

Медицинская (клиническая) психология

УДК 159.9:316.6
ББК Ю954

DOI: 10.14529/jpps190205

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ИССЛЕДОВАНИЕ В КОНТЕКСТЕ ФАКТОРА ЗАНЯТОСТИ

Т.А. Воронова, С.В. Дубровина, Л.С. Андреева

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Представлены результаты изучения стратегий совладания со стрессом у больных сахарным диабетом в пожилом возрасте, рассмотренные с учетом характеристик фактора их занятости. Проведен обзор актуальных отечественных и зарубежных научных исследований, выполненных за последние пять лет в области психологической специфики и специфики клинических расстройств у больных сахарным диабетом 2-го типа. Установлено, что у принявших участие в исследовании больных сахарным диабетом 2-го типа отсутствуют в репертуаре совладающего поведения адаптивные эмоциональные копинг-стратегии. Полученные данные свидетельствуют о сужении области субъективных эмоциональных переживаний и склонности таких больных к подавлению эмоционального отреагирования в стрессовых ситуациях.

Ключевые слова: стратегии совладания со стрессом, сахарный диабет 2-го типа, пожилой возраст, занятость.

Введение

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2-го типа) в настоящее время является хроническим заболеванием, распространенность которого неуклонно растет, а темпы его роста носят характер мировой эпидемии. Пациенты с таким заболеванием являются одними из основных пользователей медицинских услуг систем здравоохранения во всем мире, что связано в первую очередь с развитием поздних и существенно ограничивающих качество жизни осложнений заболевания. Высокая распространенность СД 2-го типа и его осложнения и послужили причиной заявления Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о мировой угрозе СД, содержащего призыв к активным действиям по первичной его профилактике, лечению заболевания и его осложнений в целом.

В Российской Федерации распространенность СД 2-го типа также неуклонно растет, основную когорту больных составляют взрослые пациенты старше 40 лет. Настораживает факт увеличения распространенности СД 2-го типа у лиц еще более молодого возраста, а также у детей и подростков (Дедов и др., 2017; International Diabetes Federation, 2017)].

Анализ исследований последних лет, выполненных в России и за рубежом, показывает, что фиксируется прямая связь между подверженностью заболеваемости СД 2-го типа, с одной стороны, и проявлениями депрессии, тревожными расстройствами и уровнем стресса, с другой.

Анализ научной фактологии, опубликованной за последние пять лет в отечественной литературе, свидетельствует о существовании положительной связи между наличием аффективных, прежде всего тревожно-депрессивных расстройств и выраженностью когнитивных нарушений у пациентов с СД 2-го типа (Дедов и др., 2017).

Во все более возрастающем числе отечественных и зарубежных исследований констатируется склонность больных СД 2-го типа к развитию тревожных и депрессивных расстройств (Владимирова, 2017; Загоруйко, 2017; Чистова, 2018; Шлыкова, 2017; Сахарный диабет 2-го типа и депрессия, 2016; Актуальность выявления и необходимость коррекции..., 2018), в том числе у пожилых лиц (Мельник, 2018; Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов..., 2018; Chima, 2017;

Park, 2015). Более того, депрессия и СД 2-го типа рассматриваются как коморбидные заболевания (Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания, 2017).

В психологическом плане важно, что в публикациях в контексте проблем СД рассматриваются индивидуальные личностные особенности больных (Роль индивидуальных личностных особенностей..., 2017), взаимосвязанность эндокринологических, аффективных и когнитивных нарушений (Связь тревожно-депрессивных расстройств с когнитивными нарушениями..., 2018) и спектра психических расстройств в целом при этом заболевании (Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа, 2018).

При этом тревожные и депрессивные расстройства, а также их сочетание справедливо рассматриваются как одно из проявлений последствий пережитых стрессов. По крайней мере, они проявляются в клинической картине одного из распространенных постстрессовых нарушений – расстройство адаптации (код F43.2 в разделе «Связанные со стрессом заболевания» в Международной классификации болезней 10-й редакции, МКБ-10).

Аналогичные по содержанию данные получены зарубежными исследователями. Зафиксированы значительно более высокие показатели депрессии, тревоги и стресса у пациентов с сахарным диабетом (СД) по сравнению с пациентами без нарушений углеводного обмена (Lloyd, 2015; Parameshwari, 2018). Постулируется связь между коморбидной тревогой, компенсацией нарушений углеводного обмена при СД и общей медицинской нагрузкой у пациентов с серьезными психическими заболеваниями и диабетом (Vajor, 2015). В исследованиях на европейско-американской выборке при СД 2-го типа (Nitin, 2015) также отмечается связь между симптомами тревоги и депрессии, результатами когнитивного тестирования и объективными данными нейровизуализации (Raffield, 2017). Последняя может рассматриваться в качестве источника дополнительных сведений об особенностях этого заболевания.

С позиции оценки качества функционирования больных с СД 2-го типа такие факты указывают на сниженные адаптационные характеристики больных и дают основание полагать, что способы совладания со стрессовой ситуацией (в том числе с ситуацией, вызванной стрессом заболевания) у этой категории

больных играют важную роль в их повседневном (в том числе социальном) функционировании.

