

## Психологические аспекты диетотерапии при сахарном диабете 2 типа

Е.Г. Старостина

ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

### Важность изучения психологических аспектов питания

Диета, пожалуй, самое употребительное слово в лексиконе эндокринологов и диабетологов и самое неприятное — для больных сахарным диабетом (СД). Именно ограничения в отношении тех или иных аспектов питания создают у больных СД отрицательное отношение к своему заболеванию, поскольку они требуют отказа от сложившихся привычек и вкусов, существенного изменения стиля жизни, нередко — постоянной «борьбы» с аппетитом. И если при СД 1 типа уменьшение диетических ограничений для обученных пациентов — так называемая либерализованная диета — позволяет намного облегчить жизнь больному, не ухудшая компенсации СД [3, 11], то правила питания при СД 2 типа, тем более в сочетании с ожирением, по-прежнему принципиально основаны на ограничениях. Кроме того, вряд ли можно найти рекомендации более многочисленные, трудные для исполнения, противоречивые и зачастую неверные, чем те, которые получают больные СД в отношении питания. Несомненно, это одна из причин, которые приводят пациентов к отказу от выполнения каких-либо рекомендаций вообще.

Диетотерапия, или, как все чаще принято говорить, рациональное питание, является основой немедикаментозного лечения больных сахарным диабетом СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением [17, 29]. Посвященные ей научные исследования и публикации исчисляются сотнями, если не тысячами [13, 29]. Однако поведение больных СД, связанное с приемом пищи, т. е. с выполнением диетических рекомендаций, а также их пищевые установки и восприятия изучены недостаточно. Как мы подробно обсуждали ранее [2], у пациентов с ожирением прием пищи тесно связан с психоэмоциональным состоянием посредством биохимических, физиологических, психологических и, возможно, генетических механизмов. Нет никаких оснований полагать, что после того, как к ожирению присоединяется СД 2 типа, психологические проблемы, связанные с приемом пищи, становятся менее выраженными или менее актуальными для пациента. Более того, пациенты с СД 2 типа в целом больше находят-

ся под врачебным контролем, чем лица с ожирением, вследствие чего, как правило, получают еще более настойчивые диетические рекомендации; более того, декомпенсацию СД пациенты и врачи нередко связывают именно с нарушением диеты. Однако мы недостаточно знаем о том, что мешает пациенту соблюдать диету, почему один пациент может это делать, а другой — нет, как повысить комплаентность пациентов по отношению к рациональному питанию.

### Стиль питания как многоаспектная характеристика приема пищи

Для обозначения совокупности психологических факторов, относящихся к приему пищи, — представлений пациентов о питании, их отношений, восприятий, установок и т. д., включая характеристики приема пищи как такового, структуру фактического питания, в дальнейшем мы предлагаем использовать термин «стиль питания». Это понятие более всесторонне, чем традиционно используемое — охватывает «пищевое поведение», так как охватывает не только поведенческие, но и аффективные (эмоциональные), мотивационные, когнитивные (познавательные) аспекты деятельности пациента, связанной с приемом пищи. Подчеркнем, что при обсуждении стиля питания в данном случае мы не имеем в виду такие расстройства приема пищи, как психиатрические нозологические формы (нервная булимия, нервная анорексия и т. д.).

### Резюме диетических рекомендаций при сахарном диабете 2 типа

Далеко не полный перечень основных диетических рекомендаций при СД 2 типа с избыточной массой тела и ожирением включает следующее [29]:

- ограничение общей калорийности на 500–1000 ккал в сутки от количества калорий, необходимых для поддержания имеющейся массы тела (умеренно гипокалорийное питание) (А);
- ограничение общего количества жира в пище до менее 30% от суточной калорийности (А);
- ограничение насыщенных жиров до менее 7% от суточной калорийности (А);
- использование бескалорийных сахарозаменителей безопасно (А);

- подсчет по хлебным единицам (для пациентов на инсулинотерапии) (А);
- обязательное достаточное потребление углеводсодержащих продуктов из цельного зерна, фруктов и овощей, а также обезжиренных молочных продуктов (В);
- некоторое ограничение легкоусвояемых углеводов (не более чем нужно для здорового человека) (В);
- достаточное потребление продуктов, содержащих клетчатку (В);
- потребление рыбы не менее двух раз в неделю (за исключением готовых к употреблению полуфабрикатов рыбного филе) как источника n-3-полиненасыщенных жирных кислот (В);
- потребление полиненасыщенных жиров в размере 10% от суточной калорийности (С);
- распределение углеводов на несколько приемов в течение дня в одно и то же время (для пациентов, получающих препараты сульфонилмочевины или инсулин) (С);
- ограничение потребления холестерина с пищей до менее 20 мг в сутки (Е);
- минимизация потребления трансненасыщенных жирных кислот (Е).

