ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN AFECȚIUNEA DIABETULUI ZAHARAT

THE ROLE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS IN DIABETES

Paul Adrian GULIN, ORCID: 0009-0001-4375-2486
Universitatea de Stat din Moldova

CZU: 316.6:616.379-008.64 e-mail: gulin.adrian@yahoo.com

Diabetes mellitus is a disease often associated with morbidity and mortality. Patients with diabetes are at increased risk for vascular diseases, retinopathies, neuropathies and nephropathies (Cioca I., 2010).

Research shows that type I diabetes is a risk factor for the development of mental illnesses. Diabetes requires both psychological and behavioral demands on the patient, therefore psychosocial factors are important in almost all aspects that it involves. The psychosocial impact of diabetes has been recognized as a stronger risk factor for mortality than many other psychological and clinical factors.

Given the importance of psychosocial factors in the fight against diabetes, the ever-increasing number of patients with diabetes (the majority with type II diabetes), the development and implementation of psychosocial interventions is a critical need. This type of intervention will help patients to be able to take better care of themselves and keep their glycemic level under control, which results in a decrease in the risk of encountering other health complications and an increase in the quality of life (Delamater A. et al., 2001).

The role of the psychologist is particularly important throughout the entire medical approach of the patient with chronic diseases. Communicating the diagnosis, informing and educating the patient in relation to the disease he is suffering from, psychological assessment, emotional support/rebalancing, assisting the patient in searching for a meaning for what he is experiencing and regaining cognitive control over the situation, all of these are important objectives to pursue during the sessions of psychological counseling.

Research on effective treatment for psychiatric disorders in patients with diabetes is limited. However, the results show that the same methods are used in the case of these patients: CBT plus antidepressants in the case of depression, BART plus anxiolytic medication in the case of anxiety, standard psychotherapeutic, psychoeducational and psychopharmacological treatments in the case of eating disorders (Rubin R.R., 2005).

Keywords: *diabetes, diagnostic, psihosocial factor*.

INTRODUCERE

Diabetul este o boală cronică gravă, asociată cu efecte devastatoare atât la nivel individual – în plan fizic şi psihologic, cât şi la nivel economic. Diabetul a fost inclus încă din 2011 în rândul celor patru boli netransmisibile care ocupă un loc fruntaş pe lista de priorităţi a liderilor mondiali (World Health Organization, 2016a; World Health

Organization, 2017). Însă, în ciuda acestui statut, incidenţa şi prevalenţa sa continuă să aibă un parcurs îngrijorător ascendent.

La scară globală, se constată o creştere semnificativă a numărului de adulţi bolnavi de diabet: dacă în 1980 erau 108 milioane de bolnavi, în 2014 numărul lor a ajuns la 422 de milioane, ceea ce înseamnă 8,5% din populaţia adultă (World Health Organization, 2016a), iar situaţia pare să se agraveze. Conform unor estimări relativ recente (Guariguata et al., 2014), se anticipează că în 2035 se vor înregistra 592 de milioane de diabetici. Alte tentative mai timpurii de a prezice prevalenţa diabetului – de ex., 439 de milioane pentru anul 2030 preconizate de Shaw, Sicree şi Zimmet (2010) – par să fi eşuat în faţa extinderii şi rapidităţii de acţiune a factorilor de risc. În plus, în 2012, numărul deceselor provocate în mod direct de diabet a fost de 1,5 milioane, dar boala a contribuit indirect, prin intermediul complicaţiilor medicale asociate, la încă 2,2 milioane de decese la nivel mondial (World Health Organization, 2016a).

În România, statisticile privind situaţia pacienţilor cu diabet sunt similare cu cele de la nivel global. Conform World Health Organization (2016b), prevalenţa diabetului în rândul populaţiei române în 2014 a fost de 8,5%, cu odistribuire relativ egală în funcţie de gen. Referitor la mortalitate, se constată că în 2012 au existat 910 decese provocate de diabet şi 3070 de decese cauzate de probleme asociate cu un nivel crescut de glucoză în sânge, în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 30 şi 69 de ani (World Health Organization, 2016b).

