

SYLWIA SZYMAŃSKA

Zakład Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii UŁ

OSOBOWOŚĆ MŁODZIEŻY CHOREJ NA CUKRZYCĘ

WPROWADZENIE

Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych w populacji wieku rozwojowego (Jarosz-Chobot, Otto-Buczowska 1999). Występująca w tej grupie wiekowej głównie cukrzyca typu 1 (insulinozależna) jest chorobą nie tylko przewlekłą, ale i nieuleczalną, stawiającą przed pacjentem szczególne wymagania. Ze względu na specyfikę choroby oraz jej leczenia główny wysiłek kontroli cukrzycy spoczywa na samym pacjencie, a w przypadku dzieci dodatkowo na rodzinie. Konieczne staje się przestrzeganie diety, codzienne, czasem kilkakrotne pomiary poziomu glukozy, iniekcje insuliny i dostosowywanie jej dawek do aktualnego zapotrzebowania organizmu (Symonides-Ławecka 1996). Cukrzyca towarzyszy ryzyko ostrych i przewlekłych powikłań prowadzących do kalectwa oraz przedwczesnych zgonów (Idzior-Waluś 1995). Choroba ta jest także utrudnieniem w realizacji zadań rozwojowych, jak założenie rodziny, posiadanie potomstwa, wybór zawodu (Smockiewicz 1998). Z pewnością można ją więc rozpatrywać w kategoriach sytuacji stresowej (Wrześniewski, Skuza 1994). Cukrzyca typu 1 ujawnia się zwykle przed 15 rokiem życia (Jarosz-Chobot, Otto-Buczowska 1999). Tym samym dziecko, a potem młody człowiek, narażony jest na obciążenia psychiczne związane z chorobą nieznaną jego zdrowym rówieśnikom, które nie pozostają bez wpływu na kształtującą się osobowość.

PRZEGLĄD BADAŃ

W licznych badaniach poszukiwano typu osobowości, czy zespołu cech kształtujących się lub nasilających pod wpływem choroby. Większość badaczy zajmujących się problematyką zależności somatopsychicznych w cukrzycy przyjmuje, że nie możemy mówić o osobowości diabetycznej (m. in. Bartnik i in. 1994; Dunn, Turtle 1981; Lustman i in. 1991; Rodin 1983). Chorzy na cukrzycę różnią się jednak od osób zdrowych w zakresie niektórych cech osobowości. Rezultaty badań są przy tym niejednoznaczne. Zwraca się uwagę na problem obniżonej samooceny dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami (Bartnik i in. 1994; Grey i in. 1995; Jacobson i in. 1997; Kiełczewska-Mrozikiewicz i in. 1998) oraz dużej niestabilności emocjonalnej z towarzyszącymi jej wybuchowością i rozdrażnieniem (Ruszczyńska i in. 1991). W kontaktach z innymi ludźmi pacjenci z cukrzycą wykazują skłonność do wycofywania się (Ruszczyńska i in. 1991; Wiśniowiecka 1996/1997) przy jednoczesnej tendencji do uzależniania się od otoczenia i podporządkowania innym (Bartnik i in. 1994; Grey i in. 1995). Z drugiej zaś strony rezultaty badań wskazują, że poziom samooceny chorych na cukrzycę nie różni się istotnie od tego, jaki występuje u osób zdrowych (Grey i in. 1995; Hanson i in. 1990). W zakresie kontaktów społecznych Jacobson i in. (1997) nie znaleźli różnic między grupą chorych na cukrzycę młodych ludzi, a ich zdrowymi rówieśnikami. Zdżienicka (1990) dodaje, że osoby z cukrzycą przejawiają dużą potrzebę kontaktów społecznych. Są przy tym mniej pobudliwe od osób zdrowych, ze skłonnością do tłumienia emocji. Wiśniowiecka (1996/1997) na podstawie badań dzieci chorych na cukrzycę Cattella i Portera 14-czynnikowym Kwestionariuszem Osobowości stwierdziła, że są one bardziej sumienne, odpowiedzialne, wytrwałe, realistyczne i dokładne w myśleniu od swoich zdrowych rówieśników. Przejawiają także większą dojrzałość emocjonalną i refleksyjność. W badaniach Bartnik i in. (1994) oraz Kiełczewskiej-Mrozikiewicz i in. (1998) wykazano, że młodzi pacjenci z cukrzycą mają dużą potrzebę stałości i ciągłości otoczenia, uporządkowania, zorganizowania i planowania swoich działań.

