

КОГНИТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Н.Ю. Есенкова

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Обоснование. Медицинские, экономические, социально-демографические, психологические последствия сахарного диабета второго типа обосновывают необходимость разработки междисциплинарной программы клинико-психологического сопровождения больных. **Цель:** выявить особенности когнитивных стратегий саморегуляции и жизнеспособности больных сахарного диабета второго типа с учетом длительности заболевания, восприятия болезни как выраженной угрозы; проанализировать взаимосвязь когнитивных стратегий саморегуляции с компонентами жизнеспособности, конкретизировать мишени психотерапевтических интервенций у пациентов. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 30 пациентов с клиническим диагнозом «сахарный диабет второго типа» (шифр по МКБ-10 E11). В исследовании использован клинико-психологический метод – психодиагностическое (управляемое, частично стандартизованное) интервью, анализ медицинской документации. Экспериментально-психологический метод включает использование психодиагностических методик: тест «Жизнеспособность взрослого человека», «Краткий опросник восприятия болезни», опросник когнитивных представлений о болезни, методика «Тип отношения к болезни». Для статистического анализа были использованы методы описательной, сравнительной статистики (непараметрические критерии U Манна – Уитни, метод ранговой корреляции Спирмена). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA v. 10.0 для Windows. **Результаты.** Выявлено, что когнитивные представления трансформируются в зависимости от продолжительности заболевания, степени восприятия сахарного диабета второго типа как выраженной угрозы. С увеличением продолжительности заболевания изменяется структурная организация жизнеспособности. Компоненты жизнеспособности (настойчивость, самоэффективность, внутренний локус контроля, семейные и социальные взаимосвязи, духовность) способствуют когнитивной переоценке аверсивной природы заболевания. Мишенями психотерапевтических интервенций у больных выступают редукция конструкта беспомощности-безнадежности и усиление когниции принятия; преобразование структуры когнитивных представлений и стратегий когнитивного переоценивания заболевания за счет увеличения связей с компонентами жизнеспособности. **Заключение.** Когнитивные представления больных о сахарном диабете второго типа, компоненты жизнеспособности трансформируются по мере развития заболевания. Группы пациентов с восприятием болезни как выраженной и умеренной угрозы достоверно отличаются как по компонентам когнитивных представлений, так и по валентности когнитивного переоценивания. Сформулированы мишени психотерапевтических интервенций.

Ключевые слова: сахарный диабет второго типа, жизнеспособность, когнитивные представления о болезни, базисные убеждения о болезни.

Введение

Сахарный диабет второго типа (СД 2) представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Международная диабетическая федерация утверждает, что к 2045 году сахарным диабетом будет страдать 629 млн человек (Дедов с соавт., 2019). По

результатам масштабного российского эпидемиологического исследования СД 2 диагностируется лишь в 54 % случаев. В структуре множественных хронических заболеваний (МХЗ) СД 2-го типа встречается у 18,1 % больных (Асфандиярова с соавт., 2018). Таким образом, в долгосрочной перспективе

СД 2 представляет собой угрозу ввиду следующих причин: тенденции к неуклонному росту заболеваемости, выявления патологии у людей трудоспособного возраста уже на этапе системных сосудистых осложнений, высокого риска инвалидизации больных, необходимости создания системы специализированной помощи.

Совладание с соматическим заболеванием начинается с когнитивной оценки соматического заболевания как способа индивидуального оценивания значимости заболевания с последующей разработкой адаптивных задач в зависимости от характера, стадии, наличия/отсутствия осложнений (Martz et al., 2007).

В соответствии с моделью житейского смысла Х. Левенталя больные СД 2 развивают ментальную модель болезни, объединяющую когниции и эмоциональное реагирование, вызванное опытом переживания болезни (Leventhal et al., 1998).

