

Zachowania autoagresywne u pacjentek chorujących na cukrzycę typu 1 leczonych na oddziale klinicznym psychiatrii i psychoterapii wieku rozwojowego – opis przypadków

Autoaggressive behaviour with patients suffering from type 1 diabetes treated at the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Developmental Age – description of cases

Sabina Hacia¹, Lena Cichoń¹, Marta Nowak¹, Anna Fuchs³,
Przemysław Jarosz-Chobot², Małgorzata Janas-Kozik¹

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego
Katedry Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Krupka-Matuszczyk

² Katedra i Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej ŚUM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. E. Małecka-Tendera

³ Studenckie Koło Naukowe Katedry Psychiatrii i Psychoterapii ŚUM w Katowicach

Summary

Aim. The aim of this study was to observe autoaggressive behaviour with patients suffering from type 1 diabetes hospitalized in The Child Psychiatry Department of The Paediatric Centre in Sosnowiec.

Method. Analysis of clinical cases, medical documentation and literature.

Results. Patients suffered from type 1 diabetes. On account of mental disorders they required treatment in a psychiatric ward. In the course of their hospitalization the appearance of various autoaggressive behaviour were observed – the sick deliberately gave a dose of insulin improperly, apply an inadequate diet, and also self-mutilated themselves.

Conclusions. Described patients by their own illness (type 1 diabetes) in a self-destructive way coped with negative emotions. Autoaggressive behaviour were their way of coping with stress, communicating experienced problems to others, they also helped in reducing inner tension. Through autoaggression patients express anger, guilt, shame, loneliness, inner emptiness, a lack of confidence or humiliation. The period of adolescence, female gender and the presence of chronic disease are the factors that could intensify the difficulties described.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, autoagresja, diabulimia

Key words: type 1 diabetes, autoaggression, diabulimia

Badanie nie było sponsorowane.

Wstęp

Cukrzyca typu 1

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną charakteryzującą się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny [1].

Cukrzyca typu 1 o podłożu autoimmunologicznym najczęściej ujawnia się u dzieci i młodzieży. Jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych wieku rozwojowego. Na świecie i w Polsce obserwuje się dynamiczny wzrost zachorowań na cukrzycę, który osiągnął wymiar epidemii (rezolucja ONZ z roku 2006) [2, 3]. Cukrzyca typu 1 jest spowodowana zniszczeniem komórek B, co prowadzi do bezwzględnego niedoboru insuliny. Typowymi jej objawami są polidypsja, poliuria, utrata masy ciała, senność, zmęczenie oraz postępujące odwodnienie. Podstawową metodą leczenia cukrzycy typu 1 jest insulinoterapia prowadzona przez wielokrotne wstrzyknięcia insuliny lub za pomocą stałego podskórnego wlewu osobistą pompą insulinową [4]. W leczeniu dąży się do jak najlepszego wyrównania cukrzycy, gdyż jest to kluczowy element zmniejszający ryzyko rozwoju ciężkich powikłań.

Problemy osób chorujących na cukrzycę

Osoby chorujące na cukrzycę muszą regularnie kontrolować poziom cukru we krwi (glikemii), przestrzegać zasad zdrowego żywienia z ograniczeniem cukrów prostych oraz stosować insulinoterapię. Powoduje to zmianę w stylu ich dotychczasowego życia, co wiąże się z częstszym występowaniem trudności natury emocjonalnej [5, 6]. Wśród chorych na cukrzycę wielokrotnie obserwuje się także występowanie epizodów depresyjnych (szczególnie wśród młodzieży) [7, 8]. Widoczna jest również obecność objawów lękowych. Występowanie tych zaburzeń może skutkować utrudnieniami w realizacji codziennych czynności oraz wpływać na jakość funkcjonowania społecznego. Dzieci chore na cukrzycę mają zaniżoną samoocenę, mniejszą pewność siebie oraz nie wierzą w możliwość osiągnięcia swoich zamierzeń. Istniejące ograniczenia oraz niskie poczucie wartości wpływają na występowanie problemów w kontaktach rówieśniczych. Postawienie diagnozy cukrzycy u dziecka może wpływać także na zmianę wzajemnych relacji w strukturze rodzinnej – dzieci mogą być nadmiernie kontrolowane i wyřęczane przez opiekunów. Poza tym zdarzają się sytuacje doświadczenia odrzucenia emocjonalnego przez rodziców [6].