В скобках указаны классы рекомендаций, от А (рекомендации с наиболее высоким уровнем доказанности) до Е (мало доказанные рекомендации, выработанные больше на основе теоретических представлений, чем клинически подтвержденные). Одного взгляда на этот список достаточно, чтобы понять, что ежедневное, длительное соблюдение даже обоснованных диетических рекомендаций на практике будет представлять достаточно большую трудность. Ситуация осложняется следующими вмешивающимися факторами [5, 28, 37]:

- наряду с обоснованными, медицинский персонал нередко дает и мало обоснованные рекомендации по питанию;
- пациенты нередко пытаются воплотить в жизнь не всегда грамотные и доказательные сведения, полученные из средств массовой информации, от знакомых, других пациентов и т. д.;
- возможна также неправильная интерпретация и непонимание полученной информации;
- во многих случаях врачи склонны давать слишком большое количество детальных рекомендаций [4], соблюдение которых еще менее вероятно.

### «Диетические барьеры» как факторы, препятствующие соблюдению диеты

С точки зрения пациента, необходимости соблюдения диетических рекомендаций противостоит в первую очередь уже сложившийся стереотип питания, на который влияют привычки больных, традиции, вкусовые предпочтения, образ жизни, уровень дохода и т. д. Больные СД воспринимают диету как один из компонентов жизни с СД, наиболее нарушающих их повседневную жизнь [6, 9, 20]. Так, соблюдение не слишком строгой диеты пациенты считали достоверно более обременительным, чем прием пероральных сахароснижающих препаратов, но менее обременительным, чем инсулинотерапия. Однако соблюдение более

строгой диеты, направленной на снижение массы тела по степени обременительности не отличалось от инсулинотерапии. Несмотря на это, комплаентность пациентов (по данным их самоотчета) в отношении приема пероральных средств и инсулинотерапии была значительно выше, чем в отношении соблюдения даже не очень строгой диеты [36].

Следовательно, необходимость существенного изменения питания в соответствии с многочисленными рекомендациями ограничительного и избирательного характера (часть из которых, повторимся, мало обоснована, что не является предметом данной публикации), влияет на степень выполнения этих рекомендаций, психологическое состояние и качество жизни пациента [7, 33]. И действительно, большинство зарубежных исследований показали низкую комплаентность пациентов относительно «диабетического» режима, в частности диеты. Диетические рекомендации соблюдают не более половины больных СД [10, 16], причем диета является для них самым проблемным компонентом диабетического режима [19, 21, 24], по значимости превышающим любые социальные аспекты. Причины этого могут носить психосоциальный (например, вынужденное, нежелательное привлечение внимания окружающих) или соматический характер (например, чувство голода, слабость) [6, 12].

К. McCaul и соавт. [25] предложили изучить ограничения и препятствия, которые больные испытывают при попытке соблюдения диеты, и впервые предложили термин «диетические барьеры». Именно диетические «барьеры» являются важнейшими причинами несоблюдения диетических рекомендаций. Диетические «барьеры» имеются у 85–87% больных СД [26, 35]. Широкий спектр диетических барьеров можно классифицировать примерно следующим образом [8, 15, 18, 36]:

- барьеры, обусловленные собственно врачебными рекомендациями и качеством взаимодействия врача и пациента: чувство голода или головокружения, несоответствие рекомендаций индивидуальным особенностям, отсутствие рекомендаций по питанию, несогласие пациента с рекомендованной степенью снижения веса, неверие медицинскому персоналу, языковыми барьерами между пациентами и врачами;
- барьеры, обусловленные особенностями пациента: ощущение дистресса и невозможность купировать его приемом пищи, отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей, отсутствие интереса к питанию, стремление к независимости, экономические аспекты;
- барьеры, обусловленные культуральными и социальными обстоятельствами (например, этническим предпочтением национальной пищи).

