

КОГНИТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ
БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА
С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЕГО ТЕЧЕНИЯСветлана Леонидовна Соловьева¹, Анжелика Геннадьевна Кошанская²¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41,²Майкопский государственный технологический университет, Медицинский институт,
385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Первомайская, д. 191, e-mail: koangen@list.ru

Реферат. *Цель* – изучить когнитивные механизмы регуляции эмоций у больных сахарным диабетом (СД) II типа с различными вариантами его течения. *Методы*: «Шкала дисфункциональных отношений» А. Бека, А. Вейсмана (адапт. Захаровой М.Л.), методика «Диагностики иррациональных установок» А. Эллиса, опросник «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (CERQ) (адапт. Писаревой О.Л., Грищенко А.), «Шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (адапт. Сирота Н.А., Московченко Д.В.). Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20. *Результаты*: исследование показало, что больные СД II типа для регуляции аффективных переживаний используют продуктивные когнитивные стратегии в виде принятия случившегося с отвлечением мыслей на более приятные события, размышлениями над планом дальнейших действий, снижением исключительной значимости события за счет его сравнения с другими более сложными ситуациями. Они чаще используют эмоциональные схемы реагирования в виде «склонности к рационализации чувств» и «упрощенном представлении об эмоциях»: рациональность для этих пациентов предпочтительнее, чем эмоциональный опыт, с трудом принимаются сложные чувства и амбивалентные эмоции. В то же время у больных СД II типа наблюдается наличие иррациональных установок со склонностью к оценке неблагоприятных событий как катастрофических с чрезмерно высокими требованиями к себе и окружающим. У лиц с инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД) отмечается тенденция искать положительный смысл в происходящем, в отличие от больных инсулинпотребным сахарным диабетом (ИПСД), как пациентов с более тяжелой формой течения заболевания, у которых выявлена склонность к самообвинению и обвинению других, руминации, катастрофизации, с более яркой выраженностью эмоционального реагирования, с восприятием эмоций как бесконечных, мешающих функционированию, возникающих по вине других людей, которые не смогут понять эмоциональный опыт больного. Высокая выраженность дисфункциональных отношений также свойственна больным ИПСД с проявлением повышенного контроля над своими мыслями, чувствами и поведением, педантичностью, зависимостью, самокритичностью, склонностью к рефлексии и подавленностью настроения. *Выводы*. Когнитивные искажения в виде неадекватных, дисфункциональных отношений к себе, другим людям, происходящим событиям, а также их негативной интерпретации могут лежать в основе эмоциональных расстройств, которые оказывают влияние на течение сахарного диабета II типа, особенно у больных с ИПСД.

Ключевые слова: сахарный диабет II типа, когнитивные схемы, эмоциональные схемы, иррациональные установки, дисфункциональные отношения.

COGNITIVE MECHANISMS OF EMOTIONS REGULATION
OF PATIENTS WITH DIABETES TYPE II WITH
DIFFERENT VARIANTS OF ITS COURSESvetlana L. Solovyova¹, Anjelica G. Koshanskaya²¹ I.I. Mechnikov Northwest State Medical University,
191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41, ...² Medical institute «Maikop State Technological University»,
Maikop (Adygea), 385000, Republic of Adygea, Maikop,
Pervomayskaya street, 191, e-mail: koangen@list.ru

Purpose. To study cognitive mechanisms of regulation of emotions at patients of the diabetes (D) of the II type with different variants of its course. *Methods*. “Scale of the dysfunctional relations” of A. Beck, A. Veysman (adapted by Zakharova M.L.), technique of “Diagnostics of irrational installations” of A. Ellis, questionnaire “Cognitive regulation of emotions” of N. Garnefski and V. Krayga (CERQ) (adapted by Pisareva O. L., Gritsenko A.), “Scales of emotional schemes of R. Leahy” (adapted by N. A. Sirota, Moskovchenko D. V.). The obtained data are processed by means of the statistical SPSS 20 program. *Results*. Research showed that patients with type 2 diabetes for regulation of affective experiences use productive cognitive strategy in the form of acceptance of the incident with derivation of thoughts on more pleasant events, reflections over the plan of further actions, decrease in the exclusive importance of an event due to its comparison with other more difficult situations. They use emotional schemes of reaction in the form of “tendency to rationalization of feelings” and “the simplified idea of emotions” more often: rationality is more preferable to these patients, than emotional experience, complex feelings and ambivalent emotions hardly are accepted. At the same time at patients with type 2 diabetes existence of irrational installations with tendency to an assessment of adverse events as catastrophic with excessively high requirements to itself and people around is observed. At persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) the tendency to look for positive sense in the events, unlike patients with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) as patients with heavier form of a course of a disease at whom tendency to self-accusation and charge of others is revealed, with catastrophic and brighter expressiveness of emotional reaction, with perception of emotions as infinite, disturbing the functioning, arising because of other people who are not able to understand emotional experience of the patient. High expressiveness of the dysfunctional relations is also peculiar to IDDM patients with manifestation of the increased control over the thoughts, feelings and behavior, a pedantry, dependence, self-criticism, tendency to a reflection and depression of mood. *Conclusion*. Cognitive distortions in the form of the inadequate, dysfunctional attitudes towards