При всей очевидности представленной выше связи между тревожно-депрессивными состояниями и течением СД 2-го типа, способы совладания со стрессом (в том числе характеристики копинг-стратегий) у больных СД в качестве предмета научного анализа выступают нечасто. В контексте вышеизложенного, как правило, за рамками научного поиска остаются вопросы социально-трудового функционирования таких больных с весьма сложным прогнозом профессиональной карьеры и ее динамики. В частности, недостаточно изученными представляются вопросы влияния фактора трудовой занятости на совладающее поведение в целом и на специфику реагирования на стресс у лиц, ведущих экономически активный образ жизни в различных периодах пожилого возраста.

Вышесказанное определило цель исследования – выявить доминирующие способы совладания со стрессом у работающих и неработающих пациентов с СД 2-го типа в пожилом возрасте.

Материалы и методы

В исследовании использовался клинико-anamnestический метод, метод наблюдения, измерения, в том числе с помощью психометрических методик. Определение способов совладания со стрессовыми ситуациями проводилось на основании результатов обследования по методике исследования копинг-механизмов Э. Хейма (E. Heim), позволяющей изучить 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, обобщенных по трем основным сферам психической деятельности и названных соответственно когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-механизмы). В описываемом исследовании применялся вариант методики, прошедший психометрическую адаптацию в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева¹ под руководством д.м.н. профессора Л.И. Вассермана.

¹ Ныне – Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург (прим ред.).

Для характеристики диагностики состояния отделов головного мозга использовался краткий опросник Amen Clinics (Daniel G. Amen). Методика основана на выявленных ранее закономерностях взаимосвязанности данных нейровизуализации, с одной стороны, и нейропсихологических, психологических и социально-духовных характеристик субъекта – с другой (<https://www.amenclinics.com>). Она используется в качестве вспомогательного инструментария для оценки функционального состояния отдельных структур и систем головного мозга (прежде всего – коры лобных долей, передней поясной извилины, базальных ганглиев, височных долей и лимбической системы)².

Кроме того, во внимание принимались (в качестве косвенного факта, свидетельствующего о способах совладающего поведения) сведения о табакокурении, данные о массе тела пациентов и индекс массы тела как факторы, отражающие стратегию гиперфагического реагирования на стресс.

Выборку исследования составили четыре разновозрастные группы пациентов с подтвержденным диагнозом сахарного диабета 2-го типа (код E11.xx по МКБ-10).

Критериями включения в дифференцированные по возрастному цензу группы являлись принятые на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии (1965 г.) индикаторы периодизации онтогенеза человека:

группу 1 («работающие в первом пожилом возрасте») составили работающие мужчины и женщины в возрасте 56–63 и 51–57 лет соответственно (объем выборки $n_1 = 34$ человека, в том числе 17 мужчин и 17 женщин);

группа 2 («неработающие в первом пожилом возрасте») представлена не трудоустроенными мужчинами и женщинами в возрасте 56–63 и 51–57 лет соответственно (выборка численностью $n_2 = 34$, сопоставимой гендерной структуры: 18 мужчин и 16 женщин);

группа 3 («работающие во втором пожилом возрасте») – мужчины в возрасте 64–70

лет и женщины в возрасте 58–63 лет, численность $n_3 = 29$ человек (в том числе 15 мужчин и 14 женщин);

группа 4 («неработающие во втором пожилом возрасте») мужчины в возрасте 64–70 лет и женщины в возрасте 58–63 лет, численностью $n_4 = 30$ человек (в том числе 17 мужчин и 13 женщин).

Критериями исключения являлись наличие сопутствующих (в том числе этиопатогенетически взаимосвязанных) заболеваний, влияющих в той или иной мере на характеристики совладающего поведения в болезни и способность продолжения трудовой деятельности в первом и втором пожилом возрасте (прежде всего ранее перенесенные нарушения мозгового кровообращения с последующим подтвержденным развитием органических психических расстройств (F06), энцефалопатии и других поражений головного мозга (G93), а также деменции (F00-F03).

Исследование проводилось³ в период с ноября 2018 г. по март 2019 г. на базе круглосуточного и дневного стационарного отделения эндокринологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница».

Статистический анализ данных проводился путем сбора и обработки первичных статистик, анализ статистической достоверности различий осуществлялся с применением непараметрического U-критерия Манна – Уитни.

Дизайн исследования

Рассматривались различия в проявлениях стратегий совладания со стрессом у разнополых пациентов, страдающих СД 2-го типа, в группах, дифференцированных по факторам трудовой занятости (работающих либо не работающих) и периодизации пожилого возраста (первый либо второй период пожилого возраста). Всего у пациентов с СД 2-го типа изучалось 27 переменных, влияющих как на клинический, так и на психологический и социально-трудовой статус пациентов: курение (Smoking); индекс массы тела (Bodymassindex); адаптивные и неадаптивные

² В отечественной литературе отсутствуют данные о психометрической адаптации этой методики на русскоязычной популяции, в том числе посредством обследования пациентов с различными соматическими, неврологическими, психосоматическими и психическими расстройствами (прим. ред.).

³ Авторы выражают благодарность К.А. Сергеевой, Л.О. Каравайцевой, В.Ю. Пословской, И.С. Волошиной, И.В. Степановой, А.С. Аверину, К.В. Подоровой, В.М. Писаревой, принимавшим активное участие в сборе и обработке данных.

когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии совладания со стрессом, а также данные, коррелирующие с оценкой анатомо-функциональных характеристик головного мозга.

