

Vliv kombinované psychoterapeutické a psychofarmakologické léčby na dlouhodobou kompenzaci diabetu mellitu 1. a 2. typu

MUDr. Jana Komorousová¹, MUDr. Zdeněk Jankovec, Ph.D.², MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.³

¹Psychiatrická ambulance Plzeň

²I. interní klinika FN Plzeň, Diabetologické centrum

³Psychiatrická klinika FN Plzeň

U nemocných diabetem mellitem se častěji vyskytují některé psychické poruchy, zejména deprese. Komorbidní psychické poruchy zhoršují prognózu diabetu a naopak, diabetes zhoršuje průběh psychických poruch. Z výsledků dosavadního výzkumu vyplývá nutnost intervenovat u diabetiků kromě další péče i psychiatricky, ale závěry studií jsou nejednotné v efektivitě této intervence na zlepšení kompenzace diabetu. Retrospektivní sledování v předkládané práci se týká 72 diabetiků léčených jedním psychiatrem v průběhu posledních několika let. Jsou srovnávány skupiny diabetiků 1. a 2. typu a druhy psychiatrické intervence (psychoterapie, psychofarmaka a kombinace obou přístupů) a posuzován jejich vliv na kompenzaci diabetu. Bylo zjištěno zlepšení psychického stavu pacientů, ale ne vliv na kompenzaci diabetu.

Klíčová slova: diabetes mellitus, psychoterapie, psychofarmaka, kompenzace

Effect of a combined psychotherapeutic and psychopharmacologic treatment on a long-term glycaemic control in diabetes mellitus type 1 and 2. A retrospective study

Some mental disorders, especially depression, are more prevalent in patients with diabetes mellitus. Comorbid mental disorders deteriorate prognosis of diabetes mellitus and alternatively, diabetes mellitus deteriorates the course of mental diseases. Results of existing research suggest that diabetic patients need a psychiatric intervention in addition to a standard care, nonetheless, the study results are unequivocal regarding effectiveness of the intervention in glycaemic control improvement. The retrospective observation in the presented study concerns 72 diabetic patients, who were treated by one psychiatrist over the past few years. A comparison of psychiatric intervention modalities (psychotherapy, psychoactive drug treatment or a combination of both) in type 1 and type 2 diabetic patients is presented. No association of mental state improvement and glycaemic control improvement was found.

Key words: diabetes mellitus, psychotherapy, psychoactive drugs, glycaemic control

Úvod

Diabetes mellitus je závažné chronické onemocnění a jako takové s sebou přináší i častější psychické poruchy ve srovnání se zdravou populací (1). Z psychických onemocnění trpí diabetici hlavně depresivní poruchou, úzkostnými poruchami, poruchami přizpůsobení, poruchami příjmu potravy, mírnými kognitivními poruchami a demencí. Tato práce je zaměřena na nejčastější psychická onemocnění diabetiků, tedy na depresivní poruchy.

Z dostupných studií provedených na toto téma vyplývá, že psychickým poruchám diabetiků je nutné věnovat zvláštní pozornost, neboť diabetik s psychickými potížemi hůře spolupracuje při léčbě základního onemocnění. A naopak za špatnou spolupráci pacienta při léčbě diabetu se často skrývá jeho psychická porucha.

Vztah deprese a diabetu je oboustranný. V poslední době se o nich hovoří jako o vzájemně se ovlivňujících rizikových faktorech – přítomnost diabetu zhoršuje prognózu deprese

a přítomnost deprese zhoršuje prognózu diabetu (2). Prevalence více či méně závažné deprese je u diabetiků 1. i 2. typu přibližně dvakrát vyšší ve srovnání s obecnou populací. Deprese se vyskytuje v průměru u 14% (9 až 27%) diabetiků. (3) Ve srovnání s ostatní populací vykazují ataky depresivní poruchy u diabetiků vyšší tendenci k rekurenci. U obou typů diabetu je deprese častější u žen, což kopíruje prevalenci depresivní poruchy u nediabetické populace. Z etiopatogenetických faktorů komorbidit diabetu a deprese je třeba jmenovat biochemické a imunologické. Další jsou faktory emoční, neboť pro mnohé pacienty je obtížné vyrovnat se s chronickým onemocněním a navíc přizpůsobit svůj život požadavkům režimových opatření, která jsou pro léčbu diabetu mellitu významná.

