

Życie z depresją i cukrzycą typu 1 lub 2 w późnym okresie dorastania i wczesnym wieku dorosłym: wnioski z badań naukowych

Barbara J. Anderson, PhD

W skrócie

Niniejszy artykuł przedstawia przegląd badań dotyczących życia chorych na depresję i cukrzycę w okresie po ukończeniu szkoły średniej i we wczesnym wieku dorosłym. Opierając się na dowodach naukowych, przedstawiono wnioski przydatne dla personelu opiekującego się dziećmi i dorosłymi chorymi na cukrzycę.

W niniejszym artykule omówiono badania dotyczące życia chorych na depresję i cukrzycę po ukończeniu szkoły średniej i we wczesnym wieku dorosłym. Artykuł zwraca uwagę na nowoczesne, oparte na dowodach naukowych, koncepcje psychologii rozwojowej, dotyczące specyficznych zadań rozwojowych okresu po ukończeniu szkoły średniej, między 18 a 30 rokiem życia. Wnioski kliniczne wynikające z tych danych zostały przedstawione osobno dla personelu opieki diabetologicznej nad dziećmi i dorosłymi. Przedstawiono również sugestie dotyczące udanego procesu przejścia młodych chorych na cukrzycę z systemu opieki diabetologicznej nad dziećmi do systemu przeznaczonego dla dorosłych.

Zadania rozwojowe późnego okresu młodzieńczego i wczesnej dorosłości

Z perspektywy rozwojowej lata następujące bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej stanowią skomplikowany okres życia. Tradycyjnie ten czas określa się jako wczesną dorosłość, ale J.J. Arnett, czołowy teoretyk psychologii rozwojowej, twierdzi, że w XXI w. wczesna dorosłość zaczyna się późno po 20, a nawet dopiero po 30 r.ż.^{1,2} Zdaniem Arnetta w realiach XXI wieku etap rozwojowy przypadający na wiek od około 18 do 28-30 lat należałoby właściwie określić jako okres „przechodzenia w dorosłość” (emerging adulthood).

W Ameryce najnowsze trendy kulturowe występujące wśród młodych ludzi w wieku dwudziestu kilku lat powodują,

że odwołują oni przyjmowanie dorosłych ról w zakresie zawierania małżeństw, rodzicielstwa i pracy zawodowej. Arnett sugeruje, że „w dzisiejszych czasach doświadczenia młodych ludzi w Ameryce są zarówno ekscytujące, jak i nacechowane niepewnością, pełne szerokich możliwości, ale i dezorientacji, nowych swobód i nowych obaw.”²

Odwołanie podejmwania dorosłych ról życiowych ilustruje systematyczne opóźnianie typowego wieku zawierania małżeństw i rodzicielstwa w ciągu ostatniego półwiecza. W 1950 r. średni wiek dla zawierania małżeństw w Stanach Zjednoczonych wynosił nieco poniżej 20 lat w przypadku kobiet i 22 lata w przypadku mężczyzn. Tymczasem w 2000 r. średni wiek zawierania małżeństw przez kobiety wynosił 25 lat, a w przypadku mężczyzn – 27 lat. Podobnie między 1950 a 1970 rokiem, u większości par małżeńskich pierwsze dziecko pojawiała się w wieku niewiele ponad 20 lat, natomiast w 2000 r. większość par zwlekała z rodzicielstwem co najmniej do późnej dwudziestki.²

Ponadto dane amerykańskiego spisu powszechnego ludności z 2000 r. (2000 U.S. Census) informują, że 56% mężczyzn i 43% kobiet w wieku 18-24 lat nadal mieszkało z rodzicami. Kolejne 30% mężczyzn i 35% kobiet z tej grupy wiekowej mieszkało ze współlokatorami. Zaledwie 4% osób w wymienionej grupie wiekowej mieszkało samodzielnie.³ Dlatego też założenie, że osoby z tej grupy wiekowej są niezależnymi, młodymi dorosłymi, wydaje się fałszywe zarówno z perspektywy historycznej, jak i opartej na faktach, doty-

czącej tego, gdzie i z kim mieszkają osoby z omawianej grupy wiekowej.²

Arnett i inni współcześni teoretycy psychologii rozwojowej dzielą okres przechodzenia w dorosłość, który następuje po okresie nastoletnim, na dwie fazy: wczesną, obejmującą lata bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej (około 18-22 lat) i późniejszą, w której człowiek podejmuje bardziej tradycyjnie rozumiane dorosłe role życiowe (około 23-30 lat). Ten podział wiekowy jest nieco arbitralny i nie musi odnosić się do wszystkich ludzi. Ponadto w zależności od tradycji kulturowych i rodzinnych nie wszystkie osoby w późnym okresie dorastania przeżywają lata po ukończeniu szkoły średniej zgodnie z opisanym modelem dwóch faz. Ujęcie dwufazowe jest cennym układem odniesienia w rozważaniach nad sposobem, w jaki życie z cukrzycą dodatkowo komplikuje przebieg tego złożonego etapu rozwojowego. Taki podział może również pomóc lekarzom we właściwym doborze metod postępowania i zagadnień wymagających uwagi w zależności od sytuacji życiowej osób w okresie przechodzenia w dorosłość i ich gotowości do przyjęcia roli aktywnego uczestnika w kompleksowym leczeniu cukrzycy.

