

Lavoro originale

L'adattamento psicologico alla diagnosi di diabete di tipo 2

P. Gentili¹, F. Burla¹, I. Cincinnato¹,
T. Bufacchi², F. Saioni¹, M. Rodà¹,
P. Di Bernardino³

¹Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università "La Sapienza" di Roma; ²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma; ³UO Diabetologia e Malattie Metaboliche Ospedale di Atri (TE)

Corrispondenza: dott. Paolo Gentili, via Val d'Ossola 25, 00141 Roma

G It Diabetol Metab 2008;28:5-9

Pervenuto in Redazione il 19-06-2007

Accettato per la pubblicazione il 21-01-2008

Parole chiave: diabete di tipo 2, aspetti psicologici, adattamento, test psicometrici

Key words: type 2 diabetes, psychological aspects, adjustment, psychometric tests

RIASSUNTO

Obiettivo. Il presente lavoro si propone di descrivere, considerando i dati emersi dalla letteratura degli ultimi dieci anni, come si configura il primo adattamento alla malattia da parte del paziente diabetico, a partire dalla fase dello shock iniziale, con lo scopo di fornire ai diabetologi utili indicazioni per affiancare i loro pazienti sin dal primo momento della relazione clinica. Dopo un'analisi della letteratura scientifica nazionale e internazionale, si sono individuate cinque aree funzionali che caratterizzano tale adattamento: ansia, depressione, *locus of control*, autostima e autoefficacia.

Metodi. Mediante l'utilizzo di una batteria di test psicometrici, sono state studiate le condizioni psicologiche in un campione di

42 soggetti con diagnosi di diabete (tipo 2) confrontandolo con un gruppo normativo di 420 soggetti non affetti da diabete.

Risultati. Sembra che il primo adattamento dei soggetti a sei mesi dalla diagnosi sia caratterizzato soprattutto da una riduzione del tono dell'umore e del senso di autoefficacia in assenza di sintomi ansiosi. I pazienti appaiono orientati a sviluppare un atteggiamento fatalistico o un forte affidamento all'esterno, mostrando così la tendenza a sottovalutare la realtà clinica della malattia e la ricerca di una dipendenza esterna che potrebbe condizionare il percorso verso un'adeguata ed efficace autogestione da parte del paziente.

Conclusioni. Gli autori discutono i rilievi emersi e le possibili indicazioni per un corretto rapporto di collaborazione efficace tra i diabetologi e i loro pazienti.

SUMMARY

Psychological adjustment to type 2 diabetes

Objective. Based upon the literature of the past ten years, this study analyzes the initial phase of psychological adjustment after a diagnosis of type 2 diabetes, with the goal of providing useful guidelines to diabetologists in supporting their patients from the very first moment of clinical work. The study identifies five functional areas that characterize this adjustment: anxiety, depression, locus of control, self-esteem and self-efficacy.

Method. Using a battery of psychometric tests, we assessed the psychological condition in a sample of 42 subjects with type 2 diabetes, comparing with a control sample of 420 subjects, without diabetes.

Results. The initial psychological adjustment after six months from diagnosis, seems characterized by decreased tone of mood and self-efficacy, without anxious symptoms. The subjects seem to develop a fatalistic attitude or a strong external entrustment, showing inclination to underestimate the disease's reality and to seek external dependence that could affect the path towards an adequate and effective self-management.

Conclusions. The authors discuss the findings emerged and possible directions for a smoother working relationship between diabetologists and their patients.

Introduzione

Attualmente il diabete non viene più ritenuto una malattia, un'entità singola, ma una sindrome, cioè un gruppo eterogeneo di sintomi che si presenta in modi diversi in rapporto non solo alle caratteristiche cliniche della malattia, ma anche all'età dei soggetti colpiti, alle probabili cause scatenanti e in particolar modo alle caratteristiche psicosociali della persona¹. In particolare questo aspetto emotivo-relazionale è attualmente sempre più considerato, da una parte, nell'ambito dei fattori eziopatogenetici del diabete: è stata infatti individuata una serie di stimoli stressanti, sia fisici sia emotivi e relazionali che assumono un sicuro valore eziologico per il diabete² in misura sicuramente maggiore di quanto accade in soggetti affetti da altre patologie croniche³.

