

## ASPECTE PSIHOLOGICE LA COPILUL ȘI ADOLESCENTUL CU DIABET ZAHARAT TIP1

BOGDAN LUCIAN<sup>1</sup>, SIMONA CĂINAP<sup>1</sup>, NICOLAE MIU<sup>1</sup>, BIANCA ANDREICA SĂNDICĂ<sup>2</sup>, MARIANA ANDREICA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra Pediatrie II, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

<sup>2</sup>Catedra Psihiatria copilului și adolescentului, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

### Rezumat

*Diabetul copilului afectează stilul de viață și relațiile interpersonale ale întregii familii. Anxietatea și vina apar frecvent la părinți. Sentimente similare cuplate cu negare și respingere apar și la copil, cel mai frecvent la vârsta adolescenței.*

*Studiile neurocognitive arată că tinerii diabetici au un risc crescut pentru tulburări de procesare a informației și tulburări de învățare.*

*Suportul social din partea familiei este foarte important pentru copilul diabetic. Când anturajul reacționează negativ la boală, aderența la tratament scade și controlul glicemic se degradează.*

*Percepția personală a bolii a fost asociată cu modificări psihologice, astfel că impactul mare asupra individului a condus la creșterea anxietății, iar încrederea în eficiența tratamentului duce la adoptarea unei diete corespunzătoare.*

*Frecvența anorexiei și bulimiei nervoase variază între 1-6,9% la pacientele diabetice. Prevalența tulburărilor de alimentație nespecifice ajunge până la 14%. Aproximativ 11% dintre adolescentele diabetice își administrează o doză mai mică de insulină pentru a slăbi.*

*Intervențiile psihosociale și comportamentale la copiii și adolescenții cu diabet zaharat sunt eficiente și includ familia ca o parte integrantă a tratamentului. Procedurile comportamentale ca stabilirea unor obiective, automonitorizarea, gândirea pozitivă, comunicarea intrafamilială suportivă și stabilirea corespunzătoare a responsabilităților în managementul bolii au ameliorat aderența la tratament și controlul metabolic.*

**Cuvinte cheie:** diabet, copil, familie, probleme psihologice.

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

### Abstract

*Child diabetes affects life-style and inter-personal relations inside the family. Anxiety and guilt are common in parents. Similar feelings, mixed with denial and rejection are being manifested by the child as well, especially in adolescence. Neuro-cognitive studies show that young diabetic patients have a higher risk of developing information use and learning disorders.*

*The social support of the parents and other family members is very important to the diabetic child. When the family reacts in a negative manner to the disease, treatment acceptance decreases and the glycemic control worsens.*

*The individual perception of the disease has been associated with psychological disorders, so that the big impact of diabetes led to an increase in the anxiety level, while the trust in the efficiency of the treatment led to a balanced diet.*

*The frequency of nervous bulimia and anorexia varies between 1 and 6,9% in diabetic female adolescents. The prevalence goes up to 14% and about 11% of the diabetic girls inject less insulin in order to lose weight.*

*The psycho-social and behavioral interventions in diabetic children and*

*adolescents are effective and include the family as an important part of the treatment. Behavioral therapy like choosing objectives, auto monitoring, positive thinking, supportive intrafamilial communication and the proper assumption of responsibilities in the management of the disease have improved treatment acceptance and the metabolic control.*

**Keywords:** diabetes, child, family, psychological problems.

### Introducere

Diabetul copilului afectează stilul de viață și relațiile interpersonale ale întregii familii. Axietaea și vina apar frecvent la părinți. Sentimente similare cuplate cu negare și respingere apar și la copil, cel mai frecvent la vârsta adolescenței.

