

Fobia à Hipoglicemia: Estudo de Caso Clínico e a Importância de uma Intervenção Terapêutica Multidisciplinar

C. Gois¹, P. Bogalho², J. Caldeira³

¹ Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria. Serviço de Psiquiatria, Hospital de Santa Maria, Lisboa

² Assistente Hospitalar de Endocrinologia. Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Hospital de Santa Maria, Lisboa

³ Chefe de Serviço Hospitalar de Diabetologia. Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Resumo

O período de transição entre o final da adolescência e o início da idade adulta revela-se muito importante para acentuar ou ultrapassar dificuldades de adaptação à Diabetes *Mellitus* tipo 1, sobretudo se houver alguma perturbação psicológica associada, e com interferência no controlo metabólico. A abordagem clínica e terapêutica de um caso de fobia a hipoglicemia num jovem adulto demonstrou claramente o interesse de uma intervenção pedagógica (educação terapêutica) e motivadora de autonomia, adaptada às particularidades do doente, desenvolvida através de intervenção de uma equipa de cuidados multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

As transições entre as várias fases de desenvolvimento podem acentuar as dificuldades de adaptação à Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) e ao respectivo tratamento. No período da adolescência o indivíduo tem um interesse acrescido no seu futuro, elaborando projectos e fazendo escolhas, como que formatando hábitos e estilos de vida. Desde a adolescência até ao início da adultícia é esperado um aumento claro e gradual de autonomia e de responsabilidade nas pessoas com DM1, no que concerne a auto-vigilância e autocuidados da doença. Esta tendência para uma crescente independência, sublinha a importância duma abordagem terapêutica baseada na perspectiva do doente, respeitando escolhas e prioridades e no desenvolvimento conjunto de objectivos a atingir no tratamento da diabetes (1).

A prevalência de perturbações depressivas e ansiosas em adolescentes com DM1 pode atingir um terço ou mesmo cerca de metade dos doentes e está associada frequentemente com uma pior adaptação à DM1 (2). Por outro lado, num estudo prospectivo observacional de 11 anos não se verificou melhoria significativa nos níveis de HbA1c entre o final da adolescência e início da idade adulta, contrariando a expectativa, pois a acção hiperglicemiante das alterações hormonais inerentes à puberdade terá cessado. Os sintomas psiquiátricos na avaliação basal foram preditores da procura

Abstract

The transition between late adolescence and young adulthood is an important period of time to put more burdens or alleviate the difficulties to adjustment to type 1 Diabetes *Mellitus*, especially if some kind of psychological abnormality, interfering with metabolic control, is also present. The clinical and therapeutic management of a case of hypoglycaemia phobia in a young adult clearly showed the importance of a pedagogic intervention (therapeutic education), fostering autonomy motivation tailored for a particular patient, within an integrated multidisciplinary care team framework.

posterior de consultas de psiquiatria e de admissões recorrentes por cetoacidose. A mortalidade global foi de 3,6%, ou seja, 3 a 4 vezes superior à da população em geral nessa faixa etária (3). Há pois uma continuidade importante entre adolescência e adultícia no que respeita a dificuldade no controlo metabólico e a comorbilidade psiquiátrica. Entre as pessoas com DM1, as fobias simples (específicas), nomeadamente as associadas com o tratamento com insulina, como o medo de agulhas ou injeções e o medo da hipoglicemia têm prevalências ao longo da vida que variam entre 21 e 26%, correspondendo ao dobro dos valores das fobias simples na população em geral (4). Assim, torna-se relevante o especial apoio a certos grupos de doentes com DM1, como é caso dos que pertencem a esta faixa etária.

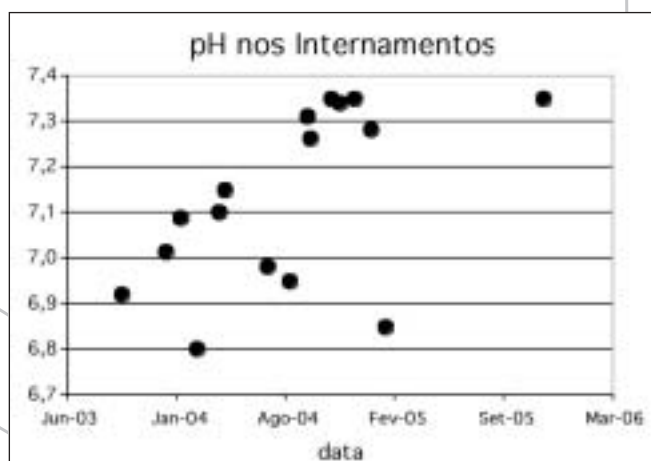


Figura 1

Correspondência:

Carlos Gois

Av. Maria Helena Vieira da Silva, n. 40 – 3 D

1750 – 184 Lisboa

Tel.: 217599004

Fax: 217599004

E-mail: carlosgois@sapo.pt

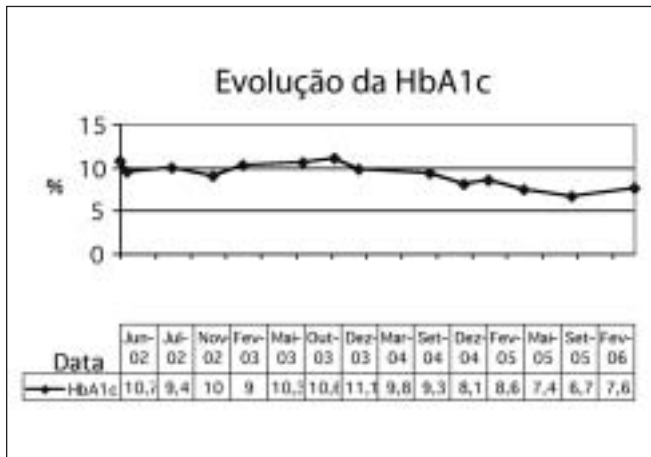


Figura 2

CASO CLÍNICO

O doente estudado tinha 21 anos e diagnóstico de DM1 desde os 13 anos. Tinha tido nos últimos 2 anos, pelo menos 15 internamentos por cetoacidose grave (Figura 1), apresentando mau controlo metabólico, atraso pubertário, baixo índice de massa corporal, microalbuminúria, retinopatia e neuropatia diabéticas. Em muitas admissões a cetoacidose estava associada a disfunção gastro-intestinal importante (gastroparesia com vômitos e dejeções diarreicas frequentes). Esta sintomatologia foi investigada através de exames endoscópicos, com biópsia e exames laboratoriais (nomeadamente hormonais, imunológicos e avaliação da composição e grau digestão das fezes). Os resultados afastaram várias hipóteses de diagnóstico (doença inflamatória intestinal, doença celíaca e endocrinopatia, entre outras), confirmando tratar-se de quadro gastro-intestinal secundário a neuropatia autonómica diabética. O atraso no esvaziamento gástrico interferia com a tentativa de correcção da hipoglicemia através da ingestão de alimentos ricos em glucose, colocando dificuldades na compreensão pelo doente do seu funcionamento e respectivo auto-cuidado.

A reacção inicial ao diagnóstico da DM1, aos 13 anos, cursou com sentimentos de desafio a par de auto-desvalorização por receio de ser discriminado, por "se injectar à semelhança de um toxicodependente". No decurso da adolescência desenvolveu uma reacção depressiva ligeira, assumindo o papel de doente com utilidade para os outros, pelo exemplo dado de resistência à adversidade. Por manifesta dificuldade em atingir um bom ajustamento psicológico à DM1, teve um primeiro seguimento psicológico com adesão irregular num centro destinado a seguimento de doentes com diabetes em ambulatório. Entre os 15 e os 17 anos surge um medo irracional da hipoglicemia, baseado em crenças catastróficas de eventuais sequelas neurológicas desenvolvido após aquisição de informação através da Internet. Com um temperamento ansioso e obsessivo, torna-se irracionalmente evitante de qualquer possível hipoglicemia, oscilando entre a procura da normo e da hiperglicemia. Procura aumentar a consciência das sensações corporais correspondentes às variações da glicemia e passa a diminuir voluntariamente as doses de insulina prescritas. Com frequência cres-



Figura 3

cente, perde o controlo da glicemia, pois a simples suspeita de hipoglicemia desencadeava intensa ansiedade com ingestão imediata de alimentos, sem verificação do valor da glicemia. O *coping* era ineficaz, utilizando mecanismos como o evitamento, a negação ou o pensamento mágico. O engano na determinação subjectiva da glicemia era comum, o que corresponde à regra geral, pois mesmo em condições experimentais, somente pouco mais de um terço dos sujeitos consegue estimar correctamente as variações da glicemia (5). Os frequentes internamentos em cetoacidose grave originaram múltiplas e importantes perdas (académicas, amizades, ligações amorosas). O ambiente familiar, que reagiu ao diagnóstico com tolerância e algum excesso de cuidado materno, entrou progressivamente em desgaste (sobretudo o pai) com distanciamento, atitude crítica ou momentos de hiperprotecção. A saída de casa do irmão poucos anos mais velho acentuou a exigência familiar de maior autonomia do doente, que por seu lado se revelava cada vez mais dependente.

PLANO TERAPÊUTICO

O doente aceitou um esquema de tratamento intensivo, compreensivo e multidisciplinar feito por diabetologista, psiquiatra e dietista. Inicialmente era observado semanalmente por pelo menos um dos técnicos, para avaliação de progressos e dificuldades. Estas avaliações eram partilhadas entre os elementos da equipa técnica, de forma a efectuar uma intervenção congruente e homogénea e escolher as melhores estratégias terapêuticas. O objectivo do modelo de tratamento apontou sempre para um reforço da motivação para a autonomia, tentando passar ao doente esta intenção permanente.