U diabetu 1. typu většinou nasedá deprese na základní onemocnění diabetem, a to jako reaktivní stav. U diabetu 2. typu bývá vztah těchto dvou onemocnění většinou opačný,

deprese totiž zvyšuje riziko onemocnění diabetem 2. typu nebo jeho manifestace, a to jako nezávislý rizikový faktor. Depresivní dospělí mají o 37% vyšší riziko rozvoje diabetu mellitu 2. typu. (4) Depresivní onemocnění je totiž spojeno se snížením aktivity serotoninu v mozku a aktivita serotoninu v CNS je součástí komplexních regulačních dějů, ve kterých hraje důležitou roli inzulin a senzitivita inzulinových receptorů. Inzulin zvyšuje aktivitu serotoninu v mozku. Až 50% depresivních nemocných má sníženou utilizaci glukózy, což nejspíše souvisí se sníženou citlivostí periferie k inzulinu. Inzulin působí na inzulinové receptory na monoaminergních neuronech – zvyšuje obrat katecholaminů v mozku. Aktivita serotoninu v CNS může ovlivňovat periferní citlivost k inzulinu – nedostatek centrálního serotoninu způsobuje rozvoj inzulinorezistence. (5) První projevy depresivní poruchy nastávají nezávisle na rozvoji diabetu 2. typu a předcházejí stanovení jeho diagnózy o mnoho let. Depresivní lidé také často vyka-

zují rizikové chování podporující vznik diabetu, jako je nižší fyzická aktivita, abúzus alkoholu, nikotinismus, nepravidelný životní rytmus nebo dietní chyby. Často mají také komponenty metabolického syndromu, jako jsou inzulinorezistence, porucha glukózové tolerance, resp. diabetes, hyperinzulinismus, zvýšený LDL a snížený HDL cholesterol, esenciální hypertenze a obezita (6). Dále bývají léčeni psychofarmaky s hyperglykemickým efektem, zejména některými antidepresivy. Glykémii mohou zvyšovat především TCA (7).

V několika studiích byly popsány rizikové faktory vzniku komorbidit diabetu a deprese. Jako nejzávažnější se prokázaly chronické somatické komorbiditativní polypragmázie. Dalšími rizikovými faktory vzniku deprese u diabetiků byly ženské pohlaví, vyšší věk, život o samotě, nižší než středoškolské vzdělání, nižší finanční status, kouření cigaret, obezita, komplikace diabetu, vyšší glykovaný hemoglobin a u diabetiků 2. typu léčba inzulinem (8, 9, 10).

Ve studiích sledujících důsledky této komorbiditativní se udává, že deprese snižuje pacientovu schopnost pečovat o sebe a dodržovat životosprávu, což způsobuje horší metabolickou kompenzaci diabetu. Důsledkem toho je vyšší výskyt mikrovaskulárních a makrovaskulárních komplikací diabetu, horší kvalita života a vyšší náklady na zdravotní péči (11, 12). Zároveň bylo prokázáno, že u lidí s diabetem zvyšuje deprese riziko předčasného úmrtí, neboť se významně zvyšuje desetiletá mortalita (13).

Možnosti, nutnost a efektivita psychiatrické a psychologické péče o diabetiky jsou v současnosti hodně diskutovanými tématy, provedené výzkumy ale docházejí k rozporuplným závěrům. Podle Höschla je psychiatrická intervence u diabetiků indikovaná hlavně u nemocných s definovanou psychopatií, u lidí, kteří se chtějí poradit, jak zlepšit kvalitu svého života, u problémových pacientů z hlediska spolupráce a adherence k režimu a u osob v krizové situaci (14).