Среди когнитивных адаптивных стратегий поведения изучались:

стратегия в виде сохранения самообладания (Cognitive adaptive strategy of behavior, maintaining self-control);

стратегия в виде обращения (Behavioral adaptive strategy of behavior, appeal).

Среди когнитивных неадаптивных стратегий выделялась стратегия поведения в виде растерянности (Cognitive non-adaptive strategy of behavior, confusion).

Набор подвергавшихся анализу поведенческих адаптивных и неадаптивных стратегий совладания представлен:

адаптивной стратегией по типу обращения (Behavioral adaptive strategy of behavior, appeal);

адаптивной стратегией по типу альтруизма (Behavioral adaptive strategy of behavior, altruism);

относительно адаптивной стратегией по типу отвлечения (Behavioral relatively adaptive strategy of behavior, distraction);

неадаптивной стратегией по типу отступления (Behavioral non-adaptive strategy of behavior, retreat);

неадаптивной стратегией поведения в виде активного избегания (Behavioral non-adaptive strategy of behavior, active avoidance).

Спектр информативно характеризующих различные контингенты больных с СД 2-го типа

эмоциональных стратегий был представлен:

неадаптивной стратегией по типу покорности (Emotional non-adaptive strategy of behavior, humility);

неадаптивной стратегией по типу самообвинения (Emotional non-adaptive strategy of behavior, self-condemnation).

Чаще всего учитывались характеристики оценки состояния передней поясной извилины (Anterior cingulate gyrus) и лимбической системы (Limbic system).

Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 приведены данные исключительно о статистически достоверных различиях в значениях изученных переменных у работающих и неработающих пациентов с СД 2-го типа, находящихся на момент обследования в первом пожилом возрасте (группы 1 и 2).

По данным табл. 1 в первой группе работающих мужчин и женщин склонность к табакокурению значимо ($p = 0,02$) выше, чем в группе нетрудоустроенных, что может объясняться в том числе повышенными стрессовыми производственными и иными трудовыми и рабочими нагрузками у занятых трудовой деятельностью пожилых. Возможно, курение для таких пациентов создает определенную иллюзию спасения от таких стрессов. Известно, что на начальном этапе ингаляции никотина не отмечается повышение уровня дофамина, что вызывает вторично ощущение некоторого подъема физической и психической активности в сочетании с чувством спокойствия, расслабленности и приятной эйфории.

Таблица 1
Table 1

Статистически достоверные различия значимых клинико-психологических характеристик в группах работающих и неработающих пациентов первого пожилого возраста
Statistically significant differences in significant clinical and psychological characteristics in groups of working and non-working patients of the first elderly age

№	Переменные	Значения			
		суммарного ранга		статистик	
		Группа 1	Группа 2	U	P
1	Курение	1326,0	1020,0	425,0	0,022
2	Индекс массы тела	953,5	1392,5	358,5	0,007
3	Когнитивная адаптивная стратегия «Сохранение самообладания»	1088,0	1190,0	493,0	0,039
4	Поведенческая адаптивная стратегия «Обращение»	1054,0	1224,0	459,0	0,010
5	Когнитивная неадаптивная стратегия «Игнорирование»	1301,5	976,5	415,5	0,023
6	Поведенческая неадаптивная стратегия «Активное избегание»	1268,5	1009,5	448,5	0,05
7	Передняя поясная извилина	991,5	1286,5	396,5	0,03

Вышеизложенное позволяет рассматривать табакокурение среди работающих пожилых людей как пример неадаптивного совладающего поведения со стрессовой ситуацией, с помощью которого пациент нивелирует психотравмирующее влияние стрессора, иллюзорно снижая уровень испытываемого психофизического напряжения.

Более высокие значения индекса массы тела свидетельствуют об определенной избыточности веса и, вероятно, об ожирении у неработающих больных с СД 2-го типа. При этом, возможно, имеется двойное влияние фактора занятости на набор веса. С одной стороны, трудовая занятость может способствовать увеличению физической активности, что отрицательно коррелирует с набором веса. В то же время больные СД могут испытывать вызванную болезнью повышенную утомляемость и астенизацию, что приносит свой вклад в испытываемый работающими физиологический и эмоциональный трудовой стресс. Последний в случае отсутствия компенсационного булимического поведения (менее характерного для пожилых людей, в отличие от более молодых лиц) может приводить к уменьшению потребления пищи и, как следствие, к снижению массы тела.

В свою очередь не вовлеченные в профессиональную деятельность пациенты в меньшей степени проявляют вынужденную физическую активность, что напрямую может способствовать увеличению массы тела. Кроме того, ранее проведенные исследования показывают, что большинство пациентов с СД склонны проявлять гиперфагическую реакцию на стресс. Можно предположить, что неработающие пациенты первого пожилого возраста при столкновении со стрессовыми ситуациями чаще проявляют неадаптивную поведенческую реакцию (в виде эмоциогенного булимического пищевого поведения), что, безусловно, способствует прибавке в весе.

Среди неработающих пациентов этих возрастных групп достоверно больше используются когнитивная адаптивная стратегия «сохранение самообладания» ($U = 358,5$; $p = 0,007$) и поведенческая адаптивная стратегия «обращение» ($U = 459,0$; $p = 0,010$). Таким образом, этим пациентам в большей степени присущ контроль за своим состоянием и ситуацией, и они в большей мере обнаруживают способность к целенаправленной деятельности, обращаясь в том числе за помощью и

поддержкой в сложных ситуациях к своему микросоциуму.

