

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ ОТ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

П. Балканска*

PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF DIABETIC PATIENTS

P. Balkanska

The present article argues for the usefulness on inclusion of a psychotherapy in the complete treatment of diabetic patients. The psychotherapeutic approach conform with the necessity on flexible and dynamic integration of different kinds of psychotherapy. Different aspects of psychological treatment of the patient's emotional and behavioural problems are discussed.

Захарният диабет е психосоматично заболяване, в произхода и развитието на което участват комплекс от соматични, психични и психологични фактори. Протичането на болестта корелира с изразена психопатологична симптоматика (Карвасарский, 1985; Эйдемиллер, 1990; Lobo Antonio, 1991; Rudolf, 1970). За развитието на психични нарушения при болни със захарен диабет от значение е преди всичко изявата на самото заболяване. При компенсирани диабет тези разстройства могат да бъдат минимални или дори да липсват. При неблагоприятното му протичане, особено в юношеството, измененията в психичната сфера могат да бъдат достатъчно изразени.

Характерни черти в психиката на тези болни са емоционалната неустойчивост и невротичните реакции (Biniswanger & Schneider, 1988; Lobo Antonio, 1991; Reindell et al., 1976). Някои психични изменения могат да бъдат свързани със специфичния начин на живот, който диктува болестта: постоянно съблюдаване на диета, различни ограничения, ежедневен инсулинов лечение. Тежките изисквания, предявявани към болния с оглед лечение на заболяването му, могат да изменят неговото отношение към живота и това от своя страна да се отрази на характера му. Изострят се някои преморбидни особености, определени от личностната реакция на болестта. В едни случаи това е тревожна мнителност, в други – прекалена педантичност при съблюдаване на режима, в

* П. Балканска – и.с. II ст., Клиничен център по ендокринология и геронтология, София

трети – недооценка на сериозността на заболяването. Такива личностови реакции са особено забележими в началните стадии от заболяването. При болшинството диабетно болни се извяват определени психични изменения, сред които водещо място засмат емоционалните нарушения: появяват се несвойствени за болните раздразнителност, несдържаност, свадливост. Астеничните състояния могат да бъдат с различна дълбочина – от лека астения във вид на повишена уморяемост и хиперсензитивност до дълбока астения. В тревожно-депресивните и астено-депресивните състояния на невротично ниво нерядко звучи темата за болестта.

Извява се отчетлива зависимост между дълбочината на психичните нарушения и наличието на хипогликемични състояния и коми в анамнезата. Повтарящите се коматозни състояния, честите и резки колебания на кръвната захар обикновено влошават психичния статус на болните. В тези случаи могат да се развият трайни изменения на личността (психоендокринен синдром), а по-късно и психоорганичен синдром с по-малко или повече изразена деменция.

Съвременното лечение изисква психичните нарушения при захарния диабет като хронично заболяване да бъдат компенсирани с помощта на психотропни средства и психотерапия в съчетание с терапия на основното заболяване. Практиката показва, че психосоматичният подход към тези пациенти е най-успешен за подобряване на психичното и соматичното им състояние (Заимов, 1993; Иванов, 1993). Психогенните фактори играят немалка роля в произхода и развитието на захарния диабет. Потвърждение за това са клиничните наблюдения и опит. Така напр., за лабилното протичане на инсулиновозависимия тип диабет с изразени хипергликемии, редуващи се с хипогликемии, с тенденция към кетоацидоза, от голямо значение са емоционалните фактори, наред с физическите пренапрежения и неправилното дозиране на инсулина (Косев, 1993; Biermann et al., 1994; Noworka et al., 1994). За извявата на II тип захарен диабет освен затлъстяването, хипокинезията и инфекциите играят роля и стресовите състояния. При повечето болни се отбелязва кумулация на психичен стрес – продължителни и трудно разрешими конфликти, непрекъснато тревожно очакване, фрустрация, постоянно пренатоварване и пр. Необходимо е винаги да се отчита особената роля на емоционалните стресове в протичането на заболяването. Диабетът предизвиква астения със свойствените ѝ колебания в настроението, понижава способностите за социална адаптация и недостатъчна устойчивост към психогенни въздействия. Емоционалните стресове предизвикват влошаване на състоянието, изразяващо се с повишаване потребността от инсулин, нерядко с поява на хипогликемично състояние или развитие на хипогликемична кома. Повечето изследвани от нас болни изтъкват негативната роля на емоционалните фактори за влошаване на

