

Diabetes og psykisk helse

Randi Abrahamsen

I Norge er det om lag en million mennesker som har en kronisk sykdom, og stadig flere mennesker må leve med plager og sykdommer som ikke kan helbredes. Ved alvorlige akutte sykdommer er pasienten ofte best tjent med å la helsetjenesten overta det fulle ansvaret. Ved kroniske sykdommer vil helsetjenesten ha som sin viktigste oppgave å bidra til at den som har sykdommen i størst mulig grad kan ta vare på seg selv. I mitt arbeid med mennesker med ulike kroniske lidelser har jeg fått erfare at det å ha diabetes byr på helt spesielle utfordringer.

Ulike former for diabetes

Det er viktig å skille mellom type 1-diabetes og type 2-diabetes. Type 1-diabetes innebærer at kroppens evne til å produsere insulin opphører og at insulinbehandling må starte opp. Denne formen opptrer hyppigst i barne- og ungdomsalderen. Ca. 300 barn og unge får sykdommen hvert år, og totalt er det om lag 25 000 mennesker i Norge som har type 1-diabetes.

Type 2-diabetes skyldes at kroppens insulin virker for dårlig, kombinert med en viss insulinmangel. I Norge regner vi med at rundt 175 000 mennesker har type 2-diabetes og at nær halvparten av disse har sykdommen uten å vite det. Hvert år får anslagsvis 6000–7000 nordmenn diagnosen. Den er en medvirkende årsak til utvikling av hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, nyresvikt, blindhet, vanskelig sårtilheling på føtter og amputasjon. Et stillesittende liv med samtidig vektøkning betyr økt risiko for å utvikle type 2-diabetes (Norges Diabetesforbund, 2004). Type 2-diabetes kalles ofte en livsstilssykdom. Betegnelsen livsstilssykdom innebærer at mange oppfatter dette som en sykdom som er selvforskyldt. Følelser av skyld og skam er vanlige reaksjoner.

Kontinuerlige vurderinger

Diabetes er en sykdom som krever vurderinger 24 timer i døgnet, 365 dager i året, år ut og år inn. Alt en person med diabetes foretar seg påvirker insulinbehovet, enten det er snakk om mat, aktivitet eller følelsesmessige reaksjoner. For høyt blodsukker over tid medfører fare for senkomplikasjoner, mens for lavt blodsukker (føling) innebærer fare for bevisstløshet. Diabetes er en sykdom som betyr at man må lære seg å leve med usikkerhet. I tillegg kommer det daglige arbeidet som sykdommen krever, for eksempel å besøke lege, måle blodsukkeret, vurdere insulinmengde, sette insulin og huske å ta med ekstra mat i tilfelle føling. Dette kan ha store psykologiske implikasjoner både for den enkelte og for familiemedlemmenes liv. I motsetning til en del andre kroniske sykdommer innebærer diabetes at man selv blir stående ansvarlig i forhold til behandlingsresultatene. I løpet av en dag må man vurdere konsekvensene av alle de valg man gjør, og tilbakemeldingen er der hele tiden i form av at blodsukkerverdier sier noe om vurderingen av insulinmengden har vært riktig.

Sykdommen i seg selv innebærer altså betydelig psykologisk stress både behandlingsmessig og emosjonelt. Angst for senkomplikasjoner, følingsangst og frykt for negative konsekvenser i hverdagen på skole eller i jobbsammenheng, er noen av de problemer som ofte rapporteres.

Psykiske plager

Økt forekomst av psykiske plager er et kjent fenomen i forhold til de fleste kroniske sykdommer. Enkelte psykiske plager opptrer hyppigere hos personer med diabetes enn hos andre. Dette gjelder angst, depresjon og spiseforstyrrelser (se for eksempel Norsk Psykologforening, 2002). Kombinasjonen diabetes og psykiske plager kan få alvorlige konsekvenser for behandlingsresultatene både somatisk og psykologisk. Enkelte ganger kan det gi et komplekst og livstruende sykdomsbilde (Frostad, Abrahamsen, Mjøsund & Jensen, 2003; Jensen, 2004).

