

## PSICHOSOMATINIAI CUKRINIO DIABETO ASPEKTAI

E. Repšytė, Z. Streikus

Daugelis labiausiai paplitusių neinfekcinių lėtinių ligų šiuo metu nagrinėjami psichosomatinio požiūriu. Psichosomatinis požiūris remiasi prielaida, kad žmogaus kūnas ir psichika sudaro neskaidomą vienvovę, pasireiškiančią socialinėje aplinkoje. Ta vienvovė – tai konkretus žmogus, turintis laisvę pasirinkti, nuspręsti, vienaip ar kitaip interpretuoti, išgyventi ir veikti jį supantį pasaulį. Tokia prielaida dar kartą primena mums Hipokrato mintį, kad svarbu ne tiek, kokia liga sergama, o koks žmogus serga,

Šiomis prielaidomis besiremianti psichosomatinė medicina siūlo:

1. Suprasti sveikatą ir ligą kaip daugiau o – mažiau apibrėžtas organizmo būsenas, kurias lemia psichologiniai, socialiniai veiksniai.
2. Kad sveikata ir liga visuomet yra biopsichosocialinių faktorių sąveika.
3. Kad ligos diagnozė, ligonio tyrimas bei gydymas turi apimti visus tris (biologinius, psichologinius ir socialinius) kintamuosius [7].

Priklausomai nuo aplinkybių biopsichosocialiniai veiksniai labai įvairiu mastu gali veikti žmogaus organizmą.

1. Funkciniai sutrikimai, kuriuos galima visiškai pašalinti.
2. Organinės ligos, kurios negresia gyvybei (radikulitas, išvarža ir pan.).
3. Psichosomatinės ligos, kurios tai paaštrėja, tai yra remisijos būklėje (opinis kolitas, bronchinė astma ir pan.).

4. Ligos su progradientine (blogėjančia) eiga (atskiros lėtinės leukemijos formos, aterosklerotiniai procesai ir pan.).

5. Gyvybei gresiančios ligos, kurios gali būti išgydytos, tačiau potencialiai pažeidžia negrįžtamai (vėžys, širdies miokardo infarktas, insultas).

6. Ligos, kurios yra nepagydomos, bet kontroliuojamos (cukrinis diabetas, reumatoidiniai susirgimai ir pan.).

Iki šiol palyginti mažai psichologiniu požiūriu buvo nagrinėjama galimybė pagerinti būklę, efektyvinti reabilitacijos procesus ligonių, sergančių nepagydomomis, bet kontroliuojamomis ligomis.

1. Ši ligonių grupė gana didelė. Vien cukriniu diabetu (CD) serga maždaug 2% žmonių pasaulyje. Cukrinis diabetas labai didina išeminės širdies ligos, insulto, kojų gangrenos, apakimo pavojų [12].

2. Šios ligos eiga daugiausia priklauso nuo adekvataus požiūrio ir elgesio, turimų būtinų žinių bei asmenybinių ypatybių.

Mūsų darbo tikslas – plačiau apžvelgti vieną ligą iš šios grupės – cukrinį diabetą.

## Psichosomatinių cukrinio diabeto tyrimų apžvalga

Cukrinis diabetas pirmą kartą aprašytas Egipte 1500 m. pr. m. e. kaip liga, „kuria sergant su šlapimu iš kūno pasišalina kaulai ir mėsa“ [1]. Jau seniai pripažinta, kad svarbią rolę ligos atsiradimui bei eigai turi psichologiniai, emociniai veiksniai. Prieš 300 metų T. Vilis (Thomas Willis) nurodė, kad diabetu susergama dėl „ilgai trūkančio liūdesio“ [10].

Pažymėtina, kad dauguma darbų, skirtų psichosomatiniams diabeto aspektams, liečia vaikų ir jaunuolių tyrimus. Mažiau yra duomenų apie cukriniu diabetu sergančius suaugusius, kurių dauguma (90%).