Esta atitude dos técnicos de saúde, motivando os doentes para o auto-controlo metabólico, tem sido referida na literatura como preditora de melhoria dos valores da HbA1c (6).

As alternativas de mudança foram sempre detalhadamente discutidas com o doente, implicando-o nas escolhas dos objectivos e das soluções de problemas detectados, bem como na calendarização de novas estratégias e terapêuticas. Quando possível, eram utilizados os seus próprios hábitos e funcionamentos prévios mais adequados, tentando sempre minimizar a complexidade dos procedimentos e aumentando a compreensão do próprio (7,8).

Diabetologista: O doente foi convidado a encontrar a sua dose mínima de insulina não cetónica, dado que não conseguia cumprir as doses prescritas por medo de hipoglicemias e manter simultaneamente uma ingestão mínima de HC em cada refeição, evitando lípidos e fibras. O tratamento inicial com insulina (2 injeções intermédias e 3 rápidas) foi simplificado (2 pré-misturas e 1 rápida). Foi aconselhado a realizar pesquisas diárias de cetonúria e seguir um esquema simples para lidar com um episódio de cetose, com a possibilidade de apoio através de contacto telefónico directo com diabetologista. Aos pais possibilitou-se suporte pedagógico, para aquisição de competência na ajuda a prestar durante as crises e no desenvolvimento de atitudes mais responsáveis e activas no apoio na gestão da diabetes. A insulina e a dieta foram sendo aumentadas à medida que o doente se sentia mais seguro e os sintomas gastrointestinais melhoravam.

Psiquiatra: O doente foi convidado a formular uma hipótese sobre o seu problema, nomeadamente o que predispunha, precipitava e perpetuava o seu controlo metabólico disfuncional. O ciclo vicioso sobre o evitamento da hipoglicemia e da sua detecção objectiva, reforçando uma crença errada de controlo, foi discutida. A importância da exposição na diminuição ou extinção desta atitude foi explicada e estimulada. A modelagem foi tentada com trabalho voluntário como ajudante em hospital de dia, mas infelizmente o doente ainda estava demasiadamente dependente no seu papel de doente para mudar para o outro papel de cuidador. A confiança nos outros foi avaliada e as expectativas clarificadas para ultrapassar a paradoxal independência em ter de lidar sozinho com a sua diabetes. Alprazolam foi prescrito numa base de utilização se necessário (9).

Dietista: As recomendações nutricionais foram dadas no intuito de diminuir a diarreia diabética e melhorar a gastroparesis.

Enfermeiras: Várias enfermeiras ajudaram com suporte contínuo.

EVOLUÇÃO

Após 2 anos de seguimento houve melhoria no bem-estar, auto-estima e controlo da DM1 com autonomia progressiva sobre o tratamento. A seu pedido, faz actualmente um esquema intensivo de insulina (6 injeções por dia) com bom controlo metabólico (Figura 2) e progressão positiva do Índice de Massa Corporal (Figura 3), tendo finalizado o desenvolvimento pubertário. Só teve dois internamentos por cetoacidose ligeira durante o último ano. Voltou novamente a estudar e a ter investimento social. Este caso ilustra, ilustra bem o interesse de uma intervenção terapêutica e pedagógica iniciais (educação terapêutica) ajustada ao doente e à sua patologia particular. Quando tal não se verifica aumenta a percepção da distância entre o doente e a doença, bem como do sentimento de incapacidade para lidar com a DM1.

BIBLIOGRAFIA

1. Wolpert HA, Anderson BJ. Young adults with diabetes. Need for a new treatment paradigm (Editorial). *Diabetes Care* 2001;24(9): 1514-1513
2. Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B, Cox B, Fisher L, Lustman P, Rubin R, Wysocki T. Psychosocial Therapies in Diabetes. Report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care* 2001;24:1286-1292
3. Bryden KS, Dunger DB, Mayou RA, Peveler RC, Neil HA. Poor prognosis of young adults with type 1. *Diabetes Care* 2003;26(4): 1052-1057
4. Green L, Feher M, Catalan J. Fears and phobias in people with diabetes. *Diabetes/Metabolism Research And Reviews* 2000;16:287-293
5. Ryan CM, Dulay D, Suprasongsin C, Becker DJ. Detection of Symptoms by Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes during Experimental Induction of Mild Hypoglycaemia. Role of hormonal and Psychological Variables. *Diabetes Care* 2002;25:852-858
6. Williams GC, Freeman ZR, Deci EL. Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care* 1998;21:1644-1651
7. Funnell MM, Anderson RM. Patient Empowerment. In: Snoeck FJ & Skinner TC (Editors). *Psychology in Diabetes Care*. Second Edition. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2005. p.95-108.
8. Rubin RR. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Medicine* 2005;118(5A):275-345.
9. Lustman P, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB. Effects of Alprazolam on Glucose Regulation in Diabetes. *Diabetes Care* 1995;18:1133-1133