
Kognitívno-behaviorálna terapia diabetu II. typu

K. Budinská

Psychologické pracovisko NZZ, Kapisztóryho 5, 940 58 Nové Zámky, Slovensko

Súhrn

Hlavnou zásadou liečby diabetu II. typu je diéta a fyzická aktivita, adjuvantne antidiabetiká, v prípade nevyhnutnosti inzulín. Pri diabete I. typu je inzulín integrál-

nou súčasťou liečby. Obezite, ako aj diabetu II. typu sa dá predchádzať. Staršie štúdie u dospelých osôb s porušenou glukózovou toleranciou s vysokým stupňom rizika preukázali, že pri prevencii diabetu a obezity sú účinné zmeny životného štýlu. Zníženie rizika diabetu možno dosiahnuť

zvýšením telesnej aktivity, úpravou stravovania a udržiavaním týchto zmien životného štýlu. Tieto programy sa stávajú zdravotníckou prioritou z celonárodného hľadiska. Príkladom je aj WINDBER Medical Center s programom dr. Ornisha zameraný na prevenciu recidív srdcových ochorení a diabetu, obezity, hypercholesterolémie a sedavého životného štýlu (obr. 6, lit. 9).

Kľúčové slová: kognitívno-behaviorálna terapia, diabetes, svojpomocný manažment, zvládanie stresu, zmena životného štýlu

Diabetes (cukrovka) je choroba charakterizovaná neschopnosťou pankreasu tvoriť dostatočné množstvo inzulínu na podporu normálnych procesov súvisiacich s metabolizmom potravy.

Z nozologického hľadiska nie je diabetes mellitus jednotnou kategóriou. Dá sa vyčleniť:

- diabetes I. typu – inzulíndependentný – autoimúnne ochorenie,
- diabetes II. typu – noninzulíndependentný – kde sa predpokladá receptorová porucha aj relatívny nedostatok inzulínu,
- poruchy sacharidového metabolizmu napr. pri hyperkortikoidizme ako sekundárny diabetes.

Hlavnou zásadou liečby diabetu II. typu je diéta a fyzická aktivita, adjuvantne antidiabetiká, v prípade nevyhnutnosti inzulín. Pri diabete I. typu je inzulín integrálnou súčasťou liečby.

Obezite, ako aj diabetu II. typu sa dá predchádzať. Staršie štúdie u dospelých osôb s porušenou glukózovou toleranciou s vysokým stupňom rizika preukázali, že pri prevencii diabetu a obezity sú účinné zmeny životného štýlu. Zníženie rizika diabetu možno dosiahnuť zvýšením telesnej aktivity, úpravou stravovania a udržiavaním týchto zmien životného štýlu. Tieto programy sa stávajú zdravotníckou prioritou z celonárodného hľadiska. Príkladom je aj WINDBER Medical Center s programom dr. Ornisha zameraný na prevenciu recidív srdcových ochorení a diabetu, obezity, hypercholesterolémie a sedavého životného štýlu.

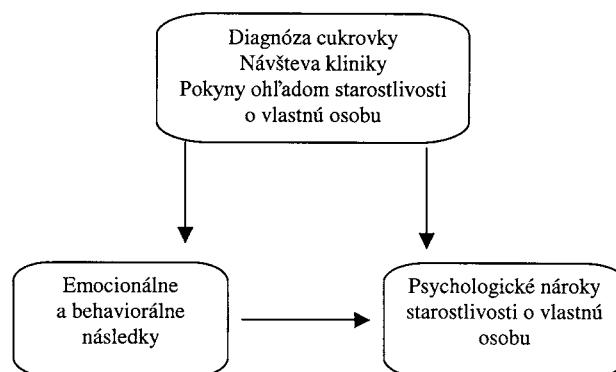
Problémy sa zvyčajne týkajú vplyvu cukrovky na:

- fungovanie v živote a aspekt prispôsobovania sa,
- spojenie svojpomocného zvládania cukrovky so zmýšľaním a životným štýlom pred jej vypuknutím.

Diagnóza cukrovky má závažné dôsledky pre psychologické a spoločenské fungovanie pacientov (Wilkinson, 1981) a vyžaduje od pacientov, aby boli schopní venovať značný čas a energiu svojpomocnému manažmentu tejto choroby. Miera úspechu toho, ako toto pacienti dokážu začleniť do svojho života, úzko súvisí s mierou, do akej udalosti, špecificky sa týkajúcej cukrovky, pôsobia s predtým už existujúcimi domnienkami, myšlienkami, pocitmi a správaním. Cukrovka sa často spája s výskytom psychologických problémov a psychologických porúch, ktoré môžu znížiť pacientovu schopnosť vykonávať svojpomocný manažment. V dôsledku

toho sa môžu ešte viac zhoršiť pacientove problémy a pacienti môžu uviaznuť v začarovanom kruhu. Pozorované psychopatologické symptómy sú bez ohľadu na vek predovšetkým úzkostne depresívne. Strach býva niekedy reálny, pretože dominantnou obavou je strach zo straty zraku. Celkový obraz môžu ešte viac skomplikovať psychologické reakcie, ktoré môžu mať negatívny vplyv na prežívanie samotných príznakov cukrovky.