Nu există tulburări de personalitate specifice pacienților diabetici, situații similare fiind întâlnite și la alte familii cu copii cu boli cronice. Studiile arată că diabeticii sunt pacienți la risc pentru adaptare în timpul perioadei inițiale după diagnostic. Când aceste probleme există, copiii prezintă un risc crescut la problemele de adaptare pe viitor. Există dovezi în creștere, în special în SUA, că tinerii diabetici au o incidență crescută a tulburărilor psihiatrice. S-a demonstrat că adolescenții au prezentat un risc crescut de boli psihice, fetele fiind predispuse, iar jumătate din pacienții cu un control glicemic nesatisfăcător au avut un diagnostic psihiatric asociat.

Depresia a fost asociată cu un control metabolic nesatisfăcător și creșterea numărului de spitalizări. De asemenea, tulburările de comportament sunt asociate cu un control glicemic slab. Există dovezi că adolescenții diabetici, în special fetele, au o incidență crescută a tulburărilor de alimentație. 10% dintre acestea prezintă criterii de diagnostic clare. Fără intervenție, lipsa complianței la dietă și insulinoterapie se poate asocia cu complicații serioase.

Perspectiva psihanalitică asupra pacientului diabetic arată faptul că acesta are un conflict fundamental legat de procurarea hranei și acesta se reflectă în tendințe exagerate de încorporare oral-agresivă. Poate exista o tendință de respingere a hranei urmată de nevoia crescută de a mânca, exprimată printr-o foame nestăpânită, dorința de a fi hrănit și cereri excesive de gratificări din partea anturajului. Pulsunile de încorporare se manifestă și ca o identificare exagerată cu mama, ceea ce duce la fete la îngrădirea dezvoltării sexuale, iar la băieți la o intensificare a bisexualității de bază.

Controlul metabolic slab a fost asociat și cu alte tulburări psihosociale care includ axietaea și stima de sine scăzută. Când aceste tulburări persistă în adolescență, crește riscul de control nesatisfăcător la adultul tânăr.

### Funcțiile neurocognitive și școlarizarea

Studiile neurocognitive arată că tinerii diabetici au

un risc crescut pentru tulburări de procesare a informației și tulburări de învățare, în special cei cu debut precoce a bolii [1,2] sau hipoglicemii severe recurente [3-5].

Acestea apar mai frecvent la băieți decât la fete [6,7]. Achizițiile academice și performanța școlară sunt mai scăzute la copiii cu un control metabolic slab [8]. Studiile prospective, la pacienții recent diagnosticați, au demonstrat deficite neuropsihologice ușoare la doi ani de la diagnostic cu reducerea vitezei de procesare a informațiilor, scăderea gândirii conceptuale și a achiziției informațiilor noi [9]. Aceste probleme au avut ca factor predictiv vârsta mică de debut a diabetului (înainte de 4 ani). Ea este legată de diminuarea percepției spațial-vizuale și de episoadele recurente severe de hipo sau hiperglicemie care determină scăderea memoriei și a capacității de învățare. De asemenea, s-a demonstrat că pacienții diabetici au rezultate mai mici la testele de inteligență, atenție scăzută, viteză de procesare scăzută, iar cei cu hipoglicemii severe recurente prezintă un intelect global diminuat.

Un studiu care a evaluat experiențele școlare ale copiilor diabetici, a arătat un control glicemic mai bun și o calitate a vieții crescută în situația în care profesorii și prietenii au avut un nivel minim de instruire în ceea ce privește diabetul [10].

### Familia

Literatura arată că factorii familiali sunt esențiali în managementul diabetului la copil. Un mare număr de studii prospective arată că nivelul crescut de adeziune al familiei, stabilirea clară a responsabilităților și comportamentele suportive sunt asociate cu o complianță bună la tratament și cu un control metabolic bun, în timp ce dispersarea responsabilităților și conflictele legate de regimul de viață au fost asociate cu o complianță scăzută [11].

Cercetările actuale au demonstrat că factorii socio-demografici ca familia monoparentală, veniturile scăzute și componenta etnică sunt asociate cu un control glicemic slab [12]. Părinții prezintă tulburări psihologice după diagnosticul diabetului la copil. Depresia clinică este prezentă la aproximativ o treime din mame, iar 24% dintre acestea și 22% dintre tați prezintă simptome de tulburare posttraumatică de stres [13].