Pierwsza faza przechodzenia w dorosłość

Levinson⁴ i Arnett² uważają, że w Stanach Zjednoczonych często występuje rozbieżność między zadaniami rozwojowymi okresu następującego po ukończeniu szkoły średniej a oczekiwaniami rozmaitych instytucji odpowiedzialnych za młodych ludzi. Bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej młodzież w późnym okresie dorastania niejednokrotnie odczuwa zarówno pragnienie niezależności, jak i lęk przed nią. Uwolnienie się spod nadzoru rodzicielskiego i jego norm niesie ze sobą obowiązki, które mogą być dużym wyzwaniem. Po ukończeniu szkoły śred-

niej młodzi ludzie zaczynają zastanawiać się nad tym, jak znaleźć i utrzymać mieszkanie, zacząć zarabiać i uzyskiwać rzeczywiste dochody, płacić rachunki, radzić sobie z kredytem, wybrać drogę zawodową oraz zacząć tworzyć związek z partnerem/partnerką, który może być „na zawsze”.

W okresie, gdy młodzi ludzie usiłują znaleźć równowagę między różnymi formami świeżo nabytej wolności a nowymi obowiązkami, otrzymują prawdopodobnie mniej pomocy ze strony rodziców, a ich codzienny rozkład zajęć jest mniej uporządkowany. Dodatkowo młodzi ludzie, którzy wyprowadzili się z rodzinnego miasta, podejmują wspomniane decyzje z dala od najbliższych przyjaciół i rodziny, być może w miejscach, gdzie mają bardzo niewiele znajomych.

Arnett sugeruje, że osoby znajdujące się w tej pierwszej fazie zaczynają „testować dostępne im możliwości w relacjach intymnych i w pracy, stopniowo przechodząc do dokonywania trwałych wyborów. Taka swoboda w badaniu różnych opcji jest ekscytująca... Jest to jednak również czas lęku i niepewności.”²

Arnett wskazuje, że wspomniane eksploracje powodują poczucie braku stabilności, ponieważ młodzi ludzie nie wiedzą, dokąd prowadzą ich poszukiwania. Życie młodzieży, która przechodzi do dalszych etapów edukacji, przygotowujących do studiów wyższych lub zawodu, będzie charakteryzowało się wieloma nowymi zmianami, rozterkami i wymaganiami. W tym okresie, który Levinson⁴ nazywa wczesnym etapem przejścia w dorosłość, wielu młodych ludzi w wieku 18-22 lat oddala się w sensie geograficznym, ekonomicznym i emocjonalnym od domu rodziców i wchodzi w okres eksploracji i niepewności.

Druga faza przechodzenia w dorosłość

Podczas drugiej fazy przechodzenia w dorosłość (zazwyczaj między 23 a 30 rokiem życia), jednostki zaczynają planować swoje przyszłe życie bardziej konkretnie. Często pojawia się dojrzałe poczucie tożsamości, a podejmowane role społeczne są bardziej zbliżone do ról w życiu dorosłym, takich jak trwały związek intymny, zatrudnienie, niezależność finansowa i niejednokrotnie rodzicielstwo.

Zdaniem Levinsona⁴ dopiero pod koniec dwudziestki – a nie w okresie młodzieńczym czy na początku dwudziestki – młodzi ludzie zaczynają dokonywać trwałych wyborów dotyczących dorosłych ról życiowych oraz podejmować bardziej konsekwentne decyzje dotyczące stałego miejsca zamieszkania, rodzaju pracy, którą

będą wykonywać w przyszłości, oraz wyboru partnera życiowego.

Wyjątkowe wyzwania okresu przechodzenia w dorosłość u chorych na cukrzycę

Osoby w okresie przechodzenia w dorosłość chore na cukrzycę typu 1 lub 2 stają przed jeszcze bardziej złożonymi decyzjami niż ich rówieśnicy bez cukrzycy. Codzienne obowiązki związane z leczeniem cukrzycy, do których należy konieczność skoordynowania powszednich zadań, jakich wymaga kontrola cukrzycy, oraz trudne wyzwanie, jakim jest znalezienie odpowiednich lekarzy i sfinansowanie właściwego sprzętu i opieki lekarskiej, muszą być uwzględnione jako nieodłączna część wszystkich innych standardowych wyborów życiowych dotyczących związków intymnych, drogi zawodowej, gospodarstwa domowego, a także organizacji spraw finansowych i ubezpieczenia zdrowotnego.

