

Depresja a cukrzyca: kwestie do przemyślenia

Joe Solowiejczyk, MSW, RN, CDE

W skrócie

Z klinicznego punktu widzenia wiadomo, że cukrzyca i depresja często współwystępują. Nie tak dobrze znane i omówione jest natomiast zjawisko określane mianem dystresu związanego z cukrzycą, oznaczającego kilka stanów uczuciowych związanych z depresją, jednak nienasilonych w takim stopniu, aby można było rozpoznać depresję. W tym artykule badamy zjawisko dystresu związanego z cukrzycą i proponujemy klinicystom pewne strategie oceny i interwencje terapeutyczne.

Chorzy na cukrzycę są dwukrotnie bardziej niż osoby bez cukrzycy narażeni na ryzyko rozwoju depresji.¹ Prawie 10-15% chorych na cukrzycę spełnia kryteria współwystępowania depresji.^{1,2} Objawy depresji występują u blisko 15-20% chorych na cukrzycę typu 1 lub typu 2. W metaanalizach wykazywano związek między depresją w cukrzycy a hiperglikemią i suboptymalnym leczeniem.^{1,2}

Rozpoznawanie i leczenie depresji u chorych na cukrzycę przebiega takim samym torem jak u osób z populacji ogólnej. Negatywne następstwa kliniczne u chorych na cukrzycę są jednak większe, ponieważ depresja może niekorzystnie wpływać na leczenie cukrzycy i zachowania związane z dbaniem o swoje zdrowie.^{3,5} Wydaje się, że najlepsze wyniki kliniczne dają interwencje polegające na stosowaniu farmakoterapii i terapii „rozmową”, w tym terapii poznawczo-behawioralnej.^{6,7}

Biorąc pod uwagę bliski związek depresji z cukrzycą, szczególnie istotne jest, aby lekarze nieprzeszkoleni w psychiatrii zapoznali się z klinicznymi metodami zaspokajania emocjonalnych i psychicznych potrzeb chorych i ich rodzin. W końcu kluczowe jest docenienie znaczenia kierowania chorych do odpowiednich placówek oferujących leczenie psychiatryczne, jeżeli ta forma leczenia nie jest dostępna w danej poradni.

Dystres, ale jeszcze nie depresja

Kliniczne wytyczne dotyczące najlepszych sposobów zaspokajania potrzeb chorych

na depresję są dobrze udokumentowane w piśmiennictwie. Nie ma natomiast takich informacji, które dotyczyłyby właściwego podejścia i leczenia chorych na cukrzycę typu 1 i 2, którzy nie cierpią co prawda na kliniczną depresję, jednak często lub sporadycznie przeżywają uczucia bardzo do niej zbliżone, związane z koniecznością życia ze swoją chorobą. Taki stan jest czasem określanym mianem dystresu związanego z cukrzycą. Jest to stan zbliżony do depresji, jednak niewystarczająco ciężki, aby można go było rozpoznać jako depresję.

Tacy chorzy nie są wychwytywani przez radar systemu opieki zdrowotnej, ponieważ w dużym stopniu dobrze sobie radzą. Osiągają dobre wyniki w testach sprawdzających ich zdolności radzenia sobie i nie są skłonni do mówienia o tym, że przeżywają trudne chwile.

W jaki sposób te osoby sobie radzą? Co myślą o cukrzycy i wpływie, jaki ma choroba na ich życie? Oczywiście nie można powiedzieć, że nie mają uzasadnionego powodu, aby od czasu do czasu czuli się smutni, zdenerwowani, sfrustrowani czy źli. Reżim leczenia prowadzący do osiągnięcia takiego poziomu kontroli cukrzycy, jaki został zdefiniowany przez Diabetes Control and Complications Trial,^{8,9} może być dla nich męczący, przytłaczający i wyczerpujący. Co zatem mogą zrobić lekarze dla tych chorych, którzy nie robią zbyt wiele hałasu wokół swoich problemów, przez większość czasu stosują się do zaleceń, ale nadal doświadczają pewnych trudności emocjonalnych?