Aceste tulburări dispar în primul an de la diagnostic.

### Suportul social

Suportul social din partea părinților și al celorlalți membri ai familiei este foarte important pentru copilul cu diabet zaharat. Se pare că nivelul de susținere din partea

Articol intrat la redacție în data de: 01.10.2009

Primit sub formă revizuită în data de: 19.11.2009

Acceptat în data de: 23.11.2009

Adresa pentru corespondență: bogdan.lucian@personal.ro

familiei variază invers proporțional cu vârsta de debut a diabetului. În aceste condiții adolescenții diabetici beneficiază de un suport instrumental din partea familiei, dar suportul emoțional vine din partea prietenilor. Când anturajul reacționează negativ la boală, aderența la tratament scade și controlul glicemic se degradează.

### Stresul și mecanismele de coping

Copiii cu un nivel crescut de stres au un control glicemic nesatisfăcător. La pacienții cu un control metabolic nesatisfăcător, s-a demonstrat că stilurile de coping, definite ca preferințe habituale tipice pentru adaptarea la problemă, sunt reprezentate de comportament evitant, neajutorare și idealizare [14].

Pacienții cu o gândire mai matură și cu capacități de adaptare mai bune au aderență crescută la tratament. Conștientizarea implicațiilor bolii, a vulnerabilității la complicații și încrederea în eficacitatea tratamentului au fost asociate cu o complianță bună și un control glicemic satisfăcător.

Percepția personală a bolii a fost asociată cu modificări psihologice, astfel că impactul mare asupra individului a condus la creșterea anxietății, în timp ce încrederea în eficiența tratamentului are drept consecință adoptarea unei diete corespunzătoare.

### Noncomplanța

Confliktele familiale, negarea și anxietatea, se manifestă prin lipsa complianței la dietă și insulinoterapie, precum și la automonitorizare. Supradozarea insulinei, cu hipoglicemie secundară, sau omisiunea asociată cu aport nutrițional excesiv și ulterior cu cetoacidoză, pot fi semnalele nevoii de intervenție psihologică sau tendințe manipulatorii pentru a scăpa dintr-o situație considerată indezirabilă sau intolerabilă. Totodată, acestea pot fi manifestări ale ideății suicidale.

Sentimentul de a fi diferit sau/și a fi singur apare frecvent și este justificat de orarul restrictiv de automonitorizare și administrare a insulinei și de restricțiile alimentare.

Frica extremă de injecții ajunge cel mai probabil să compromită controlul glicemic și confortul emoțional. De asemenea, frica de înțepături pentru automonitorizare poate fi o sursă de stres și poate perturba managementul bolii. Pacienții diabetici pot fie să evite injecțiile cu insulină, fie să refuze rotația locurilor de injectare deoarece injectarea în același loc este asociată cu o senzație de durere mai scăzută. Aceasta are ca rezultat apariția lipodistrofiei, cu scăderea absorbției insulinei și control glicemic suboptimal.

### Tulburările de alimetație

Monitorizarea atentă a încreței și ameliorarea controlului glicemic este asociată cu creșterea în greutate la pacientul diabetic. La fetele adolescente, acești doi factori, împreună cu factorii individuali, familiali și socioeconomi-

cresc riscul apariției tulburărilor de alimetație. Acestea sunt de două ori mai frecvente la adolescentele diabetice decât la cele nediatetice.

Frecvența anorexiei și bulimiei nervoase variază între 1-6,9% la pacientele cu diabet. Prevalența tulburărilor de alimentație nespecifice ajunge până la 14%. Aproximativ 11% dintre adolescentele diabetice își administrează o doză mai mică de insulină pentru a scădea în greutate [15].

Cu toate că datele sunt puține, se pare că băieții au un comportament alimentar normal. Cu toate acestea, la băieții sportivi s-a înregistrat o scădere sezonieră în greutate, cu dezvoltarea unor atitudini alimentare anormale pentru a participa la concursuri.