Obecność przewlekłej choroby, zmiany w relacjach rodzinnych oraz współwystępowanie trudności towarzyszących okresowi adolescencji mogą w konsekwencji prowadzić do wystąpienia zachowań autoagresywnych. Ich etiologia jest zróżnicowana i wieloczynnikowa [9], a autorzy badający zjawisko autoagresji są zgodni w jej definiowaniu wyłącznie co do dobrowolności w podejmowaniu zachowań, braku udziału osób trzecich oraz rozróżnianiu zachowań autoagresywnych od samobójczych (Favazza, Winchel i Stanley, Babiker i Arnold, Kubacka-Jasiecka, Suchańska) [10]. Wśród hospitalizowanych na OKPiPWR pacjentek chorujących na cukrzycę typu 1 zespół leczący zaobserwował silne tendencje autoagresywne – chore nie dbały o własne zdrowie, unikały pomiarów glikemii oraz stosowały nieodpowiednią dietę.

Psychologiczne rozumienie tych zachowań jest różne w zależności od stosowanej koncepcji teoretycznej. W naszej pracy opieramy się na rozumieniu psychodynamicznym, a w tym ujęciu prezentowane przez pacjentki zachowania autoagresywne stają się wyrazem kierowania agresji do uwewnętrznionych obiektów osób znaczących oraz mają powiązanie z trudnościami w separacji i indywidualizacji [11].

Cel

Celem pracy było przedstawienie dwóch przypadków: pacjentek chorujących na cukrzycę typu 1 hospitalizowanych na OKPiPWR Centrum Pediatrii w Sosnowcu, u których obserwowano zachowania autoagresywne.

Metoda

Dokonano analizy przypadków klinicznych, dokumentacji medycznej i literatury.

Prezentacje przypadków

Przypadek pierwszy

17-letnia pacjentka, od 10 lat leczona z powodu cukrzycy typu 1 (od 4 lat używała osobistej pompy insulinowej), została przyjęta na OKPiPWR z powodu celowo wywołanych epizodów hiperglikemii wynikających z niepodawania dawek insuliny. W ciągu ostatnich dwóch lat dziewczynka była kilkakrotnie hospitalizowana na oddziałach pediatrii z powodu kwasicy ketonowej i niewyrównanej glikemii. Z uzyskanego wywiadu wynikało, że pacjentka od około dwóch lat odchudzała się. Od roku stosowała głodówki, które przerywane były epizodami objadania się. Używała środków przeczyszczających i odchudzających. Ponadto od dwóch lat celowo nie podawała sobie niektórych dawek insuliny, aby uzyskać spadek wagi. Twierdziła, że nie prowokowała wymiotów, ale przy wysokiej glikemii występowały one u niej samoistnie. W ciągu dwóch lat schudła około 13 kg. Wycofała się z kontaktów rówieśniczych, zgłaszała myśli rezygnacyjne, obniżony nastrój, anhedonię. Przy przyjęciu wskaźnik masy ciała (BMI) wynosił 17,7 kg/m².

Pacjentka była uczennicą I klasy liceum. Mieszkała w domu z matką i 15-letnim bratem. Ojciec odszedł z domu po jej urodzeniu. Nie utrzymywał kontaktów z dziećmi. Rozwój pacjentki, według relacji matki, przebiegał prawidłowo. W jej rodzinie nikt nie chorował na cukrzycę typu 1.

Przy przyjęciu dziewczynka była w logicznej kontakcie, zorientowana wszechstronnie, w nastroju obniżonym. Napęd psychoruchowy był w granicach normy. Nie wypowiadała treści urojonych. Nie prezentowała objawów wytwórczych. Zaprzeczała myślom samobójczym. Zgłaszała myśli rezygnacyjne. Miała zaburzony obraz własnego ciała (uważała się za osobę z nadwagą).

Rozpoznanie

U pacjentki rozpoznano epizod depresyjny umiarkowany. Spełniała również kryteria diagnostyczne bulimii psychicznej – miała epizody żarłoczości polegające na

przyjmowaniu dużych ilości pokarmów w krótkim czasie, ponadto próbowała przeciwdziałać tuczącym skutkom pokarmów, stosując okresowe głodówki, nie przyjmując niektórych dawek insuliny (diabulimia) oraz prowokując wymioty.