Uściślając, po ukończeniu szkoły średniej wielu młodych chorych na cukrzycę staje przed następującymi wyzwaniami, które są swoiste dla tej grupy:

- Zmiana miejsca zamieszkania – z dala od domu rodziców
- Nagła zmiana dotycząca opieki diabetologicznej, która może polegać na przejściu z systemu opieki pediatrycznej opartej na modelu wielodyscyplinarnym do modelu opieki dla dorosłych
- Wyraźna zmiana w relacjach z rodzicami i rodzeństwem
- Radykalna zmiana w zakresie obowiązków ściśle związanych z cukrzycą, takich jak zapewnienie odpowiedniego ubezpieczenia zdrowotnego, zapewnienie i finansowanie leków przeciwcukrzycowych i potrzebnego sprzętu oraz planowanie i opłacanie wizyt lekarskich
- Zmiana systemów wsparcia społecznego i rówieśniczego, co może stwarzać konieczność informowania wielu nowych osób w kwestiach dotyczących cukrzycy i jej leczenia (na studiach, w miejscach pracy i w relacjach z innymi ludźmi)
- Mniej uporządkowane życie codzienne w porównaniu z ściśle określonym czasowo rozkładem zajęć w szkole średniej może sprawiać, że zachowanie rytmu rutynowych czynności związanych z kontrolą i leczeniem cukrzycy będzie o wiele trudniejsze.

Ważne, aby pamiętać o tych dodatkowych zmianach, jak również o wielu standardowych zadaniach rozwojowych charakterystycznych dla okresu następującego po ukończeniu szkoły średniej.

U większości młodych ludzi chorych na cukrzycę typu 1 lub 2 w pierwszej fazie przechodzenia w dorosłość rywalizujące ze sobą priorytety o charakterze edukacyjnym, ekonomicznym i społecznym utrudniają koncentrację na kontroli i leczeniu cukrzycy. W konsekwencji oczekiwanie od młodych ludzi od wielu lat chorujących na cukrzycę, że zwiększą intensywność kontroli glikemii, opanują leczenie za pomocą pompy insulinowej, a nawet, że uda im się przejść do systemu opieki diabetologicznej dla dorosłych w pierwszej fazie przechodzenia w dorosłość, może być nie-realne. Ta wczesna faza często charakteryzuje się uczuciami niepokoju, przy równoczesnym poczuciu odporności na zagrożenia oraz tendencji do odrzucania wszystkiego, co jest postrzegane jako kontrola ze strony dorosłych. Jeśli do tego kontekstu rozwojowego dodamy cukrzycę, otwartość na zmiany staje się jeszcze bardziej ograniczona.

Podczas drugiej fazy przechodzenia w dorosłość młodzi ludzie w coraz większym stopniu mogą jednak być świadomi, że dążenie do lepszej kontroli glikemii jest ważne i mogą przejawiać większą gotowość do poprawy swoich zachowań w zakresie samodzielnej opieki.⁵ Partnerzy życiowi mogą być ważnymi sprzymierzeńcami i motorami zmian, a wspólne poczucie zaangażowania w przyszłość często sprzyja poprawie tej opieki.⁵

Ten późniejszy okres, w którym formują się trwałe wzorce zachowań, może być decydującym momentem dla interwencji dotyczących opieki i edukacji diabetologicznej.⁵ Na tym etapie kluczową rolę w przygotowaniu młodych ludzi do podejmowania większej odpowiedzialności za samodzielną opiekę i zwiększaniu motywacji do uzyskiwania lepszej kontroli glikemii odgrywają specjalistyczny personel opieki diabetologicznej i instruktorzy chorych na cukrzycę.

Badania dotyczące depresji u starszej młodzieży i młodych dorosłych

Uczucie przygnębienia lub zły nastrój (depresja) – określenia, których często używa się do opisu sporadycznych epizodów napięcia nerwowego (stresu), smutku lub chandry – niejednokrotnie są błędnie utożsamiane z dużą depresją (major depressive disorder, MDD), która jest poważnym zaburzeniem psychicznym. Duża depresja jest niestety chorobą rozpowszechnioną, wyniszczającą, często o przewlekłym przebiegu. MDD jest rozpoznaniem lekarskim, które obejmuje zbiór objawów psychicznych (np. smutek, utrata zainteresowań,

drażliwość) i fizycznych (np. zmęczenie, problemy ze snem, gwałtowne zmiany łaknienia). Te objawy występują codziennie przez co najmniej 2 tygodnie i powodują znaczące zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym i szkolnym oraz wpływają niekorzystnie na jakość życia. Depresję można leczyć farmakologicznie i za pomocą psychoterapii. Niestety, większość chorych na depresję nie otrzymuje odpowiedniego leczenia nawet w minimalnym stopniu.⁶

Zgodnie z najnowszymi danymi National Center for Health Statistics⁶ depresja występuje częściej u kobiet, osób rasy czarnej o pochodzeniu innym niż latyno-askie oraz osób żyjących poniżej progu ubóstwa. Niestety, dane te nie podają osobnych wskaźników częstości występowania depresji dla grupy wiekowej 18-30 lat.⁶

