

MINISTERUL CERCETĂRII ȘI EDUCAȚIEI
UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE COGNITIVĂ APLICATĂ

DEPRESIA ÎN DIABET:
RELAȚIA CU DISTRESUL DATORAT DIABETULUI, PERCEPȚIA
BOLII ȘI COPINGUL COGNITIV-EMOȚIONAL

TEZĂ DE DOCOTRAT

-REZUMAT-

Candidat:
ANDREIA S. MOCAN

Coordonator:
Profesor ADRIANA S. BĂBAN, PhD

CLUJ-NAPOCA
2017

Cuprins

Capitolul 1: Introducere teoretică	3
Capitolul 2. Obiectivele cercetării	5
Capitolul 3: Studiul 1. Validarea versiunii în Română a Scalei Distresului în Diabet	5
Capitolul 4: Studiul 2. Prevalența și factorii de risc asociați cu simptomatologia depresivă în diabetul tip 2	9
Capitolul 5: Studiul 3. Moderează percepția bolii relația dintre distresul datorat diabetului și simptomatologia depresivă în tipul 2 de diabet?	13
Capitolul 6: Studiul 4. Asocierea strategiilor de autoreglare cognitiv-emotionale cu simptomatologia depresivă în diabetul tipul 2	17
Capitolul 7: Contribuții personale	20
Referințe	21

CUVINTE CHEIE: diabet mellitus, depresie, distres în diabetes, percepția bolii, stres cotidian, strategii de coping cognitiv

CAPITOLUL 1:

INTRODUCERE TEORETICĂ

Prevalența simptomatologiei depresiei este de două ori mai mare în rândul persoanelor cu diabet comparativ cu persoanele care nu prezintă această boală (Anderson, Freedland, Clouse, Lustman, 2001). Simptomatologia depresivă este mai intensă la persoanele cu diabet diagnosticat decât la persoanele care au această boală dar care nu știu acest lucru (Nouwen, Nefs, Caramlau, Connock, Winkley, Lloyd, et al 2011). Depresia este asociată cu comportamente de auto-îngrijire suboptimă în ceea ce privește dieta, activitatea fizică și aderența la tratament mai ales la persoanele care au injecții multiple de insulină pe zi (Gonzales, Peyrot, McCarl, Serpa, Mimiaga, Safren, 2008; Lin, Katon, von Korff, Rutter, Simon, Oliver, et al, 2004; Katon, von Koor, Ciechanowski, Russo, Lin, Simon, et al, 2004; Koompmas, Pouwer, Bie, 2009; Surwit, Tilburg, Parekh, Lane, Feinglos, 2005). Prevalența crescută a simptomatologiei depresive la persoanele cu diabet a recomandat screeningul acestora de către echipa medicală (Roy & Lloyd, 2012). Această recomandare a fost însă abandonată în momentul în care s-a demonstrat că 70% dintre pacienții identificați ca având simptomatologie depresivă nu prezentau depresie când interviul semistruktural specific tuburării depresive era efectuat (Fisher, Skaff, Mullan, Arean, Mohr, Masharani, et al, 2007). Fisher (2010) a arătat că controlul glicemic este asociat cu distresul legat de diabet și nu cu simptomatologia depresivă, iar Schmitt (2015) a arătat că aceasta are un impact negativ asupra controlului glicemic doar dacă această relație este mediată de distresul datorat diabetului. Distresul datorat bolii este resimțit datorită impactului psihologic al diabetului asupra individului, a intruziunii comportamentelor de auto-îngrijire zilnice în viața cotidiană, datorită impactului diabetului asupra relațiilor interpersonale cu familia/ grupul social și datorită relației cu echipa medicală (Polonsky, Fisher, Earles, Dudl, Lees, Mullan, et al., 2005). Atât distresul cât și simptomatologia depresivă sunt asociate cu percepția bolii (Skinner, Khunti, Carey, Dallosso, Heller, Davies, 2014) și cu mecanismele de coping (Thorpe, Fahey, Johnson, Deshpande, Thorpe, Fisher, 2013).

Modelul Autoreglării Emoționale la Bola Cronică propus de Leventhal (Leventhal, Leventhal, Breland, 2011) explică modul în care persoanele își reprezintă mental boala cronică. Comportamentele de auto-îngrijire, controlul glicemic, distresul

datorat diabetului și simptomatologia depresivă sunt influențate de reprezentarea mentală a bolii (Polly, 1992). O mai bună înțelegere asupra interacțiunii dintre modul în care o persoană își reprezintă diabetul, distresul datorat diabetului și simptomatologia depresivă poate fi utilă în dezvoltarea și utilizarea unor mecanisme de coping eficiente în prevenția stărilor emoționale negative. Această interacțiune între cele trei concepte poate să fie influențată de diferite aspecte ale vieții cotidiene, de o depresie anterioară sau diferiți factori socio-demografici sau personali.

În ce privește mecanismele de coping, două tipuri de coping au fost analizate cu precădere în relația diabetului cu simptomatologia depresivă: strategiile de coping orientate pe problemă și cele orientate pe emoții (Clarke & Goosen, 2009). Dintre cele două, pe termen lung, strategiile orientate pe emoții sunt pozitiv asociate cu depresia (Burns, Deschenes, & Schmitz, 2016). Ambele stiluri cognitive sunt constituite din strategii emoționale, cognitive și comportamentale, fără o delimitare clară a acestora în timp ce mecanismele de autoreglare cognitiv-emoțională se referă la modul cognitiv conștient de autoreglare emoțională (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Motivația prezentei teze:

Datorită contextului socio-cultural și economic specific țării noastre față de alte țări dezvoltate economic, o altă prevalență și un alt tipar de factori poate fi asociat cu simptomatologia depresivă la pacienții cu diabet tipul 2 în România. Identificarea acestuia poate ajuta la prevenirea simptomelor depresive. Mai mult, la acești pacienți, distresul legat de diabet nu a fost încă investigat. Pentru a evalua acest distres a fost nevoie de validarea unui chestionar specific distresului în diabet. Datorită impactului asupra bolii este nevoie de investigarea aprofundată a percepției bolii și a relației dintre acesta și depresie și distres. Este posibil ca relația dintre acestea să fie influențată nu doar de diabet cât și de alte probleme ale vieții cotidiene ca de exemplu evenimentele negative legate de familie sau slujbă. Un alt factor important în dezvoltarea simptomatologiei depresive poate să fie modul în care aceste persoane fac față diabetului. Mecanismele de coping pot influența simptomatologia depresivă. Mecanismele de autoreglare cognitiv-emoțională nu au fost investigate anterior la pacienții cu diabet tip 2, iar identificarea acestora poate avea un rol benefic asupra prevenției simptomelor depresive.