Diabulimia

Diabulimia jest zaburzeniem odżywiania się, w którym pacjenci z cukrzycą typu 1 świadomie, w celu utraty wagi, podają sobie mniej insuliny, niż potrzebują [12]. U osób tych nadmiar glukozy krąży we krwi (dochodzi do hiperglikemii). Glukoza ta jest jednak niedostępna dla komórek jako materiał energetyczny. Po przekroczeniu stężenia we krwi 180 mg/dl glukoza jest wydalana z moczem (glikozuria). Glikozuria jest przyczyną znacznej utraty kalorii (4,1 kcal na każdy gram wydalanej glukozy). Brak insuliny skutkuje również uwalnianiem do osocza zwiększonej ilości wolnych kwasów tłuszczowych. W przypadku przekroczenia pojemności wątroby w zakresie utleniania kwasów tłuszczowych dochodzi do rozwoju ketozy (gromadzenia się w ustroju kwasów β -hydroksymasłowego i acetooctowego). Ciągłe wydalanie kwasów w większych ilościach prowadzi do utraty buforującego kationu i rozwoju kwasicy ketonowej. Dochodzi również do wzmożonego katabolizmu białek [13].

Wszystkie te procesy prowadzą do utraty wagi. Dla wielu diabetyków niepodawanie sobie insuliny jest metodą odchudzania się, mimo iż takie działanie przyspiesza rozwój powikłań w przebiegu cukrzycy i zwiększa ryzyko zgonu. Osoby z diabulimią (jak opisywana pacjentka), nie podając sobie insuliny, mogą spowodować rozwój kwasicy ketonowej, co doprowadza do znacznej utraty masy ciała oraz wymiotów. Nieleczona kwasica ketonowa może doprowadzić do śpiączki, a nawet śmierci [14, 15]. Diabulimię można podejrzewać u osób, u których występują niewyjaśnione wahania glikemii, zwiększony odsetek hemoglobiny glikowanej, częste hospitalizacje z powodu rozwoju kwasicy ketonowej czy nadmierna koncentracja na własnej wadze [14].

Funkcjonowanie pacjentki na oddziale

Na oddziale pacjentka została objęta kontraktem terapeutycznym – uzyskiwała przywileje w postaci spacerów z rodziną, przepustek itp. w przypadku braku objawów (stosowania głodówek, objadania się, niepodawania sobie dawek insuliny, stosowania środków przeczyszczających, prowokowania wymiotów) oraz traciła je, kiedy nie dostosowywała się do ustaleń kontraktu. Ponadto pacjentka miała regularnie kontrolowaną glikemię – na czczo (w nocy i wcześniej rano), przed i po posiłkach. W obecności personelu medycznego podawała sobie bolusy insuliny. Dokonywano również kontroli pojemności pompy insulinowej pacjentki rano i wieczorem – sprawdzano, czy została podana właściwa ilość jednostek insuliny. W leczeniu zastosowano sertralinę. Pacjentkę objęto oddziaływaniami psychoterapeutycznymi.

Relacja terapeutyczna

Pacjentka początkowo deklarowała chęć współpracy. Jednak w kontakcie widoczne były u niej silne mechanizmy oporu, trudności w symbolizacji znaczenia objawów.

W swojej postawie prezentowała dwie skrajności: od absolutnego niezrozumienia prób konfrontacji i interpretacji oraz ich negowania (poprzez racjonalizację zachowań) po bezkrytyczne i pozbawione wglądu przyjmowanie przekazywanych treści. U dziewczynki obserwowano mechanizmy obronne typu: zaprzeczanie, racjonalizacja, acting-out.

W relacji terapeutycznej widoczne było przeciwprzeniesienie lustrzane – terapeutka przez długi czas miała trudność w symbolizacji znaczeń wypowiedzianych treści oraz prezentowanych objawów. Terapeutka odczuwała tendencje do stosowania w procesie psychoterapii racjonalizacji zamiast poszukiwania znaczeń – było to wyrazem świata wewnętrznego pacjentki i stosowanych przez nią mechanizmów obronnych. W późniejszym etapie terapeutka zaczęła robić użytek ze swoich odczuć, co umożliwiło konfrontowanie pacjentki z jej trudnościami. Chora przeniesieniowo przeżywała terapeutkę jako obiekt matczyzny, co przejawiało się w tendencji do racjonalizacji i konkretyzacji rozmów będących oporem przed zmianą.