Doniesienia z badań wskazują, że pacjenci z cukrzycą w porównaniu z osobami zdrowymi wykazują również więcej cech neurotycznych (Ruszczyńska i in. 1991) ze skłonnością do stanów lękowych. Występowanie lęku jest charakterystyczne głównie dla pacjentów w pierwszym roku trwania choroby (Blanz i in. 1993; Kovacs i in. 1997) i dotyczy w większym stopniu dziewcząt, niż chłopców (La Greca i in. 1995; Kovacs i in. 1990). Natomiast Jarosz-Chobot i in. (1997) nie znaleźli różnic zarówno w lęku rozumianym jako stan, jaki i w lęku – cesze osobowości między młodymi ludźmi chorującymi na cukrzycę, a ich zdrowymi rówieśnikami. Podobne rezultaty uzyskali Grey i in. (1995) u młodzieży chorującej na cukrzycę od dwóch lat.

Prezentowany przegląd badań dotyczących osobowości chorych na cukrzycę typu 1 nie pozwala na formułowanie jednoznacznych wniosków. Tymczasem poznanie struktury osobowości pacjentów z cukrzycą jest ważne zarówno dla zespołu leczącego, jak i samego pacjenta. W wielu przypadkach bowiem stosowanie metod kontroli cukrzycy typu 1 jest niewystarczające dla efektywnego leczenia, w którym znaczącą rolę odgrywają czynniki psychologiczne (Szadkowska i in. 1996).

Celem prezentowanych badań była odpowiedź na pytanie: Czy istnieją różnice w cechach osobowości między młodymi ludźmi chorymi na cukrzycę a ich zdrowymi rówieśnikami?

METODA

Badaniami objęto 100-osobową grupę pacjentów Poradni Diabetologicznej przy Szpitalu Klinicznym AM nr 4 Łodzi. Zbadano 50 chłopców i 50 dziewcząt w wieku 16–22, 17 lat (średni wiek życia 17,81; odchylenie standardowe 1,58) chorujących na cukrzycę typu 1 od roku do 17 lat (średnia długość trwania choroby 6,97 lat; odchylenie standardowe 4,23). Grupę kontrolną stanowili uczniowie szkół średnich i studenci z województwa łódzkiego, nie chorujący na żadną z chorób przewlekłych, wybrani losowo do badań. Zbadano 103 osoby (52 chłopców i 51 dziewcząt) w wieku 16–21,5 lat (średni wiek życia 18, 14; odchylenie standardowe 1,30).

Badanie wykonano za pomocą 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowościowego autorstwa R. B. Cattella, który jest rzetelną i trafną metodą pozwalającą na strukturalną charakterystykę źródłowych cech osobowości. W celu oszacowania różnic w cechach osobowości między grupą chorych na cukrzycę a ich zdrowymi rówieśnikami posłużono się testem *t*-Studenta porównując średnie wartości stenowe w każdym z czynników. Ze względu na fakt, że w badaniach uczestniczyły osoby młodsze, niż 18-letnie w zamianie wyników surowych na standaryzowane posłużono się normami skonstruowanymi przez autorkę na podstawie wyników badań grupy kontrolnej.

WYNIKI

Uzyskane wyniki umożliwiły poznanie 16 wymiarów osobowości badanych osób oraz ich poziomu introwersji i niepokoju. Z uwagi na występujące w populacji istotne statystycznie różnice między płciami w zakresie niektórych cech, jakie mierzy kwestionariusz (Cattell i in. 1970) dokonano dodatkowych porównań w grupach dziewcząt oraz chłopców.

Tabela 1

Porównanie średnich wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Osobowościowym przez osoby chore na cukrzycę ($n=100$) i osoby zdrowe ($n=103$)