Jeśli chodzi o utrzymywanie się depresji w okresie przejściowym od późnej młodości do wczesnej dorosłości, Rao i wsp.⁷ w badaniu przeprowadzonym u kobiet wykazali, że depresja w tym okresie utrzymuje się podczas przejścia do wieku dorosłego. Naukowcy, którzy badali osoby obu płci oceniają, że u około 75% młodych dorosłych z zaburzeniami psychicznymi rozpoznanie zostało ustalone po raz pierwszy między 11 a 18 rokiem życia.^{8,9} W nowszych badaniach Copeland i wsp.¹⁰ stwierdzili, że depresja okresu młodzieńczego jest istotnym czynnikiem prognostycznym depresji u młodych dorosłych oraz że jest to spowodowane współwystępowaniem depresji okresu dorastania z innymi poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak buntowniczo-opozycyjne, związane z nadużyciem substancji psychoaktywnych i lękowe uogólnione. Podsumowując, wiadomo, że MDD w okresie dorastania często współwystępuje z innymi poważnymi zaburzeniami psychicznymi oraz że zaburzenia psychiczne w tym okresie (w tym MDD) często zapowiadają występowanie zaburzeń psychicznych u młodych dorosłych.

Badania dotyczące depresji u młodych chorych na cukrzycę w okresie po ukończeniu szkoły średniej

Depresja i cukrzyca typu 1

Dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród nastolatków chorych na cukrzycę typu 1 są niejednoznaczne. Niektóre badania dowodzą zwiększonej częstości występowania zaburzeń psychicznych w tej grupie w porów-

naniu z ogólną populacją młodzieży,¹¹⁻¹⁴ natomiast inne wykazują, że współczynniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród młodzieży chorej na cukrzycę nie są większe niż wśród młodzieży w populacji ogólnej.^{15,16} Niektóre badania podają współczynniki rozpowszechnienia depresji dwu- lub trzykrotnie większe niż u nastolatków w populacji ogólnej.⁷

W nowszym badaniu wieloośrodkowym SEARCH for Diabetes in Youth stwierdzono jednak, że częstość występowania obniżonego nastroju u nastolatków chorych na cukrzycę typu 1 nie jest większa niż w ogólnej populacji zdrowej młodzieży.¹⁹

Zmienność współczynnika rozpowszechnienia depresji wśród nastolatków chorych na cukrzycę typu 1, stwierdzanego w różnych badaniach, może być wynikiem różnic w sposobie zaprojektowania badania, rodzaju zastosowanych instrumentów diagnostycznych lub przesiewowych oraz wybranych kryteriów rozpoznania lub punktów odcięcia.²⁰ Niedawne doniesienia konsekwentnie dowodzą, że obecność zaburzeń psychicznych wśród nastolatków chorych na cukrzycę wiąże się z gorszym wyrównaniem glikemii^{21,22} i zwiększoną częstością hospitalizacji,^{23,24} co prowadzi do większego ryzyka powikłań cukrzycy.²⁵

Długoterminowe badanie kohortowe przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Bryden i wsp.²⁶ wyodrębniło podgrupę młodych dorosłych z nieprawidłowym wzorcem odżywiania (polegającym na niewłaściwym stosowaniu insuliny w celu kontrolowania masy ciała), szczególnie kobiet chorych na cukrzycę typu 1. Opisane nieprawidłowe wzorce odżywiania były silnie skorelowane z rozwojem powikłań mikronaczyniowych i śmiertelnością młodych dorosłych kobiet w badanej grupie. Badanie to obejmowało 8-letnią obserwację odległą grupy nastolatków chorych na cukrzycę. Stwierdzono w nim, że problemy behawioralne występujące w okresie młodzieńczym były czynnikiem predyktoryjnym gorszej kontroli glikemii u młodych dorosłych i istotnego zwiększenia częstości występowania ciężkich powikłań mikronaczyniowych.²⁶

Podczas badania obserwacyjnego okazało się, że 54% kobiet miało nadwagę (BMI > 25,0 kg/m²), i ten wskaźnik wzrósł w porównaniu z wartością początkową, która wynosiła 21%. Zwiększenie masy ciała może być ważnym elementem przyczyniającym się do pogorszenia bieżącej samodzielnej kontroli cukrzycy i przestrzegania zasad leczenia. Ponad 35% nastoletnich lub młodych dorosłych kobiet chorych na cukrzycę typu 1, badanych w Wielkiej Brytanii, przyznawało się do celowego

zmniejszania lub pomijania dawki insuliny w celu kontrolowania masy ciała.²⁷ Rydall i wsp.,²⁸ którzy również prowadzili obserwację grupy dorastających dziewcząt chorych na cukrzycę typu 1, stwierdzili duży odsetek powikłań mikronaczyniowych u młodych kobiet z zaburzonym wzorcem odżywiania.