Pokud jde o léčbu farmakologickou, jsou nejčastěji podávána antidepresiva. Používají se jak pro léčbu depresivních a úzkostných poruch, tak i k ovlivnění např. diabetické bolestivé periferní neuropatie. Dále se podávají antipsychotika, u kterých je při léčbě diabetiků nutné brát v úvahu jejich možné nežádoucí účinky – zvýšení tělesné hmotnosti a změny distribuce tělesného tuku. Popis užití jednotlivých psychofarmak přesahuje rámec této práce.

V Diabetologickém centru 1. IK FN Plzeň je k dispozici psychiatr (autorka práce), který se specializuje na problematiku psychických

poruch u diabetiků a který úzce spolupracuje s diabetologickým týmem. Možnost psychiatrické léčby má každý diabetik, který subjektivně vnímá psychické potíže. Dále psychiatr intervenuje při podezření diabetologa na psychickou dekompenzaci pacienta nebo na nonkompliance při léčbě diabetu z důvodu psychických potíží. Vždy je vytvořen individuální léčebný plán. Psychiatr volí mezi medikací, psychoterapií a kombinací těchto léčebných postupů. Cílem psychiatrické léčby je zmírnění psychických potíží, zlepšení kvality života a zlepšení kompenzace diabetu.

Členové diabetologického týmu nepochybují o tom, že je důležité, aby jejich pacienti měli k dispozici psychologa nebo psychiatra, který bude problematice diabetu rozumět. Diskuse se ale vede o tom, zda může psychiatrická léčba přispět ke zlepšení kompenzace diabetu, což je primárním cílem diabetologické léčby. Diabetologický tým spolu s psychiatrem se také pokouší zjistit, jaký druh léčby psychických potíží je v tomto směru neefektivnější. Z dosavadního výzkumu zaměřeného hlavně na konkrétní jednotlivé intervence nevyplývá jednoznačný závěr. Proto se zájem autorů v této práci přesunul na individuálně nastavenou psychiatrickou léčbu, a to kombinací psychofarmak a psychoterapie.

Retrospektivní sledování bylo jako způsob výzkumu zvoleno proto, aby bylo možné vyhodnotit práci psychiatra s diabetiky zpětně za několik let a najít případné souvislosti mezi léčbou psychických poruch a kompenzací diabetu.

Cílem retrospektivního sledování bylo:

1. prokázat vliv kompenzace psychického stavu (snížení CGI-S – skóre globálního klinického dojmu) na zlepšení kompenzace diabetu (snížení glykovaného hemoglobinu);
2. evaluovat rozdíly v reaktivitě pacientů s diabetem mellitem 1. a 2. typu;
3. ověřit vliv použitého druhu psychiatrické léčby na kompenzaci diabetu.

Práce vycházela z hypotézy, že změna CGI-S pozitivně koreluje se změnou glykovaného hemoglobinu.

Metodika

V Diabetologickém centru 1. IK FN Plzeň byli retrospektivně sledováni pacienti s diabetem mellitem 1. a 2. typu léčení v psychiatrické ambulanci jedním lékařem (autorkou práce) během let 2004 až 2011.

Do sledování byli zařazeni pacienti, kteří splnili vstupní kritéria, tedy docházeli minimálně šest měsíců do psychiatrické ambulance centra,

frekvence jejich návštěv byla minimálně jednou měsíčně a měli stanovenou diagnózu diabetu mellitu 1. nebo 2. typu a současně psychiatrickou diagnózu z okruhu F 32, F 33 a F 43.2, tedy depresivní poruchy. Vyřazeni byli naopak pacienti, kteří ukončili psychiatrickou léčbu před stanovenými šesti měsíci, frekvence jejich psychiatrických kontrol byla menší než jednou měsíčně, a to jak z důvodu dohody s lékařem, tak z důvodu nonkompliance. Dále byli vyřazeni pacienti s jinými psychiatrickými diagnózami, s více psychiatrickými komorbiditami a ti, u kterých během sledování proběhla změna ostatní léčby kromě psychiatrické, která by mohla ovlivnit dlouhodobou kompenzaci diabetu (inzuliny, PAD).