Авторы всех упомянутых исследований едины во мнении о том, что изучение диетических «барьеров» необходимо, поскольку именно они приводят к низкой комплаентности пациентов относительно питания. Существует два принципиально различных метода изучения диетических «барьеров», результаты которых не всегда совпадают. В основе первого – составление перечня диетических «барьеров» экспертами с последующей балльной оценкой каждого «барьера» пациентами в пилотных исследованиях [21, 31].

Второй метод — опрос больных СД о возможных диетических «барьерах» и выбор наиболее распространенных из них [6, 14]. Наиболее полный опросник диетических «барьеров» был разработан R. Friele и соавт. [14], использовавшими второй из упомянутых методов, базирующийся на предложениях пациентов.

### Способы преодоления диетических барьеров

На адекватные и неадекватные диетические рекомендации пациенты реагируют по-разному. Эти реакции, или способы совладания (копинга, от англ. *to cope* — справляться, совладать) с диетическими «барьерами», варьируют от полного отказа от соблюдения диеты и игнорирования рекомендаций (негативный, или некомплаентный копинг) до частичного соблюдения (промежуточный копинг) или полного соблюдения (положительный, или комплаентный копинг).

Способы совладания с диетическими рекомендациями, т. е. возможные варианты поведения пациентов в ответ на диетические «барьеры», слабо изучены даже за рубежом. Крайне мало известно об альтернативах, к которым прибегают больные СД взамен соблюдения диетических рекомендаций [34]. Имеется лишь один стандартизованный опросник голландских авторов [14], которые в пилотном исследовании выявили у 153 больных СД в общей сложности 273 различных метода преодоления диетических барьеров.

Многие варианты совладающего поведения относительно питания формируются в результате того, что пациенту нередко приходится выбирать между достижением двух разных целей: хорошее самочувствие или хорошие показатели гликемии. Достижение обеих целей одновременно часто оказывается невозможным: соблюдение диеты в ряде случаев может привести к тому, что больной будет испытывать голод или пересыщение, ему придется отказаться от привычных продуктов или перестать встречаться с людьми в той обстановке, к которой они привыкли. С другой стороны, несоблюдение диеты может сопровождаться ущербом для здоровья, например, для уровня гликемии, массы тела, показателей липидного обмена, а это, в свою очередь, может способствовать чувству вины, тревоги за собственное здоровье (нередко усиливаемым врачами) и формированию новых «барьеров». Так замыкается «порочный круг» низкой комплаентности в отношении правил рационального питания.

### Структура питания, восприятие пищи и установки больным сахарным диабетом по отношению к диете

Больные СД воспринимают адекватность диетических рекомендаций в зависимости от того, что они сами думают о роли питания и различных продуктов в их состоянии здоровья и от стиля питания, который уже сформировался за предыдущую жизнь под воздействием этих представлений [32]. Вот почему изучение индивидуального стиля питания пациента необходимо для оптимизации диетических рекомендаций.

Качественные и количественные изменения в питании, которые осуществляют больные СД, не всегда целесообразны с нутритивной, медицинской точки

зрения [27]. На выбор конкретного продукта пациентом влияет ряд установок, или мотивов, связанных с его собственным восприятием пищи и тем значением, которое она для него имеет. Эту индивидуальную, сложносоставную оценку той или иной пищи любым человеком А. Niewind и соавт. [27] обозначают как «пищевое восприятие» (*food perception*). Пищевые восприятия очень субъективны и подразделяются на культурально-обусловленные, социально-обусловленные и личностные [23].

Исследования, проведенные у здоровых лиц и в популяции людей старческого возраста, показали, что частота потребления тех или иных пищевых продуктов теснее коррелирует с такими пищевыми восприятиями, как вкус, польза/вред для здоровья, удобство применения, знакомство с пищей, вопросы престижа и переносимости; кроме того, возможны возрастные и половые различия пищевых восприятий [22, 23, 30]. Исследования пищевых восприятий у лиц с хроническими заболеваниями весьма немногочисленны, а у больных СД их изучали только А. Niewind и соавт. [27]. Можно предположить, что у лиц с хроническими заболеваниями ведущим элементом пищевых восприятий становится то значение, которое они придают пище как фактору, влияющему на собственное здоровье. Состояние здоровья больных СД имеет несколько составляющих: а) общее состояние здоровья; б) настоящее состояние здоровья, непосредственно связанное с текущим уровнем гликемии; в) будущее состояние здоровья, зависящее от развития поздних сосудистых осложнений. Следовательно, целесообразно изучать пищевые восприятия, которые имеют отношение к названным трем составляющим здоровья.