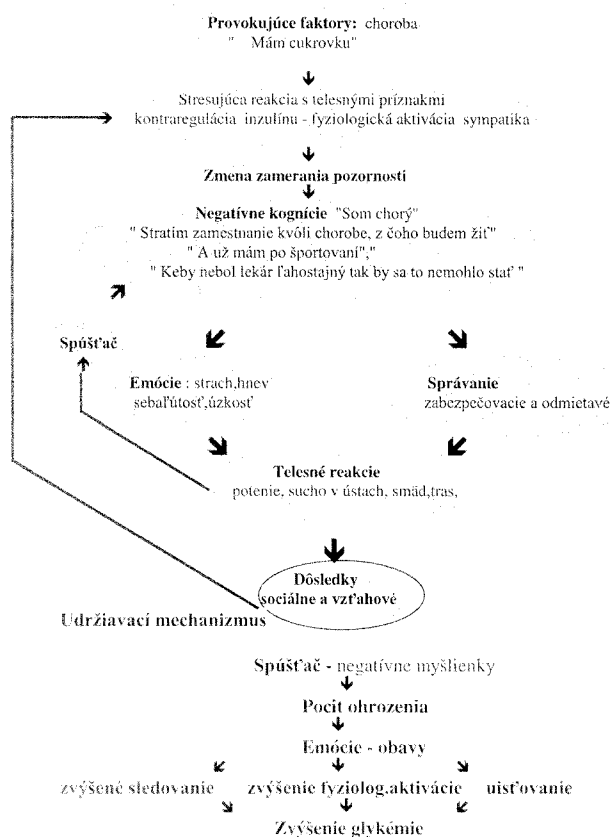
Klasické práce Cannon a Selyeho ukazujú na stresovú katabolickú zložku, ktorá je vyvolaná mechanizmami kontraregulačnými inzulínu: STH, ACTH, kortizol, glukagón a katecholamíny vyvolávajú rôznou cestou vzostup glykémie (Surwit, 1985) (obr. 1).



Obrázok 1. Obojsmerný charakter psychologických aspektov diabetickej starostlivosti

Mnohé roky bol hlavnou filozofiou starostlivosti o pacienta s cukrovkou predpoklad, že pacienti prispôbujú svoj život tak, aby vyhovoval nárokom a potrebám jeho choroby. V posledných rokoch sa toto zmenilo smerom k umožneniu pacientom, aby prispôbili cukrovku svojmu životu.

Väčšina intervenčných stratégií má za cieľ: podporovať efektívne samostatnú reguláciu choroby (vrátane starostlivosti o vlastnú osobu) choroby, minimalizovať psychologické problémy, ktoré vznikajú ako dôsledok choroby a jej sprievodných javov a – ešte častejšie – jemnú a často komplexnú interakciu medzi týmito faktormi. S diagnózou cukrovky je spätá podmienka, aby pacient akceptoval potrebu kompletnej zmeny životného štýlu, ako aj uvedomenie si, že cukrovka je spojená so zvýšeným rizikom neskorších telesných zdravotných problémov. Pacienti musia žiť s vedomím, že riziko vyvinutia týchto neskorších účinkov priamo súvisí s tým, ako úspešne sú schopní zlúčiť zmeny životného štýlu s pôvodným životným štýlom pred chorobou. Hlavné oblasti, na ktoré sa môže zamerať kognitívno-behaviorálny terapeut, sú stres a denné problémy života s cukrovkou, psychopatológia cukrovky, psychologické následky diabetickej kríz a rodinné problémy, ktoré súvisia s diagnostikovaním cukrovky u člena rodiny.



Obrázok 2. Model rozvoja a udržiavania psychosomatických porúch

Úloha chorého

sa posilňuje (obr. 2):

- komunikáciou (neustála kontrola zo strany okolia),
- ubezpečovaním a zabezpečovaním („či mám pri sebe dost' jedla alebo inzulín“),
- vyhýbavým správaním (napr. nešportuje, nechodí s kolektívom na výlety),
- zaostrenie pozornosti na problém,
- katastrofické kognitívne scenáre („Čo keď tam odpadnem?“, „Čo keď mi budú musieť amputovať prsty na nohe, ak sa mi nezohojí rana?“, „Čo keď nebudem už sexuálne zdatný?“).

Rozhovor s pacientom o vzniku a priebehu problému

Posúdenie psychologického vplyvu cukrovky je často vhodné štruktúrovať podľa chronológie pacientovej cukrovky. „Ktoré

udalosti vás napádajú ako najdôležitejšie počas obdobia, keď ste mali cukrovku?“

Prehodnotenie histórie choroby umožní pacientovi a terapeutovi pochopiť hlavné udalosti a to, ako súvisia s kognitívnymi a behaviorálnymi aspektmi života s cukrovkou. Sem môže patriť hospitalizácia v dôsledku komplikácií alebo zlej glykemickej kontroly.

