

Н.В. Пашковська, В.М. Пашковський, Т.І. Лазук, О.А. Оленович

## Характеристика особистісно-емоційних реакцій хворих на діабетичну енцефалопатію

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Ключові слова:** енцефалопатія • цукровий діабет • емоційно-особистісні реакції • якість життя

Вивченні диференційні особливості емоційно-особистісних реакцій у хворих на діабетичну енцефалопатію у порівнянні із пацієнтами, які страждають на дисциркуляторну енцефалопатію недіабетичного генезу в залежності від стадії процесу. У хворих на діабетичну енцефалопатію, порівняно із пацієнтами з дисциркуляторною енцефалопатією недіабетичного генезу, спостерігається вищий рівень особистісної тривожності. Як за наявністю ЦД, так і без нього, тривожність особистісного характеру зменшується із прогресуванням енцефалопатії. Показник реактивної тривожності переважає у хворих на діабетичну енцефалопатію та знижується із стадією розвитку енцефалопатії. Наявність енцефалопатії, особливо діабетичного генезу, позначається практично на всіх сферах соціального статусу хворих, погіршуючи якість життя пацієнтів.

### Характеристика личностно-эмоциональных реакций больных диабетической энцефалопатией

*Н.В. Пашковская, В.М. Пашковский, Т.И. Лазук, О.А. Оленович*

Изучены дифференциальные особенности личностно-эмоциональных реакций больных диабетической энцефалопатией сравнительно с пациентами, которые страдают дисциркуляторной энцефалопатией недиабетического генеза в зависимости от стадии процесса. У больных диабетической энцефалопатией по отношению к пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией недиабетического генеза отмечался более высокий уровень личностной тревожности. Как при сахарном диабете, так и без него уровень тревожности личностного характера уменьшался с прогрессированием энцефалопатии. Показатель реактивной тревожности преобладал у больных диабетической энцефалопатией и снижался со стадией развития энцефалопатии. Наличие энцефалопатии, особенно диабетического генеза, отобразилось практически на всех сферах социального статуса больных, ухудшая качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** энцефалопатия • сахарный диабет • эмоционально-личностные реакции • качество жизни

*Патологія. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 85-89*

### Characteristics of personality-emotional reactions among patients with diabetic encephalopathy

*N.V. Pashkovska, V.M. Pashkovsky, T.I. Lazuk, O.A. Olenovych*

The differential peculiarities of personality-emotional reactions of patients with diabetic encephalopathy as compared with patients that suffer from discirculatory encephalopathy of non-diabetic genesis have been studied according to the stage of the process. Among patients with diabetic encephalopathy the higher level of anxiety of personality has been detected as compared with patients with discirculatory encephalopathy of non-diabetic genesis. The level of anxiety of personality has been decreased with the progress of encephalopathy in diabetes mellitus and without it. The index of anxiety of reactivity was higher among patients with diabetic encephalopathy, decreasing with the stage of encephalopathy. The presence of encephalopathy, especially of diabetic genesis, influenced almost all spheres of patients' social status, worsening patients' life quality.

**Key words:** encephalopathy • diabetes mellitus • personality-emotional reactions • life quality

*Pathologia. 2007;4(2):85-89*

### Вступ

Енцефалопатії різного генезу представляють собою одну з найбільш важливих проблем сучасної медицини внаслідок неухильного зростання захворюваності, негативного впливу на якість життя, ранню інвалідизацію пацієнтів [3]. Порушення емоційно-особистісної сфери є складовою частиною клініко-діагностичної картини цього захворювання [2,6].

Однією з провідних причин розвитку енцефалопатій є цукровий діабет [6,7]. (ЦД). Водночас, якщо особливості особистісно-емоційних реакцій за ЦД всебічно вивчені [3,9,10], аспекти цього питання за діабетичних енцефалопатій (ДЕ) залишаються поза увагою дослідників.

