

Anna Majchrzak, Ewelina Pietrzykowska, Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz,
Bogna Wierusz-Wysocka

Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala im. Franciszka Raszei w Poznaniu

Wpływ typu osobowości na poziom depresji i wyrównanie metaboliczne u chorych na cukrzycę typu 1

Influence of type of personality on level of depression and metabolic control in type 1 diabetic patients

STRESZCZENIE

WSTĘP. Czynniki psychologiczne wpływają na przebieg cukrzycy. Celem badania opisanego w niniejszej pracy było ustalenie, czy typ osobowości chorego na cukrzycę wiąże się z częstością występowania objawów depresyjnych i stopniem wyrównania metabolicznego cukrzycy.

MATERIAŁ I METODY. Do badania włączono 46 chorych na cukrzycę typu 1 (28 kobiet, 18 mężczyzn; średnia wieku $29,5 \pm 10,2$ roku; średni czas trwania cukrzycy $7,8 \pm 8,4$ roku). Analizowano następujące parametry wyrównania metabolicznego: glikemię na czczo, wartość hemoglobiny glikowanej, stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji HDL, cholesterolu frakcji LDL, triglicerydów oraz ciśnienie tętnicze. Poziom depresji oceniano na podstawie Skali Samooceny Depresji Zunga. Typ osobowości ustalono na podstawie testu Persona w modyfikacji Golay.

WYNIKI. W badanej grupie 8 osób prezentowało typ osobowości dyrektywno-ekstrawertyczny, 18 — ugodowo-ekstrawertyczny, 10 — ugodowo-introwertycz-

ny, a 7 — dyrektywno-introwertyczny. Najwyższy poziom objawów depresyjnych stwierdzono w grupie badanych o osobowości ugodowo-introwertycznej, natomiast najniższy charakteryzował osoby dyrektywno-introwertyczne. Różnice między tymi grupami były istotne statystycznie ($38,9 \pm 8,5$ v. $27,9 \pm 3,9$; $p < 0,05$). W analizie porównawczej grup wyróżnionych ze względu na typ osobowości nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie większości ocenianych parametrów kontroli metabolicznej cukrzycy. Wykazano jedynie różnice w zakresie stężenia cholesterolu frakcji LDL między grupą pacjentów o osobowości dyrektywno-ekstrawertycznej a grupą pacjentów o osobowości dyrektywno-introwertycznej ($95,4 \pm 19,5$ v. $143,0 \pm 34,1$ mg/dl $p < 0,05$).

WNIOSKI. Uzyskane wyniki pilotażowego badania wskazują, że typ osobowości wpływa na występowanie objawów depresji oraz parametry gospodarki lipidowej u chorych na cukrzycę typu 1. (Diabet. Prakt. 2009; 10, 3: 85–91)

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, osobowość, depresja, wyrównanie metaboliczne

ABSTRACT

BACKGROUND. Psychological factors influence the course of diabetes. The aim of our study was to observe whether there is relationship between type of personality, level of depression and selected parameters of metabolic control in type 1 diabetic patients. **MATERIAL AND METHODS.** The study was entered by 46 type 1 diabetic patients (28 women, 18 men, aged

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Majchrzak
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Oddział Diabetologii i Chorób Wewnętrznych im. Franciszka Raszei
ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań
tel./faks: (061) 847 45 79
e-mail: majchrzacam@wp.pl
Diabetologia Praktyczna 2009, tom 10, 3, 85–91
Copyright © 2009 Via Medica
Nadesłano: 01.06.2009 Przyjęto do druku: 16.06.2009

29.5 ± 10.2 years, with history of diabetes 7.8 ± 8.4 years). Authors assessed: fasting blood glucose, HbA_{1c} level, serum concentration of total cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglycerides and blood pressure. Level of depression was evaluated with the use of Zung Self-Assessment Depression Scale. Type of personality was studied with Persona test acc. to Golay. RESULTS. 8 patients represented directive-extravert type of personality (Promotor), 18 patients were compliant and extravert (Facilitator), 10 persons were (Analyser) and 7 — directive and introvert (Controller). The highest level of depression was noted in compliant-introvert patients (Analyser), whereas the lowest depression was recorded in directive-introvert patients (Controller). The difference between these groups was statistically significant (38.9 ± 8.5 v. 27.9 ± 3.9; p < 0.05). The analysis of personality and parameters of metabolic control did not show statistically significant differences in most analyzed parameters of metabolic control. We proved only that patients with directive and extravert type of personality (Promotor) have the lowest serum concentration of LDL-cholesterol, while the highest LDL-cholesterol concentration was observed in directive-introvert patients (Controller) (95.4 ± 19.5 mg/dl v. 143 ± 34.1 mg/dl; p < 0.05).