Podsumowanie

Pacjentka prezentowała deficyt w obszarze symbolizacji swoich trudności. Skutkowało to używaniem własnego ciała do rozładowywania powstających napięć oraz silnych racjonalizacji w swych wypowiedziach. Podejmując zachowania autoagresywne, prowadziła nieświadomy dialog z obiektem matczynym przepełniony silną złością i agresją wynikającą z lęku przed utratą obiektu. Jednocześnie brak obecności ojca w jej życiu, przeżywanie brata jako „wspaniałego” mężczyzny i lepszego dziecka (pozbawionego defektu, jakim dla dziewczynki była jej choroba) wpływało na zaniżone poczucie własnej wartości, doświadczenie zazdrości i zawiści. Stosowane diety oraz niewłaściwe dawkowanie insuliny miały na celu zaprzeczać chorobie, chronić przed zranieniem narcystycznym oraz były obroną przed depresyjnością spowodowaną utratą wyidealizowanego obrazu siebie w okresie dorastania i konfrontowania się z ograniczeniami wynikającymi z choroby.

Przypadek drugi

14-letnia pacjentka, uczennica gimnazjum chorująca na cukrzycę typu 1 (leczona za pomocą osobistej podskórnej pompy insulinowej), została przyjęta na OKPiPWR z powodu pogarszającego się stanu psychicznego. Przed przyjęciem przez kilka miesięcy leczyła się w poradni zdrowia psychicznego. Stosowała sertralinę, risperidon oraz sulpiryd (bez poprawy). Korzystała również z pomocy psychologicznej. W wywiadzie pacjentka od około 4 miesięcy była w obniżonym nastroju, miała problemy z koncentracją uwagi, trudności w relacjach z rówieśnikami. Ponadto zaprzestała obowiązków szkolnego, samookaleczała się (ciąła sobie skórę w okolicy nadgarstków), zgłaszała myśli samobójcze, a także nie kontrolowała właściwie cukrzycy (nie przestrzegała pomiarów glikemii oraz dawkowania insuliny).

Dziewczynka była adoptowana w okresie niemowlęctwa. Rodzice adopcyjni zdecydowali się na adopcję po kilku latach starania się o własne dziecko. W momencie adopcji byli małżeństwem z kilkuletnim stażem. Pacjentka nie знаła rodziców biolo-

gicznych i nie miała z nimi kontaktu (według adopcyjnej matki dziewczynka nigdy o nich nie pytała, mimo iż wiedziała od wczesnych lat dziecięcych, że jest adoptowana). Rodzice adopcyjni rozstali się po 2 latach od adopcji.

Przy przyjęciu dziewczynka była w logicznym kontakcie, zorientowana wszechstronnie, w obniżonym nastroju, drażliwa. Afekt był dostosowany, napęd – w granicach normy. Zgłaszała występowanie w przeszłości myśli samobójczych. Twierdziła, że widzi chodzące po domu postacie w płaszczu.

Rozpoznanie

U pacjentki zdiagnozowano epizod depresyjny umiarkowany. Dziewczynka cierpiała z powodu obniżonego nastroju, utraty energii, zmniejszenia aktywności i odczuwania przyjemności. Miała problemy z koncentracją uwagi. Często odczuwała zmęczenie. Prezentowała również zaniżoną samoocenę. Występowały u niej myśli i tendencje suicydalne. Celowo wywoływała hiper- lub hipoglikemię (mimo świadomości konsekwencji nieprawidłowo kontrolowanej cukrzycy).

Funkcjonowanie pacjentki na oddziale

Na oddziale pacjentka miała regularnie kontrolowaną glikemię. Personel medyczny sprawdzał pojemność pompy insulinowej i właściwe dawkowanie przez dziewczynkę bolusów insuliny. W okresach gorszego samopoczucia i obniżonego nastroju dziewczynka nie przestrzegała zaleceń dotyczących dawkowania insuliny ani diety. Zdarzało się jej również celowo wstrzykiwać sobie zbyt dużą dawkę insuliny w stosunku do podaży pokarmów. Incydent taki zdarzył się na oddziale na początku hospitalizacji, kiedy pacjentka podała sobie nocą 60 jednostek insuliny w celu samobójczym. Początkowo była opozycyjna wobec zaleceń lekarskich i terapeutycznych. Po włączeniu leczenia farmakologicznego – fluoksetyny – i jednoczesnym zastosowaniu oddziaływań terapeutycznych uzyskano poprawę zarówno w zakresie nastroju, jak i współpracy (dziewczynka zaczęła kontrolować glikemię i właściwie dawkować sobie insulinę).

