

## Attività Diabetologica e Metabolica in Italia

# Ruolo dello psicologo nei servizi di diabetologia

### RIASSUNTO

Il lavoro svolto in collaborazione con la psicologa presente nella nostra UOS di Diabetologia ci ha consentito di evidenziare alcune tematiche o problematiche ricorrenti, legate all'accettazione e gestione della malattia cronica, ed emerse nello svolgimento di colloqui psicologici con diversi pazienti diabetici. Abbiamo riassunto tali tematiche, non solo come possibili temi "focali" su cui incentrare un intervento psicoterapeutico, ma anche come punti salienti che ogni curante dovrebbe tenere in considerazione nell'approccio col paziente diabetico. Innanzitutto, abbiamo analizzato alcune problematiche personali e relazionali (il rapporto fra cibo-corpo-io, la sfera del controllo, la dipendenza, l'accettazione del limite, la gestione di pensieri-emozioni-comportamenti, la rabbia, la sensazione di danno subito e il bisogno di risarcimento, la scarsa motivazione a curarsi, i pensieri negativi). Poi abbiamo evidenziato le caratteristiche del conflitto intrapsichico spesso presente nei pazienti, rilevando alcune possibili modalità di intervento. Infine, ci siamo soffermati su alcune difficoltà specifiche legate alla gestione della malattia, proponendo anche delle strategie terapeutiche che possono essere utilizzate per fronteggiare tali difficoltà. La nostra esperienza ha confermato l'utilità di approfondire gli aspetti psicologici connessi alla malattia diabetica; l'obiettivo per il futuro è di ampliare il lavoro svolto, al fine di strutturare modelli di intervento sempre più efficaci.

### SUMMARY

*Teamwork with the psychologist in the Diabetic Department*  
The teamwork with a psychologist in our Diabetic Department has allowed us to identify some recurrent themes or problems, which are connected with the acceptance and management of the chronic disease, and emerged during the psychological interviews of several diabetic patients. We have summarized these themes, not only as possible "focus" themes for a psychotherapeutic work, but also as salient points that should be considered by all professionals who provide care for diabetic patients. First, we have analysed some personal and interpersonal problems (the relationship among food-body-self, con-

### A. Margiotta, M.R. Manna, A. Biotti

UO Semplice di Diabetologia e Malattie Metaboliche, PO di Tradate (AO Ospedale di Circolo di Busto Arsizio)

Corrispondenza: dott. Angelo Margiotta, Presidio Ospedaliero di Tradate, UO Semplice di Diabetologia e Malattie Metaboliche, piazza Zanaboni, 21049 Tradate (VA)  
e-mail: amargiotta@aobusto.it

G It Diabetol Metab 2007;27:166-174

*Pervenuto in Redazione il 17-01-2007*  
*Accettato per la pubblicazione il 20-06-2007*

Parole chiave: patologia cronica, diabete mellito, controllo metabolico, problematiche psicologiche, tematiche focali

Key words: chronic disease, diabetes mellitus, metabolic control, psychological difficulties, focus themes

*trol, dependence, the acceptance of limits, the management of thoughts-emotions-behaviours, anger, the sensation of suffered damage and the claim for damages, the lack of motivation in taking care of oneself, the negative thoughts). Second, we have pointed out the features of the mental conflict which often exists in these patients, identifying some possible interventions. Finally, we have highlighted some specific difficulties connected with the management of the disease, suggesting some therapeutic strategies that could be used in order to cope with these difficulties. Our experience confirms the efficacy of considering the psychological correlates of the diabetic disease; our goal for the future is to widen our work, supporting our continuing development of more effective intervention patterns.*

## Introduzione

“Use what talent you possess: The woods would be very silent if no birds sang except those that sang best.”  
Henry Van Dyke

Da 4 anni nella nostra UOS di Diabetologia è presente in modo continuativo la figura professionale della psicologa che collabora in modo sostanziale nella gestione terapeutica del paziente.

L'attività si esplica con *colloqui occasionali*, indagini con *questionari sul comportamento alimentare e sulla presenza di depressione* e con *cicli di incontri individuali di supporto-terapia psicologica*.

In alcuni casi cerchiamo di migliorare la gestione della malattia del paziente invitando al colloquio o alla terapia psicologica anche *un familiare* che rappresenta l'elemento condizionante negativamente il miglioramento della compliance.

In altri casi la figura dello specialista diabetologo diventa, almeno per un certo periodo di tempo, secondaria e il controllo metabolico avviene in coda, al termine dell'intervento psicologico.

Il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, che noi identifichiamo nella capacità di affrontare e a volte superare problematiche in precedenza evitate, in questo ruolo attivo, presente, che rivela una “forza” prima non posseduta, ci ha portato a una riflessione sul lavoro fatto per identificare positività e criticità da potenziare e risolvere e quindi ripartire per un intervento se possibile ancora più efficace.

Rileggendo le problematiche psicologiche ricorrenti nei pazienti diabetici, le nostre considerazioni e alcuni spunti di intervento terapeutico, abbiamo avuto la sensazione della necessità e anche il desiderio di stare più vicino alle persone, di ascoltarle un po' di più, di non rinunciare a qualche silenzio, anticamera di un colloquio più intimo e personale.

Per questo motivo abbiamo pensato di mettere a disposizione queste nostre considerazioni a tutti gli operatori sanitari impegnati nella gestione della patologia cronica, stressati da un sistema che spinge verso una esasperata temporizzazione delle prestazioni da una parte e dall'altra rinfaccia la scarsa attenzione alla persona.

## Materiale e metodi

Nell'arco di questi anni di lavoro, sono stati svolti *colloqui di tipo psicologico* con diversi pazienti che necessitavano di essere supportati nella gestione della malattia (colloqui che si prefiggevano di individuare le problematiche psicologiche presenti, promuovere il funzionamento adattivo del paziente, alleviarne i sintomi e aumentarne l'autostima).