Czynniki	Chorzy		Zdrowi		Istotność różnic (test <i>t</i> -Studenta)
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
A – cyklotymia–schizotypia	5,42	2,63	5,50	2,22	-0,23
B – wysoka inteligencja–niska inteligencja	5,44	1,74	5,50	2,00	-0,23
C – dojrzałość emocjonalna– neurotyczność	4,94	2,16	5,51	2,00	-1,97
E – dominowanie–uległość	5,47	1,84	5,68	1,97	-0,79
F – surgencja–desurgencja	5,30	1,97	5,50	1,98	-0,75
G – wysokie superego–niskie superego	5,70	1,93	5,50	1,99	0,69
H – odporność–brak odporności	4,86	2,23	5,50	1,99	-2,16*
I – wrażliwość–brak wrażliwości	5,45	2,25	5,48	1,95	-0,11
L – paranoidalna podejrzliwość– brak podejrzliwości	5,95	2,00	5,52	1,94	1,56
M – niekonwencjonalność– konwencjonalność	5,24	2,14	5,49	1,93	-0,87
N – racjonalizm–prostota	5,11	2,05	5,50	1,97	-1,41
O – depresyjna niepewność siebie– pewność siebie	6,07	2,20	5,50	1,97	1,95
Q1 – radykalizm–konserwatyzm	5,65	1,80	5,50	1,99	0,55
Q2 – samowystarczalność–zależność od grupy	5,38	2,17	5,50	1,98	-0,39
Q3 – wysoka samoocena–niska samoocena	5,06	1,97	5,50	1,99	-1,57
Q4 – wysokie napięcie ergiczne– niskie napięcie ergiczne	5,86	2,26	5,51	1,97	1,24**
WN – niepokój–integracja	6,77	2,07	5,51	1,97	4,46***
IN–EX – introwersja–ekstrawersja	6,21	2,26	5,50	1,8	2,44

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, *M* – średnia arytmetyczna, *s* – odchylenie standardowe od średniej.

Dane zawarte w tab. 1 wskazują na to, że rozkład wyników w zakresie porównywanych cech osobowości w grupie osób chorych na cukrzycę mieści się w przedziale wyników średnich. Tylko w jednym czynniku podstawowym (H) wystąpiły istotne statystycznie różnice między grupą chorych a ich zdrowymi rówieśnikami ($p < 0,05$). Młodzi ludzie chorujący na cukrzycę, w porównaniu z osobami zdrowymi, wykazują mniejszą odporność w sytuacji stresowej (H–). Są bardziej wrażliwi na wszelkie sygnały zagrożenia. W kontaktach z innymi ludźmi częściej przejawiają zachowania pełne powściągliwości i rezerwy. Trzymają się na uboczu. Cechuje ich większa nieśmiałość, lękliwość oraz mniejsza wiara we własne możliwości.

Tabela 2

Porównanie średnich wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Osobowościowym przez dziewczęta chore na cukrzycę ($n=50$) i dziewczęta zdrowe ($n=51$)

Czynniki	Chorzy		Zdrowi		Istotność różnic (test <i>t</i> -Studenta)
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
A – cyklotymia–schizotypia	4,70	2,77	5,50	2,43	-1,54
B – wysoka inteligencja–niska inteligencja	5,49	1,80	5,20	2,02	0,76
C – dojrzałość emocjonalna– neurotyczność	4,58	2,17	5,50	2,00	-2,21*
E – dominowanie–uległość	5,26	1,87	5,49	1,97	-0,55
F – surgencja–desurgencja	5,28	2,05	5,36	2,04	-0,20
G – wysokie superego–niskie superego	5,64	1,87	5,78	2,01	-0,36
H – odporność–brak odporności	4,61	2,52	5,22	2,01	-1,36
I – wrażliwość–brak wrażliwości	4,96	2,04	5,50	2,00	-1,34
L – paranoidalna podejrzliwość– brak podejrzliwości	6,50	1,86	5,82	1,94	1,77
M – niekonwencjonalność– konwencjonalność	5,15	2,48	5,50	2,00	-0,78
N – racjonalizm–prostota	5,06	1,90	5,50	2,00	-1,14
O – depresyjna niepewność siebie– pewność siebie	5,84	2,12	5,50	2,00	0,82
Q1 – radykalizm–konserwatyzm	6,68	2,12	5,42	1,95	0,64
Q2 – samowystarczalność–zależność od grupy	5,83	2,56	5,46	2,10	0,80
Q3 – wysoka samoocena–niska samoocena	4,92	2,34	5,50	2,00	-1,33
Q4 – wysokie napięcie ergiczne– niskie napięcie ergiczne	5,78	2,10	5,50	2,00	0,68
WN – niepokój–integracja	6,24	2,24	5,17	1,86	2,60**
IN–EX – introwersja–ekstrawersja	6,55	2,77	5,53	1,95	2,16*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, *M* – średnia arytmetyczna, *s* – odchylenie standardowe od średniej.

Dane zawarte w tab. 2 wskazują na to, że rozkład wyników w zakresie porównywanych cech osobowości w grupie chorych dziewcząt mieści się w przedziale wyników średnich. Chore dziewczęta różnią się istotnie od dziewcząt zdrowych jedynie w jednym czynniku pierwszego stopnia (C; $p < 0,05$).

