

---

# Potřebují pacienti trpící diabetem mellitem psychosociální pomoc?

---

**Kitzlerová E.**

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,  
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

---

## SOUHRN

Diabetes mellitus je jedno z psychicky nejnáročnějších celoživotních, chronických somatických onemocnění, které je často provázeno psychiatrickou komorbiditou. V praxi se u těchto nemocných nejčastěji setkáváme s úzkostně depresivní symptomatikou. Potřeba psychiatrické/psychologické pomoci je zjevná jak ze strany pacientů, tak i diabetologů. Management psychosociálních aspektů v současných guidelineech léčby diabetu mellitu však stále bohužel chybí.

**Klíčová slova:** diabetes mellitus, psychiatrická komorbidita, psychosociální intervence.

## SUMMARY

### **Kitzlerová E.: Do Patients Suffering from Diabetes Mellitus Need a Psychological Help?**

Diabetes mellitus is one of the most demanding, whole-life somatic disorder with common psychiatric comorbidity. The occurrence of anxious and depressive symptoms is most frequent in these patients. There is evidence that the assist of psychiatrist or /and psychologist is necessary and helpfull but the management of psychosocial factors in the current guidelines of treatment of diabetes mellitus is still missing.

**Key words:** diabetes mellitus, psychiatric comorbidity, psychosocial interventions.

*Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 4, pp. 180–185.*

---

---

## ÚVOD

Diabetes mellitus je považováno za jedno z psychicky nejnáročnějších celoživotních, chronických somatických onemocnění. Vyžaduje dodržování přesného denního režimu a vedení léčby samotným pacientem [6], proto nedostatek vlastní iniciativy a aktivity může vést k horšímu průběhu a zvýšenému riziku rozvoje následných komplikací tohoto somatického onemocnění. Přítomnost psychiatrické komorbidity přispívá k závažnějším klinickým průběhům, především díky vlivu na adherenci a zhoršenou sebeképi [2]. Naopak nedostatečná kontrola diabetu mellitu může zhoršovat psychické zdraví nemocných, může přímo vyvolávat depresivní poruchu nebo nepřímo prostřednictvím komplikací, zhoršením funkčních schopností nebo zhoršenou kvalitou života nemocných [40].

---

## SOCIOKULTURÁLNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY PRO ROZVOJ PSYCHICKÝCH PORUCH U PACIENTŮ TRPÍCÍCH DIABETEM MELLITEM

---

Obecně známá je asociace mezi nižším socioekonomickým stavem a horším tělesným zdravím, bez ohledu na rasovou příslušnost [33]. Vyšší riziko pro vznik deprese je u nemocných s nižší úrovní vzdělání, pokud žijí sami (nejsou vdaní či ženatí) nebo mají slabou sociální podporu, resp. nedostatečnou síť sociálních kontaktů, pokud se u nich vyskytují chronické stresory nebo prožili negativní životní události [12]. Úroveň vzdělání, mající přímý funkční dopad na diabetes a finanční stres, mohou přispívat k rozvoji deprese a anxiety u pacientů v již časných fázích nemoci. Existují též pohlavní rozdíly ve výskytu psychických poruch, které se mohou potencovat se socioekonomickými faktory. Ženy diabetičky vykazují např. 2x více psychických problémů než muži [31].

---

V populaci nemocných trpících diabetem mellitem je, dle epidemiologických studií, obecně vyšší prevalence deprese a anxiety, ve srovnání s běžnou populací [1, 5, 8, 25, 31]. Studie, zabývající se vztahem mezi depresí a diabetem, přinášejí odlišné výsledky. Prevalence deprese u diabetiků se pohybuje v rozmezí 3,8 % [46] až více než 49,5 % [23].

Relativně široký rozptyl výsledků je dán pravděpodobně metodologickými slabinami. Ty mohou odrážet jednak rozdílné metody hodnocení (např. autoevaluační dotazníky versus standardizovaná klinická interview), nesourodé populace nemocných. Některé studie nerozlišují mezi oběma typy diabetu mellitu, další nezohledňují faktory jako jsou např. závažnost diabetu, přítomnost diabetických komplikací, míru kontrol glykemií, dobu od stanovení diagnózy a nebo definice duševních nemocí.

