

Diapresja: zintegrowany model rozumienia doświadczeń osób ze współwystępującymi cukrzycą i depresją

Paul Ciechanowski, MD, MPH

W skrócie

Jedna na osiem osób chorych na cukrzycę cierpi na dużą depresję, a jedna na pięć może mieć mniej nasilone, ale istotne klinicznie, objawy depresji. Chorzy na cukrzycę ze współistniejącą depresją mogą gorzej sobie radzić z samodzielnym leczeniem i gorzej stosować się do zaleceń lekarza, charakteryzować się gorszą kontrolą glikemii, zwiększoną częstością występowania powikłań i śmiertelnością. Objawy depresji i cukrzyca często są ze sobą nierozdzielnie związane, stąd powstał termin diapresja (od połączenia angielskich terminów: diabetes i depression). Zintegrowane leczenie diapresji może stanowić nowe podejście zmierzające do poprawy opieki nad chorym.

W ostatnich latach klinicyści i badacze koncentrowali się w większym stopniu na klinicznych i ambulatoryjnych strategiach skutecznego leczenia rosnącej liczby osób cierpiących na liczne schorzenia. W Stanach Zjednoczonych 75 milionów osób cierpi na co najmniej dwie przewlekłe choroby.¹ Wśród chorych na cukrzycę 90% cierpi na co najmniej jedno dodatkowe schorzenie.² Współwystępowanie cukrzyca i depresji może stwarzać szczególne wyzwania i zasługiwać na większą uwagę, ponieważ depresja może wyostreżać ostrzeżenie objawów cukrzyca, negatywnie wpływać na zachowania związane z samodzielnym leczeniem oraz znacznie zwiększać częstość niesprawności u chorych na cukrzycę.³

W tym artykule przedstawiono teoretyczne i kliniczne podstawy, których znajomość może pomóc rozwiązywać problemy z komunikacją w opiece zdrowotnej stwarzane przez pacjentów zmagających się jednocześnie z depresją i cukrzycą. Typowym przykładem może być trudność w zaakceptowaniu rozpoznania depresji i rozpoczęciu właściwego leczenia. Jeżeli na przykład depresja jest właściwie rozpoznawana za pomocą narzędzi przesiewowych, takich jak Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),⁴ informacja o ustaleniu rozpoznania depresji może pozostawać w istotnej sprzeczności z dotychczasowym doświadczeniem życiowym chorego. Przebieg depresji często jest podstępny, a cha-

rakterystyczny dla niej zespół objawów może być trudny do odróżnienia od codziennego stresu. Pacjenci mogą być nieświadomi objawów depresji, częściej natomiast odczuwają dyskomfort z powodu objawów fizycznych, które pod wpływem depresji mogą się nasilać.

Przyjrzyjmy się następującemu przykładowi:

Daryl jest 47-letnim mężczyzną, który od 5 lat choruje na cukrzycę typu 2. Po raz pierwszy 3 miesiące temu nie zgłosił się na wizytę. Dzisiaj przyszedł do twojego gabinetu, skarżąc się, „że cukrzyca wymknęła mu się spod kontroli”. Badanie laboratoryjne wykonane poprzedniego dnia wykazało, że wartość hemoglobiny A_{1c} wynosiła 8,7%, co oznaczało zwiększenie od wartości 7,4% w badaniu wykonanym 6 miesięcy wcześniej. Chory przyznaje się, że 2 tygodnie wcześniej skończyła mu się metformina i prosi o przepisanie metforminy, lizynoprylu, gabapentyny i lowastatyny. Poza tym pyta o możliwość zwiększenia dawki gabapentyny, ponieważ w ciągu ostatnich 3 miesięcy odczuwał istotnie więcej palącego bólu neuropatycznego. Przejawiając większą niż zazwyczaj rezerwę, Daryl jest wyraźnie poirytowany i relacjonuje stale nasilającą się bezsenność, zmęczenie, utratę radości z codziennych aktywności, przyrost masy ciała i trudności w koncentracji podczas pracy. Zadaje pytanie o kontrolę bólu towarzyszącego neuropatii, ponieważ jest prze-

konany, że to ból jest przyczyną wszystkich jego problemów, ale ty masz wątpliwości. Podejrzewasz, że Daryl może cierpieć na depresję.

Mniej więcej jedna na osiem osób chorych na cukrzycę spełnia w pewnym momencie wszystkie kryteria diagnostyczne dużej depresji.^{5,6} Ponadto jedna na pięć osób może mieć mniej nasilone, ale istotne klinicznie objawy depresji.⁶ Nieleczona depresja może negatywnie wpływać na dbanie o siebie chorego na cukrzycę i stosowanie się do zaleceń lekarza,^{7,8} a także na wyniki leczenia cukrzyca, w tym kontrolę glikemii.⁹ Może się wiązać z większą częstością występowania powikłań i śmiertelnością.

Dostępne są skuteczne, oparte na dowodach, psychoterapeutyczne i farmakologiczne metody leczenia depresji u chorych na cukrzycę.¹¹⁻¹⁵ Udowodniono skuteczność opracowanych ostatnio wielodyscyplinarnych interwencji w depresji wykorzystujących powyższe metody leczenia i opierających się na opiece zespołowej. Można je wykorzystać do leczenia chorych na cukrzycę w zespołach leczenia domowego.^{5,16-18}

Niezależnie od ustalenia właściwego rozpoznania i wyboru właściwej metody leczenia skuteczne rozpoczęcie i utrzymanie leczenia opartego na dowodach ostatecznie zależy od zaakceptowania przez pacjenta rozpoznania depresji i jej leczenia. Wiadomo powszechnie, że z powodu objawów depresji chorzy są mniej skłonni do dobrej współpracy z opiekującymi się nimi lekarzami, zaakceptowania nowego rozpoznania i stosowania się do zaleceń związanych z leczeniem. W przypadku współwystępowania depresji i cukrzyca występują jednak dodatkowe objawy somatyczne i wyzwania związane z ich leczeniem, które mogą odwracać uwagę od depresji.