Dziewczęta chore, w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami, wykazują większą neurotyczność (C-). Charakterystyczna dla chorych dziewcząt mniejsza stabilność emocjonalna powoduje, że łatwiej popadają w rozdrażnienie. Cechuje je mniejsza odporność na stres, co może przejawiać

się znużeniem, niepokojem. Mają większe problemy w radzeniu sobie ze stresem. Są przy tym mniej zadowolone z sytuacji, w jakiej się znajdują, z ograniczeń, jakie zostały im narzucone.

Tabela 3

Porównanie średnich wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Osobowościowym przez chłopców chorych na cukrzycę ($n=50$) i chłopców zdrowych ($n=52$)

Czynniki	Chorzy		Zdrowi		Istotność różnic (test <i>t</i> -Studenta)
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
A – cyklotymia–schizotypia	6,14	2,28	5,50	2,00	1,52
B – wysoka inteligencja–niska inteligencja	5,38	1,69	5,79	1,95	-1,13
C – dojrzałość emocjonalna–neurotyczność	5,30	2,11	5,52	1,93	-0,55
E – dominowanie–uległość	5,68	1,81	5,88	1,97	-0,55
F – surgencja–desurgencja	5,32	1,90	5,65	1,93	-0,87
G – wysokie superego–niskie superego	5,75	2,01	5,24	1,94	1,32
H – odporność–brak odporności	5,12	1,91	5,78	1,94	-1,73
I – wrażliwość–brak wrażliwości	5,93	2,38	5,46	1,91	1,10
L – paranoidalna podejrzliwość–brak podejrzliwości	5,42	2,01	5,23	1,89	0,48
M – niekonwencjonalność–konwencjonalność	5,33	1,77	5,48	1,96	-0,41
N – racjonalizm–prostota	5,16	2,21	5,51	1,97	-0,85
O – depresyjna niepewność siebie–pewność siebie	6,31	2,27	5,50	1,99	1,91
Q1 – radykalizm–konserwatyzm	5,62	1,42	5,58	2,03	0,10
Q2 – samowystarczalność–zależność od grupy	4,93	1,60	5,53	1,87	-1,73
Q3 – wysoka samoocena–niska samoocena	5,20	1,52	5,50	1,99	-0,84
Q4 – wysokie napięcie ergiczne–niskie napięcie ergiczne	5,94	2,41	5,48	1,96	1,05
WN – niepokój–integracja	7,31	1,73	5,84	2,04	3,91***
IN–EX – introwersja–ekstrawersja	5,87	1,54	5,50	1,69	1,16

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, *M* – średnia arytmetyczna, *s* – odchylenie standardowe od średniej.

Tabela 3 ilustruje rozkład wyników w zakresie porównywanych cech osobowości w grupie chorych chłopców i ich zdrowych rówieśników. W grupie chłopców z cukrzycą wartości stenowe we wszystkich 16 podstawowych czynnikach osobowości mieszczą się w przedziale wyników średnich i nie różnią się istotnie od wyników uzyskanych przez zdrowych chłopców.

Dodatkowo sprawdzono, czy młodzi ludzie chorujący na cukrzycę różnią się od zdrowych rówieśników w zakresie czynników II stopnia introwersji–ekstrawersji (czynniki A, F, H, Q2) oraz niepokoju–integracji (czynniki C, H, O, Q4). Wyniki analiz przedstawiono w tab. 1–3. Wyniki badań wskazują na występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie introwersji–ekstrawersji między osobami chorymi a zdrowymi ($p < 0,05$) oraz między dziewczętami chorymi na cukrzycę a ich zdrowymi rówieśniczkami ($p < 0,05$). Ogółem pacjenci z cukrzycą, a także dziewczęta na nią chorujące są bardziej introwertywni od osób zdrowych. Wykazują mniejszą odporność na stres. W kontaktach społecznych są bardziej powściągliwi, sztywni i nieśmiali. Natomiast chłopcy chorujący na cukrzycę w czynniku introwersji–ekstrawersji nie różnią się istotnie od zdrowych rówieśników. Uzyskane wyniki wskazują także na występowanie statystycznie istotnych różnic w czynniku niepokoju–integracji między porównywanymi grupami. Różnice te występują zarówno ogólnie między osobami chorymi a zdrowymi ($p < 0,001$), jak i w obrębie płci ($p < 0,01$ dla dziewcząt i $p < 0,001$ dla chłopców). Występujący w grupie chorych układ cech charakterystyczny dla niepokoju: O+, C–, H–, Q4– oraz duża istotność różnic między grupami w tym czynniku sugerują, że chorzy są bardziej napięci, lękliwi, ze skłonnością do stanów hipochondrycznych, czy depresyjnych, o mniejszej odporności na stres w porównaniu z osobami zdrowymi.