CAPITOLUL 2.

OBIECTIVELE CERCETĂRII

Obiectivul general al prezentei cercetări este acela de a evalua simptomatologia depresivă la pacienții cu diabet tipul 2 și de a investiga factorii care influențează și cresc riscul apariției acesteia. Acest obiectiv general a fost divizat în mai multe obiective specifice:

- 1) de a determina prevalența simptomatologiei depresive la pacienții cu diabet;
- 2) de a investiga asocierea factorilor socio-demografici, clinici, biologici și psihologici cu simptomatologia depresivă;
- 3) de a evalua relația dintre percepția bolii, distresul legat de diabet, evenimentele de viață cotidiană și simptomatologia depresivă în tipul 2 de diabet; și
- 4) de a investiga asocierea strategiilor de autoreglare cognitiv-emoțională cu simptomatologia depresivă.

C H A P T E R 3

STUDIUL 1:

VALIDAREA VERISUNII ÎN LIMBA ROMÂNĂ A SCALEI DISTRESULUI DATORAT DIABETULUI¹

3.1. Introducere:

Distresul datorat diabetului este un construct ce câștigă tot mai multă importanță în explicarea controlului diabetului exprimat prin glicemia glicozilată (HbA1c) și a apariției simptomatologiei depresive (Talbot & Nouwen, 2000). Prevalența distresului datorat diabetului este între 13.88% and 44.6% (Chew, Shariff-Ghazali, & Fernandez, 2014) și este negativ asociat cu comportamentele de auto îngrijire specifice bolii (Fisher et al., 2007; Gonzales et al, 2008) și cu aderența la tratamentul recomandat (Aikens, 2012). Scala Distresului datorat Diabetului (DDS) este o scală larg utilizată (Polonsky et

¹Părți din capitol au fost publicate: Mocan, A., Băban, A. (2015) An useful tool for diabetes emotional distress assessment: validation of the Romanian version of Diabetes Distress Scale. *Rom J Diabetes Nutr Metab Dis.* 22(4):425-431

al, 2005; Schmitt et al, 2015) pentru măsurarea distresului. Până în momentul de față acesta nu a fost validată pentru limba Română.

3.2. Obiectiv:

Obiectivul prezentului studiu este acela de a valida Scala Distresului Datorat Diabetului în limba Română și de a-i examina proprietățile psihometrice.

3.3. Materiale și metodă:

3.3.1. Participanți

În acest studiu a fost inclus un număr de 529 pacienți cu diabet tipul 1 și tipul 2, cu vârsta de 18 ani și peste, care vorbesc fluent limba Română.

3.3.2. Instrumente

Caracteristicile demografice ca vârsta, sexul, nivelul educational, statusul social au fost auto-raportate. Caracteristicile clinice și biologice ale participanților au fost culese din fișele medicale.

Scala Distresului Datorat Diabetului (DDS) este un chestionar ce conține un număr de 17 itemi (Polonsky et al., 2005) și conține patru dimensiuni: distress datorat echipei medicale; datorat managementului diabetului; datorat relațiilor interpersonale și distress datorat percepției diabetului ca o povară. Un scor DDS >2 reprezintă distress legat de diabet (Fisher, Hessler, Polonsky, & Mullan, 2012). Inventarul de Depresie Beck II (*BDI-II*) a fost utilizat pentru a evalua simptomatologia depresivă (Beck, Steer, & Brown, 1996; David, Doborean, & Sucala, 2012). Sumarul Activităților de Auto-Îngrijire în Diabet (*SDSCA*) (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000) este un chestionar multidimensional ce măsoară comportamentele de auto-îngrijire necesare unui bun management și control a diabetului.

3.3.3. Analiză statistică:

Analiza factorială exploratorie și confirmatorie au fost utilizate pentru a analiza structura internă a scalei. Pentru a analiza fidelitatea scalei s-a calculat coeficientul de consistență internă Cronbach alpha și s-a efectuat analiza înjumătățirii. Pentru a analiza validitatea predictivă a scalei, analiza de corelație Pearson a fost folosită pentru a investiga relația dintre BDI-II, SDSCA and DDS-Ro. O valoare $p < 0.05$ a fost considerată prag de semnificație.

3.4. Rezultate:

3.4.1. Date socio-demografice și clinice

La acest studiu au participat femei (56.9%) diagnosticate cu diabet tip 2 (93.6%). Un procent de 53.9% dintre participanții investigați au avut un scor sub 2 la DDS-Ro. Scorul total la DDS-Ro a variat între valoarea 1 și 4.82. Rezultatele sunt prezentate în Figura 1.