W długotrwałym badaniu brytyjskim²⁶ zaburzenia psychiczne, w tym MDD, stwierdzone na początku badania, były czynnikiem predyktoryjnym większych wartości HbA_{1c} w ciągu 8 lat obserwacji, co wskazuje, że zaburzenia psychiczne, w tym również depresja, występujące w późnym okresie młodzieńczym istotnie wpływają na wyrównanie glikemii we wczesnej dorosłości.¹⁶ Następnie Bryden i wsp.²⁹ opublikowali doniesienie dotyczące grupy młodych dorosłych w wieku 17-25 lat, objętych obserwacją trwającą 11 lat w okresie przejścia do dorosłości. W tym okresie wyrównanie glikemii się nie poprawiło. Wskaźnik chorych z poważnymi powikłaniami zwiększył się, przy czym prawdopodobieństwo występowania licznych powikłań związanych z cukrzycą było większe u kobiet niż mężczyzn. Objawy psychiatryczne w późnym okresie młodzieńczym i wczesnej dorosłości były czynnikiem prognostycznym problemów psychiatrycznych w późniejszym okresie. Podobne wnioski dotyczące utrzymywania się problemów dotyczących przestrzegania zasad leczenia i wyrównania glikemii w późnym okresie dorastania i wczesnej dorosłości opisywali Wysocki i wsp.³⁰ w badaniu przeprowadzonym wśród młodych ludzi w wieku 18-22 lat chorych na cukrzycę typu 1.

Podsumowując, najnowsze badania psychospołeczne wykazały, że pacjenci w wieku późnym młodzieńczym mają wyjątkowe, swoiste potrzeby w zakresie opieki diabetologicznej w tym trudnym okresie przejściowym, który następuje po ukończeniu szkoły średniej. Istnieje ponadto podgrupa dorastających chorych na cukrzycę typu 1, zwłaszcza dziewcząt, u których występuje zwiększone ryzyko zaostření problemów psychicznych (zwłaszcza nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem i zaburzeń odżywiania), niedostatecznego wyrównania glikemii i rozwoju powikłań mikronaczyniowych cukrzycy. Długotrwałe powtórne badania młodocianych chorych wskazują, że w przypadku tej podgrupy młodych ludzi, u których istnieje duże ryzyko występowania wzajemnie powiązanych problemów, takich jak niedostateczna kontrola cukrzycy, zaburzenia psychiczne i powikłania cukrzycowe, te problemy w późnym okresie dorastania i przecho-

dzenia w dorosłość będą się jedynie pogłębiać.

Depresja i cukrzyca typu 2

Niedawno przeprowadzone badanie SEARCH¹⁹ wykazało, że ryzyko depresji u nastolatków chorych na cukrzycę typu 1 jest w przybliżeniu takie samo, jak u niechorujących na cukrzycę. W przeciwieństwie do tego młodzież powyżej 10 roku życia chorująca na cukrzycę typu 2 narażona jest na znacznie większe ryzyko depresji o nasileniu umiarkowanym lub znacznym w porównaniu z rówieśnikami chorymi na cukrzycę typu 1 (odpowiednio 18 vs 5% chłopców i 20 vs 9% dziewcząt).¹⁹ Depresja jest także ponad dwukrotnie częstsza wśród nastolatków chorych na cukrzycę typu 2, u których współwystępują takie choroby, jak nadciśnienie tętnicze i wiąże się z większymi o około 0,5% wartościami HbA_{1c}.

Wspomniane badanie wykazuje również, że takie czynniki, jak niższy dochód, przynależność do rasy lub grupy etnicznej innej niż biała, niższy poziom wykształcenia rodziców oraz posiadanie tylko jednego rodzica, wiążą się z większym ryzykiem depresji. Nawet po wprowadzeniu poprawek uwzględniających wymienione zmien-

ne okazuje się, że mężczyźni chorzy na cukrzycę typu 2 narażeni są na 3,4 razy większe ryzyko depresji o nasileniu umiarkowanym lub znacznym w porównaniu z mężczyznami chorymi na cukrzycę typu 1. W przypadku chorób towarzyszących ryzyko depresji było 1,6 razy większe u mężczyzn i 2,67 razy większe u kobiet. Na podstawie dostępnych danych dotyczących dorosłych i dzieci nie można jednoznacznie stwierdzić, czy najpierw pojawiła się depresja, czy cukrzyca. Zgodnie z aktualnymi poglądami ta zależność ma charakter dwukierunkowy.³¹

Wyniki Third National Health and Nutrition Examination Survey – ankietowego badania populacyjnego dotyczącego zdrowia, w którym uczestniczyło ponad 6000 dorosłych w wieku 17-39 lat – wykazały, że u kobiet (ale nie u mężczyzn) z MDD w wywiadzie istnieje dwukrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu metabolicznego w porównaniu z osobami bez przebytej depresji.³² Oznacza to, że lekarze sprawujący opiekę nad nastolatkami chorymi na cukrzycę typu 2 powinni zwracać szczególną uwagę na możliwość występowania depresji. Ponieważ depresja wiąże się z większymi wartościami HbA_{1c}, jej leczenie może być istotnym elementem poprawy wyrównania glikemii. Należy

również podkreślić, że oprócz częstszego występowania depresji młodzież chorująca na cukrzycę typu 2 uzyskuje gorsze wyniki w skali oceny jakości życia w porównaniu z młodymi chorymi na cukrzycę typu 1.³³

Ponieważ wzrost rozpowszechnienia cukrzycy typu 2 w wieku młodzieńczym jest stosunkowo nowym zjawiskiem, brakuje długoterminowych badań dotyczących utrzymywania się depresji w okresie od późnego wieku młodzieńczego do wczesnego wieku dorosłego. Wieloośrodkowe badanie kliniczne Treatment Options in Diabetes Type 2 for Adolescents and Youth (TODAY), które zostanie zakończone w 2011 r., powinno przynieść pierwsze odległe dane na temat przebiegu depresji w dużej, starannie opisanej populacji nastolatków chorych na cukrzycę typu 2, obserwowanej przez około 6 lat.³⁴ Ponadto na podstawie metaanalizy badań kontrolowanych, przeprowadzonej przez Anderson i wsp.,³⁵ wiadomo już, że u dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 lub typu 2 depresja występuje około dwukrotnie częściej niż w podobnych grupach dorosłych bez cukrzycy.