Psichologinius, psichosomatinius diabeto aspektus aiškina daugelis teorijų. Antai psichoanalitinės

teorijos šalininkų nuomone (S. P. Stein, E.S.Charles), psichologiniai veiksniai, lemiantys CD etiologiją, - tai ankstyvi psichologiniai konfliktai (prieklausomybė) [10]. Dėl jų atsiranda neurozė, kuri reiškiasi sutrikusia medžiagų apykaita. Psichologinis konfliktas dėl Ego mažo talpumo neišsprendžia sąmoningu lygiu ir todėl reiškiasi primityvesniu - kūnišku lygiu.

Ilgą laiką buvo ieškoma (R. W. Palmer, K. Falstrom) asmenybės savybių, kurios lemia cukrinio diabeto atsiradimą ir yra būdingos sergantiems šia liga [3, 8]. Gauti prieštaringi duomenys. Vientisa „diabetinė“ asmenybė taip ir nebuvo aprašyta.

Dar kita teoretikų grupė (W. D. Meninger, W. D. Ross, G. E. Daniels, E. J. Falstein ir kt.) teigia, kad klinikinį diabeto pasireiškimą greitina gausūs aplinkos ir emociniai stresai į organiškai silpnas, pažeidžiamas kūno sistemas. Tai, autorių nuomone, gali būti ir psichologinis pažeidžiamumas - reikšmingų tarpasmeninių ryšių, objektų, kultūrinių vertybių netekimas [10]. Daug tyrėjų (C. Bradley, L. E. Hinkle, S. Wolf) pažymi, kad jaudinančios gyvenimo įvykiai susiję su diabeto kompensacijos sutrikimu, padidėjusiu gliukozurijos atvejų skaičiumi, pakitimais analizėse, dažnesne hospitalizacija [1, 2]. A. M. Džekobsonas ir bendraautoriai (A. M. Jacobson, I. R. Lawrence, S. T. Hauser) nurodo [5], kad tuo metu, kai diagnozuojama retinopatija, kai ji sparčiai progresuoja, ligoniai patiria daug nemalonių išgyvenimų. Tuo metu, palyginti su norma, pamažėja ar padaugeja jų kraujyje gliukozės. Taigi nemalonūs įvykiai gali būti tolesnės retinopatijos vystymosi rizikos faktoriumi. Šio tyrimo autoriai aptiko dar vieną dėsningumą: retinopatija sudaro sąlygas psichiatrinės simptomatikos atsiradimui. Nepaisant nustatytų dėsningumų ir atskirų faktų gausos, tai mechanistine, dualistine, kauzaline teorija.

Kitų autorių nuomone (I. Judas, H. V. Pice, A. E. Fischer), emociniai veiksniai tik išprovokuoja somatinę ligą - diabetą. Ji pati, būdama daugelio stresų šaltinis, veikia vaiko asmenybės forma-

vimąsi ir gali sukelti intrapsichinius ar tarpasmeninius konfliktus, kurie savo ruožtu sukelia psichopatologinius simptomus ar ligas [10]. Šiai tyrimų kryptčiai taip pat būdingas dualistinis požiūris.

Atsiribodama nuo koncepcijų, aiškinančių įvairius CD psichosomatinius aspektus, formuojasi atskira tyrimų krypttis - elgesio medicina, kuri nagrinėja, kaip režimo taisyklių laikymasis gali pagerinti diabeto kompensaciją, pacientų socialinį prisitaikymą, sumažinti komplikacijų atsiradimo tikimybę.

R. Haltmejeris (R. Haltmeyer) nurodo, kad svarbūs rizikos faktoriai CD atsirasti yra netinkami mitybos įgūdžiai šeimoje, nepakankamas fizinis aktyvumas [13]. Daugelio autorių duomenimis (N. Laprent, E. Eschevege, J. Canivet), sergantys diabetu yra mažai informuoti apie ligą, jos galimas komplikacijas ir gydymą [13]. Nustatyta (R. R. Wing, R. H. Lidz), kad sergantys CD prastai laikosi dietos, režimo [1, 11]. Ilgą laiką diabetiko jausmų, nuotaikų, emocinių būsenų reiškinys nebuvo siejamas su medicininiu režimu.