Centoquaranta pazienti diabetici e 12 familiari hanno svolto *almeno un colloquio* con la psicologa.

Abbiamo compiuto in équipe una *analisi qualitativa* dei dati emersi dai protocolli della psicologa e abbiamo rilevato che era possibile evidenziare e raggruppare alcune *tematiche o problematiche ricorrenti*, legate all'accettazione e gestione della malattia cronica.

## Risultati

Verranno qui di seguito riassunte le tematiche principali evidenziate, che possono essere considerate i temi “focali” principali su cui incentrare un lavoro, ipotetici “focus” per un intervento psicoterapeutico, ma anche punti salienti che ogni curante dovrebbe opportunamente tenere in considerazione nell'approccio con un paziente diabetico. Ricordiamo che nell'ambito di un lavoro psicoterapeutico è essenziale proprio la possibilità di reperire un *focus*, ovvero un problema centrale, un'area di conflitto specifica e limitata accessibile all'insight, alla consapevolezza, affrontata la quale il soggetto possa continuare lo sviluppo autonomamente, dopo aver opportunamente usufruito dell'aiuto di un esperto.

Abbiamo raggruppato i dati raccolti in questo modo:

- alcune problematiche personali e relazionali;
- conflitto intrapsichico e possibilità di intervento;
- come proseguire nella cura: difficoltà e strategie.

## Alcune problematiche personali e relazionali

- Rapporto fra cibo-corpo-io;
- sfera del controllo;
- dipendenza;
- accettazione del limite;
- gestione di pensieri, emozioni, comportamenti;
- rabbia;
- sensazione di danno subito e bisogno di risarcimento;
- scarsa motivazione a curarsi;
- pensieri negativi.

### Rapporto fra cibo-corpo-io

Nei pazienti con diabete si evidenziano difficoltà nel rapporto fra questi tre elementi: cibo, corpo, io. Spesso, a partire da difficoltà nella gestione del *cibo*, si giunge a individuare l'esistenza di problemi nell'accettazione del proprio *corpo* e,

a livello più profondo, anche relativamente al proprio *Io*, ovvero alla sfera più profonda che attiene alla personalità e all'identità stessa del paziente.

È necessario porre attenzione a questi tre aspetti: spesso si parte dal problema del cibo (peculiare nella gestione del diabete), ma le difficoltà sottostanti risultano essere l'accettazione del proprio corpo e l'accettazione globale della propria persona.

A ciò si ricollegano problematiche nel rapporto del soggetto innanzitutto con se stesso ma inevitabilmente anche nel rapporto con gli altri, nella più ampia sfera delle *relazioni interpersonali*.

Ricordiamo che spesso problematiche personali e relazionali si sovrappongono a quelle relative alla mera gestione della malattia. Talora risulta necessario aiutare il paziente ad affrontare queste difficoltà come condizione necessaria a creare i prerequisiti per la gestione del diabete (per es., una madre preoccupata da alcune problematiche gravi del figlio non riusciva a pensare a sé e alla propria malattia, era come se nella sua mente non ci fosse lo spazio per affrontare i propri problemi; quando è riuscita ad affrontare meglio le difficoltà relazionali col figlio, ha iniziato a pensare alla propria dieta e alla propria salute).

## Sfera del controllo

A livello personale, moltissimi pazienti evidenziano problematiche di vario tipo, attinenti alla sfera del "controllo".

- Da un lato, ci sono persone che hanno una grave *difficoltà ad accettare delle regole, ovvero a mettere sotto controllo alcuni aspetti di sé*. È necessario allora lavorare tenendo conto della riluttanza di questi pazienti a sentirsi controllati, a mettere dei "paletti" nella propria esistenza.
- D'altro canto, si rileva in alcune persone il problema esattamente opposto, ovvero la *difficoltà ad accettare la sensazione di perdere il controllo sulla propria vita, sensazione inevitabilmente collegata ad alcuni aspetti di gestione della malattia cronica*.

Innanzitutto, per alcuni pazienti (abituati a tenere tutto sotto il proprio controllo) è assai arduo pensare di affidare "per sempre" la propria vita a un medico, ovvero accettare di delegare a "un altro" la propria cura, le decisioni essenziali relative alla propria salute.

È altrettanto difficile per tali persone accettare le "oscillazioni" legate alla malattia (per es., sbalzi imprevedibili della glicemia), quindi tollerare il fatto che non sempre è possibile controllare al 100% la propria malattia.

Questi pazienti trovano assai utile ricevere molte informazioni sulla malattia, in modo da avere la possibilità di "sapere cosa sta accadendo", ripristinando la rassicurante sensazione di poter tenere la situazione sotto controllo, così come sono stati sempre abituati a fare.

Nel contempo, è necessario lavorare affinché riescano gradualmente a tollerare delle aree di "non controllo".

## Dipendenza

Un'altra tematica saliente (e connessa alla precedente) è quella relativa alla problematica della "dipendenza", che ci

pone ancora di fronte a diversi atteggiamenti dei pazienti.

- Per alcuni è assai *difficile accettare la dipendenza*. Essi faticano ad accettare di dipendere *da altre persone* (medici, infermieri...), ma anche *da un farmaco* (il soggetto perde il potere di auto-determinazione e auto-gestione, deve dipendere da qualcosa o qualcuno di esterno da sé). In particolare, questa problematica è comune a molti pazienti insulino-dipendenti, pazienti la cui esistenza, appunto, "dipende dall'insulina" ("mi sembra di essere un tossico, la mia vita dipende dalle punture che faccio").
- In altri pazienti si evidenzia il problema opposto, cioè una *eccessiva dipendenza*, una estrema difficoltà a fare da soli, ad auto-gestirsi, per cui richiedono una costante "supervisione".

