

INTERRELAȚIA OBEZITATE – DEPRESIE LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Anamaria Ciubară¹, Lucian Ștefan Burlea², Dana-Teodora Anton-Păduraru³,
Marin Burlea⁴, Ilinca Untu²

¹Clinica 7 Acuți, Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

³Clinica III Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

⁴Clinica V Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Obezitatea și depresia reprezintă două probleme fundamentale de sănătate publică la nivel mondial, obezitatea pediatrică fiind alarmantă atât per se, cât și prin riscul menținerii statutului de obez la vârsta adultă și implicit a continuării expunerii la comorbidități. Pe de altă parte, depresia la copil este o veritabilă provocare diagnostică, dată fiind simptomatologia clinică mascată a acesteia, și o necesitate dată fiind consecințele severe ale acesteia și, în particular, modificările patologice asupra comportamentului alimentar. Lucrarea de față își propune realizarea unei sinteze a literaturii de specialitate actuale cu privire la resorturile comorbidității obezitate – depresie la copil vizând interrelația și originea etiopatogenică comună.

Cuvinte cheie: obezitate, depresie, copil/adolescent, interrelație, multifactorialitate

INTRODUCERE

Atât obezitatea, cât și depresia reprezintă două probleme de sănătate de interes global, a căror rată înregistrează o creștere îngrijorătoare. Ambele contribuie la o deteriorare semnificativă a calității vieții și a funcționalității globale. Mai mult, obezitatea la copii și adolescenți a devenit o chestiune tot mai stringentă, de importanță mondială, vizând în special civilizațiile vestice și asociind o serie de comorbidități precum diabetul, hipertensiunea, apneea de somn, dislipidemia, hipertensiunea intracraniană, depresia și elemente de dezvoltare scheletală patologică și tulburări ortopedice, care se adaugă în cazul copiilor și adolescenților aflați în plin proces de creștere. Clasic, medicina cataloghează obezitatea ca maladie metabolică, în vreme ce depresia aparține patologiei psihiatrice. În ciuda faptului că s-au acumulat numeroase dovezi ce atestă legătura dintre cele două entități nosologice, natura acestei interrelații nu este pe deplin elucidată. Se prefigurează existența unor mecanisme cauzale complexe,

constând în interacțiunea dintre numeroși factori de mediu și genetici, vizând inclusiv căile de semnalizare responsabile de echilibrarea energiei și de asigurarea eutimiei, ce includ neuropeptidele orexigene și anorexigene, factorii metabolici și hormonii de stres (1-3).

DATE EPIDEMIOLOGICE

Obezitatea este o condiție patologică caracterizată prin acumularea excesivă de grăsime la nivelul organismului, în urma dezechilibrului dintre aportul caloric și consum. Organizația Mondială a Sănătății monitorizează în mod regulat prevalența obezității și a supraponderalității, o estimare recentă arătând că 11% din populația adultă a globului suferă de obezitate, iar 35% dintre oameni sunt supraponderali. Mai mult, 10% dintre copiii din întreaga lume suferă de obezitate sau sunt supraponderali. Prevalența globală a obezității la copil se situează între 30% în SUA și 2% în Africa subsahariană. Estimările Organizației Mondiale a Sănătății estimează

Adresa de corespondență:

Anton-Păduraru Dana-Teodora, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității nr. 16, Iași

E-mail: antondana66@yahoo.com

că, după 2015, aproximativ 2,3 miliarde de adulți și mai bine de 700 milioane de copii și adolescenți vor fi obezi. Obezitatea copilului prevede decesul prematur și dizabilitatea la vârsta adultă, dat fiind faptul că 50-80% dintre copiii obezi devin adulți obezi. Astăzi, obezitatea la copil este considerată o veritabilă epidemie la nivel mondial (2,4).