themselves, other people, the occurring events, and also their negative interpretation can be the cornerstone of emotional frustration which have impact on the course of diabetes of the II type, especially at patients with IDDM.

Keywords: diabetes of the II type, cognitive schemes, emotional schemes, irrational installations, dysfunctional relations.

Сахарный диабет (СД) является глобальной медико-социальной проблемой вследствие неуклонного роста заболеваемости, преимущественно за счет СД II типа. Утверждается, что к 2025 году численность больных в РФ достигнет 300 млн., при этом около 90% будет приходиться на больных СД II типа [1]. Оказание специализированной помощи данной категории больных способствует достижению целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), являющегося основным критерием компенсации заболевания, однако количество пациентов с декомпенсированным течением по-прежнему остается высоким [2]. Необходимо учитывать психологическое состояние больных СД II типа с различными вариантами его течения, в котором важное значение имеют когнитивные механизмы регуляции эмоций.

Группу разделили на две подгруппы: 1-я – лица с инсулиннезависимым СД (ИНСД), принимающие сахароснижающие препараты – 268 человек: из них 87 мужчин и 181 женщина; 2-я – пациенты с инсулинпотребным СД (ИПСД), получающие инсулин – 141 человек: из них 141 женщина и 38 мужчин. Особенности обследованной выборки является то, что в нее были включены больные СД II типа в субкомпенсированной и декомпенсированной стадии течения заболевания, из них 53,2% больных ИНСД с субкомпенсированным и 66,9% ИПСД с декомпенсированным течением заболевания. Исследование проводилось при помощи «Шкалы дисфункциональных отношений» А. Бека, А. Вейсмана (адапт. Захаровой М.Л.), методики «Диагностики иррациональных установок» А. Эллиса, опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (CERQ) (адапт. Писаревой О.Л., Гриценко А.), «Шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (адапт. Сирота Н.А., Московченко Д.В.). Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20.

Анализируя различия по структуре и общей напряженности эмоциональных схем (методика Р. Лихи) у больных СД II типа было выявлено

