

SLADKORNA BOLEZEN IN PSIHIČNE MOTNJE

Maja Ravnik-Oblak

POVZETEK

Telesno in psihično počutje sta tesno povezana. Čeprav je že dolgo znano, da kronične bolezni, med katere uvrščamo tudi sladkorno bolezen, pomembno vplivajo na bolnikovo psihosocialno stanje, pa se je do nedavnega medicina ukvarjala predvsem le z bolnikovim telesom. Psihične motnje so pogoste, a velikokrat slabo izražene, tako da jih pri običajnem pregledu velikokrat spregledamo. Posamezno se razlikujejo glede na starost, vrsto sladkorne bolezni, način njenega zdravljenja, prisotnost kroničnih zapletov sladkorne bolezni itd. Depresija je pogostejša.

Zaradi boljše psihosocialne obravnave bolnikov s sladkorno boleznijo bi bilo potrebno v vsako zdravstveno skupino vključiti ustrezno usposobljenega psihologa ali psihiatra.

OPREDELITEV, RAZVRSTITEV IN EPIDEMIOLOGIJA SLADKORNE BOLEZNI

Opredelitev

Sladkorna bolezen je skupina presnovnih bolezni, katerim je skupna hiperglikemija, ki je posledica nezadostnega izločanja insulina ali njegovega delovanja ali obojega.

Kronična hiperglikemija je povezana s kroničnimi okvarami, motnjo delovanja ali odpovedjo nekaterih organov, predvsem oči, ledvic, živcev, srca in ožilja.

Razvrstitev (I.1997)

- Sladkorna bolezen tipa 1 (posledica uničenja celic beta v pankreasu),
- sladkorna bolezen tipa 2 (zmanjšana občutljivost za insulin in nezadostno izločanje insulina),
- drugi tipi sladkorne bolezni (pankreatogena, povzročena z zdravili),
- nosečnostna sladkorna bolezen (pojav v nosečnosti, evaluacija po končanem dojenju),
- motena toleranca za glukozo (bolniki z zvečanim krvnim sladkorjem po obremenitvi z glukozo, ki pa je manjši od diagnostičnega za sladkorno bolezen),
- mejna bazalna glikemija (krvni sladkor na tešče večji od normalnega in manjši od diagnostičnega za sladkorno bolezen).

Epidemiologija

Prevalenca sladkorne bolezni v svetu je 3-4%. V Sloveniji je odkritih približno 80 tisoč bolnikov, skupaj z neodkritimi pa preko 100 tisoč. Vsako leto na novo odkrijemo 4-5 tisoč bolnikov. Prevladujejo tisti s tipom 2 sladkorne bolezni (preko 90%). Povprečna starost pri odkritju sladkorne bolezni tipa 2 je 55 let, delež moških je približno 45% (1).

SPRIJAZNENJE S SLADKORNO BOLEZNIJO

Sladkorna bolezen je kronična bolezen, ki traja do smrti bolnika. Poleg običajnih življenjskih problemov bolnike stalno obremenjuje strah pred previsoko ali prenizko vrednostjo sladkorja, strah pred razvojem kroničnih zapletov sladkorne bolezni, teži jih občutek krivde zaradi neupoštevanja terapevtovih navodil in nedoseganja zastavljenih ciljev zdravljenja. Za prilagoditev na bolezen so pomembni številni psihosocialni dejavniki.

Stres spremlja bolnika ves čas bolezni. Kot prva reakcija se največkrat pojavi jeza, zakaj je prav on tisti med mnogimi, ki je zbolel. Temu lahko sledi zanikanje bolezni ('napaka v diagnozi'), tesnoba, depresija, socialna osamitev. Kot beg iz neugodne situacije sledi prepričanje, da se bo nekoč pozdravil. Bolniku je treba razložiti, zakaj je sladkorna bolezen kronično stresogena ('nevidnost bolezni', dnevno soočenje z boleznijo in prevzem odgovornosti za njeno vodenje, omejitve pri prehrani, izbiri poklica, strah pred previsoko ali prenizko ravniyo glukoze v krvi, strah pred poznimi zapleti). Med akutnim stresom se urejenost sladkorne bolezni običajno poslabša. Zaradi povečanega izločanja protiregulacijskih hormonov krvni sladkor raste. Med stresom

se bolnik drugače vede: manj pozornosti posveča prehrani, telesni aktivnosti, samokontroli, kar vse dodatno vpliva na raven glikemije.

