

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των διαβητικών εφήβων: Συσχέτιση με γλυκαιμικό έλεγχο

Περίληψη

Μ. Λιακοπούλου
Μ. Κορβέση
Κ. Δάκου-Βουτετάκη

Ο Μεταβολικός έλεγχος των εφήβων με διαβήτη δεν επιτυγχάνεται εύκολα και φαίνεται να εξαρτάται εν μέρει από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της οικογενειακής ζωής του εφήβου. Προσπαθήσαμε να προσδιορίσουμε μερικά από τα στοιχεία αυτά της προσωπικότητας και του περιβάλλοντος. Χορηγήσαμε σε 40 διαβητικούς εφήβους και σε 39 υγιείς μάρτυρες την Κλίμακα Εμφανούς Άγχους για παιδιά, την κλίμακα Αυτοεκτίμησης (Harter), μια Κλίμακα Εστίας Ελέγχου (Nowicki-Strickland) και μία δομημένη συνέντευξη. Στις μητέρες δώσαμε την κλίμακα Εστίας Ελέγχου Rutter. Βρήκαμε περισσότερες καταθλιπτικές σκέψεις και συναισθήματα ($p = 0.036$) και ελαφρώς περισσότερο άγχος στους διαβητικούς παρά στους υγιείς μάρτυρες. Οι διαβητικοί που κάνουν μεγαλύτερη προσπάθεια στο σχολείο είχαν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο. Επίσης οι διαβητικοί που στενοχωριούνται πολύ για την ασθένειά τους ($p = 0.021$) καθώς και οι διαβητικοί που ανήκαν στην κατώτερη κοινωνική τάξη ($p = 0.011$) είχαν χειρότερο μεταβολικό έλεγχο απ' ότι οι υπόλοιποι. Οι διαβητικοί δεν ήταν διαφορετικοί ως προς την εστία ελέγχου και την αυτοεκτίμηση από τους μάρτυρες. Η εστία ελέγχου, η αυτοεκτίμηση και το άγχος δεν συσχετίστηκαν με τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Νοσοκομείο Παιδων
«Αγία Σοφία», Γουδί,
Αθήνα
Διασυνδεδετική Ψυχιατρική,
Νοσοκομείο Παιδων
«Αγία Σοφία», Γουδί,
Αθήνα
Ενδοκρινολογική Μονάδα
Α' Παιδ/κής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων
«Αγία Σοφία», Γουδί,
Αθήνα

Ο γλυκαιμικός έλεγχος είναι ένας δύσκολος στόχος, για τους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία. Τα συμπεράσματα που συνάγονται από την εμπειρία μας είναι ότι η διδασκαλία και η απόκτηση γνώσεων σε θέματα όπως η ινσουλίνη, η διαίτα και η άσκηση αποτελούν σχετικά εύκολα επιτεύγματα. Αντίθετα η συνεργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα και ιδιαίτερα η αποφυγή ή η απόρριψη του ημερησίου προγράμματος και γενικώτερα του διαβήτη κατά την εφηβεία είναι θέματα που αντιμετωπίζονται δύσκολα.

Με άλλα λόγια, η δική μας τουλάχιστον ομάδα ασθενών δεν υπολείπεται σε γνώσεις, αλλά ο μεταβολικός της έλεγχος επηρεαζόταν από κάποιους άλλους παράγοντες. Έχοντας αυτή την κλινική εμπειρία υπ' όψιν προγραμματίσαμε την μελέτη αυτή που είχε ως στόχο της τον καθορισμό μερικών από τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποφασιστικότητα του εφήβου

για την κατάκτηση ικανοποιητικού μεταβολικού ελέγχου.

Εξετάσαμε την ύπαρξη άγχους, έλλειψης αυτοεκτίμησης, κατάθλιψης, την θέση της εστίας ελέγχου και την σημασία της κοινωνικής τάξης σε μια ομάδα διαβητικών εφήβων και υγιών μαρτύρων.