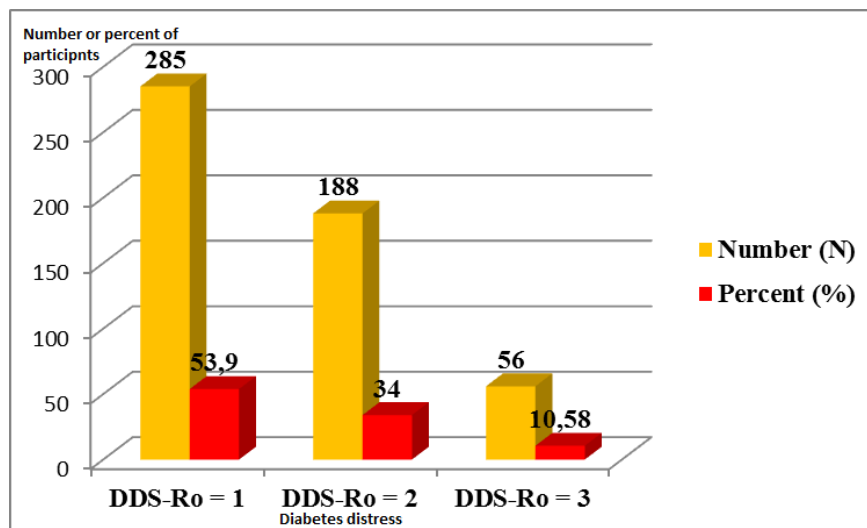


Figure 1. Scoruri atinse de participant la DDS-Ro

3.4.2. Validitate și fidelitate

Analiza factorială exploratorie (Tabel 1) a prezentat cele mai bune rezultate pentru modelul factorial cu patru factori. Încărcarea pe factori a variat între 0.321 și 0.862, valoarea cea mai mică fiind pentru itemul nr.16. Analiza factorială confirmatorie a indicat rezultate acceptabile (CFI= 0.882; REMSEA = 0.073).

Table 1. Analiza factorială exploratorie și încărcarea pe factori pentru itemii DDS-Ro

Itemi DDS-Ro	Factori			
	1	2	3	4
1.Diabetul imi ia prea mult din energia fizică și mintală zilnica.		.752		
2. Simt că doctorul nu stie suficient despre diabet si gestionarea acestuia.	.728			
3. Mă simt speriat, furios si/sau trist cand ma gandesc la viata mea cu diabet		.673		
4. Simt ca doctorul nu imi da indicatii clare referitoare la gestionarea diabetului	.862			
5. Simt /cred ca nu imi fac/ masor glicemia suficient de des			.543	
6. Simt ca nu ma tin de rutina pe care diabetul o presupune.			.807	
7. Simt ca familia/ prietenii nu ma spijina in planurile de îngrijirea proprie (ma incurajaza sa mananc ce nu e voie, planifica activitati care ma abat de la rutina si organizarea mea)				.572
8. Simt ca diabetul imi controleaza viata		.756		
9. Simt ca doctorul nu ia inserios grijile si preocuparile mele legate de boala	.788			
10. Nu ma simt increzator in capacitatea mea de a-mi controla diabetul			.394	
11. Cred ca o sa am toate complicatiile diabetului, indiferent de ce fac		.376		
12. Nu cred ca respect indeajuns de mult regimul alimentar prescris			.655	
13. Nu cred ca familia/ prietenii apreciaza corect dificultatea vietii cu diabet				.729
14. Ma simt copleșit de lucrurile pe care le fac pentru diabetul meu		.637		
15. Simt ca nu am un doctor pe care sa-l vad suficient de des in legatura cu diabetul	.463			
16. Nu sunt motivat sa am grija de diabet			.321	
17. Simt ca prietenii/ familia nu imi ofera sprijinul emotional de care am nevoie.				.817

Cut-off sore for factor loadings >0.3

Valorile coeficientului de consistență internă Cronbach alpha a variat între 0.708 și 0.824 (Tabel 2) atât pentru întreaga scală cât și pentru dimensiunile acesteia. Analiza înjumătățirii a arătat o fidelitate crescută cu o valoare de 0.840.

Table 2. Consistența internă DDS-Ro

Dimensiuni	Cronbach Alpha
DDS-Ro Emoțional - F1	0.775
DDS-Ro Echipă medicală - F2	0.798
DDS-Ro Management - F3	0.708
DDS-Ro Relații interpersonale - F4	0.733
DDS-Ro Total	0.824
Analiza înjumătățirii	
DDS-Ro Total	0.840

3.5. Discuții și Concluzii:

Rezultatele prezentului studiu au arătat că versiunea în limba Romană a DDS-Ro are proprietăți psihometrice satisfăcătoare datorită cărora poate fi utilizată pentru screeningul distresului la pacienții cu diabet. De asemenea poate fi utilizată și ca instrument de analiză a distresului în viitoare cercetări științifice

CAPITOLUL 4

STUDIUL 2.

PREVALENȚA ȘI FACTORII DE RISC ASOCIAȚI CU SIMPTOMATOLOGIA DEPRESIVĂ ÎN TIPUL 2 DE DIABET²

4.1. Introducere:

Pentru o mai bună explicare a riscului crescut de apariție a simptomatologiei depresive în diabet au fost propuse două teorii explicative: cea fiziologică care ia în considerare procesele inflamatorii (Laake, Stahl, Amiel, Petrak, Sherwood, Pickup, et al., 2014) sau nivelele crescute de glucoză la nivelul sistemului central (Lustman, Anderson, Freeland, de Groot, Carney, Clouse, 2000) și cea referitoare la „povara psihologică a diabetului” (Talbot, 2000). Aceasta din urmă presupune frica de

² Părți din capitol au fost publicate: Mocan, A.S., Iancu, S.S., Duma, L., Mureseanu, C., Băban, A.S. (2016) Depression in Romanian patients with type 2 diabetes: prevalence and risk factors. *Clujul Medical*. 89(3):371-377

complicații specifice bolii, sentimentul de copleșire datorat managementului bolii și percepția lipsei suportului social. Studiile anterioare au analizat depresia și factorii de risk asociați acesteia, dar până în prezent nu avem asemenea date legate de pacienții cu diabet tip 2 din țara noastră.

4.2. Obiective:

Obiectivele prezentului studiu au fost 1) de a determina prevalența simptomelor depresive într-un eșantion de pacienți români cu diabet tip 2 și de a 2) investiga relația dintre factorii socio-demografici, clinici, biologici, stilul de viață, simptome depresive anterioare, distress datorat diabetului și simptome depresive prezente.