Prevalence depresivního onemocnění se mění v závislosti na hodnotící metodě a je prokázáno, že je obecně 2-3x vyšší ve studiích, které využívají k hodnocení autoevaluační dotazníky ve srovnání s použitím strukturovaných interviewů [1]. Tento fakt dokládají metaanalýzy např. Gavarda a kol. z roku 1993 [14], stejně jako např. recentnější studie Andersona a kol. z roku 2001 [1]. Ta zahrnovala i studie analyzované Gavardem a kol. [14], které prokázaly průměrnou 14% prevalenci depresivního onemocnění při užití strukturovaných interviewů. U studií, které využily k hodnocení autoevaluační škály, byla prevalence depresivních symptomů průměrně 32% [14].

Diabetes mellitus se jako komorbidní onemocnění vyskytuje u schizofrenie, u poruch příjmu potravy. Metabolické nežádoucí účinky některých antipsychotik jsou rizikovým faktorem pro vznik DM 2. typu a mohou zhoršovat průběh obou typů DM [41]. Významnými rizikovými faktory pro vznik metabolického syndromu, jehož součástí je diabetes mellitus, a který ve svých důsledcích může vést k rozvoji kardiovaskulárních chorob, jsou pak hostilita, hněv.

Předchozí studie vyhodnotily hněv jako důležitý rizikový faktor pro nemocné trpící diabetem mellitem [20, 21, 34, 37, 43]. Pacienti trpící diabetem mellitem 2. typu vykazovali vyšší míru hněvu než pacienti bez diabetu mellitu a byla nalezena i signifikantní asociace mezi klinickým stavem diabetu a přítomností hněvu ( $p < 0,01$ ) [7, 15, 24]. Přesto je hněv v literatuře věnováno mnohem méně pozornosti než depresivním symptomům.

Studie provedené v Koreji [21, 39] dokládají, že problémy při zahájení inzulínové terapie jsou často spojeny s negativními emocemi jako jsou právě hněv, vztek a strach. Uvědomění si vztahu mezi hněvem a diabetem je důležité také pro lékaře primární péče, protože chronický hněv je spojen se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění [20, 37], arteriální hypertenzí [34] a zvýšenou koncentrací cholesterolu [43] se všemi jejich závažnými zdravotními důsledky.

---

## DIABETES MELLITUS A AFEKTIVNÍ PORUCHY – BIOLOGICKÉ SOUVISLOSTI

---

Nejčastěji se v běžné populaci diabetiků vyskytuje úzkostná a depresivní symptomatika, která může být somatickými lékaři často podhodnocena, neadekvátně залечена a přitom s sebou nese závažné psychosociální důsledky. Depresivní porucha často předchází o mnoho let manifestaci DM 2. typu a představuje samostatný, nezávislý rizikový faktor pro jeho rozvoj. U 1. typu DM tomu bývá naopak a rozvoj diabetu obvykle předchází první epizodu deprese [42].

Recentní metaanalýza studií s diabetickými pacienty typu 1 a 2 [27] vyhodnotila, že již množství glykosylovaného hemoglobinu (HbA1c) charakterizuje závažnost depresivních symptomů. Stejně jako u jiných somatických onemocnění je pak výrazně zvýšená prevalence depresivních epizod u pacientů trpících komplikacemi diabetu mellitu [31, 42]. Existují studie, které hodnotí změny, resp. upravení glykemického profilu ke zlepšení kvality života a signifikantnímu zlepšení anxiózně-depresivních symptomů [30].

Depresivní porucha je provázána některými významnými biologickými abnormalitami s potenciálně signifikantním impaktem na rozvoj diabetu mellitu.

Na prvním místě stojí stres, který je spojen s aktivací hypothalamo-pituito-adrenální osy a s uvolněním hormonů jako jsou katecholaminy, glukokortikoidy, růstový hormon a glukagon, které působí proti hypoglykemickému efektu inzulínu zvyšováním koncentrace krevní glukózy [35]. Pravděpodobně jako následek zvýšeného uvolňování těchto hormonů pacienti trpící těžkou depresivní epizodou vykazují inzulínovou rezistenci při provádění inzulínového tolerančního testu [4] a intravenózních a glukózových tolerančních testů [44]. Zvýšené uvolňování těchto hormonů v odpovědi na psychologický stres u depresivních nemocných může být jedním z pojítek mezi depresí a diabetem mellitem [28].

