4° Congresso Roche Patient Care

L'educazione terapeutica della persona con diabete:

come promuovere l'adesione nelle situazioni difficili

Villa Erba (Como)
29 Novembre - 1 Dicembre 2001

4° Congresso Roche Patient Care

L'educazione terapeutica della persona con diabete:

come promuovere l'adesione nelle situazioni difficili

Villa Erba (Como)
29 Novembre - 1 Dicembre 2001

© Roche Diagnostics S.p.A.

Editore
Utet SpA Divisione Periodici Scientifici
Sede legale: *Corso Raffaello, 28 - 10125 Torino*
Sede operativa: *Viale Tunisia, 37 - 20124 Milano*

Editing
SEA - Novara

Stampa
Bianca e Volta - Truccazzano (MI)

Finito di stampare nel mese di giugno 2002

SOMMARIO

INTRODUZIONE 1

LETTURA INAUGURALE

- Implicazioni cliniche dei disturbi alimentari nelle adolescenti con diabete di tipo 1 - *D. Daneman, G. Rodin (Toronto)* 5

LETTURA

- L'intelligenza emotiva. Possibili implicazioni in diabetologia *A. Maldonato (Roma)* 15

LETTURE INTRODUTTIVE

- I disturbi del comportamento alimentare nel diabete di tipo 1 *M. Ventura (Verona)* 25
- I disturbi del comportamento alimentare nel diabete di tipo 2: come si pone il diabetologo di fronte al problema nella pratica quotidiana - *C. Taboga (Udine)* 33

LAVORO DI GRUPPO

- Problemi alimentari tipici nel diabete di tipo 2 *C. Taboga (Udine), M. Ventura (Verona)* 43

LETTURA

- Dal curare al "prendersi cura". La gestione del conflitto *V. Graziani (Roma)* 51

LAVORO DI GRUPPO

• Esercitazione sulla gestione del confronto - *V. Graziani (Roma)* 63

LETTURA

• Il problem solving: metodo di apprendimento efficace o tecnica ansiogena? - *P. Gentili, T. Bufacchi (Roma)* 69

LAVORO DI GRUPPO

• Risoluzione di quattro casi-problema
A. Corsi (Arenzano, Genova) 79

LETTURA

• Il problem solving nelle situazioni a rischio
V. Miselli (Reggio Emilia) 85

LETTURA CONCLUSIVA

• Conclusioni creative del convegno - *L. Carboni (Cagliari)* 91

APPENDICE

• Il Convegno Interattivo in sintesi 95

INTRODUZIONE

E quattro! La Roche Diagnostics Italia, manifestando un'attenzione continua e persistente alla cura ottimale delle persone affette da diabete, ha organizzato per il quarto anno consecutivo un congresso sull'educazione terapeutica delle persone con diabete, nell'ormai classica sede di Villa Erba di Cernobbio (Como).
Incoraggiati dai risultati delle precedenti edizioni, gli organizzatori hanno di nuovo affidato la progettazione del *workshop*, oltre che al sottoscritto, a Valerio Miselli, coordinatore del Gruppo Italiano di Studio per l'Educazione sul Diabete (GISED), e ad Andrea Corsi, referente per l'AMD all'interno del GISED.

Il primo dilemma che abbiamo dovuto affrontare è stato se continuare con il metodo dello scorso anno o cambiare. La sfida di *Villa Erba 2000* – far lavorare efficacemente 240 partecipanti suddivisi in 16 gruppi per due intere giornate, alternando sedute plenarie, lavori in piccoli gruppi e riunioni semiplenarie, salvaguardando da una parte l'interattività della riunione e dall'altra la condivisione dei risultati ottenuti – era stata accettata e vinta, anche grazie all'efficienza della segreteria scientifica e della macchina organizzativa messa a disposizione dalla Roche.
Tuttavia alcuni di noi restano affezionati a workshop dal taglio più piccolo, magari ripetuti nel tempo, sperando magari di legarli con un filo conduttore che li trasformi in un corso sistematico. E Roche è riuscita di nuovo a metterci in imbarazzo… dandoci carta bianca!