Когнитивные представления о СД 2 включают следующие компоненты: идентичность (обозначение болезни и соответствующих ей симптомов, например, сухость во рту, жажда, полиурия, повышение аппетита, снижение массы тела, кожный зуд), причина заболевания (нерациональное питание, избыточная масса тела, наследственная предрасположенность и т. д.), последствия (воспринимаемые последствия болезни, оказывающие отрицательное воздействие на качество и продолжительность жизни, сочетающееся с дисфункцией и повреждением различных органов), продолжительность (СД 2 – хроническое прогрессирующее заболевание), излечимость или контроль (долгосрочное управление сахарным диабетом включает в себя пожизненное медицинское сопровождение, самостоятельный мониторинг гликемии, специализированное медицинское питание, профилактику осложнений).

Как подчеркивают А. Эверс и Ф. Краймат, высокая степень непредсказуемости и неподконтрольности хронического соматического заболевания в отсутствие возможности контролировать стрессор определяет необходимость включения когнитивной переоценки как необходимого компонента адаптации к хроническому стрессу. Переоценка базируется на новой информации, поступающей из окружающей действительности и/или исходя из опыта переживания болезни, и может

иметь позитивную и негативную валентность. Индивидуальные различия в адаптации больных СД 2 объясняются различными способами когнитивной переоценки аверсивной природы хронического заболевания в терминах когнитивных конструктов беспомощности, принятия, воспринимаемых преимуществ (Сирота с соавт., 2014).

Навыки совладания с соматической болезнью представлены как способность, которой можно научить, как и любому другому навыку, и использовать в соответствии с требованиями ситуации. В состав входят и когнитивно-ориентированные навыки совладания: логический анализ и ментальная подготовка, когнитивное переоценивание, когнитивное избегание или отрицание трудностей (Martz et al., 2007).

Механизмами когнитивной адаптации к угрожающему жизненному событию (болезни) являются когнитивно-адаптивные усилия объяснения причин возникновения болезни и ее последствий, когнитивная обработка своих жизненных смыслов и приоритетов. Результирующей данного созидательного процесса является принятие больными более оптимистичного отношения к жизни, болезнь катализирует позитивные изменения в личности пациентов. Каузальная атрибуция и формирование убежденности пациентов в отношении возможности личного контроля над различными аспектами заболевания включаются в реализацию планов эффективного управления ситуацией заболевания. Восстановление позитивных представлений о себе посредством нисходящих социальных сравнений позволяет моделировать усилия по адаптации к хронической патологии (Taylor, 1983).

Важной составляющей в психической адаптации к болезни является жизнеспособность (resilience) – системная, интегральная характеристика личности, которая обеспечивает возможность преодолевать трудные жизненные ситуации, проявляется в процессах самодетерминации личности, индивидуальной способности человека управлять собственными ресурсами в контексте социальных, культурных норм и средовых условий (Махнач, 2016). По мнению автора, жизнеспособность человека организована взаимосвязанными компонентами: самоэффективностью, совладанием и адаптацией, настойчивостью, духовностью, внутренним локусом контроля,

семейными и социальными взаимоотношениями.

Жизнеспособность оказывает влияние на все звенья стресса, включаясь непосредственно в процесс когнитивного оценивания еще до наступления защитных эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций, влияет на оценку характера самой ситуации, что в свою очередь определяет выбор преимущественно продуктивных, функциональных стратегий преодоления и положительную адаптацию к заболеванию (Fletcher et al., 2013).

Цель исследования: выявить особенности когнитивных стратегий саморегуляции и жизнеспособности больных СД 2 с учетом длительности заболевания, восприятия болезни как выраженной угрозы; проанализировать взаимосвязь когнитивных стратегий саморегуляции с компонентами жизнеспособности, конкретизировать мишени психотерапевтических интервенций у пациентов СД 2.