Zmožnost obvladovanja ima pomembno vlogo pri prilagoditvi na kronično bolezen. Odvisna je predvsem od bolnikove osebnosti in zdravstvene vzgoje, s katero si bolnik pridobi potrebno znanje in veščine za samovodenje sladkorne bolezni in s tem samozaupanje.

Socialno okolje (družina, prijatelji, sodelavci, sošolci, zdravstveno osebje in drugi sladkorni bolniki) je lahko v veliko oporo kroničnemu bolniku. Uspehi zdravljenja so pomembno boljši, če zdravnik poleg medicinskih postopkov v zdravljenje vključi tudi psihosocialne (2).

SLADKORNA BOLEZEN V RAZLIČNIH ŽIVLJENJSKIH OBDOBJIH

Različna obdobja človekovega življenja vplivajo na stopnjo prilagojenosti na sladkorno bolezen. Pri prilagoditvi bolniku pomembno pomagajo tudi vplivi okolja in zdravstveno osebje, njihov delež pa se od obdobja do obdobja razlikuje.

Otroci in mladostniki

Pojav sladkorne bolezni v zgodnjih življenjskih obdobjih poleg bolnika prizadene vso družino. Spremembe v načinu življenja naj potekajo za otroka čim manj opazno, da se ne čuti krivega za nastalo situacijo. V dobi odraščanja se urejenost sladkorne bolezni navadno poslabša, pojavijo se različni zapleti, pri katerih lahko bolnik zlorablja bolezen in zdravila za doseganje mladostniških hotenj. To je tudi obdobje, ko si bolniki izbirajo poklic ali nastopijo prvo službo in ob tem potrebujejo izdatno psihosocialno pomoč različnih strokovnjakov.

Odrasli

Mlajši bolniki z nekaj let trajajočo sladkorno boleznijo se v tem obdobju soočajo s številnimi notranjimi konflikti. Pogosto imajo težave pri iskanju zaposlitve, zavedajo se pomanjkljivosti posameznih načinov zdravljenja, strah jih je prenizke ali previsoke ravni krvnega sladkorja, imajo občutek krivde zaradi neupoštevanja terapevtovih navodil, pri ustvarjanju družine se bojijo pojava bolezni pri potomcih, strah jih je morebitnih kroničnih zapletov. V srednjih letih jih pogosto muči dilema, kako urejati sladkorno bolezen in koliko s tem obremenjevati družino oziroma koliko se posvetiti poklicni karieri, ki lahko prek stresnih situacij vpliva na urejenost sladkorne bolezni.

Starost

Upokojitev je mejnik v življenju, ki večinoma obremenjujoče vpliva tudi na zdravega človeka. Če se temu pridruži na novo nastala kronična bolezen, je psihična obremenitev še večja. Pri skupini bolnikov z več let trajajočo boleznijo se v tem obdobju lahko pojavijo kronični zapleti sladkorne bolezni. Ker se tak bolnik počuti odrinjenega iz družbe, se pogosto zateka v bolezen in čezmerno uživanje zdravil. Odtujitev in depresija sta posledica upadanja življenjskih funkcij kot posledica staranja in bolezni. Težave so lahko tako hude, da bolnik ni več sposoben skrbeti sam zase in postane odvisen od tuje pomoči (3).

SLADKORNA BOLEZEN IN KRONIČNI ZAPLETI

Pojav kroničnih zapletov pomeni prelomnico v poteku sladkorne bolezni, ki ga lahko spremljata zaskrbljenost in depresija. To je dokaz bolezni tudi za bolnike, ki so jo dolga leta ignorirali; za tiste, ki so se z boleznijo sicer že zdavnaj sprijaznili, zapleti pomenijo uresničitev njihovih skritih bojazni. Psiho-socialna prilagoditev temelji na pomoči družine, prijateljev, sodelavcev in že rehabilitiranih bolnikov.

Diabetična retinopatija

Pojav retinopatije bolnike prestraši, ker je izguba vida tisti zaplet, ki se ga večina bolnikov najbolj boji. Bolniki se počutijo odrinjeni iz družbe, pogosto je potrebna poklicna prekvalifikacija, ne morejo se več samostojno gibati, vse bolj postajajo odvisni od pomoči drugih.