4.3. Materiale și metode:

4.3.1. Participați

Inițial au fost recrutați un număr total de 150 de pacienți de ambulator ai Centrului de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice al Spitalului Clinic de Urgență din Cluj-Napoca. Dintre aceștia, patru nu au reușit completarea tuturor chestionarelor iar doi nu și-au dat acordul pentru accesarea și utilizarea istoricului lor medical. Așadar, din 150 de participanți inițiali, șase au fost excluși iar în final au rămas în studiu un număr de 144 de pacienți cu diabet tip 2.

4.3.2. Instrumente

Vârsta, sexul, nivelul educational, istoric de simptomatologie depresivă și tratamentul anti-depresiv au fost auto-raportate. Datele clinice și biologice au fost înregistrate pe baza fișelor medicale ale pacienților. Pentru analiza simptomatologiei depresive prezente s-a utilizat Inventarul de Depresie Beck-II (Beck, et al., 1996). Simptomatologia depresivă a fost considerată prezentă la un scor total ≥ 14 (David, et al., 2012). Scala Distresului legat de Diabet (Polonsky et al., 2005; Mocan, Baban, 2015) a fost utilizată pentru evaluarea nivelului perceput de povară a bolii.

4.3.3. Analiza Statistică

Media, abaterea standard și frecvența statistică au fost utilizate pentru a descrie eșantionul prezent. Testul t pentru eșantioane independente, testul-U Mann Withney și testul χ^2 au fost utilizate pentru a compara grupurile femei-bărbați și grupurile cu-fără simptomatologie depresivă. Pentru analiza asocierii dintre factorii investigați și simptomele depressive prezente, corelația Pearson a fost utilizată ca prim pas. În pasul al doilea analiza de regresie liniară a fost efectuată. Modelul 1 a inclus factorii socio-demografici; Modelul 2 i-a conținut pe cei referitori la diabet; Modelul 3 a inclus caracteristicile stilului de viață; Model 4 a inclus simptomatologia depresivă anterioară iar Model 5 distresul legat de diabet.

4.4. Rezultate:

În prezentul studiu prevalența simptomatologiei depressive a fost de 12.6% (18 participanți). Modelul 1 (socio-demografic), Modelul 2 (diabetes) și Modelul 3 (stilul de viață) nu au fost semnificativ asociate cu simptomatologia depresivă prezentă. Simptomatologia depresivă anterioară (Model 4 și Model 5) și distresul datorat diabetului (Model 5) au avut au fost pozitiv asociate cu aceasta. Statusul ocupational și numărul complicațiilor datorate diabetului au fost asociate cu simptomatologia depresivă doar când distresul datorat diabetului a fost adăugat analizei statistice (Model 5). Tabelul 1 prezintă asocierea dintre acești factori și simptomatologia depresivă.

4.6. Discuții și Concluzii:

Rezultatele studiului prezent sugerează efectuarea de screening al distresului datorat diabetului și al simptomatologiei depressive anterioare și stimulează încurajarea pacienților de către echipa medicală de a-și păstra locul de muncă .

Tabel 1. Analiza regresiei liniare pentru evaluarea simptomelor depresive

Factori	Model 1 R ² = 0.057 Socio-demografic			Model 2 R ² =0.140 Diabet			Model 3 R ² =0.160 Stil de Viață			Model 4 R ² =0.226 Depresie anterioară			Model 5 R ² =0.485 Distresul datorat diabetului		
	β	t	p	B	t	p	β	t	P	β	t	P	β	t	p
Varsta	-	-	0,293	-	-	0,286	-	-	0,296	-	-	0,388	-	-0,840	0,403
	0,149	1,058		1,073	1,073		0,159	1,052		0,127	0,868		0,103		
Sex	0,163	1,514	0,133	1,808	1,808	0,074	0,218	1,849	0,068	0,101	0,823	0,413	0,041	0,403	0,688
Status Ocupational	-	-	0,269	-	-	0,173	-	-	0,227	-	-	0,237	-	-2,227	0,029
nu vs. da	0,157	1,111		1,373	1,373		0,185	1,216		0,176	1,190		0,276		
Educatie	0,032	0,292	0,771	0,645	0,645	0,521	0,058	0,503	0,616	0,026	0,235	0,815	0,048	0,516	0,607
Durata Diabetului (ani)				-	-	0,177	-	-	0,249	-	-	0,196	-	-1,992	0,060
				1,362	1,362		0,167	1,160		0,182	1,304		0,233		
Numar de Ani cu Tratament cu Insulina				0,602	0,602	0,548	0,089	0,539	0,591	0,085	0,534	0,595	0,105	0,791	0,432
				0,569	0,569	0,571	0,055	0,372	0,711	0,014	0,099	0,922	-	-0,448	0,655
													0,054		
Numarul de Complicatii Datorate Diabetului				1,613	1,613	0,110	0,154	1,301	0,197	0,168	1,461	0,148	0,236	2,447	0,017
HbA1c				0,411	0,411	0,682	0,097	0,795	0,429	0,043	0,358	0,721	0,018	0,182	0,856
IMC							-	-	0,423	-	-	0,627	-	-0,571	0,569
							0,091	0,805		0,054	0,487		0,052		
Numar deTigari/Zi							0,052	0,453	0,652	0,042	0,381	0,704	0,078	0,851	0,397
Consum de Alcool							0,095	0,820	0,415	0,073	0,644	0,521	0,090	0,953	0,344
nu vs. da															
Numarul de Comorbiditati							0,160	1,345	0,182	0,069	0,577	0,566	-	-0,378	0,706
													0,038		
Simptome Depresive Anterioare										0,297	2,551	0,013	0,239	2,448	0,017
Distres Datorat Diabetului													0,540	6,085	0,000

IMC- indicele masei corporale;

CAPITOLUL 5

STUDIUL 3.