Psychologické aspekty cukrovky

Pri posudzovaní vplyvu cukrovky môže terapeutovi i pacientovi pomôcť porozmýšľať o rôznych oblastiach, ktoré vytvárajú kvalitu života.

T: Je pre mňa dôležité, aby som zistila, ako cukrovka ovplyvnila váš doterajší život. Takýmto spôsobom môžeme zistiť, ako udalosti v minulosti súvisiace s cukrovkou ovplyvnili vaše myšlienky, pocity a stratégie zvládania choroby.

P: Dobre.

T: Keď si predstavíme, že váš život má rôzne oblasti – fyzické zdravie, psychologickú oblasť, spoločenské vzťahy a oblasť vášho životného prostredia, môžeme analyzovať každú z nich a zistiť, ako sa jej týka cukrovka.

P: Chápem.

T: Začnime vašim fyzickým zdravím – ako podľa vás ovplyvnila cukrovka váš spánok?

P: Neovplyvnila ho.

T: A čo váš pracovný výkon?

P: Tak to je niečo iné. Stále ma to trápi – odkedy som si musel spraviť voľno, keď som mával problémy s premenlivou hladinou cukru v krvi.

Do analýzy prostredia patria: finančné zdroje, telesná bezpečnosť a istota, zdravotná a sociálna starostlivosť, jej prístupnosť a kvalita, domáce prostredie, príležitosti pre získavanie nových informácií a zručností, účasť a príležitosti na rekreáciu, ďalej fyzické prostredie a doprava.

Diabetes si vyžaduje potrebu pridržiavať sa špeciálneho režimu samostatnej regulácie choroby (SRCH). Jeho podstatu a vplyv výstižne opísal Watts (1980):

„Musí dodržiavať prísnu diétu, bude si musieť pichať inzulínové injekcie raz alebo aj dvakrát denne. Bude si musieť upravovať inzulín, odmerať správnu dávku a podať si ju hygienicky a v správnom čase. Denne si bude musieť vyšetrovať moč, správne interpretovať výsledky a podniknúť správne opatrenia, ak výsledky nebudú v rámci prijateľnej mierky.“

Terapeut musí dať pozor, aby jeho opis zahrnul presnú podstatu pacientovej SRCH rutiny. Mal by sa pýtať pacientov na ich myšlienky a pocity o tomto a mal by ich presvedčiť, aby vykonávali základné monitorovanie aspektov svojej SRCH rutiny. Často ľudia podceňujú nedostatok schopností a skúseností, aby sa správali žiaducim spôsobom. Aj keď sa o to pokúsia, zažívajú skôr frustráciu kvôli chýbaniu zručností a návykov.

T: Myslíte, že niekedy je ťažké zvládnuť nároky, ktoré kladie cukrovka na váš život ?

P: Áno, určite.

T: Bolo by užitočné, keby sme to preskúmali detailnejšie. Rád by som vám dal Denník týždennej aktivity a ukázal vám, ako ho vyplniť.

P: Mám denník, do ktorého by som si to mohol písať.

T: Tak to nám pomôže, ak ste zvyknutí písať si denník – pozrite sa na túto. Dni v týždni sú napísané hore a každý deň je rozdelený do hodinových segmentov. Podstatou je, že do nej vpíšete, čo robíte každý deň. Prosím vás, aby ste si zapísali zakaždým, keď si zmeriate cukor v krvi, keď užijete inzulín a dôležité je zaznačiť, kedy sú aspekty SR problémom !

P: Ako sa mi to všetko zmestí do tých malých políčok ?

T: Potrebujete len jedno alebo dve slová pre aktivity a ostatné veci môžu byť zaznačené písmenom G, keď si zmeriate cukor v krvi, písmenom I pre inzulín a hviezdičkou pre problematické chvíle.

P: Na také niečo som nikdy nemyslel.

T: Takýmto spôsobom sa na to nabudúce môžeme pozrieť detailnejšie – a pre vás to bude dôležitý krok vpred v aplikácii KBT.

Pacientov možno požiadať, aby vyplnili Dotazník o vnímaní choroby a nasledujúce sedenia môžu byť štruktúrované podľa odpovedí v tomto formulári.

T: Ako ste spomínali, súčasťou vašej domácej úlohy z minulého sedenia bolo vyplnenie formulára nazvaného Dotazník o vnímaní choroby. Prezriem si ho, kým vy budete vyplňať Formulár o celkovom stave pre tento týždeň. Jednou z vecí, ktoré chcem zaradiť do dnešného programu, je rozhovor o vašich odpovediach na tento formulár. Súhlasíte ?

P: Áno, dúfam, že som ho správne vyplnil.

T: Zdá sa mi v poriadku a poskytol mi materiál, pomocou ktorého dokážem viac zistiť o vašich myšlienkach o cukrovke. Chceli ste ešte niečo iné zaradiť do dnešného programu.

P: Nie som si istý, či mi táto terapia pomôže.