W tym artykule dokonano przeglądu typowych doświadczeń u chorych na cukrzycę ze współistniejącą depresją oraz

związanych z tym dowodów. Omówiono szczególnie wpływ depresji na objawy cukrzycy, samodzielne leczenie i stosowanie się do zaleceń związanych z leczeniem, niekorzystne nawyki związane z trybem życia, korzystanie z opieki zdrowotnej oraz zaufanie pacjenta i satysfakcję z leczenia. Omówiono wpływ współistnienia depresji w cukrzycy na komunikację w opiece zdrowotnej i praktykę kliniczną. Na koniec zaprezentowano podejście teoretyczne wykraczające poza rozpoznanie depresji i cukrzycy, zmierzające do pełniejszego zrozumienia doświadczeń pacjentów dotkniętych diabetem.

1. Depresja może naśladować i nasilać objawy cukrzycy

Depresję charakteryzuje zespół objawów emocjonalnych (np. obniżony nastrój), somatycznych (np. zmęczenie) i poznawczych (np. zaburzenia koncentracji). Według Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)¹⁹ pacjenci z dużą lub małą depresją muszą doświadczać obniżenia nastroju czy istotnego spadku odczuwania przyjemności przez większość dni w ciągu przynajmniej 2 tygodni. Do klinicznych objawów depresji należy również zmęczenie, zaburzenia koncentracji, zmiany apetytu, zaburzenia snu, uczucie pobudzenia lub spowolnienia. Te objawy depresji mogą naśladować objawy często doświadczane przez chorych na cukrzycę w przebiegu swojej choroby. Na przykład w wyniku zmian stężenia glukozy we krwi pacjenci często odczuwają nadmierną senność lub zmęczenie, trudności w koncentracji, zmiany apetytu, czują się pobudzeni lub ospali.

Wcześniejsze badania również wykazały, że depresja powoduje nasilenie objawów cukrzycy, takich jak poliuria, polidypsja, głód, drżenie, nieostre widzenie i senność.²⁰⁻²² Chorzy na cukrzycę cierpiący jednocześnie na depresję częściej opisują objawy cukrzycy niż chorzy na cukrzycę bez depresji, nawet po uwzględnieniu wartości hemoglobiny A_{1c} i liczby istniejących powikłań cukrzycy.²⁰ Chorzy na cukrzycę i depresję dwukrotnie częściej niż chorzy na cukrzycę bez depresji opisują, na przykład, ból i drętwienie kończyn i ponad czterokrotnie częściej relacjonują zasłabnięcie i senność w ciągu dnia.

Konsekwencje dla komunikacji w opiece zdrowotnej

Osoby z depresją, które nie mają świadomości, że na nią cierpią lub nie wiedzą, że depresja może nasilać objawy fizyczne, mogą przypisywać swoje objawy przede

wszystkim nieodpowiedniemu leczeniu cukrzycy. Podczas wizyty u lekarza pacjent z depresją może czuć się zakłopotany, winny, zdziwiony lub zrezygnowany w związku z własną niemożnością właściwego leczenia cukrzycy. Badanie przedmiotowe lub wyniki badań laboratoryjnych mogą nie odzwierciedlać nasilenia objawów sugerowanego w subiektywnych skargach pacjentów. Może to stwarzać trudności w relacji terapeutycznej, szczególnie jeżeli lekarze również nie są świadomi współwystępowania depresji.

Wizyta u lekarza pozwala nie tylko na ustalenie właściwego rozpoznania współwystępującej depresji, ale również prowadzenie edukacji i dostarczanie informacji dotyczących sposobu, w jaki depresja może nasilać fizyczne objawy cukrzycy. Może to być źródłem ulgi i uspokojenia dla zniechęconych pacjentów, którzy ostatecznie są w stanie zrozumieć, że objawy, z którymi się zmagali, mogą być w dużej części powodowane przez depresję, a nie tylko wynikać z ich własnych zaniedbań, które również, z czym zapoznamy się w następnym podrozdziale, mogą zależeć od depresji. Aktywne podejście do zależności między depresją a nasileniem objawów cukrzycy może pomóc przywrócić nadzieję chorym z depresją, a także sprzyjać utrzymaniu silnego przymierza terapeutycznego.