CONCLUSIONS. The results of this study indicate, that type of personality influences level of depression and lipid profile in patients with type 1 diabetes. (Diabet. Prakt. 2009; 10, 3: 85–91)

Key words: type 1 diabetes, personality, depression, metabolic control

Wstęp

Częstość cukrzycy nabiera charakteru epidemii, a liczba nowych przypadków zachorowań systematycznie wzrasta. Choroba ta nie tylko wydaje się istotnym problemem klinicznym, ale także wywiera ogromny wpływ na życie każdej dotkniętej nią osoby. Współczesna diabetologia stawia sobie za cel uzyskanie stanu dobrego wyrównania metabolicznego; zwraca się również uwagę na poprawę jakości życia tej grupy pacjentów [1]. Uzyskanie dobrej jakości życia u chorych na cukrzycę jest jednym z nadrzędnych celów deklaracji z St. Vincent [1]. Mimo ogromnego postępu w zakresie leczenia cukrzycy, nadal wielu pacjentów nie osiąga ani optymalnego wyrównania metabolicznego, ani dobrej jakości życia.

W badaniu *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) w cukrzycy typu 1 wykazano jednoznacz-

nie, że dobre wyrównanie metaboliczne jest podstawową metodą prewencji powikłań narządowych, a można je uzyskać dzięki zastosowaniu intensywnej insulinoterapii [2]. Ten model leczenia wymaga jednak prowadzenia programowej edukacji, która dostarcza choremu na cukrzycę, oprócz wiadomości teoretycznych, także praktycznych umiejętności radzenia sobie z chorobą w codziennych sytuacjach [3]. Edukacja terapeutyczna jest efektywna zarówno w zakresie prewencji ostrych powikłań, jak i obniżania ryzyka rozwoju zmian przewlekłych. Sprzyja także poprawie jakości życia chorych na cukrzycę [4]. Edukację powinien prowadzić nie tylko lekarz, ale również grupa specjalistów, tworzących tak zwany zespół terapeutyczny. Zaleca się, by w jego skład wchodził lekarz diabetolog, pielęgniarka, edukator (w Polsce tę funkcję często spełnia pielęgniarka), dietetyk, a także psycholog [4]. Do zadań zespołu terapeutycznego należy między innymi stałe wzmacnianie motywacji pacjenta do samokontroli i optymalnego leczenia. W praktyce oznacza to indywidualne podejście do każdego chorego na cukrzycę i uwzględnianie takich czynników, jak: stopień akceptacji choroby, typ osobowości pacjenta, status socjoekonomiczny, wpływ rodziny i środowiska [4]. Opieka terapeutyczna oznacza zatem także wsparcie psychologiczne chorego na cukrzycę. Dlatego wysiłki osób pracujących z chorymi na cukrzycę powinny się koncentrować na łączeniu medycznych i psychologicznych aspektów leczenia. Dzięki temu pacjent ma szansę zbudować swoją nową tożsamość, która będzie uwzględniać cukrzycę jako część jego osobowości [1].

Wiele danych wskazuje na ścisłe powiązanie cukrzycy ze stanem psychicznym [5, 6], ponieważ przewlekłe schorzenie, bez perspektywy wyzdrowienia, związane z ryzykiem wystąpienia ostrych powikłań zagrażających życiu chorego i możliwością rozwoju przewlekłych powikłań narządowych, prowadzących często do inwalidztwa, jest źródłem nieustającego stresu. Stanowi to ogromne obciążenie psychiczne dla pacjenta. Nie dziwi zatem fakt, że zarówno u chorych na cukrzycę typu 1, często młodych i aktywnych zawodowo, jak i u pacjentów z cukrzycą typu 2 zaburzenia depresyjne występują znacznie częściej niż w populacji osób zdrowych [7, 8]. Pojawienie się cukrzycy prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia chorych i zaburza ich funkcjonowanie w rodzinie, społeczeństwie oraz środowisku zawodowym [9, 10]. Ponadto choroba ta wiąże się ze złym wyrównaniem metabolicznym i zwiększonym ryzykiem rozwoju powikłań narządowych [11–13].

Potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na psychologiczny aspekt leczenia diabetologicznego su-

gerowały między innymi wyniki badania *Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN Study)* [14], w których wykazano między innymi, że w związku z cukrzycą 1/3 chorych zgłasza złe samopoczucie, a ponad 50% odczuwa stres i lęk. Około 40% pacjentów obawia się, że z powodu choroby nie będzie w stanie wykonywać swoich obowiązków rodzinnych, zawodowych i społecznych w taki sam sposób, jak ich zdrowi rówieśnicy. Z badań tych wynika ponadto, że około 20% chorych odczuwa „wypalenie” wskutek konieczności stałego dbania o przebieg cukrzycy. Ustalono również, że zespoły terapeutyczne nie potrafią odpowiednio ocenić potrzeb psychologicznych swoich pacjentów, a co więcej — chorzy nie odnajdują „wspólnego języka” ze swoimi lekarzami. Sugerowano więc, że lepsze efekty leczenia cukrzycy można będzie uzyskać dopiero wówczas, gdy odpowiednia opieka medyczna zostanie wzbogacona wsparciem psychospołecznym.

W ostatnich latach podkreśla się również istotną rolę idei „wzmacniania” (*empowerment*) w opiece nad przewlekle chorym. „Wzmacnianie pacjenta” (*patient empowerment*) jest specyficznym podejściem, polegającym na pomaganiu choremu w odkrywaniu i rozwijaniu jego wewnętrznej zdolności do uznania odpowiedzialności za własne zdrowie i leczenie oraz w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących osobistych celów leczenia i w pokonywaniu barier na drodze do ich osiągnięcia [15]. Aby działania w tym zakresie były skuteczne, konieczne wydaje się poznanie typu osobowości pacjenta, ponieważ osobowość może wpływać na relację lekarz–pacjent. Dobór metod leczenia, odpowiednich do profilu psychologicznego chorego, może z kolei wpłynąć na poprawę komunikacji z nim i na poprawę zrozumienia jego potrzeb. W następstwie powinien się zwiększyć stopień wypełniania zaleceń lekarskich, a tym samym powinna się poprawić kontrola choroby, zaś zaburzenia psychopatologiczne wśród pacjentów z cukrzycą powinny się stać rzadsze [14].

Celem opisanego w niniejszej pracy badania było ustalenie, czy typ osobowości chorego na cukrzycę jest powiązany z częstością występowania objawów depresyjnych i stopniem wyrównania metabolicznego cukrzycy.

Materiał i metody

Grupę badawczą stanowiło 46 chorych na cukrzycę typu 1, w tym 28 kobiet i 18 mężczyzn, hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z powodu niewyrównanej

Tabela 1. Charakterystyka kliniczna grupy badanej (n = 46). Dane podano jako średnią i odchylenie standardowe lub n (%)

Parametry kliniczne	
Kobiety [n (%)]	28 (60,9%)
Wiek (lata)	29,5 ± 10,2
Czas trwania cukrzycy (lata)	7,8 ± 8,4
Glikemia na czczo [mg/dl]	148 ± 52
HbA _{1c} (%)	8,2 ± 1,9
Cholesterol całkowity [mg/dl]	199 ± 41
Cholesterol frakcji LDL [mg/dl]	107 ± 30
Cholesterol frakcji HDL [mg/dl]	66 ± 20
Triglicerydy [mg/dl]	123 ± 69
Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	124 ± 16
Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]	80 ± 10
Wskaźnik masy ciała [kg/m ²]	23 ± 4
Retinopatia [n (%)]	12 (26,1%)
Nefropatia [n (%)]	5 (10,9%)
Neuropatia [n (%)]	2 (4,3%)