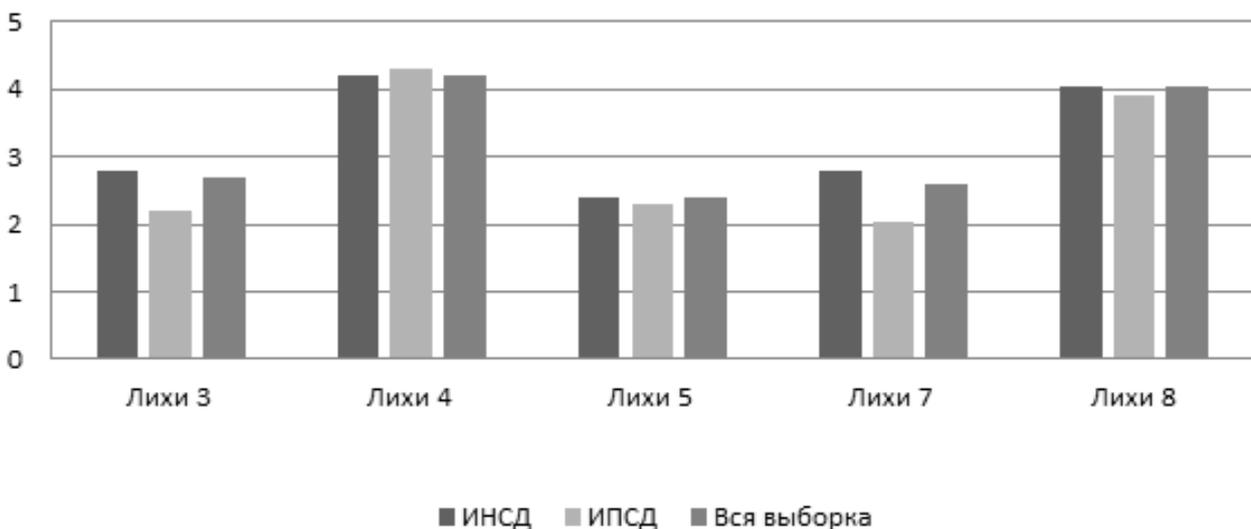


Рис. 1. Значимые различия в структуре эмоциональных схем у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения по «Шкале эмоциональных схем Р. Лихи».

С целью изучения когнитивных механизмов регуляции эмоций на базе эндокринологического отделения «Адыгейская республиканская клиническая больница» нами было обследовано 409 больных СД II типа: из них 284 женщины и 125 мужчин, средний возраст – 56,08±1,26 года, средняя продолжительность заболевания 10,04±0,99 года.

преобладание схемы «Упрощенное представление об эмоциях» (4,2±0,9 у больных ИНСД и 4,3±1,4 у больных ИПСД), «Склонность к рационализации чувств» (4,09±1,13 у больных ИНСД и 3,85±0,96 у больных ИПСД), что указывает на убежденность больных СД II типа обеих подгрупп в том, что рациональность предпочтительнее

Различия в структуре эмоциональных схем у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения по «Шкале эмоциональных схем Р. Лихи»

№ суб-шкалы	Субшкалы (по Р.Лихи)	1-я подгруппа ИНСД			2 подгруппа ИПСД			Между подгруппами	
		среднее	стандартное отклонение	стандартная ошибка	среднее	стандартное отклонение	стандартная ошибка	F	значимость
1	Инвалидация эмоций другими	2,794	0,8964	0,1129	3,000	0,8292	0,2011	0,731	0,395
2	Недостаточная осмысленность эмоций	2,730	1,1210	0,1412	2,559	1,1710	0,2840	0,307	0,581
3	Чувство вины за собственные эмоции	2,810	1,1480	0,1446	2,294	1,3470	0,3267	2,505	0,118
4	Упрощенное представление об эмоциях	4,214	0,9576	0,1206	4,294	1,4259	0,3458	0,074	0,786
5	Обесценивание эмоций	2,397	1,0440	0,1315	2,353	1,0272	0,2491	0,024	0,878
6	Страх потери контроля при переживании сильных эмоций	3,151	1,2334	0,1554	3,088	1,1488	0,2786	0,035	0,851
7	Эмоциональное оцепенение	2,802	0,9941	0,1252	2,029	0,5987	0,1452	9,292	0,003
8	Склонность к рационализации чувств	4,095	1,0993	0,1385	3,853	0,9644	0,2339	0,683	0,411
9	Прогнозируемая длительность эмоций	2,865	1,0247	0,1291	3,000	0,7706	0,1869	0,255	0,615
10	Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других	2,913	0,9859	0,1242	2,941	1,1576	0,2808	0,010	0,919
11	Ингибирование (подавление) собственных эмоций	2,865	1,1295	0,1423	2,971	1,1106	0,2694	0,118	0,733
12	Склонность к руминациям	3,365	1,0896	0,1373	3,476	1,2662	0,3071	0,131	0,719
13	Низкая эмоциональная экспрессивность	3,143	1,0256	0,1292	2,971	1,1920	0,2891	0,352	0,555
14	Обвинение других	3,095	1,1841	0,1492	3,412	1,0641	0,2581	0,996	0,321

эмоционального опыта (рис. 1, табл. 1). Такие пациенты были склонны упрощать, схематизировать и категоризировать эмоциональные переживания, делить эмоции на хорошие и плохие; они с трудом принимали сложные чувства, не переносили амбивалентные эмоции [5]. Склонность к рационализации чувств была больше свойственна мужчинам (средний балл – 4,07), чем женщинам (средний балл – 4,03). Больные СД II типа не были склонны использовать эмоциональную