Більшість авторів діабетичну енцефалопатію (ДЕ) прийнято розцінювати у якості варіанту дисциркуля-

торної енцефалопатії [6]. Водночас загальновідомо, що в генезі розвитку ДЕ поряд із судинними порушеннями (мікро- та макроангіопатіями) беруть участь метаболічні зміни, зумовлені феноменом глюкозотоксичності, кетоацидотичними станами, гіпоглікемічними епізодами тощо [8]. Проте питання відмінностей між особливостями емоційно-особистісних реакцій у хворих на ДЕ та на дисциркуляторну енцефалопатію недіабетичного генезу не вивчалось.

**Мета дослідження** – вивчення диференційних особливостей емоційно-особистісних реакцій у хворих на діабетичну енцефалопатію у порівнянні із пацієнтами, які страждають на дисциркуляторну енцефалопатію недіабетичного генезу в залежності від стадії процесу.

### Методи дослідження

Обстежено 141 хворого на енцефалопатію різного генезу, що перебували на лікуванні в стаціонарному відділенні Чернівецького обласного клінічного ендокринологічного диспансеру, неврологічному відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні, відділенні хірургії судин Чернівецької обласної клінічної лікарні.

Дисциркуляторну енцефалопатію недіабетичного походження було встановлено у 50 осіб (перша група), ДЕ – у 91 хворого на ЦД (друга група).

Серед хворих на ДЕ 40 осіб було з ЦД типу 1, 51 – з ЦД типу 2.

Пацієнти першої групи були представлені 20 хворими з I-ю стадією захворювання, 21 – з II-ю, 9 – з III-ю. Серед обстежених другої групи в 37 була діагностована ДЕ I-ї стадії, 36 – II-ї, 18 – III-ї.

Діагноз ДЕ встановлювався на підставі скарг, анамністичних даних, об'єктивного ендокринологічного, неврологічного та психічного статусу, даних доплерографії магістральних артерій голови, комп'ютерної рентгенівської та магнітно-резонансної томографії, загальноприйнятих лабораторних методик.

Для оцінки особистісної та реактивної тривожності використовували шкалу Спілберга (С. D. Spielberger), адаптовану Ю.Л.Ханінім [4], яка складається з 40 питань, 20 з яких характеризують реактивну тривожність (опитувальник "А"), інші – особистісну тривожність (опитувальник "Б").

Рівень реактивної тривожності визначався за формулою:

$$Tr = Ерп - Ерo + 50, де$$

Tr – показник реактивної тривожності;

Ерп – сума балів за прямими питаннями;

Ерo – сума балів за зворотними питаннями.

Рівень особистісної тривожності визначався за формулою:

$$Tr = Ерп - Ерo + 35, де$$

Tr – показник реактивної тривожності;

Ерп – сума балів за прямими питаннями;

Ерo – сума балів за зворотними питаннями.

Показник нижче 30 балів розцінювався як слабка тривожність, від 31 до 45 балів – як помірна, вище 45 балів – як висока.

Для кількісної оцінки впливу захворювання на різні сфери соціального статусу хворих на діабетичну енцефалопатію використовували опитувальник Сердюка [5].

Отримані результати оброблені за допомогою статистичної програми Biostat із використанням U-критерію Уїлкоксона - Мана - Уїтні.

### Результати та їх обговорення

Проведене дослідження показало, що більшість хворих відчували головний біль, шум в голові, по-

рушення пам'яті. У пацієнтів обох груп відмічалася переважання скарг астеничного характеру: загальна слабкість, психічна стомлюваність, дратівливість, неврівноваженість.

Обстеження за методикою Спілберга-Ханіна (табл. 1) встановило помірну особистісну тривожність за дисциркуляторної енцефалопатії недіабетичного генезу та високу – за ДЕ. Слід зауважити, що показник особистісної тривожності був більшим за ЦД порівняно із пацієнтами без такого з високим ступенем вірогідності ( $P < 0,001$ ).

Оскільки особистісна тривожність представляє собою стійку характеристику особистості, визначає схильність індивіда до тривоги, здатність сприймати більшість життєвих імпульсів у якості загрозливих, сприяє перебуванню у постійно напруженому емоційному стані [4,5], високий її рівень може розцінюватися як провокуючий фактор розвитку ЦД.