metabolicznie cukrzycy. Średni wiek badanych wynosił 29,5 ± 10,2 roku, a średni czas trwania cukrzycy — 7,8 ± 8,4 roku. Pacjenci stosowali różne modele insulinoterapii. Trzydziestu chorych było leczonych metodą intensywnej czynnościowej insulinoterapii z samodzielnym ustalaniem dawek insuliny okołoposiłkowej, w tym 18 — od momentu rozpoznania cukrzycy. Czternastu pacjentów stosowało insulinę w postaci gotowych mieszanek podawanych 2–3-krotnie w ciągu dnia, przy czym w chwili hospitalizacji 9 chorych zgłaszało chęć rozpoczęcia intensywnej czynnościowej insulinoterapii. W badanej grupie u 12 osób stwierdzono retinopatię, u 5 osób — wykładniki nefropatii cukrzycowej, a u 2 — cechy obwodowej polineuropatii. W badanej grupie chorych oceniano następujące parametry wyrównania metabolicznego cukrzycy: glikemię na czczo, odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}), całkowite stężenie cholesterolu w surowicy, stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein o wysokiej gęstości (HDL, *high-density lipoprotein*), frakcji lipoprotein o niskiej gęstości (LDL, *low-density lipoprotein*), stężenie triglicerydów, skurczowe i rozkurczowe ciśnienie tętnicze oraz wskaźnik masy ciała. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Ocenę stanu psychicznego przeprowadzono na podstawie Skali Samooceny Depresji Zunga (ZDS, *Zung Depression Scale*) [16]. Zawiera ona 20 twierdzeń dotyczących samopoczucia w ostatnim czasie, spośród których 10 odnosi się do obecności objawów, a 10 dotyczy ich braku. Pacjent w odniesieniu do każdego twierdzenia zaznacza jedną adekwatną

odpowiedź. Zakres możliwych do uzyskania punktów mieści się w granicach 20–80. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie objawów depresji.

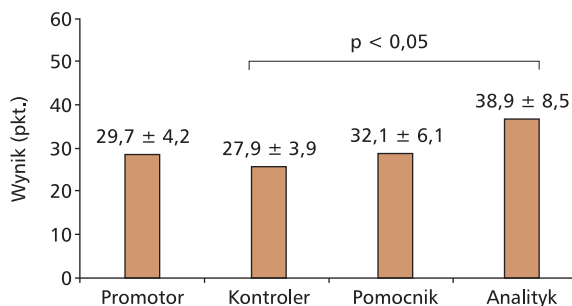
Typ osobowości oceniano według testu Pearsona w modyfikacji Golay [17]. W teście tym chorzy wypełniali ankietę zawierającą dwie grupy par pytań (łącznie 34 pary). Analiza taka pozwoliła wyróżnić 4 typy osobowości: dyrektywny ekstrawertyk (promotor), ugodowy ekstrawertyk (pomocnik), dyrektywny introwertyk (kontroler) oraz ugodowy introwertyk (analityk). Promotor, nazywany też „propagatorem”, to osoba, której dominującą potrzebą jest bycie podziwianym, chęć robienia wrażenia i imponowania innym. Jest to osoba otwarta, bardzo kreatywna, która wszelkie decyzje podejmuje szybko i intuicyjnie. Pomocnik to osoba, u której dominuje potrzeba przebywania z ludźmi, przynależności do grupy, afiliacji. Jest to osoba zależna od innych, przystosowująca się do otoczenia, która nie chce nikogo urazić, nikomu nie chce zrobić przykrości, nie potrafi odmawiać. Podejmowanie decyzji sprawia jej zawsze duże trudności. Kontroler to typ osobowości dyrektywnej i introwertycznej. Jest to osoba bardzo konkretna, lubiąca stawiać sobie wyzwania. Podejmowanie decyzji nie jest dla niej problemem; podejmuje je bardzo szybko i niezależnie od innych osób. Osobowość introwertyczna i ugodowa charakteryzuje analityka. W tym typie osobowości dominującą potrzebą jest poczucie bezpieczeństwa. Są to osoby bardzo ostrożne, precyzyjnie i rzetelnie wykonujące swoją pracę, lubiące rytuały. Przed podjęciem jakiegokolwiek decyzji dokładnie analizują wszystkie szczegóły.

Analizę statystyczną przeprowadzono na podstawie testu ANOVA dla zmiennych parametrycznych i testu wielokrotnych porównań Tukeya-Kramera. Za istotne statystycznie przyjęto p poniżej 0,05.