схему «обесценивание эмоций»: они не отвергали эмоциональный опыт, хотя предпочитали не фиксировать внимание на отрицательных переживаниях, сохраняя более положительный фон настроения. Значимые различия были выявлены в исследуемых подгруппах по использованию эмоциональной схемы «Эмоциональное оцепенение» ($2,8 \pm 0,99$ у больных ИНСД и $2,03 \pm 0,59$ у больных ИПСД; $p=0,003$), что предполагает подавление или ограничение переживаний у больных

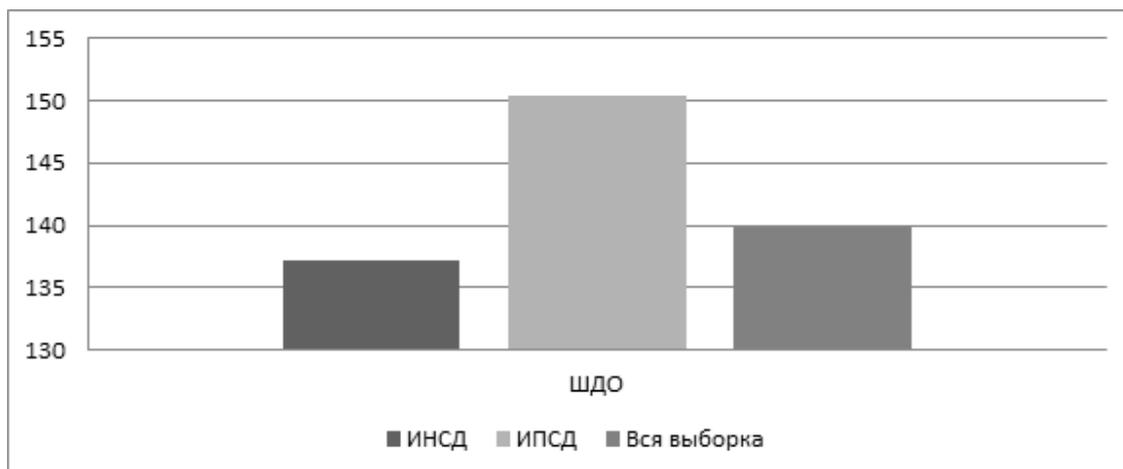


Рис.2. Выраженность дисфункциональных отношений у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения по методике «Шкала дисфункциональных отношений» А. Бека, А. Вейсмана.

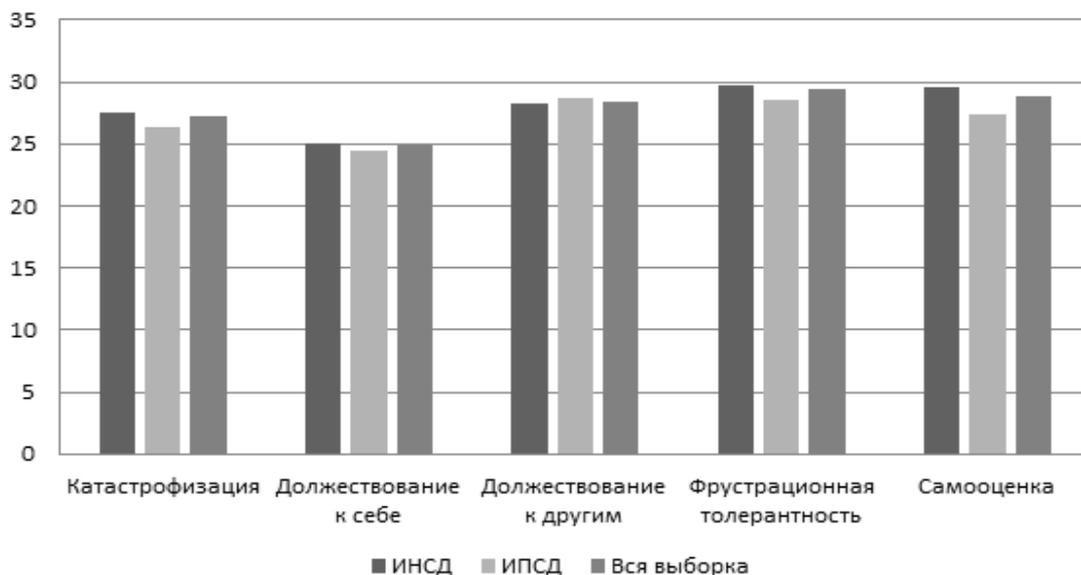


Рис. 3. Выраженность иррациональных установок у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения по методике А. Эллиса «Диагностики иррациональных установок»

ИНСД и более яркую выраженность эмоционального реагирования у больных ИПСД, особенно женщин.