Relacja terapeutyczna

Pacjentka w początkowym kontakcie prezentowała obniżony nastrój, który starała się ukryć pod pozorem obojętności wobec tego, co się z nią dzieje. Widoczna była u niej silna kontrola własnych reakcji emocjonalnych mająca na celu kontrolę relacji. Jednocześnie wypowiedzi dziewczynki były rozbudowane z widoczną potrzebą zainteresowania i kontaktu. W funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej, po początkowym wycofaniu się, pełniła rolę lidera, budziła duże zainteresowanie innych dzieci. Obserwowano u niej mechanizmy obronne typu: zaprzeczanie, racjonalizacja, projekcja, acting-out, omnipotentna kontrola.

W relacji terapeutycznej widoczne było przeciwprzeniesienie komplementarne, gdzie terapeutka doświadczała podobnych odczuć jak matka adopcyjna, która raz miała dostęp do sfery emocjonalnej pacjentki, czuła się jej potrzebna, a raz doświadczała odrzucenia i braku dostępu do jej przeżyć. W momentach oddalania się nasilały się w relacji zachowania typu acting-out w postaci niewłaściwego dawkowania insuliny.

Podsumowanie

Dziewczynka używała swojej choroby oraz samookaleczeń jako mechanizmów autoagresji mających nieświadomie karać uwewnętrznione obiekty osób znaczących (rodziców biologicznych i ojca adopcyjnego) przeżywanych jako wrogich, odtrącających. W relacji z matką adopcyjną mechanizm autoagresji miał na celu testowanie uwewnętrznionego jej obrazu w obszarze poczucia ważności poprzez kontrolowanie relacji i prowokowanie uwagi. Zranienie narcystyczne przejawiało się w poczuciu bycia gorszą, potrzebie silnego potwierdzenia własnej wartości przez innych. „Rana narcystyczna” wpływała również na przeżywanie własnej choroby, która nieświadomie odczuwana była przez dziewczynkę jako coś, co wpływało na jej „defekt”. To z kolei w jej przeżyciu miałyby spowodować myślenie o sobie jako o dziecku niewartym miłości innych i opuszczanym przez osoby znaczące.

Wnioski

Ilustracja klinicznych przypadków prezentuje, jak pacjentki – poprzez własną chorobę – w sposób autoagresywny radziły sobie z trudnościami natury emocjonalnej. Insulina, która jest lekiem niezbędnym do życia dla osób chorujących na cukrzycę typu 1, w przypadku opisywanych pacjentek wykorzystywana była celowo do samoniszczenia. Zachowania autoagresywne były u tych dziewcząt sposobem na obniżenie napięcia wewnętrznego czy zniwelowanie negatywnych stanów emocjonalnych [16].

Badacze zajmujący się przedstawionym zagadnieniem podają, że osoby podejmujące zachowania opisywane jako autoagresywne komunikują w ten sposób doświadczanie problemów, cierpienia i złości. Autoagresja staje się patologicznym sposobem na rozładowywanie napięć emocjonalnych oraz metodą radzenia sobie ze stresem [10]. Zdaniem autorów literatury przedmiotu najczęściej wyrażane emocje poprzez zachowania autoagresywne to złość, poczucie winy, wstyd, osamotnienie, pustka wewnętrzna, frustracja, brak pewności siebie, upokorzenie, stan wzmożonego napięcia i stresu [17–20].

Prezentowane przez pacjentki trudności intensyfikowane były poprzez pozostawanie w okresie adolescencji, który jest czasem zmian i doświadczania towarzyszących im napięć emocjonalnych. W okresie tym często obserwowane są również zaburzenia depresyjne, co dodatkowo staje się elementem mogącym nasilać występowanie zachowań autoagresywnych [21]. Współwystępowanie cukrzycy typu 1, będącej chorobą przewlekłą, w dużej mierze determinowało jakość ich życia oraz konfrontowało je z doświadczanymi w codziennym funkcjonowaniu utrudnieniami, co dodatkowo nasilało trudności natury emocjonalnej.

Автоагрессивные поведения больных сахарным диабетом 1 типа леченных в Клиническом отделении психиатрии и психотерапии возраста развития – описание наблюдений

Содержание

Вступление. Сахарный диабет относится к метаболическим болезням, характеризующейся гипергликемией, исходящей из дефекта выделения инсулина или действия инсулина.