T: Dobré. Zaradíme to do programu: „Ako mi môže kognitívno-behaviorálna terapia pomôcť pri mojom prispôbovaní sa cukrovke?“ Možno to budem môcť spojiť s niektorou z vašich odpovedí v dotazníku, takže navrhujem, aby sme s tým začali. Existuje niečo, čo ste sa ma chceli spýtať o dotazníku ?

P: Nie.

T: Napísali ste tu, že nesúhlasíte s výrokom, že vaša choroba nie je vážna. Prečo si to myslíte ?

Na monitorovanie životného štýlu možno použiť základnú štruktúru Denníka týždenných aktivít (obr. 3).

Čas	Pondelok	Utorok		Sobota	Nedeľa
7 – 8 h					
8 – 9 h					
20 – 21 h					
21 – 22 h					
22 – 23 h					

Pri políčku každej hodiny zaznačte vašu aktivitu a na označenie podania inzulínu, zmerania tlaku krvi alebo výskytu problému, ktorý budete chcieť prediskutovať, použite nasledujúce skratky: I,K,G,*,TK

Obrázok 3. Formulár týždenných aktivít pre monitorovanie cukrovky

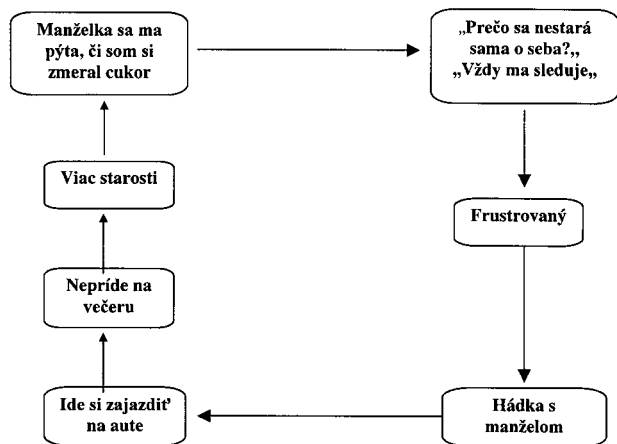
Diéta je dôležitým prvkom každodenných požiadaviek na pacientov. Pacienti majú často predstavy o dietetických požiadavkách – „Už nikdy si nebudem môcť vychutnať jedlo“. Mnohí sú prekvapení, keď zistia, že vôbec nejde o ochudobnený život, aký si spočiatku predstavovali. Schulnt a spol. (1999) tvrdia, že psychosociálny opis by mal vymedziť, čo, kedy, kde, prečo a koľko daná osoba zje. Monitorovanie príjmu jedla môže byť skombinované s monitorovaním premenných, ako napríklad nálada alebo situácia. Pacienti si vyplnia potravinové denníky pre dietetikov.

Súhra efektívnych, kognitívnych, fyziologických a behaviorálnych faktorov je ilustrovaná na nasledujúcom prípade.

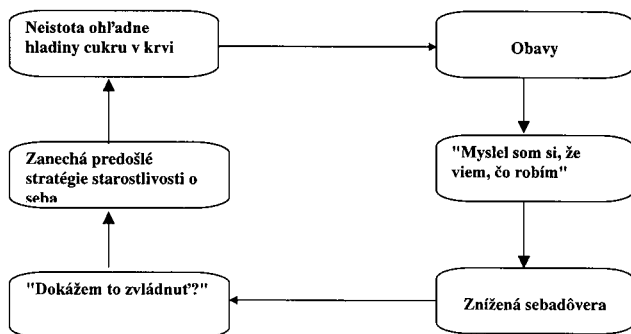
Nesúhlas s diabetickou samoliečbou

Pán D. má 63 rokov a diabetes mellitus. Dlhé roky sa o seba veľmi dobre staral tým, že bral pravidelne lieky a dodržiaval diétu. Po tom, keď jeho žena zomrela na rakovinu, zobrala ho jeho dcéra na vyšetrenie k svojmu lekárovi a požadovala vyšetrenie cukru v krvi. Zistil, že to bolo viac ako 400 mg/ml. Lekár si myslel, že pri takom vysokom množstve je nevyhnutné podať inzulín, čo však jeho dcéra odmietla a prišla spolu s otcom do ordinácie s tým, aby sa pozreli na jeho problém detailnejšie. Zavčasu vysvitlo, že pán D. trpí od smrti svojej manželky depresiou, vzdialil sa od svojich priateľov, prerušil svoje bežné aktivity, ktoré dovtedy vykonával s manželkou, a postťažoval sa, že ráno má problémy vstať z postele. Lieky užíval pravidelne, stravoval sa diétne a chodil sám na prechádzky. Lekár nariadil antidepresívnu liečbu a multidisciplinárny diabetický program, ktorého súčasťou je aj zdravotná sestra, ktorá pravidelne navštevuje pacientov počas domácej liečby. Prihlásil sa do skupinového programu „Vezmi svoj život do vlastných rúk“ a začal opäť nadväzovať kontakty so svojimi priateľmi, venovať sa svojim koníčkom a jeho hladina cukru v krvi sa znížila na akceptovateľnú úroveň aj bez inzulínovej liečby.