Podsumowując, obecnie nie można jeszcze odpowiedzieć na pytania dotyczące wpływu depresji występującej w wieku

młodzieńczym na stan zdrowia i rokowanie psychiatryczne u młodych dorosłych chorych na cukrzycę typu 2. Wiadomo jednak, że depresja u starszych nastolatków chorych na cukrzycę typu 2 często skojarzona jest z gorszym wyrównaniem parametrów metabolicznych i innymi powikłaniami somatycznymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia czynności wątroby i nerek.

Wnioski z badań nad depresją – znaczenie dla systemu opieki pediatrycznej nad nastolatkami chorującymi na cukrzycę

Lata następujące po szkole średniej stanowią psychologicznie złożony okres rozwojowy. Dlatego zarówno dla młodych ludzi chorych na cukrzycę, jak i ich rodziców pomocne jest stopniowe planowanie procesu przejścia do systemu opieki dla dorosłych. Kompleksowe materiały praktyczne dotyczące stopniowego przechodzenia do systemu opieki dla dorosłych, przeznaczone dla młodych chorych na cukrzycę typu 1, zostaną udostępnione pod koniec 2010 r. przez National Diabetes Education Program na stronie National Institutes of Health (www.ndep.nih.gov).

Poniżej przedstawiono przykładowy przebieg stopniowego przechodzenia z systemu opieki dla dzieci do systemu opieki nad dorosłymi:

- Mniej więcej 3 lata przed ukończeniem przez chorego szkoły średniej wybrana osoba z wielodyscyplinarnego zespołu opieki diabetologicznej nad dziećmi powinna poruszyć kwestię przejścia do systemu opieki nad dorosłymi, z uwzględnieniem planów życiowych młodego chorego i polityki danej placówki. (Niektóre placówki opieki pediatrycznej wymagają, aby wszyscy pacjenci byli przekazywani do systemu opieki nad dorosłymi po osiągnięciu 18 roku życia, inne stosują politykę bardziej elastyczną, która przewiduje możliwość kontynuowania opieki nad studentami).
- Podczas kolejnych wizyt lekarskich personel opieki pediatrycznej powinien pracować z jednym lub obojgiem rodziców oraz młodym pacjentem w celu ustalenia, w zakresie jakich podstawowych zadań związanych z cukrzycą młody człowiek nie ma w danej chwili żadnych obowiązków (np. w kwestii zapoznania się z językiem stosowanym w polisach ubezpieczeniowych i funkcjonowaniu zasiłków, umawiania wizyt lekarskich, przedłużania recept i pilnowania, aby recepty nie straciły

ważności, oraz utrzymywania odpowiedniego zapasu elementów wymienionych do glukometru lub pompy insulinowej).

- Personel opieki diabetologicznej powinien pracować z chorym i jego rodziną w celu przygotowania planu stopniowego przejścia wymienionych obowiązków przez chorego. Należy dopilnować, aby młody człowiek nadal otrzymywał odpowiednie wsparcie i porady potrzebne w radzeniu sobie z zadaniami ściśle związanymi z cukrzycą, pamiętając, że prowadzi on równocześnie pracowite życie ucznia szkoły średniej, które może także obejmować liczne formy aktywności w grupie rówieśniczej.

Oprócz pomocy w przejmowaniu samodzielnej opieki przez chorego personel leczący powinien zwracać szczególną uwagę na możliwość występowania depresji u nastolatków chorych na cukrzycę, szczególnie jeśli zgłaszana jest nagła utrata zainteresowania dotychczasową aktywnością (na przykład sportem lub kontaktami z przyjaciółmi) lub u młodego chorego wystąpi gwałtowne pogorszenie wyników w nauce, relacji z rodziną lub wyrównania glikemii. Pracownicy opieki diabetologicznej powinni nawiązywać kontakty z lokalnymi specjalistami zdrowia psychicznego (psychologiem, psychiatrą lub pracownikiem socjalnym), którzy mają doświadczenie w pracy z nastolatkami chorymi na cukrzycę i ich rodzinami i mogą współuczestniczyć w opiece nad młodymi chorymi na cukrzycę, u których stwierdza się lub podejrzewa poważne problemy psychiczne (np. depresję lub zaburzenia odżywiania). Te problemy wymagają podejścia zespołowego, obejmującego zarówno personel opieki diabetologicznej, jak i psychiatrycznej.