Sledování vycházelo z dokumentace psychiatrické a diabetologické ambulance FN Plzeň. Byly vyhodnocovány kontroly vždy jednou za tři měsíce, tedy při prvním kontaktu s psychiatrem, a poté po třech a šesti měsících psychiatrické léčby. U pacientů, kteří v léčbě u psychiatra pokračovali a nadále splňovali kritéria pro sledování, byla data zaznamenána ještě po 12 měsících od začátku psychiatrické léčby. Vždy byl vyhodnocen aktuální psychický stav pacienta, a to pomocí škály CGI-S. (15) Tato škála je široce využívána k určení globálního klinického dojmu u psychiatrických pacientů. Rozsah škály je od 1 do 7 bodů, přičemž 1 bod znamená „bez zjevných příznaků nemoci“ a 7 bodů extrémně vyjádřené příznaky. Data se získávají z informací o chování pacienta a změnách jeho stavu v průběhu léčby. V této práci bylo skóre CGI-S vyhodnocováno z popisu potíží, tedy nynějšího onemocnění, a ze statusu presens psychicus a hodnotila se tíže depresivních příznaků a jejich ovlivnění pacientových běžných aktivit.

Dále byla zaznamenána hladina glykovaného hemoglobinu (HbA1c) jako ukazatele kompenzace diabetu mellitu. Glykovaný hemoglobin se v laboratoři FN stanovuje kapalinovou chromatografií. Jeho hodnoty jsou uvedeny dle kalibrace IFCC.

Sběr epidemiologických dat proběhl ze záznamu prvního kontaktu s psychiatrem a ze záznamu z kontroly na diabetologické ambulanci, která proběhla v časovém odstupu maximálně jednoho měsíce. Byl zaznamenán věk, pohlaví, typ diabetu, psychiatrická diagnóza, psychiatrická léčba, druh a specifikace diabetologické léčby (inzuliny, PAD), délka trvání diabetu a základní anamnestická data.

Psychiatrická léčba byla stanovována individuálně podle potíží pacienta a jeho subjektivních potřeb. Volilo se mezi psychofar-

makologickou intervencí, psychoterapií nebo kombinací obou přístupů. U některých pacientů se v průběhu léčby psychofarmaka měnila kvůli nežádoucím účinkům nebo nedostatečnému efektu. Se všemi pacienty byla prováděna psychoedukace, která se považuje za samozřejmou součást léčby jak psychofarmakologické, tak psychotherapeutické, proto nebyla samostatně vyhodnocována. U psychoterapie se jednalo o individuální podpůrnou psychoterapii (16), u psychofarmak hlavně o antidepresiva (sertralin, citalopram, escitalopram, trazodon, amitriptylin, moclobemid, bupropion, venlafaxin, duloxetin, mirtazapin) nebo nízké dávky antipsychotik (amisulprid, tiaprid, suprlirid), v minimální míře anxiolytika a hypnotika.

Ke statistickému zpracování výsledků byly užity pořadové korelace, Mann Whitneyův test, Wilcoxonův (párový) test a Kruskal Wallisův test. Byla otestována eventuální normalita veličin pomocí šikmosti a špičatosti a hypotéza o normalitě byla zamítnuta.