Infatti, nei limiti di un budget non modificabile, ci hanno detto: "Scegliete voi, 240 partecipanti per due giorni, o 120 partecipanti per 4 giorni, o 40-50 partecipanti per due workshop di 4 giorni da ripetersi nel giro di pochi mesi".
Alla fine ha prevalso il desiderio di raggiungere il maggior numero possibile di operatori sanitari, con un metodo di lavoro che, da una parte, aveva funzionato come un orologio e, dall'altra, era risultato molto gradito alla maggior parte dei partecipanti.
In termini di nuove abilità e competenze professionali, l'obiettivo che ci siamo posti è stato, come per l'anno scorso, non la loro totale acquisizione durante il workshop, ma lo stimolo per i partecipanti a completarne l'apprendimento una volta tornati nel proprio luogo di lavoro.

Ci siamo dunque riuniti il primo di agosto del 2001 a Firenze e il programma di *Villa Erba 2001* è stato abbozzato, intorno a un tema centrale che è stato individuato nell'adesione a una corretta alimentazione.
Rispetto allo scorso anno, si è deciso di adottare una maggior varietà di metodi interattivi, includendo il Metaplan, il televoto in plenaria sulla soluzione di casi-problema, la proiezione di precedenti *role playing* con televoto in plenaria sugli sviluppi dei filmati, il *problem solving*.

I quattro temi scelti per i lavori di gruppo, ciascuno dei quali preceduto da una conferenza introduttiva, sono stati: *a) Il comportamento alimentare nei giovani diabetici; b)*

Il comportamento alimentare dei pazienti con diabete di tipo 2; c) La gestione del conflitto cercando soluzioni senza vinti; d) Il problem solving*: metodo di apprendimento efficace o tecnica ansiogena?*

I lavori sono stati accompagnati da alcune letture magistrali: *I disturbi del comportamento alimentare nel diabete di tipo 1; L'intelligenza emotiva e le sue implicazioni in diabetologia*; *Il* problem solving *nelle situazioni a rischio; Conclusioni creative del convegno.* Inoltre i partecipanti hanno avuto la possibilità di esercitarsi in un gioco di gruppo, metafora della ricerca di soluzioni senza vinti. Come d'abitudine, brani musicali o filmati hanno introdotto i lavori di ogni mezza giornata, per *intonare* lo spirito dei partecipanti al tema del successivo lavoro. In linea con la serietà dell'approccio generale, il *cadeau* dell'organizzatore a ciascun partecipante è stato una copia del libro "L'intelligenza Emotiva" di Daniel Goleman.

Il resoconto delle letture svolte e dei lavori di gruppo qui raccolti, nonché i giudizi anonimi dei partecipanti sui diversi aspetti del convegno e la documentazione delle aspettative di ciascuno prima del convegno e di come queste sono state soddisfatte, testimoniano un nuovo lusinghiero successo e ci aiuteranno nel migliorare ulteriormente. Le indicazioni bibliografiche accluse a ogni documento consentiranno l'approfondimento indispensabile a chi voglia completare nel proprio luogo di lavoro l'acquisizione di una specifica competenza professionale.
In tempi di avvio dell'Educazione Continua in Medicina, ci si è preoccupati di strutturare il corso nel rispetto delle esigenze tecniche per l'acquisizione dei crediti e di sottoporlo all'esame della commissione per l'ECM.

Desidero qui ringraziare il Comitato d'Onore e il dott. Giacomo Vespasiani, vicepresidente AMD, che ci ha rivolto un augurale indirizzo di saluto, i relatori e i conduttori dei gruppi di lavoro, che hanno contribuito in modo sostanziale alla riuscita della manifestazione, e la segreteria scientifica che, grazie alla collaborazione dello staff Roche, ha consentito per la seconda volta di vincere la sfida impossibile di far lavorare 240 persone in piccoli gruppi per due giorni. Un ringraziamento particolare, anche a nome dei diabetologi italiani, alla Roche Diagnostics Italia, per l'impegno che continua a mostrare nella promozione dell'educazione terapeutica nel nostro paese.