Υλικά και Μέθοδοι

Οι ασθενείς που εξετάσαμε, 40 έφηβοι ηλικίας 11-18 χρόνων, 22 αγόρια και 18 κορίτσια είχαν την ίδια αντιμετώπιση από το προσωπικό της Κλινικής μας. Είχαν διδαχθεί τις ίδιες γνώσεις σχετικά με την διαίτα και τα ισοδυνάμιά της, καθώς και για την εξέταση των ούρων τρεις φορές την ημέρα. Η παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος στο σπίτι στα περισσότερα παιδιά γινόταν μάλλον σπάνια. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}), ελεγχόταν κάθε τρεις μήνες περίπου.

Η προσέγγιση των ασθενών ήταν σε ατομικό επίπεδο αλλά μερικές φορές γίνονταν και συζητήσεις σε ομάδα.

Ως δείκτης του μεταβολικού ελέγχου χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή της HbA_{1c} κατά τους 6 μήνες προ και τους 6 μήνες μετά τον ψυχολογικό έλεγχο. Η HbA_{1c} προσδιορίστηκε με τη μέθοδο Isolab.

Η διάρκεια του διαβήτη στους ασθενείς μας ήταν κατά μέσο όρο $5,51 \pm 3,65$ χρόνια. Η μέση χρονολογική ηλικία εμφάνισης ήταν $9,3 \pm 3,3$ χρόνια.

Χρησιμοποιήσαμε δύο παραμέτρους για την κατάταξη των ασθενών μας σε κοινωνική τάξη: την εκπαίδευση και το επάγγελμα. Με τα κριτήρια αυτά χρησιμοποιώντας την ταξινόμηση κατά Hollingshead¹ οι περισσότεροι ασθενείς βρέθηκαν να ανήκουν στην τάξη II και III και λιγότεροι στην τάξη IV.

Για μάρτυρες χρησιμοποιήσαμε 39 υγιείς εφήβους που είχαν ίδια ηλικία, φύλο και κοινωνικοοικονομική κατάσταση με τους ασθενείς μας. Διαλέχτηκαν τυχαία από τον πληθυσμό δύο σχολείων.

Δόθηκαν οι εξής κλίμακες: 1) Η Παιδική Κλίμακα Εμφανούς Άγχους (Children's Manifest Anxiety Scale). Η C.M.A.S. αποτελείται από 53 στοιχεία, εκ των οποίων τα 42 αφορούν στο άγχος, τα δε υπόλοιπα 11 σχηματίζουν μια Κλίμακα Ψεύδους. Η παραγοντική ανάλυση παρουσίασε τους εξής πέντε παράγοντες:

Παράγων I) Άγχος: Στενοχώρια και υπερευαισθησία,

Παράγων II) Άγχος: Φυσιολογικό,

Παράγων III) Άγχος: Συγκέντρωση και δύο παράγοντες ψεύδους, Ψεύδος: Κοινωνική τελειότητας (στοιχεία που αφορούν σε τέλεια χαρακτηριστικά και στην επίδειξη «καλής συμπεριφοράς») και Ψεύδος: Υπερέλεγχος (στοιχεία που αφορούν στην τάση για επιβολή υπερβολικού ελέγχου στον εαυτό).

2) Η αυτοεκτίμηση μετρήθηκε με την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης της Harter² για τα παιδιά, για την ομάδα ηλικίας 11-13 χρόνων και την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης για Εφήβους για την ομάδα ηλικίας 13-18 χρόνων. Αυτή η κλίμακα αποτελείται από τέσσερες υποκλίμακες που εξετάζουν τις εξής κατηγορίες ικανοτήτων: α) Νοητικές, β) Κοινωνικές, γ) Φυσικές, δ) Γενικής Αυτοεκτίμησης.

3) Η Εστία Ελέγχου μετρήθηκε από την κλίμακα Nowick και Strickland³. Αυτή η κλίμακα εξετάζει την πίστη του ατόμου σε μια εσωτερική ή εξωτερική εστία ελέγχου. Όταν ένα άτομο πιστεύει ότι ένα γεγονός είναι αποτέλεσμα της τύχης ή της μοίρας ή της παρέμβασης άλλων ισχυρών ατόμων τότε λέμε ότι το άτομο πιστεύει σε μια εξωτερική εστία ελέγχου. Όταν πιστεύεται ότι το γεγονός έχει σχέση με την συμπεριφορά του ατόμου τότε υπάρχει πίστη σε μια εσωτερική εστία ελέγχου.