Материалы и методы

Общий объем выборки составил 30 человек. Средний возраст испытуемых – $53,08 \pm 10,7$ года. Средняя продолжительность заболевания – $9,5 \pm 6,32$ года; средний возраст начала заболевания – $48,6 \pm 9,6$ года. Среди клинических характеристик учитывались наличие/отсутствие острых и поздних диабетических осложнений. У 33,3 % больных СД 2 не обнаруживались признаки острых и поздних осложнений, у 30 % – один или два, 36,7 % – три и более острых и поздних осложнений умеренной или значительной степени тяжести. Острые осложнения наблюдались у 1 пациентки (гиперосмолярная кома). У 80 % испытуемых диагностирована диабетическая ретинопатия, у 70 % – диабетическая макроангиопатия, у 40 % – диабетическая полинейропатия, у 30 % – диабетическая нефропатия, у 15 % – синдром диабетической стопы.

В исследовании использован клинико-психологический метод – психодиагностическое (управляемое, частично стандартизованное) интервью, цель которого заключается в выявлении социально-демографических характеристик больных СД 2, особенностей клинического течения заболевания (возраст манифестации, степень тяжести, наличие осложнений, инвалидности), индивидуально-личностной репрезентации болезни и её динамики у больных СД 2, детализации личностных и средовых ресурсов для совладания с

ситуацией заболевания. Проводился анализ медицинской документации.

Экспериментально-психологический метод включает использование психодиагностических методик: теста «Жизнеспособность взрослого человека» (А.В. Махнач), «Краткий опросник восприятия болезни» (Broadbent E.; русскоязычная версия В.М. Ялтонского), опросника когнитивных представлений о болезни (русскоязычная версия Н.А. Сироты, Д.В. Московченко), методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики, сравнительной статистики (непараметрический U-критерий Манна – Уитни), метод ранговой корреляции Спирмена. Принимали уровень значимости различий $p \leq 0,05$. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждение

Преобладающим типом реагирования на болезнь (по частоте доминирования) является эргопатический, отражающий деятельное отношение к жизни, ориентированность на борьбу с заболеванием и физическими ограничениями, преодоление недуга и высокую социальную активность, несмотря на болезнь. С одной стороны, данный тип отношения к болезни позволяет преодолевать страх перед болезнью, переживание неопределённости, уязвимости, личной несостоятельности, с другой – характеризует недооценивание «значимости» заболевания, а в отдельных случаях отрицание факта заболевания (Вассерман с соавт., 2011).

В структуре жизнеспособности доминирует компонент «Семейные и социальные связи», следовательно, больные СД 2 в процессе адаптации к заболеванию склонны прибегать к средовым и семейным ресурсам совладания с болезнью. По мере прогрессирования заболевания (длительность более 10 лет) у больных активизируются компоненты жизнеспособности «Настойчивость» ($p = 0,001$), «Духовность» ($p = 0,049$), «Совладание и адаптация» ($p = 0,033$), т. е. совладание с недугом включает управление собственными ресурсами и требует в большей степени упорства, самодисциплины, созидания новых жизненных целей, применения активных форм совладания в ситуации заболевания. Больные ощущают необходимость в обращении к ду-

ховным ресурсам, обретении духовных смыслов в болезни.

Анализ когнитивных представлений выявляет, что больные СД 2 воспринимают свое состояние как имеющее длительное течение ($8,73 \pm 1,73$ балла), они распознают болезненные ощущения, категоризируют их как симптомы сахарного диабета ($6,83 \pm 2,52$ балла). Они обеспокоены трудностями, связанными с болезнью ($8,3 \pm 2,05$ балла), эмоциональное реагирование на болезнь носит выраженный характер ($6,6 \pm 2,39$ балла). Существенные ограничения, которые болезнь накладывает на повседневную жизнь, социальное и профессиональное функционирование, усиливают беспокойство. На фоне интенсивной аффективной реакции больные стремятся избегать целостного осмысления болезни ($1,4 \pm 1,75$ балла). Больные СД 2 оценивают влияние имеющегося заболевания на психологическое благополучие и социальную активность как умеренное ($6,73 \pm 2,68$ балла). Больные СД 2 не уверены, что в достаточной степени могут управлять болезненным состоянием, тяжестью течения сахарного диабета, наступлением ранних и поздних осложнений ($4,1 \pm 2,67$ балла) и контролировать эффективность лечения ($2,9 \pm 1,67$ балла). Таким образом, ведущую роль в структуре субъективного восприятия болезни пациентов с СД 2 играют осознание хронического характера течения патологии, высокая степень идентификации симптомов болезни, выраженная обеспокоенность наличием болезни и ее возможными осложнениями.