Projekt badawczy zaakceptowała Komisja Bietyczna Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Wyniki

W analizie typu osobowości pacjentów uzyskano 43 kompletnie wypełnione kwestionariusze. W badanej grupie dominowały osoby ugodowo ekstrawertyczne (pomocnik) — 18 osób (41,9%), 10 badanych (23,2%) prezentowało typ ugodowego introwertyka (analityk), 8 osób (18,6%) określono jako dyrektywnych ekstrawertyków (promotorów), zaś 7 badanych (16,3%) — jako dyrektywnych introwertyków (kontrolerów). Na podstawie analizy zależności typu osobowości i obecności objawów depresji badanej grupy osób ($n = 43$) stwierdzono, że objawy depresyjne występują najczęściej u osób



Rycina 1. Wyniki uzyskane w Skali Depresji Zung w podgrupach wydziałonych ze względu na typ osobowości (średnia ± odchylenie standardowe)

o analitycznym typie osobowości, najrzadziej zaś dotyczyły osób kontrolujących, czyli dyrektywnych introwertyków. Różnica między tymi grupami była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane w skali depresji w podgrupach wydziałonych ze względu na typ osobowości obrazuje rycina 1.

Na podstawie przeprowadzonej analizy nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie większości ocenianych parametrów kontroli metabolicznej cukrzycy między poszczególnymi typami osobowości. Wykazano jedynie, że najniższe stężenie cholesterolu frakcji LDL ($95,4 \pm 19,5$ mg/dl) występuje u badanych z osobowością typu promotora (dyrektywnego ekstrawertyka), a najwyższe stężenie tej frakcji cholesterolu stwierdzono u osób charakteryzujących się osobowością kontrolera ($143,0 \pm 34,1$ mg/dl). Różnica między grupami była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane dla 4 grup pacjentów wyróżnionych ze względu na typ osobowości przedstawiono w tabeli 2.

Dyskusja

W wielu badaniach wykazano, że na wyrównanie metaboliczne cukrzycy wpływa wiele zmiennych, takich jak cechy medyczne, socjoekonomiczne oraz stałe i zmienne cechy psychologiczne. Niektóre dane z piśmiennictwa wskazują, że pewne cechy osobowości mogą być czynnikiem ryzyka złego wyrównania metabolicznego, a tym samym — rozwoju cukrzycowych powikłań naczyniowych. Z kolei trudności w adaptacji do choroby mogą się przyczynić do rozwoju zaburzeń depresyjnych.

W badaniach własnych autorzy nie wykazali istotnych korelacji między typem osobowości badanych a większością oznaczanych parametrów wyrównania metabolicznego. Istotność statystyczną osiągnięto jedynie w zakresie stężenia cholesterolu frakcji LDL. Stwierdzono, że najniższe jego wartości występują u chorych z osobowością typu promotora.

Tabela 2. Wyniki parametrów kontroli metabolicznej w podgrupach wyróżnionych ze względu na typ osobowości

	Promotor (n = 8)		Pomocnik (n = 18)		Analityk (n = 7)		Kontroler (n = 10)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wiek (lata)	24,9	10,6	27,1	9,0	29,7	8,2	33,9	9,6
Czas trwania cukrzycy (lata)	7,7	6,1	10,2	9,5	7,6	8,6	7,5	9,2
FBG [mg/dl]	150	35	148	55	171	64	98	17
HbA _{1c} (%)	8,3	1,3	8,9	2,3	7,9	1,2	7,1	1,2
Cholesterol całkowity [mg/dl]	178	25	205	43	187	39	246	48
Cholesterol frakcji LDL [mg/dl]	95	19	108	29	100	27	143	34*
Cholesterol frakcji HDL [mg/dl]	60	25	74	16	68	22	53	11
Triglicerydy [mg/dl]	102	35	124	69	119	84	115	84
Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	116	13	124	13	118	11	146	24
Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]	77	13	80	11	80	6	82	11
Wskaźnik masy ciała [kg/m ²]	21,7	5,0	22,1	3,4	22,2	3,1	25,5	3,1

*p < 0,05 promotor v. kontroler; M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; FBG (fasting blood glucose) — glikemia na czczo

ra (dyrektywnego ekstrawertyka), a najwyższe — u badanych z osobowością typu kontrolera (dyrektywny introwertyk).

