

2013

RAȚIU

ALEXANDRA

FIZIOLOGIC VS PSIHOLOGIC

Factorii psihici joacă rolul 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.

Diabetul zaharat reprezintă o problemă de sănătate gravă. Potrivit estimărilor realizate în anul 2000 existau aproximativ 177 de milioane de oameni bolnavi de diabet în întreaga lume, și se așteaptă ca numărul acestora să se dubleze până în 2030 (Wild, 2004).

La fiecare 24 de ore...

- 4,384 cazuri noi de diabet sunt diagnosticate
- 195 diabetici suportă amputații
- 128 oameni încep tratamentul stadiului terminal BCV
- 50 persoane devin orbi
- 839 de bolnavi decedază din cauza diabetului (NIDDK, National Diabetes Statistics 2007.
www.diabetes.niddk.nih.gov/dm/publications/statistics)

Diabetul zaharat este caracterizat printr-o creștere cronică a glicemiei, asociată cu un risc crescut pentru diverse boli și complicații severe.

Cauzele diabetului

- ***Diabetul zaharat tip 1***

În cazul DZ tip 1, atât factorii ereditari, cât și cei de mediu joacă un rol important. Tipul 1 de DZ va fi dobândit cu o probabilitate de 3-5% de către un copil care are unul dintre

părinți cu DZ. Dacă ambii părinți suferă de DZ, riscul crește la 10-25%. În cazul gemenilor monovitelini, dacă unul dintre ei prezintă DZ tip 1, riscul ca și celălalt să manifeste boala este de 30-50%. Etiologia bolii se bazează pe ipoteza existenței unor modificări genetice la care se adaugă factori de mediu declanșatori, importanți fiind factorii alimentari și, un rol poate și mai important jucându-l însă infecțiile virale. Acestea conduc la o reacție imună greșit orientată, care distruge propriile celule producătoare de insulină (celulele beta pancreatice). O infecție virală poate declanșa o reacție autoimună, caz în care celulele sistemului imun secretă anticorpi împotriva țesuturilor proprii organismului. Cei mai importanți anticorpi în cazul DZ tip 1 sunt anticorpii insulari citoplasmatici (ICA), anticorpii antiinsulină (IAA), anticorpii enzimei glutamate decarboxilază (GADA) și anticorpii împotriva tirozinkinazei (IA-2).

Acești anticorpi pot fi evidențiați în sângele pacientului cu luni sau chiar ani înainte de manifestarea clinică a bolii.

- ***Diabetul zaharat tip 2***

La instalarea DZ de tip 2 contribuie deopotrivă factori dobândiți și ereditari: predispoziția genetică, obezitatea,

alimentația dezechilibrată și sedentarismul. Acestea conduc la o sensibilitate redusă a celulelor corpului față de insulină (insulino-rezistență). Secundar apare și scăderea secreției de insulină.

Ca o dovadă a faptului că factorul genetic joacă un rol important în dobândirea DZ de tip 2 este observația că, dacă unul dintre gemenii monovitelini se îmbolnăvește, celălalt are un risc de 50-90% de a manifesta boala. Alături de factorii genetici, DZ 2 este declanșat cel mai adesea de alimentația dezechilibrată, obezitate, sedentarism, fumat, hipertensiune arterială și vârsta înaintată.

În cazul DZ de sarcină (gestațional) etiologia este dată de modificările hormonale asociate. Acestea conduc la un necesar crescut de insulină care poate avea ca rezultat o creștere a glicemiei.

- Alte tipuri de diabet zaharat

Există boli pancreatice sau modificări genetice care pot cauza DZ. De asemenea anumite medicamente, cu precădere cortizolul, pot fi implicate în apariția DZ.

Efectele negative ale netratării corespunzătoare – complicații

„A fi bolnav de diabet- este asemănător cu conducerea automobilului pe un drum aglomerat, este nevoie doar de cunoașterea regulilor de circulație.”

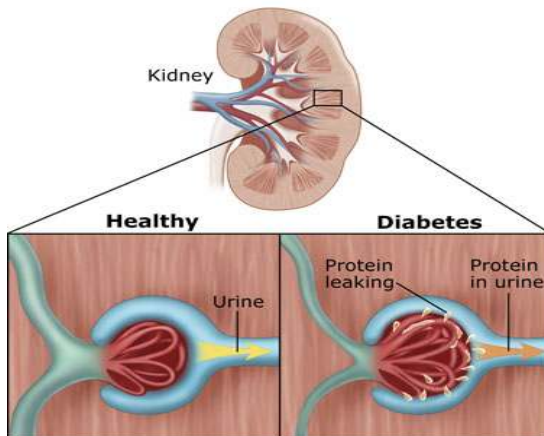


“What fits your busy schedule better, exercising one hour a day or being dead 24 hours a day?”