V niektorých prípadoch môže rozhovor s tzv. inými osobami (vrátane lekárov a sestričiek) poskytnúť potrebné informácie o vnímaní pacientov (obr. 4, 5).



Obrázok 4. Formulácia na úrovni problému



Obrázok 5. Formulácia na úrovni prípadu

T: Asi už viete, že pani Cukrová chodí na KBT svojej depresie.

S: Áno, doktor Inzulín mi povedal, že ju požiadal, aby prišla.

T: Chcel by som vedieť, čo si o nej myslíte, aké máte z nej pocity – keďže viem, že ju pravidelne navštevujete od nehody jej manžela (pacientkin manžel zahynul pri horolezeckom nešťastí).

S: Je to veľmi zaujímavá žena.

T: Čo sa vám na nej zdá najzaujímavejšie ?

S: Má zvláštny spôsob vnímania svojej cukrovky.

T: Čo konkrétne sa vám zdá zvláštne ?

S: To, ako si myslí, že cukrovka je niečo, čo môže ignorovať – vyzerá to, akoby nechápala, čo sa jej môže stať.

T: Zdá sa vám to teda zvláštne – skutočnosť, že sa zdá, akoby ignorovala svoju cukrovku. Rozmýšľali ste o tom, keď bola na PT ?

S: Áno.

T: Ako sa cítite, keď o tom premýšľate takýmto spôsobom ?

S: Úprimne povedané, viem, že ma frustruje a myslím, že som na ňu príliš príkra, prudká. Asi si budete myslieť, že som hrozná.

Myšlienky súvisiace s akceptáciou často spôsobujú hnev alebo frustráciu, nemusia však byť nevyhnutne vyjadrené priamo v súvislosti s diabetom.

Depresívne obdobia sú často spôsobené prílišnou zaujatosťou stratami spájanými s diagnózou cukrovky a s jej dopadom na životný štýl pacienta – „Už si ani jedlo nemôžem vychutnať“. Pacienti sa cítia nahnevaní alebo frustrovaní kvôli svojmu diabetu. Spúšťacie mechanizmy a príčiny by mali byť uvedené vo formulácii na úrovni problému a ich prepojenie s názormi a pocitmi v súvislosti s diabetom by mali byť špecifikované vo formulácii na úrovni prípadu. Epizódy hnevu sú často spojené s názormi a predpokladmi o akceptácii, názoroch na svet a schéme vlastnej osoby. Môžu byť spôsobené aj názormi na personál kliniky a ich komentármi a pokynmi týkajúcimi sa manažmentu cukrovky. Úzkosť a strach ako reakcia sa zvyčajne sústreďujú na katastrofické predpovede o budúcich diabetických problémoch (napr. strach z hypoglykémie) a na tendencie minimalizovať schopnosť pacienta a tímu diabetologickej starostlivosti zvládnuť predpovedané problémy niekedy v budúcnosti. Správanie zamerané na pocit bezpečnosti môžu minimalizovať vnímané riziko výskytu hypoglykémie a následne zmierniť úzkosť a paniku.

V niektorých prípadoch možno problémy odvodiť od lipnutia na dlhodobých domnienkach o vlastnej neschopnosti alebo nízkej sebadôvere („Som bezradný; Nedokážem svoje veci zvládnuť sám“). Udalosti v živote a/alebo iné problémy nesúvisiace s diabetom, ktoré vyplývajú z týchto faktorov, môžu byť zahrnuté do formulácie na úrovni prípadu. Pacientov zdroj regulácie (choroby) (Keď píšem o zdroji kontroly choroby, ide o to, či pacient verí, že chorobu môže regulovať externe (lieky, lekári), alebo vlastným pričinením (práca s vlastnou psychikou, autosugescia.)) môže mať vplyv na jeden alebo viac prvkov ich prispôbovania sa cukrovke; sem patria rozhodnutia o preferovanej metóde podávania inzulínu (injekcia alebo podkožná inzulínová infúzna pumpa); reakcie na pokyny, aby pacient zmenil frekvenciu cvičenia a/alebo komponenty stravovania; a reakcie na nečakané problémy alebo komplikácie diabetu – napr. „Nemá zmysel snažiť sa o zlepšenie mojej cukrovky, pretože stále mám komplikácie“. Pri takýchto udalostiach by sa malo uviesť, či ide o kritické incidenty alebo nie.

Dietetické obmedzenia v stravovaní môžu spôsobiť psychologické problémy tým pacientom, ktorí sú už aj tak zraniteľní voči problémom vyplývajúcim z ich predstáv o vlastnej bezcennosti a nepeknom telesnom vzhľade, keďže tieto obmedzenia si budú spájať s vlastnou hmotnosťou a stravovacími návykmi.