Druhým stýčným bodem jsou změny v glukózovém transportu. Vstup glukózy do buněk je facilitován glukózovými transportéry, kterých existuje šest podtypů. U pacientů trpících diabetem je snižená senzitivita glukózového transportéru-4 a zároveň dochází k abnormální syntéze glykogenu ve svalech právě v souvislosti s poruchou glukózového transportu přes plazmatické membrány [36].

Další významnou patofyziologickou cestou je aktivace zánětlivé imunitní odpovědi. U pacientů trpících diabetem mellitem dochází k hypersekreci prozánětlivých cytokinů (IL-1, IL-6, TNF alfa) produkcí tukovou tkání a zvýšenou sekrecí monocytů a makrofágů přímoúměrně s věkem [32]. Zvýšená exprese např. TNF-alfa v tukové a svalové tkáni

u obézních jedinců interferuje nejen s působením inzulínu, ale může zvyšovat náchylnost k rozvoji depresivních symptomů [11].

---

## PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY DIABETU MELLITU, MOŽNOSTI LÉČEBNÉ INTERVENCE

---

Depresivní symptomy nejsou spojeny jen se sníženou adhezí k diabetické dietě a užívání perorálních antidiabetik [5], ale též s narušenými funkčními schopnostmi nemocných a zvýšenými náklady na zdravotní péči [9].

Pacienti trpící diabetem a komorbidní depresí vykazují horší kontroly glykemií a vyšší prevalenci mnohočetných diabetických komplikací (retinopatie, neuropatie, sexuální dysfunkce a makrovasikulární komplikace) [9]. Otevřenou otázkou do dalších výzkumů zůstává, zda je deprese hlavním rizikovým faktorem v predikci morbidit [3] a mortality [13] u pacientů s diabetem?

Navzdory zvyšující se prevalenci depresivních epizod u pacientů trpících diabetem mellitem neexistuje mnoho kontrolovaných, randomizovaných studií týkajících se její léčby. Psychofarmaka, resp. antidepressiva typu SSRI, jsou v současné době prakticky lékem volby u depresivní poruchy, jednotlivé preparáty je nutno volit s ohledem na možnou inhibici cytochromu P 450 (fluoxetin, fluvoxamin) a následné ovlivnění metabolismu některých perorálních antidiabetik. Antidepressiva starších (TCA) a pak i novějších generací (SNRI) jsou indikována striktně individuálně, s rizikem všech jejich nežádoucích účinků, včetně metabolických.

Psychoterapeutické intervence se jeví jako prospěšné především při práci s nemocným na podpoře compliance, náviku kontrol glykemií a dále může přinést benefit ovlivněním neurofyziologických mechanismů (např. redukcí stresových hormonů, změnami neuropeptidů ovlivňujících chuť k jídlu a pocitům sytosti).

V tomto ohledu se jako účinná jeví kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT), ačkoliv evidence-based dat u diabetických nemocných není mnoho. Ve studii Lustmana a kol. z roku 1998 [26] byla KBT u těchto nemocných spojena se signifikantně pozitivním vlivem na glykosylovaný hemoglobin HbA1c. Nemocní trpící diabetem, kteří byli léčeni v kombinaci s KBT, vykazovali významnější zlepšení klinického stavu, na škále BECK hodnotící depresi a procento remitérů bylo vyšší než ve skupině pacientů léčených bez psychoterapeutické intervence (85 % vs 27 %). Tento trend přetrvával i při šestiměsíčním následném sledování nemocných, kdy došlo k signifikantnímu poklesu koncentrace HbA1c ve skupině nemocných léčených zároveň i KBT.

Přestože je zřejmé, že pouze diabetologická péče

nemusí být vždy zcela dostatečná, stále chybí empirické studie k zařazení psychologických intervencí do standardního managementu léčby diabetu mellitu.

