

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 Η σημασία της Διασυνδεδετικής μεταξύ Παιδιάτρου-Ενδοκρινολόγου και Παιδοψυχιάτρου

Μ. Λιακοπούλου¹
Χ. Κανακά-Gantenbein²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ετήσια επίπτωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) αυξάνει δυστυχώς παγκοσμίως κατά 2-5%. Η ανακοίνωση της διάγνωσης του ΣΔτ1 αποτελεί για κάθε παιδί και την οικογένειά του ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός. Η από κοινού προσέγγιση του πρωτοδιαγνωσμένου διαβητικού παιδιού και της οικογένειάς του από τον Παιδιάτρο-Ενδοκρινολόγο, την εξειδικευμένη σε θέματα Διαβήτη επισκέπτρια υγείας και τον Παιδοψυχίατρο είναι ουσιαστικής σημασίας για την καλύτερη αποδοχή και αντιμετώπιση του χρόνιου προβλήματος.

Η διασύνδεση της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής με το Διαβητολογικό Κέντρο της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» γίνεται κατά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η κλινική εμπειρία του χρόνων αυτών έδειξε ότι ορισμένα θέματα έρχονται επανειλημμένα για επεξεργασία και παρέμβαση στα παιδιά και στις οικογένειές τους. Κατ' αρχήν, το πένθος που βιώνουν οι γονείς όταν διαγιγνώσκεται ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, δηλαδή η σύγχυση, πιθανώς η άρνηση της κατάστασης, ο θρήνος, ο θυμός και στο τέλος η παραδοχή, χρειάζεται να αναγνωρισθεί αλλά και να παρακολουθηθεί η εξέλιξή του. Συμβουλευτική γίνεται επίσης για την αντιμετώπιση της υπερπροστασίας που αναπτύσσουν οι γονείς προς το παιδί και για την ανακοίνωση της ύπαρξης της ασθένειας στο περιβάλλον του παιδιού και της ευρύτερης οικογένειας. Κατά την εφηβεία, τα παιδιά συνειδητοποιούν την μονιμότητα της νόσου και εμφανίζουν αγχώδεις ή και καταθλιπτικές αντιδράσεις. Επίσης, λόγω των ψυχολογικών μεταβολών της εφηβείας αυξάνονται οι συγκρούσεις μεταξύ γονιών και παιδιών. Η καλή λειτουργία της Διασυνδεδετικής μεταξύ Παιδοενδοκρινολόγου και Παιδοψυχιάτρου έρχεται να αντιμετωπίσει αυτές τις ιδιαιτερότητες με στόχο το όφελος των διαβητικών παιδιών και εφήβων καθώς και των οικογενειών τους. **(Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2010, 57(4):424-429).**

¹ Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

² Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Type 1 Diabetes mellitus in childhood and adolescence: A "hand in hand" team approach between Paediatric Endocrinologists and Child Psychiatrists

M. Liakopoulou, C. Kanaka-Gantenbein
(*Ann Clin Paediatr* 2010, 57(4):424-429)

The annual incidence of Diabetes Mellitus type I (DM) is increasing by 2-5%, worldwide. The announcement of the diagnosis to each child and its family constitutes a major psychological stress. The management of every single newly diagnosed type 1 diabetic child or adolescent implies besides detailed and continuous education by the Paediatric Endocrinologists, the specialized Diabetes Nurse, the involvement of the Child Psychiatrist, who will support the child and the whole family in this crisis situation.

An interdisciplinary approach between the Child Psychiatrist and the Paediatric Endocrinologist responsible for the Diabetes Center is in existence for the last 20 years at the "Aghia Sophia" Children's Hospital and clinical experience has shown that certain topics keep coming back and need elaboration with the children and their parents. The grief of the parents for the chronic disease needs to be recognized and its development be followed up. Continuous counselling is necessary to restrain parents from an overprotective attitude towards their diabetic children and to encourage progressive independence of the diabetic child or adolescent. More specifically, adolescents react to the difficulties imposed on their life by DM and the involvement of the child psychiatrist in the management of the diabetic adolescent helps avoiding glycemic control deterioration or interfamilial tension and conflicts. Quite often, during adolescence children realize the chronicity of the illness and become anxious and or depressed. The Child Psychiatrist who has a good working relationship with the Paediatric Endocrinologist is called to intervene at these situations.