заболяването им и стационарирането им, въпреки че то е обусловено от други обстоятелства: инфекция, интоксикация, неправилно дозиране на инсулина. Емоционалните въздействия особено изразено влияят за влошаване състоянието на болните в началните етапи на заболяването. Честотата на психогенните фактори при диабета по данни от различни автори варира между 1% и 53% (Lobo Antonio, 1991; Luban-Plozza & Poldinger, 1985). Във всички случаи се препоръчва психотерапевтична намеса с цел ликвидиране или смекчаване на астеничните прояви, депресията и хипохондрията. Всъщност психотерапията трябва задължително да присъства в комплексното лечение на болните през всички етапи на заболяването. За съжаление у нас все още психосоматичният подход в клиничната практика почти не се използва.

В най-общ план могат да се назоват две клинични предпоставки за ефективното използване на психотерапията: 1. като метод за пряко лечебно въздействие върху невротичните и функционално-динамичните надстройки при това заболяване, в етиопатогенезата на което психичният фактор има съществена роля; 2. акцентирание върху лечебно-профилактичното ѝ значение с отчитане на психо-социалните реакции към соматичното заболяване, влиянието на специфичните соматични разстройства върху психологичното функциониране на индивида, върху неговото поведение и пр. (Карвасарский, 1985). Използват се различни психотерапевтични методи – разговорна и рационална терапия, поддържаща и когнитивна, хипнотерапия, автогенен тренинг, внушение и самовнушение, фамилна терапия и др. (Reindell et al., 1976; Rudolf, 1970; Slarsin, 1971; Wolpe, 1980). Психотерапевтичният подход се съобразява с необходимостта от гъвкаво и динамично интегриране на различни видове психотерапия (Weitman, 1989). С помощта на посочените методи може да се въздейства на психопатологичните нарушения – страх, астения, депресия, хипохондрия, както и на невровегетативни и невросоматични функционално-динамични разстройства (от страна на сърдечно-съдовата, дихателната система и др.). При включване на психотерапия в комплексното лечение на захарния диабет решаващо значение придобива правилното съотношение между личностно-ориентираната и симптоматичната терапия (Карвасарский, 1985). При изработването на психотерапевтичната стратегия е необходимо да се отчитат някои специфичности, свързани с протичането на диабета и отпечатъка му върху болния:

– Преморбидните особености на личността на болния от диабет се проявяват в съчетание със астеничност, емоционална инконтиненция и сензитивност. Те дават възможност за седативна психотерапия, насочена към подгискане на тези прояви с едновременно стимулиращо психотерапевтично въздействие за актуализация на активността и надеждата.

– Трябва да се отчита факта, че захарният диабет като хронично заболяване поставя пред болните редица психологични проблеми, свързани с ежедневните инжекции инсулин, с необходимостта от редовен контрол на състоянието, строго спазване на диета, съобразяването с различни ограничения и пр.

– Психотерапевтичната работа с тези болни трябва да отчита стадия на соматичното заболяване и да се провежда диференцирано в зависимост от етапа в развитието на психопатологичните прояви. Терапевтичните усилия трябва да са насочени към повлияване на симптоматиката посредством съзнателно преработване на личностния конфликт.

– Основно внимание следва да се отдели на изработването на адекватно отношение на болния към болестта.