W tym artykule omawiam to zagadnienie, opierając się na moim własnym dwustronnym doświadczeniu zarówno ponad 30-letnim zawodowym, jak i 48-letnim osoby chorej na cukrzycę typu 1. Intencją tego artykułu jest stworzenie pewnej platformy klinicznej, zachęcenie do dalszej dyskusji oraz badania skuteczniejszych sposobów pomagania i wspierania chorych na cukrzycę i ich rodzin.

Skoncentruję się na klinicznych parametrach i perspektywach, które lekarze mogą wykorzystywać, aby pomóc takim chorym skuteczniej radzić sobie z psychologicznymi i duchowymi aspektami życia z cukrzycą. Można potraktować ten artykuł jako przewodnik dla diabetologów, którzy czują się zakłopotani i sfrustrowani psychicznymi aspektami cukrzycy i nie są pewni, w jaki sposób mogliby pozytywnie wpływać na chorych i ich rodziny. Skoncentruję się na większości chorych na cukrzycę, u których nie można rozpoznać depresji, jednak którzy często lub okazjonalnie przeżywają cztery podstawowe stany emocjonalne – gniew, strach, niepokój i frustrację – będące konsekwencją życia z cukrzycą. Podobnie jak sama cukrzyca, przeżywane uczucia stają się elementem codziennego obciążenia emocjonalnego. Chorzy i personel potrzebują konkretnego pojęcia, które definiowałoby pozytywne podejścia i strategie, pozwalając na poznanie, zrozumienie i częściowe złagodzenie tego obciążenia emocjonalnego.

Radzenie sobie z psychicznymi kosztami cukrzycy

Leczenie cukrzycy przypomina uczestniczenie w maratonie w odróżnieniu od sprintu. Jest procesem długim i wyczerpującym, wymagającym strategii uwzględniającej długi okres oraz konieczność liczenia się z dostępnymi zasobami zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi.

Pracownicy opieki zdrowotnej przeważnie nie omawiają z chorymi w wystarczającym stopniu trudnego zagadnienia, co może oznaczać „staranie się, aby było jak najlepiej”. Nie rozmawiamy także o tym, w jaki sposób kontynuować wysiłki, które nie zawsze prowadzą do sukcesu. Skuteczne, codzienne leczenie cukrzycy dla chorych i ich rodzin oznacza ogromny wysiłek i stałą czujność. Ciągłe balansowanie między różnymi zmiennymi uwzględnianymi w leczeniu cukrzycy wymaga, aby chorzy i ich rodziny byli czujni przez większość czasu, nawet wtedy, gdy odpoczywają czy się odprężają.

Większość chorych uświadamia sobie ogrom zadania, jakie przed nimi stoi, ale zachowują to dla siebie. Niemniej większość tych, z którymi spotkałem się przez wiele lat mojej praktyki, jeżeli ma taką możliwość, skarży się i rozmawia o tym, jakim wyczerpującym i nigdy niekończącym się procesem jest samodzielne leczenie cukrzycy.

W im większym stopniu lekarze uświadamiają sobie, że przeżywanie takich emocji jest elementem każdego skutecznego procesu radzenia sobie, tym większą ulgę odczuwają chorzy i obydwie strony będą mniej sfrustrowane. Chorzy przeważnie odczuwają ulgę wtedy, kiedy opiekujące się nimi osoby dostosowują się do realnych aspektów życia i radzenia sobie z cukrzycą. Ulga wynika z tego, że nie muszą żyć w sztucznie ustalonych ramach ograniczających stan emocjonalny (np. być szczęśliwi, dobrze sobie radzący, wdzięczni, zrównoważeni) opartych na naiwnych złudzeniach i nierealnych oczekiwaniach. Takie oczekiwania mogą być odpowiednie jako ideały, ale są trudne dla chorych i ich lekarzy w codziennym życiu.

Uznanie poczucia bezradności

Większość chorych na cukrzycę doświadcza poczucia bezradności, co nie oznacza, że odczuwają oni niemożność wpływania na swoje życie czy otoczenie. Wiąże się ono raczej z przekonaniem, że nie byli w stanie zapobiec cukrzycy lub, po jej rozpoznaniu, sprawić, aby choroba zniknęła. Na poziomie intelektualnym i duchowym wielu chorych zmagają się z tym uczuciem bezradności, mówiąc: „jeżeli jestem taki bystry, powinienem być w stanie znaleźć swoje własne rozwiązanie problemu”, lub spotykając się z wynikami, które nie korelują z podjętymi wysiłkami: „powinienem radzić sobie lepiej”. Rodzice, którzy próbują pogodzić się z rozpoznaniem cukrzycy u ich dziecka, przeważnie doświadczają głębokiego poczucia bezradności, kiedy uświadamiają sobie, że nie mogą zrobić

nic, aby uchronić swoje dziecko przed krzywdą (rozwojem cukrzycy) i nie mogą spowodować, aby ta „przykrość” (rozpoznanie cukrzycy) zniknęła.