Преобладающим вариантом когнитивной переоценки у пациентов с СД 2 является малоадаптивная стратегия «Беспомощность» ($16,2 \pm 4,56$ балла), т. е. пациенты с СД 2 сосредоточены на негативных аспектах заболевания, его неподконтрольности, непредсказуемости.

Когнитивные представления изменяются с течением времени. Так, при длительности заболевания более 10 лет больные СД 2 убеждены, что лучше контролируют ситуацию заболевания ($p = 0,02$). А вот уверенность в том, что прогрессирующим течением СД 2 можно управлять, значимо ниже ($p = 0,04$). Следовательно, тревога и чувство уязвимости у больных СД 2 ($p = 0,03$) усиливаются несмотря на то, что они стали более восприимчивы к симптомам болезни ($p = 0,001$).

На основании шкалы «Общий уровень тревоги» краткого опросника восприятия бо-

лезни были сформированы две группы больных СД 2 с выраженным и средним уровнями восприятия болезни как угрозы.

Результаты сравнительного анализа в группах выявили, что больные с восприятием СД 2 как выраженной угрозы оценивают последствия заболевания как более опасные для жизни, осознают значительные ограничения, которые накладывает болезнь на привычный уклад жизни, семейные связи, профессиональную деятельность, лучше распознают симптоматику (табл. 1). Больные обнаруживают более интенсивное эмоциональное реагирование на недуг и обеспокоенность проблемами как объективными, так и потенциальными. При исследовании жизнеспособности в сравниваемых группах значимых различий выявлено не было.

У больных СД 2 с выраженным уровнем восприятия болезни как угрозы в процессе когнитивной переоценки конструкт принятия болезни уступает пессимистическому объяснительному стилю, подчеркивающему негативное значение болезни как неконтролируемого, тягостного, ущербного состояния, актуализирующему когнитивное и аффективное восприятие собственной уязвимости.

Когнитивная переоценка связана с внутренними компонентами жизнеспособности, т. е. корректировка первичной оценки, направленная на позитивные изменения личности больного, происходит во взаимосвязи с настойчивостью, упорством при разработке новых жизненных целей, способностью больного как активного субъекта мобилизовать мотивацию, когнитивные ресурсы и действия для совладания с трудностями (табл. 2).

Процесс переоценки опосредован религиозными убеждениями. Данные согласуются с исследованиями ученых, которые подтверждают, что религиозные убеждения хорошо вписываются в трансактную модель стресса. Отношения между конкретными религиозными убеждениями и стратегиями преодоления трудностей опосредованы первичной и вторичной оценками. Также была выявлена корреляция восприятия стрессоров и ресурсов с определенной религиозной направленностью и образом Бога (Newton et al., 2010).

Купирование интенсивной аффективной реакции на болезнь требует от больных большего упорства и выдержки, способности разрабатывать собственные решения проблем,

Таблица 1
Table 1

Когнитивные и базисные представления о болезни у больных СД 2
с выраженным и средним уровнями восприятия болезни как угрозы
Cognitive and basic representations about illness in patients
with T2DM with pronounced and moderate perception of illness as a threat

Показатели / Indicator	Больные СД тип 2 Умеренный уровень угрозы/ Patients with type 2 diabetes mellitus Moderate threat level	Больные СД тип 2 Выраженный уровень угрозы/ Patients with type 2 diabetes mellitus Severe threat level
«Краткий опросник восприятия болезни» Brief illness Perception Questionnaire		
Последствия болезни / Consequences	5,36 *	7,94 *
Идентификация болезни / Identity	4,85 *	8,56 *
Обеспокоенность / Concern	7,14 *	9,31 *
Эмоциональное реагирование на болезнь / Emotional representation	5,07 *	7,94 *
«Опросник когнитивных представлений о болезни» Cognitive representations of illness questionnaire		
Принятие болезни / Acceptance	15,86 **	14,13 **

Примечание: * – статистически достоверные различия при $p < 0,01$; ** – статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Note: * – statistically significant differences at $p < 0.01$; ** – statistically significant differences at $p < 0.05$.