KBT techniky, jako např. systematická desenzitizace a kognitivní restrukturalizace, mohou příznivě ovlivnit vyvíjející chování, sebepoškozující znaky, anxieta, např. strach z hypoglykemií, a to pomocí náviku vlastních dovedností [39]. Navíc kombinace psychoterapie a farmakoterapie se považuje obecně za prokazatelně účinnější než jednotlivé metody zvláště [22], stejně tak je tomu i při léčbě dlouhodobé.

Guideliny managementu léčby somatických chorob na poli závažných duševních onemocnění z roku 2002 uvádějí hned na prvních stránkách provádění integrované péče, tzn. od počátku záchytu diabetického onemocnění, kombinovat léčbu somatickou dohromady s psychosociálními intervencemi [29]. Kombinace podpůrné psychoterapie, edukace a náviku behaviorálních a kognitivních dovedností se jeví jako dobře efektivní [17].

Psychosociální intervence by měly především otestovat a následně podpořit rozhodovací schopnosti nemocných trpících duševní nemocí tzv. decision-making [10] pomocí motivačních rozhovorů. Další metodou je tzv. solution-focused terapie, která je zaměřena na pozitivní momenty vnášené pacientem do léčby, stanovení pozitivních cílů a specifických aktivit, které vedou k dosažení těchto cílů [16].

Obě metody podporují spolupráci nemocných a tvoří základní pilíře úspěšné, komplexní léčby nemocných trpících diabetem mellitem.

---

## PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE O PACIENTY S DIABETEM – SITUACE V ČESKÉ REPUBLICCE

---

V České republice (ČR) je přibližně 750 000 pacientů trpících diabetem mellitem (DM), velká část pacientů s 2. typem onemocnění není zatím manifestovaná. Podobně jako ve světě lze i v naší republice očekávat nárůst takto nemocných, což povede k další zátěži zdravotnické, sociální a ekonomické. Speciální psychologické (psychiatrické) postupy péče o nemocné trpící diabetem mellitem u nás chybí, přitom více než 70 % poskytovatelů zdravotní péče si uvědomuje přítomnost psychických problémů u svých diabetických pacientů a 50 % z nich přiznává, že sami nejsou schopni poskytnout adekvátní psychologickou péči. Asi 15 % by uvítalo možnost spolupráce s psychiatrem, psychologem nebo psychoterapeutem. Tato čísla pocházejí ze studie DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs; Diabetes – přístupy, přání, potřeby) a názorně vystihují situaci na poli psychologické péče o pacienty s diabetem [45].

Studie DAWN je největším celosvětovým průzkumem psychosociálních aspektů péče o pacienty s diabetem. Hlavní část proběhla v roce 2001 ve 13 státech: Austrálie, USA, Indie, Japonsko, Anglie, Dánsko, Španělsko, Německo, Nizozemsko, Polsko, Norsko, Švédsko a další, vedlejší podpůrný výzkum, stále probíhá. Do studie bylo zařazeno 5426 pacientů, 2194 praktických lékařů, 1122 zdravotních sester, 566 diabetologů a endokrinologů. Program DAWN lze rozčlenit do 5 hlavních oblastí:

1. Zlepšit komunikaci mezi pacienty s diabetem a poskytovateli zdravotní péče.
2. Zlepšit komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče a sladit jejich činnost.
3. Zlepšit aktivní léčbu prováděnou samotnými pacienty.
4. Odstranit překážky účinné léčby.
5. Umožnit psychosociální péči pacientů s diabetem.

Pracovní skupina programu DAWN v ČR vznikla v roce 2004, má 8 členů a hlavní oblastí zájmu tohoto programu je zmapovat psychologickou/psychiatrickou péči pacientů s diabetem v naší republice. Výsledky studií v ČR jsou v souladu se zahraničními výzkumy a ukazují na vyšší míru aktuální úzkosti a úzkostnosti (jako osobnostního rysu) u nemocných s oběma typy diabetu než je populační průměr, vyšší psychický diskomfort nemocných žen než mužů a nárůst depresivity u nemocných s mnohočetnými orgánovými komplikacemi [18, 19].