Jestem przekonany, że poczucie bezradności jest uczuciem, które najdokładniej oddaje podstawowe doświadczenie życia z cukrzycą chorych, ich rodzin i bliskich. To doświadczenie ma inne znaczenie dla chorych na cukrzycę niż dla osób mieszkających z krewnym lub bliskim chorym na cukrzycę. Wszyscy mamy swoje własne sposoby i style radzenia sobie z poczuciem bezradności, kiedy go doświadczamy. Prawie każdy musi zmierzyć się z tym uczuciem podczas życia z cukrzycą. Próba poradzenia sobie z codziennymi zmaganiem z przewlekłą chorobą jest frustrująca i wyczerpująca.

Przyznanie się do poczucia bezradności w związku z cukrzycą nie oznacza, że przeżywająca je osoba nie ma siły, aby dokonywać zmian w swoim życiu. Oznacza raczej zaakceptowanie, że nie można odwrócić konsekwencji niektórych wydarzeń życiowych. Pierwszą zasadą w procesie zdrowienia jest uznanie poczucia bezradności w jakieś dziedzinie i określenie innych obszarów, w których możliwe jest podjęcie jakichś działań i dokonanie pozytywnych zmian.

Dla każdego postępu kluczowe jest zrozumienie problemu. Gdy jest ono osiągnięte, chorzy mogą aktywnie uczestniczyć w konstruowaniu pozostałych elementów swojego życia. Chociaż pozornie jest to paradoksalne, uznanie bezradności może być niezwykle wzmacniającym doświadczeniem. Lekarze rozumiejący to w kontekście własnego życia mają dużo do zaoferowania chorym przeżywającym takie doświadczenie po raz pierwszy.

Zaakceptowanie rzeczywistości

Następnym krokiem jest zdolność zaakceptowania rzeczywistości w realnych kategoriach i rezygnacja z chwytania się i podtrzymywania życzeń dotyczących pożądanego obrotu spraw. Jeśli duchową i psychiczną reakcją na egzystencjalne znaczenie rozpoznania jest poczucie bezradności, być może najskuteczniejszym mechanizmem radzenia sobie z nim jest akt akceptacji i przyzwolenie.

Osoby opiekujące się chorymi na cukrzycę mogą osiągać dobre rezultaty, opierając się na powodzeniu programów powrotu do zdrowia polegających na 12 krokach, zbudowanych na zasadach sprzyjających długotrwałemu wychodzeniu z uzależnienia. Te zasady, zastosowane w leczeniu cukrzycy, mogą dawać niezwy-

kle korzystne rezultaty, ponieważ cukrzyca i uzależnienia od substancji psychoaktywnych mają wiele wspólnego. Obydwa stany są przewlekłymi chorobami wymagającymi stałego leczenia, codziennego aktywnego uczestnictwa chorego, w których dochodzi do dekompensacji, jeżeli chory przestaje czynnie angażować się w codzienne leczenie. Cukrzyca i uzależnienia od substancji psychoaktywnych wydają się nawet jeszcze bardziej podobne, jeżeli przyjrzymy się reakcjom emocjonalnym par, w których jedna osoba choruje na cukrzycę lub cierpi na uzależnienie. W obydwu układach pojawia się problem współuzależnienia, dysfunkcyjne wzorce komunikacji i interakcji, jeżeli partnerzy nie są ze sobą zgrani.