PODSUMOWANIE

Prezentowane badania wykazały, że nie można wyróżnić charakterystycznego dla młodzieży chorującej na cukrzycę typu osobowości, choć w niektórych cechach występują różnice między grupami. Pacjenci z cukrzycą są mniej odporni na stres. W sytuacjach zagrażających reagują niewspółmiernie do działającego bodźca, a powstałe negatywne emocje mają tendencję do dłuższego utrzymywania się, co zdaniem Cattella i in. (1970) związane jest ze zbyt dużą pobudliwością układu wegetatywnego. W kontaktach społecznych wykazują skłonność do wycofywania się, na co zwracali uwagę m. in. Rusczyńska i in. (1991) w odniesieniu do dorosłych pacjentów oraz Wiśniowiecka (1996/1997) w odniesieniu do dzieci. Dziewczęta chorujące na cukrzycę są mniej stabilne emocjonalnie, niż zdrowe rówieśniczki. Łatwiej popadają w rozdrażnienie. Podobne wyniki uzyskała Rusczyńska i in. (1991) w badaniach chorych na cukrzycę mężczyzn. Chore dziewczęta wykazują więcej cech neurotycznych. Są niezadowolone z życia, a radzenie sobie z codziennymi kłopotami jest dla nich trudniejsze. Uzyskane wyniki są zgodne z rezultatami badań Rusczyńskiej i in. (1991), którzy wykazali występowanie cech neurotycznych u dorosłych pacjentów z cukrzycą.

Wyniki przeprowadzonych badań nie pozwalają na formułowanie wniosków o kierunku zależności między chorobą a osobowością. Wydaje się jednak, że sytuacja, w jakiej znajduje się młody człowiek chorujący na cukrzycę może wpływać na kształtującą się osobowość. Pojawia się mniejsza odporność na stres. Świadomość bycia nieuleczalnie chorym, z wszystkimi tego konsekwencjami powoduje, że młody człowiek wycofuje się z kontaktów z rówieśnikami lub je ogranicza. Trudności w funkcjonowaniu społecznym, a także problemy z kontrolą cukrzycy mogą prowadzić do stanów lękowych, hipochondrycznych, czy depresyjnych. W świetle wyników badań konieczne staje się podjęcie działań terapeutycznych oraz profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę.

BIBLIOGRAFIA

- Bartnik M., Brodziak A., Kołosza Z., Banasik R. (1994), *Struktura osobowości młodych ludzi chorych na cukrzycę insulinozależną. Związek ze sposobem leczenia i jego skutecznością*, „Pediatria Polska”, **8**, 601–608
- Blanz B. J., Rensch-Riemann B. S., Fritz-Sigmund D. I., Schmidt M. H. (1993), *IDDM is a Risk Factor for Adolescent Psychiatric Disorders*, „Diabetes care”, **16**, 1570–1587
- Cattell R. B., Eber H. W., Tatsuoka M. M. (1970), *Handbook for The Sixteen Personality Factor Questionnaire. In Clinical, Educational, Industrial and Research Psychology*, Institute for Personality and Ability Testing, Champaign (Ill)
- Czubalski K. (1994), *Pośredni wpływ choroby na funkcjonowanie człowieka*, [w:] K. Wrześniewski, B. Skuza (red.), *Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie*, Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa, 53–58
- Dunn S., Turtle J. (1981), *The Myth of the Diabetic Personality*, „Diabetes Care”, **4**, 640–645
- Grey M., Cameron M. E., Lipman T. H., Thurber F. W. (1995), *Psychosocial Status of Children with Diabetes in the First 2 Years after Diagnosis*, „Diabetes Care”, **18**, 1330–1336
- Hanson C. L., Rodrigue J. R., Henggeler S. W., Harris M. A. (1990), *The Perceived Self-competence of Adolescents with Insulin-dependent Diabetes Mellitus. Deficit or Strength?* „Journal of Pediatric Psychology”, **15**, 605–618
- Idzior-Waluś B. (1995), *Epidemiologia przewlekłych powikłań cukrzycy*, [w:] J. Sieradzki (red.), *Przewlekłe powikłania cukrzycy*, Fundacja Rozwoju Diagnostyki Laboratoryjnej, Kraków, 10–24
- Jacobson A. M., Hauser S. T., Willett J. B., Wolsdorf J. I., Dvorak R., Herman L., De Groot M. (1997), *Psychological Adjustment to IDDM: 10-year Follow-up of an Onset Cohort of Child and Adolescent Patient*, „Diabetes Care”, **20**, 811–818
- Jarosz-Chobot P., Franiczek W., Moczka K., Wiederman G. (1997), *Lęk u dzieci chorych na cukrzycę*, „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieków Rozwojowego”, **3**, 29–31
- Jarosz-Chobot P., Otto-Buczowska E. (1999), *Epidemiologia cukrzycy zależnej od insuliny (IDDM)*, [w:] E. Otto-Buczowska (red.), *Cukrzyca wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 7–10