MODEREAZĂ PERCEPȚIA BOLII RELAȚIA DINTRE DISTRESUL DATORAT DIABETULUI ȘI DEPRESIE ÎN DIABETUL TIP 2?

5.1. Introducere:

Un stil de gândire negativ poate produce și menține o simptomatologie emoțională negativă și poate influența felul în care o persoană răspunde la evenimentele negative de viață (Teasdale, 1983; Calmes & Roberts, 2007). Modelul autoregării la boala cronică (Leventhal, Leventhal, Contrada, 1997) arată că reprezentarea personală a bolii influențează răspunsurile comportamentale și emoționale la aceasta. Reprezentarea bolii se formează repede după aflarea diagnosticului de diabet și tinde să fie stabilă în timp (Lawson, Bundy, & Harvey, 2008). Impactul perceput al consecințelor bolii prezice distres legat de diabet și depresie la 4 luni și respectiv 3 ani de la depistarea bolii (Skinner, Hampton, & Fife-Schaw, 2002; Skinner et al, 2014). Pentru a putea preveni simptomatologia depresivă, o înțelegere mai aprofundată a relației dintre aceste trei concepte este necesară. De asemenea, simptomatologia depresivă poate fi influențată și de alte probleme cotidiene în afară de diabet care trebuie luate în considerare în analizarea acesteia.

5.2. Obiective:

Prin prezentul studiu ne-am propus să 1) investigăm asocierea dintre distresul datorat diabetului, simptomatologia depresivă și controlul glicemic și să 2) explorăm rolul de moderator al percepției bolii asupra relației dintre distresul datorat diabetului și simptomatologia depresivă în contextul stresului cotidian și al simptomelor depressive anterioare.

5.3. Material și Metodă:

5.3.1. Participanți

Pentru acest studiu au fost culese date de la un număr de 431 de pacienți cu tipul 2 de diabet de la Spitalul Clinic de Urgență din Cluj Napoca. Datele au fost colectate între 1 Ianuarie 2014 și 31 Decembrie 2015.

5.3.2. Instrumente

Caracteristicile socio-demografice și diagnosticul de depresie anterioară au fost auto-raportate. Datele clinice și biologice au fost culese din fișele medicale ale participanților. Evenimentele negative de viață au fost grupate și analizate într-o singură variabilă, Stresorii Vieții (Black, Markides & Miller, 1998; Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002). Chestionarul Percepției Bolii – Revizuit (IPQ) (Moss-Morris, Weinman, Pertie, Horne, Cameron, Buick, 2002), Scala Distresului Datorat Diabetului (DDS-Ro) (Polonsky et al., 2005, Mocan et al., 2015) și Inventarul de Depresie Beck –II (BDI-II) (Beck, et al., 1996) au fost utilizate.

5.3.3. Analiză statistică

Pentru a caracteriza eșantionul s-a utilizat statistica descriptivă. Corelația Pearson și regresia liniară au fost folosite pentru analiza relației dintre distress, simptomatologia depresivă și controlul glicemic. Pentru investigarea relației dintre distress datorat diabetului, percepția bolii, stresul vieții cotidiene și simptomele depresive prezente, inițial s-a efectuat o analiză de regresie multiplă pentru a determina asocierea dintre factori. Ulterior, după stabilirea relației de moderare, s-a utilizat analiza de regresie multiplă ierarhică pentru a determina rolul de moderator al percepției bolii asupra relației dintre distress și simptomele depresive în prezența factorilor socio-demografici, clinici, biologici și ai vieții cotidiene.

5.4. Rezultate:

Analiza de regresie nu a arătat o asociere semnificativă între simptomatologia depresivă și HbA1c în timp ce asocierea cu distresul datorat diabetului a fost doar sugerată. Dintre subscalele percepției bolii doar percepția consecințelor bolii a fost asociată cu simptomatologia depresivă ($\beta = 0.20$, standard error = 0.08, $p = 0.02$) și a fost ulterior introdusă în analiza de moderare. Rezultatele analizei de regresie ierarhică sunt prezentate în Tabelul 1

5.6. Discuții și Concluzii:

Studiul prezent a arătat că la persoanele cu diabet depresia este influențată de diferiți factori care pot sau nu să aibă legătură cu diabetul. În primul rând, nivelul educational poate interfera cu felul în care consecințele bolii sunt percepute, lucru care este mai pronunțat în momentele în care distresul datorat diabetului și stresul vieții cotidiene sunt evidențiate în asociere cu simptomatologia depresivă. Relația dintre distres și simptomele depresive este moderată de percepția consecințelor bolii asupra vieții zilnice. Din punctul de vedere al practicii clinice, distresul trebuie considerat o etapă normală a acceptării și managementului bolii și nu trebuie confundat cu simptomatologia depresivă. Pentru a putea preveni depresia atât distresul cât și modul de percepție al bolii, trebuie evaluate de la momentul diagnosticului și ulterior pe parcursul bolii. De asemenea, pacienții strategii eficiente coping pentru a reuși să facă față bolii și cerințelor acesteia sunt necesare.

Tabel 1. Analiza de regresie ierarhică dintre factorii investigați și simptomele depresive