Odwołamy się do naszego przykładu: *Daryl okazał zainteresowanie, kiedy mu wyjaśniłeś, że objawy fizyczne mogą się nasilać pod wpływem depresji. Kiedy zaczął o tym myśleć, uświadomił sobie, że zaczął odczuwać zwiększone napięcie po tym, jak pięć czy sześć miesięcy wcześniej został zwolniony z pracy – długo przed nasileniem się bólu neuropatycznego. Pod koniec wizyty zaczął inaczej patrzeć na nasilenie uciążliwych objawów, które dotąd były źródłem zakłopotania i poczucia bezradności z powodu braku kontroli nad nimi.*

2. Depresja jest związana z nieodpowiednią samodzielną kontrolą cukrzycy i złym stosowaniem się do zaleceń lekarza

Ponieważ leczeniem cukrzycy zajmują się przede wszystkim sami chorzy,²³ obecność depresji często prowadzi do gorszego przestrzegania zaleceń w codziennym radzeniu sobie z cukrzycą, w tym z takimi zadaniami, jak monitorowanie stężenia glukozy czy regularne przyjmowanie doustnych leków przeciwcukrzycowych lub insuliny. Na przykład na podstawie danych z aptek dotyczących ponad 4000 chorych

na cukrzycę typu 2 Lin i wsp.²⁴ wykazali, że duża depresja była związana z gorszym przestrzeganiem zaleceń lekarzy dotyczących przyjmowania doustnych leków przeciwcukrzycowych, przeciwnadciśnieniowych i zmniejszających stężenie lipidów. Inne badania dostarczyły podobnych rezultatów, łącząc z zależnością między depresją a rzadszym monitorowaniem stężenia glukozy.^{25,26}

Takie błędy w samodzielnym leczeniu mogą wynikać z gorszej koncentracji, braku motywacji, zmniejszonej zdolności do współpracy z innymi i zmęczenia, czyli objawów towarzyszących depresji. Przyczyną złej kontroli glikemii mogą być zarówno uchybienia w samodzielnym leczeniu, jak i mechanizmy ośrodkowe związane z osią podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową i inne mechanizmy neurofizjologiczne.²⁷ Dane z metaanalizy²⁸ potwierdziły istnienie istotnych zależności między depresją a hiperglikemią u chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2.

Konsekwencje dla komunikacji w opiece zdrowotnej

Objawy depresji często „tłą się” miesiącami lub latami, zanim zostaną rozpoznane, zaś towarzyszący im brak stosowania się do zaleceń w leczeniu i nieadekwatna samodzielną kontrola choroby mogą być źródłem frustracji i poczucia bezradności w dążeniu do skutecznego leczenia cukrzycy. Podczas kontaktów z pracownikami ochrony zdrowia chorzy mogą czuć się zawstydzeni lub zakłopotani z powodu swojej niezdolności do lepszego radzenia sobie z cukrzycą, szczególnie w przypadku ostrych zmian. Bardzo często chorzy wiedzą, co powinni robić, jednak przeszkadza im w tym depresja. Innymi słowy, strona emocjonalna bojkotuje wysiłki strony racjonalnej (tzn. „Wiem, co powinienem, a czego nie powinienem robić, jednak ciężko robię niewłaściwe rzeczy i nie wiem dlaczego”).

Lekarze, jeżeli nie są świadomi współwystępującej u ich pacjentów depresji, mogą również czuć się zniechęceni brakiem postępów w leczeniu cukrzycy i uzyskiwanymi rezultatami. Mogą mimowolnie obwiniać pacjentów o to, że nie starają się dostatecznie, co z kolei wzmacnia negatywną samoocenę, która może charakteryzować chorych na depresję. Pomoc może przynieść otwarte zakomunikowanie przez lekarza, że pogorszenie w kwestii samodzielnego leczenia jest zjawiskiem częstym, oczekiwanym i najczęściej jest okresowym skutkiem depresji oraz że dzięki właściwemu leczeniu depresji niekorzystny przebieg choroby można odwrócić.

Wspominasz Darylowi, że często spotykasz się z pogorszeniem samodzielnego leczenia u chorych na cukrzycę z nieleczoną depresją. Sygnalizujesz, że masz świadomość braku motywacji i trudności z organizowaniem zadań u swoich pacjentów w takiej sytuacji. Uspokajasz Daryla, że przy właściwym leczeniu samodzielną kontrolą i wyniki leczenia cukrzyca przeważnie zaczynają szybko się poprawiać. Daryl odczuwa ulgę z powodu informacji, że depresja mogła spowodować jego trudności z samodzielnym leczeniem. Przyznaje, że od tak dawna jego leczenie cukrzycy było suboptymalne, że całkowite przyjęcie nowej perspektywy zajmie mu trochę czasu.

3. Depresja może prowadzić do niekorzystnych nawyków związanych ze stylem życia

Poza niekorzystnym wpływem na uprawianie systematycznej aktywności fizycznej²⁴ nieleczona depresja może współwystępować z dwoma niekorzystnymi nawykami dotyczącymi stylu życia – jedzeniem związanym z emocjami i paleniem tytoniu. W obydwie te czynności chorzy angażują się w celu rozładowania emocji. Niestety krótkoterminowe, okresowe „zyski” z angażowania się w tego rodzaju zachowania regulujące emocje są niwelowane przez długoterwale „straty” związane z zagrożeniami zdrowotnymi wynikającymi z przejadania się i palenia tytoniu.