E. B. Fišeris [3] atkreipia dėmesį, kad pats diabetas žmogui kelia daug stresų: juk reikia laikytis dietos, riboti dienos aktyvumą, vartoti vaistus ar leisti insuliną. Susiduriama su nepalankiu bendraamžių ir šeimos narių vertinimu ir kt. Jau pats CD nustatymo momentas labai svarbus, nes jaudinasi tiek pacientas, tiek jo šeima. Nuo to, kaip liga priimama, kaip pacientas ir jo artimieji susidoros su daugeliu ateityje kylančių sunkumų, priklauso tolesnė jos eiga.

Ypač svarbu, kad sergantis diabetu ligonis pats aktyviai dalyvautų gydyme. Ligonio elgesys daugiausia priklauso nuo to, kaip jis pats suvokia ir vertina savo ligą. E. Haimas (E. Heim) išskiria 3 reakcijas į savo ligą, ligos vertinimo formas, kurios visiškai tinka CD sergantiems asmenims [4]:

1. Ligos neigimas. Psichiniai mechanizmai padeda sukurti „savo“ teoriją vienam ar kitam reiškiniui paaiškinti. Tai psichologinės krizės neigimo taktika. (Nustatyta, kad kai kurios moterys, turin-

šios krūtines sukietėjimų, sugeba tai paaiškinti, nors yra toli pažengęs vėžinis procesas. Taipogi neretai hospitalizuoti po miokardo infarkto ligoniai pabėga, nes jaučiasi iš esmės sveiki.)

2. Ligos įvertinimas sunkinamas tuo, kad ligonis išryškina tik vieną pašalinį ligos aspektą ir jį ypač akcentuoja. (Pvz., turintis širdies ydą ar CD sergantis ligonis skundžiasi dideliais kojų skausmais, o šiaip – viskas esą gerai.)

3. Ligoniai, kurie ypač skundžiasi ligos simptomais, tuo užimdami gynybinę poziciją. Dažniausiai tai isteriško tipo pacientai. Jiems ligos simptomai – ir bendravimo priemonė, ir priemonė savo aplinkai pagerinti.

Kai kurių autorių nuomone (J. D. Tarnow, J. Warren-Boulton, E. Anderson, M. Schwartz, H. Drexler), naudingi grupiniai diabetikų susitikimai. Tokios grupės gali padėti atsikratyti pacientams įkurių minčių, kad serga diabetu, sumažinti vienišumo jausmą, geriau save vertinti [3, 10]. Tai ypač svarbu paaugliams (grupeje vyksta identifikacija su bendraamžiais). Grupinių užsiemimų metu mažinamas stresas, kurį patiria ligoniai – jie mokosi savipriežiūros elementų, randa stresų, sunkumų nugalėjimo naujų strategijų. Užsiemimai didina pacientų socialinį aktyvumą, prisitaikymą mokykloje.

Didelę reikšmę paciento prisitaikymui, diabeto kontrolei turi jo šeima. Konfliktai, nesutarimai šeimoje gali veikti kaip ilgalaikis stresas. Per didelę priklausomybę nuo aplinkinių globos gali sukurti savęs kaip negalinčio savarankiškai veikti, silpno, neatsargaus asmens vaizdą. Toks paauglys itin jautrus stresams. Nurodoma (S. Minuchin, M. Koshi), kad tokiais atvejais šeimos terapija padeda atkurti reikiamus tarpusavio santykius, išmokyti vaikus savarankiškumo, pasitikėjimo savimi, padeda įvaldyti naujus streso įveikimo būdus, sumažinti jaudinančių įvykių kiekį, pagerinti CD kompensaciją, mažiau kartų reikia guleti ligoninėje.