Diabetična nefropatija

Končna ledvična odpoved in zdravljenje z dializo je pomemben mejnik v poteku sladkorne bolezni. Večina bolnikov se težko sprijazni z drugačnim načinom življenja. Prilagoditev je v veliki meri odvisna od bolnikove nadaljnje delazmožnosti in družbene socialne pomoči.

Diabetična nevropatija

Večina pojavnih oblik je za bolnika le neprijetna, manj pa poseže v njegov življenjski slog. Huda kronična bolečina pa vodi v depresijo in ta v pojačanje bolečine; pogosto se spremeni bolnikova osebnost. Zaradi bolečine in odvisnosti od analgetikov je bolnik vse manj sposoben za vsakodnevne aktivnosti, pojavi se mišična atrofija. Za omilitev njihovih težav so poleg

dobre urejenosti sladkorne bolezni potrebni posebni rehabilitacijski postopki, ki vključujejo skupinsko psihoterapijo (4).

Spolne motnje

Več kot polovica sladkornih bolnikov ima erektilne motnje, ki so večinoma organskega izvora, na katerega pa se lahko nacepi psihična motnja (5). Eretilne motnje lahko pomembno vplivajo na bolnikovo življenje, saj zmanjšajo njegovo samozavest, vprašljiva postane njegova 'moškost'. To lahko povzroči čustveni odmik od družine, žene oziroma partnerke in prijateljev, kar vodi do poslabšanja medsebojnih odnosov in izrazito zmanjša kakovost bolnikovega življenja. Težave lahko odpravimo z izbiro najustreznejšega načina zdravljenja za posameznega bolnika oziroma par, včasih je potrebna še psihološka podpora.

Do pred kratkim so bili na voljo naslednji načini zdravljenja: hormonsko zdravljenje pri hormonskem neravnovesju, intrakavernozna injekcija vazoaktivne substance, transuretralna aplikacija alprostadila, vakuumski pripomočki, kirurški posegi na žilah penisa in kirurška vsaditev protez v penis.

Odkritje sildenafila je pomenilo enostaven in učinkovit način zdravljenja erektilnih motenj (57% uspešnost pri sladkornih bolnikih). Poleg tega je tudi vzpodbudilo bolnike, da so spregovorili o svojih spolnih težavah, o katerih so doslej molčali.

Spolne motnje so pri sladkornih bolnicah pogostejše kot v populaciji na splošno, vendar so iz različnih vzrokov manj izpostavljene. Od leta 1971, ko je bila objavljena prva raziskava, pa do leta 1998 je bilo opravljenih le 15 raziskav (6). Majhno število raziskav je lahko posledica dejstva, da ženske o spolnih težavah ne potožijo zdravniku ali jih ne občutijo kot problem. Spolne motnje se kažejo v zmanjšanem libidu in pogostejših bolečih spolnih odnosih, ki so predvsem posledica zmanjšane spolne vzburjenosti. Spolne motnje pri sladkornih bolnicah navadno niso (za razliko od sladkornih bolnikov) v vzročni povezavi s prisotnostjo kroničnih zapletov sladkorne bolezni, zato ne smemo pozabiti vseh drugih možnih vzrokov spolnih motenj (psihični, depresija, medsebojni odnosi), ki so pri ženskah pogosto prisotni.

PSIHOSOCIALNI VPLIVI SLADKORNE BOLEZNI

Vpliv sladkorne bolezni na bolnikovo duševnost še ni povsem jasen. Raziskave so pokazale, da so otroci, ki zbolijo pred 5. letom starosti, močno nagnjeni k vedenjskim motnjam. Možno je, da jih povzročijo številne hude hipoglikemije. Uspeh v šoli je slabši kot pri zdravih vrstnikih, ni pa jasno, ali

zaradi nevrološke okvare ali večje odsotnosti od pouka. Odrasli bolniki imajo več težav pri pomnjenju kot vrstniki brez sladkorne bolezni. Težave s pomnjenjem so sorazmerne s stopnjo urejenosti sladkorne bolezni in stopnjo diabetične periferne polinevropatije, tako da obstaja določena vzporednost med motnjami centralnega in perifernega živčnega sistema. Ker bolniki s sladkorno boleznijo tipa 2 običajno nimajo hudih hipoglikemij, je vzrok zapomnitvenih motenj pri starih bolnikih verjetno psihoorganski.