Эмоциональные схемы «Склонность к руминациям» ($p=0,025$) и «Низкая эмоциональная экспрессивность» ($p=0,025$) со склонностью скрывать свои переживания больше были свойственны мужчинам, чем женщинам больным СД II типа. Для больных ИПСД были характерны эмоциональные схемы «Инвалидизация эмоций другими», «Обвинение других» и «Прогнозируемая длительность эмоций» с восприятием эмоций как пролонгированных, бесконечных, мешающих успешному функционированию, возникавших по вине других людей, неспособных понять эмоциональный опыт пациентов. Свой-

ственные больным с ИНСД эмоциональные схемы «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других», «Чувство вины за собственные эмоции» и «Страх потери контроля при переживании сильных эмоций» фиксируют переживания этими пациентами собственной эмоциональной неадекватности, недопустимости или неуместности чувств, проявление которых может выйти из-под контроля и быть опасным. Под воздействием подобных эмоциональных схем формируется избегающее поведение относительно собственного эмоционального опыта, которое ярче появляется у мужчин.

Для исследования особенностей когнитивных искажений у испытуемых была использована методика А. Эллиса «Диагностики

Таблица 2

Проявление когнитивных стратегий, используемых больными СД II типа при различных вариантах его течения по методике «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга

Шкалы ОКРЭ (N=409)	Подгруппы	Среднее	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка
Самообвинение	ИНСД	55,90	14,155	1,381
	ИПСД	58,00	14,552	2,496
	Всего	56,42	14,229	1,207
Принятие	ИНСД	65,42	16,094	1,571
	ИПСД	65,59	13,968	2,395
	Всего	65,46	15,552	1,319
Руминация	ИНСД	59,24	15,470	1,510
	ИПСД	61,32	16,298	2,795
	Всего	59,75	15,642	1,327
Позитивная перефокусировка	ИНСД	61,14	19,093	1,863
	ИПСД	61,47	17,168	2,944
	Всего	61,22	18,580	1,576
Планирование	ИНСД	69,52	17,020	1,661
	ИПСД	67,21	17,503	3,002
	Всего	68,96	17,104	1,451
Позитивная переоценка	ИНСД	65,59	18,854	1,840
	ИПСД	59,82	16,325	2,800
	Всего	64,18	18,379	1,559
Рассмотрение в перспективе	ИНСД	64,00	16,029	1,564
	ИПСД	62,35	14,885	2,553
	Всего	63,60	15,720	1,333
Катастрофизация	ИНСД	47,24	15,581	1,521
	ИПСД	51,18	14,978	2,569
	Всего	48,20	15,476	1,313
Обвинение других	ИНСД	41,90	17,381	1,696
	ИПСД	43,97	15,165	2,601
	Всего	42,41	16,836	1,428

иррациональных установок» и «Шкала дисфункциональных отношений». Было выявлено, что высокая степень (среднее по подгруппе – 150,4 при норме до 139 баллов) выраженности дисфункциональных отношений (рис.2.) оказалась более характерной для больных ИПСД по сравнению с больными ИНСД (среднее по подгруппе – 137,8 балла), что указывает на большую выраженность у них клинических жалоб и проявлений невротических расстройств. В рамках личностных особенностей у данной категории больных наблюдалась большая степень контроля над своими мыс-

лями, чувствами и поведением, педантичность, зависимость, склонность к рефлексии, самокритичность, а также подавленность настроения [3]. У женщин (средний балл – 140,89), в исследуемой выборке, выраженность дисфункциональных отношений была больше, чем у мужчин (средний балл – 136,85).