Aldo Maldonato
Presidente Diabetes Education Study Group (DESG)
della European Association for the Study of Diabetes

Lettura inaugurale

Implicazioni cliniche dei disturbi alimentari nelle adolescenti con diabete di tipo 1

Denis Daneman, Gary Rodin (Toronto)

IMPLICAZIONI CLINICHE DEI DISTURBI ALIMENTARI NELLE ADOLESCENTI CON DIABETE DI TIPO 1

Denis Daneman, MB BCh FRCPC*, Gary Rodin, MD FRCPC**

**Professor of Pediatrics, University of Toronto, Head, Division of Endocrinology, The Hospital for Sick Children; **Professor of Psychiatry, University of Toronto and Staff Psychiatrist, University Health Network*

Recenti ricerche condotte da vari gruppi consentono di giungere alle seguenti conclusioni

1. I disturbi dell'alimentazione e le loro varianti sottosoglia sono circa due volte più comuni nelle adolescenti con diabete di tipo 1 rispetto alle adolescenti non diabetiche. Inoltre, la maggior parte di questi disturbi rientra più frequentemente nella categoria dei disturbi alimentari non altrimenti specificati (ED-NOS) che in quella dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa. Disturbi conclamati dell'alimentazione (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, pubblicato nel 1994 dall'American Psychiatric Association) vengono diagnosticati in una percentuale di ragazze con diabete di tipo 1 che può arrivare al 10%, mentre i disordini sottosoglia nel 7-14% (1-8).
2. Quando presenti, i disturbi alimentari sono associati a uno scarso controllo metabolico, come dimostrano livelli di HbA_{1c} più elevati (9, 10).
3. L'omissione di insulina, il binge-eating (BED) e la dieta come misura per il controllo del proprio peso sono i comportamenti alimentari disturbati più comuni in questa popolazione (10-15).
4. La presenza di un disturbo alimentare aumenta significativamente il rischio di complicanze microvascolari, in special modo la retinopatia (9, 16).
5. Nelle giovani donne affette da diabete di tipo 1 vi è una stretta correlazione tra qualità dell'ambiente familiare, peso materno, preoccupazione eccessiva della madre per la forma fisica e disturbi alimentari (17-19).
6. Il valore degli interventi per trattare o prevenire i disturbi alimentari nelle giovani con diabete è stato oggetto di pochi studi, anche se alcuni ritengono che la terapia in questi casi sia particolarmente difficile (20).

Nell'analisi che condurremo svilupperemo questi argomenti allo scopo di accrescere nei medici la consapevolezza dell'associazione esistente tra disturbi alimentari e diabete di tipo 1 e di elaborare strategie per affrontarla.

Perché i disturbi alimentari sono più comuni nelle adolescenti con diabete di tipo 1?

Aspetti specifici del diabete e della sua gestione possono accentuare le caratteristiche principali della psicopatologia legata all'alimentazione e al peso, nello specifico l'insoddisfazione per il proprio corpo, le restrizioni alimentari e la "spinta alla magrezza". Tra questi troviamo:

- la perdita di peso seguita da un aumento ponderale, che si verifica al momento della diagnosi di diabete di tipo 1. Se ciò accade in un momento critico dello sviluppo può alimentare l'insoddisfazione per il proprio corpo e la spinta alla magrezza, che sono aspetti integranti della psicopatologia legata all'alimentazione e al peso. Inoltre, l'intensificazione del controllo del diabete con miglioramento dell'HbA_{1c} può condurre a un significativo aumento di peso che a sua volta accresce l'insoddisfazione per il proprio corpo;
- il counselling nutrizionale è una componente fondamentale di tutti i protocolli di cura del diabete. Esso può contribuire a indurre il senso di restrizione alimentare nelle adolescenti che si trovano in una fase di particolare vulnerabilità della loro vita;
- per finire, le adolescenti imparano ben presto che l'omissione di insulina determina alti livelli di zuccheri nel sangue, inducendo glicosuria e perdita di peso. Benché pericoloso, in termini di scadimento del controllo metabolico e di rischi di complicanze legate al diabete, sono sempre più numerose le adolescenti che omettono l'insulina al passaggio dalla pubertà all'età adulta.

Quanto sono comuni i disturbi alimentari nelle giovani con diabete di tipo 1?

Questa domanda è stata rivolta utilizzando interviste diagnostiche semistrutturate e disponendo di un gruppo di controllo in 7 studi più piccoli, e con uno studio più ampio condotto dal nostro gruppo di ricerca all'Università di Toronto (1-8). In 356 adolescenti con diabete di tipo 1 di tre importanti centri antidiabete dell'Ontario (Canada) e in 1098 controlli di pari età di scuole superiori locali abbiamo evidenziato:

- disturbi alimentari conclamati (DSM-IV) nel 10% delle ragazze con diabete e nel 4% dei controlli, la maggior parte dei quali rientrava nella categoria ED-NOS;
- disturbi sottosoglia nel 14% del gruppo con diabete rispetto all'8% dei controlli (1).