За енцефалопатії I-II стадій особистісна тривожність переважала при ЦД. В межах кожної групи стадійно залежних відмінностей показників не відмічалось.

Водночас у пацієнтів з енцефалопатією III стадії, особливо з ЦД, відмічалось зниження показників особистісної тривожності. Вірогідних змін між показниками хворих обох груп не спостерігалось.

У хворих на енцефалопатію обох груп показники реактивної тривожності були помірними (табл. 2). Водночас відмічалось вірогідне переважання її показника за ЦД.

Загальновідомо, що психічному стану хворих з ситуативною тривожністю властиві заклопотаність, нервовість, гостра емоційна реакція на стресову ситуацію. Високий показник реактивної тривожності є непрямим свідченням значного психоемоційного напруження пацієнтів, який, як правило, відмічається на початку хвороби [5]. Водночас, враховуючи той факт, що серед обстежених не було хворих на вперше виявлений ЦД, а для більшості з них тривалість захворювання складала більше 10 років, не виключено певне адаптування пацієнтів до захворювання.

Тенденція до переважання показника реактивної тривожності за ЦД відмічалась на I-ї стадії енцефалопатії. У пацієнтів з енцефалопатією II-ї стадії вірогідних змін між дослідними групами не відмічалось.

Якщо у хворих обох груп із I-II-ю стадією енцефалопатії показники були максимальними і практично не відрізнялися в межах стадій, то III стадія проявлялася зниженням реактивної тривожності, особливо у осіб з ДЕ. Вірогідних змін між групами спостереження на цій стадії не відмічалось.

На нашу думку, такі результати слід розцінювати не як оптимізацію емоційно-особистісної сфери

Характеристика особистісно-емоційних реакцій хворих на діабетичну енцефалопатію

Таблиця 1. Показники особистісної тривожності у хворих на діабетичну енцефалопатію

Групи спостереження	I група	II група	P між дослідними групами /T <sub>U</sub> / z / p
<b>Всі хворі на енцефалопатію:</b>			
n	50	91	T=2370,0
Показник тривожності (бали)	39,24	49,88	z=5,087 P<0,001
<b>Енцефалопатія I стадії:</b>			
n	20	37	T=367,5
Показник тривожності (бали)	40,35	52,70	z=3,547 P<0,001
<b>Енцефалопатія II стадії:</b>			
n	21	36	T=346,5
Показник тривожності (бали)	39,53	50,08	z=3,277 P<0,01
P між I ст. та II ст./T <sub>U</sub> / z / p	T=376,0 z=0,098 P>0,05	T=1241,5 z=0,994 P>0,05	
<b>Енцефалопатія 3 стадії:</b>			
n	9	18	T=98,0
Показник тривожності (бали)	36,67	43,67	z=1,426 P>0,05
P між I ст. та III ст./T <sub>U</sub> / z / p	T=376,0 z=0,098 P>0,05	T=425,5 z=2,578 P<0,05	
P між II ст. та III ст./T <sub>U</sub> / z / p	T=117,5 z=0,592 P>0,05	T=393,5 z=1,855 P>0,05	

n - кількість хворих у підгрупі;

TU / z / p - вірогідність за критерієм U - Уїлкоксона - Манна - Уїтні.

Таблиця 2. Показники реактивної тривожності у хворих на діабетичну енцефалопатію

Етап	I група	II група	P між дослідними групами /T <sub>U</sub> / z / p
<b>Усі хворі на ДЕ:</b>			
n	50	91	T=2249,0
Показник тривожності (бали)	37,0	43,3	z=4,923 P<0,001
<b>ДЕ I стадії:</b>			
n	20	37	T=401,5
Показник тривожності (бали)	38,0	46,89	z=2,982 P<0,01
<b>ДЕ II стадії:</b>			
n	20	37	T=497,0
Показник тривожності (бали)	37,52	43,14	z=1,847 P>0,05
P між ДЕ I ст. та ДЕ II ст./T <sub>U</sub> / z / p	T=426,0 z=0,144 P>0,05	T=1209,50 z=1,348 P>0,05	
<b>ДЕ 3 стадії:</b>			
n	9	18	T=107,5
Показник тривожності (бали)	33,56	36,22	z=0,929 P>0,05
P між ДЕ I ст. та ДЕ III ст./T <sub>U</sub> / z / p	T=111,5 z=1,093 P>0,05	T=362,5 z=2,424 P<0,05	
P між ДЕ II ст. та ДЕ III ст./T <sub>U</sub> / z / p	T=73,5 z=1,596 P>0,05	T=109,5 z=1,982 P<0,05	