Задание. Представление двух наблюдений пациенток, болеющих сахарным диабетом 1 типа, госпитализированных в Клиническом отделении психиатрии и психотерапии возраста развития в Педиатрическом центре г. Сосновца, у которых наблюдалось автоагрессивное поведение.

Метод. Анализ клинических наблюдений, медицинской документации и литературы.

Результаты. Описанные наблюдения – это болеющие сахарным диабетом типа 1 по поводу психических нарушений требовали лечения в психиатрическом отделении. Во время госпитализации отмечено у них появление различного типа поведений автоагрессии. Больные часто неправильно вводили себе инсулин, не соблюдали диету, а также наносили себе различные повреждения.

Выводы. Описываемые пациентки через собственную болезнь (сахарный диабет типа 1) автодеструктивным способом старались препятствовать негативным эмоциям. Автоагрессивное поведение было у них способом преодоления стресса редукции внутреннего напряжения и коммуникации иным людям переживаемыми трудностями. Путем автоагрессии пациентки выражали зlobу, чувство вины, стыд, одиночество, внутреннюю пустоту, отсутствие собственной уверенности или обиду. Период adolescence и наличие болезни с хроническим течением все это факторы, которые могли причиняться к описываемым трудностям.

Ключевые слова: сахарный диабет типа 1, автоагрессия, диабулимия

Autoaggressives Verhalten bei Patientinnen mit Diabetes vom 1. Typ, die in der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie des Entwicklungsalters behandelt wurden – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Einleitung. Diabetes ist eine Stoffwechselstörung, die sich mit Hyperglycämie charakterisiert, die die Folge der defekten Sekretion oder Wirkung von Insulin ist.

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Besprechung von zwei Fällen der Patientinnen, die an Diabetes vom Typ 1 krank waren und die in der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie des Entwicklungsalters (OKPiPWR) behandelt wurden, im Zentrum für Pädiatrie in Sosnowiec, und bei denen man autoaggressives Verhalten feststelle.

Methode. Analyse der klinischen Fälle, der medizinischen Dokumentation und Literatur.

Ergebnisse. Die beschriebenen Patientinnen – erkrankt an Diabetes vom Typ 1 – mussten wegen der psychischen Störungen ins Krankenhaus, in die Abteilung für Psychiatrie. Während des Krankenhausaufenthalts beobachtete man bei ihnen unterschiedliche autoaggressive Verhaltensweisen – die Kranken dosierten sich selbst eine unrichtige Menge von Insulin, wendeten unrichtiges Diät an oder Selbstverwundung.

Schlussfolgerungen. Die beschriebenen Patientinnen halfen sich durch ihre Krankheit (Diabetes Typ 1) auf autodestruktive Weise mit den negativen Emotionen. Autoaggressives Verhalten war Coping- Strategie, Reduktion der inneren Spannung und Mitteilung der erlebten Probleme für die anderen. Durch die Autoaggression drückten die Patientinnen Wut, Schuldgefühl, Scham, Einsamkeit, innere Leere, Mangel an Selbstsicherheit oder Erniedrigung. Die Zeit der Adoleszenz und die chronische Krankheit sind Faktoren, die die beschriebenen Probleme intensivisieren konnten.

Schlüsselwörter: Diabetes Typ 1, Autoaggression, Diabulimie

Les comportements auto-agressifs des patientes souffrant du diabète de type 1 , traitées à la Clinique Psychiatrique et de la Psychothérapie de l'Age du Développement de Sosnowiec – descriptions des cas

Résumé

Introduction. Le diabète est une maladie métabolique qui se caractérise par l'hyperglycémie résultant du trouble de sécrétion de l'insuline.

Objectif. Les auteurs décrivent les cas de deux patientes, souffrant du diabète de type 1, traitées à La Clinique Psychiatrique et de la Psychothérapie de l'Age du Développement de Sosnowiec, qui manifestent les comportements auto-agressifs.

Méthode. On analyse les cas cliniques, la documentation médicale et la littérature en question.

Résultats. Les patientes en question souffrent du diabète de type 1 et à cause des troubles mentaux elles exigent aussi la thérapie psychiatrique. Durant leur hospitalisation on observe chez elles les comportements auto-agressifs – elles changent délibérément les doses de l'insuline, elles n'observent pas leur régime diététique, elles s'automutilent.