Queste differenze sono altamente significative. Combinando i risultati dei sette studi più piccoli abbiamo trovato un rapporto di probabilità per la presenza di un disturbo alimentare (~2) simile a quello evidenziato nel nostro studio più ampio (2-8).

Quali sono le manifestazioni degli atteggiamenti e dei comportamenti alimentari disturbati nelle adolescenti con diabete di tipo 1?

Il personale sanitario che si occupa della cura di adolescenti e giovani donne con diabete di tipo 1 deve essere consapevole dell'associazione tra queste due condizioni e delle manifestazioni che possono suggerire la presenza di un disturbo alimentare in una paziente con diabete (9). In più, quando discute di tali atteggiamenti e comportamenti con adolescenti del gruppo di età a rischio deve astenersi il più possibile dall'esprimere giudizi e offrire loro il massimo sostegno. Queste manifestazioni possono essere suddivise in varie categorie:

1. Manifestazioni di scarso controllo metabolico e/o di omissione di insulina
I. Alti livelli di HbA_{1c}
II. Alti livelli di lipemia
III. Ricorso discontinuo alla supervisione medica
IV. Frequenti ricoveri ospedalieri
V. Precoce insorgenza di malattie microvascolari legate al diabete (in particolare retinopatia)
VI. Episodi ricorrenti di chetoacidosi diabetica
VII. Rifiuto di acconsentire a genitori o ad altre persone di assistere alle iniezioni di insulina
VIII. Ammissione di omissione di insulina o di alterazione della dose come misura di controllo del proprio peso.

2. Manifestazioni di restrizioni dietetiche/insoddisfazione del proprio corpo
I. Ammissione di aver fatto ricorso a una dieta per tenere sotto controllo il peso
II. Ammissione di aver avuto episodi di abbuffate
III. Frequenti richieste di modifiche della composizione del pasto, per esempio con diete a basso tenore di grassi e di carboidrati, oppure vegetariane, vegan o di altro tipo
IV. Rifiuto di farsi pesare durante le visite ospedaliere
V. Ansia o turbamento quando vengono pesate
VI. Frequenti lagnanze per il peso e la forma fisica

3. Manifestazioni di malfunzionamento familiare
I. Dinamiche familiari che esprimono elevata conflittualità, bassa coesione e scarsa organizzazione
II. Eccessiva preoccupazione materna per il peso e la forma fisica

4. Altre manifestazioni
I. Grave non compliance del protocollo di cura del diabete
II. Fumo o abuso di altre sostanze

Quanto è frequente l'omissione di insulina nelle adolescenti e nelle giovani adulte con diabete di tipo 1?

Alcuni studi hanno stimato la frequenza dell'omissione di insulina in queste popolazioni (9, 11-15). Nell'unico studio su ragazze preadolescenti e della prima adolescenza abbiamo trovato un'omissione di insulina solo nell'1% della fascia d'età 9-13 anni, mentre gli studi sulla media-adolescenza (12-18 anni) evidenziano frequenze variabili dal 10 al 15%. Queste percentuali aumentano fino al 20-37% nelle tardo-adolescenti e nelle giovani adulte (16-25 anni).
Oltre alla dieta vera e propria come misura di controllo del peso, l'omissione di insulina è la strategia più comunemente usata dalle adolescenti e dalle giovani adulte con diabete per ottenere un calo ponderale. La facile praticabilità di questo metodo di riduzione del peso può spiegare la minore prevalenza di altri comportamenti purgativi – quali il vomito autoindotto, l'eccessivo esercizio fisico, l'uso di lassativi o diuretici – osservata tra le giovani donne con diabete.

Quali sono le implicazioni dei disturbi alimentari a breve termine?

I disturbi alimentari possono contribuire a indurre iperglicemia, ricorrenti episodi di chetoacidosi diabetica (invariabilmente dovuti a una deliberata omissione di insulina), ipoglicemia (dovuta a restrizioni alimentari successive alla somministrazione di insulina) e frequenti ospedalizzazioni. Tra le altre complicanze rientrano i ritardi nel normale processo di crescita e di sviluppo puberale e l'osteoporosi, verosimilmente causata dalle croniche restrizioni alimentari e dall'inadeguata somministrazione di insulina.

Quali sono gli effetti dei disturbi alimentari sull'insorgenza e/o sullo sviluppo di complicazioni microvascolari legate al diabete?