Най-голямо значение има психотерапевтичната намеса в самото начало на заболяването, когато е важна корекцията на личностовите реакции и формирането на съответно отношение към болестта. При това извънредно важен е първият контакт с лекаря, който до голяма степен определя стила на поведение на болния. Нерядко се наблюдават болни с „анозогностичен“ тип реакция при възникване на диабета, у които позицията на личността, некоригирана свосвременно, довежда до прекоматозно състояние.

Тревожно-фобийните реакции при психогенен дебют изискват свосвременна и активна психотерапевтична корекция. Индивидуалната седативна рационална психотерапия е много ефективна при тези пациенти. В редица случаи психогенните наслоения, астено-невротичните прояви, хипохондричните мисли с успех се поддават на хипнотично лечение с последващо обучение по автогенен тренинг.

Назначаването на ежедневни инжекции инсулин създава при много болни чувство на непълноценност и безперспективност. Рационалната терапия в тези случаи се оказва много подходяща и може не само да коригира реакциите на личността, но и не рядко позволява да се намали дозата инсулин или дава възможност да се компенсира състоянието на болния с перорално приемане на препарати и диета (Rudolf, 1970).

Поведенческите реакции на болните със захарен диабет, свързани с храненето, имат някои особености. Наблюденията показват, че повечето болни реагират на някои състояния на тревога и психотравмиращи обстоятелства предимно с прояви на булимия. Това определя и мястото на когнитивната терапия при някои пациенти за корекция на тази патологична реакция и преодоляване на зафиксираната реакция на тревога. Rudolf (1970) изтъква три механизма, които способстват за изявяването на захарния диабет:

1. Интрапсихичните конфликти и потребности компенсаторно се удовлетворяват в акта на хранене по формулата храна-любов. Интензивният апетит и склонността към напълняване водят към стабилна хи-

пергликемия, която, в крайна сметка функционално отслабва секреторната дейност на панкреаса.

2. Блокирането на емоцията и любов провокира преживяването на състояние на глад, което се усилва независимо от приемането на храна. Формира се „гладен“ метаболизъм, който съответства на метаболизма на диабетно болния.

3. Изживяването на несъзнавани страхове, водещи към постоянно реагиране от типа „бягство-борба“, се съпровождат с хипергликемия. Ако психическото напрежение перманентно не се реализира адекватно, диабет може да се развие от начална хипергликемия (Rudolf, 1970).

Рационалната терапия, насочена към снижаване на емоционално-афективното напрежение и повишаване на стресовата толерантност, съдейства за постигането на емоционален баланс при тези пациенти. Процесът на когнитивна и емоционална промяна изисква време. Прилага се и тренинг в социални умения и алтернативно поведение.

Болните нерядко използват нарушението на диетата като своеобразна реакция на протест при конфликти в семейството. В много семейства с диабетно болен спазването, респ. неспазването, на диета се превръща в своеобразен инструмент в отношенията между болния и близките му и се превръща в център на конфликтите. Това определя необходимостта от провеждането на фамилна терапия. Тя е насочена към проблемите на вътрешно семейно общуване, към формиране на адекватно отношение към болния от страна на семейните членове, към корекция на междуличностните отношения. Усилията в тази насока способстват за снижаване на стресови влияния, усложняващи протичането на болестта у пациента, за редуциране на напрежението в семейните взаимоотношения.

Психосексуални нарушения при болни със захарен диабет се срещат при 52% – 74% по данни на различни автори. Психогенните компоненти на импотенцията, на психосексуална астения, особено в началните стадии от развитието на диабета, изискват своевременна психотерапевтична намеса. Най-ефективна е груповата рационална психотерапия и семейните консултации.