Specjaliści zdrowia psychicznego mogą zapewnić pomoc w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych u młodych ludzi chorych na cukrzycę. Nastolatki chore na cukrzycę, u których istnieje jakiegokolwiek podejrzenie depresji, powinny być kierowane do specjalisty zdrowia psychicznego w celu ustalenia rozpoznania i w razie konieczności opracowania planu leczenia.

Podsumowując, zaburzenia psychiczne u starszej młodzieży chorej na cukrzycę (szczególnie typu 1) są czynnikiem predyktoryjnym niedostatecznego wyrównania cukrzycy, dalszych problemów psychiatrycznych i powikłań zdrowotnych wynikających z niewłaściwej kontroli glikemii we wczesnym wieku dorosłym.^{26,27} Dlatego kluczowe znaczenie ma jak najwcześniejsze ustalenie rozpoznania i leczenie de-

presji oraz innych problemów z zakresu zdrowia psychicznego u młodzieży w okresie nauki w szkole średniej i po jej zakończeniu.

Wnioski z badań nad depresją – znaczenie dla systemu opieki diabetologicznej nad dorosłymi w leczeniu młodych chorych na cukrzycę

Po ukończeniu szkoły średniej młodzi ludzie chorujący na cukrzycę typu 1 mogą doświadczać zmian o charakterze geograficznym, emocjonalnym i społecznym. Ważne, aby personel opieki diabetologicznej dorosłych zdawał sobie sprawę z typowych dla tego okresu potrzeb i rozterek, z którymi młodzi chorzy mogą się konfrontować, a które mogą być faktyczną przeszkodą w leczeniu cukrzycy.

W *Transitions in Care: Meeting the Challenges of Type 1 Diabetes in Young Adults*,⁵ Wolpert i wsp. podkreślają, że być może opieka diabetologiczna u chorych na cukrzycę typu 1 powinna koncentrować się na „dopilnowaniu, aby młody dorosły chory miał zapewnioną stałą kontrolę lekarską w postaci corocznego pomiaru mikroalbuminurii, badania dna oka oraz poradnictwa w sprawach dotyczących zwolnień lekarskich, radzenia sobie z wpływem cukrzycy na związki z innymi ludźmi, antykoncepcji, palenia tytoniu, zapobiegania hipoglikemii wywołanej spożyciem alkoholu oraz zagrożeń wynikających z intensywnego picia”. Wolpert i wsp. radzą także, aby za najważniejszy cel uznać „nawiązanie silnej relacji opartej na akceptacji i wzajemnym szacunku i zapewnić stałą kontrolę lekarską oraz zyskać autorytet, który z czasem może być ukierunkowany na poprawę samodzielnej opieki... , należy też przyjąć, że zasadniczą rolą lekarza w systemie opieki diabetologicznej dorosłych jest bycie przewodnikiem chorego, aby mógł on dokonywać świadomych wyborów dotyczących życia z cukrzycą...” Na zakończenie autorzy podkreślają, że ponieważ „młodzież i młodzi dorośli są bardzo wyczuleni na kwestie kontroli i osobistej autonomii, dawanie do zrozumienia, że jest się świadomym tego, że odpowiedzialność i nadzór leżą po stronie pacjenta, może być bardzo pomocne w budowaniu relacji opartej na współpracy...”²⁵

Podobnie jak personel opieki diabetologicznej nad dziećmi, lekarze pracujący z młodymi chorymi na cukrzycę w systemie opieki dla dorosłych powinni zwracać szczególną uwagę na możliwość występowania depresji oraz nawiązać kontakt

z miejscowym specjalistą zdrowia psychicznego, który ma doświadczenie w pracy z młodymi dorosłymi chorymi na cukrzycę i depresję. Z uwagi na współwystępowanie depresji i powikłań somatycznych u dorosłych chorych na cukrzycę wczesne rozpoznanie i leczenie depresji jest niezwykle ważne dla uzyskania optymalnych wyników zdrowotnych.

Podsumowując, okres następujący po ukończeniu szkoły średniej jest trudnym etapem rozwojowym wszystkich młodych ludzi, a występowanie cukrzycy typu 1 lub 2 dodatkowo komplikuje jego przebieg. Zarówno w systemie opieki nad dziećmi, jak i dorosłymi lekarze diabetologów zajmujący się młodzieżą po ukończeniu szkoły średniej powinni zwracać szczególną uwagę na możliwość występowania depresji u swoich pacjentów, ponieważ depresja może nakręcać błędne koło niepożądanych następstw psychiatrycznych i tych związanych z cukrzycą. Dla lekarzy pracujących z młodymi chorymi na cukrzycę, którzy ukończyli szkołę średnią, szczególnie ważna jest współpraca ze specjalistą zdrowia psychicznego, który może zapewnić diagnostykę i leczenie depresji.

Diabetes Spectrum, Vol. 23, No. 1, 2010, p. 32. Living With Depression and Type 1 or Type 2 Diabetes in Late Adolescence and Young Adulthood: Lessons From Research.

