

УДК 616.89:616.379-008.64
DOI: 10.36979/1694-500X-2023-23-9-123-130

ПАТТЕРНЫ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА

М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова, Р.М. Мисиров

Аннотация. Амбулаторные психические расстройства влияют на течение и терапию сахарного диабета, чему врачи-эндокринологи и другие интернисты общей практики не уделяют достаточного внимания. Существенное значение на формирование процессов коморбидности оказывают механизмы психической защиты, которые в дебюте заболевания демонстрируют кратковременный эффект компенсации, однако деструктивный эффект – в процессе дальнейшего развития заболевания. В связи с этим основной целью нашего исследования было изучение клинико-психологических механизмов формирования феномена коморбидности, обуславливающего ассоциированность аффективных нарушений и сахарного диабета в зависимости от типологии, для оптимизации диагностики, терапии и профилактики резистентных и осложнённых вариантов течения. Исследовано 52 респондента с сахарным диабетом первого и второго типов в лечебно-профилактических учреждениях гг. Бишкека и Токмока с применением стандартизованных психометрических методов исследования уровня аффекта, одиночества и силы механизма психологической защиты. В результате выявленные уровень тревоги и уровень одиночества у пациентов с сахарным диабетом второго типа существенно превышали показатели пациентов с сахарным диабетом первого типа ($P < 0,05$). Наиболее сильными механизмами психологической защиты у респондентов с сахарным диабетом первого типа оказались: «вытеснение» ($P < 0,05$), «проекция» ($P < 0,01$), «регрессия» ($P < 0,01$), «замещение» ($P < 0,01$); у респондентов с сахарным диабетом второго типа: «регрессия» ($P < 0,01$), «проекция» ($P < 0,01$), «вытеснение» ($P < 0,05$), «замещение» ($P < 0,01$). Определены существенные взаимообуславливающие корреляции между исследуемыми показателями. Таким образом, выраженность уровня аффекта, одиночества и механизма психологической защиты оказывает значительное влияние на течение и резистентность сахарного диабета в процессе типологизации, что обозначило мишени терапевтической коррекции аффективного синдрома с учётом доминирующих механизмов психологической защиты в зависимости от типа сахарного диабета. Выявленные статистически значимые корреляции требуют дальнейшего их углубленного изучения, что позволит взглянуть на воспроизводимые паттерны мультиморбидности с точки зрения разработки эффективных стратегий терапии и профилактики резистентных и осложнённых вариантов сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет; тревога; депрессия; одиночество; механизмы психической защиты; качество жизни.

КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУГАН, АФФЕКТИВДҮҮ БУЗУЛУУЛАРЫ БАР БЕЙТАПТАРДЫН КАН ДИАБЕТИНИН ТИБИНЕ ЖАРАША МУЛЬТИМОРБИДДҮҮЛҮГҮНҮН ҮЛГҮЛӨРҮ

М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова, Р.М. Мисиров

Аннотация. Амбулаториялык психикалык бузулуулар кант диабетинин жүрүшүнө жана дарылоосуна таасирин тийгизет, буга эндокринологдор жана башка жалпы практикалык дарыгерлер жетиштүү көңүл бурушпайт. Коморбиддүүлүк процесстерин калыптандырууга психикалык коргоонун механизмдери олуттуу маани берет, алар оорунун дебютунда компенсациянын кыска мөөнөттүү натыйжасын көрсөтөт, бирок оорунун андан ары өнүгүү процессинде деструктивдүү натыйжаны көрсөтөт. Ушуга байланыштуу, биздин изилдөөнүн негизги максаты диагнозду, терапияны оптималдаштыруу жана туруктуу жана татаалдашкан варианттардын алдын алуу үчүн типологияга жараша аффективдүү бузулуулардын жана кант диабетинин ассоциацияланышын шарттаган коморбиддик кубулушту калыптандыруунун клиникалык-психологиялык механизмдерин изилдөө болгон. Аффектин деңгээлин, жалгыздыкты жана психологиялык коргоону механизмдин күчүн изилдөөнүн стандартташтырылган психометрикалык методдорун колдонуу менен Бишкек жана Токмок шаарларынын дарылоо-алдын алуу мекемелериндеги биринчи жана экинчи типтеги кант диабетинен ооруган 52 респондент изилденген. Натыйжада экинчи типтеги кант диабетинен ооругандардын тынчсыздануу жана жалгыздык деңгээли биринчи типтеги кант диабетинен ооругандардын көрсөткүчтөрүнөн ($P < 0,05$) кыйла жогору болгон. Биринчи типтеги кант диабетинен ооруган респонденттерде психологиялык коргоонун кыйла күчтүү механизмдери төмөнкүлөр болду: «сүрүп чыгаруу» ($p < 0,05$), «проекция» ($P < 0,01$), «регрессия» ($P < 0,01$), «ордун алмаштыруу» ($P < 0,01$); экинчи типтеги кант диабетинен ооруган респонденттерде: «регрессия» ($P < 0,01$), «проекция» ($P < 0,01$), «ордун алмаштыруу» ($p < 0,05$), «сүрүп чыгаруу» ($p < 0,05$), «ордун алмаштыруу» ($p < 0,01$). Изилденген көрсөткүчтөрдүн ортосундагы олуттуу