I disturbi dell'alimentazione nelle giovani donne con diabete di tipo 1 sono associati a un rischio significativamente più alto di incorrere nel lungo periodo in complicanze microvascolari legate al diabete, in particolare la retinopatia (9, 16). Questo è molto probabilmente il risultato di un insufficiente controllo metabolico derivante da un comportamento alimentare e di perdita del peso costantemente disturbato, in particolare il BED e la deliberata omissione di insulina come misura di controllo ponderale.

C'è una relazione tra diabete di tipo 1, disturbi alimentari e disagio familiare nelle adolescenti?

È largamente dimostrato che le dinamiche familiari sono correlate in maniera significativa alle conseguenze del diabete nelle adolescenti con questa malattia, e costituiscono inoltre un potenziale fattore di rischio per i disturbi alimentari nelle donne non diabetiche (17-19). L'autocura del diabete comporta un complesso programma terapeutico multifattoriale che pone varie difficoltà a molte ragazze, richiedendo una condivisione familiare del loro problema. Il diabete può accrescere la dipendenza delle adolescenti dalla famiglia nel momento stesso in cui esse si trovano a lottare per raggiungere una maggiore indipendenza.
I problemi alimentari nelle ragazze con diabete sono associati a: peso della madre e sua esagerata preoccupazione per la forma fisica; malfunzionamento della famiglia, caratterizzato da una struttura familiare e un sostegno alla persona inadeguati e da interazioni madre-figlia che impongono al tempo stesso autonomia e intimità emozionale al loro interno. I problemi alimentari delle ragazze con diabete mitigano l'impatto della famiglia sul controllo metabolico.

Come devono essere trattati i disturbi alimentari nelle adolescenti con diabete di tipo 1?

Pochi studi hanno valutato l'efficacia degli interventi terapeutici nelle giovani donne con disturbi alimentari e diabete di tipo 1. Alcuni studiosi ritengono che il trattamento di questo gruppo di pazienti sia particolarmente difficile. Le strategie terapeutiche raccomandate per le ragazze e le giovani donne non diabetiche con distur-

bi alimentari prevedono la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia e la psicoanalisi interpersonale, la psicoeducazione, la terapia di gruppo, la farmacoterapia, il day hospital e l'ospedalizzazione.
Da un piccolo studio non controllato è emerso che la CBT di pazienti ambulatoriali era efficace per le donne con bulimia nervosa e diabete, anche se in questo caso il trattamento veniva ritenuto più difficile di quello di analoghe pazienti non diabetiche (20).
È davvero necessario elaborare e valutare interventi efficaci per curare i disturbi alimentari nelle adolescenti e nelle giovani donne con diabete a motivo dell'impatto significativo di queste condizioni sul controllo metabolico e sulle conseguenze del diabete sulla salute. La terapia ideale per le ragazze con un disturbo alimentare conclamato è quella che viene fornita da uno specialista che abbia una profonda conoscenza del diabete e delle interazioni tra esso e i disturbi alimentari. Interventi relativi ai disturbi alimentari sottosoglia dovrebbero per quanto possibile essere sempre inseriti nei normali protocolli di cura del diabete. A questo proposito è bene focalizzare alcuni punti.

1. Motivazione: mentre i medici curanti e i genitori hanno ottimi motivi per promuovere un buon controllo metabolico, le adolescenti con diabete di tipo 1 possono temere l'aumento ponderale associato a tale fatica ed essere poco motivate a partecipare a questi interventi terapeutici. I medici curanti devono gestire il delicato equilibrio tra il promuovere una modifica del comportamento da un lato e, dall'altro, l'accettare le difficoltà dell'adolescente nell'attuare un'autoregolazione della dieta.
2. Strategie cognitivo-comportamentali:
   - automonitoraggio: la non compliance con i diversi aspetti del protocollo terapeutico del diabete è, nelle adolescenti con diabete di tipo 1, una manifestazione comune di disturbo alimentare. Molte pazienti non misurano o non annotano il valore degli zuccheri ematici per evitare di dover fare attenzione alla necessità di apportare le modifiche alla terapia che sono indispensabili per mantenere un controllo del glucosio ottimale. Mantenendosi non informate esse credono di poter evitare l'ansia quotidiana e la colpa associata all'insufficiente controllo metabolico. Scopo dell'automonitoraggio è accrescere la consapevolezza della paziente della propria situazione e del nesso esistente tra i vari comportamenti. Esso va visto come un primo passo che non richiede con urgenza immediata di modificare lo schema alimentare o la somministrazione di insulina;
   - negoziare un protocollo alimentazione/insulina: l'obiettivo a lungo termine di raggiungere e mantenere un controllo metabolico ottimale può richiedere un processo fatto di piccoli passi, ciascuno negoziato con la paziente;
   - abbuffata scatenata da ipoglicemia: molte pazienti con diabete si sovralimentano in risposta a episodi ipoglicemici, convinte che si sentiranno meglio più in fretta se in queste occasioni continuano a mangiare. La terapia deve tener conto di questa convinzione e adottare adeguate strategie per prevenire e gestire in maniera appropriata l'ipoglicemia;
   - essere preparati all'aumento di peso: non dobbiamo sottovalutare l'importanza che queste giovani donne attribuiscono al proprio peso. Benché questo problema vada affrontato a livello terapeutico, nel breve periodo sono di fondamentale importanza l'empatia e il sostegno alla paziente.
3. Problemi psicologici e interpersonali: esistono problemi psicologici che sono più caratteristici nel diabete o che vengono da esso amplificati. Tra questi: differenziazione tra stimolo di fame e di sazietà; preoccupazione per la propria immagine