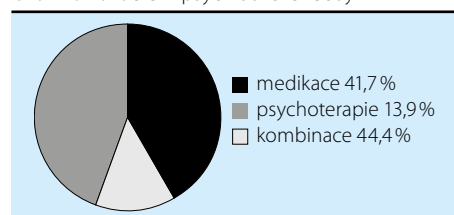
Výsledky

Vyhodnocováno bylo nakonec 72 pacientů, z toho bylo 43 diabetiků 1. typu a 29 diabetiků 2. typu. Obě skupiny se ve vstupní charakteristice statisticky významně lišily věkem a glykovaným hemoglobinem. Pacienti s 2. typem diabetu byli významně starší. Diabetici 1. typu měli významně vyšší vstupní glykovaný hemoglobin. Vstupní charakteristika souboru je uvedena v tabulce 1.

Z celkového počtu pacientů bylo 20 mužů a 52 žen. 30 pacientů bylo léčeno pouze psychofarmaky, 10 jen psychoterapií a 32 diabetiků absolvovalo kombinovanou léčbu psychofarmakologickou a psychotherapeutickou. Rozdělení psychiatrické léčby zachycuje graf 1.

Hodnota glykovaného hemoglobinu byla zaznamenána po 3 měsících psychiatrické léčby celkem u 50 pacientů, z toho u 24 pacientů se zlepšila (48%), beze změny zůstala u 5 (10%) a zhoršila se u 21 pacientů (42%). Po 6 měsících léčby byla tato hodnota zaznamenána u 53 pacientů a oproti hodnotě na počátku psychiatrické léčby se zlepšila u 24 z nich (45,3%), beze změny zůstala u 3 (5,7%) a zhoršila se u 26 z nich (49,1%).

Graf 1. Rozdělení psychiatrické léčby



Tabulka 1. Vstupní charakteristika souboru (hodnoty jsou uvedeny jako medián a kvartilové rozpětí)

Charakteristika	DM 1 (n = 43)		DM 2 (n = 29)		p
	Medián (kvartilové rozpětí)		Medián (kvartilové rozpětí)		
r. narození	1966	(1956 1975)	1947	(1941 1955)	0,001
CGI-S	4	(3 5)	4	(3 5)	NS
HbA1c (%)	7,2	(6,50 810)	6,35	(5,50 7,70)	0,05

CGI-S – škála globálního klinického dojmu, HbA1c-1 – vstupní glykovaný hemoglobin
Použitá statistická metoda – Mann Whitneyův test

Tabulka 2. Změny glykovaného hemoglobinu v průběhu psychiatrické léčby (hodnoty jsou uvedeny jako medián a kvartilové rozpětí)

HbA1c	Počet	Medián	Kvart. rozpětí	p
čas 0	59	6,9	(6,10 7,90)	
po 3 měsících	62	6,9	(6,00 7,40)	NS
po 6 měsících	63	6,9	(5,90 7,40)	NS
po 12 měsících	50	7,15	(6,00 7,90)	NS

HbA1c – glykovaný hemoglobin, kalibrace IFCC, p – významnost změny od času 0

Tabulka 3. Změny CGI-S u skupiny diabetiků 1. typu (hodnoty jsou uvedeny jako medián a kvartilové rozpětí)

CGI-S	Počet	Medián	Kvart. rozpětí	p
čas 0	43	4,0	(3,0 5,0)	
po 3 měsících	43	2,0	(1,0 3,0)	0,001
po 6 měsících	43	2,0	(1,0 2,0)	0,001
po 12 měsících	28	2,0	(1,0 2,0)	0,001

CGI-S – skóre globálního klinického dojmu, p – významnost změny od času 0

Tabulka 4. Změny CGI-S u skupiny diabetiků 2. typu (hodnoty jsou uvedeny jako medián a kvartilové rozpětí)

CGI-S	Počet	Medián	Kvart. rozpětí	p
čas 0	29	4,0	(3,0 5,0)	
po 3 měsících	29	2,0	(1,0 3,0)	0,001
po 6 měsících	29	2,0	(1,0 2,0)	0,001
po 12 měsících	22	1,5	(1,0 2,0)	0,001

CGI-S – skóre globálního klinického dojmu, p – významnost změny od času 0

Po 12 měsících byla hladina glykovaného hemoglobinu zaznamenána u 39 pacientů, z toho se zlepšila ve srovnání s hodnotou na začátku léčby u 19 (48,7%), beze změny zůstala u 4 (10,3%) a u 16 z nich se zhoršila (41%). Změny hladin glykovaného hemoglobinu v průběhu psychiatrické léčby jsou zaznamenány v tabulce 2.