өз ара көз каранды байланыштар аныкталды. Ошентип, аффекттин, жалгыздыктын деңгээлинин жана психологиялык коргонуу механизмдин көрүнүктүүлүгү типтештирүү процессинде кант диабетинин жүрүшүнө жана туруктуулугуна олуттуу таасирин тийгизет, бул кант диабетинин түрүнө жараша психологиялык коргоонун үстөмдүк кылуучу механизмдерин эске алуу менен аффективдүү синдромду терапевтик коррекциялоо максатын белгиледи. Аныкталган статистикалык маанилүү корреляциялар мындан ары тереңдетилген изилдөөнү талап кылат, бул бизге кант диабетинин туруктуу жана татаал түрлөрүн дарылоонун жана алдын алуунун эффективдүү стратегияларын иштеп чыгуунун көз карашынан мультиморбиддүүлүктүн кайталануучу моделдерин кароого мүмкүндүк берет.

Түйүндүү сөздөр: кант диабет; тынчсыздануу; депрессия; жалгыздык; психикалык коргонуу механизмдери; жашоо сапаты.

PATTERNS OF MULTIMORBIDITY IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS IN DIABETES MELLITUS DEPENDING ON THE TYPE

M.R. Sulaimanova, A.B. Kutlikova, K.A. Tobokelova, R.M. Misirov

Abstract. Outpatient psychiatric disorders affect the course and treatment of diabetes mellitus, but endocrinologists and general practitioners do not pay enough attention to them. Psychological defense mechanisms play a significant role in the formation of comorbidity processes. Psychological defense mechanisms in the debut of the disease demonstrate a short-term compensation effect, and a destructive effect - in the process of further development of the disease. In this regard, the main goal was to study the clinical and psychological mechanisms of the formation of the phenomenon of comorbidity, which determines the association of affective disorders and diabetes mellitus depending on the typology, in order to optimize the diagnosis, therapy and prevention of resistant and complicated course options. 52 respondents with type 1 and type 2 diabetes mellitus were studied in medical institutions in the cities of Bishkek and Tokmok. Standardized psychometric methods were used to study the level of affect, loneliness and the strength of psychological defense mechanisms. As a result, the level of anxiety and loneliness found in patients with type 2 diabetes mellitus significantly exceeded those in patients with type 1 diabetes mellitus ($P < 0.05$). The strongest mechanisms of psychological defense in respondents with type 1 diabetes mellitus were: "repression" ($P < 0.05$), "projection" ($P < 0.01$), "regression" ($P < 0.01$), "replacement" ($P < 0.01$); in respondents with type 2 diabetes mellitus: "regression" ($P < 0.01$), "projection" ($P < 0.01$), "repression" ($P < 0.05$), "replacement" ($P < 0.01$). Significant interdependent correlations between the studied indicators are determined. Thus, the severity of the level of affect, loneliness and mechanisms of psychological defense have a significant impact on the course and resistance of diabetes mellitus in the process of typology, which marked the targets for therapeutic correction of the affective syndrome, taking into account the dominant mechanisms of psychological defense, depending on the type of diabetes mellitus. The revealed statistically significant correlations require their further in-depth study, which will allow us to look at reproducible patterns of multimorbidity from the point of view of developing effective strategies for the treatment and prevention of resistant and complicated variants of diabetes mellitus.

Keywords: diabetes mellitus; anxiety; depression; loneliness; psychological defense mechanisms; quality of life.