4) Στις μητέρες η εστία ελέγχου μετρήθηκε μέσω της κλίμακας Rotter³, η οποία βρέθηκε ότι μετράει στους ενήλικες τα ίδια θέματα με την Κλίμακα Ενηλίκων των Strickland και Nowicki.

5) Μια Δομημένη Συνέντευξη, η οποία δημιουργήθηκε από μια από εμάς (Μ.Α.) και στην οποία εξετάζονταν οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, σχολική απόδοση, φόβοι για τον διαβήτη και μελλοντικά σχέδια, δόθηκε στους ασθενείς και στους μάρτυρες. Στο τέλος της συνέντευξης γίνεται μια βαθμολόγηση για το εάν υπάρχει συγκεκριμένη ή ελαφρά ή καμμία ψυχική διαταραχή κατά το πρότυπο της συνέντευξης των Rutter και Graham⁶. Τα στοιχεία της συνέντευξης αντικατοπτρίζουν βασικά την ύπαρξη αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής. Εάν ανευρεθεί ψυχαναγκαστική ή ψυχωτική συμπτωματολογία, γίνεται ειδική μνεία στο τέλος της συνέντευξης.

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι εξής δοκιμασίες: 1) Mann-Whitney, 2) Student's t-test unpaired, 3) Δοκιμασία πολλών πάλινδρομήσεων, 4) Συσχετισμός Pearson,

Πίνακας 1. Άγχος: Χρησιμοποίηση δύο υποκλιμάκων της CMAS (Άγχος και Ψεύδος)

		Διαβητικοί	Μάρτυρες	t	p
Μέση τιμή (S.D.)	Άγχος	29,1 (5,9)	26,8 (4,3)	1,95	0,056
Μέση τιμή (S.D.)	Ψεύδος	22,0 (2,2)	22,4 (1,9)	0,69	0,49

Student's t-test

5) Συσχετισμός Spearman.

Αποτελέσματα

Άγχος

Δεν υπήρξε διαφορά στις μέσες τιμές για κάθε υποκλίμακα της CMAS, ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η δοκιμασία Man-Whitney όταν εφαρμόστηκε χωριστά για κάθε υποκλίμακα δεν έδειξε σημαντικές διαφορές, καθώς και η ανάλυση των αποτελεσμάτων μέσω της δοκιμασίας Μανουα. Στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε μόνο όταν δύο μεγάλες υποκλίμακες της CMAS ελήφθησαν υπ' όψιν, δηλαδή η υποκλίμακα άγχους και η υποκλίμακα ψεύδους, όπως φαίνεται στον πίνακα 1 (Student's t-test).

Αυτοεκτίμηση

Οι μέσες τιμές των στοιχείων της κλίμακας Harter δεν διαφέρουν στις δύο ομάδες. Το μόνο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα όπως φαίνεται στον πίνακα 2 (Mann-Whitney test), αφορά την σχολική απόδοση των διαβητικών ηλικίας 11-13 χρόνων ($p = 0.010$).

Εστία ελέγχου των παιδιών και των μητέρων

Οι μέσες τιμές της κλίμακας Nowicki-Strickland (έφηβοι) δεν διαφέρουν και ούτε οι τιμές στην κλίμακα Rottier για ενήλικες. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων με την δοκιμασία Mann-Whitney δεν έδειξε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα ($r = 0.17$ για τις δύο ομάδες εφήβων και 0.78 για τις δύο ομάδες μητέρων). Τελικά δεν βρέθηκε συσχετισμός μεταξύ της εστίας ελέγχου των διαβητικών και των μητέρων τους ($r = 0.15$), των μαρτύρων και των μητέρων τους ($r = 0.37$) και ολόκληρης της ομάδας εφήβων (διαβητικών και υγιών) και των μητέρων τους ($r = 0.14$). Χρησιμοποιήθηκε ο συσχετισμός Pearson.