Трудовая занятость пациентов способствует актуализации их стрессового состояния, порождая проблемы в контроле своих эмоций и поведения. Такие пациенты не стараются понять стрессовую ситуацию для организации дальнейших действий, а демонстрируют неадаптивные когнитивную стратегию «игнорирование» ($U = 414,5$, $p = 0,023$) и поведенческую стратегию «активное избегание». В результате появляются пассивность реагирования на необходимость преодоления трудностей, стремление уходить от решения стрессовых ситуаций, вплоть до изолирования от них, что снижает у пациентов ощущение уверенности в возможности успешного достижения результата и повышает уровень их тревожности.

Более высокая активность передней поясной извилины у неработающих пациентов этого возраста отражает наличие у них ситуаций, требующих прикладывания мысленных усилий или концентрации для решения определенной задачи. В свою очередь пониженная активность *Girus cinguli anterior* у работающих пожилых лиц ведет к тому, что концентрация и способность справляться с трудностями у них снижается, что непосредственно влияет на поведение пациента в стрессовой ситуации. Возможно, именно этим объясняется актуализация эмоционально неадаптивных стратегий совладания со стрессом, связанных с уходом и изоляцией от трудностей. В этом случае трудовая занятость больных выполняет роль фрустратора, вызывающего повышенную утомляемость, которая и без этого является одним из следствий и диагностических признаков СД.

Несколько иная картина наблюдается у работающих и неработающих пациентов с СД 2-го типа во втором пожилом возрасте (табл. 2).

Значимо более высокие ($U = 319,5$; $p = 0,004$) значения массы тела у неработающих пациентов второго пожилого возраста подтверждают ранее сформулированное предположение (Вербовой, 2018) о том, что профессиональная (трудовая) незанятость может рассматриваться в качестве фактора формирования избыточной массы тела и ожирения при СД 2-го типа.

Неработающие пациенты этого возраста достоверно интенсивнее эксплуатируют не-

Таблица 2
Table 2

Статистически достоверные различия значимых клинико-психологических характеристик
в группах работающих и неработающих пациентов второго пожилого возраста
Statistically significant differences in significant clinical and psychological characteristics in the groups
of working and not working patients of the second elderly

№	Переменные	Значения			
		суммарного ранга		статистик	
		Группа 3	Группа 4	U	P
1	Масса тела	1038,50	1139,5	319,5	0,004
2	Когнитивная неадаптивная стратегия «растерянность»	729,0	924,0	351,0	0,05
3	Поведенческая неадаптивная стратегия «отступление»	717,0	936,0	339,0	0,05
4	Эмоциональная неадаптивная стратегия «покорность»	702,0	951,0	324,0	0,015
5	Поясная извилина	648,0	1005,0	270,0	0,031
6	Лимбическая система	614,50	1038,5	236,5	0,007

адаптивные когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии (соответственно «растерянность» ($U = 351,0$; $p = 0,05$), «отступление» ($U = 339,0$; $p = 0,05$) и «покорность» ($U = 324,0$; $p = 0,015$)). Следовательно, в ситуации болезни они не желают формировать систему представлений о болезни и совладания с ней, не стремятся к активному поиску необходимой информации. Как следствие, появляется подавленное эмоциональное состояние, ощущение безнадежности и покорности, переживание злости и возложение вины на себя и других.

Важно, что в этом возрастном периоде трудовая востребованность имеет скорее положительное значение (в отличие от скорее отрицательного ее модуса у лиц первого пожилого возраста). Отсутствие такой занятости примиряет пациентов с трудностями и не мотивирует их к активному преодолению возникающих проблем.

В целом все неработающие пациенты обеих возрастных групп характеризуются более высокими показателями активности поясной извилины ($U = 270,0$; $p = 0,031$), что может свидетельствовать о недостатке нейромедиатора серотонина с вторично вызванной этим тревогой, эмоциональной ригидностью и раздражительностью, склонностью к мысленному «застреванию».

Более высокая активность лимбической системы ($U = 236,5$; $p = 0,007$) у неработающих в этом периоде пожилых лиц свидетельствует о неадекватности эмоциональной реакции и доминировании более негативного и пессимистического расположения духа,

вплоть до появления патологической эмоциональности. Следовательно, у неработающих пациентов активность лимбической системы может тормозить деятельность коры головного мозга, провоцировать возникновение частых аффективных реакций, влиять на снижение мотивации, нарушать аппетит, циклы сна и бодрствования и т. д., что в целом негативно сказывается на состоянии здоровья пациента.

Представляет интерес сравнение полученных в нашем исследовании данных в разновозрастных группах работающих (табл. 3) и неработающих (табл. 4) пациентов с СД 2-го типа.

Более высокие ($U = 297,0$, $p = 0,018$) значения массы тела у более пожилых работающих пациентов указывает на то, что по мере увеличения возраста пациенты с СД 2-го типа набирают больший вес, в том числе и вследствие неадаптивных пищевых поведенческих стратегий. Кроме того, следует учитывать и то, что в этом возрасте в большей мере возрастают негативные эффекты вызванной СД патологии обменных процессов.

