

โรคเบาหวาน : มุมมองทางจิตเวชศาสตร์

พูนศรี รังษีจจี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Psychiatric Aspects of Diabetes Mellitus

Poonsri Rangseekajee

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เกิดได้กับผู้ป่วยทุกวัยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย มีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 50 ปี และร้อยละ 25 ตรวจพบครั้งแรกในช่วงอายุ 50-60 ปี¹ เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีผลแทรกซ้อนต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในร่างกายหลายอวัยวะ รวมถึงผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน การทำงานและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่จะต้องกระทำไปจนตลอดชีวิตของผู้ป่วย²

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่แล้วเป็นการศึกษาในประเด็นทั่วไป บทบาทของจิตใจจะกล่าวถึงความสำคัญทางจิตเวชและโรคเบาหวานในเรื่องของความสัมพันธ์ของระหว่างอารมณ์กับการดำเนินโรค ปัจจัยทางจิตใจ ความผิดปกติทางจิตเวช พยาธิสภาพของสมองและการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

อิทธิพลของอารมณ์ต่อการดำเนินโรคของเบาหวาน (emotional influenced on the course of diabetes)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการรักษา มักจะเกิดจากการไม่ร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือมีอาการที่ไม่คงที่ จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) มีอิทธิพลพอที่จะทำให้โรคเบาหวานกำเริบขึ้นหรือควบคุมไม่ได้³

ความเครียดแม้เพียงครั้งคราวก็กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายได้ โดยมีผลต่อการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส ลดการสร้างอินซูลิน ทำให้การเปลี่ยนกลูโคสเป็นพลังงานลดลง ระดับของ serum

GOT และ serum ketone bodies เพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงการทำงานของตับและตับอ่อนถูกทำลายโดยเฉียบพลัน⁴ การเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันนี้ มีผล คือเป็นเหตุกระตุ้นให้มีอาการแสดงของโรคเบาหวานออกมา (precipitating causes) แต่การศึกษาในผู้ที่มีชีวิตช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และ 2 ไม่พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จึงเป็นไปได้ว่าความเครียดอาจมีความสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดอาการขึ้นในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานแอบแฝง (latent diabetes)⁵ ดังนั้นจึงเชื่อว่าโรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดเช่นเดียวกับโรคทางกายที่มีความสัมพันธ์กับจิตใจอื่น ๆ (psychosomatic diseases)

ในกรณีที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ก่อนแล้ว การศึกษาย้อนหลังพบว่า ณ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความวุ่นวายทางใจอยู่นั้นมักสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค รุนแรงถึงขั้น ketotic coma ได้⁵ การติดตามศึกษาในระยะยาวในผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยที่ดีมีความมั่นคงทางอารมณ์สูงก็ยังคงพบว่า การกำเริบของโรคที่รุนแรง หรือกลับเป็นซ้ำอีกเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับการเกิดวิกฤติที่ร้ายแรงในชีวิต³

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติไป ควบคุมไม่ได้ บ่อยครั้งที่แพทย์จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การฉีดอินซูลิน ในขณะที่ความจริงอาจเป็นผลโดยตรงจากความแปรปรวนทางอารมณ์ จนมีผลกระทบต่อ การเผาผลาญอาหารโดยเฉพาะกลูโคส และภายใต้สถานการณ์ที่เครียดผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมที่จะลดความเครียดต่างๆ เช่น รับประทานอาหารมากขึ้น ดื่มเหล้าหรือเลิกฉีดอินซูลิน หรือฉีดโดยไม่ปฏิบัติตามหลักการทำให้ปราศจากเชื้อโรค²

มีรายงานถึงความกดดันทางอารมณ์ที่รุนแรงในเด็กวัยรุ่น ทำให้เกิดภาวะ ketoacidosis ได้ ketone ที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดเนื่องจาก endogenous catecholamines⁶

ผู้ป่วย Brittle diabetic โดยทั่วไปชีวิตของผู้ป่วยจะถูกครอบงำจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นๆ ลงๆ เสมอทำให้เกิดความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ วนเวียนตลอดเวลากันยากที่จะแยกเหตุและผล ซึ่งผลจะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า และคับข้องใจ และนำไปสู่การขาดความใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง⁷ รวมไปถึงความไม่ศรัทธาต่อกระบวนการรักษาด้วย ดังนั้นอารมณ์จึงเสมือนเป็นต้นเหตุของวงจรรนี้