Zaburzenia odżywiania, takie jak napady objadania się, bulimia i podprogowe zaburzenia odżywiania występują częściej u chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2 w porównaniu z grupą kontrolną.^{29,30} Epizody objadania się mogą być wyzwalane przez negatywne emocje. Zaburzenia te mogą prowadzić do nieprzestrzegania diety i złej kontroli glikemii, a także zwiększać prawdopodobieństwo rozwoju powikłań cukrzycy.³¹

Częstą postacią zaburzeń odżywiania towarzyszącą depresji i kontroli emocji u chorych na cukrzycę jest sposób odżywiania nazywany zespołem nocnego jedzenia. W badaniu, które dotyczyło 714 chorych na cukrzycę typu 1 lub 2 objętych opieką ośrodków trzeciego stopnia referencyjności,³² 10% badanych relacjonowało objawy zespołu nocnego jedzenia, które definiowano jako przyjmowanie >25% dobowej dawki żywienia po zwykłej porze kolacji. W porównaniu z grupą kontrolną pacjenci angażujący się w nocne jedzenie ponad dwukrotnie częściej cierpieli na depresję. Relacjonowali, że jedzą w reakcji na złość, smutek, poczucie samotności, niepokój, niepowodzenia. Cho-

rzy, którzy jedli w nocy, ponad dwukrotnie częściej byli otyli, ich wartości hemoglobiny A_{1c} przekraczały 7%, występowały też u nich dwa lub więcej powikłań cukrzycy.

Depresja występuje dwukrotnie częściej u palaczy w porównaniu z osobami niepalącymi. Palacze, u których w dowolnym momencie życia występowała depresja, dwukrotnie rzadziej rzucali palenie.^{33,34} Podobnie jak w przypadku jedzenia pod wpływem emocji, pacjenci z depresją mogą również wykorzystywać palenie do kontrolowania emocji.

Konsekwencje dla komunikacji w opiece zdrowotnej

Pierwszym wyzwaniem dla personelu opieki zdrowotnej w radzeniu sobie z niekorzystnymi nawykami związanymi ze stylem życia u chorych na depresję jest wykazanie nieoceniającej i empatycznej postawy. Może to być szczególnie trudne podczas pracy nad zachowaniami stygmatyzującymi, takimi jak palenie tytoniu lub przejadanie się. Dzięki rozumieniu tych zachowań w kontekście współwystępującej depresji lekarze mogą być cierpliwi i będą w stanie zapewnić skuteczne wsparcie przy zmianie tych zachowań, kiedy ustąpią już objawy depresyjne.

Dzięki twojej otwartej, nieoceniającej postawie Daryl podzielił się z tobą obserwacją, że nigdy dotychczas nie zjadał tak wielu przekąsek. Przyznał, że większość tych przekąsek zjada w nocy. Wykorzystuje jedzenie jako metodę, która pomaga mu się odprężyć, kiedy leży i nie może zasnąć, zamartwiając się tym, jak będzie radził sobie w pracy następnego dnia. Czuje się zawstydzony tym, że przytył i ma poczucie utraty kontroli. Pomagasz mu dostrzec, że objawy depresji i przejadanie się są ze sobą związane i że nie jest odosobniony w swoich problemach, ponieważ związek między obniżonym nastrojem a przejadaniem się jest dobrze udokumentowany w piśmiennictwie.

4. Depresja wiąże się ze zmianami w sposobie korzystania z systemu opieki zdrowotnej

Charakterystycznym objawem depresji jest zmiana korzystania z pomocy medycznej. Z jednej strony chorzy mogą w sumie częściej korzystać z pomocy medycznej (tzn. częściej dzwonić, umawiać więcej wizyt, wykonywać większą liczbę badań, częściej korzystać z różnych form pomocy doraźnej). W badaniu, które dotyczyło 367 chorych na cukrzycę objętych podstawową

opieką zdrowotną, wykazano, że chorzy z nasiloną depresją generowali o 86% większe koszty w porównaniu z chorymi na depresję o niewielkim nasileniu. Za tę różnicę nie odpowiadały koszty wynikające z korzystania z psychiatrycznej opieki zdrowotnej.³⁵ Wśród >4000 dorosłych chorych na cukrzycę objętych opieką zdrowotną sumaryczne koszty korzystania z opieki zdrowotnej były około 70% większe w przypadku pacjentów z dużą depresją w porównaniu z osobami bez depresji.³⁶ Jeszcze bardziej uderzające są wyniki ogólnokrajowego badania obejmującego chorych na cukrzycę, Medical Expenditure Panel Survey,³⁷ które wykazało, że koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej były 4,5 razy większe w przypadku chorych z depresją w porównaniu z pacjentami bez depresji.

Z drugiej strony chorzy na depresję mogą również uzyskiwać mniej właściwej opieki zdrowotnej na skutek opuszczania lub odwoływania wizyt lub unikania zaplanowanych spotkań z powodu braku motywacji, izolacji, zaburzeń koncentracji lub ogólnej dezorganizacji, która często towarzyszy depresji. W badaniu obejmującym 3900 chorych na cukrzycę osoby z dużą depresją opuszczały ponad dwukrotnie więcej zaplanowanych wizyt oraz spotkań z lekarzem pierwszego kontaktu w tym samym dniu w porównaniu z pacjentami bez depresji.³⁸

W przypadku chorych na cukrzycę opuszczanie wizyt u lekarza jest związane z gorszą kontrolą glikemii,^{39,40} mniejszą częstością samodzielnego monitorowania stężeń glukozy, niestosowaniem się do zaleceń dotyczących przyjmowania doustnych leków przeciw cukrzycowych,⁴⁰ większym nasileniem otyłości, wyższym ciśnieniem tętniczym, większym nasileniem powikłań mikronaczyniowych,⁴¹ i mniejszą częstością przesiewowych badań w kierunku powikłań cukrzycy.^{41,42} Często opuszczanie lub odwoływanie spotkań jest związane z chaotycznym korzystaniem z opieki zdrowotnej, co zwiększa koszty i częstość nieplanowanych wizyt na oddziałach ratunkowych i zgłoszeń do izby przyjęć.