Сахарный диабет (СД) является седьмой по значимости причиной инвалидности в мире [1]. Это делает лечение и профилактику его осложнений приоритетной задачей здравоохранения [2]. Помимо общеизвестных осложнений, СД часто ассоциирован с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) [3], расстройствами приема пищи [4] и когнитивными нарушениями [5]. Согласно ряду зарубежных исследований, распространенность ТДР и СД составляет от 8,5 до 44,7 % [6], в России эти показатели достигают до 87,9 % [1]. Психопатологические состояния могут серьезно влиять на течение и терапию СД, однако эндокринологи, терапевты и врачи общей практики не уделяют достаточного внимания их диагностике [7]. Главными причинами этого являются недооценка значимости амбулаторных

психических расстройств при СД и отсутствие навыка их выявления [8]. Существенное влияние на хронизацию и резистентность терапии оказывают механизмы психической защиты (МПЗ), которые в дебюте заболевания проявляют кратковременный эффект компенсации и преимущественно деструктивный – в процессе прогрессирования заболевания [9–11]. Данных по изучению влияния механизмов психической адаптации на формирование коморбидности аффективных расстройств и СД в Кыргызской Республике нами не обнаружено. Учитывая вышеперечисленные обстоятельства нами осуществлены исследования по выявлению механизмов взаимозависимости клинико-психологических составляющих аффективного синдрома

и типологии СД, обуславливающих развития феномена коморбидности [12].

Цель – изучение клинико-психологических механизмов формирования феномена коморбидности, обуславливающего ассоциированность аффективных нарушений и СД в зависимости от типологии, для оптимизации диагностики, терапии и профилактики резистентных и осложнённых вариантов течения.

Задачи исследования:

1. Идентификация уровня аффекта, с учётом уровня одиночества у респондентов с СД в зависимости от типа.
2. Исследование преобладающих МПЗ у пациентов с СД в зависимости от типа.
3. Выявление у респондентов взаимообуславливающих корреляций между заданными параметрами.
4. Сформулировать факторы, обуславливающие стереотипы коморбидности аффективных и соматических нарушений при СД в зависимости от типологии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 52 респондента, страдающих СД, из них 26 (50 %) женщин и 26 (50 %) мужчин, на базе отделения эндокринологии Городской клинической больницы № 1 МЗ КР, Городского эндокринологического диспансера МЗ КР, ряда ЦСМ гг. Бишкека и Токмока, в возрасте от 18 лет до 60 лет. Согласно типологии, пациенты разделены на две группы: первую составили пациенты с сахарным диабетом первого типа (СД1) – 25 (48,1 %) респондентов, вторую группу составили пациенты с СД второго типа (СД2) – 27 (51,9 %) респондентов. Для реализации поставленных задач, с информированного согласия пациентов, мы применили следующие *методы исследования*: полуструктурированное интервью, шкалы ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности Спилберга – Ханина и депрессии Цунга, шкала одиночества UCLA, опросник Плутчика – Келлермана – Конте для определения силы МПЗ. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Идентификация уровня аффекта в зависимости от типа СД

выявила следующие показатели: уровень СТ у пациентов с СД2 ($40,37 \pm 1,32$) превышал показатели у пациентов с СД1 ($39,04 \pm 1,75$), а уровень ЛТ преобладал у пациентов с СД2 ($45,04 \pm 1,70$) по сравнению с показателями пациентов с СД1 ($39,68 \pm 1,63$) при $P < 0,05$ (рисунок 1). Уровень депрессии у пациентов с СД2 ($37,67 \pm 1,10$; $P > 0,05$) был идентичен уровню депрессии в группе с СД1 ($37,28 \pm 1,32$).

Уровень одиночества у респондентов с СД2 ($35,33 \pm 1,08$) превысил его показатели у пациентов с СД1 ($32,68 \pm 1,01$; $P < 0,05$) (рисунок 2).

Таким образом, сравнительный анализ уровня аффекта, уровня одиночества у респондентов в зависимости от типа СД продемонстрировал следующие результаты: уровень СТ у пациентов с СД2 ($40,37 \pm 1,32$) превышал показатели у пациентов с СД1 ($39,04 \pm 1,75$), а уровень ЛТ преобладал у пациентов с СД2 ($45,04 \pm 1,70$) по сравнению с показателями пациентов с СД1 ($39,68 \pm 1,63$) при $P < 0,05$; уровень депрессии у пациентов с СД2 ($37,67 \pm 1,10$; $P > 0,05$) был идентичен уровню депрессии в группе с СД1 ($37,28 \pm 1,32$). Уровень одиночества у респондентов с СД2 ($35,33 \pm 1,08$) значительно превысил показатели пациентов с СД1 ($32,68 \pm 1,01$) при $P < 0,05$ (таблица 1).