ปัจจัยทางด้านจิตใจต่อโรคเบาหวาน (psychological factors in diabetes mellitus)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต่างจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการที่จะต้องปรับเปลี่ยนจำกัดพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การฉีดยาให้ตนเอง ปรับขนาดยาเอง อาจจะต้องลดชีวิต อาจต้องเข้าออกโรงพยาบาลเสมอ ๆ ต้องอยู่ในสภาวะวิตกกังวลเรื้อรังต่อการที่ขาดหวังถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของโรค⁸ กังวลต่อการสูญเสียความสามารถต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ถูกตัดขา, เท้า ด้วยประเด็นดังกล่าว เป็นเหตุให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต⁹ การที่จะต้องพึ่งพามือคนอื่นทำให้อาจมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ปัญหาและความผิดปกติทางจิตเวชจึงมากขึ้น หากครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย เช่น ในเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน ความวิตกกังวลของผู้ปกครองจะสามารถถ่ายทอดไปยังเด็กได้ มารดาที่เข้มงวดอาจมีความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของลูกได้ด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งเด็กต้องยอมตาม ในขณะที่เดียวกันเด็กก็ใช้ความเจ็บป่วยต่อรองเรียกกรังสิ่งอื่นกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะปรับจิตใจได้ดีพอสมควร ความคับข้องใจที่มีจะเป็นเรื่องของ :

- ความขัดแย้งในใจระหว่างความพึ่งพิงและความเป็นตัวเอง (dependence-independence conflict)
- มีความวิตกกังวลแอบแฝงอยู่ก่อน (latent anxiety)
- มีปัญหาในเรื่องการถ่ายแบบลักษณะทางเพศ (sexual identification)
- การรับรู้ตนเองอย่างถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง (self perception)

ความคับข้องใจทั้ง 4 ประเด็นนี้ จะมีความสำคัญต่อการประกอบอาชีพ ต่อความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส ในเด็กจะมีพฤติกรรมถดถอย และวุฒิภาวะช้ากว่าอายุจริง

ปัญหาทางจิตสังคมเป็นเหตุและผลของการดำเนินโรคของโรคเบาหวาน ผลทางตรงคือ ปัญหาทางจิตสังคมทำให้เกิดความไม่สบายทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวล อารมณ์

แปรปรวน เครียด แล้วกระทบต่อการทำงานของระบบ neuroendocrine และทางอ้อมคือ มีผลต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย¹⁰

ความผิดปกติทางจิตเวชในผู้ป่วยเบาหวาน (psychiatric disorder in diabetic patients)

อัตราความชุกของการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบมากขึ้น¹¹ มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อัตราความชุกตลอดช่วงชีวิต (life time prevalence) ของการป่วยทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 81¹² โรคที่พบบ่อยคือ ซึมเศร้า วิตกกังวล แต่ก็สามารถพบความผิดปกติทางจิตเวชได้ทุกชนิด ในโรคซึมเศร้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราความชุกต่อการเกิดภาวะนี้มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า¹³ อัตราการเกิดพบว่าไม่ต่างกันทั้งโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน อาการนำของ major depressive disorder ก็ไม่ต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยจะมีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้มากขึ้น อาการซึมเศร้า อาจจะต้องแยกกับอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรค Bipolar disorder เมื่ออยู่ในระยะซึมเศร้า อาจต้องใช้ insulin เพิ่มขึ้นในขณะที่ระยะ Mania สามารถควบคุมด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน¹² ในภาวะ hyperglycemia ช่วงแรก ๆ อาจวินิจฉัยผิดพลาดเป็น hypochondriasis เพราะมีอาการอ่อนเพลีย ตามัว มึนชา เบื่ออาหาร ภาวะ ketoacidosis อาจเกิดอาการ delirium หรือทำให้วินิจฉัยผิดพลาดเป็นเรื่องความผิดปกติทางจิตเวชไป เช่น อาการหายใจหอบ ที่ทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นกลุ่มอาการหายใจหอบเนื่องจากความวิตกกังวล (hyperventilation syndrome) ภาวะ hyperosmolar nonketotic จะมีอาการสับสน ซึ่งมีลักษณะคล้าย schizophreniform disorder หรือ agitated depression ได้ ความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ยังพบในผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานโดยการฉีดอินซูลิน การเกิด subclinical hypoglycemia พบได้มากในผู้ป่วยที่เข้มงวดในการฉีดอินซูลิน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการมีความพิการทางสมองเรื้อรังมากขึ้น¹⁴ nocturnal hypoglycemia จะมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น เมื่อเผลออ่อนเพลีย มีความรู้สึกง่วงนอน และไม่อยากตื่นนอน ในตอนเช้าก็มีอาการปวดศีรษะ ซึ่งทำให้มองข้ามไปว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้¹ อาการผื่นคันที่ผิวหนัง ความผิดปกติทางเพศ ความสนใจทางเพศลดลง ในผู้ป่วยเบาหวาน จะต้องแยกระหว่างผลแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หรือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช การหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย (Impotence) และการขาดประจำเดือน (amenorrhea) อาจเป็นอาการ