Konsekwencje dla komunikacji w opiece zdrowotnej

Dostępnych jest wiele możliwych interwencji na poziomie pacjenta, organizacji i personelu, mających na celu zmniejszenie liczby opuszczonych wizyt.⁴³ Lekarze mogą skorzystać ze stosowania systemu automatycznego śledzenia wizyt i częstszej komunikacji przez telefon lub drogą elektroniczną. Dzięki zrozumieniu tego, w jaki sposób objawy depresji mogą prowadzić

do zmniejszenia motywacji, zaburzeń koncentracji i upośledzenia zdolności do organizowania sobie życia, lekarze i personel medyczny mogą wykazać się większą empatią i odczuwać mniejszą frustrację w kontaktach z pacjentami opuszczającymi wizyty, jednocześnie ukierunkowując ich na bardziej konstruktywne korzystanie z opieki zdrowotnej.

Daryl nie wspominał o tym, że opuścił umówioną wizytę 3 miesiące wcześniej. Miał zamiar przyjść na wizytę, ale czuł się przytłoczony i zapomniał o spotkaniu, mimo przypominającego telefonu z przychodni w tym samym tygodniu. Oczywiście czuł się zakłopotany z tego powodu. Wspominał, że niezależnie od pogorszenia w samodzielnym leczeniu cukrzycy i stosowaniu się do zaleceń dotyczących leczenia, depresja zaburzała również proces umawiania i zgłaszania się na wizyty. Ustalał alternatywne sposoby kontaktowania się Daryla z tobą lub innymi członkami zespołu w ciągu kilku następnych miesięcy, aby upewnić się, że nie opuści kolejnych spotkań.

5. Objawy depresji zmniejszają poziom zaufania i satysfakcji z leczenia

Depresja jest związana z mniejszą satysfakcją z leczenia⁵ i mniejszym poziomem zaufania⁴⁴ u chorych na cukrzycę. W miarę zmniejszania się nasilenia depresji zaufanie i współpraca mogą się jednak poprawiać. W trwającym 10 miesięcy badaniu, dotyczącym chorych na cukrzycę typu 2 objętych podstawową opieką zdrowotną,⁴⁴ u pacjentów, u których z czasem dochodziło do zmniejszenia nasilenia depresji w porównaniu z chorymi, u których nasilenie depresji narastało lub pozostawało na tym samym poziomie, zwiększała się zdolność zaufania innym. Oceny dokonywano za pomocą określenia stylu relacji opracowanego na podstawie teorii przywiązania. Randomizowane badania również potwierdziły, że zapewnianie lepszej jakości leczenia depresji jest związane z większą satysfakcją z opieki.⁵

Konsekwencja dla komunikacji w opiece zdrowotnej

Izolacja i wycofanie, które mogą towarzyszyć depresji, mogą istotnie zmniejszać zdolność pacjenta do skutecznego radzenia sobie z cukrzycą i innymi chorobami somatycznymi. Osoby cierpiące na depresję mogą być niechętnie nastawione do umawiania wizyt lub zgłaszania się na nie, mogą rzadziej aktywnie szukać wsparcia lub współpracować z personelem medycz-

nym podczas wizyt. Otwarte omawianie tego częstego zjawiska w ramach edukacji umożliwi chorym i personelowi wykazanie się większą cierpliwością przy akceptowaniu wyzwań związanych z dynamiką relacji. Pomocne może być przypomnienie pacjentom przez lekarzy, że niemożność zaufania w depresji może się uogólniać i obejmować także relacje z członkami rodziny, przyjaciółmi i innymi osobami, które mogą zapewniać wsparcie i pomoc w leczeniu cukrzycy.

Daryl ma z tobą dobrą relację i ufa ci, ale jest mniej otwarty niż wcześniej. Przyznaje, że czuje się zawstydzony, ponieważ nie kontroluje cukrzycy i nie jest pewien, czy obecnie jego poziom zaufania jest wystarczający, aby mógł otwarcie przyznać się do wszystkich „błędów”, które popełnił w ciągu ostatnich kilku miesięcy. Uświadamiasz sobie, że poziom współpracy, który zwykle osiągałeś w relacji z Darylem, prawdopodobnie wróci do normy w ciągu najbliższych kilku tygodni lub miesięcy.

Zmiana w kierunku bardziej zintegrowanego podejścia klinicznego do rozpoznawania i rozpoczynania leczenia depresji u chorych na cukrzycę

W piśmiennictwie dotyczącym leczenia depresji w ośrodkach medycznych występuje mnóstwo przykładów barier utrudniających rozpoznawanie depresji i rozpoczynanie leczenia. Przykłady takich barier obejmują konkurencyjne zadania i wymagania, stygmatyzację, brak czasu, zainteresowania lub przeszkolenia w leczeniu depresji, brak zasobów terapeutycznych i wsparcia.⁴⁵

Co więcej, z dostępnych danych wynika, że w zatłoczonych ośrodkach medycznych właściwe rozpoznanie i leczenie otrzymuje mniej niż połowa pacjentów ze współistniejącą depresją, z czego leki przeciwdepresyjne są stosowane we właściwy sposób u mniej niż połowy tych chorych, a zaledwie 10% ma możliwość skorzystania z psychoterapii opartej na dowodach. Na ogół system opieki zdrowotnej opisywano jako pośpieszny, skomplikowany i bezosobowy.^{47,48} Możliwości istotnych interakcji między pacjentem a personelem, w ramach których można by było pełniej zrozumieć dolegliwości zgłaszane przez pacjenta, coraz bardziej się zmniejszały, w miarę jak narastała konieczność oceny coraz większej liczby skomplikowanych przewlekłych chorób bez proporcjonalnego wydłużenia czasu poświęcanego na wzajemne kontakty.

