



Anna Michnikowska ▶

Psychologia
cukrzycy

Diabetes Distress (DD) to określenie na zespół zaburzeń zdrowia psychicznego i szereg frustracji, jakim poddany jest diabetryk w związku z diagnozą, koniecznością prowadzenia zdrowego stylu życia czy społecznych konsekwencji cukrzycy

Problem jest bagatelizowany, bo „przecież cukry są najważniejsze”, a opieka psychologiczna nad diabetrykiem w Polsce jest niewystarczająca.

Psychologia a cukry

Badania dowodzą, że terapie psychologiczne pomagają też wyrównać cukier, dlatego tak ważne jest, by problemy psychologiczne nie były lekceważone. Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (ADA) wręcz zaleca regularne pytanie diabetryka o samopoczucie. W Polsce się tego nie robi, choć w innych krajach jest to standardem od wielu lat.

Czym jest DD?

Diabetryk w związku z cukrzycą jest poddany presji z różnych stron.

• Frustracja związana z diagnozą

Pierwsze pytanie, jakie często pada po diagnozie, brzmi: „Dobrze, to jak to się leczy?”. A wiadomo, że cukrzyca typu 1 nie da się wyleczyć, świadomość, że do końca życia jest się skazanym na nieuleczalną chorobę rodzi frustrację.

• Negatywne wsparcie

Wszyscy wokół diabetryka: lekarze, rodzina, znajomi „wiedzą lepiej” jak cukrzycę prowadzić, co robić, a czego nie, jak jeść, kiedy jeść itd. Diabetryk otoczony „cukrzycową policją”, czuje się jak przestępca. To rodzi poczucie winy.

Bez względu na to, jak bardzo zdyscyplinowana jest osoba z cukrzycą, jak bardzo stara się, aby glikemię utrzymać na właściwym poziomie, to cukry nigdy nie będą idealne

• Od cukrzycy nie ma wakacji

Choć obsługa cukrzycy jest jak codzienna, żmudna praca, diabetryk nigdy nie ma „wolnego”.

• Brak nagrody

Za samokontrolę i wysiłek, jaki wkłada diabetryk w prowadzenie cukrzycy, nigdy nie dostaje nagrody, bo cukry nigdy nie będą idealne. Bez względu na to, jak bardzo zdyscyplinowana jest osoba z cukrzycą, jak

bardzo stara się, aby glikemię utrzymać na właściwym poziomie, to nigdy nie będzie ona doskonała. Zawsze zdarzą się gorsze dni, zbyt wysokie lub zbyt niskie cukry. To frustruje i powoduje niemość.

• Styl życia

Diabetryk musi zdrowo się odżywiać, niby nic wielkiego – wiele osób zdrowych postanawia zmienić styl

Czynniki ryzyka rozwoju Diabetes Distress

- płeć żeńska
- wysokie HbA1c
- przynależność do etnicznej mniejszości
- powikłania cukrzycowe

życia, przestawić się na zdrowe jedzenie, wprowadzić aktywność fizyczną. Jednak inaczej niż w przypadku diabetryka, jest to jej wybór. Osoba zdrowa, w każdej chwili może zmienić zdanie, bez konsekwencji. Diabetryk szybko te konsekwencje odczuje.

Czynniki ryzyka rozwoju depresji

- demograficzne i socjoekonomiczne: płeć damska, przestrzeń miejska
- psychosocjologiczne: wydarzenie z życia, strata, brak wsparcia, osobowość, znęcanie/molestowanie
- sezonowe - zimowa depresja
- genetyczne: depresja występująca u osób spokrewnionych w I stopniu
- przewlekła choroba i komplikacje

• Strach

Cukrzyca wiąże się z wieloma powikłaniami, którymi diabetryk często jest straszony – hipoglikemią, utratą wzroku, kończyn, nerek. Lęk przed hipoglikemią może prowadzić do zachowań unikowych aktywnych i pasywnych. Aktywne zachowania unikowe to podawanie zbyt wysokich dawek insuliny, defensywne podjadanie, żeby utrzymać cukier na bezpiecznie wysokim poziomie. Pasywne zachowania to unikanie zostawiania samemu w domu lub wychodzenia samemu (do sklepu, na spacer), unikanie sportów czy jeżdżenia samochodem.