Идентификация и сравнительный анализ выраженности МПЗ в зависимости от типологии СД выявила следующие результаты (таблица 2). Уровень МПЗ «отрицание» ($72,72 \pm 1,50$) наиболее выражен внутри группы респондентов с СД1 и преобладает по сравнению с данным МПЗ в группе респондентов с СД2 ($54,54 \pm 3,00$); «рационализация» является вторым по выраженности в группе с СД1 ($70,00 \pm 3,11$) и выше, чем у пациентов с СД2 ($63,58 \pm 1,89$); «компенсация» – третий по значимости МПЗ в группе пациентов с СД1 ($69,20 \pm 3,36$) и его уровень выше, чем у респондентов группы с СД2 ($50,37 \pm 2,74$); на четвертом месте по значимости МПЗ в группе пациентов с СД1 «вытеснение» ($60,00 \pm 20,00$; $P < 0,05$) выше, чем у пациентов второй группы ($40,00 \pm 10,00$; $P < 0,05$); В первой группе уровень МПЗ «проекция» ($55,66 \pm 3,14$; $P = < 0,01$) преобладает по сравнению с данными МПЗ в группе респондентов с СД2 ($41,66 \pm 2,50$; $P = < 0,01$); «регрессия» является шестым

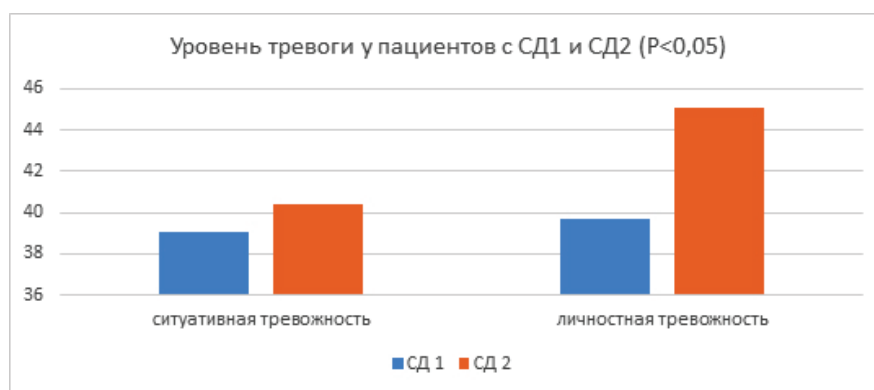


Рисунок 1 – Сравнение уровня ситуативной и личностной тревожности у пациентов с СД1 и СД2

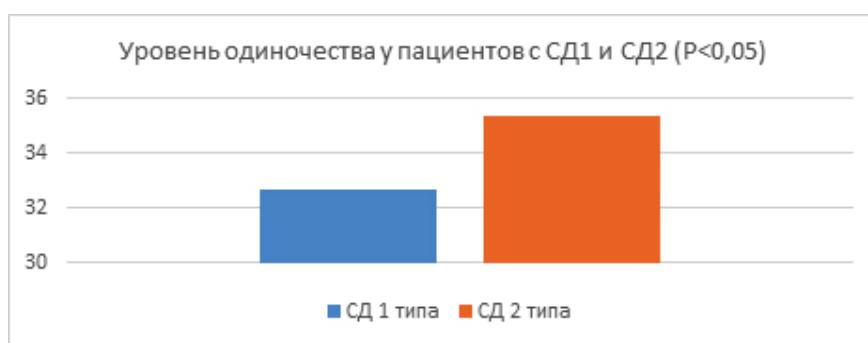


Рисунок 2 – Сравнение уровня одиночества у пациентов с СД1 и СД2

Таблица 1 – Сравнительный анализ уровня аффекта и одиночества у респондентов в зависимости от типа СД

| Название аффекта | 1-я группа (СД1) | 2-я группа (СД2) |
|-------------------------|------------------|------------------|
| Депрессия | 37,28 ± 1,32 | 37,67 ± 1,10 |
| Ситуативная тревожность | 39,04 ± 1,75 | 40,37 ± 1,32 |
| Личностная тревожность | 39,68 ± 1,63 | 45,04 ± 1,70 |
| Одиночество | 32,68 ± 1,01 | 35,33 ± 1,08 |