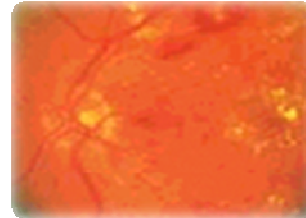
- Bolile cardiovasculare
- Hipertensiunea arterială
- Nefropatia diabetică - insuficiența renală

- *Diabetul de sarcină*

Diabetes Affects the Kidney



- Retinopatia - care în fazele inițiale poate fi depistată doar prin examinarea retinei prin dilatare pupilară, (fiind posibilă absența simptomatologiei), de aceea este necesar ca pacientul să se controleze anual. Ca tratament, singura metodă eficientă este fotocoagularea laser care, efectuată la momentul oportun, împiedică progresia afecțiunii, obligatorie fiind asigurarea concomitentă a controlului glicemic



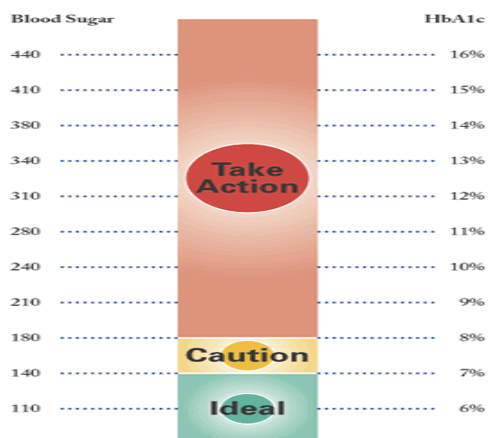
- Neuropatia diabetică
- Piciorul diabetic - reprezintă una dintre cele mai frecvente complicații, dar și cu posibilități multiple de prevenire



Principalul parametru de control al metabolismului glicemic este **hemoglobina glicozilată - HbA1c**. Noile guideline-uri pentru tratamentul diabeticului indică o

valoarea țintă a HbA1c < 6,5%. Intervenția medicamentoasă este recomandată la depășirea valorii de 7%. Aceasta presupune pentru practica zilnică următoarele valori țintă:

- Glicemie a jeun: 80-120 mg/dl
- Glicemie postprandială: 135-160 mg/dl



Atunci când o boală fizică este cauzată sau afectată de factori psihici, vorbim de o **tulburare psihosomatică**. Astmul și diabetul zaharat sunt cele mai frecvente în rândul copiilor și a adolescenților.

Interacțiunea complexă dintre factorii psihici, biologici și de mediu pot determina la un anumit moment declanșarea bolii.

Factorii psihici care produc cel mai des modificări fiziologice sunt stresul și anxietatea.

Diabetul zaharat este una dintre problemele cele mai mari de asistență medicală în ceea ce privește prevalența, costurile, precum și sarcina fizică și psihică cu care se confruntă cei care au boala. Diabetul zaharat este, de asemenea una dintre cele mai provocatoare boli cronice dintr-o perspectivă psiho-socială și comportamentală. Nu există un leac, poate apărea în orice stadiu din viață, iar după punerea diagnosticului e necesară urmarea unui tratament zi de zi, pentru tot restul vieții, care poate sau nu poate preveni cu succes dezvoltarea unor grave complicații pe termen lung, cum ar fi bolile cardiovasculare și renale. Managementul regimului poate fi extrem de complex și se bazează aproape exclusiv pe eforturile imense ale pacienților și ale familiilor acestora de a păstra zi de zi un echilibru în monitorizarea glicemiei, dozarea corectă a medicației, ingestia alimentelor și activitatea fizică în vederea păstrării unui nivel echilibrat al glicemiei. Este dificil să ne gândim la orice altă boală cronică care să necesite un nivel echilibrat de automonitorizare constantă și auto-reglementare, astfel că nu e surprinzător interesul deosebit în ceea ce privește identificarea factorilor

psihocomportamentali care influențează diabetul zaharat și rezultatul.

Un obiectiv central în psihologia sănătății ar fi acela al tragerii unui semnal de alarmă și asupra factorilor psihici care joacă de cele mai multe ori roluri determinante în apariția și evoluția unei boli. De la caz la caz, de la boală la boală, această influență variază, însă un lucru e cert, oricât de mică sau mare ar fi aceasta, ea joacă un rol important de care trebuie ținută seama.



Reprezentarea mentală a bolii

O dată cu declanșarea bolii, unul dintre aspectele cele mai importante de luat în considerare ar fi reprezentarea mentală a bolii. În acest sens a fost dezvoltat modelul cognitiv al bolii, în 1989 de către Leventhal și colaboratorii. Astfel, există cinci dimensiuni în ceea ce privește organizarea convingerilor despre boală:

1. **Identitate:** recunoașterea semnelor, simptomelor, numele bolii;
2. **Cauzalitate:** percepția posibililor factori care au declanșat boala (acut sau cronic);
3. **Evoluție:** percepția duratei bolii;
4. **Consecințe:** percepția efectelor bolii în plan fizic, social, economic și emoțional;
5. **Curabilitate:** percepția gradului în care boala este vindecabilă și controlabilă.