Depresia este cea mai frecventă patologie psihiatrică, caracterizată prin hipertimie negativă, anhedonie, astenie, hipobulie, tulburări hipnice și tulburări ale apetitului alimentar. Cele mai de actualitate date ne demonstrează că 350 de milioane de oameni din întreaga lume suferă de depresie. Depresia este o afecțiune heterogenă, depresia atipică, caracterizată prin lentoare psihomotorie, hiperfagie și câștig ponderal, fiind una dintre cele mai întâlnite forme. Acest subtip se asociază frecvent cu adipozitate excesivă la nivel visceral, presupunând o serie de alterări metabolice, endocrine și comportamentale. Studiile demonstrează că gradul obezității abdominale constituie un veritabil predictor al comorbidității obezitate-depresie (1,2,4).

PARTICULARITĂȚI ALE INTERRELAȚIEI OBEZITATE – DEPRESIE LA COPIL/ADOLESCENT

Ca și în cazul obezității, substratul biologic al depresiei este insuficient elucidat, dar predispoziția genetică este relevantă în aproximativ 40% dintre cazuri. Abordarea genetică demonstrează că depresia este o patologie poligenică, influențată de o serie de factori de mediu și de predispoziția genetică individuală. Totodată, numeroase studii longitudinale au sugerat că depresia este un predictor semnificativ al sindromului metabolic, pe seama sa fiind pusă asocierea cu patologia cardiovasculară, cu diabetul, cu obezitatea și cu statusul inflamator cronic, fenomen ce se explică doar în parte prin faptul că pacienții suferind de depresie adoptă un stil de viață nesănătos (4-6).

Inițial s-a plecat de la ideea că anumiți factori socio-demografici, psihologici și genetici pot determina predispoziția spre depresie a anumitor indivizi obezi și viceversa. În același sens, s-a confirmat existența unei legături între patofiziologia celor două entități nosologice, cu amendamentul că numai anumite forme de obezitate și anumite forme de depresie sunt interrelaționate. Astfel, s-a demonstrat că obezitatea se asociază cu stări hipertimice negative și cu tulburări din spectrul anxios, sugerându-se că există o serie de factori sociali și culturali ce mediază relația obezitate-depresie. Studii recente afirmă că fiecare dintre cele două boli o

poate influența pe cealaltă atât în debut, cât și în evoluție. Astfel, variabilele bio-psiho-sociale implicate în această interrelație sunt starea de sănătate fizică, activitatea socială săracă, istoricul familial de depresie, abuzul aplicat copiilor, distorsiuni ale imaginii corporale și tulburările alimentare de tipul binge eating. O serie de cercetări realizate pe loturi formate din adolescenți au confirmat faptul că depresia constituie un puternic factor de risc pentru obezitate, în vreme ce obezitatea este factor de risc pentru debutul depresiei numai în situația în care asociază comportament de tip binge eating și dispoziția abdominală a adipozității.

Pe de altă parte, numeroși cercetători identifică legătura dintre obezitatea la copii și interiorizarea dificultăților, calitatea scăzută a vieții și tulburările de comportament. Totodată, copiii cu obezitate sunt mai expuși depresiei, lipsei de speranță, suicidalității, stimei de sine scăzute (4-7).

O posibilă explicație a obezității ca urmare a unei tulburări depresive o constituie tocmai faptul că ultima presupune acumulare de grăsime în exces prin reducerea activității fizice datorate hipobuliei, anhedoniei, hipodinamiei și apatiei, conducând astfel la un consum redus al energiei calorice. Dintr-o perspectivă cognitiv-comportamentală, simptomele accentuate ale depresiei se dezvoltă și sunt menținute pe fundalul unei stimei de sine reduse (6,7).

Obezitatea a fost percepută de-a lungul timpului ca fiind un motiv de stigmatizare, conducând la excludere socială și la discriminare, fapt valabil atât pentru adulți, cât mai ales pentru copii și pentru adolescenți.