по выраженности в группе СД1 ($40,50 \pm 2,77$; $P < 0,01$), и ниже, чем у пациентов с СД2 ($50,00 \pm 3,75$; $P < 0,01$); «гиперкомпенсация» – седьмой по значимости МПЗ с группе респондентов с СД1 ($40,66 \pm 7,83$), и его уровень выше, чем у респондентов группы с СД2; «ситуативная тревожность» является восьмым по выраженности в группе с СД1 ($40,33 \pm 2,12$) и ниже, чем у пациентов с СД2 ($42,96 \pm 5,49$; $P > 0,05$), «личностная тревожность» – девятый по значимости МПЗ в группе пациентов с СД1 ($39,68 \pm 1,63$) и его уровень ниже, чем у респондентов группы с СД2 ($45,04 \pm 1,70$); на десятом месте по значимости МПЗ в группе пациентов с СД1 «депрессия» ($37,28 \pm 1,32$) ниже, чем у пациентов второй

группы ($37,67 \pm 1,10$); В первой группе уровень МПЗ «одиночество» ($32,68 \pm 1,01$) уступает по сравнению с данными МПЗ в группе респондентов с СД2 ($35,33 \pm 1,08$); «замещение» является двенадцатым по выраженности в группе СД1 ($23,20 \pm 2,56$; $P < 0,01$) и выше, чем у пациентов с СД2 ($20,00 \pm 10,00$; $P < 0,01$). Во второй группе респондентов с СД2 преобладал МПЗ «рационализация» ($63,58 \pm 1,89$), но был заметно слабее, чем в группе с СД2 ($70,00 \pm 3,11$), вторым по значимости в группе пациентов с СД2 являлось «отрицание» ($55,89 \pm 2,41$), слабее по сравнению с респондентами с СД1 ($72,72 \pm 9,08$); «проекция» является третьим по выраженности в группе с СД2 ($41,66 \pm 2,50$; $P < 0,01$) и ниже,

чем у пациентов с СД1 ($55,66 \pm 3,14$; $P < 0,01$); «компенсация» – четвертая по значимости МПЗ в группе пациентов с СД2 ($50,37 \pm 2,74$) и его уровень ниже, чем у респондентов группы с СД1 ($69,20 \pm 3,36$); на пятом месте по значимости МПЗ в группе пациентов с СД2 «личностная тревожность» ($45,04 \pm 1,70$), выше, чем у пациентов первой группы ($39,68 \pm 1,63$); во второй группе уровень МПЗ «гиперкомпенсация» ($42,96 \pm 5,49$) преобладает по сравнению с данными МПЗ в группе респондентов с СД1 ($38,80 \pm 6,00$); «вытеснение» является седьмой по выраженности в группе СД2 ($40,00 \pm 10,00$; $P < 0,05$) и ниже, чем у пациентов с СД1 ($60,00 \pm 20,00$; $P < 0,05$); «ситуативная тревожность» – восьмая по значимости МПЗ в группе респондентов с СД2 ($40,37 \pm 1,32$), и его уровень выше, чем у респондентов группы с СД1 ($39,04 \pm 1,75$); на девятом месте по значимости МПЗ в группе пациентов с СД2 «депрессия» ($37,67 \pm 1,10$), выше, чем у пациентов первой группы ($37,28 \pm 1,32$); во второй группе уровень МПЗ «одиночество» ($35,33 \pm 1,08$) преобладает по сравнению с данными МПЗ в группе респондентов с СД1 ($35,33 \pm 1,08$); «регрессия» является одиннадцатой по выраженности в группе СД2 ($50,00 \pm 3,75$; $P < 0,01$), и выше, чем у пациентов с СД1 ($40,50 \pm 2,77$; $P < 0,01$); «замещение» является двенадцатой по выраженности в группе СД2 ($20,00 \pm 10,00$; $P < 0,01$), и ниже, чем у пациентов с СД1 ($23,20 \pm 2,56$; $P < 0,01$) (таблица 2).

Таким образом, статистически значимые результаты идентификации МПЗ: в группе респондентов с СД1 доминируют «вытеснение» ($60,00 \pm 2,70$; $P < 0,05$), «проекция» ($55,66 \pm 3,14$; $P < 0,01$), «регрессия» ($40,50 \pm 2,77$; $P < 0,01$), «замещение» ($23,20 \pm 2,56$; $P < 0,01$); в группе респондентов с СД2 доминируют «регрессия» ($50,00 \pm 3,75$; $P < 0,01$), «проекция» ($41,66 \pm 2,50$; $P < 0,01$), «вытеснение» ($40,00 \pm 4,20$; $P < 0,05$), «замещение» ($20,20 \pm 3,20$; $P < 0,01$) (рисунок 3).