Всъщност груповата психотерапия е най-рационалният начин за въздействие върху диабетно болни за изграждане на активна мотивация за самоконтрол на състоянието и следването на адекватно на особеностите на болестта поведение. Обект на въздействие са психологични фактори от патогенезата на заболяването (интрапсихичен конфликт, механизми за психологична защита, вътрешната „картина на болестта“, патологична реакция на личността по отношение на болестта, системата от значими отношения на пациента, нарушени поради болестта социални връзки и пр.). В групата пациентите изживяват чувство за съпричастност, което съдейства за снижаване на напрежението им и

води до преосмисляне на личностната реакция на болестта в хода на разговорите и споделянето на личен опит. Тази атмосфера подпомага избора на средства за следване на подходящ стил на живот с болестта.

Трябва да отбележим, че прилагането на психотерапевтични техники при лечението на пациенти със захарен диабет е свързано с редица трудности. Някои от тях се определят от: проявата на самите соматични механизми, личностните характеристики на болните, представите и защитните механизми на болния, имащи пряко отношение към лечебната мотивация и поведението му по време на лечението. Ако към тях прибавя и нерядко срещаната негативна нагласа на клиницистите към negliжиране на терапевтичните възможности на тези методи, се оказва, че ефективната психотерапия с тези пациенти е трудно осъществима. Въпреки всички затруднения, свързани с използването ѝ в терапията не само на диабета, но и на соматичните заболявания като цяло, прилагането на интегриран психотерапевтичен подход е необходимо и оправдано. Когато се поставят реалистични цели психотерапията е несъмнено полезна за:

- смекчаване на клиничните прояви на заболяването;
- повишаване ефективността на лечебните въздействия от биологичен характер;
- въздействие върху невротичните или функционално-динамичните надстройките, съпътстващи болестта;
- повишаване социалната активност на болния;
- подпомагане на адаптацията му в семейството и обществото.

ЛИТЕРАТУРА

- Займов, К. (1993). Невропсихологичен анализ на елементи от генезата на психосоматичните заболявания. *Психосоматична медицина*, 1, 2, 12-17.
- Иванов, Вл. (1993). Психосоматичният подход – път към подобряване качеството на медицинската дейност. *Психосоматична медицина*, 1, 2, 3-7.
- Карвасарский, Б.Д. (1985). Психотерапия. Медицина, Москва.
- Коев, Др. (1993). Захарен диабет. В: *Клинична ендокринология*, С., Мед. и физ., 173-175.
- Эйдемиллер, Э.Г. и Юстицкий, В.В. (1990). Семейная психотерапия. Л., Медицина.
- Beitman, B.D. et al. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies. An overview. *Amer. J. Psychiatry*, 146, 2, 138-147.
- Biniewanger, Ch. & Schneider, P.H. (1988). Psychosomatic einmal anders oder Chance für den Hausarzt. *Ther. Umschau*, 4, 232-235.
- Biermann et al. (1994). Neue Möglichkeiten für die Schulung diabetischer Patienten. *Diabetes und Stoffwechsel*, 3, 9-13.
- Howorka, H. et al. (1994). Nachschulungsmodell für funktionelle Insulintherapie. *Diabetes und Stoffwechsel*, 3, 15-21.

Lobo Antonio (1991). Psychiatric Morbidity in Medical Populations. In: European Handbook of Psychiatry, Saragossa, I, 385-387.

Luban-Plozza, W. & Polidinger, W. (1985). Psychosomatic Disorders in General Practice. Theory and Experience, Basle, Editions Roche, 292.

Reindell, A. et al. (1976). Psychotherapie bei Diabetes mellitus. Praxis Psychotherapie, 21, 139-143.

Rudolf, G. (1970). Psychodynamische und psychopathologische Aspekte der Diabetes mellitus. Z. Psychosom. Med., 16, 246-262.

Slarsin, S.R. (1971). Die Arten der Gruppenpsychotherapie und ihre klinische Anwendung. In: Psychoanalytische Therapie in Gruppen, Stuttgart, 75.

Wolpe, J. (1980). Behaviour therapy for psychosomatic disorders. Psychosomatics, Vol. 21, 5, 379-385.