Πίνακας 2. Στατιστική αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά

	Έφηβοι 11-13 χρ. p	Έφηβοι 13 χρ. και άνω p
Σχολική ικανότης	0,010	0,25
Κοινωνική αποδοχή	0,11	0,44
Αθλητική ικανότητα	0,21	0,34
Φυσική εμφάνιση	0,94	1,00
Συμπεριφορά	0,74	0,73
Γενική Αυτο- εκτίμηση	0,63	0,35
Επάγγελμα	-	0,61
Έρωτας	-	0,45
Φιλία	-	0,47

Δοκιμασία Mann-Whitney

Η Ψυχιατρική Συνέντευξη

Ο πίνακας 3 δείχνει τις απαντήσεις που δόθηκαν σε μερικές ερωτήσεις της δομημένης Ψυχιατρικής Συνέντευξης, και την διαφορά σε ποσοστά μεταξύ μαρτύρων και ασθενών η οποία στις περισσότερες απαντήσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Για παράδειγμα, το 62% των διαβητικών κάνει μεγάλη προσπάθεια στο σχολείο σε σύγκριση με το 36% των μαρτύρων. Ένας μεγαλύτερος αριθμός διαβητικών (41%) απ' ότι μαρτύρων (28%) θέλει να πάει στο Πανεπιστήμιο. Σαφής ψυχιατρική διαταραχή βρέθηκε στο 17,9% των ασθενών σε σύγκριση με το 5,1% των μαρτύρων ($X^2 = 2.01$, $p = 0,16$).

Καταθλιπτικές σκέψεις και συναισθήματα υπάρχουν στο 33% των διαβητικών εφήβων σε σύγκριση με το 13% των μαρτύρων, ένα αποτέλεσμα που είναι στατιστικά σημαντικό ($p = 0,036$, $X^2 = 4,40$).

Πίνακας 3. Διάφορα στοιχεία από την Ψυχιατρική Συνέντευξη

		Διαβητικοί %	Μάρτυρες %
1. Τι σε ενοχλεί περισσότερο;	Διαβήτης Σχολείο	56 5	31
2. Πληροφορήσατε τους φίλους σας για τον διαβήτη;	Όλους Μερικούς Κανένα	44 13 43	
3. Βαθείες επιθυμίες: να γίνω καλά να επιτύχω στόχους		31 69	0 77
4. Τι σε φοβίζει περισσότερο από τον διαβήτη;	Επιπλοκές Θάνατος Πόνος ένεσης Τίποτε	31 5 8 28	
5. Πόση προσπάθεια κάνεις στο σχολείο;	Πολύ	62	36
6. Τι επάγγελμα θα ακολουθήσεις;	Πανεπιστήμιο Τεχνική Σχολή	41 21	28 8
7. Θέλεις να παντρευτείς στο μέλλον;	Ναι	87	87
8. Έχεις καταθλιπτικές σκέψεις και συναισθήματα;	Ναι Μερικές φορές Όχι	33 10 57	13 25 62
9. Τάση για δάκρυα κατά την συνέντευξη;	Ναι	18	5
10. Ψυχιατρική διαταραχή*	Συγκεκριμένη Ελαφρά Καμμία	18 15 67	5 28 67

Συσχετισμός του Μεταβολικού Ελέγχου με τις Κλίμακες και την Ψυχιατρική Συνέντευξη

Δεν βρέθηκε σημαντικός συσχετισμός μεταξύ των τιμών της HbA_{1c} (δείκτη του μεταβολικού ελέγχου) και της κλίμακας Αυτόεκτίμησης Άγχους και της κλίμακας Εστίας Ελέγχου. Ο συσχετισμός Pearson χρησιμοποιήθηκε για αυτή τη στατιστική ανάλυση.

Δύο στοιχεία από την Ψυχιατρική Συνέντευξη είχαν σημαντική συσχέτιση με τις τιμές της HbA_{1c} όπως φαίνεται στον πίνακα 4. Ασθενείς που στενοχωριούνται για τον διαβήτη τους έδει-

ξαν σημαντική έλλειψη μεταβολικού ελέγχου, ενώ ασθενείς που κάνουν πολλή προσπάθεια στο σχολείο δείχνουν σημαντική επιτυχία στον μεταβολικό τους έλεγχο.

Κοινωνική Τάξη και Μεταβολικός Έλεγχος

Όταν εφαρμόστηκε η δοκιμασία Mann-Whitney έγινε εμφανές ότι οι ασθενείς με τον χειρότερο μεταβολικό έλεγχο ανήκαν στην κατώτερη κοινωνική τάξη. Οι μέσες τιμές της HbA_{1c} για την μέση τάξη ήταν $10,8 \pm 2,1\%$ έναντι $13,0 \pm 2,5\%$ για την κατώτερη τάξη ($p = 0,011$).