Key words: *Diabetes mellitus type 1, paediatric endocrinology, liaison child psychiatry, parents, children, adolescents.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔΤ1), ο παλαιότερα ονομαζόμενος Νεανικός Σακχαρώδης Διαβήτης, είναι η συχνότερη ενδοκρινοπάθεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας¹⁻³. Εμφανίζεται παγκόσμια με μία συχνότητα που ποικίλλει ανάλογα με την κάθε χώρα, κυμαινόμενη από 0,6 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους στην Ιαπωνία, - τη

χώρα με τη χαμηλότερη επίπτωση- έως 45 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους κάτω των 15 ετών στη Φινλανδία-τη χώρα με τη μεγαλύτερη επίπτωση. Η χώρα μας παρουσιάζει μια ενδιάμεση συχνότητα, περίπου 8-10 νέα περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους. Η ετήσια επίπτωση δυστυχώς αυξάνει παγκόσμια κατά 2-5%²⁻⁴.

Η ηλικία εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζει δύο αιχμές, μία που αφορά τις μικρές ηλικίες, περί τα 2-4 έτη και που φαίνεται να αυξάνεται κατά τα τελευταία χρόνια και μία δεύτερη που αφορά στην εφηβεία²⁻⁴.

Σε οποιαδήποτε ηλικία, όμως, παιδική ή εφηβική και αν τεθεί η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, σηματοδοτείται για το παιδί ή τον έφηβο το ξεκίνημα ενός άλλου τρόπου ζωής.

Όταν το παιδί ξεφύγει από το στάδιο της διαβητικής κετοξέωσης, αρχίζει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, για εκμάθηση των μετρήσεων σακχάρου αίματος και ούρων, των ενέσεων ινσουλίνης και προσαρμογών των δόσεων και του προσεγγμένου πλέον διαιτολογίου και των εναλλακτικών του δυνατοτήτων. Η νοσηλεία αυτή μεταφράζεται, λοιπόν, τόσο για το παιδί όσο και για όλη του την οικογένεια σε επικοινωνία με διάφορα στελέχη του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, δηλαδή σε επαφή με το θεράποντα ιατρό/παιδίατρο, τον Παιδοενδοκρινολόγο/Διαβητολόγο, την εκπαιδευμένη σε θέματα ΣΔ Επισκέπτρια Υγείας, τη Διαιτολόγο και την Παιδοψυχίατρο⁵⁻⁸. Κατά τη διάγνωση ήδη η παρουσία του ή της Παιδοψυχιάτρου ως αναπόσπαστου μέλους της θεραπευτικής ομάδας είναι καίριας σημασίας⁵⁻⁸.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μετά την επιστροφή στο σπίτι, η καθημερινότητα του παιδιού με ΣΔ περιλαμβάνει πλέον 3-5 μετρήσεις σακχάρου αίματος ημερησίως, 2-4 ενέσεις ινσουλίνης ημερησίως, ένα διαιτολόγιο πλήρες σε όλα τα βασικά συστατικά (υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες και φυτικές ίνες) για να εξασφαλίσει τη σωστή ανάπτυξη του αναπτυσσόμενου οργανισμού, κατανεμημένο, όμως, μέσα στο 24ωρο για να διασφαλίζει ομαλές διακυμάνσεις του σακχάρου αίματος και, τέλος, μία συστηματική σωματική άσκηση, που θα προσφέρει τόσο ευεξία στο παιδί όσο και καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου του. Με άλλα λόγια το παιδί μπορεί να λάβει και πάλι μέρος σε όλες του τις προσφιλείς δραστηριότητες (αθλητισμός, πάρτυ, εκδρομές), θα πρέπει, όμως,

να τηρεί ορισμένους κανόνες, όπως τα ωράρια, τις ενέσεις, τις μετρήσεις^{6,9}.