Tato klíčová zjištění se stala základem pro aktivity pracovní skupiny DAWN, která se zaměřuje na vybudování nových forem spolupráce s psychiatry, psychology a psychoterapeuty, mezioborového dialogu a konkrétních akcí vedoucích ke zlepšení zdraví a kvality života osob s diabetem (vzdělávání lékařů, sester, edukace pacientů, odborné semináře, sympozia atd.).

Cílem spolupráce by mělo být vytvoření standardů psychologické/psychiatrické/psychoterapeutické péče o pacienty s diabetem, zahrnout psychosociální aspekty léčby diabetu do Národního diabetologického programu a uplatňovat tyto standardy v praxi. Konkrétně vyhledat na území celé ČR spolupracující odborné ambulance (tzv. Pevné body), kam bude moci pacient se svými psychickými problémy přijít, být vyšetřen a léčen.

V této souvislosti proběhlo na podzim roku 2007 v Praze první společné setkání diabetologů, psychiatrů a psychologů. První den zazněly přednášky v podání prof. MUDr. Jindřišky Perušičové, MUDr. Silvie Lacigové, Ph.D. a PhDr. Tamary Hrachovinové, CSc., na společné téma „Je diabetolog psychologem, nebo spíše psycholog diabetologem?“ Dále vystoupil psycholog PhDr. Eduard Hilšer, který přinesl jednak subjektivní, ze svého pohledu pacienta trpícího diabetem mellitem, a jednak objektivní pohled na diabetes. Za psychiatry vystoupil MUDr. J. Vaněk, který zmínil epidemiologická

data a problém nízkého zachytu deprese somatickými lékaři a dále problémy s terapií (nízké dávky, užívání anxiolytik před AD, obavy ze stigmatizace a nežádoucích účinků (sex. poruchy u DM mužů)). Večer byl zakončen neformálním posezením v přátelském duchu v restauraci hotelu.

Druhý den společného setkání v dopoledních hodinách byl věnován celkem 4 workshopům na témata: „Lze poznat hranici, kdy už je nezbytná odborná psychologická nebo psychiatrická péče?; Úhrada poskytnuté psychiatrické a psychologické péče; Jak nastavit spolupráci mezi diabetologem, psychologem a psychiatrem, možnosti zpětné vazby?; Komunikace v rámci Pevného bodu, Měření efektivity psychologické péče a jejího pozitivního vlivu na zdravotní stav pacienta s diabetem“. Podrobné výstupy z jednotlivých workshopů budou publikovány v blízké budoucnosti.

---

## ZÁVĚR

---

V souladu se závěrem proběhlého mezioborového setkání na podzim roku 2007 v Praze lze shrnout, že v populaci nemocných s DM se vyskytují psychické obtíže až poruchy velice často, v běžných praxích se nejčastěji jedná o úzkostné a depresivní symptomy či poruchy.

Na jednu stranu si mohou nemocní sami stěžovat na psychický diskomfort a mají zájem o pomoc psychologa/psychiatra, ale na druhou stranu je časté i popírání těchto problémů a odmítání psychologicko-psychiatrické pomoci navzdory existenci zjevné psychopatologie. Nejčastěji je to z důvodu strachu ze stigmatizace, nálepkování duševní nemocí, ze ztráty zaměstnání a dopadu do vztahové oblasti. Běžný bývá zájem a tlak rodinných příslušníků o léčbu jejich příbuzného. Pokud však nemocný není akutně nebezpečný sobě nebo okolí, je plně v kontaktu s realitou a o léčbu skutečně sám nejeví zájem, pak jsou veškeré snahy rodiny i zdravotníků marné. V tomto případě má nemocný právo léčbu odmítnout. Pokud je psychický stav vážný, pak lze zajistit psychiatrickou léčbu i proti vůli nemocného. Z praxí účastníků setkání obecně pozitivněji přijímají nemocní pomoc psychologickou (poradenství, psychoterapie) než psychiatrickou, která však není často dostačující.