corporea; scarsa autostima e bassa considerazione di sé; senso di vergogna o di stigma a motivo del diabete; ansia e depressione. La negoziazione tra autonomia personale e adeguato sostegno familiare è una parte integrante e difficile dello sviluppo adolescenziale. La terapia di queste ragazze deve fare particolare attenzione alle complesse esigenze poste da queste problematiche.

Implicazioni per i medici curanti

L'individuazione dei disturbi alimentari nelle adolescenti con diabete di tipo 1 esige la consapevolezza della fisiopatologia e dell'epidemiologia di quest'associazione, nonché la capacità di rivolgersi alla giovane donna in maniera non intimidatoria. Il medico curante deve cercare di stabilire la gravità del problema alimentare e il suo impatto sulla gestione del diabete. Per i disturbi alimentari conclamati è essenziale far riferimento a specialisti con una provata esperienza nel trattamento dei disturbi alimentari. Quando si sospettano psicopatologie del peso e dell'alimentazione di grado più lieve (sottosoglia), si deve tentare prima l'approccio clinico e poi ricorrere a specialisti dei disturbi alimentari. Ciò richiede un intervento a tutto campo che presti attenzione alle dinamiche familiari e alla negoziazione di un protocollo terapeutico con cui l'adolescente o la giovane donna si trovi a proprio agio.
Particolare urgenza rivestono lo sviluppo e la valutazione dei primi interventi da attuare per prevenire o curare i problemi alimentari in questa popolazione "a rischio". Gli interventi basati sulla famiglia possono avere alte probabilità di successo. Oltre a ciò sono necessarie continue ricerche per stabilire l'impatto degli approcci più recenti e più flessibili di gestione del diabete sulla presenza e persistenza dei disturbi alimentari. In aggiunta, l'interazione tra disturbi alimentari e turbe dell'umore richiede maggiori indagini.

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento ai dottori Marion Olmsted, Jennifer Jones, Sherry Maharaj e Patricia Colton e ad Anne Rydall, coordinatrice dell'Eating Disorders in Diabetes Research Group, per il loro prezioso contributo. Il nostro studio è attualmente sovvenzionato dai Canadian Institutes for Health Research e dalla Canadian Diabetes Association.

BIBLIOGRAFIA

1. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G: Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. Br Med J **320**, 1563-1566, 2000
2. Fairburn CG, Peveler RC, Davies B, Mann JI, Mayou RA: Eating disorders in young adults with insulin dependent diabetes mellitus: a controlled study. Br Med J **303**, 17-20, 1991
3. Peveler RC, Fairburn CG, Boller I, Dunger DB: Eating disorders in adolescents with IDDM: a controlled study. Diabetes Care **15**, 1356-1360, 1992
4. Striegel-Moore RH, Nicholson TJ, Tamborlane WV: Prevalence of eating disorder symptoms in preadolescent and adolescent girls with IDDM. Diabetes Care **15**, 1361-1368, 1992
5. Vila G, Nollet-Clemencon C, Vera L, Crosnier H, Robert JJ, Mouren-Simeoni MC: Etude des troubles des conduites ailmentaires dans une population d'adolescentes souffrant de diabete insulino-dependent. Can J Psychiatry **38,** 606-610, 1993