n - кількість хворих у підгрупі;

TU / z / p - вірогідність за критерієм U - Уїлкоксона - Манна - Уїтні.

пацієнтів впродовж прогресування ДЕ, а як наслідок поглиблення судинної церебральної патології, розвитку дементних процесів, коли об'єктивна симптоматика домінує над суб'єктивним сприйняттям хворих.

Слід відзначити, що за ДЕ переважала особистісна тривожність, в той час як за дисциркуляторної енцефалопатії недіабетичного генезу показники особистісної та реактивної тривожності практично не відрізнялися.

Таким чином, наявність енцефалопатій різного генезу, особливо діабетичного, відображається як на особистісних характеристиках індивіда, так й позначається на показниках реактивного реагування.

Наступним етапом нашої роботи було здійснення оцінки впливу захворювання на різні сфери соціального статусу хворих (табл. 3).

Проведення дослідження за опитувальником Сердюка показало, що наявність енцефалопатій відображається практично на всіх аспектах соціального життя хворих.

Слід зауважити, що самооцінка хворими впливу захворювання на їх соціальний статус є вагомою складовою "внутрішньої картини захворювання", і, відповідно, й важливим об'єктом психологічної та медикаментозної корекції [5].

Найчастіше хворими обох груп відмічалось відчуття втрати сили та енергії ("через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став слабким, немічним, сам собі неприємним"), погіршення взаємовідносин в сім'ї ("відчуваю, що набрид

рідним"), відмова від задоволень ("боюся вживати спиртне, обмежую себе у їжі, уникаю ходити у гості, відмовляю собі у розвагах"), неможливість зробити кар'єру ("не можу працювати там, де хочу, хвороба заважає зайняти краще положення у суспільстві, зробити кар'єру").

Найбільш вагомим моментом для пацієнтів обох груп були матеріальні збитки через наявність захворювання ("хвороба вимушує витратити кошти на лікування, не дає можливості більше заробити").

Слід зауважити, що показники погіршення якості життя хворих на ДЕ суттєво перевищували дані пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією недіабетичного генезу. Особливо це стосувалося відмови від задоволень, а також погіршення сімейних стосунків, відносин на роботі, неможливості зробити кар'єру. Привертає увагу показник формування відчуття неповноцінності ("хвороба зробила мене нещасним, примушує відчувати себе не таким, як усі"), який був майже вдвічі більшим за ДЕ.

Отримані результати можна пояснити не тільки відмінностями у механізмах ураження ЦНС за енцефалопатій різного генезу, а й специфікою ЦД, яка потребує постійного самоконтролю, жорстких дієтичних та дисциплінарних обмежень, необхідності регулярно здійснювати ін'єкції інсуліну та/або приймати таблетовані гіпоглікемізуювальні засоби, а також загальносуспільними проблемами соціальної адаптації хворих.

Таким чином, проведене дослідження показало, що за енцефалопатій відмічається зростання показників як особистісної, так і реактивної тривожності та їх зменшення із прогресуванням процесу. Найбільш вразливими в цьому плані є хворі на ЦД. Наявність ДЕ, особливо за ЦД, погіршує якість життя пацієнтів, позначаючись практично на всіх сферах соціального статусу пацієнтів.

Все це вказує на необхідність проведення комплексного диференційованого підходу до діагностики та лікування енцефалопатій різного генезу із застосуванням засобів психологічної корекції.