Анализ корреляционных связей выявил взаимообуславливающие процессы (таблица 3). Так, нами обнаружены прямые корреляции: уровень депрессии средне, высоко достоверно коррелирует с уровнем замещения ($r = 0,5$), с уровнем личностной тревожности ($r = 0,4$); достоверно – с уровнем гиперкомпенсации ($r =$

$0,3$); уровень СТ средне, высоко достоверно коррелирует с уровнем гиперкомпенсации ($r = 0,6$), регрессией ($r = 0,5$), проекцией ($r = 0,4$); средне, достоверно коррелирует с уровнем замещения ($r = 0,3$); уровень личностной тревожности имеет среднюю, высоко достоверную связь с депрессией ($r = 0,4$); уровень одиночества средне, высоко достоверно коррелирует с регрессией ($r = 0,4$); вытеснение средне, высоко достоверно – с уровнем отрицания ($r = 0,5$); уровень регрессии сильно, высоко достоверно – с уровнем гиперкомпенсации ($r = 0,7$) и замещением ($r = 0,7$), средне, высоко достоверно – с уровнем с проекцией ($r = 0,5$), с СТ ($r = 0,5$) и уровнем одиночества ($r = 0,4$); уровень замещения имеет сильную, высоко достоверную корреляционную связь с уровнем регрессии ($r = 0,7$) и среднюю, высоко достоверную – с уровнем гиперкомпенсации ($r = 0,6$) и рационализации ($r = 0,5$), средне, достоверную – с уровнем депрессии ($r = 0,5$), с СТ ($r = 0,3$) и проекцией ($r = 0,3$); отрицание средне, высоко достоверно коррелирует с уровнем рационализации ($r = 0,4$); средне, достоверно – с уровнем вытеснения ($r = 0,5$) и с уровнем компенсации ($r = 0,3$), проекция имеет среднюю, высоко достоверную корреляционную связь с гиперкомпенсацией ($r = 0,6$), регрессией ($r = 0,5$), СТ ($r = 0,5$); среднюю, достоверную корреляционную связь с замещением ($r = 0,3$); компенсация имеет средне, высокую достоверную связь с рационализацией ($r = 0,5$), среднюю, достоверную связь с отрицанием ($r = 0,3$); гиперкомпенсация сильно, высоко достоверно коррелирует с регрессией ($r = 0,7$) и средне, высоко достоверно – с проекцией ($r = 0,6$), замещением ($r = 0,6$), с СТ ($r = 0,6$), средне, достоверно – с рационализацией ($r = 0,3$) и депрессией ($r = 0,3$); рационализация имеет среднюю, высоко достоверную корреляционную связь с замещением ($r = 0,5$), компенсацией ($r = 0,5$), отрицанием ($r = 0,4$) и среднюю, достоверную корреляционную связь с гиперкомпенсацией ($r = 0,3$).

Также выявлены обратные связи. Уровень депрессии средне коррелирует с отрицанием ($r = -0,3$); уровень ЛТ имеет обратную, среднюю связь с компенсацией ($r = -0,3$); статистически значимую среднюю связь с отрицанием ($r = -0,6$), рационализацией ($r = -0,5$); уровень

Таблица 2 – Сравнительный анализ силы МПЗ у респондентов в зависимости от типа СД

| Название МПЗ | 1-я группа (СД1) | 2-я группа (СД2) | P |
|------------------|------------------|------------------|----------|
| Вытеснение | 60,00 ± 2,70 | 40,00 ± 4,20 | P < 0,05 |
| Регрессия | 40,50 ± 2,77 | 50,00 ± 3,75 | P < 0,01 |
| Замещение | 23,20 ± 2,56 | 20,00 ± 3,20 | P < 0,01 |
| Отрицание | 72,72 ± 9,08 | 55,89 ± 2,41 | P > 0,05 |
| Проекция | 55,66 ± 3,14 | 41,66 ± 2,50 | P < 0,01 |
| Компенсация | 69,20 ± 3,36 | 50,37 ± 2,74 | P > 0,05 |
| Гиперкомпенсация | 38,80 ± 6,00 | 42,96 ± 5,49 | P > 0,05 |
| Рационализация | 70,00 ± 3,11 | 63,58 ± 1,89 | P > 0,05 |