6. Mannucci E, Ricca V, Mezzani B, Di Bernardo M, Piani F, Vannini R, Cabras PL, Rotella CM: Eating attitudes and behavior in IDDM patients: a case controlled study. Diabetes Care 18, 1503-1504, 1995
7. Vila G, Robert JJ, Nollet-Clemencon C, Vera L, Crosnier H, Rault G, Jos J, Mouren-Simeoni MC: Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin-dependent diabetes mellitus. European Child and Adolescent Psychiatry **4**, 270-279, 1995
8. Engstrom I, Kroon M, Arvidsson CG, Segnestam K, Snellman K, Aman J: Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. Acta Paediatr 88, 117-119, 1999
9. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D: Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. N Eng J Med **336**, 1849-1854, 1997
10. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Aponte JE, Jacobson AM, Cole CF: Insulin omission in women with IDDM. Diabetes Care **17**, 1178-1185, 1994
11. Rodin G, Craven J, Littlefield C, Murray M, Daneman D: Eating disorders and intentional insulin undertreatment in adolescent females with diabetes. Psychosomatics **32**, 171-176, 1991
12. Birk R, Spencer ML: The prevalence of anorexia nervosa, bulimia, and induced glycosuria in IDDM females. Diabetes Educator 15, 336-341, 1989
13. Stancin T, Link DL, Reuter JM: Binge eating and purging in young women with IDDM. Diabetes Care **12**, 601-603, 1989
14. Biggs MM, Basco MR, Patterson G, Raskin P: Insulin withholding for weight control in women with diabetes. Diabetes Care **17**, 1186-1189, 1994
15. Bryden KS, Neil A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB: Eating habits, body weight, and insulin misuse: a longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. Diabetes Care **22**, 1956-1960, 1999
16. Steel JM, Young RJ, Lloyd GG, Clarke BF: Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: associations with painful neuropathy and other complications. Br Med J **294**, 859-862, 1987
17. Maharaj SI, Rodin GM, Olmsted MP, Daneman D: Eating disturbances, diabetes and the family: an empirical study. J Psychosomatic Res **44**, 479-490, 1998
18. Maharaj SI, Rodin GM, Connolly JA, Olmsted MP, Daneman D: Eating disturbances among girls with type 1 diabetes mellitus (DM): examining the role of family dysfunction and mother's eating and weight control behaviors as contributing risk factors. Diabetes Res Clin Pract **50** (suppl 1), S227, 2000
19. Maharaj SI, Rodin G, Connolly J, Olmsted M, Daneman D: Eating problems and the observed quality of mother-daughter interactions among girls with type 1 diabetes. J Consult Clin Psychol, in stampa
20. Peveler RC, Fairburn CG: The treatment of bulimia nervosa in patients with diabetes mellitus. Int J Eat Dis **11**, 45-53, 1992

Lettura

L'intelligenza emotiva
Possibili implicazioni in diabetologia

Aldo Maldonato (Roma)

L'INTELLIGENZA EMOTIVA. POSSIBILI IMPLICAZIONI IN DIABETOLOGIA

Aldo Maldonato
Servizio di Diabetologia, Dipartimento Scienze Cliniche, Università La Sapienza, Roma

Introduzione

A partire dalla pubblicazione del libro Emotional Intelligence, di Daniel Goleman, nel 1995, tradotto in italiano nel 1996 (1), l'intelligenza emotiva è diventata molto popolare presso il grande pubblico, e l'interesse per questo nuovo approccio è cresciuto di continuo presso gli specialisti di discipline come la psicologia, la neuropsicologia, la psichiatria e la sociobiologia.
Fra i possibili campi in cui l'applicazione dell'intelligenza emotiva sarebbe stata particolarmente utile, Goleman indicava: il rapporto con il partner, il management aziendale, l'educazione dei bambini, il superamento dei traumi, la medicina.
Fra questi ambiti, era il mondo del lavoro a mostrarsi più sensibile allo stimolo, e il nuovo approccio diveniva oggetto di un interesse acutissimo da parte dei responsabili aziendali del mondo intero e da parte della psicologia industriale e organizzativa, tanto da indurre Goleman a pubblicare nel 1998 un secondo libro dedicato specificamente all'intelligenza emotiva nel mondo del lavoro (2).
Per quanto riguarda il mondo della medicina, in particolare di quella che si occupa del trattamento delle persone affette da malattie croniche, si era evidenziata da molti anni l'importanza di alcune delle competenze che fanno parte dell'intelligenza emotiva, come per esempio la gestione dello stress e l'empatia, e forse per questo la nuova sistematizzazione divulgata da Goleman ha avuto meno risonanza.
La considerazione dell'intelligenza emotiva, sia dei pazienti sia degli operatori sanitari, appare tuttavia rilevante nell'ambito dell'educazione terapeutica del paziente diabetico e potrebbe presentarsi come un utile strumento per promuovere la motivazione dei pazienti per una cura più efficace.