Ricordiamo che nel corso dello sviluppo psicologico di un individuo sono assai importanti i *bisogni di dipendenza* (accudimento-appartenenza) collocabili su un continuum che vede all'estremo opposto i *bisogni di separazione* (emancipazione-interdipendenza). Tali bisogni seguono una caratteristica linea evolutiva: essi dovrebbero evolversi, passando da uno stadio iniziale di dipendenza infantile a forme adulte di dipendenza (caratterizzate dalla capacità di relazionarsi con l'altro su un piano di parità, reciprocità), giungendo a fasi di emancipazione che portano alla condizione di "interdipendenza" matura. Nel corso della crescita il conflitto dipendenza-separazione è assai importante: vi è sempre un conflitto tra il desiderio di mantenere legami di dipendenza regressivi con le figure di accudimento e il desiderio di separazione, sostenuto da un istinto a completare il processo emancipativo. In adolescenza questo si configura come il conflitto principale, la cui soluzione ha rilevanti conseguenze per la personalità, il Sé.

Possiamo però rilevare possibilità di *sviluppo patologico* dei bisogni di dipendenza-separazione. Per esempio, alcuni soggetti temono eccessivamente il distacco dalla protezione data dall'esterno e inconsciamente preferiscono mantenere la dipendenza da figure genitoriali rassicuranti, per cui il loro bisogno specifico è quello di non emanciparsi e di ricevere sempre una protezione dagli altri. Tali dinamiche psicologiche possono influenzare notevolmente la particolare modalità dei singoli pazienti di gestire la problematica della dipendenza.

Molti pazienti compiono un percorso graduale nell'apprendimento delle modalità per gestire la terapia (e affrontare le problematiche del controllo e della dipendenza): inizialmente la *funzione terapeutica* è totalmente *esterna* (è il medico a dire cosa fare, ha lui il controllo della situazione; talora sono i familiari ad aiutare il paziente; il paziente segue delle indicazioni esterne, che non sente ancora sue: "faccio ciò che mi dicono"); poi, gradualmente, la funzione terapeutica diventa *interna*, il paziente "fa proprie" le indicazioni dei curanti, è come se una parte di sé svolgesse il ruolo di "medico di se stesso"; molti pazienti riportano una sorta di *dialogo interno*, che li aiuta molto ad auto-gestirsi (per es., "Mi dico: ma cosa stai facendo? Lo sai che questo non va bene... forza, cerca di fare meglio...") e ad acquisire un controllo maggiore sulla propria terapia.

In questo caso entrano in gioco i *bisogni legati alla autoregolazione*, nell'ambito dello sviluppo della capacità di autoaccudimento. Nelle prime fasi dello sviluppo, il bambino vuole soddisfazioni immediate, poi gradualmente impara ad autoregolarsi grazie all'apporto di due fonti: una esterna (i genitori, l'ambiente esterno) che porta il bambino a interiorizzare l'esigenza di darsi dei limiti; una interna per cui il bambino percepisce che se non si regola può avviare comportamenti meramente autodistruttivi. In questo modo, la capacità di tollerare la frustrazione, di accettare il limite e mantenere una autoregolazione acquisisce col tempo la caratteristica di un bisogno soggettivo.

### Accettazione del limite

Molti pazienti diabetici hanno difficoltà nell'accettazione del *limite*: accettare di avere una malattia cronica implica il dover introdurre una limitazione forte nella propria vita (oltretutto, nel caso del diabete, si tratta di una malattia che rende necessaria proprio l'accettazione di specifici limiti comportamentali e alimentari). Ciò richiede, a livello intrapsichico, un ridimensionamento notevole della sensazione di "onnipotenza", quindi una perdita di "potere" che può creare problematiche a vari livelli, specie in alcuni soggetti particolarmente sensibili in quest'area (per es., alla notizia di malattia, un paziente aveva iniziato a pensare: "Nella vita puoi perdere tutto". Ciò lo aveva portato a una nuova consapevolezza "Siamo tutti appesi a un filo", con una considerazione dei limiti insiti nella vita umana. Tale riflessione è stata per lui fonte di *ansia*, ovvero vissuta come *stato di pericolo costante* a cui reagiva a livello emotivo con *paura*).

### Gestione di pensieri, emozioni, comportamenti

Lavorando sui comportamenti talora inspiegabili o disfunzionali di molti pazienti diabetici, è spesso necessario distinguere e analizzare tre elementi basilari (fondamentali per esempio nelle terapie di tipo cognitivo-comportamentale): pensieri, emozioni, comportamenti.

Spesso, infatti, i pazienti raccontano i loro comportamenti, ma è necessario considerare che i comportamenti sono correlati a pensieri ed emozioni sottostanti, che regolano e influenzano moltissimo il manifestarsi delle azioni umane. È dunque essenziale riflettere sulla connessione tra pensieri ed emozioni, sul fatto che il nostro cervello è in grado di trasformare i pensieri in sensazioni ed emozioni. In effetti, pensieri, emozioni e comportamenti si influenzano tra di loro, ma spesso non siamo consapevoli di queste influenze reciproche, specialmente dell'influenza dei pensieri sulle emozioni e sui comportamenti.

("A volte mi sento vuota, piango, sono triste... mi trovo come in un gomito di pensieri tutti negativi e mangio... è come un groviglio di pensieri, che non riesco a controllare. L'unico modo per calmarmi è mangiare").

Ciò è evidente dalla analisi dei *diari alimentari*: il paziente deve auto-osservarsi nel momento in cui mangia, riportando sul diario come si sente prima e come si sente dopo aver mangiato. Emergono così particolari emozioni e parti-

colari pensieri che accompagnano il "comportamento" alimentare.

Spesso emerge che prima di mangiare i pazienti si sentono: *arrabbiati, depressi, stanchi, insoddisfatti*. Dopo aver mangiato si sentono *contenti, tranquilli, calmi, appagati*.

Tali emozioni risultano collegate a particolari *catene di pensieri* che si innestano nel soggetto.