เริ่มต้นของโรคเบาหวาน จากประวัติที่ยังมีการแข็งตัวขององคชาติในตอนเช้า หรือในบางสถานการณ์ และเป็นเฉียบพลัน การหย่อนสมรรถภาพทางเพศนั้นน่าจะมีสาเหตุมาจากทางจิตใจมากกว่าจากโรคเบาหวานเอง ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุน้อย ๆ ควรซักประวัติความผิดปกติในการรับประทานอาหารร่วมด้วย (eating disorder) ถ้าหากการควบคุมเบาหวานเป็นไปด้วยความลำบากค่าระดับน้ำตาลขึ้นๆ ลงๆ อย่างมากอยู่เสมอ¹⁵

โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเบาหวานนี้ มีผลกระทบต่อการควบคุมเบาหวาน แต่ยังไม่ชัดเจนว่ากลไกเกิดจากการมีส่วนร่วมในการรักษาหรือเกิดจาก neurohumoral¹⁶

ภาวะสมองถูกทำลายในผู้ป่วยเบาหวาน (brain damage in diabetes)

พยาธิสภาพทางสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดได้จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นครั้งคราว diabetic coma หรือปัญหาทางหลอดเลือด มีผลต่อเชาวน์ปัญญาอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในเด็กที่เริ่มมีอาการก่อนอายุ 5 ปี โดยค่าคะแนน Stanford Binet ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 10 จุด¹⁵ ในผู้ใหญ่พยาธิสภาพทางสมองสามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ทุกชนิด อาจมีอาการของบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาการของโรคจิต ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคความดันโลหิตสูงด้วย

การควบคุมโรคเบาหวานได้ดีจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับเชาวน์ปัญญาที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำอยู่เรื่อย ๆ ก็มีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของสมอง ทำให้เห็นว่าในผู้ป่วยที่มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำอยู่แล้วก็ยังมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพทางสมองมากขึ้น¹⁵

การใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (psychotropic agents in diabetes)

การใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเบาหวานควรระมัดระวังผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ดังนี้ :

- ฤทธิ์ anticholinergic ของยา antipsychotics และ Antidepressants เมื่อให้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหา diabetic gastroparesis และ neurogenic bladder อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ อาเจียน และปัสสาวะไม่ออก (Urinary incontinence) ได้ตามลำดับ¹⁵
- การใช้ metoclopramide เกิดผลข้างเคียงแบบ extrapyramidal effect ได้เช่นเดียวกับ Antipsychotics¹⁵
- ฤทธิ์ alpha-adrenergic blocking ของยาทางจิตเวชบางชนิด ทำให้อาการ orthostatic hypotension เป็นรุนแรงขึ้น

- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย chlorpromazine เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้ glucose tolerance test ผิดปกติ¹⁵

- การใช้ยาในกลุ่ม beta-blockers ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลินจะบดบังอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้¹⁵

- กลุ่มอาการปวดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (painful neuropathic syndromes) นั้น ยาที่รักษาได้ผล ได้แก่ phenytoin และ carbamazepine ในขณะที่ผลการรักษาด้วย antidepressant (ที่นิยมคือ amitriptyline, doxepine, trazodone) และ antipsychotic ยังไม่แน่นอน ยาในกลุ่ม antipsychotics ไม่มีการใช้แพร่หลายเนื่องจากอาจทำให้เกิด tardive dyskinesia จึงมีการใช้เฉพาะในรายที่รุนแรงเท่านั้น¹⁵ สำหรับการรักษาด้วยยา antidepressant กลุ่ม SSRI's (serotonin-specific reuptake inhibitors) ยังไม่มีการศึกษาที่สรุปผลที่น่าเชื่อถือได้¹⁶

ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจได้รับผลอันไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงควรระมัดระวังเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic และ alpha-adrenergic ต่ำ เนื่องจากยาทางจิตเวชเกือบทุกชนิดมีฤทธิ์ทั้ง 2 อย่างนี้ แตกต่างกันไป การใช้ยา tricyclic antidepressants ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจ ต้องระมัดระวังการเกิดหัวใจเต้นผิดปกติ ถ้าจำเป็นต้องใช้ ควรเลือกยา antidepressants กลุ่ม SSRI's เช่น sertraline, paroxetine, fluoxetine หรือ tricyclic antidepressants ที่มีผลต่อหัวใจน้อย เช่น trazodone, doxepine, maprotiline เป็นต้น¹⁶ การใช้ SSRI's แม้จะมีข้อดีต่อหัวใจ แต่ผลข้างเคียงที่ควรคำนึงถึงคือ ผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งขณะนี้ก็ได้มียากกลุ่มใหม่ที่ใช้เป็น antidepressants เช่น netazodone, mirtazapine ที่อ้างว่าไม่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งจะต้องรอการศึกษาในระยะยาวต่อไป¹⁶