Iš daugelio darbų (W. Luthe, J. H. Schultz, J. E. Fowler ir kt.) matyti, kad patarimai dėl relaksacijos, relaksacija su atgaliniu biologiniu ry-

Šiu gali reikšmingai sumažinti sergančių diabetu jautrumą stresogeniniams įvykiams, ketoacidozių, acetonurijos epizodų dažnumą, reguliuoti gliukozės kiekį kraujyje [1].

Nustatyta (J. S. Lawson, D. L. Williams Erdahl ir bendr.), kad intelektualinis insulinu gydomų diabetikų statusas nėra reikšmingai žemesnis, negu to pat amžiaus kontrolinės grupės asmenų [6]. Pagrindiniai pacientams būdingi simptomai buvo greitas nuovargis ir sumažėjusi energija [9]. Jie pasireiškė stipriau, negu prislegta nuotaika, nors pasitaikydavo tarp CD sergančių ir apimtų depresijos. Susierzinimą, energijos stoką pirmieji pastebėdavo šeimos nariai, o ne patys pacientai, netgi tada, kai šie simptomai pasireiškėdavo intensyviai ir destruktiviai veikdavo šeimyninį gyvenimą. Diabetas, autorių nuomone, – tai liga, bet jei ji tinkamai kontroliuojama, leidžia pacientui gyventi normalų gyvenimą. Kai kurie ligos metu pasireiškiantys simptomai gali sukelti tam tikrų nepatogumų, sumažinti ligonių funkcines galimybes, kliudyti šeimyniniam gyvenimui, jį trikdyti, ypač asmenų, susirgusių CD vaikystėje.

Kiekviena tyrimų kryptis pasiekė nemažai, bet paėmus atskirai jos nepakankamai atskleidžia psichosomatinius CD aspektus. Dėmesio susilaukė konstruktyvus M. Peiro ir J. F. Makmeri (M. Peyrot, J. F. McMurry) darbas. Autoriai pasiūlė daugiafaktorį modelį, rodantį tarpusavio ryšius tarp įvairių psichosocialinių kintamųjų ir jų poveikį biologiniams procesams. Modelis remiasi hipoteze, kad psichosocialiniai veiksniai reguliuoja medžiagų apykaitą tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai.

Darbe buvo įvertinti tokie faktoriai:

1. Polinkis ieškoti pagalbos arba mokytis savi-priežiūros elgesio.

2. Orientacija į problemas (problemy vengimas arba atmetimas, jų sprendimas, konfrontacija su jomis).

3. Orientacija į sveikatą (atsakomybė už savo sveikatą, normalus, adekvatus elgesys, nukreiptas į save ir kitus).

4. Psichologinis jautrumas. (Tam tikras psichologinis jaudinimas reikalingas, kad kiltų motyvacija veiklai. Tačiau jei jaudinimas per stiprus, ligonis ima trauktis arba pasimeta.)

5. Socialiniai veiksniai (sveikatos apsaugos prieinamumas, draudimo nebuvimas, žinios apie diabetą ir jo gydymą). Pokalbiai su ligoniais parodė, kad darbo vietos reikalavimai ir rutina yra didžiausia kliūtis, laikantis savipriežiūros režimo.

6. Psichologiniai veiksniai (ligonių emocijos, ligos suvokimas, vertinimas).

7. Netiesioginiai veiksniai (sutuoktinio pagalba, palaikymas, atgalinis ryšys, kurį pacientai gauna, suprasdami ir keisdami savo būseną).

Šiame darbe įrodyta, kad insulinu gydomų pacientų diabeto kontrolė labai priklauso nuo anksčiau aprašytų psichosocialinių veiksnių. Daroma išvada, kad priežiūra, režimas veikia SD kontrolę tiek elgesio, tiek psichofiziologinių mechanizmų lygiu. Psichosociologinių veiksnių įtaka ligai, autorių nuomone, negali būti suprasta, tiriant tuos veiksnius atskirai.

## Tyrimo uždaviniai ir metodikos

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti diabetu sergančių ligonių psichologines ypatybes (nerimą, depresyvumą, neurotiškumą) ir jų kitimą sanatorinio gydymo metu.