Se il soggetto ha determinati pensieri, attiva determinate emozioni:

- la *tristezza* è legata a una perdita, a una valutazione ridotta del proprio dominio personale;
- la *gioia* è legata alla percezione o all'attesa di un guadagno;
- l'*ansia* è legata alla percezione di un pericolo;
- la *rabbia* è legata a situazioni di mancato riconoscimento, a momenti in cui una persona è attaccata o subisce la frustrazione di un desiderio o di un impulso.

I pensieri che legano l'evento alla reazione emotiva possono non essere immediatamente disponibili alla coscienza, per cui è molto importante aiutare il paziente a prendere consapevolezza dei pensieri connessi a determinate emozioni.

Per esempio una paziente descrive alcuni pensieri come un tarlo che la ossessiona: "Penso in continuazione: non sono soddisfatta perché non ho mangiato abbastanza... ma sì, tanto è lo stesso... la vita è una, perché devo passarla a fare sacrifici?".

Spesso si scopre un meccanismo del tipo: *pensieri negativi* → *ansia* → *ricerca di cibo senza controllo* ("Quando sono stressata, quando sono in ansia, comincio a girare per la casa, a spizzicare qua e là... non ce la faccio proprio a controllarmi, non esiste più nessuna regola").

Dall'analisi dei diari si evidenzia dunque il valore e il significato simbolico ed emotivo del cibo, che non consiste solo in un insieme di calorie ingerite, ma che coinvolge tutta la sfera personale, psicologica ed emotiva, ha un effetto talora "ansiolitico", calmante, talora di gratificazione affettiva ("A volte mi prende una voglia di latte e biscotti... per avere la soddisfazione di pucciare, come i bambini, è un momento di dolcezza, forse l'unico per me"), talora di "sfogo della rabbia".

### Rabbia

Si evidenzia in questo modo un'altra tematica essenziale: quella della *rabbia*, una delle emozioni che maggiormente traspaiono dai discorsi dei pazienti con diabete, talora in modo palesemente manifesto, talora in forma più velata, ma pur sempre significativa.

Spesso emerge una rabbia preponderante nei confronti della malattia (per es., "ma perché proprio a me doveva capitare?"); la malattia viene talvolta dipinta come un "nemico" da combattere, da tenere a bada, un nemico che, però, non potrà mai essere definitivamente sconfitto.

I pazienti compiono un passo significativo nel momento in cui passano dalla visione della malattia come nemico da sconfiggere a quella di un elemento di sé con cui "convivere", con cui giungere a un compromesso.

Talvolta la rabbia nei confronti della malattia viene per così dire “spostata” e proiettata sui curanti, sulle persone che si occupano del soggetto e che diventano una sorta di ricettacolo dei vissuti negativi dei pazienti.

Le espressioni di rabbia più significative si hanno comunque nei confronti delle restrizioni alimentari cui i pazienti sono inevitabilmente costretti. Se essi vengono lasciati liberi di esprimere i propri vissuti, tendono a esprimere soprattutto un senso di ingiustizia, specie nel momento in cui si confrontano con gli altri, “quelli che possono mangiare normalmente, quelli che riempiono i bar la mattina o i ristoranti la sera... tutti mangiano il cappuccino e la brioche... e noi sempre a guardare, a chiudere la bocca... ma a volte viene da dire: andatevene tutti a quel paese, io mangio quello che voglio”. Spesso alla base delle trasgressioni o dei comportamenti disfunzionali dei pazienti, si svelano pensieri di questo tipo, caratterizzati da uno stato emotivo di rabbia e da un atteggiamento di rivendicatività.

Un binomio sovente presente è proprio quello che lega l'assunzione incongrua di cibo al vissuto di rabbia nei confronti della malattia, cui andrebbe ricondotta per esempio l'esigenza di avere la “soddisfazione di mordere... non mi basta bere, se non mordo qualcosa non mi sento soddisfatta... forse per sfogare la rabbia”.

Nei pazienti con problemi di peso, inoltre, si rileva una forte rabbia nei confronti dei giudizi delle persone (“Inevitabilmente le persone appena ti vedono danno dei giudizi sull'intelligenza... non mi dica che non è vero che se uno vede una persona grassa non pensa subito che sia anche stupida... questo mi fa arrabbiare tantissimo”).

È necessario considerare la possibilità di manifestare l'aggressività o la rabbia in modo funzionale (riuscire a modulare la rabbia e utilizzarla in senso positivo, magari trasformandola in “grinta”, in forza motivazionale spendibile in positivo).

### **Sensazione di danno subito e bisogno di risarcimento**

Possiamo collegare la tematica della rabbia a un vissuto tipico dei pazienti che scoprono di avere una malattia cronica, ovvero quello di aver subito un *danno*, di essere stati in qualche modo ingiustamente danneggiati o penalizzati (un danno permanente, che rimarrà per tutta la vita, “per sempre”).

Da ciò emerge un *bisogno di risarcimento*, che nasce su basi inconsce, inconsapevoli, e che porta il soggetto a voler ottenere una sorta di risarcimento per il danno subito e quindi ad assumere atteggiamenti apparentemente inspiegabili (atteggiamenti che sottendono pensieri del tipo: “Io ho già subito un danno dalla vita, ora non voglio sforzarmi, non voglio fare sacrifici perché la vita mi ha già punito... sono gli altri a dovermi fornire delle soluzioni”).

Traspare dalle frasi dei pazienti un pervasivo senso di ingiustizia, che va inevitabilmente a ostacolare la compliance al trattamento (“Io sono stato sfortunato... lasciatemi almeno la soddisfazione di mangiare qualche volta, voi che non siete costretti a fare le mie rinunce!”).