Depresija je pogostejša pri sladkornih bolnikih kot v populaciji na splošno. Prevalenca je do 30%. Pojavlja se lahko v vseh starostnih obdobjih, najbolj pogosta pa je med 27. in 35. letom starosti. Ponovitev bolezni je nekajkrat pogostejša kot pri depresivnih bolnikih, ki niso organsko bolni (7). Ocena depresije je zaradi sočasnega organskega obolenja, ki ima lahko depresivnim podobne simptome, težja (8). Depresija lahko pomembno poslabša urejenost sladkorne bolezni. V skupini bolnikov z manično-depresivno psihozo je pomembno več sladkornih bolnikov (približno 12,5%) kot pri drugih psihiatričnih obolenjih (okrog 4 %).

Predvsem pri mlajših sladkornih bolnicah se pogosteje pojavljata anoreksija in bulimija (9).

HIPOGLIKEMIJE

Celice človeškega živčnega sistema uporabljajo v normalnih razmerah kot vir energije samo glukozo. Zmanjšana raven glikemije se kaže v motnjah delovanja možganov od blagih v obliki zmanjšane koncentracije do hudih, ki vodijo v koma in celo smrt. Zaradi tega so se v poteku evolucije razvili glukostatični mehanizmi, ki ohranjajo stalno raven glukoze v krvi tudi v času pomanjkljive oskrbe z gorivi ali njihovi povečani porabi kakor tudi v obdobjih čezmernega energijskega vnosa.

Spontane hipoglikemije so zaradi delovanja glukostatičnih mehanizmov redke, je pa potrebno misliti nanje, ker so v večini primerov ozdravljive ali pa jih s simptomatskimi ukrepi uspešno preprečujemo ali vsaj omilimo. Nespoznane se največkrat ocenijo kot epileptični napadi in temu ustrezno tudi zdravijo. Lahko so posledica organskega hiperinsulinizma zaradi insulinoma, pojavljajo pa se tudi pri alkoholikih, bolnikih z malabsorpcijskim sindromom, po gastrektomiji, pri odpovedi skorje nadledvičnih žlez, napredovali odpovedi jeter in ledvic, v sklopu malignih obolenj itd. (10).

Jatrogene hipoglikemije zaradi obsega predstavljajo večji problem. Preko 30 % z insulinom zdravljenih bolnikov doživi vsaj eno hipoglikemično

komo, 10 % jih ima po eno komo letno, 3 % pa številne in hude hipoglikemije, ki jim močno zmanjšujejo kvaliteto življenja. Hipoglikemične kome se pojavijo zlasti tedaj, ko se spremeni občutek za čutenje hipoglikemije oziroma ko pride do nezavedanja te. Vzrok za nezavedanje hipoglikemije še ni povsem pojasnjen. Kaže, da gre za pridobljen problem s postopnim potekom, ki se kaže v spremembi izraženosti in simptomov hipoglikemije (11).

Fakticijska hipoglikemija je varianta sindroma Münchhausen in pomeni hipoglikemijo, ki si jo osebe same povzročijo z namenom biti bolan ali narediti samomor. Bolnike zaradi številnih hospitalizacij imenujejo tudi hospitalne simulante. Običajno mine kar nekaj mesecev ali let, da jih odkrijejo. Osnova je psihično oblenje, bolnik ima psihonevrotske motnje ali psihozo. Možno je, da so ta dejanja posledica psihičnih travm v mladosti (12).

VPLIV ZDRAVIL NA RAVEN GLIKEMIJE

Pri uporabi antidepresivnih zdravil pri sladkornih bolnikih je potrebna previdnost, ker lahko vplivajo na raven glikemije.

Inhibitorji monamino oksidaze, selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina in litij zaradi insulinu podobnega učinka lahko znižajo krvni sladkor. Dolgotrajno zdravljenje s tricikličnimi antidepresivi, ki so zelo učinkoviti tudi pri hudih bolečinah zaradi diabetične nevropatije, lahko močno poveča raven glikemije (7).

