой интеллектуальных интересов и критического мышления, умением терпеть неудобства (Q1+); силой Я-функции, которая проявляется в виде эмоциональной зрелости, умении управлять ситуацией, спокойствием (C+).

Рассматривая психологическую составляющую в структуре заболевания СД 2-го типа как процессов приспособления (фиксации) и здорового развития, можно условно выделить 2 основных типа:

– приспособление к неблагоприятным условиям (патогенез) и низкий уровень ресурса (саногенез);

– приспособление к неблагоприятным условиям и высокий уровень ресурса.

Выводы

Для более глубокого понимания роли психологического компонента в структуре заболевания СД 2-го типа было проведено изучение с позиции двух процессов: здорового развития и приспособления к неблагоприятным условиям среды.

1. Для пациентов с СД 2-го типа с низким уровнем стрессоустойчивости наличие большого количества жизненных событий как негативного, так и позитивного спектра, становится психосоматическим риском различной степени выраженности в соответствии с такими личностными особенностями:

– потребность в установлении многочисленных социальных контактов на фоне повышенной ранимости, выраженном чувстве вины и долга, а также реакций невротического спектра с психосоматическими эквивалентами являются личностными коррелятами, которые формируют линии выраженного эмоционального напряжения с высоким риском потенцирования существующего заболевания;

– неприятие моральных общественных норм, следование только своим желаниям на фоне повышенной эмоциональной хрупкости и тревожности, индикаторов плохой приспособляемости формируют внутриллический конфликт с умеренным психосоматическим риском потенцирования существующего заболевания.

2. Развитие эмоционально-волевой и интеллектуальные сферы, принятие социальных норм, достаточно сформированная сила Я выступают личностными ресурсами.

Литература

1. Курникова И. А. Оценка психологического состояния больных с эндокринными заболеваниями в процессе немедикаментозной терапии / И. А. Курникова, Т. В. Кочемасова, Е. А. Сулейманов // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10 (7). – С. 1408–1415.

2. Безбах В. Н. Социально-гигиенические аспекты сахарного диабета / В. Н. Безбах // *Международный эндокринологический журнал*. – 2005. – № 1 (1).

3. Петрова М. М. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом / М. М. Петрова, Т. А. Рачко // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2006. – №4. – С. 144–147.

4. Чарисова А. Н. Актуальность психологической помощи больным сахарным диабетом / А. Н. Чарисова // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2012. – №2. – Т. 2.

5. Шмигель Н. Е. Болезнь с характером / Н. Е. Шмигель // *РиГМ Психология для всех*. – 2012. – № 11. – С. 10–12.

6. Аршава И. Ф. Психологические аспекты сахарного диабета: проблемы и перспективы / И. Ф. Аршава, Я. Р. Аминова // *Международный медицинский журнал*. – 2011. – №4. – С. 6–9.

7. Кошанская А. Г. Роль психологических факторов в формировании компенсированного течения сахарного диабета 2 типа / А. Г. Кошанская // *Сборник научных статей «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике»*. – 2015. – С. 146–147.

8. Настина Е. Н. Исследование психологического профиля больных сахарным диабетом 2-го типа и артериальной гипертензией / Е. Н. Настина, О. Е. Кириченко // *Вятский медицинский вестник*. – 2009. – №1. – С. 18.

9. Валиева Д. А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом / Д. А. Валиева // *Вестник современной клинической медицины*. – 2014. – Т. 7 (приложение1). – С. 69–77.

10. Чирва И. С. Технологии социально-психологической реабилитации с диабетическими больными / И. С. Чирва // *Медицина и образование в Сибири*. – 2008. – № 6. – С. 1–4.

11. Психосоматические аспекты развития сахарного диабета / Д. Н. Поберей, Т. В. Меллина // *Український науково-медичний молодіжний журнал. Клінічна медицина*. – 2012. – №1. – С. 105–108.

12. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М.: Ин-т позитивной психотерапии, 2006. – 464 с.

13. Бройпигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл.

В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

14. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Ред. и сост. Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2006. – 672 с.

15. Уляева Г. Г. Стрессоустойчивость как компонент адаптивности личности в экстремальных условиях спортивной деятельности / Г. Г. Уляева, Б. Б. Раднагуруев // Экстремальная деятельность. – 2014. – №3 (30). – С. 70–73.



УДК 796.011.3

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ ІЗ ГІПЕРМОБІЛЬНІСТЮ СУГЛОБІВ

В. Б. Бакурідзе-Маніна¹, В. В. Приходько²

¹Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

²Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту, м. Дніпро

Аннотація

Стаття посвячена розробці та обґрунтуванню диференційованого підходу на заняттях по фізичному вихованню студентів основної медичної групи з різною ступенем гіпермобільності суглобів вищого медичного навчального закладу. У частині студентів існують сховані патологічні або передпатологічні (пограничні) стани, які при інтенсивній м'язовій діяльності, в частині на заняттях по фізичному вихованню, можуть стати причиною виникнення небажаних функціональних змін. Немаловажним є виявлення групи ризику для вибору оптимальної фізичної навантаження в відповідності з фізичним станом і функціональними можливостями даної категорії студентів.

Диференційований підхід був розроблений з урахуванням положень теорії та методики фізичного виховання. В основу покладено цілі, задачі, принципи, методи, форми занять, засоби та особливості фізичної навантаження. Обращалося увагу на вибір засобів фізичного виховання та фізичної навантаження в відповідності з рівнем фізичної підготовленості та функціональними можливостями організму студентів медичних вузів з гіпермобільністю суглобів.

Внедрення диференційованого підходу на заняттях со студентами, якими є гіпермобільність суглобів, дозволило покращити показники соматичного здоров'я, фізичної работоспособності, фізичної підготовленості, а також показники самооцінки здоров'я.

Ключевые слова: студенти, фізичне виховання, гіпермобільність суглобів, диференційований підхід, фізичне стан.

Abstract

It was established that the presence of hypermobility of the joints affects a part of the indicators of the physical condition: in front of all on the state of the cardiovascular system, the musculoskeletal system, the indicators of physical development (heart rate, lumen, Stange and Gench test, the dynamometry of the right and left brush, lungs), functional state (somatic health), ability to work, physical fitness, tend to deteriorate, depending on the severity of the hypermobility of the joints. The revealed relationship of hypermobility of the joints with the physical state indicators is of great practical importance for teachers of physical education and can be used as an accessible method for a differentiated approach in physical education classes. This allowed to recommend a differentiated approach to physical education classes for students with joint hypermobility.

A differentiated approach was developed taking into account the provisions of the theory and method of physical education. The basis is the purpose, tasks, principles, methods, forms of occupations, means and features of physical activity. Attention was drawn to the choice of means of physical education and physical activity in accordance with the level of physical fitness and functional capabilities of the body of students of medical colleges with joint hypermobility.