- Kielczewska-Mrozikiewicz D., Korman E., Stankiewicz W., Słomko M., Śniatała D. (1998), *Problem reakcji nerwowych oraz zaburzeń emocjonalnych u młodzieży z cukrzycą insulinozależną*, „Diabetologia Polska”, supl. 1, **5**, 112
- Kovacs M., Goldston D., Obrosky D., Bonar L. (1997), *Psychiatric Disorders in Youth with IDDM: Rates and Risk Factors*, „Diabetes Care”, **20**, 36–44
- Kovacs M., Iyengar S., Goldston D., Stewart J. (1990), *Psychological Functioning of Children with Insulin-dependent Diabetes Mellitus: A Longitudinal Study*, „Journal of Pediatric Psychology”, **15**, 619–632
- La Greca A. M., Swales T., Klemp S., Madigan S., Skyler J. (1995), *Adolescents with Diabetes: Gender Differences in Psychosocial Functioning and Glycemic Control*, „Child Health care”, **24**, 61–78
- Lustman P. J., Frank B., Mc Gill J. B. (1991), *Relationship of Personality Characteristics to Glucose Regulation in Adults with Diabetes*, „Psychosomatic Medicine”, **53**, 305–312
- Rodin G. M. (1983), *Psychosocial Aspects of Diabetes Mellitus*, „Canadian Journal of Psychiatry”, **28**, 219–223
- Ruszczyńska B., Sementowska-Jurkiewicz E., Burka M., Krupa-Wojciechowska B. (1991), *Ocena stanu psychicznego chorych na cukrzycę typu 1 z uwzględnieniem czasu trwania choroby*, „Psychiatria Polska”, **25**, 23–31
- Smoczkiwicz R. (1998), *Psychologiczne aspekty cukrzycy u dzieci i młodzieży*, [w:] E. Otto-Buczowska (red.), *Cukrzyca wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 237–244
- Symonides-Ławecka (1996), *Cukrzyca u dzieci*, PZWL, Warszawa
- Szadkowska A., Bodalski J., Pietrzak J., Czerniawska E. (1996), *Metody samokontroli i rodzaj insulinoterapii a stan metabolicznego wyrównania cukrzycy insulinozależnej u dzieci i młodzieży*, „Przegląd Pediatryczny”, **26**, 185–190
- Wiśniowiecka M. (1996/1997), *Samokontrola a niektóre cechy osobowości u dzieci chorych na cukrzycę*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, **9/10**, 87–109
- Wrześniewski K., Skuza B. (1994), *Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie*, Wojskowa Akademia Mdyczna, Warszawa
- Zdzienicka A. M. (1990), *Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty w cukrzycy*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, maszynopis

SYLWIA SZYMAŃSKA

THE PERSONALITY OF ADOLESCENTS WITH DIABETES MELLITUS

The aim of this study was evaluation of personality traits' differences between adolescents with diabetes (type 1) and their healthy peers. 100 diabetics (age 16–22,17) and 103 healthy adolescents were assessed. They completed Cattell's the 16 Personality Questionnaire. The diabetics are significantly different from their healthy peers in a factor H (resistance-lack of resistance) and factors of the second degree – introversion–extraversion and worry–integration. Girls with diabetes are different from healthy girls in a factor C (emotionally stability–neurosis). The diabetics are less resistant to stress, have bigger difficulty in making social contacts, are more shy and anxiously. The girls with diabetes are more neurotic than the healthy girls.

Key words: diabetes mellitus type 1, adolescents, personality traits.