Z czasem wszystkie te czynniki prowadzą do wypalenia cukrzycowego, które może z kolei rozwinąć się w depresję. Tak wiele negatywnych doświadczeń kumuluje się powodując złość, smutek. Wtedy łatwo się poddać.

Zaburzenie odżywiania u osób z cukrzycą

- większa częstość występowanie bulimii u osób z cukrzycą typu 1, zwłaszcza u dziewczynek
- diaboreksja (*diabetes+anorexia*), diabulimia (*diabetes+bulimia*) – zwiększanie dawek insuliny w celu zmniejszenia wagi (dziewczynki z cukrzycą typu 1)
- kompulsywne objadanie się u pacjentów z cukrzycą typu 2

Opieka psychologiczna (stopniowanie)

- psychedukacja (indywidualna, grupowa, wzajemna pomoc, aplikacje, internet)
- opieka psychologiczna (indywidualna, grupowa, przez internet)
- opieka psychiatryczna (wprowadzenie leków) połączona z psychoterapią

Depresja a DD

Czym różni się depresja od *Diabetes Distress*? DD to reakcja organizmu na stresor – stresorem jest cukrzyca. Depresja nie ma skonkretyzowanego stresora. Tak naprawdę każda osoba z chorobą przewlekłą powinna być przebadana pod kątem depresji. Badania pokazują, że u osób z cukrzycą ryzyko rozwinięcia depresji jest o 60% wyższe.

Mimo, że cukrzyca pociąga za sobą wiele problemów psychologicznych, patrzy się na nią nie jak na chorobę psychologiczną, ale wyłącznie jak na chorobę metaboliczną. A przecież wiąże się ona z wieloma

Dużą rolę odgrywa lekarz lub/i pielęgniarka, pod których opieką pozostaje cukrzyk

zaburzeniami zdrowia psychicznego: zaburzeniami odżywiania, stanami lękowymi, depresją.

W Polsce nie ma odpowiedniej opieki psychologicznej dla diabetyków, jak zatem nie pozwolić, by rozwinęło się DD? Dużą rolę odgrywa lekarz lub/i pielęgniarka, pod których opieką pozostaje cukrzyk. Powinni oni



wysłuchać pacjenta, a nie skupiać się wyłącznie na cukrach. Monitorowanie i rozmowa o samopoczuciu z pacjentem z cukrzycą wzmacnia psychicznie diabetyka. Badania dowiodły, że po rozmowie z pielęgniarką liczba diabetyków, którzy potrzebowali wsparcia psychologicznego zmniejszyła się z 32% do 11%.

Ważne jest wsparcie otoczenia – rodziny, przyjaciół. Duże możliwości daje też internet – ułatwia kontakt z osobami, które mają podobne problemy, ale też za jego pośrednictwem prowadzona może być terapia. W Holandii i Niemczech testowany jest system terapii

Badania dowiodły, że po rozmowie z pielęgniarką liczba diabetyków, którzy potrzebowali wsparcia psychologicznego zmniejszyła się z 32% do 11%

psychologicznej przez internet. Polega on na kontakcie e-mailowym z psychologiem, który wysyła pacjentowi wskazówki, zadaje prace domowe. Pacjent prowadzi za pomocą odpowiedniej aplikacji dziennik nastroju.

Liczne badania dowiodły, że terapia przez internet jest równie skuteczna jak terapia twarzą w twarz. Odsetek odrzucenia terapii wyniósł 40%. Takie rozwiązanie ma dużo plusów, przede wszystkim może być mniej kosztowne i daje większą elastyczność. Monitorowanie stanu psychicznego cukrzyka powinno być integralną częścią opieki diabetologicznej, bo nie można osiągnąć zdrowia

Zalety i wady internetowej opieki psychologicznej

Zalety:

- mniejsza stygmatyzacja
- większa szczerść i otwartość
- większa elastyczność
- lepsza wydajność czasowa i finansowa
- forma jest bardziej przyjazna dla pacjenta

Wady

- łatwość rzucenia terapii
- brak dostępu do internetu

fizycznego, bez zdrowia psychicznego. Stres i depresja powoduje wzrost zachorowania na cukrzycę typu 2 o 30-60%, z kolei cukrzyca typu 2 o 30% zwiększa ryzyko zachorowania na depresję. Koło się zamyka.