	Model 1 R ² = 0.06 Socio-demografic				Model 2 R ² = 0.07 Clinic și biologic				Model 3 R ² = 0.08 Stresorii Vieții Cotidiene				Model 4 R ² = 0.25 Psihologic				Model 5 R ² = 0.31 Depresie Anterioară			
	B	SE	beta	p	β	SE	beta	p	β	SE	beta	p	β	SE	beta	p	β	SE	beta	p
Varsta	0.6	0.04	0.07	0.10	0.07	0.04	0.08	0.08	0.07	0.04	0.08	0.07	0.08	0.03	0.08	0.02	0.06	0.03	0.06	0.06
Educatie	-	0.5	-0.1	0.00	-1.5	0.5	-0.1	0.004	-1.6	0.5	-0.1	0.003	-1.3	0.4	-0.1	0.004	-1.4	0.4	-0.1	0.002
Sex	2.0	0.7	0.1	0.00	2.3	0.7	0.1	0.001	2.0	0.7	0.1	0.005	1.4	0.6	0.08	0.03	0.5	0.6	0.03	0.4
Complicatii ale Diabetului (numar)	1.5				1.7	0.7	0.1	0.02	1.6	0.7	0.1	0.03	0.5	0.7	0.03	0.4	0.4	0.6	0.02	0.5
IMC					0.08	0.08	0.05	0.3	0.08	0.07	0.05	0.2	0.07	0.07	0.04	0.2	0.09	0.06	0.06	0.1
Stres Cotidian									1.37	0.6	0.09	0.04	1.4	0.6	0.09	0.02	0.3	0.6	0.02	0.6
DDS-Ro													3.2	0.5	0.2	0.001	3.06	0.5	0.2	0.001
IP - consecinte													0.2	0.08	0.1	0.003	0.2	0.07	0.1	0.007
Moderator IP - consecinte													0.2	0.09	0.1	0.01	0.1	0.09	0.08	0.06
Depresie Anterioara																	5.7	1.1	0.2	0.001

IMC- indicele masei corporale; DDS-Ro –Distres in Diabet- versiunea Romana a Scalei; IP -consecinte –perceptia consecintelor bolii;

CAPITOLUL 6

STUDIUL 4.

ASOCIEREA DINTRE STRATEGIILE DE COPING COGNITIV-EMOȚIONAL ȘI SIMPTOMELE DEPRESIVE ÎN DIABETUL TIP 2 ³

6.1. Introducere:

Strategiile de autoreglare cognitiv-emoționale se referă la partea conștientă a copingului cognitiv și ne ajută să facem față emoțiilor (Thompson, 1994). Având în vedere asocierea dintre cogniții, emoții și comportamente, persoanele cu diabet tip 2 pot avea un stil cognitiv diferit ce poate fi util la o mai bună adaptare la boala cronică și în prevenția simptomelor depresive. Stilul de coping cognitiv pe care acești pacienți îl au nu este bine cunoscut și până în momentul de față nu a fost evaluat în diabetul tip 2 mai ales în relație cu simptomatologia depresivă.

6.2. Obiectiv:

În consecință, obiectivul acestui studiu a fost acela de a identifica strategiile de autoreglare cognitiv – emoțională asociate cu simptomele depresive la pacienții cu diabet tip 2 în contextul factorilor socio-demografici, clinici, biologici, ai percepției consecințelor bolii și ai depresiei anterioare.

6.3. Material și metodă:

6.3.1. *Participants*

Participanții la studiu au fost în număr de 354 de pacienți ai Ambulatorului Centrului de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice din Cluj-Napoca. Aceștia au fost selectați dintre cei care îndeplineau criteriile de selecție ale studiului.

³ Părți din capitol au fost publicate: Mocan A.S, Iancu S.S., Baban A.S. Association of cognitive-emotional regulation strategies to depressive symptoms in type 2 diabetes. Rom J Intern Med. doi: 10.1515/rjim-2017-0037. [Epub ahead of print]

6.3.2. Instrumente

Caracteristicile socio-demografice și diagnosticul de depresie anterioară au fost auto-raportate. Datele clinice și biologice au fost culese din fișele medicale ale participanților. Chestionarul Percepției Bolii – Revizuit (IPQ) (Moss-Morris et al, 2002) subscala „Consecințele bolii”, Scala Distresului Datorat Diabetului (DDS-Ro) (Polonsky et al., 2005, Mocan, et al., 2015) și Inventarul de Depresie Beck –II (BDI-II) (Beck , et al., 1996) au fost utilizate. Limita pentru prezența simptomatologiei depresive a fost considerate ≥ 14 (Shehatah, Rabie, & Al-Shahry, 2010; Pellegrini, Bordea, & Valceanu, 2013). Chestionarul Autoreglării Cognitiv-Emotionale (CERQ) (Garnefski, 2001; Garnefski, van den Kommer, Kraaij, Teerda, Legerstee, Onstein, 2002) a fost utilizat pentru a identifica mecanismele de coping cognitiv. Datorită fidelității scăzute pe eșantionul nostru, subscala „Perspective Noi” nu a putut fi utilizată.

6.3.3. Analiză statistică

Statistica descriptivă a fost utilizată pentru a caracteriza eșantionul. Regresia multiplă logistică a fost efectuată cu scopul analizării asocierii dintre categoriile de factori: socio-demografici, clinici și biologici, psihologici și cei ai copingului cognitiv în relație și simptomele depresive.

6.4. Rezultate:

Nivelul educational scăzut, distresul datorat diabetului, numărul de complicații datorate diabetului, numărul crescut de comorbidități și depresia anterioară au fost caracteristici ale grupului de persoane cu simptome depresive. Reevaluarea pozitivă scăzută și catastrofa crescută a diabetului au crescut probabilitatea de apariție a simptomatologiei depresive (see Table 1).

6.5. Discuții și Concluzii:

Catastrofa diabetului se referă la sentimentul exagerat de amenințare resimțit de către indivizi la confruntarea cu boala și cerințele de management ale acesteia. Reevaluarea pozitivă a bolii de referă la identificarea unei semnificații aparte

pe plan personal și a unei dezvoltări personale datorate acesteia (Folkman & Moskowitz, 2000). Învățarea utilizării unor mecanisme de coping eficiente, ca normalizarea bolii și gasirea unei perspective pozitive pentru aceasta, ar trebui incluse în intervențiile educaționale/psihologie a persoanelor diagnosticate cu diabet.