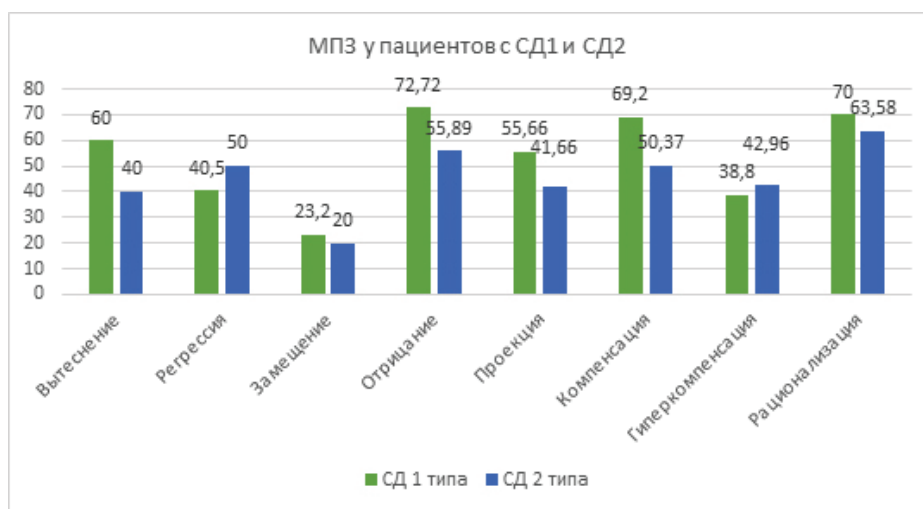


Рисунок 3 – Сравнительный анализ силы МПЗ у пациентов с СД1 и СД2

одиночества имеет статистически значимую, среднюю связь с рационализацией ($r = -0,5$), отрицанием ($r = -0,4$); уровень отрицания средне коррелирует с уровнем депрессии ($r = -0,3$), с ЛТ ($r = -0,6$), одиночеством ($r = -0,4$) и имеет статистически значимую обратную, среднюю связь с ЛТ ($r = -0,6$), уровнем одиночества ($r = -0,4$); рационализации имеет статистически значимую обратную, среднюю корреляционную связь с уровнем одиночества ($r = -0,5$), и с уровнем ЛТ ($r = -0,5$).

Выводы:

1. У исследуемых респондентов преобладает существенно повышенный уровень тревоги и одиночества.

2. Сравнительный анализ уровня аффекта в зависимости от типологии СД, выявил превышение показателей уровня ситуативной тревоги у группы респондентов с СД1 по сравнению с идентичными показателями в группе

респондентов с СД2, при этом уровень личностной тревоги преобладает у респондентов с СД2 по сравнению с показателями пациентов с СД1.

3. Уровень одиночества у респондентов с СД2 превышает уровень одиночества в группе респондентов с СД1.

4. В группе респондентов с СД 1 преобладают такие МПЗ, как «вытеснение» ($P < 0,05$), «проекция» ($P < 0,01$), «регрессия» ($P < 0,01$), «замещение» ($P < 0,01$), при этом в группе респондентов с СД2 доминируют «регрессия» ($P < 0,01$), «проекция» ($P < 0,01$), «вытеснение» ($P < 0,05$), «замещение» ($P < 0,01$).

5. Определяются статистически значимые корреляции между уровнем аффекта, одиночества и силой МПЗ, что, по нашим предположениям, обуславливает процессы формирования феномена коморбидности аффективных нарушений и типологизации СД.