ASPECTE PSIHOLOGICE

1. SUPORTUL PSIHOLOGIC

Ca orice boală cronică, diabetul zaharat (DZ) aduce neplăceri la nivel psihologic atât pentru pacient, cât și pentru cei apropiați. Orice schimbare majoră în stilul de viață al unei persoane este traumatică pentru că se asociază interior cu ideea de pierdere. Pierderea unei variante cunoscute de viață care acum trebuie să integreze o serie nouă de modificări: tratamentul constant, grija continuă pentru dietă, monitorizarea constantă a glicemiei, administrarea dozelor de insulină etc., toate acestea degenerând în pierderea unei identități până atunci sănătoase. Un alt aspect important este negocierea constantă cu ideea, teama de evoluție a bolii și apariția complicațiilor. Nu de puține ori apare sentimentul de furie și nedreptate, mai ales în cazul DZ tip 1. Pacientul se simte nedreptățit, victimă a unui context pentru care nu este vinovat și pe care nu îl poate controla. Se poate întâmpla ca această furie să fie direcționată către cei apropiați, mai ales în condițiile în care apare la vârste foarte mici. Este posibil ca această afecțiune să aducă modificări în relațiile sociale ale pacientului. Procesul de negociere cu această boală nu este ceva ce îl implică doar pe pacient, ci și familia și prietenii. Susținerea terapeutică este importantă mai ales în cazul tinerilor, pentru a se putea realiza o dezvoltare psihologică armonioasă și asumată. De asemenea, starea de echilibru interior se reflectă și în starea de echilibru fizic. O conștientizare a bolii și o acceptare a schimbărilor pe care aceasta le aduce pot

ajuta la obținerea și menținerea echilibrului glicemic. Factorii psihici joacă un rol crucial în reprezentarea mentală a unei boli care, la rândul ei, este decisivă în acceptarea și conștientizarea bolii de către bolnav. Crucial este ca bolnavul să învețe să trăiască cu boala în vederea unei cât mai bune funcționări atât psihice, cât și fizice. Acceptarea diagnosticului DZ nu este întotdeauna foarte simplă. Neacceptarea, neînțelegerea diagnosticului poate determina anxietate, depresie, care decurg din conștientizarea faptului că DZ este o boală cronică, care presupune adoptarea unui regim alimentar mai restrictiv și nu doar față de restul anturajului, ci pentru tot restul vieții, lucru nu întotdeauna ușor de acceptat. După aflarea diagnosticului, pacientul și părinții (dacă au un copil cu DZ tip 1) trec prin câteva faze emoționale, care constituie etape de adaptare la situația creată de afecțiune.

Prima etapă, de șoc, se caracterizează prin sentimente de disperare și de necaz.

A doua etapă, cea de negare și refuz a bolii, este mai îndelungată. Ea se caracterizează prin faptul că persoana bolnavă, rudele apropiate nu cred că diagnosticul este corect, consideră că a fost comisă o greșeală, uneori refuză tratamentul. Printr-o asemenea atitudine, părinții încearcă să reducă efectul negativ pe care l-a generat aflarea diagnosticului.

Următoarea etapă este faza de furie, de supărare și chiar de dușmănie împotriva medicilor și a celorlalți membri ai familiei și poate fi caracterizată prin întrebarea ce devine obsesivă: „De ce tocmai eu?”, „De ce tocmai copilul meu?” Această întrebare ascunde furia ce apare din cauza faptului că ei consideră boala o mare nedreptate, pe care medicul nu o poate corecta. Uneori apare o perioadă de depresie.