Tabel 1

Modelul celor Cinci Factori Asociați Simptomelor Depresive (Regresie Logistică)

Variabile OR (95% C I)	Model 1 Socio demografic	Model 2 Clinic	Model 3 Psihologic	Model 4 Coping	Model 5 Final
Varsta in ani	1.01 (0.97-1.04)	-	-	-	-
Sex	1.39 (0.75-2.56)	-	-	-	-
Nivel de educatie	0.62 (0.44-.89)*	0.45 (0.28-0.73)*	0.64 (0.42-0.96)*	0.74 (0.47-1.15)	-
Ani de la diagnostic, ani de tratament	-	1.01 (0.93-1.19)	-	-	-
Complicatii ale diabetului (n)	-	1.13(0.75-2.29)	-	-	-
Comorbiditati (n)	-	0.89 (0.38-2.04)	-	-	-
IMC, kg/m ²	-	1.65 (1.07-2.56)*	1.12 (0.78-1.59)	-	-
HbA1c, mmol/mol	-	1.03 (0.96-1.11)	-	-	-
IP -consecinte	-	0.99 (0.96-1.01)	-	-	-
DDS-Ro	-	-	1.78 (1.22-2.6)**	1.92(1.24-2.95)**	2.02 (1.34-3.06)**
Depresie anterioara	-	-	1.94 (1.39-2.69)**	1.56 (1.06-2.31)*	1.53 (1.07-2.19)*
CERQ auto-blamare	-	-	4.36 (2.16-8.77)**	3.91(1.84-8.31)**	4.18 (2.03-8.63)**
CERQ Acceptare	-	-	-	1.35 (8.55-2.14)	-
CERQ Ruminatii	-	-	-	8.36 (0.54-1.27)	-
CERQ Refocusare Pozitiva	-	-	-	1.09 (0.60-1.97)	-
CERQ Planificare	---	-	-	0.76 (0.49-1.16)	-
CERQ Reevaluare	-	-	-	0.95 (0.51-1.63)	-
CERQ Catastrofare	-	-	-	0.53 (0.31-0.98)*	0.49 (0.34-0.71)**
CERQ Blamarea celorlalti	-	-	-	1.88(1.22-2.88)**	2.08(1.47-2.93)**
	-	-	-	0.44 (0.80-1.64)	

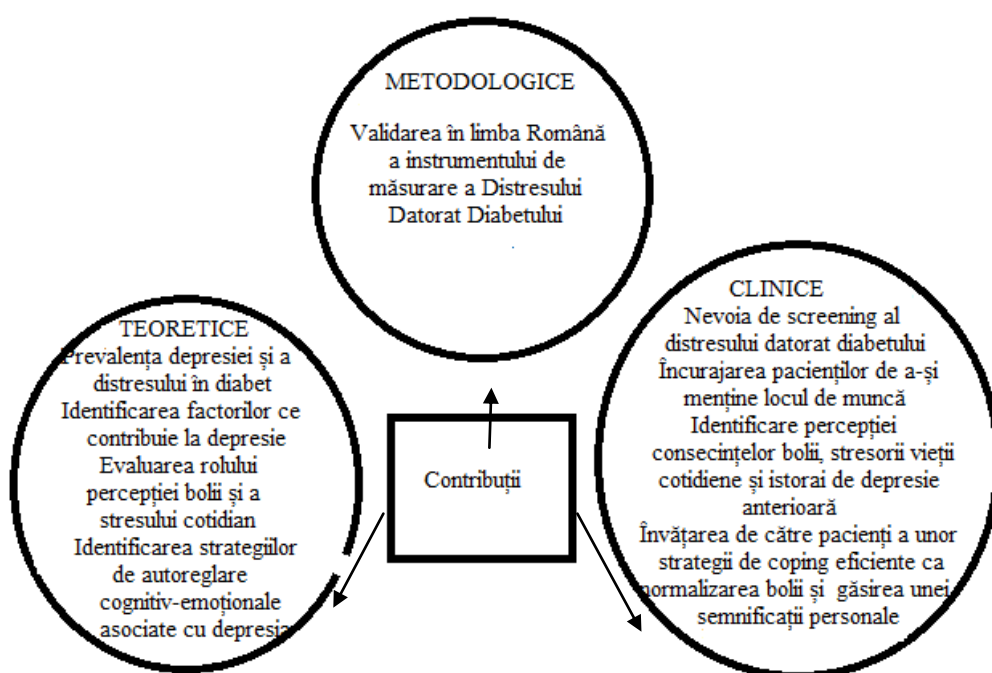
Note. OR = odd ratio; CI = 95% interval de incredere; IPQ –chestionar de perceptia bolii; DDS-Ro –Distres in Diabet-versiunea Romana a Scalei; CERQ – Chestionar de autoreglare cognitive emotionala;

* p-value < .05; **p-value < .01.

CAPITOLUL 7

CONTRIBUȚII PERSONALE

Varianța în limba Română a Scalei Distresului Datorat Diabetului a fost tradusă și validată în studiul 1 al prezentei teze, scală care datorită rezultatelor psihometrice bune pe care le prezintă poate fi utilizată în context clinic sau ca instrument de cercetare. Tot în acest studiu s-a investigat și prevalența distresului în diabet. Pe baza rezultatelor obținute se recomandă screeningul distresului în diabet. Cel de-al doilea studiu este primul care evaluează contribuția factorilor socio-demografici și psihologici la simptomatologia depresivă la pacienții cu diabet tip 2 în România. Rezultatele sugerează nevoia echipei medicale de a încuraja pacienții cu diabet să își mențină statusul ocupational de angajat. O contribuție importantă este adusă și de cel de-al treilea studiu care evidențiază aportul percepției consecințelor bolii. Acesta întărește legătura creată între stres și simptomatologia depresivă. De asemenea, acest studiu atrage atenția și asupra importanței pe care alți stresori, afară de diabet, o au la dezvoltarea/menținerea simptomatologiei depressive. Stresorii vieții cotidiene, problemele cu familia/slujba, au fost asociate cu simptomatologia depresivă. Ultimul studiu al tezei s-a concentrat pe contribuția strategiilor de autoreglare cognitiv-emoțională la simptomele depressive, mai precis catastrofare crescută și reevaluarea scăzută a bolii cresc riscul depresiei.