สรุป

เมื่อเกิดปัญหาทางจิตเวชขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกเหนือจากการพยายามรักษาควบคุมโรคเพื่อ ป้องกันผลแทรกซ้อนที่จะเกิดแล้ว การใช้กระบวนการรักษาทางจิตเวชแบบต่าง ๆ มาร่วมในการรักษา ก็มีผลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น¹⁷ แม้ยังไม่ทราบสาเหตุของปัญหาทางจิตเวช แต่ปัญหาทางจิตเวชที่ครอบคลุมถึงปัญหาทางจิตสังคม ภาวะอารมณ์เครียด ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังล้วนมีผลโดยตรงต่อกระบวนการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส¹⁸ ความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในบางรายก็รุนแรงและจำเป็นต้องรักษาด้วยยาทางจิตเวช การเลือกใช้ยาทางจิตเวชควรเลือกชนิดที่มีฤทธิ์ anticholinergic และ alpha-adrenergic ต่ำ การเลือกใช้ยา SSRI's ควรระมัดระวังฤทธิ์ anticholinergic และ

ผลต่อสมรรถภาพทางเพศด้วย

Reference

1. Kronfol Z, Greden J. And Garroll B. Psychiatric aspects of diabetes mellitus : diabetes and depression. British J. of Psychiatry, 1981;139:172-173.
2. Helz JW, Templeton B. Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus. Am J. Psychiatry, 1990;147:1275-1282.
3. Gordon D, Fisher SG, Wilson M. Psychological factors and their relationship to diabetes control. Diabet Med., 1993;10:530-534.
4. มนัส พงศ์ชัยเดชา. การทบทวนผลการศึกษาระยะของซูโปโกสก็ด. วารสารโภชนบำบัด, 2540;2:42-46.
5. Bradley CC. Life events and the control of diabetes mellitus. Journal of Psychosomatic Research, 1979; 23:159-162.
6. Dalamater AM, Kurtz SM, Bubb J. Stress and coping in relation to metbolic control in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. J Dev. Behav Pediatr, 1987; 8:136-140.
7. Mace CJ. Brittle diabetes in a drug and alcohol abuser. British Journal of Addiction, 1987;82:931-934.
8. Nick R. Psychiatric illness. In : Everett T., Maureen D. And Eirian R. Physiotherapy in mental health a practical approach. Oxford : Butterworth-Heinmann. 1995:7-9.
9. Jame LL. Psychological factors affecting medical condition. In : Allan T., Jerald K. And Jeffrey AL. Psychiatry volume 2. Philadelphia : WB. Saunders/company. 1997:1326.
10. Robinson N, Fuller JH. Role of life events and difficulties in the onset of diabetes mellitus. Am J. Psychiatry, 1985;29:583-591.
11. Deary IJ and Frier BM. Impairment in diabetes. British Medical J., 1996;313:767-768.
12. Lustman PJ, Griffith LS and Gavard J. Depression in adults with diabetes. Diabetic care, 1992;15:1631-1639.
13. Alan MG, Reed DG. Depressive Disorders. In : Allan T, Jerald K And Jeffrey AL. Psychiatry volume 2. Philadelphia: W.B. Saunders company. 1997:933.
14. Langan SJ, Deary IJ, Hepburn DA and Frier BM. Cumulative cognitive impairment following recurrent severe hypoglycemia in adult patient with insulin treated Diabetes mellitus. Diabetologia, 1996;34:337-344.
15. William AL. Endocrine Disease and Metabolic Disorders. In : William AL. Organic Psychiatry : The Psychological Consequences of Cerebral Disorders. London : Aldan Press, Oxford and Northampton. 1998:533-537.
16. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry Behavioral science/ Clinical Psychiatry : Baltimore : Williams & Wilkins. 1998:567-568t.
17. Susan GK, David FG. Endocrine Disorders. In : Alan S., Barry SF. Psychiatric Care of the Medical Patient. New York : Oxford University Press. 1993:668-670.
18. Wrigley M, Mayou R. Psychosocial factors and admission for poor glycemic control : A study of Psychological and Social factors in poorly controlled insulin dependent diabetic patients. J. Psychosomatic Research, 1991;35: 335-343.