Кроме того, большая эксплуатация более молодыми работающими адаптивных либо относительно адаптивных когнитивных и поведенческих стратегий «сохранение самообладания» ($U = 391,0$, $p = 0,022$), «отвлечение» ($U = 234,5$, $p = 0,018$), «обращение» ($U = 408,0$, $p = 0,05$) и «альтруизм» ($U = 384,0$, $p = 0,05$) позволяет предположить, что у таких пациентов более выражено самообладание в сложных ситуациях, они решают проблемы путем отвлечения или переключения на отличные от темы болезни мысли, стремятся

Таблица 3
Table 3

Статистически достоверные различия значимых клинико-психологических характеристик в группах работающих пациентов первого и второго пожилого возраста
Statistically significant differences in significant clinical and psychological characteristics in groups of working patients of the first and second elderly ages

№	Переменные	Значения			
		суммарного ранга		статистик	
		Группа 1	Группа 3	U	P
1	Масса тела	892,0	999,0	297,0	0,018
2	Когнитивная адаптивная стратегия «сохранение самообладания»	986,0	905,0	391,0	0,022
3	Поведенческая относительно адаптивная стратегия «отвлечение»	1178,5	712,50	334,5	0,018
4	Поведенческая адаптивная стратегия «обращение»	1003,0	888,0	408,0	0,05
5	Поведенческая адаптивная стратегия «альтруизм»	979,000	912,0	384,0	0,05

Таблица 4
Table 4

Статистически достоверные различия значимых клинико-психологических характеристик в группах неработающих пациентов первого и второго пожилого возраста
Statistically significant differences in significant clinical and psychological characteristics in the groups of non-working patients of the first and second elderly ages

№	Переменные	Значения			
		суммарного ранга		статистик	
		Группа 2	Группа 4	U	P
1	Поведенческая адаптивная стратегия «обращение»	1178,000	902,000	437,0	0,05
2	Эмоциональная неадаптивная стратегия «покорность»	1018,000	1062,000	423,0	0,031
3	Эмоциональная неадаптивная стратегия «самообвинение»	1054,000	1026,000	459,0	0,05
4	Лимбическая система	952,500	1127,500	357,5	0,04

быть выслушанными, встретить содействие и понимание, а также проявляют заботу о других. В целом более адаптивные способы поведения таких пациентов в стрессовых ситуациях в большей степени направлены на взаимодействие с окружающими, что позволяет им не «зацикливаться» на собственной болезни, проявлять социальную активность.

Сравнительно частое использование поведенческой адаптивной стратегии «обращение» более молодыми неработающими пациентами ($U = 437,0$, $p = 0,05$) отражает их стремление к поиску поддержки со стороны близкого окружения с целью снижения эмоционального напряжения и поиск помощи в попытках справиться со сложной жизненной ситуацией (в том числе и порожденной актуальной болезнью). В отличие от этого, неработающие более пожилые пенсионеры чаще используют неадаптивную эмоциональную

стратегию «покорность» ($U = 423,0$; $p = 0,031$), свидетельствующую о наличии у них пассивной позиции, сопровождающейся чувством беспомощности, опустошения, и как следствие – о формировании в целом негативного стиля совладания с заболеванием.

Прогностически позитивным в психотерапевтическом плане следует считать доминирование у более молодых лиц неадаптивной эмоциональной стратегии «самообвинение» ($U = 459,0$; $p = 0,05$). Скрывающаяся за этим тенденция считать причинами негативных событий собственные действия, винить себя в своей болезни или в том, что не могут полностью соблюдать предписания врачей, и т. п. интернальные и интрапунитивные реакции всегда считались потенциально более конструктивным ресурсом, чем их внешне ориентированные (экстра-) антиподы.

Более высокая активность лимбической системы ($U = 357,5$; $p = 0,04$) у более пожилых неработающих лиц пенсионного возраста обосновывает большую вероятность проявлений у них невротических по своему характеру реакций на стрессовую ситуацию (плохое настроение, раздражительность, негативное восприятие происходящего, усиливающиеся отрицательные мысли, снижение мотивации с преобладанием отрицательных эмоций, социальная изоляция, нарушения сна и аппетита и т. п.).

Выводы

Гиперактивность поясной извилины, возникающая вследствие нехватки серотонина, характерна для всех неработающих пациентов с СД 2-го типа. В то же время для работающих пациентов обеих возрастных групп характерны более высокие показатели массы тела, что высоковероятно свидетельствует о доминировании у них негативных пищевых поведенческих способов совладания со стрессом. Во втором пожилом возрасте фиксируется гиперактивность лимбической системы, что обуславливает более низкую мотивацию и энергичность таких пациентов, сложность контролирования ими циклов сна и бодрствования, доминирование у них подавленности и апатии.

В целом трудовая (профессиональная) занятость для больных с СД 2-го типа в пожилом возрасте является фактором, оказывающим отрицательное влияние на функционирование различных отделов головного мозга.

Вместе с тем, отсутствие такой занятости является фактором развития избыточной массы тела и ожирения, возникающего, как правило, вследствие эмоциогенного переедания.

Отличительной особенностью для всех выделенных групп пациентов с СД 2-го типа является отсутствие в репертуаре совладающего поведения адаптивных эмоциональных копинг-стратегий, что говорит об их сниженном контакте с областью субъективных эмоциональных переживаний, о склонности к подавлению эмоций.