Πίνακας 4. Συσχετισμός στοιχείων της Ψυχιατρικής Συνέντευξης με τιμές της HbA_{1c}

		n	HbA _{1c} Mean	S.D.
Τι σε ενοχλεί περισσότερο	α) Διαβήτης	22	12,3	2,4
	β) Άλλο	17	10,4	2,3
		p = 0,021		
Πόση προσπάθεια κάνεις στο σχολείο	α) Πολύ	24	10,7	2,0
	β) Όχι πολύ	15	12,7	2,7
		p = 0.030		

Γνωστοποίηση της ύπαρξης του διαβήτη και συσχετισμός με τις τιμές της HbA_{1c}

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών της HbA_{1c} και της γνωστοποίησης του διαβήτη από το παιδί και την οικογένεια στον κοινωνικό τους περίγυρο.

Συζήτηση

Η μελέτη μας έδειξε μεγαλύτερο βαθμό άγχους στους διαβητικούς εφήβους σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με το εύρημα του Swift και συν.⁷ αλλά σε διαφωνία με την Johnson⁸, η οποία σε μια ανασκόπηση 16 εμπειρικών μελετών δεν βρήκε ένδειξη αυξημένου άγχους στα διαβητικά παιδιά. Αυτή η διαφορά μπορεί να οφείλεται σε διαφορά κοινωνικής τάξης των δειγμάτων που μελετήθηκαν ή σε διαφορές ηλικίας.

Η κλίμακα Ολικής Αυτοεκτίμησης που αντικατοπτρίζει συνολικά την αυτοεκτίμηση του εφήβου, δεν δείχνει διαφορά μεταξύ διαβητικών και φυσιολογιών εφήβων. Επιπλέον η εκτίμηση σχολικής επιτυχίας των ασθενών που βρίσκονταν στην αρχή της εφηβείας ήταν μεγαλύτερη απ' αυτή των μαρτύρων (p = 0.010). Δηλαδή, τα παιδιά αυτά μπόρεσαν να ανταπεξέλθουν το ναρκισσιστικό τραύμα που δέχθηκαν αρκετά ικανοποιητικά. Παρόμοια με τα δικά μας ήταν τα ευρήματα των Cerreto και Travis⁹ που δεν βρήκαν διαφορά στην αυτοεκτίμηση μεταξύ διαβητικών και υγιών εφήβων. Αντίθετα ο Swift και συν.⁷ βρήκαν μια περισσότερο παθολογική εικόνα του εαυτού στους διαβητικούς εφήβους απ' ότι στους μάρτυρες. Επίσης ο Ronci και οι συν.¹⁰ βρήκαν ότι τα παιδιά με ενωρίς εμφανιζόμενο διαβήτη και τα αγόρια με όψιμο διαβήτη είχαν χαμηλότερη βαθμολόγηση στην κλίμακα αυτοεκτίμησης Piers-Harris.

Η Κλίμακα Εστίας Ελέγχου η οποία εξετάζει την εξάρτηση του ατόμου από μια εσωτερική ή μια εξωτερική εστία ελέγχου δεν έδειξε σημαντικές διαφορές όταν δόθηκε σε διαβητικούς και μάρτυρες. Με άλλα λόγια οι διαβητικοί παρά την ασθένειά τους, δεν έχουν επηρεασθεί προς την μία κατεύθυνση της εστίας ελέγχου ή την άλλη. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι μια εξωτερική εστία ελέγχου είναι βοηθητική για τους διαβητικούς¹¹.