Dall'altra questi fattori influenzano negativamente anche il trattamento influenzando in maniera spesso negativa le reazioni emotivo-relazionali individuali alla malattia, al medico e soprattutto alla propria persona malata. Inoltre, i profondi cambiamenti nelle abitudini di vita che il diabete di tipo 2 comporta sono causa di un riesame dell'immagine di sé e delle proprie aspettative di vita⁴, sulla percezione del proprio schema corporeo, sull'autostima e sulla coscienza di sé⁵.

Il trattamento del diabete è quindi tra i più complessi nell'ambito delle malattie croniche e i fattori "psicologici" (da quelli cognitivi a quelli emotivi, da quelli relazionali a quelli motivazionali) modulano in maniera massiccia la modalità che ha il diabetico di utilizzare i vari interventi degli operatori sanitari⁶. In questo contesto di integrazione tra due epistemologie, quella medica e quella psicologica, già sono molte le ricerche che hanno contribuito a integrare conoscenze cliniche con quelle psicologiche.

In particolare, da una rassegna della letteratura degli ultimi dieci anni effettuata sui motori di ricerca PubMed, Medline, Psycinfo e Psychoarticles, è emersa sempre più chiara la necessità di trovare e utilizzare strumenti di misura validi e attendibili dei fenomeni psicologici sopra menzionati. Queste misure devono essere in grado di valutare un ampio range di variabili spesso molto complesse: la qualità della vita e gli adattamenti richiesti dalla malattia, il livello di benessere, la soddisfazione nei confronti del trattamento, l'ansia e la paura legate a crisi ipoglicemiche, il bagaglio di conoscenze reali e le credenze sulla malattia stessa, la percezione di controllo sulla malattia, le motivazioni al prendersi cura di sé e l'aderenza alla terapia. In questo senso occorre attuare nei confronti della persona con diabete "misure centrate sul paziente" (*patient-oriented measures*)⁷ in una dimensione temporale che tenga conto delle fasi di adattamento alla malattia stessa^{8,9}. In particolare, risulta importantissimo riconoscere le prime modalità di adattamento alla malattia peculiari del soggetto considerato, a partire dal periodo successivo allo shock iniziale che segue la comunicazione della diagnosi⁹. Per descrivere il vero "primo" adattamento dopo la fase iniziale (all'incirca quattro/sei mesi dopo la comunicazione della diagnosi), caratterizzato da comportamenti costanti e specifici, sono state considerate in letteratura le dimensioni di ansia, depressione, *locus of control*, autostima e autoefficacia,

anche se pochi studi hanno usato test psicologici per la loro obiettivazione¹⁰⁻¹².

Soprattutto l'ansia e/o lo stato depressivo possono raggiungere livelli così elevati da rappresentare dei veri ostacoli verso un optimum nell'autogestione del trattamento e nell'autocontrollo¹³.

Tuttavia, a oggi sono ancora pochi gli studi che propongono, in riferimento a questa specifica fase di adattamento alla malattia diabetica, una conoscenza approfondita e peculiare mediante protocolli di valutazione psicologica.

L'obiettivo del nostro studio è stato quindi di valutare le reazioni psicologiche dei pazienti diabetici a breve termine dalla diagnosi evidenziando il profilo emotivo che caratterizza l'adattamento iniziale alla malattia, al fine di proporre degli schemi di trattamento personalizzato per l'affiancamento sia iniziale sia a lungo termine della persona con diabete.

Il presente lavoro fa parte di un progetto più ampio iniziato da due anni in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi, nel cui contesto si stanno tuttora sperimentando metodologie di valutazione e di intervento psicologico.