Substratul biologic al depresiei în relație cu cel al obezității

Dezechilibrele la nivelul axei hipotalamo-pituitar-adrenale sunt implicate atât în patogenia depresiei, cât și în cea a obezității. În plus, nivelurile de cortizol la copiii suferind de obezitate se află într-o corelație liniară cu nivelul stresului emoțional resimțit de aceștia. Hiperactivarea acestei axe ca urmare a unei stări permanente de stres conduce la depresie. Reacția de adaptare care vine ca replică față de elementele stresore crește disponibilitatea energiei la nivelul acelor organe direct implicate în contracararea situațiilor de stres, astfel încât ritmul cardiac și respirația sunt accelerate, iar catabolismul este crescut. Stimulii emoționali sunt procesați la nivelul amigdalei, activează nucleul paraventricular al hipotalamusului și determină o cascadă adaptativă prin eliberarea de CRH (corticotropine releasing hormone). Neuronii țintă ai acestuia sunt localizați la nivelul anterior al glandei pituitare ce eliberează

ACTH în fluxul sangvin. Acest hormon, la rândul său, stimulează secreția de cortizol din cortexul glandei adrenale. Cortizolul contribuie la creșterea glicemiei și la antagonizarea efectului insulinei, hormonilor de creștere și a hormonilor tiroidieni. În ultimele trei decenii o serie de studii au demonstrat faptul că răspunsul organismului la stresul prelungit, materializat mai ales prin eliberarea susținută de CRF și de cortizol, constituie un mecanism trigger atât al depresiei, cât și al obezității cu dispoziție predominant viscerală a adipozității. Astfel, stresul alterează homeostazia axei hipotalamo-pituitaroadrenale determinând atât debutul, cât și agravarea depresiei. Hipotalamusul este, totodată, principalul regulator al echilibrului energetic și al comportamentului alimentar, fiind firesc faptul că alterările funcționalității axei hipotalamo-pituitaroadrenale conduc la hiperfagie și la obezitate (4,8,9,10).

Neurotrofinele constituie o clasă importantă de molecule de semnalizare, jucând un rol fundamental în dezvoltarea creierului, în menținerea integrității neuronale și a plasticității sinaptice. BDNF (brain derived neurotrophic factor) se bucură de o atenție particulară dată fiind certificarea sa ca biomarker al depresiei și al comportamentului suicidar. Neurogeneza hipocampului constituie un proces important, implicat în menținerea ulterioară a eutimiei. BDNF și receptorii săi sunt elemente cheie ale modulării diferitelor faze ale neurogenezei, precum proliferarea, migrația, diferențierea și moartea celulară. Implicarea BDNF în patogenia depresiei vine ca o consecință a acțiunii stresului ca down-regulator a expresiei factorilor neurotrofici cerebrali, cu rol în menținerea eutimiei. Se consideră că depresia induce în timp modificări morfologice la nivelul hipocampului, ce este intim conectat cu axa hipotalamo-pituitaroadrenală. Pe de altă parte, BDNF și-a demonstrat rolul direct în reglarea aportului alimentar homeostatic și hedonic, însă majoritatea studiilor au fost de natură preclinică, ipoteza nefiind întru totul confirmată pentru subiecții umani (10,11,12).

Aspecte psiho-sociale în relația obezitate-depresie la copil/adolescent

Un număr crescut de studii relevă că obiceiurile alimentare timpurii la copiii obezi diferă substanțial de cele ale celorlalți copii. Copiii cu obezitate consumă adesea cantități foarte crescute de alimente, iar conținutul lor caloric este pe măsură. Acestei diete inadecvate i se adaugă activitatea fizică scăzută, cu un program zilnic orientat pe activități sedentare. Dat fiind faptul că o mare parte a copiilor cu obezitate au părinți obezi sau suprapon-

derali, care imprimă o serie de obiceiuri alimentare și în general, de stil de viață, nesanogene (1,5,7).

Imaginea de sine negativă este un element aproape unanim detectat la copiii cu obezitate, majoritatea fiind nemulțumiți de forma corpului lor. Acest fenomen debutează timpuriu, coincizând de regulă cu ridiculizarea la care sunt supuși din partea anturajului, ce vizează tocmai surplusul lor ponderal, materializat în aspectul inestetic. Astfel, copiii obezi au de regulă, o stimă de sine marcat scăzută. În mod paradoxal, părinții obezi sau supraponderali au o preferință față de copiii normoponderali, devalorizându-și propriii copii cu obezitate și făcându-le acestora un deserviciu insurmontabil. Copiii obezi întâmpină dificultăți și la nivelul integrării în anturajul școlar, vizând colegii cât și, în anumite circumstanțe, profesorii. Dincolo de statutul de persoană persecutată, copilul obez poate deveni la rândul său persecutor, tocmai datorită dimensiunilor sale care le depășesc pe cele ale celorlalți copii, făcându-l pe acesta să se simtă puternic și superior (5,7,14).