Вкусовое восприятие, отражающее сенсорный компонент пищевых восприятий, может быть сильным прогностическим фактором выбора тех или иных продуктов [27, 30]. Однако неизвестно, как эти предпочтения меняются при получении особых диетических рекомендаций при СД. Поскольку пациенты с СД должны принимать пищу не менее 3, а в ряде случаев — 5 раз в сутки, а также (при проведении сахароснижающей терапии препаратами сульфонилмочевин или инсулином) распределять углеводы на приемы в течение всего дня, для них возникает еще один новый аспект пищевого восприятия — удобство приема пищи.

С учетом перечисленных факторов, была разработана шкала для оценки субъективных пищевых восприятий [27] по следующим аспектам, важным для больных СД: оценка вкусовых свойств продукта, оценка удобства применения продукта, оценка влияния продукта на состояние здоровья в целом, на течение СД, на сердечно-сосудистую систему.

С помощью этой шкалы удалось показать, что больные СД приписывают различным продуктам разное влияние на три выше названных компонента здоровья, что пищевые восприятия тесно зависят от мнения об удобстве применения продукта, но самым сильным предиктором потребления, как и ожидалось, остается вкусовое восприятие продуктов.

### Клиническое значение исследований стиля питания при сахарном диабете

Для достижения целей лечения больные СД должны уметь самостоятельно поддерживать желаемый уровень гликемии, находя баланс между питанием, сахароснижающей терапией и физической активностью, при этом без существенного ущерба для качества жизни. Следовательно, изучение стиля питания больных СД (структуры фактического питания, комплаентности относительно питания, диетических «барьеров» и методов диетического копинга, пищевых восприятий) необходимо для разработки методов лечения и обучения, более ориентированных на пациента и его индивидуальные потребности, для оптимизации диетических рекомендаций, методов обучения больных, а

также понимания причин возможных неудач в ведении пациентов. С нашей точки зрения, необходимо установить и другие возможные аспекты неблагоприятного действия диетических «барьеров» — соматические, психосоциальные, экономические (для пациента). Результатам исследования именно этих аспектов, которые были лишь кратко представлены ранее [1] и будут посвящены наши последующие публикации. Это исследование представляется нам тем более необходимым, что стиль питания и его «взаимодействие» со стандартными диетическими рекомендациями для больных СД в нашей стране, бесспорно, не является идентичным таковому у зарубежных пациентов, поэтому переносить существующие литературные данные на нашу популяцию не представляется возможным.