Κατά την χορήγηση της Δομημένης Ψυχιατρικής Συνέντευξης εντυπωσιασθήκαμε από την ένταση των συναισθημάτων που επέδειξαν οι ασθενείς μας ως προς τον διαβήτη χωρίς καν να θίζουμε εμείς το θέμα. Ο διαβήτης προκαλούσε την μεγαλύτερη ανησυχία στο 56% των ασθενών μας και το σχολείο μόνο στο 5% εν σχέσει με το 31% των μαρτύρων. Αυτή η ενασχόληση με τον διαβήτη που βρήκαμε, δεν συμπίπτει με ότι περιγράφουν οι Bougas και Delain¹², ότι δηλαδή όταν τα διαβητικά παιδιά μιλούν ελεύθερα, δεν μιλούν για τον διαβήτη, αλλά για τις οικογένειες, για τα σχέδιά τους και για τις επιθυμίες τους. Η διαφορά στα ευρήματα μπορεί να οφείλεται στον αριθμό των συνεντεύξεων που κάθε ερευνητής αφιέρωσε στα παιδιά αυτά και στην αλλαγή που εμφανίζεται στο περιεχόμενο, καθώς και στον τόπο και στο πλαίσιο μέσα στο οποίο έγινε η εξέταση. Φαίνεται επίσης ότι περισσότερα από τα μισά παιδιά κρατούν τον διαβήτη μυστικό για πολύ καιρό. Με το εύρημα αυτό συμφωνούν η Bobrow και συν.¹³.

Η επιθυμία να φοιτήσουν σε Πανεπιστήμιο εκφράσθηκε από 41% των ασθενών εν σχέσει με 28% των μαρτύρων. Αυτή η πληροφορία είναι σύμφωνη με τα ευρήματα των Cerreto⁹, Swift⁷ και Holmes¹⁴ για την σχολική επιτυχία των διαβητικών. Πιθανώς τα παιδιά αυτά προσπαθούν να αναπληρώσουν την αδυναμία την οποία νοιώ-

θουν ότι έχουν με κάποια επιτυχία, ή είναι δυσατόν η επιτυχία τους να είναι το ευεργετικό αποτέλεσμα του stress μέσα στο οποίο ζουν, ή η υψηλή γλυκόζη στο αίμα τους είναι ένα καλό υπόστρωμα για καλή νοητική λειτουργία. Τα ίδια ποσοστά ασθενών και μαρτύρων θέλουν να παντρευτούν μελλοντικά, εύρημα που συμφωνεί με αυτό άλλων μελετών.

Ένα μεγαλύτερο ποσοστό (33%) διαβητικών εκφράζει καταθλιπτικά συναισθήματα σε σχέση με μάρτυρες (13%), κι' αυτό είναι μια στατιστικά σημαντική διαφορά. Η Sullivan¹⁵ βρήκε αυξημένη κατάθλιψη στις διαβητικές εφήβους εν σχέση με μάρτυρες. Ο Holmes¹⁴ περιγράφει ότι 33% των ασθενών 4-48 χρόνων έχουν αυξημένες τάσεις απαισιοδοξίας. Φαίνεται ότι αυτές οι καταθλιπτικές σκέψεις που είναι παρούσες στην εφηβεία συνεχίζονται και αργότερα. Συνεπώς χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση σ' αυτή την ηλικία η οποία ίσως θα επηρέαζε και την μετέπειτα συναισθηματική διαταραχή.

Το ποσοστό 12,8% που αφορά στην ψυχιατρική διαταραχή των ασθενών μας (δηλαδή άγχος, κατάθλιψη, ψύχωση, κλπ) είναι υψηλότερο απ' αυτό των μαρτύρων (5,1%) και υψηλότερο απ' αυτό του Fonagy και συν.¹⁶ οι οποίοι εξήτασαν παιδιά μέσης τάξης, 6-16 χρόνων και βρήκαν ότι μόνο 6% απ' αυτά είχαν συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή. Στο άλλο άκρο ο Ronci και συν.¹⁰ αφού εξήτασαν παιδιά όλων των τάξεων εκτός της κατώτερης, ηλικίας 6-14 χρόνων, βρήκαν ότι το 83% των όψιμα διαβητικών αγοριών έχουν ψυχιατρική συμπτωματολογία, όπως επίσης το 41% και 50% των κοριτσιών με πρώιμο και όψιμο διαβήτη.

Επίσης ο Swift και συν.⁷ βρήκαν ότι ψυχιατρική διαταραχή παρουσίασε το 50% του δείγματος τους. Η διαφορά μας με τις τελευταίες δύο μελέτες μπορεί να βρίσκεται στο ότι υπάρχει διαφορετική μεθοδολογία (παρ' όλο που υπάρχει μια επικάλυψη), και στην διαφορά της κοινωνικής τάξης το δείγμα μας περιορίστηκε στις τάξεις II και III. Μπορεί επίσης να οφείλεται στο γεγονός ότι οι μητέρες των ασθενών μας ήσαν πολύ υποστηρικτικές και τούτο ίσως απάλειψε κάποια ψυχιατρική διαταραχή, ή στο ότι η ιατρική μας προσέγγιση, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη διαθεσιμότητα και υποστήριξη και είναι εξατομικευμένη, ήταν διαφορετική.