Este bine cunoscut faptul că un copil/adolescent cu obezitate este supus unui stres psihologic accentuat. În numeroase situații, acesta este supraprotejat în cadrul familiei de origine, dezvoltând o veritabilă anxietate de separare. Simptomatologia depresivă a copilului/adolescentului obez este de cele mai multe ori mai puțin francă, dar asociază simptome somatice ce duc adesea diagnosticul pe o pistă greșită. Totodată, uneori depresia pediatrică se poate manifesta prin comportament heteroagresiv, furie, tulburări comportamentale. Depresia copiilor cu obezitate este strâns legată de sentimentele de vinovăție ce vizează câștigul ponderal și abuzul de alimente hipercalorice, de stima de sine scăzută, de autodevalorizare. Depresia consecutivă obezității pediatrică se manifestă frecvent prin fatigabilitate și randament școlar scăzut (8,14,15).

S-a demonstrat că experiențele psihotraumatizante petrecute timpuriu, la vârste fragede, au un rol fundamental în modularea dispoziției și în ceea ce privește comportamentul alimentar, constituind un element de vulnerabilitate pentru dezvoltarea ulterioară a depresiei și/sau a obezității. Totodată, stresul psihic induce o preferință față de alimentele nesănătoase, hipercalorice, ce aduc individului o ameliorare a disconfortului resimțit. Astfel, atunci când o astfel de dietă alimentară devine habituală, se creează un cerc vicios în care însăși absența alimentelor preferate determină toleranță redusă la frustrare și simptome de alură depresivă. În plus, alimentele procesate, care substituie tot mai mult mâncarea proaspătă, gătită, au un conținut insuficient de acizi

grași polinesaturați, iar aportul excesiv de acizi grași saturați promovează dispoziția viscerală a adipozității, predispunând la hipertimizarea negativă a dispoziției (3,14,15).

CONCLUZII

Obezitatea este o boală multifactorială, în ultima perioadă încercându-se identificarea naturii legăturii dintre starea psihică, obezitate, dezvoltare și relația cu părinții, a copilului/adolescentului care suferă de obezitate.

În ciuda numeroaselor rezultate științifice vizând rolul factorilor genetici și metabolici în etiopatogenia obezitității, rolul factorilor psihologici în dezvoltarea obezitității la copil este insuficient explorat, în special din cauza faptului că recunoașterea simptomelor psihiatrice în sfera pediatrică este extrem de dificilă și de provocatoare pentru clinicieni.

Lucrarea de față urmărește tragerea unui semnal de alarmă în ceea ce privește necesitatea evaluării

simptomelor depresive la copiii suferind de obezitate, ca parte integrantă a abordării lor clinico-terapeutice. Pe de altă parte, își propune identificarea precoce a simptomelor depresive la copii/adolescenți în vederea prevenirii apariției tulburărilor alimentare și implicit a obezitității. Se ridică astfel problema necesității de a interveni la nivel social, în cadrul familiilor și ai școlilor, pentru a promova obiceiurile alimentare sanogene și exercițiul fizic, precum și a unei abordări biopsihosociale a copilului/adolescentului cu obezitate.

Totodată, se impune cercetarea mai exactă și mai ținută a naturii factorilor care mediază relația dintre depresie și obezitate în sfera pediatrică.

Acest domeniu de studiu are o importanță covârșitoare atât per se, cât și prin faptul că obezitatea pediatrică constituie precursorul obezitității la vârsta adultă, iar depresia este o patologie ce presupune mari provocări terapeutice, mai ales în relația sa cu obezitatea.