2. Nustatyti ligonių reakcijos į savo ligą ypatybes ir jos savaiminius pokyčius somatiškai orientuoto gydymo proceso metu.

3. Įvertinti CD sergančių psichologinio pobūdžio simptomatikos korekcijos galimybes sanatorijoje.

Druskininkų „Nemuno“ sanatorijos endokrinologiniame skyriuje ištyrėme 180 asmenų, sergančių cukriniu diabetu, nuo 25 iki 60 metų amžiaus, 53 vyrus ir 127 moteris.

Tirta du kartus – sanatorinio gydymo pradžioje ir pabaigoje, taikant šias metodikas: Nusiskundimų apklausos lapą, Spilbergerio-Chanino nerimo skalę,

Bechterevo instituto asmenybės klausimyną ir Cungo depresijos įvertinimo skalę. (Metodikos aprašytos šiame leidinyje spausdinamame Z. Streikaus ir A. Trimonytės straipsnyje.)

Pagal pirmojo tyrimo rezultatus atrinkta 50 ligonių, kuriems būdingas vidutiniškai išreikštas asmenybinis ir situacinis nerimas, depresiškumas bei ryški funkcinė neurotinė simptomatika. Šie ligoniai sudarė eksperimentinę grupę. Jiems buvo taikoma psichofizinė treniruotė pagal K. Dineikos metodiką. Užsiėmimų metu požiūrio į ligą klausimai nebuvo liečiami.

### **Rezultatų analizė**

Eksperimentinės grupės ligoniams gydymo pradžioje nustatytas vidutinis depresijos lygis (42,2 balo), aukštas asmenybinis nerimas (56,6 balo) ir vidutinis situacinis nerimas (49,5 balo), kurie statistiškai reikšmingai ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$  ir  $p < 0,001$ ) skyrėsi nuo kontrolinės grupės ligonių (130 asmenų) rezultatų (38,3 balo – žemo depresijos lygio, 49,23 balo – vidutinio asmenybinio nerimo ir 42,3 balo – vidutinio situacinio nerimo). Gydymo pabaigoje visiems ligoniams nustatytas žemesnis depresiškumo lygis, asmenybinis ir situacinis nerimas. Eksperimentinės ir kontrolinės grupės ligonių rezultatai tarpusavyje statistiškai reikšmingai nebesiskyrė ( $p > 0,50$ ,  $p > 0,05$  ir  $p > 0,50$ ).

Nusiskundimų apklausos lapu gydymo pradžioje eksperimentinėje grupėje 44% ligonių buvo nustatyta stipriai išreikšta neurotinė simptomatika ir 20% ligonių – vidutiniškai išreikšta neurotinė simptomatika. Kontrolinėje grupėje stipriai išreikšta neurotinė simptomatika gydymo pradžioje nustatyta 37% ligonių, o vidutiniškai išreikšta – 15% ligonių (kiek rečiau negu eksperimentinėje grupėje).

Gydymo pabaigoje vidutiniškai išreikšta neurotinė simptomatika nustatyta jau rečiau – 12% eksperimentinės ir 12% kontrolinės grupės ligonių. Stipriai išreikšta neurotinė simptomatika – 26% eksperimentinės ir 29% kontrolinės grupės ligonių.

Gydymo pradžioje psichologiškai stabilių (sprendžiant pagal funkcinę neurotinę simptomatiką) asmenų kur kas daugiau buvo tarp kontrolinės grupės ligonių (48%) negu eksperimentinėje grupėje (36% ligonių), o gydymo pabaigoje psichologiškai stabilių asmenų nustatyta jau kiek daugiau eksperimentinėje (62% ligonių) negu kontrolinėje grupėje (59%).

Gydymo pradžioje eksperimentinės grupės ligoniai pateikė daugiau (9,53) negu kontrolinės grupės asmenys (8,96) somatinių nusiskundimų ir daug daugiau ( $p < 0,001$  - 11,57) psichinio pobūdžio nusiskundimų negu kontrolinės grupės ligoniai (8,37). Eksperimentinės grupės ligoniai daug daugiau skųsdavosi ( $p < 0,05$  - 21,1) negu kontrolinės grupės (17,33).