Σχέση ορισμένων στοιχείων της προσωπικότητας με τον γλυκαιμικό έλεγχο

Δεν διαπιστώνεται συσχέτιση μεταξύ άγχους, αυτοεκτίμησης και γλυκαιμικού ελέγχου. Μ' αυτό το εύρημα μερικοί ερευνητές δεν συμφωνούν^{7,18,19}, ενώ άλλοι συμφωνούν^{20,21,22}. Στην Ψυχιατρική όμως Συνέντευξη βρήκαμε ότι μεγαλύτερο άγχος για τον διαβήτη συμβαδίζει με υψηλότερες τιμές HbA_{1c}. Οι διαφορές αυτές είναι φυσικό να θέτουν ερωτήματα για την αξιοπιστία των ψυχιατρικών κλιμάκων.

Η συσχέτιση της εστίας ελέγχου με την HbA_{1c} δεν ήταν αποδοτική. Ο Ingersoll²² γράφει ότι «η αξιολόγηση της ικανότητας ενός ατόμου να ελέγχει τον διαβήτη δεν συσχετίστηκε με τις τιμές της HbA_{1c}».

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο εύρημά μας που αφορά τους εφήβους που έχουν αυξημένο άγχος για τον διαβήτη τους και οι οποίοι έχουν χειρότερο μεταβολικό έλεγχο. Τούτο σημαίνει ότι πρέπει να μειωθεί το άγχος τους μέσω ατομικής, οικογενειακής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας. Το εύρημα το οποίο δείχνει ότι έφηβοι που έχουν καλή σχολική απόδοση έχουν και καλό μεταβολικό έλεγχο είναι ενδιαφέρον. Σημαίνει πιθανώς ότι ο εστιασμός της προσοχής και η ικανοποίηση που δέχονται στο σχολείο είναι ευεργετικά για τον μεταβολικό τους έλεγχο.

Τέλος διαπιστώσαμε ότι η κοινωνική τάξη επηρέασε τον μεταβολικό έλεγχο των εφήβων μας. Δηλαδή, αυτοί στους οποίους βρέθηκαν υψηλότερες τιμές HbA_{1c} ανήκαν στην κατώτερη κοινωνική τάξη. Μ' αυτό το εύρημα συμφωνούν ο Swift και συν.⁷ αλλά διαφωνούν η Mårteau και οι συν.¹⁹.

Συμπερασματικά, στην μελέτη μας οι διαβητικοί έφηβοι είχαν περισσότερες καταθλιπτικές σκέψεις και συναισθήματα και ήσαν περισσότερο αγχώδεις απ' ότι οι υγιείς μάρτυρες. Οι έφηβοι με διαβήτη που ήσαν στην αρχή της εφηβείας έδειξαν μεγαλύτερη εκτίμηση της σχολικής τους απόδοσης απ' ότι οι υγιείς μάρτυρες. Πολλοί διαβητικοί έφηβοι κάνουν μεγάλη προσπάθεια στο σχολείο και είχαν καλύτερο μεταβολικό έλεγχο. Όσοι έχουν αυξημένο άγχος για τον διαβήτη τους είχαν υψηλότερες τιμές HbA_{1c}. Στην ομάδα μας περισσότεροι από 50% κράτησαν τον διαβήτη μυστικό αλλ' αυτό δεν φάνηκε να έχει επιδράσει στη ρύθμισή τους. Οι διαβητικοί έφηβοι που ανήκαν στην κατώτερη κοινωνική τάξη είχαν χειρότερο μεταβολικό έλεγχο απ' ότι οι άλλοι. Δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ διαβητικών και μαρτύρων ως προς την εστία ελέγχου και την αυτοεκτίμηση γενικά. Τελικά η αυτοεκτίμηση, η εστία

ελέγχου, και το άγχος (όπως εκτιμήθηκαν μέσω των κλιμάκων), δεν είχαν συσχέτιση με τις τιμές της HbA_{1c}.