Chociaż modele opieki interdyscyplinarnej^{5,16-18} dotyczące leczenia depresji po-

konały wiele z tych barier dzięki wykorzystaniu podejścia zespołowego, jednym z filarów tych modeli była edukacja pacjentów wprowadzana w momencie ustalenia rozpoznania. Proponowane tutaj podejście jest zgodne z edukacyjnym modelem interdyscyplinarnym, przy czym zwraca większą uwagę na doświadczenia chorych prowadzące do rozpoznania depresji.

Prezentowane podejście zachęca klinicystów, aby, krótko mówiąc, „zdegluzyfikowali swoje kliniczne okulary” i zobaczyli osobę zmagającą się jednocześnie ze złożonymi objawami cukrzycy i depresji, zanim zastosują kryteria i kategorie diagnostyczne. Innymi słowy, przed skoncentrowaniem się na rozpoznaniu cukrzycy czy też rozpoznaniu depresji pomocne może być dokonanie razem z pacjentami krótkiego, ale istotnego przeglądu nieswoistych, potencjalnie uciążliwych doświadczeń, które najlepiej można opisać terminem „diapresja”. Skupienie się na doświadczeniu diapresji jest szybkim i prostym sposobem okazania pacjentowi zrozumienia i empatii. Co więcej, stanowi dobry punkt wyjścia do rozpoczęcia edukowania chorych na temat wpływu depresji na objawy cukrzycy, samodzielnego leczenia cukrzycy i stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia, niekorzystnych nawyków związanych ze stylem życia, korzystania z opieki zdrowotnej oraz zaufania i satysfakcji z leczenia.

Podjęcie tych kroków zapewnia wiele potencjalnych korzyści, w tym m.in. poprawę współpracy terapeutycznej, stworzenie możliwości aktywacji i edukacji chorych oraz ich lepszego stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia (tabela). Takie podejście kliniczne nie jest substytutem systematycznego rozpoznania za pomocą narzędzi przesiewowych, takich jak PHQ-9,4 i rozpoczynania leczenia, ale może stanowić praktyczne uzupełnienie tych podstawowych procesów klinicznych.

Konsekwencją pośpiechu i tłoku w ośrodkach jest często zwiększone prawdopodobieństwo podjęcia błędnych kroków klinicznych, na skutek których objawom depresji często towarzyszy brak zrozumienia i impas komunikacyjny. Jednocześnie przewlekłe choroby i lekarze zazwyczaj bardzo różnie postrzegają przewlekłe choroby. Chorzy nie posługują się takimi określeniami, jak „ICD”, czy „DSM”. Z kolei większość lekarzy nie martwi się od rana, w jaki sposób codzienne zadania związane z radzeniem sobie z cukrzycą wpasują się w rozkład ich dnia. Pułapki komunikacyjne w zajmowaniu się depresją mogą być bardzo różne, począwszy

Tabela. Potencjalne korzyści wynikające ze zwrócenia uwagi na nieswoiste objawy u chorych ze współwystępującą cukrzycą i depresją (tzw. diapiresją*)

- Zwiększenie świadomości współwystępowania depresji w ośrodkach leczenia cukrzycy, dzięki uwzględnieniu subiektywnych i obiektywnych objawów depresji
- Zwiększenie prawdopodobieństwa badań przesiewowych w kierunku depresji u chorych, u których mogą występować przede wszystkim objawy fizyczne
- Zwiększenie prawdopodobieństwa akceptacji rozpoznania i leczenia depresji
- Zmiana błędnego brania objawów depresji za objawy cukrzycy lub traktowania ich przez chorych i lekarzy jako oznakę zaniedbania samodzielnego leczenia
- Zmniejszenie poczucia konsternacji, wstydu lub rezygnacji w związku z niemożnością właściwego leczenia cukrzycy przez chorych w stanach depresyjnych
- Ograniczenie trudności i nieporozumień w relacji chorego z personelem medycznym, wynikających z niewyjaśnionych objawów fizycznych lub objawów nieproporcjonalnych do subiektywnych skarg, lub wyników badań
- Zmiana nihilistycznej postawy lekarzy czy ograniczenie frustracji wynikającej z braku postępów w samodzielnym leczeniu cukrzycy u chorych ze współistniejącą depresją
- Zmniejszenie stygmatyzacji i oceny dotyczącej stwierdzania złych nawyków związanych ze stylem życia wtórnych do depresji
- Zwiększenie zaufania, satysfakcji i poprawa komunikacji między pacjentem a personelem medycznym
- Stworzenie alternatywnego poglądu, odbiegającego od przekonania, że mamy do czynienia z „trudnymi” pacjentami
- Opracowanie modelu rozpoznania na podstawie dowodów dotyczących nasilenia objawów cukrzycy lub pogorszenia samodzielnego leczenia u pacjentów z depresją
- Stworzenie podstaw zrozumienia zmian w sposobie korzystania z systemu opieki zdrowotnej (np. opuszczanie lub odwoływanie wizyt, nadmierne korzystanie z opieki)

*Pojęcie diapiresji koncentruje się na niekorzystnym wpływie depresji na objawy cukrzycy, samodzielne leczenie i stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia, nawyki dotyczące stylu życia, korzystanie z systemu opieki zdrowotnej oraz zaufanie pacjenta i satysfakcję z leczenia.

od przeoczenia i nierozpoznania depresji, a skończywszy na impasie komunikacyjnym, kiedy lekarze mają poczucie narzucania rozpoznania depresji chorym. Jeszcze gorzej może być w sytuacjach, kiedy lekarze nie są świadomi współistnienia depresji, zaś pacjenci mogą być postrzegani jako ponoszący porażkę i traktowani jak osoby „somatyzujące” czy po prostu „trudni pacjenci”, mogą też być obwiniani za nie dość poważne traktowanie swojej choroby.