Wydaje się zatem, że czerpanie z zasad programów zdrowienia opartych na 12 krokach ma sens. Osobiście włączyłem wiele z tych zasad do udzielanych w mojej praktyce porad i prowadzonej edukacji. Wydają się one przynosić pewną ulgę w obciążeniu przewlekłą chorobą, jaką jest cukrzyca, i jej wpływie na życie chorych. Zaznaczam, nie jest to prawda bezwzględna, oparta na dowodach naukowych, ale raczej na doniesieniach kazuistycznych, jako strategia, którą lekarze mogą wziąć pod uwagę. W kolejnych częściach przyjrę się bardziej szczegółowo, w jaki sposób zasada przyznania się do bezradności i akceptacja mogą pomóc chorym na cukrzycę skuteczniej radzić sobie z czterema wspomnianymi wcześniej stanami emocjonalnymi.

Radzenie sobie ze złością

Złość wydaje się elementem życia większości chorych. Gniew jest uzasadnioną reakcją psychiczną na sytuację, w których dana osoba czuje się bezradna wobec pewnych osób lub zdarzeń. Sama w sobie nie jest ani dobra, ani zła, jest po prostu jednym z uczuć. Jeżeli jednak nie zostanie rozpoznana i właściwie zrozumiana, może działać destrukcyjnie na samo sedno egzystencji. Na sposób radzenia sobie ze złością, kiedy się pojawia, duży wpływ ma wywiad indywidualny i rodzinny dotyczący przeżywania złości.

U osób zmagających się z cukrzycą wystąpienie złości jest nieuchronne. Chorzy odczuwają złość, ponieważ chorują na cukrzycę i muszą stale monitorować stan swojego zdrowia. Czują również złość z powodu całego asortymentu leków i urządzeń, który zużywali co miesiąc w ciągu ostatnich 2 lat. Wpadają w złość, kiedy są na imprezie, na której nie ma dietetycznych napoi gazowanych. Stają się zli, kiedy czują się zawstyżeni przed innymi,

ponieważ muszą przerwać grę w środku szkolnego meczu piłki nożnej, gdyż czują się osłabieni, lub kiedy przeoczyli objawy hipoglikemii i nagle budzą się w karetce.

Rodziny odczuwają złość (i lęk) wobec bliskiej osoby, która nie leczy cukrzycy w sposób odpowiedzialny, zaś chorzy złością się na naprzykrzających się krewnych. Wszyscy czują złość związaną z tym, że z choroby nie można się wyleczyć i że chorowanie na cukrzycę jest stałą nieprzyjemną niedogodnością, która będzie towarzyszyć im przez resztę życia.

Chorowanie na cukrzycę sprzyja odczuwaniu złości, co powoduje, że chorzy są bardziej podatni na jej doświadczanie, kiedy zdarza się coś nieoczekiwanego lub nieprzyjemnego w codziennym życiu. Życie z cukrzycą oznacza również, że niejednokrotnie wyczerpałeś już swój zasób „grzeczności”. Wielu moich pacjentów mówi, że gdzieś w głębi mają poczucie niesprawiedliwości wynikające z tego, że powinni być zwolnieni ze zwykłych obowiązków, takich jak wynoszenie śmieci czy płacenie rachunków, ze względu na wyjątkowy obowiązek, jakim jest radzenie sobie z cukrzycą. Biorąc to pod uwagę, drobny incydent może nakręcić spiralę złości.

Każda osoba reaguje inaczej w różnych sytuacjach. To, co budzi moją złość, niekoniecznie zdenerwuje kolegę. Jeżeli jednak obydwa chorujemy na cukrzycę, najprawdopodobniej obydwa odczujemy co jakiś czas złość w związku z jakimś aspektem choroby. Możemy nie być dostatecznie zły, aby wybuchnąć gniewem lub czuć się nim całkowicie opanowanym, jednak uczucie złości będzie gdzieś, choćby tylko na obrzeżach świadomości, stanowiąc istotny zapis na naszych emocjonalnych „twardych dyskach”.

Ważne, aby przekazać chorym, ich rodzinom i bliskim, że przeżywanie złości od czasu do czasu w związku z życiem z cukrzycą jest czymś naturalnym. Klinicyści mogą pomóc w częściowym złagodzeniu przeżywanej przez pacjentów złości przez rozpoczęcie rozmowy prowadzącej do zrozumienia tego uczucia (np. „Musisz pan być zły w związku z koniecznością robienia tyłu rzeczy w ramach leczenia cukrzycy. Jestem ciekaw, w jaki sposób radzi sobie pan z tym przez cały czas”). Odlóż czasami omawianie wyników badań, wartości laboratoryjnych czy przeliczanie jednostek węglowodanów i poświęć trochę czasu na rozmowę o tych uczuciach. Twój pacjent to doceni.