При оценке степени рациональности мышления по методике «Диагностика иррациональных установок» у больных СД II типа была выявлена склонность к иррациональности при интерпретации событий (рис.3.). В подгруппе

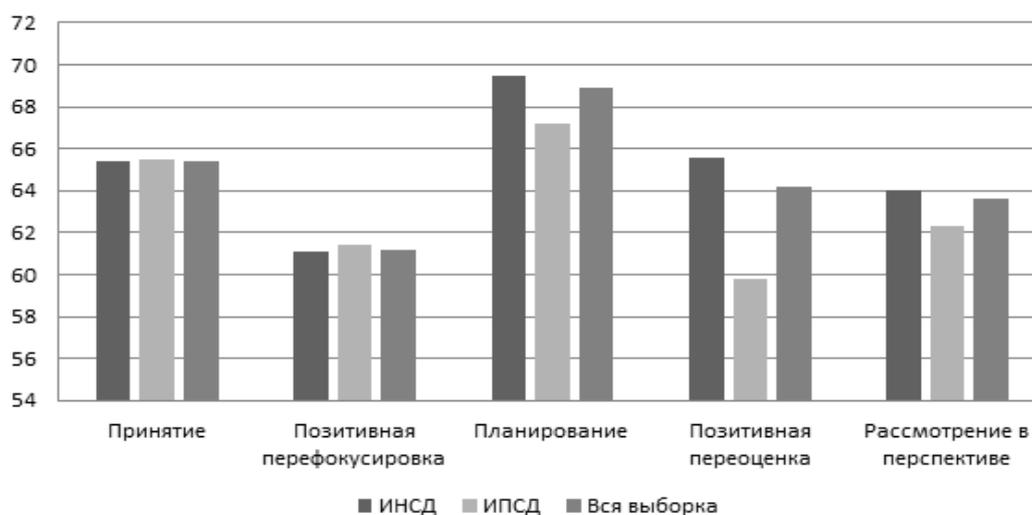


Рис.4. Сравнительный анализ данных проявления продуктивных когнитивных стратегий больными СД II типа при различных вариантах его течения по методике «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (CERQ).

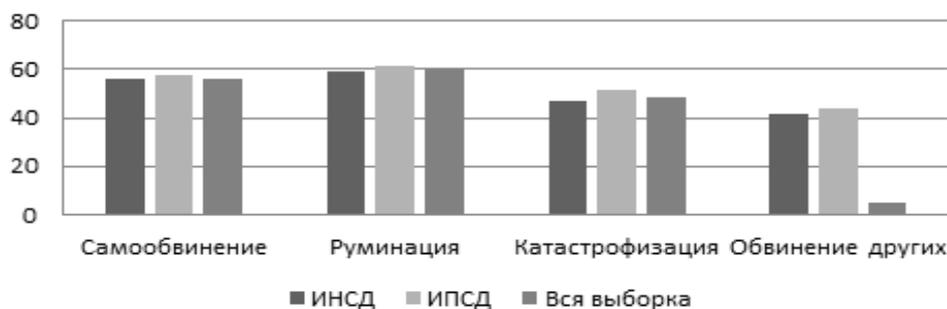


Рис.5. Сравнительный анализ данных проявления деструктивных когнитивных стратегий больными СД II типа при различных вариантах его течения по методике «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (CERQ).

ИПСД в наибольшей степени оказались выраженными иррациональные установки «долженствования в отношении себя» (среднее по группе – 24,9 балла) и «катастрофизации» (среднее по группе – 27,2 балла), отражая склонность пациентов воспринимать и оценивать любое более или менее неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое, а также указывая на наличие чрезмерных требований к себе, представление о безграничности собственных ресурсов. Также больным ИПСД была свойственна «Оценочная установка», указывавшая на склонность оценивать не отдельные черты и поступки людей, а их личность в целом, (среднее в подгруппе ИНСД – 29,5 балла; среднее в подгруппе ИПСД – 28,9 балла). Показатели шкалы «долженствования в отношении других», соответствующие также уровню иррациональных установок, были выявлены во всей группе больных СД II типа (среднее по группе – 28,46 балла), указывая на чрезмерно высокие требования к окружающим людям, более выраженные у больных ИНСД (среднее в подгруппе ИНСД – 28,3 баллов; среднее в

подгруппе ИПСД – 28,7 балла). Показатели методики в группе женщин с СД II типа были статистически достоверно ниже мужчин, указывая на большую выраженность иррациональных установок.

При помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (CERQ) было выявлено (табл. 2) преимущественное использование продуктивных когнитивных стратегий регуляции аффективных переживаний больными СД II типа (рис.4.), которые способствуют успешной адаптации: «принятие» того, что случилось (среднее в группе – 65,4 соответственно), «позитивная перефокусировка» (среднее в группе – 61,2) с отвлечением мыслей на другие, более приятные события и ситуации вместо размышлений о пережитых затруднениях, «фокусирование на планировании» (среднее в группе – 68,9) с размышлениями о том, какие следующие шаги лучше предпринять по отношению к случившемуся, «рассмотрение в перспективе» (среднее в группе – 63,4), акцентирующее снижение исключительной значимости события за счет его срав-

нения с другими более сложными ситуациями [4]. Для больных ИНСД была характерна «позитивная переоценка» (среднее в группе – 64,8) с поиском положительного смысла произошедшего события как полезного для приобретения нового опыта. Использование деструктивных стратегий больными СД II типа отмечалось на среднем уровне (рис. 5). При сравнении обеих подгрупп более выраженным оказалось проявление дезадаптивных стратегий у больных ИПСД, в частности, таких как «самообвинение» ($55,9 \pm 14,1$ у больных ИНСД и $58,0 \pm 14,5$ у больных ИПСД) с чувством вины себя за случившееся; «руминации» со склонностью к постоянным размышлениям о пережитой трудной ситуации ($59,24 \pm 15,4$ у больных ИНСД и $61,3 \pm 16,3$ у больных ИПСД); «катастрофизации» с обдумыванием глобальных размеров произошедшего события и его отрицательных последствиях ($47,24 \pm 15,5$ у больных ИНСД и $51,2 \pm 14,9$ у больных ИПСД); «обвинение других» с перекладыванием вины за окружающих ($41,9 \pm 17,3$ у больных ИНСД и $42,4 \pm 16,8$ у больных ИПСД).

По данным корреляционного анализа в группе больных сахарным диабетом II типа было выявлено, что при акцентировании «дисфункциональных отношений» более выражены были и иррациональные установки «катастрофизация», «долженствование в отношении себя» и «долженствование в отношении других» ($p=0,05$). Обнаружена также положительная взаимосвязь шкалы «долженствование в отношении себя» с индексом массы тела больных сахарным диабетом II типа: увеличению массы тела сопутствовал рост иррациональных требований к себе, повышающих общую психическую напряженность, провоцирующую возможные осложнения в картине болезни.

Таким образом, анализ когнитивных механизмов регуляции эмоций позволяет оценивать стратегии поведения больных СД II типа с различными вариантами его течения в эмоционально напряженных ситуациях. В процессе регуляции аффективных переживаний больные СД II типа чаще используют продуктивные когнитивные стратегии: принятие того, что случилось; позитивную переоценку и фокусирование на планировании. При ИПСД, как более тяжелой форме

течения заболевания, у больных СД II типа выявлена стойкая аффективная фиксация на негативном событии с деструктивными стратегиями регуляции эмоций: руминация, катастрофизация и обвинения других. Когнитивные механизмы больных СД II типа в регуляции эмоций, предшествующие поведенческим и направленными на психологическое преодоление стресса, важны для анализа специалистами, оказывающими психотерапевтическую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Современные возможности профилактики сахарного диабета II типа // РМЖ. 2007. № 11. С. 916.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. 2017. Т. 20, № 1. С. 13–41. DOI: 10.14341/DM8664.
3. Захарова М.Л. «Шкала дисфункциональных отношений» как метод исследования когнитивных искажений / Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XXIX междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск: СибАК. 2013. С. 55–65.
4. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.
5. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. и др. Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 76–83.

REFERENCES

1. Balabolkin M.I., Klebanova E.M., Kreminskaya V.M. *RMZh*. 2007. № 11. pp. 916.
2. Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K. *Sakharnyi diabet*. 2017. Vol. 20, № 1. pp. 13–41. DOI: 10.14341/DM8664.
3. Zakharova M.L. In: *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii. Proceedings of the XXIX International Conference*. Novosibirsk: SibAK. 2013. pp. 55–65.
4. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*. 2011. № 4. pp. 161–179.
5. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskii V.M. et al. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V. M. Bekhtereva*. 2016. № 1. pp. 76–83.

Поступила 03.04.19.