I mitt daglige arbeid får jeg ofte henvist pasienter med dårlig blodsukkerregulering, der bekymringen er stor med tanke på faren for utvikling av senkomplikasjoner. Ofte har disse pasientene vært i langvarig kontakt med det somatiske helsevesen med tanke på å bedre reguleringen. Der har oppmerksomheten vært rettet mot de somatiske forhold. Behandlingsrådene har imidlertid ikke skapt noen endringer.

Det er lett å underdiagnostisere psykiske plager hos mennesker med kronisk sykdom. At disse blir diagnostisert er imidlertid av uvurderlig betydning med tanke på å oppnå et godt behandlingsresultat. Selv mindre psykologisk problematikk kan få alvorlige følger når det gjelder evnen til å følge opp nødvendige behandlingstiltak.

Det er viktig å skille mellom sorg og depresjon hos pasienter med somatisk sykdom. Å være nedstemt og miste motivasjon og livsglede er normalt i forbindelse med å få diagnostisert en kronisk sykdom. Å få diabetes oppleves vanligvis som tap av helse. Det berører forventningene om et langt liv og kan påvirke fysisk funksjonsnivå og yrkeskarriere. Utvikling av eventuelle senkomplikasjoner vil kunne medføre nye tapsopplevelser. Redusert selvfølelse, dårlig samvittighet og selvbepreidelse er naturlige konsekvenser dersom senkomplikasjoner oppstår. Moralisering og negative reaksjoner fra helsepersonell gjør ikke situasjonen lettere.

Angst i kombinasjon med diabetes kan by på store behandlingsmessige utfordringer, og diabetes og spiseforstyrrelse kan være «veien til katastrofe». Selv lette spiseforstyrrelser kan få betydelige konsekvenser ved type 1-diabetes. Klinisk erfaring viser at spiseproblemer er mer vanlig ved type 2-diabetes enn tidligere antatt. Mange av disse pasientene har i tillegg depressive plager som også vil påvirke diabeteskontrollen.

Savner psykologisk kompetanse

Min erfaring, etter å ha jobbet innenfor dette feltet i snart 20 år, er at pasienter over hele landet savner psykologisk kompetanse hos helsepersonell. Både enkeltpasienter og helsepersonell etterspør tjenester fra psykologer med kunnskap om diabetes. Ofte viser det seg at det er psykologisk kompetanse som må til, ikke bare i forhold til behandling av psykiske plager, men også for å oppnå gode behandlingsresultater med tanke på god fysisk helse. En metaanalyse publisert i Lancet (Ismail, Winkley & Rabe-Hesketh, 2004) tar for seg 12 randomiserte og kontrollerte studier, og konkluderer med at psykologisk behandling forbedrer diabeteskontroll hos pasienter med type 2 diabetes.

Det er av uvurderlig betydning å ha kunnskap om det å forstå menneskelige handlinger. Tilsynelatende uforståelige handlinger kan bli forståelige, og slik skapes grunnlag for endringer. Dette blir noe annet enn antagelsen om at «manglende lydighet» er forklaringen på dårlig regulering. Uten en helhetsforståelse av pasientens situasjon har man ingen mulighet for å gi gode behandlingsråd til en person som har diabetes, enten pasienten har psykiske problemer eller ikke. Dette krever samarbeid mellom ulike profesjoner, og til nå har det vært mangel på psykologer.

Referanser

- Frostad, S., Abrahamsen, R., Mjøsund, N. H., & Jensen, M. J. F. (2003). *Diabetes og psykiske lidelser*. Oslo: Norges Diabetesforbund.
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 363, 1589–1597.
- Jensen, M. J. F. (2004). Diabetes og psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 1004–1005.
- Norges Diabetesforbund (2004). *Hva er diabetes?* Informasjonshefte. Oslo: Norges Diabetesforbund.
- Norsk Psykologforening (2002). Mestring av depresjon. Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, Depresjon og somatisk sykdom, ss. 300–303.