Sukces kliniczny nie polega w tym przypadku na tym, aby wyeliminować uczucie złości, ale raczej na pomaganiu chorym w opracowaniu sposobów radzenia sobie ze złością wtedy, kiedy się poja-

wi. Chorzy potrzebują narzędzi, które pomogłyby im w nadaniu znaczenia ich uczuciom. Muszą móc odreagować i uzyskać adekwatną odpowiedź. Muszą również znaleźć pozytywne, funkcjonalne sposoby kanalizowania swojej energii zamiast podlegania negatywnym impulsom wyzwalanym przez gniew.

Zmierzenie się ze strachem

Często chorzy, którzy wydają się zły, w głębi duszy odczuwają strach. Wielu osobom łatwiej odczuwać złość niż przyznać się, że czegoś się boją. Strach może być maskowany przez zaprzeczanie, nieodpowiedzialne leczenie, frustrację czy niewyjaśniony smutek. Podobnie jak w przypadku wielu innych silnych uczuć, strach pozostawiony sam sobie często przybiera jakąś inną postać. Wrażliwe i współczujące podejście do kwestii strachu chorego spowoduje ogromną różnicę w pomaganiu mu w osiągnięciu większej równowagi w życiu i pozwoli postrzegać czas spędzony z lekarzem jako prawdziwie uzdrawiający w szerszym rozumieniu tego słowa.

Z chorowaniem na cukrzycę wiąże się kilka zrozumiałych obaw. U chorych może występować lęk przed hipoglikemią, wstrzyknięciami, niewłaściwym dawkowaniem czy tym, że się nie obudzą. Występują również obawy dotyczące intymności, sprawności seksualnej, lęk przed zależnością od innych, przed byciem ocenianym. Rodziny mogą obawiać się, że nie zapewnią wystarczającego wsparcia lub nie robią właściwych rzeczy. W dłuższej perspektywie pojawia się strach przed rozwojem powikłań, zniechęceniem, niemożnością spełnienia marzeń odkładanych na emeryturę.

Jako lekarze pracujący z chorymi na cukrzycę musimy czuć się swobodnie, rozmawiając o takich obawach. Musimy osiągnąć delikatną równowagę między nadmiernym rozpieszczaniem chorych a ich lekceważeniem. Szczera rozmowa rozpoczynająca się od zwykłego pytania: „Czego pan się obawia w związku z cukrzycą?” może stanowić dobry punkt wyjścia.

Trzeba pamiętać, że niekoniecznie od razu rozwiążemy problemy, ale musimy je omówić. Strach związany z cukrzycą przeważnie jest przewlekły. Najważniejszą rzeczą do zrobienia jest rozpoczęcie dyskusji, dzięki czemu pacjenci i ich rodziny czują, że rozmawianie o lęku jest w porządku i że nie muszą tłumić swoich obaw i udawać, że radzą sobie lepiej niż w rzeczywistości. Chorzy muszą wiedzieć, że biorąc pod uwagę charakter choroby, czymś normalnym jest odczuwanie strachu od czasu do czasu. Naszym zadaniem jest pomaganie chorym w tworzeniu wewnętrznej

przestrzeni, w której mogą właściwie przechowywać swoje uczucia, uzewnętrzniać je i analizować, kiedy są w stanie, zamiast po prostu je tłumić.

Radzenie sobie z lękiem

Na głębszym, osobistym poziomie lęk związany jest ze strachem i złością. Słownikowa definicja lęku jest następująca: „nieprzyjemny stan psychicznego niepokoju lub martwienia się w związku z jakimś niepewnym wydarzeniem”. Większość osób denerwuje się w związku z niektórymi kwestiami, a nasilenie lęku przeważnie jest adekwatne do sytuacji.