Psychoterapeutické stratégie

Pri tejto skupine pacientov sa ciele terapie zvyčajne týkajú zníženia frekvencie negatívnych náladových stavov, zlepšenia jednotlivých prvkov starostlivosti o vlastnú osobu a priameho alebo nepriameho zlepšenia kontroly glykémie. Úspech terapie závisí od týchto krokov:

1. vytvorenie vzťahu s klientom, zdôrazňuje sa pacientovi úloha „svojpomoci“,
2. pomôcť klientovi, aby zvýšil vlastné sebauvedomenie a sebamonitorovanie,
3. vedme pacienta k učeniu sa relaxovať, aby sa znížilo jeho fyziologické napätie,
4. pomôžeme pacientovi identifikovať vzťahy medzi udalosťami, automatickými myšlienkami a afektívnymi, fyziologickými a behaviorálnymi odpoveďami,
5. podporujeme viac schopnosť odpovedať ako schopnosť reagovať na stresujúce situácie,
6. pomôžeme mu pri vytváraní integrovaných, realistických a adaptovaných postojov,
7. podnecujeme efektívne stratégie riešenia problémov a iné behaviorálne zručnosti, ktoré zlepšia pacientovo sebaovládanie a sebaúčinnosť v liečbe,
8. podporujeme zlepšenie zdravia a preventívne stratégie.

Kognitívne techniky

Existuje celá škála techník, ktoré sa využívajú pri identifikácii a modifikácii pacientových automatických myšlienok, ovplyvňujúcich zdravie a zvládanie chronických ochorení. Medzi ne zaraďujeme:

- objasnenie cieľov liečby,
- identifikácia automatických myšlienok,
- testovanie automatických myšlienok,
- úprava kognitívnych skreslení,
- náučný výklad,
- imaginatívne a vizuálne techniky (pre tých, ktorí majú ťažkosti s identifikovaním svojich negatívnych automatických myšlienok; pomocou nich môžu spoznať svoje stratégie myslenia v ťažkých situáciách. Môžu pracovať na rozvíjaní svojich racionálnejších alternatív),
- hranie úloh a kognitívne nácviky,
- rozvinutie racionálnych alternatív,
- zmeny schém,
- sebamonitorujúce techniky (napr. písanie denníka a zaznamenávanie myšlienok môže zlepšiť sebauvedomenie si negatívnych skreslených myšlienok a maladaptívneho „sebahovoru“),
- skupinová terapia homogénneho typu.

Behaviorálne techniky

Pacienti dokážu identifikovať maladaptívne správanie, ktoré im prekáža v liečbe. Objavujú sa u nich nedostatky v určitých aktivitách, prehnané správanie a neefektívne interpersonálne správanie. Patria sem techniky:

- behaviorálna analýza (napr. pacient si vedie denný jedálny lístok pri poruchách príjmu potravy, píše si čas, miesto, množstvo jedla, stupeň hladu, spúšťače jedenia – napr. stres),
- plánovanie aktivít,
- sebamonitorovanie,
- techniky vystavenia,
- behaviorálna skúška,
- nácvik zručností,
- tvorba plánu – detailná analýza špecifických cieľov (cvičenie 3-krát týždenne),
- tréning asertivity a komunikácie,
- tréning efektívneho využívania času,
- tréning v riešení problémov,
- tréning zručností.

Relaxačné techniky

- progresívna svalová relaxácia,
- autosugescia,
- autogénny tréning,
- „biofeedback“,
- bránicové dýchanie.

Problémy s akceptáciou často súvisia so skreslenými alebo nepresnými výrokmi o diabete (napr. „Ľudia s cukrovkou sa nikdy nezabávajú“, „Ľudia s cukrovkou musia ísť skôr či neskôr na amputáciu“). Pri tomto scenári existuje viacero stratégií, ktoré možno realizovať.

Takýto prístup k integrácii poskytovania informácií s realizáciou iných kognitívno-behaviorálnych terapeutických stratégií je načrtnutý v nasledujúcom úryvku zo sedenia, kde má pacient problémy akceptovať, že má chorobu, ktorá si bude vyžadovať reguláciu jeho životného štýlu po zvyšok jeho života:

T: Jeden z problémov, ktorému ste sa chceli venovať, sú vaše ťažkosti pri akceptovaní vašej diagnózy.

P: Nedokážem to pochopiť.

T: Ako sa cítite, keď myslíte na to, že máte diabetes?

P: Beznádejne.

T: Na čo ste mysleli, keď ste sa cítili bez nádeje?

P: Môj celý život je hore nohami, už nikdy sa nebudem cítiť sebavedomý – nemá to zmysel.

T: To znie pre vás hrozne.

P: Bolo niekoľko najhorších týždňov môjho života, naozaj.

T: Takže mnohé z vašich ťažkostí s akceptovaním cukrovky sa týkajú myšlienok o vašom živote teraz a predpovede, že už nikdy nebudete sebedomý.

P: Áno, väčšina z nich.

T: Existujú nejaké veci, ktoré vám povedali, ktoré vám prebiehajú hlavou, keď máte takéto myšlienky?