Golay i wsp. [18] oceniali wcześniej związki typu osobowości z występowaniem otyłości. Wśród 281 kobiet otyłych i 252 kobiet bez otyłości wykazano, że typ osobowości ekstrawertycznej i ugodowej (pomocnik) znacznie częściej wiąże się z nadmierną masą ciała. Inną analizę przeprowadzili Orlandini i wsp. [19], oceniając wpływ typu osobowości na wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Badanie przeprowadzono u 77 dorosłych chorych na cukrzycę typu 1. Stwierdzono, że najwyższe wartości HbA_{1c} występują u osób, których osobowość określono jako „dramatyczną i zależną”. Ten typ osobowości był więc czynnikiem predysponującym do złego wyrównania metabolicznego. Wiebe i wsp. [20] zaobserwowali natomiast, że wysoki poziom neurotyczności, czyli skłonności do przeżywania negatywnych emocji (niepokój, irytacja, wrogość, smutek), wiąże się z gorszą kontrolą glikemii wśród nastolatków z cukrzycą typu 1. Z kolei Lane i wsp. [6], badając 105 chorych na cukrzycę typu 2, wykazali, że wyższe stężenia glukozy we krwi i gorsze wyrównanie metaboliczne wiązały się z niższym poziomem neurotyczności. Zatem badania przeprowadzone w cukrzycy typu 1 i typu 2 nie przyniosły w tym zakresie jednoznacznych danych. Warto jednak zauważyć, że ich bezpośrednie porównanie jest trudne, ponieważ stosowano w nich różne narzędzia do oceny osobowości badanych osób — nie istnieją wystandaryzowane i powszechnie stosowane metody do oceny osobowości w grupie chorych na cukrzycę.

U osób z cukrzycą częste są także zaburzenia depresyjne. Na uwagę zasługuje fakt, że schorzenie

to jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym u chorych na cukrzycę. Ponadto jej przebieg w tych przypadkach jest na ogół ciężki i długotrwały [21]. Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych opiera się na stwierdzeniu określonych objawów w zakresie sfery fizycznej, poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. Charakterystyczne dla depresji zaniebdywanie własnej osoby u chorych na cukrzycę może się przejawiać jako brak konsekwencji w leczeniu i prowadzić do negatywnych następstw zdrowotnych. Dlatego osoby z cukrzycą i współistniejącą depresją cechują się gorszym wyrównaniem metabolicznym oraz częściej występują u nich ostre i przewlekłe powikłania cukrzycy [11–13]. Przyczynia się to również do gorszej jakości życia tej grupy chorych [9, 10]. Wykazano, że obecność depresji jest niezależnym czynnikiem predysponującym do rozwoju choroby niedokrwiennej serca oraz dodatnio koreluje z progresją retinopatii u pacjentów z cukrzycą typu 1 [22]. Optymalne leczenie depresji może więc znacznie złagodzić cierpienie u chorych na cukrzycę oraz przyczynić się do poprawy ich jakości życia. Z kolei niepowodzenie w terapii depresji może prowadzić do nieefektywnej kontroli metabolicznej cukrzycy [23].

W badaniu przeprowadzonym przez autorów niniejszej pracy wykazano korelację między typem osobowości a podatnością na symptomy depresji. Stwierdzono, że objawy depresyjne występują najczęściej u osób o analitycznym typie osobowości. Można to tłumaczyć faktem, że każdy wynik odbiegający od normy powoduje u tych osób zachwianie ważnego dla nich poczucia bezpieczeństwa. Charakterystyczne dla cukrzycy wahania glikemii i związane z nimi ryzyko rozwoju powikłań cukrzycowych