Gydymo pabaigoje psichinio pobūdžio nusiskundimų skaičius abiejose ligonių grupėse jau buvo panašus (7,65 nusiskundimai eksperimentinės ir 7,42 - kontrolinės grupės asmenų), o kontrolinės grupės ligoniai somatinių nusiskundimų jau pateikė daugiau (7,97) negu eksperimentinės grupės asmenys (7,2). Kontrolinės grupės ligoniams gydymo pabaigoje nustatytas didesnis bendras nusiskundimų skaičius (15,39) negu eksperimentinės grupės asmenims (14,86).

Taigi funkcinę neurotinę simptomatiką gydymo pradžioje buvusi stipresnė tarp eksperimentinės grupės ligonių, gydymo pabaigoje jau nebesiskyre, o pagal kai kuriuos požymius buvo net silpnesnė negu kontrolinės grupės.

Reikia pažymėti, kad jau pats sanatorinis kurortinis gydymas (režimas, nauja socialinė ir kultūrinė aplinka, fiziooterapinės procedūros, mankšta, pasivaikščiojimai, aktyvios gydymo procedūros) teigiamai veikia ligonių funkcinę neurotinę simptomatiką, nerimą, depresiškumą. Gydymo pabaigoje šios charakteristikos statistiškai patikimai sumažėjo abiejose grupėse.

Kaip jau minėta literatūros apžvalgoje, itin svarbi ligonių charakteristika - požiūris į save, savo ligą, gydymą. Anksčiau sanatorijoje atlikti tyrimai

[14] parodė, kad asmenų, sergančių CD ir turinčių nepalankų „vidinį ligos vaizdą“, yra prastesni sanatorinio gydymo rezultatai (jie rečiau ( $p < 0,001$ ) baigia gydytis su gydymo efektyvumo įvertinimu „pagerėjimas“ ir „žymus pagerėjimas“), blogesne diabeto kompensacija.

Dabar atliktame tyrime Bechterevo instituto asmenybės klausimynu gydymo pradžioje 70% tirtų ligonių buvo nustatytas neadekvatus asmenybės reakcijos į ligą tipas. Gydymo pabaigoje jau kur kas dažniau ( $p < 0,001$ ) – net 80% asmenų reagavo į ligą neadekvačiai.

Apibendrinus galima pasakyti, kad diabetu sergančių reakcijai į ligą būdinga nerimastinga, prislegta nuotaika, beviltiškumas, nekritiškas savo ligos vertinimas (perdėto dėmesio sau, savo būklei skyrimas, reikalavimas, arba priešingai – ligos reikšmingumo menkinamas, nerūpestingumas, dažnai pasireiškiantis režimo nesilaikymu).

Aktyvaus, adekvataus santykio į save, ligą nebuvimas labai sunkina CD sergančių asmenų somatinę bei psichinę būseną, neleidžia taikyti ligoniams aktyvumo reikalaujančių gydymo metodikų bei remtis jų parama, laikantis režimo reikalavimų.

## Išvados

1. CD sergantiems ligoniams būdingas vidutinis asmenybinis ir situacinis nerimas, depresiškumas, ryški funkcinė neurotinė simptomatika.

2. Diabetu sergantys ligoniai neadekvačiai reaguoja į savo ligą. Jei sanatorinio gydymo metu reakcija aktyviai nekoreguojama, tai jo pabaigoje reiškiasi net dar didesniu neadekvatumu.

3. Psichofizinė treniruotė reikšmingai mažina ligoniams būdingas psichologines ypatybes (nerimą, depresiškumą, neurotizaciją).

## LITERATŪRA

1. Barglow P., Hatcher R., Edidin D.V., Sloan-Rossiter D. Stress and metabolic control in diabetes: Psychosomatic evidence and evaluation of methods//Psychosom. Med. 1984. Vol. 46, N 2. P. 127-144.