Z workshopů vyplývá, že nemocní, trpící chronickým somatickým onemocněním jako je diabetes mellitus, mají většinou velkou potřebu hovořit o svých problémech spojených s novou životní situací, kterou jim přináší jejich základní onemocnění a potřebují psychickou podporu. Rozvoj případných psychických komplikací je při dlouhodobém průběhu somatického onemocnění velmi častý. Výzvou pro pracovní skupinu DAWN v ČR je tedy zmapování a vytvoření databáze spolupracujících, v jednotlivých spádových oblastech dostupných psychologů/psychiatrů, tak, aby je měli diabetologové



k dispozici a mohli je svým nemocným v případě potřeby a zájmu nabídnout. Společné mezioborové setkání bylo prvním krokem k dosažení vytyčeného cíle.

Výhodou v současné době jsou možnosti preskripce moderních, prokazatelně účinných a poměrně bezpečných antidepresiv typu SSRI somatickými lékaři, což mnozí z účastníků sami praktikují.

Zařazení psychoterapeutického edukačního minima při zahájení léčby pacientů s diabetem mellitem s případnou nabídkou dalších speciálních odborných možností (např. psychologické poradenství, psychoterapie, psychiatrické služby), by pak ve svých dlouhodobých důsledcích mohlo přispět i k destigmatizaci duševních nemocí. Management psychosociálních aspektů v léčbě diabetu mellitu však v současných guidelineech stále bohužel chybí, stejně jako zůstává otázkou financování této péče.

*Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620849.*

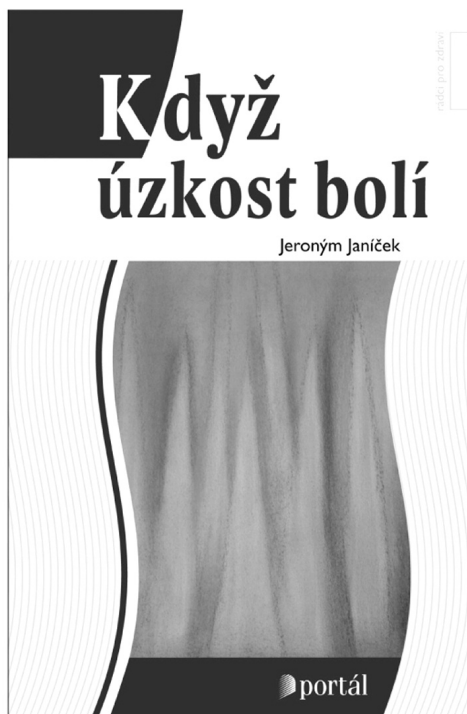
## LITERATURA

1. **Anderson, R. J., Freedland, K. E., Dlouze, R. E., Lustman, P. J.:** The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 2001, pp. 1069–1078.
2. **Blumenthal, J. A., Williams, R. S., Wallace, A., Williams, R. B. Jr, Needles, T. L.:** Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosom. Med.*, 44, 1982, pp. 519–527.
3. **Carney, R. M., Freedland, K. E., Lustman, P. J., Griffith, L. S.:** Depression and coronary disease in diabetic patients: A 10-year follow-up (abstract). *Psychosom. Med.*, 56, 1994, p. 149.
4. **Casper, R. C., Davis, J. M., Pandey, G., Garver, D., Dekirmenjian, H.:** Neuroendocrine and amine studies in affective illness. *Psychoneuroendocrinology*, 2, 1977, pp. 105–113.
5. **Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E.:** Depression and diabetes: impact of depression symptoms on adherence, function, costs. *Arch. Intern. Med.*, 160, 2000, pp. 3278–3285.
6. **Cox, D. J., Gonder-Frederick, L.:** Major developments in behavioral diabetes research. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 60, 1992, pp. 628–638.
7. **Cox, S.:** How I coped emotionally with diabetes in my family. *Professional Care Mother Child*, 4, 1994, 5, pp. 139–141.
8. **Baton, W. W., Armenian, H., Gallo, J., Pratt, L., Ford, D. E.:** Depression and risk for onset of type II diabetes: a prospective population-based study. *Diabetes Care*, 19, 1996, pp. 1097–1102.
9. **Egede, L. E., Zheng, D., Simpson, K.:** Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditure in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25, 2002, pp. 464–470.
10. **Eisen, S. V., Dickey, B., Sederer, L. I.:** A self-report symptom and problem rating scale to increase inpatients' involvement in treatment. *Psychiatric Services*, 51, 2000, pp. 349–353.
11. **Fernandez-Real, J. M., Vayred, M., Richard, C., Gutierrez, C., Broch, M., Vendrell, J.:** Circulating interleukin 6 levels, blood pressure, and insulin insensitivity in apparently healthy men and women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 86, 2001, pp. 1154–1159.
12. **Fischer, L., Chesla, C. A., Mullan, J. T., Skaff, M. M., Kanter, R. A.:** Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 2001, pp. 1751–1757.
13. **Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Juneau, M., Takajic, M., Bourassa, M. G.:** Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom. Med.*, 61, 1999, pp. 26–37.
14. **Tabard, J. A., Lustman, P. J., Dlouze, R. E.:** Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16, 1993, pp. 1167–1178.
15. **Golden, S. H., Williams, J. E., Ford, D. E., Yeh, H. C., Sanford, C. P., Nieto, F. J., Brancati, F. L.:** Anger temperament is modestly associated with the risk of type 2 diabetes mellitus: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 2006, 3, pp. 325–332.
16. **Hagen, B. F., Mitchell, D. L.:** Might within the madness: Solution-focused therapy and thought-disordered clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 2001, pp. 86–93.
17. **Heinssen, R. K., Liberman, R. P., Kopelowicz, A.:** Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. [Review.] *Schizophrenia Bulletin*, 26, 2000, pp. 21–46.
18. **Hrachovinová, T., Fejfarová, V., Csémy, L., Jirkovská, A.:** Gender rozdíly v odolnosti ke stresu, depresi a úzkosti u nemocných diabetem; *Diabetologie, Metabolismus, Endokrinologie, Výživa*, 7, 2004, Supplement 1, s. 17–18.
19. **Hrachovinová, T., Svitáková, E., Csémy, L., Fejfarová, V.:** Sledování kvality života nemocných v souvislosti s typem diabetu, pozdními komplikacemi a pohlavím. *Diabetologie, Metabolismus, Endokrinologie, Výživa*, 8, 2005; Supplement 1, p. 22.
20. **Chang, P., Ford, D., Meoni, L.:** Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease; the precursors study. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2002, 8, pp. 901–906.
21. **Choe, M., Padilla, G., Chae, Y.:** Quality of life for patients with diabetes in Korea: the meaning of health related quality of life. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 2001, 6, pp. 673–682.
22. **Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J. et al.:** A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N. Engl. J. Med.*, 342, 2000, pp. 1462–1470.
23. **Leedom, L., Methan, W. P., Procci, W., Zeidler, A.:** Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 32, 1991, pp. 280–286.
24. **Lewis, K.:** Emotional adjustment to a chronic illness. *Lippincott's Primary Care Practice*, 21, 1998, 1, pp. 38–51.
25. **Lustman, P. J.:** Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 11, 1988, pp. 419–432.
26. **Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S. S., Dlouze, R. E.:** Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: A randomized, controlled trial. *Ann. Intern. Med.*, 129, 1998, pp. 613–621.
27. **Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M., Dlouze, R. E.:** Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes*, 23, 2000, pp. 934–942.
28. **Malhotra S., Tesar G. E., Franco K.:** The relationship between depression and cardiovascular disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2000, 2, pp. 241–246.
29. **McDevitt, J., Snyder, M., Breitmayer, B., Paun, O., Wojciechowski, E.:** Clinical practice recommendations

EVIDENCE-BASED GUIDELINES FOR INTEGRATED Peer Reviewed Edition, July 2002 by The Nursing Institute, College of Nursing University of Illinois at Chicago.