### Литература

1. Старостина Е.Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации. Автореф. дисс. ...доктора мед. наук. М., 2003.
2. Е.Г. Старостина. Ожирение как психосоматическое заболевание. Ожирение и метаболизм, 2005,3, 18-25.
3. Старостина Е.Г., Галстян Г.Р., Дедов И.И. Либерализованная диета при сахарном диабете 1 типа. Проблемы эндокринологии, 1994, 3, 31-35.
4. Шарафетдинов ХХ. Диетическая коррекция метаболических нарушений при сахарном диабете 2 типа. Автореферат дисс.... доктора мед. наук. — Москва. - 2000.
5. Albarran NB, Ballesteros MN, Morales GG, Ortega MI. Dietary behavior and type 2 diabetes care. Patient Educ Couns, 2006, 61(2),191-9.
6. Ary DV, Toobert D, Wilson W, Glasgow RE. Patient perspective on factors contributing to non-adherence to diabetes regimen. Diabetes Care, 1986, 9, 168-172.
7. Bott U. Einstellungen zur Diät und Diätverhalten bei 697 Typ-1-Diabetikern. In: Chantelau E. (Hrsg.). Das Diabetes-Diät-Dilemma, S. 59-77. Kirchheim, Mainz, 1993.
8. Broussard BA, Bass MA, Jackson MY. Reasons for diabetic diet non-compliance among Cherokee Indians. J Nutr Educ, 1982, 14, 56-57.
9. Chantelau E. Relation of dietary barriers in patients with insulin-dependent diabetes mellitus to different modes of treatment. J Am Dietetic Association, 1992, 92(9), 1129-1131.
10. Chantelau E. Das Diabetes Diät-Dilemma. 1. Auflage. Verlag Kirchheim, Mainz.. - 1993. - 205 S.
11. Chantelau E. Diät (?) bei Diabetes mellitus. In: Diabetes mellitus. M. Berger (Hrsgb), 2. Aufl. Urban & Fischer Verlag, München - Jena, 2000. - PP. 150-180.
12. Dashner BK. Problems, perceived by adults in adhering to a prescribed diet. Diabetes Educator, 1986, 12, 113-115.
13. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care, 2002, 25(1), 148-198.
14. Friele RD. Diabetes and diet: managing dietary barriers. Thesis. Agricultural University, Wageningen, Netherlands. - 1989. - 67p.
15. Galasso P, Amend A, Melkus GD, Nelson GT. Barriers to medical nutrition therapy in black women with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Educ. 2005,31(5),719-25.
16. Glanz K. Nutrition education for risk factor reduction and patients education. A review. Preventive Medicine, 1985, 14, 721-752.
17. Gumbiner B. Treating obesity in type 2 diabetes: calories, composition and control. Diabetes Care, 1999, 22(6), 886-888.
18. Hosler AS, Melnik TA, Spence MM. Diabetes and its related risk factors among Russian-speaking immigrants in New York State. Ethn Dis. 2004, 14(3),372-7.
19. House WC, Pendleton L, Parker L. Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' noncompliance with diet. Diabetes Care, 1986, 9, 434.
20. Jacobson AM, deGroot M, Samson J. Quality of life research in patients with diabetes mellitus. In: Quality of life in behavioral medicine research (Dimsdale JE, Baum A, eds.). Hillsdale, USA, Lawrence Erlbaum Associates, 1995. — P. 241-262.
21. Jenny JL. A comparison of four age groups' adaptation to diabetes. Can J Publ Health, 1984, 75, 237-244.
22. Krondl M, Coleman P. Social and biocultural determinants of food selection. Progress in Food and Nutrition Science, 1986, 10, 179-203.
23. Krondl M, Lau D, Yurkiw MA, Coleman PH. Food use and perceived food meanings of the elderly. J Am Dietetic Association, 1982, 80, 523-529.
24. Lockwood D, Frey ML, Gladish NA, Hiss RG. The biggest problem in diabetes. Diabetes Educator, 1986, 12, 30-33.
25. McCaul KD, Glasgow RE, Schafer LC. Diabetes regimen behaviors. // Medical Care. — 1987. — V. 25. — P. 868-881.
26. Niewind AC. Diabetes and diet: food choices. Thesis, Agricultural University of Wageningen, The Netherlands. — 1989. — 100p.
27. Niewind AC, Griele RD, Edema JMP, Hautcast JGAJ. Food perceptions and food use of recently diagnosed insulin-dependent diabetic patients. In: Niewind AC. Diabetes and diet: food choices. Thesis, Agricultural University of Wageningen, The Netherlands. 1989. - P. 57-67.
28. Nthangeni G, Steyn NP, Alberts M, et al. Dietary intake and barriers to dietary compliance in black type 2 diabetic patients attending primary health-care services. Public Health Nutr. 2002,5(2):329-38.
29. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. A position statement of the American Diabetes Association Diabetes Care, 2007, 30, S48-S65.
30. Prättälä Ra, Keinonen M. The use and the attributions of some sweet foods. Appetite, 1984, 5,199-207.
31. Schafer LC, Glasgow RE, McCaul KD, Dreher M. Adherence to IDDM regimens: relationship to psychosocial variables and metabolic control. Diabetes Care, 1983, 6, 493-498.
32. Scott P, Rajan L. Eating habits and reactions to dietary advice among two generations of Caribbean people: a South London study. Practical Diabetes, 2000, 17(6), 183-186.
33. Testa M, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. Diabetes Care, 1998, 21 (suppl. 3), C44-C52.
34. Trostle JA. Medical compliance as an ideology. Soc Sci Med, 1988, 27, 1299-1308.
35. Verdonk G, Schueren A, Notte-de Ruyter A, Huyghebaert Deschoolmeester MJ. Onderzoek naar dieetproblemen bij diabetici. Voeding, 1976, 37, 611-619.
36. Vijan S, Stuart NS, Fitzgerald JT, et al. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. Diabet Med, 2005,22(1):32-8.
37. Williamson AR, Hunt AE, Pope JF, Tolman NM. Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. Diabetes Educ, 2000,26(2),272-9.