Литература

1. Актуальность выявления и необходимость коррекции тревожных и депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа при плановой госпитализации / Ю.А. Сорокина, А.В. Занозин, О.В. Занозина,

Г.П. Рунов // *Фарматека*. – М.: Изд-во: Бионика Медиа. – 2018. – № 11. – С. 56–59.

2. Вербовой, А.Ф. Анализ нарушений пищевого поведения, депрессивных и тревожных расстройств у женщин с сахарным диабетом / А.Ф. Вербовой, Л.А. Шаронова // *Эндокринология: Новости, Мнения, Обучение*. – М.: «ГЭОТАР-Медиа». – 2018. – Т. 7, № 2. – С. 60–66.

3. Владимирова, Ю.В. Оценка влияния тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на течение основного заболевания / Ю.В. Владимирова // *Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России: проблемы и перспективы их решения* / отв. ред. И.Э. Есауленко. – М.: Перо, 2017. – С. 61–65.

4. Дедов, И.И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова // *Сахарный диабет*. – 2017. – Т. 20, № 1. – С. 13–41.

5. Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания / Е.Г. Старостина, М.Н. Володина, И.В. Старостин, А.Е. Бобров // *Русский медицинский журнал*. – 2017. – Т. 25, № 22. – С. 1613–1620.

6. Загоруйко, Ю.В. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на течение сахарного диабета / Ю.В. Загоруйко, Е.Ю. Есина // *Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России: проблемы и перспективы их решения: сб. науч. тр.* – М.: Перо, 2017. – С. 122–126.

7. Мельник, Т.М. Оценка депрессивных расстройств у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / Т.М. Мельник // *Юбилейный конгресс с международным участием «Давиденковские чтения»*. – СПб.: Человек и его здоровье, 2018. – С. 223–224.

8. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа / А.Е. Бобров, М.Н. Володина, И.Н. Агамамедова и др. // *Русский Медицинский Журнал*. – М., 2018. – Т. 26, № 1-1. – С. 28–33.

9. Роль индивидуальных личностных особенностей в формировании коморбидных депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом II типа / С.А. Пахомова, Ю.Б. Барьельник, Д.Д. Самойлова и др. // *Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб.*

науч. тр. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2017. – С. 200–206.

10. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А.Я. Кравченко, В.В. Сахненко, А.В. Будневский, С.Н. Подвигин // Клиническая медицина. – 2016. – Т. 94, № 2. – С. 97–101.

11. Связь тревожно-депрессивных расстройств с когнитивными нарушениями у пациентов с сахарным диабетом / И.В. Гацких, Е.В. Окладникова, Т.П. Шалда и др. // Сибирское медицинское обозрение. – Красноярск: Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. – 2018. – № 2. – С. 94–99.

12. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом 2 типа старческого возраста / Е.А. Матюшкина, А.А. Колотовкина, Л.А. Суплотова, А.Р. Юсупов / VIII (XXV) Всероссийский диабетологический конгресс с международным участием: Сахарный диабет – пандемия XXI. – М.: Принт, 2018. – 84 с.

13. Чистова, И.В. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом / И.В. Чистова, А.В. Карпов // Юбилейный конгресс с международным участием «Давиденковские чтения». – СПб.: Человек и его здоровье, 2018. – С. 435–436.

14. Шлыкова, Е.А. Анализ клинических проявлений тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с сахарным диабетом в амбулаторных условиях / Е.А. Шлыкова // Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России: проблемы и перспективы их решения. – М.: Перо, 2017. – С. 374–377.

15. Bajor, L.A. Associations between comorbid anxiety, diabetes control, and overall medi-

cal burden in patients with serious mental illness and diabetes / L.A. Bajor, D. Gunzler, D. Einstadter et al. // The International Journal of Psychiatry in Medicine, Baywood Publishing. – 2015. – No. 49 (4). – P. 309–320.

16. Chima, C.C. Multimorbidity is associated with increased rates of depression in patients hospitalized with diabetes mellitus in the United States / C.C. Chima, J.L. Salemi, M. Wang et al. // Journal of Diabetes and Its Complications, Elsevier Inc. – 2017. – No. 31 (11). – P. 1571–1579.

17. Gupta, N. Psychological Aspects Related to Diabetes Mellitus / N. Gupta, S. Kumar Bhadada, V.N. Shah, S.K. Mattoo // Journal of Diabetes Research. – 2016. – Vol. 6. – 3 p.

18. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 8th Edition. 2017.

19. Lloyd, C.E. The INTERPRET-DD study of diabetes and depression: a protocol / C.E. Lloyd, N. Sartorius, L.C. Cimino et al. // Diabetic Medicine, UK. – 2015. – No. 32. – P. 925–934.

20. Parameshwari, K. Depression, anxiety, and stress levels in patients with type 2 diabetes mellitus / K. Parameshwari // National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. – 2018. – 8(11). – P. 1570–1572.

21. Park, M. Depression among older adults with diabetes mellitus / M. Park, C.F. Reynolds // Clinics in Geriatric Medicine, Elsevier Inc, 3rd. ed. – 2015. – No. 31 (1). – P. 117–137.

22. Raffield, L.M. Associations between anxiety and depression symptoms and cognitive testing and neuroimaging in type 2 diabetes / L.M. Raffield, G.A. Brenes, A.J. Cox et al. // Journal of Diabetes and Its Complications. – 2017. – No. 30 (1). – P. 143–149.