30. **Muselman, D. L., Betan, E., Larsen, H., Philips, L. S.:** Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology and treatment. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 2003, pp. 317-329.
31. **Peyrot, M., Rubin, R. R.:** Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20, 1997, pp. 585-590.
32. **Ross, R.:** Atherosclerosis: An inflammatory disease. *N. Engl. J. Med.*, 340, 1999, pp. 115-126.
33. **Ross, C. E.:** Neighborhood disadvantage and adult depression. *J. Health Soc. Nebav.*, 41, 2000, pp. 177-187.
34. **Rutledge, T., Hogan, B.:** A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64, 2002, 5, pp. 758-766.
35. **Sapolsky, R. M., Romeo, L. M., Muněk, A. U.:** How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulator and preparative actions. *Endocr. Rev.*, 21, 2000, pp. 55-89
36. **Schuman, G. I., Rothman, D. L., Jue, T., Stein, P., DeFronzo, R. A., Hulman, R. G.:** Quantitation of muscle glycogen synthesis in normal subjects and subjects with non-insulin dependent diabetes mellitus by <sup>13</sup>C nuclear magnetic resonance spectroscopy. *N. Engl. J. Med.*, 322, 1990, pp. 223-228.
37. **Sirois, B., Burg, M.:** Negative emotion and coronary heart disease: a review. *Behavior Modification*, 27, 2003, 1, pp. 83-102.
38. **Snoek, F.:** Breaking the barriers to optimal glycaemic control—what physicians need to know from patients' perspectives. *International Journal of Clinical Practice*, 129, 2002, pp. 80-84.
39. **Snopek, F. J., Skinner, T. C.:** Psychological counseling in problematic diabetes: Does it help? *Diabet. Med.*, 19, 2002, pp. 265-273.
40. **Talbot, F., Nouven, A.:** A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, 23, 2000, pp. 1556-1562.
41. **Tůma, I., Dubeňák, J.:** Diabetes mellitus psychické poruchy. *Psychiatrie*, 4, 2007, pp. 235-239.
42. **Vinnamaki, H., Niskanen, L., Uusitupa, M.:** Mental wellbeing in people with non-insulin dependent diabetes. *Acta Psychiatr. Scand.*, 92, 1995, pp. 392-397.
43. **Waldstein, S., Manuck, S., Bachen, E.:** Anger expression, lipids, and lipoproteins. Poster session presented at the 11th Annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, Chicago, 1990.
44. **Winokur, A., Maislin, G., Philips, J. L., Amsterdam, J. D.:** Insulin resistance after oral glucose tolerance testing in patients with major depression. *Am. J. Psychiatry*, 145, 1988, pp. 325-330.
45. [www.dawnstudy.com](http://www.dawnstudy.com): DAWN study (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs).
46. **Zhang, J., Markides, K. S., Lee, D. J.:** Health status of diabetic Mexican Americans: results from the Hispanic HANES. *Ethn. Dis.*, 1, 1991, pp. 273-279.

MUDr. Eva Kitzlerová, Ph.D.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11  
128 00 Praha 2  
e-mail:ekitzlerova@centrum.cz



Jeroným Janiček

## Když úzkost bolí

Autor vychází z osobní zkušenosti s jednou z úzkostných poruch a z poznání, že destigmatické lidí trpících duševním onemocněním je procesem, závislým na kvalitě informací, které se k nemocnému a jeho okolí dostanou. Autorem není psychiatr, nýbrž novinář, který se o vlastní zkušenosti nebojí otevřeně hovořit. Kapitoly vznikaly na základě rozhovorů s odborníky z oborů psychiatrie, interního lékařství, fyziologie, imunologie a urgentní medicíny.

Z úvodu autora:

*Tato kniha je určena všem, kterým úzkost a strach znemožňují žít život naplno a svobodně. Všem, kdo se rozhodli nastoupit cestu válečníka a nerezignovat. Přijetí faktu, že naši soupeři, kteří dokážou obratně používat masku s výrazem pomalu každé druhé existující nemoci, mají své kořeny v naší nemocné psychice, je opravdu těžké. Stále v nás bude nejspíše pracovat ono pověstné „co kdyby to náhodou bylo jinak“. Strach ze smrti, bezpochyby jeden z hlavních motorů úzkostných poruch a generátor obav o zdraví, je pro každého z nás velkým vyzyvatelem. Zemřít můžeme kdykoli a kdekoli, bez ohledu na zdravotní stav či věk. A k naší nelibosti jednou skutečně zemřeme. Nastoupit cestu válečníka znamená umění smířit se s vlastní smrtelností. Skutečný válečník ví, že se svou smrtí nic nezmůže, ale se svým životem ano.*

Vydalo nakladatelství Portál, s.r.o., 208 stran.

portál