Таблица 2
Table 2

Значимые коэффициенты корреляции показателей жизнеспособности
и когнитивных стратегий саморегуляции у больных СД 2
Significant correlation coefficients between resilience components
and cognitive self-regulation strategies in patients with T2DM

Показатели / Indicator	Обеспокоенность / Concern	Восприятие преимуществ / Perceived benefits	Беспомощность / Helplessness
Самоеффективность / Self-efficacy		0,394	
Настойчивость / Perseverance	0,394	0,362	
Внутренний локус контроля / Internal locus of control		0,571	
Совладание и адаптация / Coping and adaptation			
Духовная жизнь, религиозная вера / Spiritual life, religious faith		0,492	
Семейные и социальные взаимосвязи / Family and social relationships	0,449		0,366

Значимые коэффициенты корреляции показателей жизнеспособности и когнитивных стратегий саморегуляции у больных СД 2 ($p \leq 0,05$).

Significant correlation coefficients between resilience components and cognitive self-regulation strategies in patients with T2DM ($p \leq 0.05$).

активно получать социальную поддержку окружающих.

В ситуации длительного стресса хронического заболевания пациенты СД 2 активно развивают социальные отношения, формируют позитивные взаимоотношения в семье и поддерживают эмоциональную близость между членами семьи, ищут поддержку со сто-

роны общества, различных социальных институтов.

Однако результаты исследований в отношении социальной поддержки больных с хроническими заболеваниями неоднозначны. В ситуации заболевания, отличающегося значительной угрозой жизни и риском инвалидизации, социальное окружение может демонст-

рировать как амбивалентные реакции, так и безусловную поддержку (Ridder et al., 1996).

Следует подчеркнуть, для больных общение с семьей, друзьями, родственниками, отношения с любой внешней системой вызывают тревогу, волнение, беспокойство. Иными словами, межличностные отношения могут стать триггером стресса, понятно стремление больных избегать социальной и всякой внешней системы поддержки. Возможно, на тенденцию к ограничению социальных контактов оказывают влияние следующие причины: длительность и тяжесть течения хронического заболевания, наличие осложнений, инвалидизации, социальные навыки самого пациента, качество отношений, характер поддержки. Так, больные позитивно относятся к эмоциональной и практической поддержке, в то время как информационная поддержка, особенно со стороны друзей и семьи, часто рассматривается как нежелательное вмешательство

Заключение

По мере развития заболевания когнитивные представления о СД 2 трансформируются за счет четкой идентификации и категоризации телесных ощущений, связанных с болезнью, переживания возможности личного контроля, снижения уверенности в важности и эффективности лечения на фоне нарастания обеспокоенности.

Показатели жизнеспособности больных СД 2 изменяются в зависимости от длительности заболевания, а именно адаптация осуществляется за счет активизации настойчивости, самодисциплины при освоении новых навыков самоконтроля тяжести течения болезни, вовлечения активных форм совладания, духовных копинг-ресурсов.

Больные с восприятием болезни как выраженной угрозы лучше означивают и дифференцируют симптомы СД 2, демонстрируют интенсивное эмоциональное реагирование и обеспокоенность в отношении последствий заболевания: соматических, психологических, социальных, экономических. Когнитивный конструкт беспомощности остается стабильным, выявлено его доминирующее влияние в процессе когнитивного переоценивания.

Компоненты жизнеспособности (настойчивость, самоэффективность, внутренний локус контроля, семейные и социальные взаи-

мосвязи, духовные копинг-ресурсы) способствуют когнитивной переоценке аверсивной природы заболевания.