Materiale e metodi

Il campione è costituito da 42 soggetti affetti da patologia diabetica, di cui 22 maschi e 20 femmine (età media 59, deviazione standard 11).

Il gruppo di controllo è a sua volta costituito da 420 soggetti con anamnesi negativa per disturbi psichiatrici e patologie internistiche di rilievo sia acute sia croniche, di cui 170 maschi e 250 femmine (età media 50, deviazione standard 9). Per entrambi i gruppi i livelli di scolarità più rappresentata erano la scuola media inferiore (70% del campione per ognuno dei due gruppi) e superiore (30% del campione), senza differenze statistiche significative tra i due gruppi stessi. Il reclutamento dei soggetti appartenenti ai due gruppi è avvenuto in base ai seguenti criteri.

- 1) Per la composizione del gruppo di soggetti diabetici sono stati selezionati con modalità random pazienti con diabete di tipo 2 senza complicanze, tra i pazienti del Servizio di Diabetologia dell'Ospedale Pertini di Roma, visitati nei mesi di maggio e giugno 2005, durante il sesto mese dalla comunicazione della diagnosi. Questa è stata effettuata nella prima visita ambulatoriale richiesta dai medici curanti per pazienti che presentavano sintomatologie riferibili a un probabile diabete tipo 2. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a trattamento con ipoglicemizzanti orali, dieta e invito a esercitare regolare attività fisica. Nei sei mesi successivi alla diagnosi i pazienti sono stati sottoposti a visite ambulatoriali di controllo con frequenza mensile.
- 2) Per la composizione del gruppo di controllo sono stati selezionati soggetti di età compresa tra i 40 e i 65 anni dal personale dipendente dell'ospedale "S. Pertini" di Roma e dell'Università "La Sapienza" di Roma.

I criteri di esclusione utilizzati per entrambi i gruppi sono stati:

Tabella 1 Confronto tra il campione dei 42 pazienti diabetici e il gruppo normativo composto da 420 soggetti.

Selezione		n	Mean	Deviazione standard	t
SDS tot	Normale	420	35,30	8,267	- 2,044*
	Diabetico	42	38,07	9,392	
SAS tot	Normale	420	47,80	6,954	- 1,543
	Diabetico	42	49,64	10,690	
IHLC tot	Normale	420	20,06	5,744	- 0,571
	Diabetico	42	20,60	6,526	
PHLC tot	Normale	420	18,74	6,121	- 5,070**
	Diabetico	42	23,88	7,610	
CHLC tot	Normale	420	14,70	5,403	3,017**
	Diabetico	42	12,05	5,827	
SES tot	Normale	420	33,33	3,643	0,801
	Diabetico	42	32,86	3,579	
Powerlessness tot	Normale	420	1,14	0,986	- 2,407*
	Diabetico	42	1,52	0,890	

*p < 0,05

**p < 0,01

- presenza di patologie somatiche gravi;
- presenza di disturbi psichiatrici e di precedenti contatti con specialisti psichiatri o psicologi all'anamnesi;
- presenza negli ultimi due anni di problemi psicosociali e ambientali gravi così come definito dai criteri DSM-IV TR per la classificazione sull'asse IV.

In particolare per il gruppo campione l'esclusione ha tenuto presente l'aver affrontato, nei due anni precedenti alla visita diabetologica, eventi che hanno implicato morte di un congiunto o amico, minacce di morte personale, gravi lesioni personali o minacce all'integrità fisica propria o di altri significativi (criterio A per il disturbo post-traumatico da stress e il disturbo acuto da stress secondo il DSM-IV TR). Indice VGF al DSM-IV TR non inferiore a 60.