### Calitatea vieții

Există studii care arată un nivel scăzut de calitate a vieții la diabeticii tineri, în special la cei cu o durată de evoluție scurtă și la cei cu conflicte intrafamiliale legate de boală [16]. De asemenea, un nivel scăzut de calitate a vieții apare la pacienții care percep diabetul ca fiind deranjant, greu de controlat sau stresant și se corelează cu grade înalte de depresie.

Calitatea crescută a vieții este asociată cu un control glicemic bun.

### Adolescentul diabetic

Adolescența este faza de tranziție între copilărie și vârsta adultă și înglobează schimbările biologice și psihosociale ale pubertății. Această etapă a vieții impune provocări unice pacientului diabetic, familiei și echipei terapeutice. Chiar dacă majoritatea adolescenților se adaptează bine provocărilor dificile ale pubertății, trebuie admis faptul că problemele medicale și nevoile emoționale sunt diferite de cele ale copilului sau adultului. Adolescența presupune o pregătire pentru a deveni un adult independent și poate implica atât eșecuri și greșeli, cât și succes.

Mulți adolescenți diabetici suferă o deteriorare a controlului metabolic, frecvent atribuită unui orar de mese și activități fizice dezorganizat, noncomplanței la tratament, comportamentelor periculoase și riscante, a tulburărilor de alimentație și a modificărilor endocrine care au ca rezultat final o creștere a rezistenței la insulină.

Adolescentul are o perspectivă realistă a viitorului, simte o nevoie intensă de a se adapta, a fi acceptat în anturaj și de a experimenta diverse stiluri de viață, ca o manifestare a dezvoltării independenței. Boala cronică poate inhiba adolescentul în a explora viața, în timp ce alții adoptă deliberat comportamente periculoase legate de boala lor.

Nevoile adolescentului se referă la necesitatea de a aparține unui grup și de a se încadra în normele sociale ale acestuia. Din aceste motive, controlul diabetului poate să nu fie prioritar pentru ei. Experimentarea și explorarea diferitelor stiluri de viață pot să fie mai puțin acceptate de către familie, care înțelege mai greu nevoia de independență a adolescentului. Presiunea achizițiilor academice, competi-

tivitatea și nivelul crescut de școlarizare, precum și perspectiva unui loc de muncă, constituie factori de stres la această vârstă. În relație cu echipa terapeutică, adolescentul are așteptări legate de confidențialitatea actului medical și dreptul de a consimți sau refuza tratamentul prescris. De asemenea, pot să apară dificultăți în acceptarea recomandărilor și a educației medicale convenționale.

Controlul metabolic suboptimal se datorează faptului că adolescentul diabetic este mai vulnerabil și este supus unei presiuni mai mari de a se conforma regulilor anturajului. Ca răspuns, adolescentul poate adopta un control metabolic cu risc scăzut, ajustând nivelul glicemiei la valori la care nu riscă hipo sau hiperglicemie și viața lor nu mai este atât de afectată de boală.

Hipoglicemia severă apare în adolescență datorită controlului metabolic nesatisfăcător și este exacerbată de inconsecvența stilului de viață. În producerea acestor episoade, este implicată lipsa de răspuns la hipoglicemie, confuzia asociată cu consumul de alcool sau droguri și tiparul de somn alterat.

Tranziția de la serviciile pediatrie la cele de adulți trebuie să se facă lent printr-un proces organizat de pregătire și adaptare. Vârsta potrivită pentru transfer ar trebui să fie adaptată gradului de maturitate al adolescentului și disponibilității serviciului de adulți de a lucra cu tineri [17].

### Intervenții psihosociale și comportamentale

Intervențiile psihosociale și comportamentale la copiii și adolescenții cu diabet zaharat sunt eficiente și includ familia ca o parte integrantă a tratamentului. Procedurile comportamentale ca stabilirea unor obiective, automonitorizarea, gândirea pozitivă, comunicarea intra-familială suportivă și stabilirea corespunzătoare a responsabilităților în managementul bolii, au ameliorat aderența la tratament și controlul metabolic [18]. Totodată, aceste intervenții au ameliorat și relația părinte-adolescent. Având în vedere criza reprezentată de stabilirea diagnosticului, acesta este momentul oportun pentru intervențiile psihocomportamentale.