Skóre globálního klinického dojmu (CGI-S) bylo po 3 měsících zaznamenáno u všech 72 pacientů, z toho kleslo u 61 z nich (84,47%), u těchto pacientů se tedy psychický stav zlepšil. Beze změny zůstalo 8 pacientů (11,1%) a zhoršili se 3 (4,2%). Po 6 měsících psychiatrické léčby bylo opět vyhodnocováno všech 72 pacientů, z nich se podle změny CGI-S oproti začátku léčby zlepšilo 66 (91,7%), nezměnili 4 (5,6%) a zhoršili se 2 pacienti (2,8%). Po 12 měsících byl CGI-S zaznamenán u 50 diabetiků, z toho oproti počáteční hodnotě poklesl

u 44 (88,8%), u 5 zůstal beze změny (10%) a u jednoho pacienta se zhoršil (2%). Změny CGI-S v průběhu psychiatrické léčby jsou uvedeny v tabulce 3 a 4.

Po statistickém zpracování výsledků se projevil následující skutečnosti. Psychický stav pacientů hodnocený pomocí CGI-S se v obou skupinách (diabetiků 1. a 2. typu) statisticky významně zlepšil (na hladině významnosti $p = 0,001$), a to jak u pacientů léčených pomocí psychofarmak, tak pomocí psychoterapie. Pokles CGI-S se významně lišil u pacientů léčených psychofarmakami oproti ostatní léčbě ($p = 0,05$). To svědčí pro vyšší účinnost psychofarmak oproti psychoterapii.

Glykovaný hemoglobin se lišil u skupiny diabetiků 1. a 2. typu již ve vstupních hodnotách. V průběhu léčby se potom měnil statisticky nevýznamně. Při porovnávání změn glykovaného hemoglobinu u skupin pacientů rozdělených

podle jednotlivých typů léčby nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi pacienty léčenými nebo neléčenými konkrétní metodou.

Nebyla nalezena statisticky významná souvislost mezi změnami hladiny glykovaného hemoglobinu a změnami hodnoty CGI-S, nebyla tedy nalezena souvislost mezi zlepšením psychického stavu a změnou dlouhodobé kompenzace diabetu.

Diskuze

Studie sledující vliv psychiatrické intervence na kompenzaci diabetu se ve svých závěrech liší; nebylo totiž jednoznačně prokázáno, že by zlepšení psychického stavu mělo přímý vliv na zlepšení kompenzace diabetu. Ale psychický stav pacientů se při psychiatrické léčbě nepochybně lepší, což může mít podle dosavadních výsledků výzkumů vliv minimálně na compliance a kvalitu života pacientů.

Proběhlo několik studií, které se zabývají přímo souvislostí léčby deprese antidepresivy a změny kompenzace diabetu. Vesměs se potvrzuje, že zvýšená péče o psychický stav diabetiků má za následek zlepšení jejich psychických potíží, otázkou ale zůstává, zda je toto doprovázeno pozitivním vlivem na kompenzaci diabetu (10). Podle studie Lustmana a spol. klesá glykovaný hemoglobin během otevřené fáze léčby depresivní poruchy sertralinem a přetrvává po dosažení remise. Při exacerbaci depresivní poruchy se kontrola diabetu opět zhoršuje (17). V jiné studii se sertralinem se ukázalo, že specifická minoritní populace diabetiků vykazovala signifikantní pokles glykovaného hemoglobinu po farmakologické léčbě deprese ve srovnání s placebem (18).