Στην εφηβεία ο/η νεαρή με ΣΔ βρίσκεται σ' ένα συνεχές δίλημμα: θέλει να ενταχθεί πλήρως στην ομάδα των συνομηλίκων και όμως νοιώθει ότι αυτό είναι αδύνατο, γιατί οι μετρήσεις, οι ενέσεις, το διαιτολόγιο τον/την επαναφέρουν στο κέντρο του προβλήματος και της διαφορετικότητας. Στη φάση αυτή, ο ή η έφηβος καταλήγει συχνά στην καταγραφή ψευδών τιμών στο βιβλιάριο ελέγχου του σακχάρου του («Δεν μετρώ, δεν τηρώ ωράρια, είμαι ελεύθερος») ώστε να γλιτώσει από το μητρικό έλεγχο ή την ιατρική επίπληξη, όπως φοβάται. Οι γονείς και ο ίδιος ο θεράπων ιατρός βρίσκονται συχνά σε ένα αδιέξοδο και η Παιδοψυχιατρική υποστηρικτική παρέμβαση είναι στη φάση αυτή όσο ποτέ απαραίτητη^{9,10}. Ο ΣΔ είναι, λοιπόν, ένα από τα πρότυπα χρόνια νοσήματα, όπου η Παιδοψυχιατρική Διασυνδεδετική είναι αναπόσπαστο μέρος της όλης ιατρικής αντιμετώπισης και παρακολούθησης.

Η διασύνδεσή της Παιδοψυχιατρικής με τη Μονάδα Ενδοκρινολογίας και ιδιαίτερα το Διαβητολογικό της Κέντρο στην Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών χρονολογείται τουλάχιστον δύο δεκαετίες. Γονείς, παιδιά και έφηβοι, έρχονται στο ιατρείο, που βρίσκεται δίπλα στους Ενδοκρινολόγους, για θέματα που απασχολούν τους ίδιους ή για θέματα που οι Ενδοκρινολόγοι σκέφτονται ότι χρειάζεται να γίνει παρέμβαση.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;

Θα θιγούν εδώ ορισμένα από αυτά: Κατ' αρχήν υπάρχει το πένθος των γονιών. Όταν πρωτοδιαγνωσθεί ο διαβήτης, οι γονείς των παιδιών, όπως σε κάθε χρόνια ασθένεια, μπαίνουν στη διαδικασία του πένθους, που η διάρκεια και η συμπτωματολογία του επηρεάζεται από την προσωπικότητά τους. Η διεργασία του πένθους μπορεί να μην προχωρήσει σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις, γιατί ανακόπτεται από πρώιμες άμυνες του ατόμου όπως η άρνηση^{9,11}.

Άρνηση επεδείκνυε η μητέρα της οκτάχρονης Σοφίας όταν δεν της έκανε την ένεση ινσουλίνης με αποτέλεσμα να γίνει αναγκαστική εισαγωγή της σε ίδρυμα, επειδή δεν υπήρχε πατέρας να την φροντίσει. Άρνηση επεδείκνυε και η μητέρα της εξάχρονης Ρέας που ισχυρίσθηκε ότι το παιδί χρειάζεται μόνο ελάχιστη ινσουλίνη, με αποτέλεσμα να μεταφερθεί στο νοσοκομείο κάποια στιγμή σε κετοξέωση και κώμα. Στην περίπτωση αυτή ευτυχώς ανέλαβε ο πατέρας τη φροντίδα του ΣΔ. Η εμπειρία μας αλλά και

η βιβλιογραφία δείχνουν ότι η αρχική καταθλιπτική αντίδραση της μητέρας, εάν είναι ιδιαίτερα σοβαρή, χρειάζεται παρακολούθηση και παρέμβαση γιατί μπορεί να συνεχιστεί επί μακρό χρονικό διάστημα και να έχει επίδραση στη συναισθηματική διάθεση του παιδιού μακροπρόθεσμα^{11,12}.