### **Scarsa motivazione a curarsi**

Spesso ciò che accomuna i discorsi di vari pazienti è un atteggiamento di *scoraggiamento*, di *scarsa motivazione*... è come se, parlando dei propositi terapeutici, riferissero di una sconfitta già vissuta prima ancora di iniziare. Molti soggetti per esempio dicono di avere già svolto molte diete, magari mai portate a termine oppure diete con effetti positivi, ma poi seguite da una incapacità a mantenere un determinato regime alimentare, quindi da una inevitabile riacquisizione di tutti i chili persi... si innescava così un circolo vizioso proposito/trasgressione che porta a un atteggiamento quasi disfattista, a una demotivazione che rende assai difficile ogni sforzo del curante per stringere un'alleanza terapeutica col paziente; è come se la sua mente, nel momento stesso in cui a livello manifesto fa dei propositi condivisi con il curante, fosse già permeata da pensieri negativi quali: “Tanto so già che non ce la faccio... dico così ma poi andrà come tutte le altre volte... è inutile”.

È importante identificare tali pensieri, cercare di capirne le motivazioni e, talora, il “vantaggio secondario” implicito in questo atteggiamento disfattista (che consente infatti al soggetto di non sforzarsi per il raggiungimento di obiettivi condivisi, di non assumersi delle responsabilità e di mantenere un atteggiamento passivo).

### **Pensieri negativi**

Spesso emergono degli *errori cognitivi* nei pensieri dei pazienti riguardo alla malattia (per errore cognitivo si intende un pensiero che non ha fondamenti di realtà, ovvero una inferenza arbitraria, una distorsione del pensiero: il soggetto non valuta la realtà in modo adeguato).

Talvolta viene compiuto l'errore cognitivo detto del *bianco e nero*, ovvero la tendenza a vedere le cose per estremi secondo la legge del tutto o nulla, usando spesso espressioni quali “mai, sempre, niente, tutto” (per es., “Non riuscirò mai, è sempre andata male...” “Non c'è niente che possa aiutarmi”). È utile individuare le sfumature intermedie, considerare l'importanza della mediazione e contraddire tali pensieri che risultano irrealistici, troppo generici.

Pensieri disfunzionali che spesso insorgono automaticamente sono relativi al futuro (per es., “Sicuramente andrà male, non riuscirò a fare nulla”), si tratta di pensieri irrealistici, perché non possiamo conoscere il futuro, quindi si configurano come una *anticipazione negativa* o addirittura come *catastrofizzazione* (“Mi vedo già con una gamba amputata”). È importante compiere una ristrutturazione cognitiva del pensiero, sostituendolo con un pensiero realistico.

Altri errori cognitivi individuabili nei pensieri dei pazienti sono per esempio dei ragionamenti stile *sfera di cristallo*, con la convinzione di sapere in anticipo l'esito di un evento futuro (“So già che andrà sicuramente in questo modo”).

## Conflitto intrapsichico e possibilità di intervento

Tenuti in considerazione i punti precedentemente esposti, si comprende come un elemento su cui è necessario soffermarsi sia quello del *conflitto intrapsichico*, ovvero la presenza a livello interiore di una conflittualità, di una "lotta" fra varie "parti" nel paziente diabetico.

Spesso il paziente tende a esprimere verbalmente solo una delle parti (per es., nei colloqui col medico), ma è importante evidenziare il conflitto, "ascoltare le ragioni, le motivazioni" di tutte le parti in gioco, in modo da arrivare alla mediazione, e superare il conflitto. Attraverso il libero "dialogo" fra le parti, il paziente può prendere consapevolezza di tutti i fattori in gioco e riuscire a gestirli meglio, ad acquisire una maggiore padronanza sulle sue emozioni e sulle sue azioni (se non si compie questa mediazione rimane una parte cosciente e consapevole, che "lotta" contro un'altra parte inconscia, che la ostacola). Esiste dunque una "ambivalenza" nei pazienti, la contrapposizione fra due parti che hanno obiettivi ben diversi.

Vengono qui di seguito elencate alcune parti che sono tipicamente in conflitto nel paziente alle prese con la gestione del proprio diabete:

- *parte che ha ormai accettato la malattia vs parte che ancora la rifiuta* (e che dunque rifiuta le cure: "Se non mi curo posso illudermi di non essere malato");
- *parte razionale* (solitamente alleata con le indicazioni dei curanti, improntata alle scelte ponderate, fatte secondo logica e ragionamento) *vs parte emotiva, affettiva, istintiva, guidata dalle emozioni e dall'istinto*;
- *parte che razionalmente capisce le cose vs parte che è arrabbiata* (per la malattia, per i sacrifici necessari...) e non vuole sentire ragioni ("Penso: ma stai bene così, chi te lo fa fare a sforzarti? Ma che se ne vadano tutti a quel paese, adesso mi sfogo!");
- *parte ubbidiente* (che vuole seguire le indicazioni dei curanti) *vs parte ribelle* (che non vuole sottostare alle regole, vuole trasgredire, ribellarsi) ("Ho una parte che mi spinge sempre a fare il contrario di quello che decido... non mi fa portare a termine niente, mi boicotta.. c'è come una guerra dentro di me!");
- *parte che vuole stare meglio vs parte demotivata, depressa*, che agisce quasi in senso autodistruttivo e porta il soggetto a compiere azioni inspiegabili, disfunzionali e altamente rischiose ("È come se da un lato io rifiutassi tutte le regole.. è un po' il mio autolesionismo, il mio intralciare l'obiettivo che mi sono posto");
- *parte dei pensieri, razionale, della "testa" vs parte del "corpo"* (a volte ci sono persone molto focalizzate sulla dimensione razionale, di pensiero, che fanno molta fatica a iniziare ad ascoltare i "segnali" che provengono dal corpo, le sensazioni corporee, da auto-osservare per la gestione del diabete);
- *parte adulta vs parte bambina* (o, a volte, *adolescente*) che tende a non obbedire, a trasgredire... che vuole essere accudita e fatica a prendersi le proprie responsa-

bilità, che vuole accanto un "adulto" che si faccia carico di lei;

- *parte che vuole cambiare vs parte che non vuole cambiare*. Talora in questo conflitto rientrano le resistenze al cambiamento normalmente presenti di fronte alla prospettiva di dover abbandonare delle abitudini di vita già acquisite, delle cose conosciute, per adattarsi a una condizione nuova, a cose diverse, sconosciute... e come tali difficili da accettare (come qualsiasi cambiamento che ci venga richiesto).