P: Nevieam pochopiť, čo sa so mnou deje – viem iba, že je to vážne.

T: Myslíte si, že to, že nevíete, čo sa s vami deje, nejako súvisí s vašimi myšlienkami o vplyve choroby na váš život teraz a v budúcnosti?

P: Nevieam, čo si myslím.

T: Zdá sa mi, že pretože nie ste si istý, vytvorili ste si rôzne problémy vo vašej hlave.

P: Je to možné.

T: Čo keby sme sa dohodli, že spíšeme niektoré z vašich myšlienok, poskytnem vám informácie o diabete a potom sa znovu pozrieme na tie myšlienky, aby sme zistili, či nám nové informácie môžu pomôcť vyvrátiť ich.

P: Nuž, ak si myslíte, že to pomôže.

T: Môže to pomôcť. A ak nie, existujú aj iné veci, ktoré môžeme podniknúť, aby sme vám pomohli s myšlienkami, ktoré máte.

Informovanosť o krvnej glukóze

Terapeut by sa mal uistiť, že pacient chápe, prečo mu odporučil monitorovanie krvnej glukózy (obr. 6) („Všimol som si, že ste menej depresívny, odkedy ste začali pravidelne testovať hladinu cukru vo vašej krvi. Všimli ste si to?“).

Dátum	Čas	I	J	C	Symptómy a Signály Činnosti	Odhad	Skutočnosť	Nepovšimnuté signály	Čo som sa naučil? Čo môžem urobiť, aby som zlepšil moju uvedomelosť

Vpíšte dátum a čas. Písmená I, J a C sa vzťahujú na posledný užitý inzulín, jedlo a cvičenie. Napíšte V, M alebo Z na vyznačenie väčšieho, menšieho alebo zvyčajného množstva inzulínu, jedla a cvičenia. Ďalej napíšte signály hladiny cukru vo vašej krvi (napr. symptómy, telesná porucha). Potom odhadnite hladinu vášho cukru. Potom si zmerajte hladinu cukru. Ak bola nízka a vy ste si nevšimli signály, napíšte si ich. Rozmýšľajte, prečo sa to mohlo stať.

Obrázok 6. Denník monitorovania krvnej glukózy

„Vpíšte dátum a čas. Písmená I, J a C sa vzťahujú na posledný užitý inzulín, jedlo a cvičenie. Napíšte V, M alebo

Z na vyznačenie väčšieho, menšieho alebo zvyčajného množstva inzulínu, jedla a cvičenia. Ďalej napíšte signály hladiny cukru vo vašej krvi (napr. symptómy, telesná porucha). Potom odhadnite hladinu vášho cukru. Potom si odmerajte hladinu cukru. Ak bola nízka a vy ste si nevšimli signály, napíšte si ich. Rozmýšľajte, prečo sa to mohlo stať.“

Niektorí pacienti možno zistia, že ich presvedčenie o momentálnej nízkej hladine cukru v krvi nemá takmer žiadnu súvislosť so skutočnými fyziologickými premennými, namiesto toho ide najmä o rozhodnutia na báze znakov a symptómov, ktoré sú dôsledkom psychosociálnych faktorov. Cieľom terapeuta by malo byť pomôcť pacientovi identifikovať symptómy, ktoré sú citlivé a špecifické (t.j. symptómy, ktoré sa vyskytnú vtedy, keď je hladina cukru v krvi nízka, no nevyskytnú sa, keď nie je). Niekedy je to pacientom ľahšie vysvetliť pomocou koncepcie „falošných poplachov“ a „výstražných signálov“.

T: Tým, že si budete zapisovať symptómy, ktoré si všimnete a že si budete zaznamenávať hladinu cukru vo vašej krvi, môžeme začať pracovať na tom, ktoré symptómy sú spoľahlivými signálmi nízkej hladiny cukru v krvi a ktoré nie sú užitočné pri zisťovaní toho, kedy je vaša hladina nízka.

P: Lekár hovoril, že to mám robiť na základe merania hladiny cukru v krvi.

T: Áno, to je pravda. Nie vždy však máte možnosť odmerať si hladinu cukru v krvi, a aj keď máte, niekedy tomu musíte venovať viac pozornosti, inokedy stačí menej.

P: Aha.

T: Na dnešnom sedení by ste mali porozmýšľať o tom, že by ste si začali viesť denník, do ktorého si zaznačíte, kedy ste si merali hladinu cukru v krvi, symptómy, ktoré ste mali, ako ste odhadli hladinu cukru a aký bol skutočný výsledok.

P: To všetko mám zapisovať?

T: Áno. Dôvod je taký, že keď to tak urobíte, budeme môcť zistiť, aké presné boli vaše odhady a postupne môžeme vytvoriť zoznam spoľahlivých signálov zmeny hladiny cukru vo vašej krvi. Ak testovanie ukáže, že ste si nevšimli nejaký signál, môžete si urobiť špeciálnu poznámku, aby ste na to mohli myslieť z hľadiska nízkej, resp. vysokej hladiny cukru v krvi nabudúce.