mogą wywoływać u ugodowych introwertyków wzrost napięcia psychicznego oraz sprzyjać pojawianiu się charakterystycznych dla depresji negatywnych myśli dotyczących własnej osoby i przyszłości. Zarazem tłumienie emocji, trudności w korzystaniu ze źródeł wsparcia mogą pogłębiać poczucie osamotnienia w chorobie i prowadzić do przeciążenia związanymi z nią wymaganiami. Stosunkowo najmniej objawów depresyjnych w prezentowanym badaniu występowało u pacjentów z osobowością dyrektywną i introwertyczną. Jako osoby bardzo konkretne, lubiące stawiać sobie rozmaite cele, prawdopodobnie traktują oni chorobę jako wyzwanie. Taka postawa sprzyja lepszej akceptacji choroby i przyczynia się do aktywnego zaangażowania w leczenie cukrzycy [24]. Charakterystyczna dla tych osób samodzielność w podejmowaniu decyzji może się wiązać z poczuciem większego wpływu na przebieg choroby [25]. W przeprowadzonych wcześniej badaniach wykazano, że poczucie własnej skuteczności i wysoka samoocena istotnie wpływają na prowadzoną samoopiekę i poprawę stopnia kontroli metabolicznej u młodych chorych na cukrzycę typu 1. Ponadto stwierdzono, że wyższe poczucie własnej skuteczności i wyższy poziom optymizmu przyczyniają się do poprawy jakości życia u osób z cukrzycą [26, 27].

Badania własne autorów mają charakter pilotażowy. Brak odpowiedniej grupy kontrolnej oraz brak polskich norm dla testu osobowości według Golay sprawiają, że dyskusja nad powiązaniem między typem osobowości a kontrolą metaboliczną i obecnością depresji u chorych na cukrzycę typu 1 nie jest w pełni uzasadniona metodologicznie. Wyniki badania autorów są również ograniczone z powodu niewielkiej liczebności badanej grupy, co zmniejsza moc statystyczną i utrudnia zastosowanie bardziej skomplikowanych analiz statystycznych. Z powodu wielkości ocenianej grupy istnieje również możliwość wystąpienia wyników przypadkowych. Dlatego aby potwierdzić uzyskane wyniki lub też odkryć inne ważne zależności, konieczne jest przeprowadzenie badania obejmującego większą liczbę chorych.

Powiązania między typem osobowości a wyrównaniem metabolicznym uzyskane w prezentowanym badaniu są ograniczone, ponieważ nie uwzględniono w nim wpływu potencjalnych poznawczych i behawioralnych zmiennych pośredniczących. Możliwe jest więc, że cechy osobowości i parametry wyrównania metabolicznego oddziałują na siebie w bardziej dynamiczny sposób. Dlatego w przyszłych badaniach należy uwzględnić takie czynniki pośredniczące, jak: przekonania i postawy

wobec choroby, nawyki żywieniowe czy też czynności związane z samokontrolą cukrzycy i podobne zmienne. Połączenie informacji dotyczących cech osobowości z wiedzą na temat istotnych zmiennych pośredniczących może być ważnym narzędziem w pracy z chorym. Może pomóc lekarzom w rozwiązywaniu już na wczesnym etapie problemów związanych z chorobą oraz lepszym rozumieniu aspektów psychologicznych pacjentów, co sprzyja podmiotowemu traktowaniu chorych na cukrzycę.

Należy podkreślić, że określenie typu osobowości pacjenta jest niezwykle pomocne przy formułowaniu zaleceń dla niego, ponieważ wiadomo, że skuteczność leczenia w ogromnym stopniu zależy od tego, jak pacjent rozumie i realizuje zalecenia zespołu terapeutycznego. Im bardziej dostosowane, konkretne i szczegółowe są zalecenia, tym większa szansa powodzenia w ich realizacji. Prawidłowe rozpoznanie typu osobowości ma również znaczenie przy budowaniu relacji z chorym, rozpoznawaniu jego rzeczywistych problemów, potrzeb i lęków. Dzięki indywidualnemu traktowaniu chorego na cukrzycę można nie tylko sprawować fachową opiekę medyczną, ale również udzielić mu wsparcia psychologicznego i wpłynąć w ten sposób na poprawę jakości jego życia z przewlekłą chorobą.