Dall'analisi di questo tipo di conflitto emerge che spesso è implicito il pensiero: "Non voglio cambiare perché io voglio essere accettato per quello che sono, anche se non perdo chili... se mi chiedi di cambiare è perché non mi accetti come persona... prima di chiedermi di cambiare mi devi dimostrare che mi accetti così come sono". In questi casi i consigli e le esortazioni dei curanti sono spesso vissute quasi come "offese narcisistiche", sfide all'autostima del soggetto, che più si sente sfidato più rafforza la parte che si oppone a ogni tipo di cambiamento. I pazienti che hanno queste problematiche sovente sono formalmente compiacenti con i medici, ma celano una notevole ostilità. ("Mi trovo tutti i giorni ad avere il pensiero fisso del peso... mi sforzo ma poi non ottengo risultati... e poi quando vado da qualsiasi medico mi dice subito: "Devi dimagrire, e basta"... ma non capiscono che io penso ai miei chili anche di notte e quando mi sento dire così vado a casa e svuoto il frigorifero").

Fondamentale è accettare l'espressione di tutte queste parti senza giudizi o critiche, in modo da far emergere il conflitto e identificare insieme al paziente delle possibili vie di mediazione fra le varie parti in gioco. Il conflitto presente genera inevitabilmente stress, disagio e porta alla ricerca di una soluzione che può essere trovata naturalmente attraverso un "dialogo" fra le parti (il terapeuta gioca un ruolo di "intermediario" tra gli elementi contraddittori).

## Come proseguire nella cura: difficoltà e strategie

### "Una malattia subdola"

Molti pazienti rilevano la difficoltà a curarsi legata al fatto che il diabete "non si sente, non fa male, quindi non è immediato e automatico il fatto di curarsi: se ho un braccio che mi fa male sto attento perché se mi muovo sento subito il dolore... il diabete non sento se mi fa male, come faccio a capirlo?". È dunque necessario un processo di pensiero (non automatico), che deve essere continuamente rinforzato, in modo che sia mantenuto e vada a modulare l'azione (non c'è un'azione automatica e spontanea di auto-cura come potrebbe avvenire nel caso del braccio che fa male, ma un continuo processo di auto-convincimento e auto-motivazione).

Si tratta per molti di una malattia definita *subdola*, che agisce di nascosto e fa vedere i suoi effetti quando ormai è troppo tardi.

## “Come posso fare bene a me stesso?”

Soprattutto per quanto riguarda la difficile gestione della dieta, in molti pazienti sorge la domanda: “come posso fare bene a me stesso?”

Molti pazienti riferiscono che, soprattutto se non si sentono bene, “istintivamente” la cosa più immediata per farsi del bene è quella di mangiare, di nutrirsi (con tutti i significati affettivi e simbolici che abbiamo visto essere legati al cibo), invece devono usare la razionalità, il pensiero, per convincersi che in questo modo ci si fa del male.

Il cibo viene dunque descritto come una moneta a due facce: se da un lato “fa stare bene, fa star meglio subito, è buono”, dall’altro fa male per gli effetti che dà nel tempo (“fa male... è cattivo in fondo”).

Alcuni pazienti riflettono e identificano nell’assunzione di cibo una modalità con cui inconsapevolmente si fanno del male (“...forse in fondo faccio così perché non mi voglio bene... faccio qualcosa per farmi del male”).

Spesso viene riferito un pervasivo *senso di colpa* successivo alle azioni, ai comportamenti (“...dopo mi sento in colpa, ma spesso arriva una voglia, un desiderio che mi invade, come una saetta e io non riesco a trattenermi... poi mi vergogno”).

## Trovare soluzioni intermedie

Molti soggetti devono essere aiutati a trovare *soluzioni intermedie*, a tollerare di compiere un percorso graduale, a “piccoli passi”. Spesso presentano un atteggiamento di tipo disfattista, compiendo delle generalizzazioni eccessive (“Non riuscirò mai, è troppo difficile, è impossibile...”) e non riuscendo dunque a porsi in un’ottica di cambiamento graduale (“Se non riesco a cambiare del tutto, allora non cambio nulla, non mi impegno neanche a fare dei piccoli passi”). Più spesso, invece, un cambiamento totale e assoluto è un obiettivo irrealistico che va ridimensionato, in modo che il paziente si possa assumere la responsabilità di svolgere dei piccoli ma significativi cambiamenti.

## Individuare nuove modalità di gratificazione

Molti pazienti devono affrontare la problematica del *come gratificarsi* in modi che siano alternativi all’assunzione di cibo, per cui si rende necessario un processo di auto-osservazione e identificazione di quelle attività che possano essere alternative al cibo e con effetto comparabile.

I pazienti riferiscono talora che il cibo ha assunto per loro fin dall’infanzia un valore di premio, di gratificazione, mentre la negazione del cibo viene immediatamente collegata alla punizione (“Fin da piccolo se ero bravo venivo premiato con il cibo, mentre se non mi davano da mangiare era perché ero in castigo... quindi ora è difficile accettare delle rinunce, le vivo come una punizione”).