W cukrzycy jest wiele powodów do zmartwień. Ponownie, w zależności od indywidualnych wewnętrznych zasobów, chorzy mogą skutecznie radzić sobie przez większość czasu. W innych sytuacjach lęk może stawać się zbyt silny, co prowadzi do wystąpienia trudności psychicznych wyrażanych w sposób charakterystyczny dla danej osoby i może obejmować pojawianie się takich stanów i emocji, jak niepokój, złość, strach, marudność, trudności w koncentracji i niezdolność do wypełniania niektórych zadań. Wielu chorych na cukrzycę, szczególnie omówiona wyżej grupa, u których nie można jeszcze rozpoznać zaburzeń emocjonalnych, może sobie radzić, ogarniać swoje emocje i kontynuować codzienne zmagania. Ponoszą oni jednak pewien psychiczny koszt związany z nasileniem możliwych zmartwień związanych z możliwością utraty wzroku, kończyny, wystąpienia niewydolności nerek lub po prostu ze złymi wynikami badań.

Jakość doświadczeń chorych będzie lepsza, jeżeli będą współpracować z lekarzami, którzy mają świadomość możliwości pojawienia się i realności takich uczuć w codziennym życiu chorych na cukrzycę. Uwzględnienie tych kwestii podczas wizyt kontrolnych w gabinecie nie musi oznaczać dyskusowania o nich za każdym razem, chociaż czasami taka rozmowa jest potrzebna. Najważniejsza jest jednak zwykła świadomość, że chorzy mogą odczuwać tego rodzaju obawy, które nie są objawem swoistych zaburzeń, ale raczej zwykłym elementem większego wysiłku radzenia sobie z intensywnymi stanami emocjonalnymi przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.

Przyznanie się do frustracji

Nie znam żadnego chorego na cukrzycę, który nie musiałby radzić sobie z frustracją, będącą jednym z najwyraźniejszych stanów codziennego życia. Każdy aspekt

codziennej praktyki leczenia cukrzycy stwarza jednak chorym i rodzinom możliwość duchowego rozwoju w procesie radzenia sobie z frustracją.

Źródłem frustracji mogą być takie codzienne wydarzenia, jak zużycie pasków do glukometru lub brak leków, niemożność dodzwonienia się do lekarza czy osoby prowadzącej edukację, niedostępność tabletek z glukozą w przypadku hipoglikemii, zatrzymanie w bramce na lotnisku z powodu posiadania pompy insulinowej czy konieczność czekania zbyt długo na wizytę u lekarza. Należy dodać do tego frustrację spowodowaną próbami wyjaśnienia komuś, kto nie miał do czynienia z tą chorobą, co oznacza życie z cukrzycą, oraz walczenie ze społeczną ignorancją dotyczącą nieznamośności różnicy między cukrzycą typu 1 i typu 2. Frustracja narasta, kiedy chory budzi się ze stężeniem glukozy 295 mg/dl, podczas gdy poszedł spać z wartością 95 mg/dl i tylko śnił o jedzeniu pizzy! Dążąc do lepszego leczenia cukrzycy, ale nie mogąc osiągnąć tego celu z powodu stresów związanych z pracą i wydarzeniami życiowymi, wielu chorych czuje się niekiedy tak, jakby nie mogli już znieść jeszcze jednego obciążenia.

Lekarze mogą ogromnie wspierać chorych dzięki świadomości tych okoliczności i swobodnie, chociaż nieprzypadkowo, kierować rozmowę na trudne tematy. Dają tym samym sygnał, że rozumieją problemy, z którymi borykają się pacjenci. Rola lekarza nie polega w tym przypadku na oddalaniu źródeł frustracji, ale raczej na lepszym docenianiu faktu, że problemy istnieją i wpływają na ważne aspekty życia chorych. Bycie empatycznym świadkiem w większym stopniu niż zdolność zmieniania rzeczy oznacza ten kliniczny kontakt, który może pomóc chorym w całym procesie leczenia. W opiece diabetologicznej większość pracy polega na uzdrawianiu, a nie naprawianiu.

Podsumowanie

Lekarze pracujący z chorymi zmagającymi się z trudnymi stanami emocjonalnymi w codziennym życiu z cukrzycą powinni

starać się w jak największym stopniu pozwalać swoim pacjentom i sobie na luksus bycia niedoskonałymi. Lekarze, którzy uporają się z własnym poczuciem niezdatności związanym z tym, że nie potrafią rozwiązać problemów swoich pacjentów, mogą porzucić złudzenie bycia doskonałymi, co mogą projektować w odniesieniu do swoich pacjentów, i pogodzić się z niedoskonałością jako stanem akceptowanym, adekwatnym do sytuacji. Pierwszym krokiem w pomaganiu tym chorym jest przyjrzenie się sobie w sposób otwarty i uczciwy oraz ocena własnych oczekiwań i pogodzenie się z ograniczeniami związanymi z opieką nad chorymi.