Ponieważ nadchodzi epoka, w której powszechne jest leczenie pacjentów cierpiących jednocześnie na wiele różnych schorzeń, lekarze muszą usprawnić sposób rejestrowania i rozumienia wagi doświadczeń osób zgłaszających się do nich po pomoc. W nadchodzących latach zgłaszać się będzie coraz więcej pacjentów z coraz bardziej złożonymi współwystępującymi chorobami, co będzie wymagać nowego podejścia w celu uniknięcia rozczarowania i pomyłek komunikacyjnych. Nigdy wcześniej pacjenci nie byli tak niezadowoleni z opieki zdrowotnej, co opisywano jako „koszmar do pokonania”.⁴⁷ Ponadto ankiety prowadzone wśród lekarzy wykazują, że mimo bardzo dużej wagi przywiązywanej do relacji lekarz-pacjent w praktyce medycznej większość lekarzy

uważa obecnie, że praktykowanie medycyny daje mniej satysfakcji i coraz więcej z nich mówi o całkowitym rzuceniu medycyny lub znacznym ograniczeniu liczby przyjmowanych pacjentów.⁴⁹

W coraz bardziej zagonionych i bezosobowych ośrodkach medycznych, w których oczy lekarzy zwrócone są coraz częściej w stronę monitorów komputerowych,⁵⁰ z dala od oczu pacjentów, skupienie się na diapiresji i aktywnej edukacji pacjenta może być kolejną przydatną strategią zapewniającą krótką pauzę i rzeczywiste skupienie się na doświadczeniu chorego.

Podziękowania

Autor dziękuje dr Wayne’owi Katonowi za przejrzanie wstępnej wersji tego artykułu.

Clinical Diabetes, Vol. 29, No. 2, 2011, p. 43. Diapiresion: An Integrated Model for Understanding the Experience of Individuals With Co-Occurring Diabetes and Depression.

Piśmiennictwo

1 Anderson G: Chronic conditions: making the case for ongoing care [article online]. Available from http://www.fightchronicdisease.org/pdfs/PFCD_FINAL_PRINT.pdf. Accessed 11 February 2011

- 2 Parekh AK, Barton MB: The challenge of multiple comorbidity for the U.S. health care system. *JAMA* 303:1303–1304, 2010
- 3 Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B: Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370:851–858, 2007
- 4 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB: Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 282:1737–1744, 1999
- 5 Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J, Ciechanowski P, Walker E, Bush T: The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 61:1042–1049, 2004
- 6 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24: 1069–1078, 2001
- 7 DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW: Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101–2107, 2000
- 8 Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, Blais MA, Meigs JB, Grant RW: Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 30:2222–2227, 2007
- 9 Lustman PJ, Clouse RE: Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 19:113–122, 2005
- 10 Katon WJ, Rutter C, Simon G, Lin EH, Ludman E, Ciechanowski P, Kinder L, Young B, Von Korff M: The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28: 2668–2672, 2005
- 11 Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB: Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 59:241–250, 1997
- 12 Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE: Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 129:613–621, 1998
- 13 Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE: Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 23:618–623, 2000
- 14 Williams MM, Clouse RE, Nix BD, Rubin EH, Sayuk GS, McGill JB, Gelenberg AJ, Ciechanowski PS, Hirsch IB, Lustman PJ: Efficacy of sertraline in prevention of depression recurrence in older versus younger adults with diabetes. *Diabetes Care* 30:801–806, 2007
- 15 Simson U, Nawarotzky U, Friese G, Porck W, Schottenfeld-Naor Y, Hahn S, Scherbaum WA, Kruse J: Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. *Diabet Med* 25:206–212, 2008
- 16 Williams JW Jr, Katon W, Lin EHB, Nöel PH, Wörcchel J, Cornell J, Harpole L, Gultz BA, Hunkeler E, Mika V, Unützer J, IMPACT Investigators: The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 140: 1015–1024, 2004
- 17 Ell K, Katon W, Xie B, Lee PJ, Kapetanovic S, Guterman J, Chou CP: Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly Hispanic subjects with diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 33: 706–713, 2010
- 18 Katon W, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, Peterson D, Rutter M, McGregor M, McCulloch D: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 363: 2611–2620, 2010
- 19 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 2000
- 20 Ludman EJ, Katon W, Russo J, Von Korff M, Simon G, Ciechanowski P, Lin E, Bush T, Walker E, Young B:

- Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry* 26:430–436, 2004
- 21 Lustman PS, Clouse RE, Carney RM: Depression and the reporting of diabetes symptoms. *Int J Psychiatry Med* 18:295–303, 1988
- 22 Ciechanowski P, Katon W, Russo J, Hirsch I: The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 25:246–252, 2003
- 23 Anderson RM: Is the problem of compliance all in our heads? *Diabetes Educ* 11:31–34, 1985
- 24 Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Bush T, Young B: Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 27:2154–2160, 2004
- 25 Wagner JA, Tennen H, Osborn CY: Lifetime depression and diabetes self-management in women with type 2 diabetes: a case-control study. *Diabet Med* 27:713–717, 2010
- 26 Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, Safren SA: Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31:2398–2403, 2008
- 27 Winokur A, Maislin G, Phillips JL, Amsterdam JD: Insulin resistance after oral glucose tolerance testing in patients with major depression. *Am J Psychiatry* 145:325–330, 1988
- 28 Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE: Depression and poor glycemic control. *Diabetes Care* 23:934–942, 2000
- 29 Colton PA, Olmsted MP, Daneman D, Rycall A, Rodin G: Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case controlled study. *Diabetes Care* 27:1654–1659, 2004
- 30 Crow S, Kendall D, Praus B, Thuras P: Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *Int J Eat Disord* 30:222–226, 2000
- 31 Peveler RC, Bryden KS, Neil HAW, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB, Turner HM: The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 28:84–88, 2005
- 32 Morse S, Ciechanowski PS, Katon WJ, Hirsch I: Isn't this just bedtime snacking? The potential adverse effects of night eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care* 29:1800–1804, 2006
- 33 Pomerleau CS, Aubin HJ, Pomerleau OF: Self-reported alcohol use patterns in a sample of male and female heavy smokers. *J Addict Dis* 16:19–24, 1997
- 34 Hall SM, Muñoz RF, Reus VI, Sees KL: Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol* 61:761–767, 1993
- 35 Ciechanowski P, Katon WJ, Russo JE: Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 160:3278–3285, 2000
- 36 Simon GE, Katon WJ, Lin EHB, Ludman E, VonKorff M, Ciechanowski P, Young BA: Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *Gen Hosp Psychiatry* 27:344–351, 2005
- 37 Egede LE, Zheng D, Simpson K: Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 25:464–470, 2002
- 38 Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Simon G, Ludman E, Von Korff M, Young B, Lin E: Where is the patient? The association of psychosocial factors with missed primary care appointments in patients with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 28:9–17, 2006
- 39 Jacobson AM, Adler AG, Derby L, Anderson BJ, Wolfsoord JI: Clinic attendance and glycemic control: study of contrasting groups of patients with IDDM. *Diabetes Care* 14:599–601, 1992
- 40 Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, Selby JV: Missed appointments and poor glycemic control: an opportunity to identify high-risk diabetic patients. *Med Care* 42:110–115, 2004
- 41 Hammersley MS, Holland MR, Walford S, Thorn PA: What happens to defaulters from a diabetic clinic? *BMJ* 292: 1330–1332, 1985
- 42 Corsi A, De-Castro A, Ghisoni G, Oddi A, Comaschi M: Reasons for patient dropout in attendance at diabetes clinics and evaluation of quality of care. *G Ital Diabetol* 14:239–242, 1994
- 43 Griffin SJ: Lost to follow-up: the problem of defaulters from diabetes clinics. *Diabet Med* 15(Suppl. 3):S14–S24, 1998
- 44 Ciechanowski P, Katon W, Russo J: The association of depression and perceptions of interpersonal relationships in patients with diabetes. *J Psychosom Med* 58:139–144, 2005
- 45 Seelig MD, Katon W: Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis, and management skills. *J Occup Environ Med* 50:451–458, 2008
- 46 Simon GE: Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 24:213–224, 2002
- 47 Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C., National Academy Press, 2001
- 48 American Hospital Association, Picker Institute: *Eye on Patients: A Report from the American Hospital Association and the Picker Institute*. Chicago, American Hospital Association and Picker Institute, 1997
- 49 The Physicians Foundation: Survey finds numerous problems facing primary care doctors, predicts escalating shortage ahead [article online]. Available from <http://www.physiciansfoundation.org/FoundationReportDetails.aspx?id=78>. Accessed 13 December 2010
- 50 Linder JA, Schnipper JL, Tsurikova R, Melnikas AJ, Volk LA, Middleton B: Barriers to electronic health record use during patient visits. *AMIA Annu Symp Proc* 2006:499–503

Paul Ciechanowski, MD, MPH, jest profesorem nadzwyczajnym w Department of Psychiatry and Behavioral Sciences na University of Washington w Seattle. Jest też dyrektorem naczelnym i założycielem firmy Samepage w Seattle. Dr Ciechanowski jest założycielem i udziałowcem oraz otrzymuje wynagrodzenie z firmy Samepage, która dystrybuuje materiały edukacyjne i usługi związane z poprawą komunikacji między pacjentami i usługodawcami, włączając w to pracę nad diaprezją.

piśmiennictwo ze str. 26

- 1 Bayer Healthcare: The history of aspirin [article online]. Available from http://www.wonderdrug.com/pain/asp_history.htm. Accessed 15 December 2011
- 2 Miner J, Hoffhines A: The discovery of the aspirin's antithrombotic effects. *Texas Heart Inst J* 34:179–186, 2007
- 3 Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group: Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *N Engl J Med* 321:129–135, 1989
- 4 Anti-Thrombotic Trialists' Collaboration: Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 324:71–86, 2002
- 5 American Diabetes Association, American Heart Association, and American College of Cardiology Foundation: Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association, a scientific statement of the American Heart Association, and an expert consensus document of the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 121:2694–2701, 2010
- 6 U.S. Department Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality: Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease [article online]. Available from <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd1011/gcp10s2a.htm#Aspirin>. Accessed 27 October 2010
- 7 American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes—2010. *Diabetes Care* 33(Suppl. 1): S11–S61, 2010