Další diskutovanou otázkou jsou u diabetiků možnosti psychoterapie. Závěry nalezených prací se ale opět liší. Mnohé z nich doporučují zahrnout psychologické poradenství do rutinní diabetologické péče. Nebyl prokázán vliv psychoterapie na kompenzaci diabetu u dospělých pacientů. Nejčastěji byla používána kognitivně behaviorální terapie, méně poradenství a psychoanalytické techniky. Rodinné psychoterapie byly efektivnější než individuální (19, 20). Diabetes jako psychosomatické onemocnění predisponuje pacienty k zaměření na jejich tělesné projevy a číselné hodnoty glykémie, glykovaného hemoglobinu, dávek inzulínu atd. I když pacienti oceňují možnost sdílet své problémy týkající se diabetu nebo i osobního života a mezilidských vztahů, je těžké je motivovat k tomu, aby se hlouběji zabývali psychickými souvislostmi svých potíží.

Volba léčebné metody se v této práci řídila psychickým stavem pacienta, jeho preferencemi ohledně psychofarmak a psychoterapie a indikací lékaře. Léčba tedy nebyla volena náhodně. Tyto skutečnosti mohly samy o sobě ovlivnit výsledky.

Počet pacientů a doba sledování v této práci jsou limitující pro učinění závěrů ohledně jednotlivých typů medikace a jejího vlivu na metabolickou kompenzaci diabetu. Některá psychofarmaka byla shledána jako pro diabetiky méně vhodná, a to vzhledem k metabolickým nežádoucím účinkům – v předkládaném případě jde zejména o mirtazapin. U všech pacientů, kteří uvedený lék užívali, narostla tělesná hmotnost a zhoršila se metabolická kompenzace diabetu. Z antidepresiv užitých v tomto sledování byl nejčastěji podáván sertralin, neboť je v psychiatrické ambulanci Diabetologického centra 1. IK FN Plzeň většinou pro diabetiky 1. i 2. typu lékem první volby. Sertralin má příznivý vliv na spektrum psychických příznaků, které se u diabetiků nejčastěji vyskytují, jeho nežádoucí účinky diabetes neovlivňují negativně a lék minimálně interaguje s ostatní medikací, kterou diabetici často užívají. Možný hypoglykemizující účinek sertralínu a ostatních antidepresiv ze skupiny SSRI nebyl zvláště zkoumán, ale i tento efekt by byl podle výsledků sledování spíše krátkodobý. Antipsychotika byla vzhledem k rozložení diagnóz podávána výrazně méně a pouze v nízkých dávkách. Jejich předpokládaný negativní vliv na kompenzaci diabetu nebyl proto pozorován.

Počet pacientů, kteří byli do sledování zařazeni, byl limitován zařazovacími a vyřazovacími kritérii. Ta byla nastavena přísně z hlediska psychiatrických diagnóz – mnoho pacientů nebylo zařazeno kvůli ostatním psychiatrickým komorbiditám, jako jsou kognitivní poruchy a poruchy osobnosti. Ty by mohly reaktivitu na léčbu pacientů podstatně ovlivňovat. Dalším významným vyřazovacím kritériem byla nonkompliance, která je jak u diabetiků, tak i u psychiatrických pacientů významným faktorem ovlivňujícím léčbu. U pacientů s diabetem a psychiatrickou komorbiditou se zdá být vliv nonkompliance ještě významnější.

Vedlejší efektem psychiatrické léčby a zlepšení psychického stavu, který nebyl samostatně sledován, ale je opakovaně zaznamenáván zdravotnickým personálem pečujícím o diabetiky, je zlepšení komunikace pacientů se zdravotníky; tím dochází i ke zlepšení jejich spolupráce při léčbě diabetu. Podrobnější sledování a ovlivňování adherence k léčbě prostřednictvím zavedení psychiatrické léčby bude námětem na další výzkum.