Jestem przekonany, że większość chorych na cukrzycę po zaakceptowaniu faktu, że ich choroba nie przeminie, nie chce być „naprawiona”, ale raczej wysłuchana i „usłyszana”. Rolą lekarza jest słuchać, dostrzec swoje ucho do opowiadanych przez chorych historii, dając im prawo do przeżywania ich zmagani i frustracji jako stanów rzeczywistych i wymagających odwagi. Sądzę, że na tym właśnie polega proces leczenia. Opiekunowie i pacjenci, którzy osiągają ten poziom zrozumienia i wsparcia, tworzą przestrzeń emocjonalną do uczciwej walki o osiągnięcie najlepszej możliwej kontroli cukrzycy.

Uczuć nie należy wartościować, wszystkie są dobre. Są ważnymi wskaźnikami tego, jak dobrze radzimy sobie w osiąganiu równowagi w naszym życiu. Są również kluczem do prowadzenia pełnego, trójwymiarowego życia w kontaktach z innymi. Uczucia są oknami do wnętrza nas samych i innych osób, stanowią odzwierciedlenie i projekcję tego, w jaki sposób wchodzimy w interakcję ze sobą nawzajem i jak radzimy sobie z wydarzeniami życiowymi. Pacjenci powinni móc się spodziewać, że ich lekarze pomogą im rozeznaczyć się w uczuciach związanych z cukrzycą dzięki dostarczeniu im pojęć i ram umożliwiających naukę i rozwój.

Znowu pragnę podkreślić, że zadanie nie polega na sprawieniu, aby negatywne uczucia przestały istnieć, ale raczej na stworzeniu chorym możliwości ich omówienia i przeanalizowania, a nastę-

nie rozpoczęcia negocjacji i zmagania się z nimi w sposób umożliwiający dalsze życie. Tłumienie negatywnych emocji lub walka z nimi zazwyczaj prowadzi do sytuacji podobnej, jak przedstawiona w scenie z puddingiem z filmu „Śpioch”, w której Woody Allen próbuje uderzać w pudding pałeczką i im silniej w niego uderza, tym bardziej on rośnie! Skuteczne postępowanie w cukrzycy i samodzielna opieka zaczynają się od procesu uzdrawiania, a nie naprawiania. Najważniejsze, jaką rolę każdy z nas zamierza przyjąć, aby ułatwić ten proces chorym.

Diabetes Spectrum, Vol. 23, No. 1, 2010, p. 11. Diabetes and Depression: Some Thoughts to Think About.

Piśmiennictwo

- 1 Ryan J, Anderson BA, Freedland K, Clouse R, Lustman P: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 24: 1069–1078, 2001
- 2 Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Ludman E, Russo J, Ciechanowski P, Walker E, Bush T: Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 161:1042–1049, 2004
- 3 Cohen ST, Welch G, Jacobson AM, De Groot M, Samson J: The association of lifetime psychiatric illness and increased retinopathy in patients with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics* 38: 98–108, 1997
- 4 Kovacs M, Mukerji P, Drash A, Lyengar S: Biomedical and psychiatric risk factors for retinopathy among children with IDDM. *Diabetes Care* 12:1592–1599, 1995
- 5 Leedom L, Meihan WP, Procci W, Zeidler A: Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics* 32:280–286, 1991
- 6 Lustman P, Griffith L, Friedland K, Kissel S, Clouse R: Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 129:613–621, 1998
- 7 Jacobson A, Weinger K: Treating depression in diabetic patients: is there an alternative to medications? *Ann Intern Med* 129:656–657, 1998
- 8 DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329: 977–986, 1993
- 9 DCCT/EDIC Research Group: Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med* 353:2643–2653, 2005

Joe Solowiejczyk, MSW, RN, CDE, jest kierownikiem ds. szkoleń i doradztwa diabetologicznego w Johnson & Johnson Diabetes Institute w Milpitas, Calif.