Referințe:

1. Aikens, J. E. (2012). Prospective Association Between Emotional Distress and Poor Outcomes in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2472-2478.
2. Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J., The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes: A Meta-Analysis. 2001. 24:1069-1078. (2001). *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
3. Beck , A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *"Manual for the Beck Depression Inventory-II"*. San Antonio: TX: Psychological Corporation.
4. Black, S. A., Markides, K. S., & Miller, T. Q. (1998). Correlates of depressive symptomatology among older community-dwelling Mexican Americans: The Hispanic EPESE. *Journal of Gerontology: Social Science*, 53B(4), 198-208.
5. Burns, R. J., Deschenes, S. S., & Schmitz, N. (2016). Association between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: A prospective analyses. *Health Psychology*, 35(1), 78-86.
6. Calmes, C., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought nd emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 343-356.
7. Chew, B. H., Shariff-Ghazali, S., & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral changein patients. *World Journal of Diabetes*, 5(6), 796-808.
8. Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effect of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 460-464.
9. David, D., Dobrean, A., & Sucala, M. (2012). *BDI II - Inventarul de depresie BECK: Manual*. Cluj-Napoca: RTS.
10. Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T., Arean, P., Mohr, D., Masharani, U., et al., (2007). Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes. Not just a question of semantics. *Diabetes Care*, 30, 542-548.
11. Fisher, L., Mullan, J. T., Arean , P., Glasgow, R. E., Hessler, D., & Masharani, U. (2010). Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms

is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes Care*, 33, 23-28.

12. Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H., & Mullan, J. (2012). When Is Diabetes Distress Clinically Meaningful? Establishing Cut Points for Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 35:259-264.
13. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and other side of coping. *Am Psychol*, 55(6), 647-654.
14. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotional regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
15. Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerda, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relation between cognitive emotional regulation strategies and emotional problems: Comparison between clinical and non-clinical sample . *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
16. Gonzales, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2398-2043.
17. Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., et al., (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27(4), 914-920.
18. Koopmans, B., Pouwers, F., de Bie, R. A., & et al. (2009). Depressive symptoms are associated with physical inactivity in patients with type 2 diabetes. The DIAZOB Primary Care Diabetes Study. *Family Practice*, 26(3), 171-173.
19. Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 57B(1), p.87-p94.
20. Laake, J. S., Stahl, D., Amiel, S. A., Petrak, F., Sherwood, R. A., Pickup, J. C., et al., (2014). The association between depressive symptoms and systemic inflammation in people with type 2 diabetes> Findings from the South London Diabetes Study. *Diabetes Care*, 37, 2186-2192.

21. Lawson, V. L., Bundy, C., & Harvey, J. N. (2008). The development of personal models of diabetes in the first 2 years after diagnosis: a prospective longitudinal study. *Diabetic Medicine*, 25(4), 482-490.
22. Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Breland, J. Y. (2011). Cognitive science speaks to the "Common-Sense" of chronic illness management. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(2), 152-163.
23. Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1997). Self-regulation, health and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-733.
24. Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, E. G., Oliver, M., et al., (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care. *Diabetes Care*, 27, 2154-2160.
25. Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control. A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942
26. Mocan, A. S., & Baban, A. (2015). An useful tool for diabetes emotional distress assessment: validation of the Romanian version of Diabetes Distress Scale. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, 22(4), 425-431.
27. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
28. Nouwen, A., Nefs, G., Caramlau, I., Connock, M., Winkley, K., Lloyd, C. E., et al., (2011). Prevalence of Depression in Individuals with Impaired Glucose Metabolism or Undiagnosed Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis for the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Diabetes Care*, 34(3), 752-762.
29. Pellegrini, A., Bordea, E., & Valceanu, D. (2013). Unemployment and depression - Survey regarding the presence and level of severe depression among the unemployed vs employees. *Management in Health*, 17(4), 35-39.

30. Polly, R. K. (1992). Diabetes health beliefs, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 18(4), 321-327.
31. Polonsky , W., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., et al., (2005). Assessing Psychosocial Distress in Diabetes. Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 28:626–631.
32. Roy, T., & Lloyd, C. (2012). Epidemiology of depression and diabetes. a ssystematic review. *Journal of Affective Disorsders*, 142, S8-S21.
33. Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermanns, N. (2015). Negative association between depression and diabetes control only when accompanied by diabete-specific distress. *Journal of Behavior Medicine*, 38(3), 556-564.
34. Shehatah, A., Rabie, M. A., & Al-Shahry, A. (2010). Prevalenve and correlates of depressive disorders in elderly with type 2 diabetes in primary health care settings. *Affect Disord*, 123(1-3), 197-201.
35. Skinner , T. C., Hampton, S. E., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21, 61-70.
36. Skinner, T. C., Khunti, K., Carey, M. E., Dallosso, H., Heller, S., & Davies, M. J. (2014). Sability and predictive utility, over 3 years, of the illness beliefs of individuals recently diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 31, 1260-1263.
37. Surwit, R. S., van Tilburg, M. A., Parekh, P. I., Lane, J. D., & Feinglos, M. N. (2005). Treatment regimen determine the relation between depression and glycemic control. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 69, 78-80.
38. Talbot, F., & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, 23: 1556-1562.
39. Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5(1), 3-25.
40. Thompson, R. A. (1994). Emotiona regulation: a theme in a search of definition. in F. N.A., *The development of emotion regulation: behavioral and biological*

consideration. (Vol. 59, pg. 25-52). Monographs of the Society for Research in Child Development.

41. Thorpe, C. T., Fahey, L. E., Johnson, H., Deshpande, M., Thorpe, M. J., & Fisher, E. B. (2013). Facilitating healthy coping in patients with diabetes: a systematic review. *Diabetes Educator*, 39(1), 33-52.
42. Toobert, D. J., Hampson, H. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. Results of 7 Studies and a Revised Scale. *Diabetes Care*, 943-950.