2. Bradley C. Life events and the control of diabetes mellitus//J. Psychosom. Res. 1979. Vol. 23. P. 159-162.

3. Fisher E. B., Delamater A. M., Betterson A. D., Kirkley B. G. Psychological factors in diabetes and its treatment//J. Consult. Clin. Psych. 1982. Vol. 50, N 6. P. 993-1003.

4. Heim E., Moser A., Adler R. Defence Mechanisms and Coping Behaviour in terminal illness//Psychoter. Psychosom. 1978. Vol. 30. P. 1-17.

5. Jacobson A. M., Lawrence I. R., Hauser S. T. Psychologic stress and glycemic control: A comparison of patients with and without proliferative diabetic retinopathy//Psychosom. Med. 1985. Vol. 47, N 4. P. 372-381.

6. Lawson J. S., Williams Erdahl D. I. Monga T. N. et al. Neuropsychological function in diabetic patients with neuropathy//Brit. J. Psychiat. 1984. Vol. 145. P. 263-268.

7. Lipowski Z. J. What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry//Psychosom. Med. 1984. Vol. 46, N 2. P. 153-171.

8. Peyrot M., McMurry J. F. Psychosocial factors in diabetes control: Adjustment of Insulin-Treated Adults//Psychosom. Med. 1985. Vol. 47, N 6. P. 542-557.

9. Surridge D. H. C., Williams Erdahl D. L., Lawson J. S. et al. Psychiatric aspects of diabetes mellitus//Brit. J. Psychiat. 1982. Vol. 145. P. 269-276.

10. Tarnow J. D., Silverman S. W. The psychophysiologic aspects of stress in juvenile diabetes mellitus//Int. J. Psychiat. Med. 1981-1984. Vol. 11, N 1. P. 25-43.

11. Wing R. R., Epstein L. H., Nowalk M.P., Lamparski D. M. Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus// Psychol. Bull. 1986. Vol. 99, N 1. P. 78-89.

12. Комитет экспертов ВОЗ по сахарному диабету. М.: Медицина, 1981.

13. Родионова В. К. Факторы образа жизни больных сахарным диабетом (Обзор литературы)//Медиц. реферат. журн. Эндокринология, 1985. Т. 20, № 4. С. 18-21,

14. Саленикович Г. А., Репшите Э. Зависимость эффективности курортного лечения больных сахарным диабетом от некоторых особенностей их болезни и личностных качеств// Актуальные проблемы курортной профилактики, лечения и реабилитации больных: Тез. н.-теор. конф. Вильнюс, 1987.

Lietuvos respublikinė profsąjungų  
kurortų valdymo taryba

Kurortologijos mokslinio tyrimo  
laboratorija

Įteikta  
1988 10 22

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Э. Репшите, З. Стрейкус

### Резюме

В статье сахарный диабет (СД) рассматривается как неизлечимое, но контролируемое психосоматическое заболевание, в преодолении которого важное значение имеет активное участие самого больного. Содержится обзор литературы, изучающей психосоматические закономерности заболевания.

В результате исследований установлено, что для больного СД характерна средняя личностная и ситуационная тревога, повышенная депрессивность и выраженная невротическая симптоматика. Психофизическая тренировка достоверно уменьшает функциональную невротическую симптоматику больных. У больных сахарным диабетом установлена неадекватная реакция на заболевание, которая не скорректирована, в конце соматически ориентированного санаторного лечения отличалась еще большей неадекватностью.

# PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF DIABETES MELLITUS

E. Repšytė, Z. Streikus

## Summary

Diabetes mellitus is commonly considered to be a disease that is incurable, but may be properly controlled. It is a kind of chronic psychosomatic disease, the management and self-care of which is presumed to be influenced greatly by the patients beliefs, emotions and his active participation in the treatment.

Literature on psychosomatic aspects of diabetes is reviewed in the paper.

The study suggests that patients with diabetes have a markedly increased trait and state anxiety, as well as neurotization.

The very notable feature of these patients is an inadequate reaction to their disease, self-care, which doesn't show any changes during somatic-oriented medication.