Etapa de obișnuire cu boala este o etapă mai lungă, foarte importantă. Persoana acceptă realitatea, înțelege că nu se mai poate schimba nimic, revolta se stinge. Apar alte griji, legate de schimbările în viața persoanei, cauzate de diabet. Din acest moment, ei doresc să afle cât mai multe despre boală și despre ce au de făcut.

Caracteristicele psihologice ale personalității pacientului sunt influențate de tipul DZ, prezența excesului ponderal, sex. În ultimul timp, o atenție crescută se acordă calității vieții pacienților cu patologii cronice. Nivelul calității vieții bolnavului cu DZ depinde de tipul acestuia, evoluția, durata, prezența complicațiilor cronice, îndeplinirea recomandărilor medicale. Alt aspect psihologic care necesită investigații este strategia de control al stresului. O problemă importantă a diabetologiei moderne este îmbunătățirea calității vieții pacientului, legată de compensarea afecțiunii. Un rol major în realizarea acestui punct îl joacă instruirea bolnavului care influențează pozitiv parametrii clinici, metabolici, psihosociali ai diabetului. O importanță deosebită se acordă problemei depresiei la pacienții cu DZ, a cărei frecvență a crescut în ultimul timp până la 30%. Problema este actuală și din motivul scăderii evidente a calității vieții bolnavului, care și așa este mai joasă decât în populația generală. Indivizii răspund la un eveniment în funcție de felul în care îl interpretează și, din dorința de a explica și conferi sens stării actuale în care se află oamenii, integrează informația pe care o dețin în structurile cognitive deja existente. Aceste reprezentări mentale sunt definite prin intermediul a cinci componente: identitate, consecințe, cauze, evoluția în timp, controlabilitate.

Experiența anterioară și actuală își pune amprenta asupra conținutului și modului de structurare a reprezentărilor. Prin urmare, grupuri diferite de indivizi vor prezenta diferențe de reprezentare mentală a bolii. Adaptarea la boală este cu atât mai bună cu cât reprezentarea mentală a persoanei este mai apropiată de prototip. În scopul unei adaptări eficiente la boală, profesioniștii trebuie să fie conștienți de modul în care copiii și adolescenții își reprezintă boala, să restructureze informațiile greșite despre boală și să ofere informații adecvate nivelului de înțelegere al copilului. Atunci când vorbim despre DZ, așa cum am mai spus, intervin o serie de factori biologici, de mediu și psihici, și fiecare dintre ei joacă un rol determinant în gestionarea acurată a bolii. Nu este suficient ca boala sa fie descoperită, să îi fie stabilite cauzele și să se recurgă la tratamentul strict medical. Acesta ar fi doar primul pas, unul extrem de important, dar nu singular. Cu aceeași seriozitate ar trebui să se recurgă și la tratarea psihicului. Chiar dacă nu toate persoanele se manifestă la fel, nu toate dau semne că ar avea nevoie de acest lucru, o astfel de boală marchează persoana pentru întreaga viață și, fie că acceptă sau nu, psihicul trece printr-o traumă. Este cu atât mai grav și cu atât mai important de gestionat corect această traumă atunci când vorbim despre copii și adolescenți. Povara de a lupta zilnic cu această boală și tot ceea ce presupune ea cade pe umerii copilului și ai familiei care, într-o primă fază, s-ar putea ca nici măcar să nu conștientizeze gravitatea și riscurile pe care le implică boala.

Un aspect psihosomatic extrem de important în DZ este acela al complianței terapeutice. Factorii care par să influențeze în general, dar și specific, complianța la tratament în DZ sunt:

- gradul de înțelegere a tratamentului și a beneficiilor lui;
- efectele adverse;
- costul medicației;
- complexitatea tratamentului;
- starea emoțională a pacientului.