Piśmiennictwo

1 Arnett JJ: Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 55:469–480, 2000
2 Arnett JJ: Emerging Adulthood: The Winding Road From the Late Teens Through the Twenties. New York, Oxford University Press, 2004
3 U.S. Bureau of the Census: Statistical abstracts of the United States: 2000. Washington, D.C., U.S. Bureau of the Census, 2000
4 Levinson DJ: The Seasons of Man's Life. New York, Knopf, 1986
5 Wolpert HA, Anderson BJ, Weissberg-Benchell J: Transitions in Care: Meeting the Challenges of Type 1 Diabetes in Young Adults. Alexandria, Va., American Diabetes Association, 2009
6 Pratt LA, Debra JB: Depression in the United States household population, 2005–2006. NCHS Data Brief. 7 September 2008. Available online from www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db07.htm
7 Rao U, Hammen C, Daley S: Continuity of depression during the transition to adulthood: a 5-year longitudinal study of young women. *J Am Child Adol Psychiatry* 38:908–915, 1999

8 Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y: The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55:56–64, 1998
9 Lewinsohn PNM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR: Natural course of adolescent major depressive disorder I: continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:56–63, 1999
10 Copeland WE, Shanahan L, Costello J, Angold A: Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 66:764–772, 2009
11 Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, Bonar LK: Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care* 20:36–44, 1997
12 Kovacs M, Obrosky DS, Goldston D, Drash A: Major depressive disorder in youths with IDDM: a controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care* 20: 45–51, 1997
13 Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, Cameron FJ, Werther GA: Psychiatric morbidity and health outcomes in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabetic Med* 22: 152–157, 2005
14 Blanz B, Rensch-Riemann B, Frotz-Sigmund D, Schmidt MH: IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. *Diabetes Care* 16:1579–1587, 1993
15 Jacobson AM, Hauser ST, Willett JB, Wolfsdorf JJ, Dvorak R, Herman L, deGroot M: Psychological adjustment to IDDM: 10-year follow-up of an onset cohort of child and adolescent patients. *Diabetes Care* 20:811–818, 1997
16 Bryden KS, Peveler RC, Stein A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB: Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood: a longitudinal cohort study. *Diabetes Care* 24:1536–1540, 2001
17 Grey M, Whittemore R, Tamborlane W: Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *J Psychosom Res* 53:907–911, 2002
18 SEARCH for Diabetes in Youth Study Group: SEARCH for Diabetes in Youth: a multi-center study of the prevalence, incidence and classification of diabetes mellitus in youth. *Control Clin Trials* 25: 458–471, 2004
19 Lawrence JM, Standiford DA, Loots B, Klingensmith GI, Williams DE, Ruggerio A, Liese AD, Bell RA, Waitzfelder BE, McKeown RE: Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: the SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Pediatr* 117:1348–1358, 2006
20 Dantzer C, Swendsen J, Maruice-Tison S, Salamon R: Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review. *Clinical Psychol Review* 23:787–800, 2003
21 Hassan K, Loar R, Anderson BJ, Hptulla RA: The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr* 149: 526–531, 2006
22 Lernmark B, Persson B, Fisher L, Radelius PA: Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. *Diabetic Med* 16: 14–22, 1999
23 Rewers A, Chase HP, Mackenzie T, Walravens P, Roback M, Rewers M, Hamman RF, Klingensmith G:

Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. *JAMA* 287:2511–2518, 2002
24 Stewart SM, Rao U, Emslie GJ, Klein D, White PC: Depressive symptoms predict hospitalization for adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics* 115:1315–1319, 2005
25 DCCT Research Group: The effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329: 977–998, 1993
26 Bryden KS, Neil A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB: Eating habits, body weight, and insulin misuse: a longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 22: 1956–1960, 1999
27 Peveler RC, Bryden KS, Neil HA, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB, Turner HM: The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcome in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 28:84–88, 2005
28 Rydall AC, Rodin GM, Osmsted MP, Devenyi RG, Dandman D: Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 336:1849–1854, 1997
29 Bryden KS, Dunger DB, Mayou RA, Peveler RC, Neil HA: Poor prognosis of young adults with type 1 diabetes: a longitudinal study. *Diabetes Care* 26: 1052–1057, 2003
30 Wysocki T, Hough BS, Ward KM, Green LB: Diabetes mellitus in the transition to adulthood: adjustment, self-care, and health status. *J Dev Behav Pediatr* 13:194–201, 1992
31 Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Roux AVD, Lee HB, Lyketsos C: Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA* 299: 2751–2759, 2008
32 Kinder LS, Carnethon MR, Palaniappan LP, King AC, Fortmann SP: Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 66:316–322, 2004
33 Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR, Gottschalk M, Kaufman F, Jones KL: The Peds QL in type 1 and type 2 diabetes: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Type 1 Diabetes Module. *Diabetes Care* 26:631–637, 2003
34 TODAY Study Group: Treatment Options for Type 2 Diabetes in Adolescents and Youth: a study of the comparative efficacy of metformin alone or in combination with rosiglitazone or lifestyle modification. *Pediatr Diabetes* 8:74–87, 2007
35 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24: 1069–1078, 2001

Barbara J. Anderson, PhD, jest profesorem pediatrii w Baylor College of Medicine w Houston, Teksas.