Κατά τη χρόνια πορεία του ΣΔ, η τάση των γονιών για υπερπροστασία του παιδιού είναι επίσης αιτία για παρέμβαση. Ο πατέρας ενός εφήβου περνούσε τακτικά από το γυμναστήριο για να δει αν ο γιος του είναι εκεί και εάν έβρεχε να του δώσει ένα αδιάβροχο, με συνέπεια τη δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ τους. Η υπερπροστασία δημιουργεί αντιδραστικότητα και παθητικότητα στο παιδί. Κλινική μελέτη μας σε 55 οικογένειες παιδιών με ΣΔ έδειξε ότι η ομάδα των μητέρων που είχαν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις προς τα παιδιά, είχαν δηλαδή συναισθηματική υπερεμπλοκή και υπερπροστασία, συσχετιζόταν με την ομάδα των παιδιών που είχαν κακό μεταβολικό έλεγχο¹². Όμως, το ενδιαφέρον των γονιών για το πρόβλημα του ΣΔ και η συναισθηματική επένδυση στα παιδιά αυτά σχετίζονται με καλό μεταβολικό έλεγχο¹³. Δηλαδή χρειάζεται το ενδιαφέρον και η αγάπη, όχι, όμως, η υπερπροστασία και η συναισθηματική υπερεμπλοκή¹⁴.

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ, ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Μια από τις αρχικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις της Παιδοψυχιατρικής αφορά στην ενημέρωση των άλλων από τους γονείς και το παιδί σχετικά με τον ΣΔ, δηλαδή των φίλων, των συγγενών, των δασκάλων. Σε μεγάλη μερίδα γονιών υπάρχει η τάση να μην ανακοινώσουν το πρόβλημα γιατί φοβούνται τα σχόλια και τις επιπτώσεις τους. Έτσι, δημιουργείται ένα μυστικό και γίνονται εκλογικεύσεις γύρω από αυτό όπως π.χ. ζούμε σε χωριό, σε επαρχία, οι οποίες όμως δεν ισχύουν. Τα παιδιά επηρεάζονται φυσικά από τους γονείς και ή δεν θέλουν να αποκαλύψουν το ΣΔ ή βρίσκονται σε δίλημμα. Συμβουλευούμε λοιπόν, αφού πρώτα εκτιμήσουμε τις αντιστάσεις που υπάρχουν, να ενημερώνεται το σχολικό και άμεσο κοινωνικό περιβάλλον για το ΣΔ και το ίδιο το παιδί να ενημερώνει όποιους και όσους θέλει. Στοχεύουμε, έτσι, στη μείωση της ντροπής για το ΣΔ, η οποία συνοδεύεται από άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Σε μελέτη μας βρήκαμε ότι πάνω από το 50% των εφήβων κρατάει κρυφό το πρόβλημα του ΣΔ¹⁵. Σε μία συζήτηση με τέσσερες εφήβους, μόνο ο ένας είχε αποκαλύψει ότι έχει ΣΔ. Οι υπόλοιποι είπαν

ότι «είναι επικίνδυνο γιατί θα σε μαχαιρώσουν οι φίλοι», ή ότι «δεν θέλω να με λένε κακόμοιρο». Ενώ μία έφηβος 20 χρόνων είπε ότι «το αποκαλύπτω άλλοτε με χιούμορ και άλλοτε με θυμό».

Η συμβουλευτική γύρω από την αποκάλυψη του ΣΔ μπορεί να υπαχθεί στο γενικό πλαίσιο της διεργασίας του πένθους, συμπληρώνεται, όμως, από στρατηγικές αντιμετώπισης της στάσης των άλλων¹⁶ αλλά και του ίδιου του προβλήματος του ΣΔ. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της έντασης διαιρούνται σε στρατηγικές αποφυγής και στρατηγικές προσέγγισης του προβλήματος. Στην περίπτωση της αποκάλυψης του ΣΔ, στρατηγική προσέγγισης του προβλήματος είναι να μιλήσει το παιδί για το ΣΔ, να εξηγήσει τι είναι και να έχει έτοιμες απαντήσεις σε κάποιες ερωτήσεις ή πειράγματα. Μελέτη σε 60 παιδιά και εφήβους¹⁷, έδειξε ότι όταν τα παιδιά χρησιμοποιούσαν στρατηγικές προσέγγισης για τη δίαιτά τους π.χ. ζητούσαν συμβουλές από τους γονείς ή γιατρούς, και έκαναν σκέψεις για τρόπους επίλυσης του προβλήματος, είχαν καλύτερο μεταβολικό έλεγχο, εν σχέσει με τα παιδιά που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές αποφυγής, όπου έκαναν δηλαδή ως να μην υπήρχε το πρόβλημα, κλείνονταν στον εαυτό τους και δεν μιλούσαν γι' αυτό.