Podpora starostlivosti o vlastnú osobu

Pacientova starostlivosť o vlastnú osobu zahŕňa celú škálu činností, ako napríklad užívanie liekov, cvičenie a vhodná diéta. Monitorovanie krvnej glukózy je významnou súčasťou tejto starostlivosti. Nedodržanie pokynov z hľadiska starostlivosti je zvyčajne zdrojom problémov. Problémy s dodržiavaním pokynov často možno riešiť psychoterapiou na báze kognitívno-behaviorálnej teórie.

Terapeut by nemal podceňovať význam a vplyv poskytnutia podpory pri pokroku v nadobúdaní a udržiavaní behaviorálnych reakcií, ktoré podporia adaptáciu diabetu alebo minimalizujú zdravotné komplikácie.

Analýza by sa mala zamerať na to, čo považuje pacient za podporu. Niektorí pacienti môžu profitovať z konštrukcie autosugestívnych výrokov, keď dosiahli pokrok. Na druhej strane, hoci mnohí pacienti by pozitívne zareagovali na pochvalu a/alebo na myšlienku plánovať ďalšie kroky vtedy, keď majú radosť, mnohým iným pacientom sa to môže zdať príliš zjednodušené. Niektorým pacientom sa zdá myšlienka kartičiek, na ktoré si napíšu autosugestívne výroky, nerelevantná. Iní si myslia, že je to kľúčový faktor, ktorý umožní udržať si dostatočnú motiváciu na to, aby vytrvali vo svojich pokusoch urobiť zmeny vo svojom prístupe k svojej starostlivosti o seba. Terapeut preto musí zistiť, ktorí pacienti s najväčšou pravdepodobnosťou zareagujú na túto terapiu. V niektorých prípadoch môže pomôcť zainteresovanie dôležitých tretích osôb do tohto prvku terapie – napríklad informovaním členov rodiny, ktoré behaviorálne črty si majú všimnúť a ako majú reagovať, aby ich podporili.

Niekedy majú pacienti problémy s terapiou kvôli prítomnosti špecifickej fóbie z injekcií alebo v dôsledku všeobecne nízkej úrovne sebavedomia o ich schopnosti vykonávať jednotlivé komponenty terapie. Niektorí pacienti majú fóbiu z krvi. Existujú dôkazy, že fóbie z injekcií alebo krvi možno liečiť intervenciami na kognitívno-behaviorálnej báze, ktoré sú kombináciou edukácie a expozície. Niekedy si zdravotný personál môže myslieť, že problém s injekciami súvisí s fóbiou, hoci v skutočnosti je spôsobený iným druhom myšlienok. Niektorých pacientov trápia reakcie iných osôb, ktoré vidia, ako im je podávaný inzulín a/alebo majú o sebe sebakritické myšlienky: „Som ako taký chodiaci vankúšik na ihly“.

Zhrnutie a závery

Terapeuti musia pri vykonávaní hodnotenia, pri konštrukcii formulácií a plánovaní terapie prihliadať na obojsmerný vplyv psychologických aspektov poskytovania diabetickej starostlivosti. Evaluácia, formulácie i terapia preto musia prihliadať na priame (t.j. týkajúce sa diabetu) i nepriame faktory prispievajúce k psychologickým problémom. Ak pacient akceptuje dôsledky toho, že trpí cukrovkou, KBT sa

môže zamerať na to, aby mu umožnila vykonávať optimálnu úroveň starostlivosti o vlastnú osobu a minimalizovať možnosť zhoršenia ich psychologického zdravia. Väčšina intervenčných stratégií bude úspešná vtedy, ak pacienti majú dostatočnú uvedomelosť o hladine cukru v krvi, kombinovanú so sebadôverou a kompetenciou v rôznych typoch starostlivosti.

Literatúra

Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.: Psychosomatická medicína. Praha, Grada 1993, s. 233–238.

Cognitive behavioral therapy in psychosomatic medicine: Treatment strategies, Diabetes mellitus, Illness perception questionnaire. New York, 2002, s. 60–92, 260–281.

Kennerleyová H.: Jak zvládat úzkostné stavy. Portál, 1998, s. 45–48, 172–180.

Kořán M.: Dynamika vyrovnávání se s náhlými změnami zdravotního stavu. Edice Zprávy, 81, 1986.

Možný P., Praško J.: Kognitivně-behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe. Triton, 1999, s. 266–267.

Mokdad A.H. a spol.: Prevalencia obezity, diabetes mellitus a rizikových faktorov ohrozujúcich zdravie spojených s obezitou v USA v r. 2001. J. Amer. Med. Ass., 2003, č. 3, s. 164–168.

Praško J., Kosová J.: Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Triton, 1998, s. 100–108.

Šimek J.: Emoční život psychosomaticky nemocných. Edice Zprávy, 66, 1985, s. 29–31.

Tuomilehto J., Lindstrom J., Ericsson J.G. a spol.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New Engl. J. Med., 2001, s. 1343–1350.

Do redakcie došlo 2.9.2003.