Na podstawie pracy prof. Franka Snoeka, „*Emotional Distress in diabetes – from assessment to care*” zaprezentowanej podczas konferencji Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.

Głośno chwalić

Z Agnieszką Bratuś, psychologiem dziecięcym, dyrektorem poradni CTS w Elblągu, mamą dwójki dzieci z cukrzycą typu 1, rozmawiamy o zjawisku *Diabetes Distress* i o tym, jak uchronić przed nim diabetyka

Jednym z czynników, które składają się na *Diabetes Distress* jest negatywne wsparcie ze strony otoczenia – jak diabetyk może go uniknąć, w jaki sposób rodzic może pozytywnie wesprzeć diabetyka?

Agneszka Bratuś: Często proporcja między negatywnymi komunikatami kierowanymi do dziecka, a pozytywnymi związanymi z cukrzycą jest zaburzona. Rodzice zwracają uwagę na różne aspekty kontroli, a zapominają o pozytywnym wsparciu. To może łatwo doprowadzić do sytuacji, w której dziecko zniechęci się do choroby, będzie czuło się skrzywdzone i ograniczone.

Jakie to będą negatywne komunikaty?

A.B.: Te które służą kontroli i ocenianiu, które sugerują, że otoczenie wie lepiej, co jest dobre, a co złe dla diabetyka. To sformułowania typu: „złe zrobiłeś”, „znów za dużo zjadłeś”, „dlaczego nie podałeś insuliny?”, „czy mierzyłeś już cukier?” Te negatywne komunikaty płyną z różnych stron, dlatego dobrze włączyć w rozmowę rodzinę – ciocię, babcię, wujka, by oni też nie pytali na okrągło o cukier, nie mówili, że dziecko powinno jeść to czy tamto. U mojego syna w szkole była taka sytuacja, że pani od przyrody zadała dzieciom, by notowały, co jadły przez cały tydzień. Bartek ucziwie napisał, co jadł, były to m.in. naleśniki z dżemem. To na nich skupiła się nauczycielka, która głośno przy całej klasie zwróciła mu uwagę, że zjadł naleśnika z dżemem, zamiast coś zdrowszego. Nie wspomniała natomiast o tym, że innego dnia zjadł kanapkę z sałatą, tylko skupiła się na tym, co mógłby zrobić lepiej. Syn był tym sfrustrowany i rozżalony. Dlatego warto do pozytywnego wsparcia zachęcać otoczenie diabetyka. Jeśli dziecko zostaje na weekend u babci, to często w jego obecności rozstrzygane są sprawy problemowe. Toczone są dyskusje typu: „co zrobić, gdy będzie miał wysoki cukier, a co gdy niski?”, „boję się z nim zostać, bo co zrobię jak zemdleje” – to jest podkreślanie negatywnych aspektów i tutaj warto poprosić bliskich, by wzmacniali pozytywnie dziecko.

W jaki sposób to robić?

A.B.: Głośno chwalić np. „ale ty sobie świetnie radzisz, ja bym tego nie ogarnęła” „jaki to jest trudne policzyć to wszystko, dla mnie to czarna magia, a widzę, że to-

bie to nie sprawia problemu” – to jest właśnie wsparcie pozytywne. Dziecko czuje się wtedy wyróżnione, dowartościowane.

Nie mówmy, że dziecko robi to dobrze, bo ja mu pomagam, tylko dlatego robi dobrze, bo samo potrafi to doskonale zrobić.

Jak radzić sobie ze strachem przed hipoglikemią i przewlekłymi powikłaniami?