Воронова Татьяна Анатольевна, доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой социальной психологии и гуманитарных наук, Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России (Иркутск), klim75@bk.ru

Дубровина Светлана Валериевна, кандидат психологических наук, ст. преподаватель, Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России (Иркутск), sibdub@rambler.ru

Андреева Лариса Сергеевна, кандидат медицинских наук, зав. кафедрой эндокринологии, клинической фармакологии и иммунологии, Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России (Иркутск), andreeva_larisa_1@mail.ru

Поступила в редакцию 16 апреля 2019 г.

STRESS COPING STRATEGIES IN ELDERLY DIABETIC PATIENTS IN THE CONTEXT OF EMPLOYMENT FACTOR

T.A. Voronova, klim75@bk.ru

S.V. Dubrovina, sibdub@rambler.ru

L.S. Andreeva, andreeva_larisa_l@mail.ru

Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation

The article presents the research results about stress coping strategies in patients with diabetes mellitus in old age, taking into account the employment factor. The authors reviewed current domestic and foreign scientific studies, which were carried out for five years in the field of psychological specificity and specificity of clinical disorders in patients with diabetes mellitus type II. It was established that adaptive emotional coping strategies are absent in the coping behavior repertoire in survey sample of patients with diabetes mellitus type II. The findings indicate constriction of the area of subjective emotional experiences in this patients and tendency to suppress emotional response in stress conditions. Taking into account the employment factor in young elderly, it has been shown that not employed people are able to cope with their emotions and actively seek support in immediate social environment using adaptive coping strategies. Unemployed patients of old elderly age use cognitive, behavioral and emotional non-adaptive strategies for coping with stress.

Keywords: stress coping strategies, diabetes mellitus type II, advanced age, employment.

References

1. Sorokina Yu.A., Zanozin A.V., Zanozina O.V., Runov G.P. [Problem of Detection and Pharmacological Correction of Anxious and Depressive Disorders in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus]. *Farmateka*. Moscow, Bionika Media. 2018, no. 11, pp. 56–59. (in Russ.) DOI: 10.18565/pharmateka.2018.11.56-59.
2. Verbovoy A.F., Sharonova L.A. [Analysis of Eating Disorders, Depressive and Anxiety Disorders in Women with Diabetes Mellitus]. *Endokrinologiya: Novosti, Mneniya, Obucheniye* [Endocrinology: News, Opinions, and Training]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018, vol. 7, no. 2, pp. 60–66. (in Russ.)
3. Vladimirova Yu.V., Esaulenko I.E. (Ed.) [Assessment of the Impact of Anxiety-Depressive Disorders in Patients with Type 2 Diabetes on the Course of the Underlying Disease]. *Organizatsiya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v Rossii: problemy i perspektivy ikh resheniya* [Organization of Outpatient Polyclinic Care in Russia: Problems and Prospects for Their Solution]. Moscow, Pero Publ., 2017, pp. 61–65. (in Russ.)
4. Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K. [Epidemiology of Diabetes Mellitus in the Russian Federation: Clinical and Statistical Report for 2016 According to the Federal Diabetes Registry]. *Sakharnyy diabet* [Diabetes]. 2017, vol. 20, no. 1, pp. 13–41. (in Russ.) DOI: 10.14341/DM8664.
5. Starostina E.G., Volodina M.N., Starostin I.V., Bobrov A.E. [Depression and Diabetes as Comorbid Diseases]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal* [Russian Medical Journal]. Moscow, 2017, vol. 25, no. 22, pp. 1613–1620. (in Russ.)
6. Zagoruyko Yu.V., Esina E.Yu. [The Influence of Anxiety and Depressive Disorders on the Course of Diabetes Mellitus]. *Organizatsiya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v Rossii: problemy i perspektivy ikh resheniya* [Organization of Outpatient Polyclinic Care in Russia: Problems and Prospects for Their Solution]. Moscow, Pero Publ., 2017, pp. 122–126. (in Russ.)
7. Mel'nik T.M. [Evaluation of Depressive Disorders in Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus]. *Yubileynyy kongress s mezhdunarodnym uchastiyem "Davidenkovskiy chteniya"* [Congress with International Participation. "Davidenkovskiy chteniya"]. St. Petersburg, Chelovek i ego zdorov'ye Publ., 2018, pp. 223–224. (in Russ.)