Wnioski

1. Typ osobowości chorego na cukrzycę wpływa na występowanie objawów depresji oraz wiąże się ze stopniem wyrównania metabolicznego cukrzycy w zakresie gospodarki lipidowej.
2. Chorzy na cukrzycę wymagają indywidualizacji oraz personalizacji procedur terapeutycznych zależnie od typu osobowości.
3. Lepsze zrozumienie wpływu typu osobowości na wyniki leczenia cukrzycy stworzy możliwości modyfikowania wzorów zachowań i indywidualizowania strategii edukacyjnych dobranych odpowiednio do profilu psychologicznego pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Diabetes care and research in Europe. The St. Vincent Declaration. *G. Ital. Diabetol.* 1990; 10: 143–144.
2. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 977–986.
3. Lacroix A., Assal J.P. Therapeutic education of patients. New approaches to chronic illness. Editions Maloine, Paris 2003.
4. Diabetes Education Study Group, Basic Curriculum for Health Professionals on Diabetes Therapeutic Education. Report of DESG Working Group 2001.

5. Gentili P., Maldonato A., Scalabrino A.M. The influence of psychological factors on the patient's management of diabetes. *Critical survey of psychodynamic nature on personal management of diabetes. Minerva Psichiatr.* 1996; 37: 83–90.
6. Lane J.D., McCaskill C.C., Williams P.G., Parekh P.I., Feirglos M.N., Surwit R.S. Personality correlates of glycaemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 1321–1325.
7. Kovacs M., Goldston D., Obrosky D.S., Bonar L.K. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care* 1997; 20: 36–44.
8. Okada S., Hamada H., Ishii K., Ichiki K., Tanokuchi S., Ota Z. Factors related to stress in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J. Int. Med. Res.* 1995; 23: 449–457.
9. Ciechanowski P.S., Katon W.J., Russo J.E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 3278–3285.
10. Jacobson A.M., de Groot M., Samson J.A. The effect of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Qual. Life* 1997; 6: 11–20.
11. Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E., de Groot M., Carney R.M. Depression and poor glycaemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 434–442.
12. de Groot M., Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom. Med.* 2001; 63: 619–630.
13. de Groot M., Jacobson A.M., Samson J.A., Welch G. Glycaemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *J. Psychosom. Res.* 1999; 46: 425–435.
14. Peyrot M., Rubin R.R., Lauritzen T., Snoek F.J., Matthews D.R., Skovlund S.E. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet. Med.* 2005; 22: 1379–1385.
15. Funnell M.M., Anderson R.M. Empowerment and self-management education. *Clin. Diabetes* 2004; 22: 123–127.
16. Zung W.W.K. A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psych.* 1965; 12: 67–70.
17. Golay A. Food for thought. Personality-based weight loss. Editions ADC International, Versailles 2000: 29–41.
18. Golay A., Hagon I., Painot D. i wsp. Personalities and alimentary behaviors in obese patients. *Patient Educ. Counsel.* 1997; 31: 103–112.
19. Orlandini A., Pastore M.R., Fossati A. i wsp. Effect of personality on metabolic control in IDDM patients. *Diabetes Care* 1995; 18: 206–209.
20. Wiebe D.J., Alderfer M.A., Palmer S.C., Lindsay R., Jarrett L. Behavioral self-regulation in adolescents with type 1 diabetes. Negative affectivity and blood glucose symptom perception. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1994; 62: 1204–1212.
21. Green L., Catalan J. Mental health problems in people with diabetes. W: Pickup J.C., Williams G. (red.). *Textbook of diabetes.* Blackwell Publishing, Philadelphia 2002: 64.1–64.13.
22. Lustman P.J., Clouse R.E. Treatment of depression in diabetes. Impact on mood and medical outcome. *J. Psychosom. Res.* 2002; 53: 917–924.
23. Goldney R.D., Phillips P.J., Fisher L.J., Wilson D.H. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care* 2004; 27: 1066–1070.
24. Graue M., Wentzel-Larsen T., Bru E., Hanestad B.R., Sovik O. The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care* 2004; 27: 1313–1317.
25. Kokoszka A., Sieradzki J. Poczucie wpływu na przebieg choroby a sposób leczenia cukrzycy. *Diabet. Prakt.* 2005; 6: 1–5.
26. Rose M., Fliege H., Hildebrandt M., Schirop T., Klapp B.F. The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 35–42.
27. Johnston-Brooks C.H., Lewis M.A., Garg S. Self-efficacy impacts self-care and HbA_{1c} in young adults with type 1 diabetes. *Psychosom. Med.* 2002; 64: 43–51.