### Висновки

1. У хворих на діабетичну енцефалопатію, порівняно із пацієнтами з дисциркуляторною енцефалопатією недіабетичного генезу, спостерігається вірогідно вищий рівень особистісної тривожності. Як за наявністю ЦД, так і без нього, тривожність особистісного характеру зменшується із прогресуванням енцефалопатії.

2. Показник реактивної тривожності переважає у хворих на діабетичну енцефалопатію та знижується із стадією розвитку енцефалопатії.

3. Наявність енцефалопатій, особливо діабетичного генезу, позначається практично на всіх сферах соц-

Таблиця 3. Кількісна оцінка впливу хвороби на різні сфери соціального статусу хворих на діабетичну енцефалопатію

Сфери соціального статусу	I група n=50	II група n=91
Відчуття втрати сили та енергії	44 88,0%	77 84,6%
Погіршення взаємовідносин в сім'ї	34 68,0%	69 75,8%
Відмова від задоволень	32 64,0%	85 93,4%
Погіршення відносин на роботі	11 22,0%	23 25,3%
Обмеження вільного часу	24 48,0%	64 70,3%
Неможливість зробити кар'єру	19 38,0%	66 72,5%
Зниження фізичної привабливості	25 50,0%	47 51,6%
Формування відчуття ущербності	16 32,0%	53 58,2%
Обмеження спілкування	17 34,0%	27 29,7%
Матеріальні збитки	44 88,0%	87 95,6%

іального статусу хворих, погіршуючи якість життя пацієнтів.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати вказують на необхідність створення комплексного диференційованого підходу до діагностики, лікування та профілактики енцефалопатій, залежно від генезу та стадії розвитку, із урахуванням емоційно-особистісних реакцій хворих.

#### Література

1. *Безбах В.Н.* Стратегия лечения и особенности клиники психических расстройств и психосоциальных проблем у больных сахарным диабетом // Міжнар. ендокринолог. ж. - 2005. - №1. - С.92-98.
2. *Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щекова О.Ю.* Эмоционально-личностные факторы формирования отношения к болезни у больных сахарным диабетом 1-го типа // Пробл. эндокр. - 2006. - Т.52, №1. - С.6-10.
3. *Волошин П.В., Мищенко Т.С., Дмитрієва О.В.* Судинна деменція // Мистецтво лікування. - 2004. - №5 (11). - С.36-39.
4. *Гамезо М.В., Домашенко И.А.* Атлас по психологии. - М.: Педагогическое общество России, 1999. - 276 с.
5. *Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А.* Психотерапия в общесоматической медицине. Под ред. Б.В. Михайлова. - Х.: Прапор, 2002. - 128.
6. *Мищенко Т.С., Перцева Т.Г., Мищенко В.Н.* Сахарный диабет и цереброваскулярные заболевания // Міжн. неврол. журн. - 2005. - №4. - С.29-34.
7. *Рудакова И.* Диабетическая энцефалопатия // Врач. - 2002. - №9. - С.24-26.
8. Функціональний стан центральної нервової системи та нирок при ендокринопатіях / *В.П. Пішак, Н.В. Пашковська, О.А. Оленович та ін.* / За ред. В.П. Пішака. - Чернівці: Медуніверситет, 2007. - 220 с.
9. *Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice / M. Owen, M.D. Wolkowitz, J. Anthony et al.* - Arlington: American Psychiatric Publishing, 2003. - 606 p.
10. *Suzuki M., Umegaki H., Ieda S.* Cognitive Ability in Diabetes // Journal of the American Geriatrics Society. - 2006. - Vol.54, №3. - P.558-559.

Надійшла 17.05.2007 р.

#### Відомості про авторів:

**Пашковська Н.В.**, к.мед.н., доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології Буковинського державного медичного університету;

**Пашковський В.М.**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету;

**Лазук Т.І.**, к.мед.н., доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету;

**Оленович О.А.**, к.мед.н., доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології Буковинського державного медичного університету.

#### Адреса для листування:

Пашковська Наталія Вікторівна, 58001, м. Чернівці, вул. Шевченка, б.3, кв.8. Тел.: (0372) 52-01-55