Abstract

Liakopoulou M, Korvesi M, Dakou-Voutetaki K. Personality characteristics of adolescent diabetics. Relation with diabetes control. *Hellen Diabetol Chron* 1991; 2: 108-114.

Metabolic control in adolescents with diabetes is difficult to achieve and seems to depend in part on personality and the family environment. We tried to identify relevant characteristics in this study. We administered the Children's Manifest Anxiety Scale, a Self-competence scale, a Locus of Control Scale, and a structured interview, to 40 adolescent diabetics and 39 healthy controls, and the Rotter Locus of Control Scale to mothers. There were indications of more depressive thoughts and feelings ($p = 0.036$) and slightly more anxiety ($p = 0.056$) in the diabetics than in the controls. Also, the diabetics who worried about their illness ($p = 0.021$) had poorer metabolic control than others. The diabetics did not differ in locus of control and self-competence from controls. Locus of control, self-competence and anxiety were not correlated to HbA_{1c} values.

Βιβλιογραφία

- Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness, a community study. 1958, New York, Wiley.
- Castaneda A, Mc Candless K, Palermo S. The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Dev* 1956; 27: 317-326.
- Harter S. Percieved Competence Scale for children. *Child Dev* 1982; 53: 87-97.
- Nowicki S, Strickland B. A locus of control scale for children. *J Consult Clin Psychol* 1973; 40: 148-154.
- Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966: No 80.
- Rutter M, Graham P. The reliability and validity of the psychiatric assesment of the child. I. Interview with the child. *Brit J Psychiatr* 1968; 114: 563-579.
- Swift RC, Seidman F, Stein K. Adjustment problem in Juvenile diabetes. *Psychosom Med* 1967; 29: 555-571.
- Johnson SB. Psychological aspects of childhood diabetes. *J Child Psychol Psychiatr* 1988; 29: 729-738.
- Cerreto M, Travis C. Implication of psychological and family factors in the treatment of diabetes. *Ped Clin N Amer* 1984; 31: 689-710.
- Rovet J, Ehrich R, Hoppe M. Behaviour problems in children with diabetes as a function of sex and age of onset of disease. *J Child Psychol Psychiatr* 1987; 28: 477-491.
- Connell AF. Epidemiological approaches to the identification of problems of Diabetes care. *Diabetes Care*, 1986.
- Bouras H, Delain F. L'enfant atteint de diabete et sa maladie. *Arch Fr Pediatr* 1987; 44: 51-55.
- Bobrow W, AvRuskin T, Siller J. Mother-daughter interaction and adherence to diabetes regimens. *Diabetes Care*, 1985; 8: 146-151.
- Holmes D. Diabetes in its Psychosocial context. *Diabetes Mellitus*, eds A. Marble et al, Lee and Febiger, Phila PA. 1983: 882-905.
- Sullivan BJ. Self-esteem and depression in adolescent diabetic girls. *Diabetes Care* 1978; 1: 18-22.
- Davis Shipp C, Pattishall G. Attitudes of diabetic boys and girls towards diabetes. *Diabetes* 1965; 14: 106-110.
- Fonagy P, Moran G, Lindsay M. et al. Psychological adjustment and diabetic control. *Arch Dis Child* 1987; 62: 1009-1013.
- Newbrough R, Simpkins G, Maurer H. A family development approach to studying factors in the management and control of childhood diabetes. *Diabetes Care* 1985; 8: 180-188.
- Marteau T, Bloch S, Baum D. Family life and diabetic control. *J Child Psychol Psychiatr* 1987; 28: 823-833.
- Delamater A, Kurtz S, Bubb J. et al. Stress and coping in relation to metabolic control of adolescents with Type I diabetes. *J Dev Behav Pediatr* 1987; 8: 136-140.
- Sinzato K, Fakino O, Tamai H. et al. Coping behavior of severe diabetics. *Psychother Psychosom* 1985; 43: 219-226.
- Ingersoll G, Orr D, Herrold A. et al. Cognitive maturity and self management among adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 1986; 108: 620-623.

Όροι ευρετηρίου
 Άγχος
 Εστία ελέγχου
 Αυτοεκτίμηση
 Κατάθλιψη
 Κοινωνική τάξη
 Γλυκαιμικός έλεγχος

Key words
 Anxiety
 Locus of control
 Self-competence
 Depression
 Social Class
 Glycemic control