Мишенями психотерапевтических интервенций у больных СД 2 выступают редукция конструкта беспомощности – безнадежности и усиление положительной валентности в процессе когнитивного переоценивания, предполагающего принять необходимость адаптироваться к хронической болезни и интегрировать опыт болезни в жизненное пространство; преобразование структуры когнитивных представлений и стратегий когнитивного переоценивания заболевания за счет увеличения связей с компонентами жизнеспособности.

Конфликт интересов

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература

1. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
2. Клинические рекомендации. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (9-й выпуск) / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.Ю. Майоров и др. // Сахарный диабет. – 2019. – Т. 22, № S1-1. – С. 1–144. DOI: 10.14341/DM221S1
3. Махнач, А.В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма / А.В. Махнач. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – 640 с.
4. Сахарный диабет 2 типа и множественные хронические заболевания / Н.С. Асфандиярова, О.В. Дашкевич, Н.В. Дорошина, Е.И. Сучкова // Сахарный диабет. – 2018. – № 6. – С. 455–461. DOI: 10.14341/DM9605
5. Сирота, Н.А. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (Результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Национальный психологический журнал. – 2014. – № 2 (14). – С. 70–79. DOI: 10.11621/npj.2014.0209
6. Fletcher, D. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory / D. Fletcher, M. Sarkar // European Psychologist. – 2013. – Vol. 18. – P. 12–23. DOI: 18.10.1027/1016-9040/a000124.

7. Leventhal, H. *Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach.* / H. Leventhal, E.A. Leventhal, R.J. Contrada // *Psychology & Health.* – 1998. – Vol. 13. – P. 717–733. DOI: 10.1080/08870449808407425.
8. Martz, E. *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* / E. Martz, H. Livneh. – New York: Publ. Springer Science & Business Media, 2007. – 430 p. DOI: 10.1007/978-0-387-48670-3.
9. Newton, A.T. *Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping* / A.T. Newton, D.N. McIntosh // *International journal for the psychology of religion.* – 2010. – Vol. 20. – P. 39–58. DOI: 10.1080/10508610903418129.
10. Ridder, D. *Coping, social support and chronic disease: A research agenda* / D. Ridder, K. Schreurs // *Psychology, Health & Medicine.* – 1996. – Vol. 1. – P. 71–82. DOI: 10.1080/13548509608400007
11. Taylor, S.E. *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation* / S.E. Taylor // *American Psychologist.* – 1983. – Vol. 38. – P. 1161–1173. DOI: 10.1037/0003-066X.38.11.1161

Есенкова Наталья Юрьевна, кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедра общей и клинической психологии, Курский государственный медицинский университет (г. Курск), esenkovanj@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-0740-3553

Поступила в редакцию 2 марта 2020 г.

DOI: 10.14529/jpps200402

COGNITIVE SELF-REGULATION STRATEGIES AND RESILIENCE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

N.Yu. Esenkova, esenkovanj@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-0740-3553
Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Background: Medical, economic, socio-demographic, psychological consequences of T2DM justify the need for the development of an interdisciplinary program of clinical and psychological support of patients with T2DM. **Aim.** This paper aims to study cognitive self-regulation strategies and resilience in patients with T2DM taking into account the duration of the disease, its perception as a severe threat, as well as analysis of the correlation between cognitive self-regulation strategies and resilience components, to clarify the targets of psychotherapeutic interventions in T2DM patients. **Materials and methods:** An experimental study has been conducted. The study involved 30 patients with a clinical diagnosis of type 2 diabetes (ICD-10 code E11). The clinical psychological method has been used in the study namely psychodiagnostic (controlled, partially standardized) interview and the analysis of medical documentation. The experimental psychological method involves the use of psychodiagnostic techniques: the Adult's Resilience test, the Brief Illness Perception Questionnaire, the Cognitive Representations of Illness Questionnaire, the Types of Attitude toward Disease technique. For statistical analysis, the following methods have been used: descriptive statistics, comparative statistics (Mann–Whitney criteria, Spearman's rank correlation method). All calculations were performed using the StatSoft STATISTICA 10.0 software package for Windows. **Results.** It has been revealed that the cognitive representation transforms according to the disease duration and its perception as a severe threat. In T2DM patients, the structural organization of resilience alters with increasing duration of disease. Components of resilience (persistence, self-efficacy, internal locus of control, family and social relationships, spirituality) contribute to cognitive reappraisal of the aversive nature of T2DM. The targets of psychotherapeutic interventions in patients with T2DM are reduction of helplessness-hopelessness construct and an increase of acceptance cognition; transformations