Таблица 3 – Корреляции уровня аффекта, одиночества и вариантов МПЗ

| Клинико-психологические показатели | Депрессия | СТ | ЛТ | Одиночество | Вытеснение | Регрессия | Замещение | Отрицание | Проекция | Компенсация | Гиперкомпенсация | Рационализация |
|------------------------------------|-----------|-------|--------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|-------------|------------------|----------------|
| Депрессия | - | 0,2 | 0,4** | 0,5 | -0,1 | 0,1 | 0,5* | -0,3* | 0,2 | -0,2 | 0,3* | 0,3 |
| СТ | 0,2 | - | 0,2 | 0,2 | -0,2 | 0,5** | 0,3* | -0,2 | 0,5** | -0,9 | 0,6** | 0,8 |
| ЛТ | 0,4** | 0,2 | - | 0,2 | -0,9 | 0 | -0,1 | -0,6** | 0,2 | -0,3 | -0,1 | -0,5** |
| Одиночество | 0,1 | 0,2 | 0,2 | - | -0,2 | 0,4** | 0,2 | -0,4** | 0,2 | -0,8 | 0,1 | -0,5** |
| Вытеснение | -0,1 | -0,2 | -0,1 | -0,2 | - | 0,3 | 0,2 | 0,5* | 0,1 | 0,2 | 0,01 | 0,2 |
| Регрессия | 0,1 | 0,5** | 0 | 0,4** | 0,3 | - | 0,7** | -0,2 | 0,5** | 0,1 | 0,7** | 0,01 |
| Замещение | 0,5** | 0,3* | -0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,7** | - | 0,2 | 0,3* | 0,2 | 0,6** | 0,5** |
| Отрицание | -0,3* | -0,2 | -0,6** | -0,4** | 0,5** | -0,2 | 0,2 | - | -0,1 | 0,3* | -0,01 | 0,4** |
| Проекция | 0,2 | 0,4** | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,5** | 0,3* | -0,2 | - | -0,3 | 0,6** | 0,1 |
| Компенсация | -0,2 | -0,1 | -0,3* | -0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,3* | -0,3 | - | -0,01 | 0,5** |
| Гиперкомпенсация | 0,3* | 0,6** | -0,1 | 0,1 | 0,01 | 0,7** | 0,6** | -0,01 | 0,6** | -0,01 | - | 0,3* |
| Рационализация | 0,3 | 0,1 | -0,5** | -0,5** | 0,1 | 0,01 | 0,5** | 0,4** | 0,1 | 0,5** | 0,3* | - |

Примечание. * – Статистически значимая корреляция (зелёный фон), ** – Высокая статистическая значимость корреляций (жёлтый фон); «-» – Обратная корреляция.

6. Выявленные статистически значимые корреляции позволяют обозначить воспроизводимые паттерны коморбидности аффективных и соматических нарушений при СД в зависимости от его типологии, что требует дальнейшего углубленного изучения с точки зрения разработки эффективной персонализированной терапии у пациентов, страдающих СД.

Поступила: 05.04.23; рецензирована: 19.04.23;
принята: 21.04.23.

Литература

1. Бобров А.Е. Психические расстройства при сахарном диабете 2-го типа / А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина, И.Н. Агамамедова, М.Н. Володина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121 (7): 22–30. URL:<https://doi.org/10.17116/jnevro202112107122>).
2. Whiting D., Guariguata L., Weil C., Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030 // *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 94 (3): 311–321.
3. Chien I., Lin C. Increased risk of diabetes in patients with anxiety disorders: A population-based study // *J Psychosom Res.* 2016; 86: 47–52.
4. Nieto-Martínez R., González-Rivas J., Medina-Inojosa J., Florez H. Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis // *Curr Diab Rep.* 2017; 17 (12).
5. Danna S., Graham E., Burns R., Deschênes S., Schmitz N. Association between Depressive Symptoms and Cognitive Function in Persons with Diabetes Mellitus: A Systematic Review // *PLoS ONE.* 2016; 11. (8):e0160809.
6. Wu L., Ghitza U., Batch B., Pencina M.J., Rojas L.F., Golstein B.A., Schibler T. Substance use and mental diagnoses among adults with and without type 2 diabetes: Results from electronic health records data // *Drug Alcohol Depend.* 2015; 156: 162–169.
7. Lloyd C.E., Sartorius N., Cimino L.C., Alvarez A., Guinzbourg M. de Braude, Rabbani G., Ahmed H.U., Papelbaum M., Freitas R., Ji L., Yu X., Gaebel W., Mussig 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 // *Diabet Med.* 2015; 32 (7): 925–934.
8. Pettersson A., Modin S., Wahlström R., Af Winklerfelt Hammarberg S., Krakau I. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study // *BMC Fam Pract.* 2018; 19 (1):19.
9. Соложенкин В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Соложенкин. Л., 1989.
10. Сулайманова М.Р. Клиническая значимость МПЗ в структуре аффективного синдрома при сердечно-сосудистых и психических расстройствах / М.Р. Сулайманова // Внебольничная психиатрическая помощь: Вехи становления и перспективы развития: сб. статей; под ред. Г.П. Костюка, А.А. Шмиловича. М., 2019. С. 318–324.
11. Сулайманова М.Р. Основы психопатологии в общей медицинской практике: учебное пособие / М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2021. 149 с.
12. Сулайманова М.Р. Аффективные нарушения и механизмы адаптации у пациентов с сахарным диабетом / М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова, Р.М. Мисиров // Вестник КРСУ. 2023. Т. 23. № 5.