Závěr

V průběhu psychiatrické léčby se zlepšil psychický stav diabetiků, ať už byli léčeni pomocí psychofarmak, psychoterapie, nebo kombinací obou těchto postupů. Nebyl rozdíl ve zlepšení psychického stavu v závislosti na typu diabetu. Významně větší zlepšení oproti ostatním hodnotám bylo u pacientů léčených psychofarmaky po 3 měsících léčby. Glykovaný hemoglobin se lišil u diabetiků 1. a 2. typu již ve vstupních hodnotách, jeho další změny v průběhu psychiatrické léčby nebyly statisticky významné. Nebyla potvrzena korelace mezi změnami CGI-S a HbA1c.

Významným faktorem, který léčbu diabetu i komorbidní psychické poruchy limituje a stejně tak limituje i výsledky sledování, je nonkompliance.

Do systematické péče o diabetiky je důležité zapojit psychoterapeutickou a psychofarmakologickou odbornou léčbu, neboť může přispět ke zlepšení kompenzace diabetu. Dalším pozitivním efektem léčby je zlepšení komunikace pacientů se zdravotnickým personálem pečujícím o diabetiky, což může vést ke zlepšení spolupráce pacientů při léčbě.

Literatura

1. Medved V, Jovanovic N, Knapic VP. The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatr Danub*. 2009; 21(4): 585–588.
2. Höschl C. Konceptuální model deprese a její léčba. Depresivní stavy. Depresivní nemocný v nepsychiatrických ordinacích. Výběr z přednášek odborného sympózia konaného v květnu 2005 v Praze. *Medical Tribune*, 2005: 34–37.
3. Češková E. Deprese a somatická onemocnění. *Lékařské listy* 4/2004: 16.
4. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *In: Diabetologia*. 2006; 49(5): 837–845.
5. Horáček J, Kuzmíková M. Je deprese poruchou inzulinových receptorů? *Psychiatrie* 1997; (3–4): 121–126.
6. Svačina Š. Metabolické účinky psychofarmak. *Triton* 2004: 26–27.
7. Herman E, Praško J, Seferťová D. Konziliární psychiatrie. *Galén* 2007: 422.
8. Engum A, Mykletun A, Midthjell K, et al. Depression and Diabetes: A large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005; 28(8): 1904–1909.
9. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, et al. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients, comorbidity and risk factors. *Diab. Med.* 2005; 22(3): 293–300.
10. Katon WJ, von Korff M, Lin EH B, et al. The Pathways Study. A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1042–1049.
11. Lustman PJ, Clouse RE. Deprese u diabetiků – vztah mezi duševním rozpoložením a regulací glykémie. *Diabetes Complications – CZ*. 2005; 3: 141–150.
12. McKellar JD, Humphreys K, Piette JD. Depression increases diabetes symptoms by complicating patients' self-care adherence. *Diabetes Educ*. 2004; 30(3): 485–492.

13. Zhang X, Norris SL, Gregg EW, et al. Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *American Journal of Epidemiology*. 2005; 161(7): 652–660.
14. Höschl C. Psychosomatická problematika v endokrinologii. *Psychosomatická medicína*. Grada Avicem Praha, 1993: 238.
15. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry* 2009, ISSN 1550-5952.
16. Beran J. Základy psychoterapie pro lékaře. Grada 2000: 78.
17. Lustman PJ, Clouse RE, Nix BD, et al. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(5): 521–529.
18. Echeverry D, Duran P, Bonds C, et al. Effect of pharmacological treatment of depression on A1c and quality of life in low-income Hispanics and African Americans with diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*. 2009; 32(12): 2156–60. Epub 2009 Sept 3.
19. Davies M, Dempster M, Malone A. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabet. Med.* 2006; 23: 917–919.
20. Winkley K, Landau S, Eisler I, Ismail K. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2006; 333: 65.

Článok je prevzatý z
Psychiatr. praxi 2012; 13(3): 120–124

MUDr. Jana Komorousová

Psychiatrická ambulance Plzeň

Na Celchu 15, 326 00 Plzeň

jana@komorous.cz