Si rende allora necessario individuare assieme al paziente delle attività “gratificanti” alternative al cibo e poi monitorare nel tempo il loro effettivo svolgimento. Talora si tratta di semplici attività, magari tralasciate da tempo (per es., lettura,

ascolto della musica, parole-crociate...); altre volte sono attività che permettono al paziente di “produrre” qualcosa, quindi di provare soddisfazione per il proprio operato (per es., stesura di poesie, giardinaggio, lavori col legno o altri lavoretti, cucito, ricamo...); altre volte ancora si tratta di attività gratificanti in quanto coinvolgono anche la sfera relazionale e sociale (per es., passeggiate con un gruppo di amici, l’impegno di andare in palestra o in piscina con un’amica, andare al cinema oppure iniziare delle attività sociali o di volontariato...); a volte invece è necessario aiutare il soggetto a trovare piacere e soddisfazione anche nelle semplici attività della sua vita quotidiana (per es., una donna in pensione che detestava il fatto di essere casalinga, riesce gradualmente ad accettare il suo nuovo ruolo e a provare soddisfazione anche per lo svolgimento delle attività domestiche: “Mi sono fatta una tabella con tutti i miei obiettivi, se riesco a portarli a termine sono contenta... basta metterci un po’ di creatività nelle cose, così pesano di meno”).

## Affrontare il senso di vuoto

Spesso il cibo viene utilizzato come modalità per riempire i momenti di *vuoto* descritti proprio come momenti di “buco”, intesi sia come momenti in cui il soggetto non ha nulla da fare, sia come momenti in cui il paziente si sente profondamente solo, privo di motivazione, quasi svuotato... e il cibo ha la capacità di dare una sensazione di “pieno”, di riempitivo (“Quando mangio mi sento come un bambino... che ha bisogno di sentire il pancino caldo per non sentirsi solo... il cibo a volte è l’unica cosa che mi coccola, che mi fa compagnia, è un momento di tenerezza”). Altrettanto spesso l’assunzione incongrua di cibo viene collegata a momenti di *tensione*, di ansia, di “stress”, in cui sembra che la mente sia “meno vigile”, meno attenta, quindi meno in grado di regolarsi.

Anche in questo caso è possibile affiancare all’analisi dei significati psicologici profondi che sono all’origine del senso di vuoto o di tensione, anche l’individuazione di attività gratificanti che possano perlomeno attenuare le problematiche legate all’assenza di scopi e progettualità nel paziente.

## L’uso della scrittura

Uno strumento spesso utile al paziente nell’apprendimento di modalità di auto-controllo è l’uso della *scrittura*, che rende possibile acquisire non solo maggiore consapevolezza sui propri comportamenti (“A volte mangio senza controllo, non mi rendo neanche conto di quello che mangio... quando ho riletto ciò che avevo mangiato durante il giorno mi sono spaventata”), ma costituisce anche un possibile strumento di controllo per pazienti con gravi difficoltà nella auto-regolazione.

Può essere utile svolgere con il paziente un lavoro di indagine e ricostruzione del suo problema, per condividere con lui una comprensione del suo disturbo necessaria a favorire il cambiamento e passare da un sentimento di impotenza a una possibilità di fare qualcosa per contribuire positivamente alla sua cura.

## Salvaguardare i propri “spazi”

Molti pazienti diabetici hanno difficoltà nella gestione della propria terapia perché non riescono a ritagliarsi uno *spazio proprio*, da dedicare a sé, alla propria cura. Spesso si tratta di donne che ritengono come prioritario il fatto di occuparsi di altre persone (per es., figli o altri familiari) e che non si concedono del tempo per la cura di sé. In alcune pazienti si ravvisa addirittura un senso di colpa nei confronti dei momenti che dedicano a se stesse e che sottraggono alla gestione della propria famiglia (“...addirittura a volte mi sento in colpa se vado dal parrucchiere... figuriamoci se dedicassi tempo alla ginnastica o ad altro per me... mi sento egoista o addirittura cattiva!” “Anche il fatto di venire qui, di concedermi questo spazio tutto mio in cui posso parlare, è un passo per me... di solito non penso mai a me stessa e ai miei bisogni”). In tali situazioni è necessario lavorare assieme per alleviare il senso di colpa e gradualmente portare il paziente a mettere “sé” al centro della propria attenzione, cercando di iniziare a riconoscere e ascoltare i propri bisogni e ad attivarsi per aiutare non solo gli altri ma anche se stessi.

## Rinforzare l'autostima

Si rileva in alcune situazioni una tendenza alla auto-svalutazione, che porta a non curarsi (“Finché penso di non valere nulla allora non faccio niente per me, perché non mi apprezzo... quando inizio a capire che servo a qualcosa, che ho un mio valore, allora capisco che mi devo curare”). È dunque necessario e utile un lavoro sulla tematica dell'*autostima*, in modo da rafforzare il soggetto rispetto alla considerazione di sé e del proprio valore (“Devo cercare di fare qualcosa di mio, che mi soddisfi, che mi gratifichi... che mi permetta di sfogarmi, di sentirmi viva... quando ci riesco, allora è più facile seguire le indicazioni dei medici”).

## Conclusioni

L'esperienza di questi anni di lavoro in collaborazione con la figura dello psicologo ha confermato l'utilità di approfondire gli aspetti psicologici correlati alla malattia diabetica.

In particolare, è importante che gli operatori possano considerare la presenza di alcune tematiche o problematiche psicologiche ricorrenti, per saperle adeguatamente identificare e poi affrontare, individuando assieme a ciascun singolo paziente le modalità più efficaci per fronteggiare i problemi presenti.

L'intervento dello specialista psicologo si rivela utile nei Servizi di Diabetologia, potendo esplicarsi a più livelli, ovvero non solo direttamente nei confronti dei singoli pazienti, ma anche attraverso un lavoro da svolgere in sinergia con tutti gli operatori dell'équipe, che dovranno sempre tener conto dei problemi psicologici che abbiamo visto essere così pregnanti nei soggetti con diabete.