Conclusions. Ces patientes décrites, souffrant du diabète de type 1, par leurs comportements auto-agressifs font face aux leurs émotions négatives. Par ces comportements auto-agressifs elles essaient de surmonter le stress, de réduire la tension interne, de communiquer leurs problèmes aux autres. Leur auto-agression exprime leur colère, sentiment de culpabilité, honte, solitude, manque de confiance en soi, humiliation. La période de l'adolescence, le sexe féminin et la maladie chronique peuvent intensifier les difficultés décrites.

Mots clés : diabète de type 1, auto-agression, diaboulimie

Piśmiennictwo

1. Craig M, Hattersley A, Donaghue K. *ISPAD clinical practice consensus guidelines 2009: definition, epidemiology, diagnosis and classification*. *Pediatr. Diabetes* 2009; 10 (supl. 12): 3–12.
2. Jarosz-Chobot P, Deja G, Polańska J. *Epidemiology of type 1 diabetes among Silesian children aged 0-14 years, 1989-2005*. *Acta Diabetol.* 2010; 47: 29–33.
3. Jarosz-Chobot P, Polańska J, Szadkowska A, Kretowski A, Bandurska-Stankiewicz E, Ciechanowska M. i wsp. *Rapid increase in the incidence of type 1 diabetes in Polish children from 1989 to 2004, and predictions for 2010 to 2025*. *Diabetol.* 2011; 54: 508–515.
4. Szadkowska A, Bodalski J. *Insulinoterapia u dzieci i młodzieży chorej na cukrzycę typu 1*. *Przegl. Pediatr.* 2004; 34 (3–4): 161–169.
5. Myśliwiec M, Balcerska A. *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka oraz jego rodziny – cukrzyca*. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2002; 2 (4): 281–285.
6. Kocemba I. *Gorycz słodkiego życia*. *Charaktery*; 2009, www.charaktery.eu.pl/charaktery/2009/05/2956
7. Duda-Sobczak A, Wierusz-Wysocka B. *Cukrzyca a choroby psychiczne*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45 (4): 589–598.
8. Szymańska S. *Występowanie objawów depresyjnych u młodych diabezyków i ich związek z efektywnością leczenia cukrzycy*. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2007; 7 (4): 219–226.
9. Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawełczyk T. *Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42 (5): 659–669.
10. Chodak M, Barwiński Ł. *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*. *Psychiatr. Psychoter.* 2010; 6 (1): 19–30.
11. Żechowski C, Namysłowska I. *Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42 (5): 647–657.
12. Hasken J, Kresl L, Nydegger T, Temme M. *Diabulimia and the role of school health personnel*. *J. Sch. Health* 2010; 80 (10): 465–469.
13. Granner DK. *Hormony trzustki i żółdkowo-jelitowe*. W: Murray RK, Granner DK, Mayes PA, Rodwell VW. red. *Biochemia Harpera*, wyd. 5. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002. s. 754–776.
14. Shih G. *Diabulimia: what it is and how to treat it*. *Diabetes Health*, <http://diabeteshealth.com/read/2009/03/02/6102/diabulimia-what-it-is-and-how-to-treat-it/> [dostęp: 20.07.2013]

15. Larranaga A, Docet MF, Garcia-Mayor RV. *Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients*. World J. Diabetes 2011; 2 (11): 189–195.
16. Nock MK, Prinstein MJ. *A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior*. J. Cons. Clin. Psychol. 2004; 72 (5): 885–890.
17. Gratz KL. *Risk factors for and functions of deliberate self-harm, an empirical and conceptual view*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2003; 10: 192–205.
18. Heath NL, Toste JR, Nedecheva T, Charlebois A. *An examination of nonsuicidal self-injury among college students*. J. Ment. Health Couns. 2008; 30: 137–156.
19. Austin L, Kortum J. *Self-injury: the secret language of pain for teenagers*. Education 2004; 124: 517–527.
20. Briere J, Gil E. *Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions*. Am. J. Orthopsychiatry 1998; 68: 609–620.
21. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2009; 43 (2): 175–182.

Adres: Sabina Hacia
Oddział Kliniczny Psychiatrii
i Psychoterapii Wieków Rozwojowego
Katedry Psychiatrii i Psychoterapii SUM
w Katowicach
41-218 Sosnowiec, ul. G. Zapolskiej 3

Otrzymano: 9.07.2012
Zrecenzowano: 17.03.2013
Otrzymano po poprawie: 15.05.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013