Πολλοί έφηβοι δείχνουν αύξηση συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους. Σε μελέτη μας, πρόσφατα¹², όπως και παλιότερα¹⁵, βρήκαμε ότι το 32,7% των παιδιών είχε σε μέτριο βαθμό την ως άνω συμπτωματολογία. Και άλλοι ερευνητές¹⁸⁻²¹ είχαν παρόμοια ευρήματα.

Στην εφηβεία λόγω της ωρίμανσης των νοητικών λειτουργιών γίνεται βαθύτερη συνειδητοποίηση του προβλήματος του ΣΔ, όπως συμβαίνει και σε κάθε ασθενή που έχει χρόνια ασθένεια. Μελέτες δείχνουν ότι τα κορίτσια απορρυθμίζονται πιο πολύ^{22,23}, που μπορεί να σημαίνει ότι πέραν της συμβολής των ορμονών του φύλου στην απορρύθμιση, συμβάλλουν και οι πιο συχνές καταθλιπτικές ή αγχώδεις αντιδράσεις των κοριτσιών και το βιοχημικό υπόστρωμα στο οποίο αντιστοιχούν. Επίσης όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο λιγότερη η υπακοή στη δίαιτα και στο μέτρημα σακχάρου και όσο μεγαλύτερη η διάρκεια του ΣΔ, τόσο λιγότερο καλός είναι ο μεταβολικός έλεγχος^{9,17}. Όμως, μέσω της διεργασίας του πένθους μπορεί κανείς να ελευθερωθεί από τη χρόνια πάλη του με το χρόνιο πρόβλημα. Μέσα από τη διεργασία του πένθους μπορεί κανείς να φθάσει μία κατάσταση ηρεμίας, όπου θα είναι ικανός να διακρίνει μεταξύ του εαυτού του και της «αναπηρίας» γράφει ο ψυχαναλυτής Szalita το 1964²⁴. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο ενθαρρύνεται αυτή η

διεργασία, όταν βέβαια ο ασθενής και η οικογένειά του το επιτρέπουν.

ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι γονείς των εφήβων με ΣΔ είναι αμφίθυμοι. Θα 'θελαν τα παιδιά τους να ανεξαρτητοποιηθούν αλλά φοβούνται τις επιπτώσεις του ΣΔ. Και οι έφηβοι είναι αμφίθυμοι^{10,25,26}. Θέλουν να ανεξαρτητοποιηθούν αλλά ο διαβήτης δημιουργεί εξαρτήσεις. Πολλές φορές υπερισχύει η εσωτερική ώθηση των εφήβων για ανεξαρτητοποίηση έναντι της τάσης των γονιών να τους συγκρατήσουν προς τα πίσω και δημιουργείται η σύγκρουση. Βοηθήσαμε τη μητέρα της δεκατετράχρονης Μαρίας να ελέγξει το άγχος αποχωρισμού από το παιδί της και το φόβο μιας πιθανής υπογλυκαιμίας και να της επιτρέψει να πάρει το λεωφορείο με φίλες της για να πάει στην κοντινή πόλη και αργότερα σε μία θαλάσσια εκδρομή με το σχολείο, χωρίς να την συνοδεύσει. Δεν είναι εύκολο για τους γονείς να πάρουν τέτοιες αποφάσεις γιατί έχουν να αντιμετωπίσουν τις ενδοχές τους και την κριτική των άλλων σε περίπτωση ατυχήματος²⁷.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Η συνεργασία της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής και ιδιαίτερα της ομάδας Διασυνδεδετικής Παιδιατρικής με την Ενδοκρινολογική Μονάδα και ιδιαίτερα με το Διαβητολογικό Κέντρο ήταν και είναι πλούσια. Βασικός λόγος για να λειτουργήσει μία τέτοια συνεργασία είναι η αποφασιστικότητα και των δύο μελών της διασύνδεσης για την επιτυχία της. Είναι σημαντικό ο διευθυντής της μονάδας να είναι πεπεισμένος για την χρησιμότητα της διασύνδεσης με την Παιδοψυχιατρική και ο παιδοψυχίατρος να προσαρμόζεται στις ανάγκες αυτής της διασύνδεσης. Πάνω σ'αυτή τη βάση λειτούργησε η συνεργασία με το Διαβητολογικό Κέντρο. Σε κάθε συνάντηση της Διασυνδεδετικής υπήρχαν αλληλοενημέρωση για τα τρέχοντα περιστατικά, προβληματισμοί και συνεργασία για την αντιμετώπισή τους. Σ' αυτή τη συνεργασία ενεργό ρόλο έπαιξε και παίζει η επισκέπτρια αδελφή που είναι μέλος της ομάδας αυτής, η οποία προετοιμάζει τους ασθενείς για το ραντεβού και ενημερώνει την ομάδα για τις επισκέψεις στο σπίτι και τις εντυπώσεις της. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται με τις οικογένειες στην κλινική είναι μακροχρόνιες και φυσικά δημιουργούνται συναισθήματα αντιμεταβίβασης στο προσωπικό, δηλαδή συναισθηματικές αντιδράσεις που έχουν