8. Bobrov A.E., Volodina M.N., Agamamedova I.N. et al. [Mental Disorders in Patients with Type 2 Diabetes]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal* [Russian Medical Journal]. Moscow, 2018, vol. 26, no. 1-1, pp. 28–33.
9. Pakhomova S.A., Baryl'nik Yu.B., Samoylova D.D., Abrosimova Yu.S., Kolesnichenko E.V. [The Role of Individual Personality Characteristics in the Formation of Comorbid Depressive Disorders in Patients with Type II Diabetes] *Aktual'nyye problemy psikiatrii, narkologii, psikhoterapii i klinicheskoy psikhologii* [Actual Problems of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology]. Saratov, Saratovskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet imeni V.I. Razumovskogo Publ., 2017, pp. 200–206. (in Russ.)
10. Kravchenko A.Ya., Sakhnenko V.V., Budnevskiy A.V., Podvigin S.N. [Diabetes Mellitus Type 2 and Depression]. Khimki, PUL'S Publ., 2016, vol. 94, no. 2, pp. 97–101. (in Russ.)
11. Gatskikh I.V., Okladnikova E.V., Shalda T.P., Petrova M.M., Narkevich A.N. [Connection of Anxiety-Depressive Disorders with Cognitive Disorders in Patients with Diabetes]. *Sibirskoye meditsinskoye obozreniye* [Siberian Medical Review]. Krasnoyarsk, 2018, no. 2, pp. 94–99. (in Russ.) DOI: 10.20333/2500136-2018-2-94-99.
12. Matyushkina E.A., Kolotovkina A.A., Suplotova L.A., Yusupov A.R. *Trevozhno-depressivnyye rasstroystva u patsiyentov s sakharnym diabetom 2 tipa starchykh vozrasta* [Anxiety-depressive Disorders in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus]. "VIII (XXV) Vserossiyskiy diabetologicheskiy kongress s mezhdunarodnym uchastiyem: Sakharnyy diabet - pandemiya XXI" ["VIII (XXV) All-Russian Diabetological Congress with International Participation: Diabetes – Pandemic XXI"]. Moscow, Print Publ., 2018. 84 p.
13. Chistova I.V., Karpov A.V. *Trevozhno-depressivnyye rasstroystva u patsiyentov s sakharnym diabetom. Yubileyyny kongress s mezhdunarodnym uchastiyem. "Davidenkovskiy chteniya"* [Anxiety-depressive Disorders in Patients with Diabetes Mellitus]. St. Petersburg, Chelovek i ego zdorov'ye Publ., 2018, pp. 435–436. (in Russ.)
14. Shlykova E.A. [Analysis of the Clinical Manifestations of Anxiety-Depressive Disorders in Patients with Diabetes Mellitus on an Outpatient Basis]. *Organizatsiya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v Rossii: problemy i perspektivy ikh resheniya* [Organization of Outpatient Polyclinic Care in Russia: Problems and Prospects for their Solution]. Moscow, Pero Publ., 2017, pp. 374–377. (in Russ.)
15. Bajor L.A., Gunzler D., Einstadter D., Thomas C., McCormick R., Perzynski A.T., Kanuch S.W., Cassidy K.A., Dawson N.V., Sajatovic M. Associations between comorbid anxiety, diabetes control, and overall medical burden in patients with serious mental illness and diabetes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2015, no. 49 (4), pp. 309–320. DOI: 10.1177/0091217415589307.
16. Chima C.C., Salemi J.L., Wang M., Mejia de Grubb M.C., Gonzalez S.J., Zoorob R.J. Multimorbidity is associated with increased rates of depression in patients hospitalized with diabetes mellitus in the United States. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2017, no. 31 (11), pp. 1571–1579. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2017.08.001.
17. Gupta N., Bhadada S. Kumar, Shah V.N., Mattoo S.K. Psychological Aspects Related to Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes Research*. 2016, vol. 6, 3 p. DOI: 10.1155/2016/7276403
18. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 8th Edition. 2017.
19. Lloyd C.E., Sartorius N., Cimino L.C., Alvarez A., Guinzbourg de Braude M., Rabbani G., Uddin Ahmed H., Papelbaum M., Regina de Freitas S., Ji L., Yu X., Gaebel W., Müssig K., Chaturvedi S.K., Srikanta S.S., Burti L., Bulgari V., Musau A., Ndeti D., Heinze G., Romo Nava F., Taj R., Khan A., Kokoszka A., Papasz-Siemieniuk A., Starostina E.G., Bobrov A.E., Lecic-Tosevski D., Lalic N.M., Udomratn P., Tangwongchai S., Bahendeka S., Basangwa D., Mankovsky B. [The INTERPRET-DD study of diabetes and depression: a protocol]. *Diabetic Medicine*, UK, 2015, no. 32 (7), pp. 925–934. DOI: 10.1111/dme.12719.
20. Parameshwari K. Depression, anxiety, and stress levels in patients with type 2 diabetes mellitus. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*. 2018, 8(11), pp. 1570–1572. DOI: 10.5455/njppp.2018.8.0929117092018.

21. Park M., Reynolds C.F. Depression among older adults with diabetes mellitus. *Clinics in Geriatric Medicine*, Elsevier Inc, 3rd. ed., 2015, no. 31 (1), pp. 117–137. DOI: 10.1016/j.cger.2014.08.022.

22. Raffield L.M., Brenes G.A., Cox A.J., Freedman B.I., Hugenschmidt C.E., Hsu F.C., Xu J., Wagner B.C., Williamson J.D., Maldjian J.A., Bowden D.W. Associations between anxiety and depression symptoms and cognitive testing and neuroimaging in type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, Elsevier Inc., 2017, no. 30 (1), pp. 143–149. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2015.09.010.

Received 16 April 2019

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Воронова, Т.А. Стратегии совладания со стрессом у больных сахарным диабетом пожилого возраста: исследование в контексте фактора занятости / Т.А. Воронова, С.В. Дубровина, Л.С. Андреева // Психология. Психофизиология. – 2019. – Т. 12, № 2. – С. 60–71. DOI: 10.14529/jpps190205

FOR CITATION

Voronova T.A., Dubrovina S.V., Andreeva L.S. Stress Coping Strategies in Elderly Diabetic Patients in the Context of Employment Factor. *Psychology. Psychophysiology*. 2019, vol. 12, no. 2, pp. 60–71. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps190205