A tutti i soggetti è stata somministrata la seguente batteria di cinque test:

- SDS - *self-rating depression scale* (Zung, 1965)¹⁴;
- SAS - *self-rating anxiety scale* (Zung, 1971)¹⁵;
- MHLC - *multidimensional locus of control scale* (Wallston & De Vellis, 1981)¹⁶;
- SES - *self-esteem scale* (Rosenberg, 1965)¹⁷ ;
- *Powerlessness scale* (Kohn & Schooler, 1983)¹⁸.

In particolare:

- SDS e SAS sono stati sviluppati come strumenti di misurazione della gravità dei rispettivi stati *depressivo* e *ansioso*; questi test sono costituiti ognuno da 20 item e sono autocompilati.

I 20 item corrispondono a specifici sintomi che sono associati alle seguenti categorie di sintomi:

1. componente *psico-affettiva*;
2. componente del *disturbo psicologico*;
3. *disturbo psicomotorio*;
4. *disturbo depressivo/ansioso*.

- MHLC valuta lo stile del paziente nel controllare gli eventi (se il paziente arriva già con un atteggiamento orientato e fiducioso nei confronti delle proprie possibilità di controllare il suo stato di salute o con un atteggiamento orientato ad affidare ad altri il controllo o la gestione di vicende che riguardano la salute o ancora con un atteggiamento fatalista o sfiduciato, rispettivamente *locus of control* interno, esterno o casuale). La scala MHLC è costituita da tre sottoscale auto-somministrabili, a sei item, con due forme equivalenti. Ogni forma comprende 18 item. Le tre sottoscale sono il *locus of control* interno (*internal health locus of control*, IHLC), *locus of control* esterno (*peripheral locus of control*, PHLC) e il *locus of control* casuale (*chance health locus of control*, CHLC).
- La SES e la *powerlessness scale* valutano l'autostima del paziente e il senso di fiducia nelle proprie capacità di gestione della malattia. La SES misura l'insieme dei sentimenti correlati al proprio valore e all'accettazione di sé. La *powerlessness scale* valuta "l'aspettativa o la probabilità percepita dall'individuo che il proprio comportamento *non* possa determinare conseguenze su avvenimenti da lui ricercati". Quindi indica il senso di incapacità percepita nel mancato raggiungimento dei risultati a seguito di un impegno personale. La scala è centrata sulla *sensazione* di essere incapaci (la mancanza di auto-efficacia) piuttosto che sul fatto di essere incapace.

L'elevata numerosità del gruppo di controllo è servita a ottenere valori indicativi di un gruppo di non diabetici rispetto ai valori ottenuti dal gruppo di pazienti diabetici. Chiaramente il gruppo di controllo non è rappresentativo della popolazione generale, in quanto selezionato non seguendo in pieno i criteri di significatività (infatti il gruppo è formato da personale dipendente dell'ospedale in cui è stato condotto lo studio).

I risultati ottenuti sono stati sottoposti ad analisi statistica mediante l'applicazione del test t di Student per campioni indipendenti e la stima del coefficiente di correlazione r di Pearson, utilizzando il software SPSS (versione 13). I risultati del campione dei pazienti diabetici sono stati confrontati con quelli ottenuti dal gruppo di controllo in tutte le scale utilizzate mediante l'applicazione del test di significatività della differenza tra medie t di Student.

Risultati

I pazienti diabetici, rispetto al gruppo di controllo, hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati nella scala di depressione di Zung (SDS) ($p < 0,05$; $t = -2,044$) mentre non hanno mostrato differenze significative per i punteggi relativi alla scala dell'ansia (SAS). Per quanto riguarda le scale che valutano il *locus of control* (MHLC) i diabetici hanno evidenziato punteggi più elevati dei soggetti sani sulla scala PHLC (*peripheral locus of control*) ($p < 0,01$; $t = -5,070$) e punteggi più bassi sulla CHLC ($p < 0,01$; $t = 3,017$). Questo dato sottolinea la presenza, nel gruppo clinico, di una tendenza più elevata a un maggiore affidamento al controllo esterno e una tendenza minore al controllo casuale della salute. I due

gruppi non hanno mostrato invece differenze alla scala IHLC. Il gruppo clinico ha infine mostrato valori pressoché sovrapponibili a quelli del gruppo di controllo alla scala SES dell'autostima e ha riportato invece valori significativamente più elevati alla scala che misura il sentimento di impotenza (*powerlessness*) ($p < 0,05$; $t = -2,407$) (Tab. 1).