of the structure of cognitive representations and cognitive reappraisal strategies occur through increasing links with the components of resilience. **Conclusion:** cognitive representations about T2DM and components of resilience transform in patients as the disease develops. With an increase in the duration of T2DM, the cognitive helplessness construct remains stable. It has been found that groups of patients with a perception of T2DM as a severe and moderate threat significantly differ both in the components of cognitive perceptions and in the valence of cognitive reevaluation. The targets of psychotherapeutic interventions in patients with type 2 diabetes are formulated.

Keywords: *diabetes mellitus type 2 (T2DM), resilience, cognitive representations of illness, cognitive representations of the disease.*

References

1. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korraktsiya v somaticheskoy klinike* [Psychological diagnosis and correction in somatic clinic]. Saint-Petersburg, Rech', 2011. 271 p. (in Russ.).
2. Dedov I.I., Shestakova M.V., Maiorov A.Yu., i dr. [Standards of specialized diabetes care. 9th edition]. *Sakharnyi diabet* [Diabetes mellitus], 2019, vol. 22, no. 1S-1, pp. 1–144. DOI: 10.14341/DM221S1. (in Russ.).
3. Makhnach A.V. *Zhiznesposobnost' cheloveka i sem'i: sotsial'no-psikhologicheskaya paradigma* [The Resilience of a Person and the Family: Socio-Psychological Paradigm]. Moscow, Publ. Psychology Institute of Russian Academy of Sciences, 2016. 640 p. (In Russ.).
4. Asfandiyarova N.S., Dashkevich O.V., Doroshina N.V., Suchkova E.I. [Type 2 diabetes mellitus and multiple chronic diseases]. *Sakharnyi diabet* [Diabetes mellitus], 2018, no. 6, pp. 455–461. (in Russ.). DOI: 10.14341/DM9605
5. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. [Psychodiagnostics cognitive representations of the disease (Results of testing Russian version of the illness cognition questionnaire)]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National Psychological Journal], 2014, no. 2 (14), pp. 70–79. DOI: 10.11621/npj.2014.0209
6. Fletcher D., Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 2013, vol. 18, pp. 12–23. DOI: 18. 10.1027/1016-9040/a000124.
7. Leventhal H., Leventhal E.A., Contrada R.J. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 1998, vol. 13, pp. 717–733. DOI: 10.1080/08870449808407425
8. Martz E., Livneh, H. *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects*. Publ. Springer Science & Business Media, New York. 2007. 430 p. DOI: 10.1007/978-0-387-48670-3.
9. Newton A.T., McIntosh D.N. Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *International journal for the psychology of religion*, 2010, vol. 20, pp. 39–58. DOI: 10.1080/10508610903418129.
10. Ridder D, Schreurs K. Coping, social support and chronic disease: A research agenda, *Psychology, Health & Medicine*, 1996, vol. 1, pp. 71–82. DOI: 10.1080/13548509608400007.
11. Taylor S.E. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 1983. vol. 38, pp. 1161–1173. DOI: 10.1037/0003-066X.38.11.1161

Received 2 March 2020

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Есенкова, Н.Ю. Когнитивные стратегии саморегуляции и жизнеспособность больных сахарным диабетом 2 типа / Н.Ю. Есенкова // Психология. Психофизиология. — 2020. — Т. 13, № 4. — С. 13–20. DOI: 10.14529/jpps200402

FOR CITATION

Esenkova N.Yu. Cognitive Self-Regulation Strategies and Resilience in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Psychology. Psychophysiology*. 2020, vol. 13, no. 4, pp. 13–20. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps200402