A.B.: Strach można napędzić samym mówieniem o nim. Jeśli cały czas mówimy dziecku: „boję się, że stracisz przytomność”, „boję się, że nie podasz insuliny i będziesz miał hiperglikemię”, to ten lęk się potęguje. Rodzic powinien sam siebie przypilnować i nie przerzucać swoich lęków na dziecko. U nas w domu jest zakaz mówienia o tym. Ostatnio ciocia mnie zapytała: „Natalia jest na obozie, a co jeśli straci przytomność?” Odpowiedziałam: „A co jeśli będziesz szła ulicą i spadnie ci na głowę cegła?” Należy ograniczać mówienie o rzeczach, które są hipotetyczne. Utrata przytomności przez dziecko z cukrzycą zdarza się rzadko. To są sytuacje skrajne, a nie warto mówić o sytuacjach skrajnych. Jeśli ktoś ma nowotwór, to nie mówimy mu: możesz umrzeć. Raczej wzmacniamy pozytywne tę osobę. W cukrzycy jest inaczej – w cukrzycy się straszy. Powikłaniami, hipoglikemią.

Mówi się, że od cukrzycy nie ma wakacji – to może rodzić frustrację...

A.B.: Ja to sformułowanie najchętniej wykreśliłabym ze słownika. Bo co to znaczy, że od cukrzycy nie ma wakacji? Samo to zdanie ma już w sobie wydźwięk negatywny. Wakacje to jest coś fajnego, przyjemnego. I jak można komuś powiedzieć, że ty nigdy nie będziesz miał wakacji? Ja swoim dzieciom tłumaczę, że ich obowiązkiem jest w miarę możliwości podawanie sobie insuliny do posiłku. Jak ktoś ma problemy z tarczycą, to musi wziąć rano tabletkę, a twoją rolą jest podawanie insuliny. Tak

masz, tak funkcjonuje twój organizm. Nie używam słów: jesteś chory czy chora. Podawanie insuliny jest jak mycie zębów. To dodatkowa rzecz, którą musisz zrobić i która zajmuje ci 5 minut w ciągu dnia. Kiedyś wyliczyłam dzieciom, że wpisanie w pompę dawki insuliny trwa kilka sekund – mniej niż mycie głowy.

Poza tym (szczególnie nastolatkowi) warto dać czasem wytchnienie od cukrzycy.

W jaki sposób?

A.B.: Pozwalać na więcej, dać mu możliwość całkowitej kontroli, nawet jeśli te cukry nie będą idealne. Im bardziej będziemy nastolatka kontrolować, tym

bardziej on będzie oszukiwał. Ja jestem zwolenniczką, by wdrożyć dziecko jak najszybciej w prowadzenie samokontroli, żeby ono samo przejęło tę pałeczkę i odpowiedzialność. Im szybciej to zrobi, tym będzie bardziej dowartościowane, będzie miało większe poczucie sprawstwa. Dzieci, których rodzice ciągle dopytują o cukry, o samopoczucie, zwykle nie czują, że mają wpływ na swoje życie. Nie mają poczucia, że dzięki sobie mogą coś osiągnąć, są przekonane, że potrzebują kogoś do pomocy.

Z jakim problemami najczęściej przychodzi diabetycy?

A.B.: Do mnie niestety zazwyczaj zgłaszają się rodzice po to,

bym im poradziła, jak jeszcze bardziej mogliby kontrolować swoje dziecko, jak je bardziej zdyscyplinować i zmotywować do lepszej samokontroli. Wtedy zaczynam od poruszenia innego tematu: jak zaakceptować chorobę, jak mniej kontrolować dziecko, jak bardziej mu zaufać. Idealny cukier nie może przysłać nam wszystkiego innego. Co z tego, że moje dziecko będzie miało idealny cukier, ale nie będzie miało kolegów, nie będzie wychodziło do ludzi? Co mi po tych idealnych cukrach, jeśli dziecko będzie miało depresję? Ja wolę, żeby miało wyższe cukry, ale lepsze samopoczucie, żeby było szczęśliwe.

*Agnieszka Bratus
podczas warsztatów
dla diabetyków*