Sono state studiate inoltre le correlazioni tra i punteggi totali ottenuti ai test dai pazienti diabetici. Analizzando l'andamento delle correlazioni tra i dati ottenuti dai diabetici rispetto al gruppo normativo, si è evidenziato come, nel primo gruppo, la depressione sia direttamente correlata con l'ansia e inversamente correlata con l'autostima, la PHLC direttamente correlata con ansia e autostima, la *powerlessness* inversamente correlata con l'IHLC. Nessuna correlazione è apparsa invece significativa per la CHLC (Tab. 2).

Conclusioni

Il presente studio ha analizzato il "primo" momento di adattamento dei pazienti alla loro realtà di diabetici (a sei mesi dalla comunicazione della diagnosi). Il confronto con un gruppo normativo, anche se solo indicativo per un ulteriore approfondimento da attuare su campioni più ampi, offre degli spunti

Tabella 2 Correlazioni tra le variabili psicologiche all'interno del campione di pazienti diabetici.

IHLC Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n							
PHLC Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n	0,050 0,753 42						
CHLC Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n	-0,225 0,151 42	0,171 0,278 42					
SAS Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n	-0,252 0,107 42	-0,326* 0,035 42	0,217 0,168 42				
SDS Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n	-0,278 0,075 42	0,078 0,625 42	0,209 0,183 42	0,424** 0,004 42			
SES Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n	0,135 0,393 42	0,475** 0,001 42	0,145 0,358 42	0,090 0,570 42	-0,310* 0,046 42		
<i>Powerlessness</i> Tot	Coefficiente di Pearson Sig. (test a 2 code) n	-0,467** 0,002 42	0,017 0,917 42	0,296 0,057 42	0,094 0,554 42	-0,031 0,846 42	-0,267 0,087 42	
		IHLC Tot	PHLC Tot	CHLC Tot	SAS Tot	SDS Tot		<i>Powerlessness</i> Tot

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (test a 2 code)

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (test a 2 code)

interessanti che confermano l'utilità del protocollo diagnostico in ambito diabetologico. Infatti, dai risultati ottenuti sembra che le persone diabetiche arrivino spontaneamente, dopo sei mesi dalla diagnosi, a mostrare reazioni disemotive caratterizzate soprattutto da una leggera riduzione del tono dell'umore senza manifestazioni di ansia. Tali pazienti manifestano un *locus of control* fermamente orientato all'esterno, oltre a sentimenti di impotenza maggiori rispetto al controllo a gestire in proprio la malattia. Essi mostrano un basso *locus of control* casuale, con conseguente ridotto "fatalismo" e rassegnazione. L'autostima risulta valida, analogamente a quella riscontrata nel gruppo di controllo. Solo i soggetti più depressi mostrano anche la presenza di ansia e una diminuzione della stima di sé. È interessante notare infine che tra i pazienti più orientati ad affidarsi a un controllo esterno si ritrovano anche quelli meno ansiosi e/o con un livello di autostima più elevato. È probabile che il primo vero assetto adattativo dei soggetti del gruppo clinico a sei mesi dalla diagnosi si configuri come un periodo di sofferenza emotiva, caratterizzato da un orientamento teso a trarre dall'esterno (forse anche dalla relazione medico-paziente) un aiuto utile con riduzione dell'ansia e, in molti casi, con buon sentimento di autostima e di autoefficacia.