Cunoașterea acestora, precum și o comunicare din partea medicului, eficientă și centrată pe pacient, ar putea duce la înlăturarea unor astfel de bariere, știut fiind faptul că, în cazul acestei boli, poate mai mult decât în cazul oricărei alte boli, neglijarea sau nerespectarea completă a complexului tratament transformă diabetul dintr-o boală cu care „se poate trăi” într-una „necruțătoare”. Intervențiile includ medicații care să controleze glicemia crescută și instrumente specifice pentru testarea glicemiei. În plus, modificări semnificative ale stilului de viață, cum ar fi exercițiile fizice și schimbarea regimului alimentar, reprezintă o parte importantă în tratament. Studiile arată că pacienții indică, mai degrabă, dificultăți în schimbarea stilului de viață, precum efectuarea regulată de exerciții fizice și respectarea dietei recomandate, decât în respectarea medicației. Astfel, s-a descoperit că peste 90% dintre pacienți își administrează întotdeauna sau de obicei medicația, însă doar 64% respectă dieta alimentară întotdeauna sau de obicei și mai puțin de jumătate respectă regimul de exerciții zilnice. O dată boala acceptată de către bolnav și conștientizarea a ceea ce presupune a trăi o viață întreagă cu aceasta, controlul zilnic

poate deveni o monitorizare independentă, mult mai eficientă decât cea efectuată de către alte persoane, întrucât „cine ne cunoaște organismul mai bine decât noi înșine?”. Cel mai important este ca bolnavul să învețe să trăiască cu boala, să accepte acest lucru și să facă din el un mod de viață personal. Un astfel de program ar constitui un prim pas extrem de important în această direcție, iar riscurile la care copiii și adolescenții diabetici sunt expuși, cu siguranță, ar fi mai scăzute.

2. SUPORTUL SOCIAL

Există un consens general că asistenţa socială mediază sănătatea legată de comportamente şi rezultate. Exista doua modele de suport social acceptate pe scară largă: un model de efect principal şi un model tampon (a se vedea Cohen & Wills, 1985). Efectul principal postulează că are un suport social financiar asupra sănătăţii sau bunăstării, indiferent dacă sunt persoane fizice în situație. Modelul tampon propus ca sprijin social diminuează impactul stresului asupra stării de bine.

Sprijinul social poate feri pacienţii de consecinţele negative fiziologice şi comportamentale ale stresului prin modificarea percepţiei, astfel furnizând resurse suplimentare de coping, sau prin modificarea reacției fiziologice la stres, astfel diminuand rezultatul patologic de stres.

Suportul social poate juca un rol special într-o boală cronică, cum ar fi diabetul. Din cauza multor comportamente de autoingrijire implicate in managementul diabetului zaharat, pacienţii pot fi nevoiți să apeleze la sprijin emoțional pentru a le permite să-și mențină adecvate nivelurile de aderare şi adaptare psihologică.

Mediul familial poate fi deosebit de important în această situație. De fapt, unitatea familiei a fost descrisă ca „mediul în care apare managementul diabetului zaharat şi se dezvoltă mecanismele de coping” (Newbrough, Simpkins şi Maurer, 1985). O interacțiune între sprijinul familiei, aderență, regim şi controlul metabolic pare intuitivă pentru două motive: membri sunt adesea solicitați să-şi asume responsabilitatea pentru punerea în aplicare a regimului de diabet zaharat şi rutina poate fi perturbată de regimul de autoîngrijire (B. Anderson & Ausländer, 1980; Wishner & O’Brien, 1978).

CONCLUZII

Diabetul solicită atât psihologic, cât și comportamental pacientul; prin urmare, factorii psihosociali sunt importanți în aproape toate aspectele pe care acesta le implică. Impactul psihosocial al diabetului a fost recunoscut ca un factor de risc pentru mortalitate mai puternic decât mulți alți factori psihologici și clinici.