σχέση με το προσωπικό παρελθόν του καθενός των εμπλεκόμενων, και είναι ιδιαίτερα έντονες όταν η συνεργασία γίνεται δύσκολη. Με τη συζήτηση που γίνεται, που κατά καιρούς παίρνει την μορφή μηνιαίων συναντήσεων ανασκόπησης των περιστατικών, είναι δυνατό να γίνει πιο ήπια αυτή η αντιμετάβιβαση, δηλαδή η μεταβίβαση συναισθημάτων και σκέψεων από το γιατρό στο πρόσωπο του ασθενούς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον από πλευράς μάθησης αλλά και συμβολής στη ψυχολογική ευαισθητοποίηση των μετεχόντων είχαν και έχουν τα εκπαιδευτικά σεμινάρια του διαβητολογικού Κέντρου της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, για τα παιδιά με ΣΔ και τις οικογένειές τους που διοργανώνονται από κοινού με τον Σύλλογο ΓΑΛΗΝΟ (Φίλων Παιδιών και Εφήβων με Ενδοκρινολογικό πρόβλημα), καθώς και με την Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ). Τελικά και η στάση τόσο του Παιδοψυχιάτρου όσο και του Παιδοενδοκρινολόγου που κάνουν τη διασύνδεση αλλάζει σε σχέση με τα παιδιά και τους γονείς, από την αρχική των θεραπειών με παντοδύναμες τάσεις σ' αυτή των συμβούλων-γιατρών που είναι υποστηρικτικοί απέναντι στους προβληματισμούς της οικογένειας και του παιδιού ή εφήβου και διακατέχεται από σεβασμό στο δύσκολο αγώνα τους για καλλίτερη προσαρμογή και ποιότητα ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Silink M.* Childhood Diabetes: A global Perspective. *Horm Res* 2002; 57(1):s1-s5.
2. The global burden of Youth Diabetes: Perspectives and Potential. A Charter Paper. *Pediatric Diabetes* 2007; 8 (Supp 8):4-44.
3. *Green A, Patterson C* on behalf of the EURODIAB TIGER study Group. Trends in the incidence of childhood-onset Diabetes in Europe 1989-1998. *Diabetologia* 2001; 44:B3-B8.
4. *Schatz D, Krischer J, She JX.* To screen or not to screen for pre-Type 1 Diabetes? *Horm Res* 2002; 57(1):s12-s17.
5. *Delamater AM.* Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes* 2007; 8: 340-8.
6. *Hürter P, Lange K.* Kinder und jugendliche mit Diabetes. Medizinischer und psychologischer Ratgeber für Eltern. Springer Verlag, 2001.
7. *Lange K, Sassmann H, Von Schuetz W, Kordonouri O, Danne T.* Prerequisites for age-appropriate education in type 1 diabetes: a model programme for paediatric diabetes education in Germany. *Pediatric Diabetes* 2007; 8(6):63-71.
8. *Brink SJ, Miller M, Moltz KC.* Education and multidisciplinary team care concepts for pediatric and adolescent Diabetes mellitus. *J Ped Endocrinol Metab* 2002; 15:1113-1130.
9. *Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV.* Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *J Pediatr* 2000; 137:107-113.
10. *Hamilton J, Daneman D.* Deteriorating Diabetes control during adolescence: Physiological or psychosocial? *J Ped Endocrinol Metab* 2002; 15:115-126.
11. *Kovacks M, Goldston D, Obrosky DS, Bonar KL.* Psychiatric disorders in youths with IDDM. Rates and risk factors. *Diabetes Care* 1977; 20:36-44.
12. *Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Peppas M, Maniati M, Tzikas D, et al.* Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with Diabetes Mellitus. *Psychother Psychosom* 2001; 70:78-85.
13. *Stevenson K, Sensky T, Petty R.* Glycemic control in adolescents with type I Diabetes and Parental Expressed Emotion. *Psychother Psychosom* 1991; 55:170-175.
14. *Liss SD, Waller AD, Kennard DB, McIntire D, Carpa P, Stephens J.* Psychiatric illness and family support in children and adolescents with diabetic ketoacidosis. A controlled study. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1998; 37:536-544.
15. *Liakopoulou M, Korvessi M, Dacou-Voutetakis.* Personality characteristics, environmental factors and glycemic control in adolescents with diabetes. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992; 1:82-88.
16. *Lazarus RS, Folkman S.* Stress Appraisal and Coping. New York, NV, Springer 1984.
17. *Reid JG, Dubow FE, Carey CT, Dura RJ.* Contribution of Coping to Medical adjustment and treatment responsibility among children and adolescents with diabetes. *Dev Behavior Pediatr* 1994; 15(5):327-335.
18. *Fonagy P, Moran SG, Lindsay MKM, Kurtz BA, Brown R.* Psychological adjustment and diabetic control. *Arch dis childhood* 1987; 62:1009-1013.
19. *Goldston DD, Kelley EA, Reboussin MD, Daniel SS, Smith JA, Schwartz RP, et al.* Suicidal ideation and behavior noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1528-1536.
20. *Helgeson VS, Snyder PR, Escobar O, Siminerio L, Becker*

- D. Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *J Pediatr Psychol* 2007; 32:794-806.
21. *Sacco WP, Yanover T.* Diabetes and depression: the role of social support and medical symptoms. *J Behav Med* 2006; 29:523-31.
22. *Heltz WJ, Templeton K.* Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review. *Amer J Psychiatry* 1990; 147:1275-1282.
23. *Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF.* Healthy coping, negative emotions and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 2007; 33:1080-103.
24. *Szalita AB.* De fysisk handicappede. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* 1964; 18:479-484.
25. *Berg CA, Wiebe DJ, Beveridge RM, Palmer DL, Korbel CD, Upchurch R, Swinyard MT, Lindsay R, Donaldson DL.* Mother child appraised involvement in coping with diabetes stressors and emotional adjustment. *J Pediatr Psychol* 2007; 32:995-1005.
26. *Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, Mertlich D, Lochrie AS, Mauras N, White NH.* Randomised trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance of effects on diabetes outcome in adolescents. *Diabetes Care* 2007; 30:555-60.
27. *Liakopoulou M.* The separation-individuation process in adolescents with chronic physical illness. In: Sugar M, editor *Trauma and Adolescence*, Madison Conn: Int Univ Press, 1999.