L'attività dello psicologo potrà quindi indirizzarsi verso *tutte le figure implicate nel processo di cura* di ogni singolo paziente, come qui di seguito schematizzato:



*Psicologo ↔ medico*: lavoro finalizzato a integrare, nel complesso processo di presa in carico del paziente, gli aspetti più strettamente medici con quelli essenzialmente psicologici, per individuare assieme le strategie terapeutiche più adeguate che tengano contemporaneamente conto delle importanti problematiche fisiche presenti e delle altrettanto significative dinamiche soggettive in gioco. Tale modalità di lavoro può comprendere sia interventi sinergici nei confronti di alcuni pazienti (che vengono seguiti contemporaneamente dal medico e dallo psicologo), sia discussioni collegiali su alcuni casi particolari, sia momenti di confronto relativamente alle modalità più efficaci di organizzazione del lavoro nel Servizio.

*Psicologo ↔ personale infermieristico*: lavoro di confronto e attività di formazione finalizzata a fornire alcune chiavi di lettura di ordine psicologico che possono risultare utili al personale infermieristico nella gestione di alcune difficoltà insite nel lavoro di interazione quotidiana coi pazienti. Si cerca così di affiancare alle competenze operative già possedute dagli infermieri anche alcune competenze relazionali, con particolare riguardo agli aspetti della comunicazione col paziente.

*Psicologo ↔ dietista*: attività di formazione relativa alle problematiche psicologiche connesse al comportamento alimentare e presa in carico congiunta di alcuni pazienti (che può includere colloqui di tipo psico-educazionale con la co-presenza di dietista e psicologo) in cui lo specialista dietista possa gestire gli aspetti più “concreti” legati alla gestione della dieta e lo psicologo si possa parallelamente occupare delle implicazioni soggettive di questo lavoro, favorendo una riflessione più profonda sui vissuti soggettivi e introducendo un discorso relativo a motivazioni e bisogni più profondi, da tenere in considerazione per attivare un processo di cambiamento e autocontrollo.

*Psicologo ↔ paziente*: valutare e affrontare con il singolo paziente gli aspetti psicologici connessi alla malattia, in un processo di presa in carico che tenga sempre conto del lavoro che il paziente sta svolgendo con gli altri operatori dell'équipe.

Attraverso una tale organizzazione del lavoro, secondo la nostra esperienza, è possibile fornire al paziente gli “strumenti” necessari per gestire al meglio la propria malattia, sviluppando quelle capacità che gli consentono di giungere a una “accettazione attiva” della patologia e quindi anche a una migliore qualità della vita.

I nostri progetti sono di ampliare la nostra esperienza al fine di strutturare modelli di intervento sempre più efficaci, in grado di individuare e affrontare le diverse problematiche connesse alla gestione di una malattia cronica come il diabete.

## Bibliografia

1. American Diabetes Association. *Clinical Practice Recommendations 2004. Screening for Diabetes (Position Statement)*. Diabetes Care 2004;27:S11-4.
2. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis*. Diabetes Care 2001;24:1069-78.
3. Arroyo C, Hu FB, Ryan LM, Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE et al. *Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in women*. Diabetes Care 2004;27:129-33.
4. Bacal HA, Newman KM. *Teorie delle relazioni oggettuali e psicologia del sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
5. Beck AT. *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Roma: Astrolabio 1984.
6. Benvenuti P. *Psicologia e medicina*. Roma: Carrocci 2000.
7. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Torino: Bollati Boringhieri 1972.
8. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. *Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis*. Psychosomatic Medicine 2001;63:619-30.
9. De Isabella G, Colombi S, Focchi E, Reatto L. *La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.
10. Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B, Cox D, Fisher L, Lustman P et al. *Psychosocial Therapies Working Group: Psychosocial therapies in diabetes: report of the Psychosocial Therapies Working Group*. Diabetes Care 2001;24:1286-92.
11. Gabbard GO. *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM IV*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1995.
12. Gislon MC. *Trattato di psicoterapia breve integrata*. Milano: Dialogos Edizioni 2000.
13. Gislon MC. *Manuale di psicoterapia psicoanalitica breve*. Milano: Dialogos Edizioni 2005.
14. Greenberger D, Padesky CA. *Penso, dunque mi sento meglio*. Trento: Edizioni Erickson 1998.
15. Greenson RR. *Tecnica e pratica psicoanalitica*. Milano: Feltrinelli 1974.
16. Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. *The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus*. Qual Life Res 1997;6:11-20.
17. Lacroix A, Assal JP. *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Torino: Edizioni Minerva Medica 2005.
18. Lloyd CE, Matthews KA, Wing RR, Orchard TJ. *Psychosocial factors and the complications of insulin-dependent diabetes mellitus: the Pittsburgh epidemiology of diabetes complications study-VI*. Diabetes Care 1992;15:166-72.
19. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. *Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature*. Diabetes Care 2000;23:934-42.
20. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. *Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes: a randomized, controlled trial*. Ann Intern Med 1998;129:613-21.
21. Mazze RS, Lucido D, Shamooh H. *Psychological and social correlates of glycemic control*. Diabetes Care 1984;7:360-6.
22. Passamonti M, Pigni M, Colombo L, Sacchi E. *The Quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus in general practice*. Eur J Gen Pract 2000;6:93-7.
23. Schacht T, Binder J, Strupp H. *The dynamic focus*. In: Strupp H, Binder J, eds. *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1984.
24. Schneider PB. *Psicologia Medica*. Milano: Feltrinelli 1983.
25. Songar A, Kocabasoglu N, Balcioglu I, Karaca E, Kocabasoglu C, Haciosman M et al. *The relationship between diabetics' metabolic control levels and psychiatric symptomatology*. Integrative Psychiatry 1993;9:34-40.
26. Weyerer S, Hewer W, Pfeifer-Kurda M, Dilling H. *Psychiatric disorders and diabetes: results from a community study*. J Psychosom Res 1989;33:633-40.
27. Williams MM, Clouse RE, Rubin EH, Lustman PJ. *Evaluating late-life depression in patients with diabetes*. Psych Ann 2004;34:305-12.
28. Winnicott DW. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando 1970.