Având in vedere importanța factorilor psihosociali în lupta cu diabetul, numărul în continuă creștere al pacienților cu diabet (majoritatea cu diabet tip II), dezvoltarea și implementarea intervențiilor psihosociale reprezintă o nevoie critică. Acest tip de intervenție îi vor ajuta pe pacienți să se poată îngriji singuri mai bine și să-și țină sub control nivelul glicemic, de unde rezultă scăderea riscului de a întâmpina alte complicații în sănătate și creșterea calității vieții. (Delamater A. et al., 2001)

Rolul psihologiei sănătății in diabet este clar justificat de mai mulți factori. Primul ar fi prevalența problemelor psihologice (de exemplu, depresia) la pacienții cu diabet. Pacienții nu doar că trebuie să facă față „pierderii" organismului lor sănătos de înainte, ci și pierderii unor funcții, a stimei de sine (Landel-Graham J., Yount S.E., Rudnicki S.R., 2003).

Rolul psihologului este deosebit de important de-a lungul întregului demers medical al pacientului cu boli cronice. Comunicarea diagnosticului, informarea si educarea pacientului în raport cu boala de care suferă, evaluarea psihologică, susținerea/reechilibrarea emoţională, asistarea pacientului în cautarea unui sens pentru ceea ce trăiește şi recăpătarea controlului cognitiv asupra situației, toate acestea sunt obiective importante de urmărit în cadrul ședințelor de consiliere psihologică.

Reacțiile la aflarea diagnosticului de boală cronică/incurabilă sunt, desigur, individuale și nu am putea vorbi despre același tablou reactiv la persoane diferite. Cu toate acestea, în general, în tabloul reactiv sunt predominante afectele dureroase, ele fiind considerate absolut normale în acest context. Acesta este un proces treptat, de durată, în care se urmărește ca persoana să-și poată asuma trăirile și limitările impuse de boală, ventilarea emoțiilor și deblocarea resurselor adaptive pentru a face față situației. Este foarte important să i se dea pacientului posibilitatea să se exprime emoțional, fiind încurajat și susținut de profesionist în acest sens.

Bibliografie:

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. Diabetes Care 2020; 43 (Suppl. 1): S14-31.
2. CERNEA, S. Definiția, screeningul și diagnosticul diabetului zaharat. În: *Evaluarea pacientului cu diabet zaharat: ghid practic pentru medici de familie şi rezidenți.* University Press, 2014, p. 13-48.
3. CERNEA, S. Clasificarea diabetului zaharat și modelul etiopatogenetic general. În: CERNEA, S. *Patogeneza diabetului zaharat*. Târgu Mureș: University Press, 2017, p. 149-154.
4. IONESCU-TÂRGOVIȘTE, C., BOTEA, V. Diabetul zaharat: definiție și clasificare. În: Șerban V (editor). *Tratat român de boli metabolice*. Timișoara: Brumar, 2010, vol. 1, p. 69-77.
5. RUGGIERO, K.M., TAYLOR, D.M. Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: The role of self-esteem and perceived control. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997; 72(2): 373-389.
6. SKIMER, B.F. Psychology in the yaer 2000. In: *Journal of The Experimental Analysis of Behavior,* 2004; 81: 207-213.
7. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. In: *Annu. Rev. Psychol.,* 2005, 56(1): 393-421.

8. METZGER, B.E., LOWE, L.P., DYER, A.R., et al. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. In: N. Engl. J. Med., 2008; 358: 1991-2002.
9. LESLIE, R.D., PALMER, J, SCHLOOT, N.C, LERNMARK, A. Diabetes at the crossroads: relevance of disease classification to pathophysiology and treatment. In: *Diabetologia,* 2016; 59(1): 13-20.
10. MOUTIER, C., CORNETTE, M., LEHRMANN, J., et al. When residents need health care: stigma of the patient role. In: *Acad. Psychiatr*., 2009; 33(6): 431-441.
11. MAJOR, B., O'BRIEN, L.T. The social psychology of stigma. In: *Annu. Rev. Psychol.,* 2005; 56(1): 393-421.