Literatura de specialitate evidențiază existența unei arii variate de reacții psihologice la diagnosticul de diabet zaharat și tratament. Aceste diferențe individuale sugerează că pacienții dețin reprezentări diferite ale experienței lor, implicând factorii cognitivi ca determinanți majori ai răspunsului psihologic (Buick, 1997)

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 (sănătate/boală) oamenii integrează informația pe care o dețin în structurile cognitive (reprezentările mintale) deja existente. Aceste reprezentări mintale sunt definite prin intermediul a cinci componente : identitate (etichete, semne și simboluri), consecințe (rezultatele expectate ale bolii sau tratamentului și la efectele acestora asupra individului), cauze (diverse atribuiri cauzale percepute), evoluția în timp (cursul bolii și durata în timp a ei), controlabilitate/ curabilitate (convingeri privind modul în care o persoană își poate controla simptomele bolii, la modalitățile de tratament și eficiența lor).

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 (imagine și informații acurate despre boală, furnizate de specialiști). 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.

Semnificații atribuite bolii de către o persoană (Lipowski, 1987):

- Boala ca experiență umană firească – boala este acceptată ca o experiență de viață prin care trebuie să treci și să faci față; o astfel de interpretare duce, în general, la ajustări active, flexibile, raționale.
- Boala ca inamic – boala este percepută ca o „invazie”, ca o forță inamică care a „cucerit” organismul; o astfel de interpretare poate declanșa fie frică și anxietate, fie furie și revoltă.
- Boala ca pedeapsă - boala poate fi percepută ca fiind o pedeapsă dreaptă, meritată datorită faptului că nu a fost cuminte. Copilul poate adopta o atitudine plină de stoicism, chiar de umilință. Dacă boala este percepută ca o pedeapsă nemeritată, furia și revolta pot să devină trăirile emoționale preponderente și să complice lupta împotriva bolii.
- Boala ca eșec – boala poate fi percepută de către unele persoane ca fiind un semn de slăbiciune personală, de care se simt jenați; confruntarea cu situația de “slăbiciune” este atât de dureroasă încât, uneori își neagă boala.
- Boala ca eliberare – boala poate fi și o soluție la unele probleme cu care se confruntă copilul (de exemplu nemulțumire de sine față de neîmpliniri educaționale). Pentru a evita confruntarea cu situația conflictuală, persoana se refugiază în rolul de bolnav.
- Boala ca strategie – boala poate avea o serie de beneficii secundare; copilul bolnav primește mai multă atenție din partea familiei, rămâne acasă și nu merge la școală etc.
- Boala ca pierdere iremediabilă – uneori boala este văzută ca o catastrofă, ca ceva ce nu mai poate fi recuperat.
- Boala ca valoare – pentru unii boala devine o situație de învățare – te învață să prețuiești cu adevărat ceea ce este important în viață;

reevaluare a valorilor personale, o nouă imagine asupra vieții.

Atunci când vorbim despre această boală (diabetul zaharat), 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 să 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 de copii și adolescenți. Sistemul nostru medical din păcate nu oferă încă servicii la un nivel atât de ridicat. 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.

Complianța la tratament

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

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

De asemenea, sunt foarte cunoscute barierele psihologice specifice în menținerea unei complianțe terapeutice satisfăcătoare în diabet (Skinner, 2004):

- emoții negative și prejudecăți privind tratamentul;
- subestimarea gravității bolii și a posibilelor complicații ale acesteia;
- neînțelegerea legăturii dintre neglijarea controlului glicemic și apariția pe termen lung a complicațiilor bolii;
- subestimarea rolului modificărilor de stil comportamental (dietă, exerciții fizice, etc.) și a rolului tratamentului farmacologic în prevenirea apariției complicațiilor.

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”.

Concluzii

Diabetul reprezintă o boală în care este nevoie de mai multe tipuri de tratament pentru a evita morbiditatea și mortalitatea asociate cu aceasta. Aceste intervenții 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 (Bonds, 2004). Alte studii care au examinat complianța pacienților diabetici au avut rezultate asemănătoare. Ruggiero și colab. (1997), într-un studiu a descoperit că peste 90% din pacienți își luau întotdeauna sau de obicei medicația, dar doar 64% respectau

dieta alimentară întotdeauna sau de obicei și mai puțin de jumătate respectau 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.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE:

1. AMT, Vol. II, nr. 2, Educația terapeutică în Diabetul Zaharat, 2011
2. Băban A., Psihologia Sănătății, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj – Napoca, 2007
3. Boyer, B. A. & Paharia, M. I. (2008), Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology, New Jersey, John Wiley and Sons, Inc.
4. . Bradford, R. (2002), Children, Families and Chronic Diseases, London and New York, Taylor and Francis e-Library
5. Christensen, A. J. & Antoni, M. H. (2002), Chronic Physical Disorders, Blackwell Publishers Ltd
6. Medicina Modernă, Vol. XVII, nr. 7, 2011
7. Russel E., Glasgow, PHD, Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life, Diabetes Spectrum, Vol. 14, Number 1, 2001
8. www.diabetesdeutschland.de/4532.m
9. www.diabetesdeutschland.de/1644.m