NAČIN OBRAVNAVE BOLNIKA S SLADKORNO BOLEZNIJO IN PSIHIČNIMI TEŽAVAMI

Večina bolnikov s sladkorno boleznijo se zdravi v ambulantah splošne medicine in diabetoloških ambulantah. Zdravniki so pogosto preobremenjeni z rutinskim delom, da bi se pogovarjali z bolnikom tudi o psihičnih težavah, kar zahteva veliko časa in tudi znanja s tega področja. Zato je priporočljivo, da bi bil v vsako zdravstveno skupino vključen tudi psiholog ali psihiater, ki bi spremljal bolnika od ugotovitve sladkorne bolezni dalje. Pomembno pa je, da bi zdravniki in tudi drugi člani skupine odkrili bolnikove psihične težave in ga po potrebi in glede na izraženost simptomov usmerili k ustreznemu strokovnjaku. Za to je treba opraviti sicer enostaven, a usmerjen pogovor. Pozornost velja podatkom o nespečnosti, utrujenosti, izgubi energije, interesov,

spolnega poželjenja, o neaktivnosti, nezmožnosti koncentracije, čezmerni zaskrbljenosti in celo samomorilskih mislih.

Temelj psihološke skrbi za bolnika je vzpostavitev dobrih medsebojnih terapevtskih odnosov. Bolnika je treba spodbujati k aktivnemu vodenju svoje bolezni in mu stati ob strani v kriznih obdobjih.

Zaradi potreb po boljši psihosocialni obravnavi bolnikov s sladkorno boleznijo je bila leta 1995 ustanovljena skupina PSAD (Psychosocial Aspects of Diabetes), ki deluje v okviru Evropske diabetološke zveze (EASD - European Association for the Study of Diabetes). Slovenski diabetologi smo člani te skupine že od ustanovnega sestanka dalje, tako da lahko nova spoznanja iz evropskega takoj prenesemo v naš prostor. Cilj vsake zdravstvene skupine je vključitev ustrezno usposobljenega psihologa ali psihiatra v skupino za delo z bolniki s sladkorno boleznijo. Z njegovo pomočjo bi se izboljšala kvaliteta oskrbe teh bolnikov. Žal je to v večini zdravstvenih ustanov zaenkrat le želja, ki pa nam jo je v Kliničnem centru v zadnjem letu uspelo uresničiti (13).

LITERATURA

1. Medvešček M. Opredelitev, razvrstitev, klinična slika, diagnoza, epidemiologija sladkorne bolezni. V Koselj M, Medvešček M, Mrevlje F, ur. Sladkorna bolezen tipa 2 - priročnik za zdravnike. Samozaložba. Littera picta d.o.o. Ljubljana 1999: 3-10.
2. Wilkinson G. Psychological problems and psychiatric disorders in diabetes mellitus. V: Pickup JC, Williams G, eds. Textbook of Diabetes. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1991: 784-791.
3. Ravnik-Oblak M. Psihosocialni vidiki sladkorne bolezni. V: Koselj M, Medvešček M, Mrevlje F, ur. Sladkorna bolezen tipa 2 - priročnik za zdravnike. Samozaložba. Littera picta d.o.o. Ljubljana, 1999: 209-215.
4. Jacobson AM, Hauser ST, Anderson BJ, and Polonsky W. Psychosocial aspects of diabetes. V: Kahn RC, Wier GC, eds. Joslin's Diabetes mellitus. Lea & Febiger. Malevrn, Pennsylvania, 1994: 431-450.
5. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
6. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research. Diabetic Medicine 1998; 15: 809-815.

7. Goodnick PJ. Treatment of the depressed patient with diabetes mellitus. *CNS disorders in primary care* 1999; 3:1-5.
8. House A. Mood disorders in the physically ill – problems of definition and measurement. *Journal of Psychosomatic Research* 1988; 32: 345-53.
9. Steel JM. Eating disorders and diabetes mellitus. In: Pickup JC, Williams G, eds. *Textbook of Diabetes*. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1991: 827-831.
10. Mrevlje F. Hipoglikemija. V Kocijančič A, Mrevlje F, ur. *Interna medicina*. EWO d.o.o., DZS d.d., Ljubljana 1998: 583-588.
11. Hepburn DA, Deary IJ, Kenneth MM, Frier BM. Structural equation modeling of symptoms, awareness and fear of hypoglycemia, and personality in patients with insulin-treated diabetes. *Diabetes care* 1994; 17: 1273-1280.
12. Koselj M. Fakticijska hipoglikemija. *Endocrin jugoslav* 1984;7:85-90.
13. Ravnik-Oblak M. Psihosocialni vidiki sladkorne bolezni. V: Tomažin-Šporar M, Bohnec M, Žargaj B, ur.: *1.slovenski endokrinološki kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z mednarodno udeležbo*. Zbornik predavanj. Littera picta d.o.o. Ljubljana, 2000:252-255.