Se quanto emerso dal presente studio risulterà confermato da successivi studi su una popolazione diabetica più ampia, questo offrirà al diabetologo una serie di indicazioni, in ambito psicoeducazionale, da attuare a vantaggio degli aspetti emotivo-relazionali dei pazienti per un loro adeguato adattamento alla malattia. Infatti il diabetologo dovrà da una parte contrastare una eccessiva dipendenza da parte del paziente (questa può ostacolare il processo di autogestione, indispensabile alla gestione efficace della malattia) e sostenere dall'altra, specie se presente uno slivellamento depressivo dell'umore, lo sviluppo di sentimenti di autoefficacia e di percezione positiva delle sue potenzialità in riferimento alle proprie risorse personali. Da qui si prospetta la necessità da parte del diabetologo di saper riconoscere e gestire fin dall'inizio le reazioni psicologiche del paziente nel periodo relativo ai primi momenti di adattamento alla diagnosi, al fine di costruire col paziente una relazione di fiducia e di aiuto che possa guidarlo verso un processo di accettazione attiva della malattia¹⁹. Questa preoccupazione psicologica deve quindi essere considerata inserita nell'ambito delle cure abituali sin dalle fasi iniziali piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico²⁰.

Bibliografia

1. Colarizi R, Donadon V. *L'autocontrollo del diabete*. Cologno Monzese: Silvia 1993.
2. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J et al. *Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the Diabetes Distress Scale*. *Diabetes Care* 2005;28:626-31.
3. Center for Disease Control and Prevention. *Serious psychological distress among persons with diabetes*. *Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ* 2004;53:1089-92.
4. Pagano G. *Sinossi diabetologica*. Padova: Evoluzione Gruppo San Marco 1997.
5. Lau RR, Bernard TM, Hartman KA. *Further exploration of common-sense representation of common illness*. *Health Psychology* 1989;8:195-219.
6. Petrides P, Weiss L, Loffler G, Crolle G. *Diabete mellito*. Padova: Piccin 1989.
7. Surgenor LJ, Horn J, Hudson SM, Lunt H, Tennent J. *Metabolic control and psychological sense of control in women with diabetes mellitus. Alternative considerations of the relationship*. *J Psychosom Res* 2000;49:267-73.
8. Rapier C. *An introduction to outcomes research*. Richmond: Brookwood Medical Publications 1996.
9. Bradley C. *An introduction to the guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. In: *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 1996.
10. Di Berardino P. *Le principali reazioni psicologiche alla diagnosi di diabete*. In: Gentili P, Burla F, Di Berardino P, Di Pietro S, eds. *Manuale di formazione psicopedagogica in diabetologia*. Pisa: Pacini ed. 2005, pp. 11-4.
11. Gentili P, Burla F, Di Berardino P, Di Pietro S. *Manuale di formazione psicopedagogica in diabetologia*. Pisa: Pacini ed. 2005, pp. 9-10.
12. Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J. *Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision*. *Patient Educ Couns* 2004;53:269-75.
13. Bradley C. *Evaluating the design and development of psychological scales*. In: *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 1996.
14. Zung WWK. *Self Rating Depression Scale*. In: *Measures of personality and social psychological attitudes*. 1965, vol. 1, pp. 122-8.
15. Zung WWK. *Self Rating Depression Scale*. In: *Measures of personality and social psychological attitudes*. 1971, vol. 1, pp. 129-35.
16. Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. *Health Locus of Control Scales*. In: Lefcourt HM, ed. *Research with the locus of control construct*. New York: Academic Press 1981, vol. 1, pp. 189-243.
17. Rosenberg M. *Self-Esteem Scale*. In: *Measures of personality and social psychological attitudes*. 1965, vol. 1 pp. 153-8.
18. Kohn M, Schooler C. *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratification*. Norwood, NJ: Ablex 1983, see especially Chapter 4.
19. American Diabetes Association. *Standards of medical care in diabetes*. *Diabetes Care* 2005;28(1).
20. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S et al. *Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients*. *Diabetes Res Clin Pract* 2004;66:277-86.