Abordarea psiho-educatională a copilului și familiei, care implică dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor și creșterea suportului familial, au arătat ameliorarea controlului glicemic pe termen lung. Terapiile intervenționale, terapia cognitiv-comportamentală, terapia pozitivă, terapia familiei și terapia de grup contribuie la ameliorarea tulburărilor psihologice ale pacientului diabetic și la o rezolvare mai bună a patologiei psihiatrice asociate. Acest fapt are ca rezultat scăderea stresului legat de boală, creșterea aderenței între membrii familiei ducând la o bună complianță la tratament, o ameliorare a controlului metabolic și o scădere a riscului de a dezvolta complicații pe termen lung.

### Bibliografie

1. Holmes C, Chen R, Streisand R et al. Predictors of youth diabetes care behaviors and metabolic control: a structural equation modeling approach. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 770-784
2. Hannonen R, Tupola S, Ahonen T, Riikonen R. Neurocognitive functioning in children with type-1 diabetes with and without episodes of severe hypoglycaemia. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2003; 45: 262-268
3. Ryan C, Vega A, Drash A. Cognitive deficits in adolescents who developed diabetes early in life. *Pediatrics* 1985; 75: 921-927.
4. Rovet J, Alvarez M. Attentional functioning in children and adolescents with IDDM. *Diabetes care* 1997; 20: 803-810.
5. Rovet J, Ehrlich R, Hoppe M. Specific intellectual deficits associated with the early onset of insulin-dependent diabetes mellitus in children. *Child Dev* 1988; 59: 226-234.
6. Holmes C, Dunlap W, Chen R, Cornwell J. Gender differences in the learning status of diabetic children. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 698-704.
7. Schoenle EJ, Schoenle D, Molinari L, Largo RH. Impaired intellectual development in children with type 1 diabetes; association with HbA1c, age of diagnosis and sex. *Diabetologia* 2002; 45: 108-114.
8. McCarthy AM, Kindgren S, Mengeling M, Tsalikian E, Engvall J. Factors associated with academic achievement in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 112-117
9. Northam EA, Anderson PJ, Jacobs R, Hughes M, Werther G, Warne. Neuropsychological profiles of children with type 1 diabetes 6 years after disease onset. *Diabetes Care* 2001; 24: 1541-1546
10. Wagner J, Heapy A, James A, Abbott G. Glycemic control, quality of life, and school experiences among students with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 764-769.
11. Davis CL, Delamater AM, Shaw KH. Parenting styles, regimen adherence, and glycemic control in 4-to10-year-old children with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2001; 26: 123-129.
12. Gallegos-Macias A, Macias S, Kaufman E, Skipper B, Kalishman N. Relationship between glycemic control, ethnicity, and socioeconomic status in Hispanic and white non-Hispanic youth with type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Diabetes* 2003; 4: 19-23.
13. Landolt MA, Ribi K, Laimbacher J, Vollrath M, Gnehm HE, Sennhauser FH. Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 647-652.
14. Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad B, Sovir O. The coping styles in adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care* 2004; 27: 1313-1317.
15. Andreica-Sândică B, Andreica M. Tulburări ale comportamentului alimentar. In: Andreica M, Andreica-Sândică B (eds) *Boli cronice și aspecte psihosomatice la copil*, Casa Cărții de Știință, 2008, 117-149
16. Upton P, Eiser C, Cheung I. Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 22.
17. National Institute for Clinical Excellence. Type 1 diabetes; diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. 2000 (available from <http://www.nice.org.uk/pdf/CG015NICEguideline.pdf>).
18. Anderson BJ, Brackett J, Ho J, Laffel L. An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management: impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care* 1999; 22: 713-721.