Cenni storici

In un secolo, il '900, dominato dalla quasi completa identificazione dell'intelligenza con il QI, l'importanza degli aspetti non cognitivi dell'intelligenza è stata tuttavia segnalata per lungo tempo da parte di isolati psicologi. Robert Thornidike, per esempio, parlava di "intelligenza sociale" già negli anni '20- '30 (3, 4). David Wechsler, nel 1940, faceva riferimento a elementi non-intellettivi, accanto agli elementi intellettivi dell'intelligenza (5). Lo stesso definiva l'intelligenza come "la capacità globale dell'individuo di agire perseguendo uno scopo, pensare razionalmente e interagire affettivamente con il suo ambiente" (6).
Il lavoro di questi pionieri venne tuttavia sottovalutato e finì per essere dimenticato, fino a quando Howard Gardner nel 1983 cominciò a parlare di intelligenze multiple, suggerendo che le intelligenze intrapersonali e interpersonali erano altrettanto importanti di quella tradizionalmente misurata dal QI (7).
D'altra parte, nel campo della psicologia industriale e organizzativa, sin dagli anni '40 erano stati messi a punto test valutativi apprezzati dall'industria, che tenevano conto di competenze relazionali, sociali ed emotive (8-10).

Quando Salovey e Mayer nel 1990, a conoscenza della letteratura precedente sugli aspetti non cognitivi dell'intelligenza, coniarono il termine Intelligenza Emotiva (Emotional Intelligence), essi la definirono: "una forma di intelligenza sociale che include l'abilità di sorvegliare i propri e gli altrui sentimenti ed emozioni, di distinguerli e di usare queste informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni" (11).

Definire l'intelligenza

Esistono innumerevoli definizioni di intelligenza. Ai fini operativi, per il nostro comune lavoro, Goleman ci propone di adottarne una che ha il pregio della semplicità e della chiarezza. L'intelligenza viene così definita come la "capacità di far fronte a tutte le richieste che il mondo ci pone".
Tradizionalmente, in questo secolo l'intelligenza è stata identificata con il QI, cioè con il primo test ideato da Alfred Binet nel 1905 e successivamente perfezionato da Terman (Stanford, 1917) e ricondotto a una semplice formula aritmetica da William Stern. Tale test misura l'intelligenza sulla base del rendimento scolastico (test linguistici e logico-matematici) e consente di classificare gli individui in modo rapido ed efficace, in base alla formula:
QI = età mentale / anni effettivi x 100
dove l'età mentale si ottiene appunto in base alla capacità di rispondere a test che la maggior parte degli alunni della stessa età sa risolvere.
Ma numerosi studi hanno ampiamente dimostrato che un QI elevato non garantisce di saper far fronte alle molteplici richieste della vita, confermando la comune esperienza che è alla base del detto popolare "primi a scuola, ultimi nella vita". Persino per il successo scolastico si è visto che esistono capacità più importanti dell'intelligenza linguistica e logico-matematica, le sole forme di intelligenza che in genere si coltivano a scuola.
Per riuscire nella vita servono di più altre caratteristiche, non considerate dal QI: per esempio, la capacità di motivare se stessi, e persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni; la capacità di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione; la capacità di modulare i propri stati d'animo, evitando che la sofferenza impedisca di pensare; la capacità di essere empatici e sperare.
Nel 1983 Howard Gardner cominciò a descrivere diverse forme di intelligenza, arrivando a definirne dapprima sette, poi otto, che negli anni successivi, in base a ulteriori suddivisioni, sono arrivate fino a venti. Le prime otto intelligenze di Gardner sono:

1. **Verbale, linguistica** (la capacità di parlare in modo comprensibile e convincente, saper raccontare aneddoti originali).
2. **Logico-matematica**.
3. **Spaziale** (per es., l'abilità di un bravo artista o architetto).
4. **Cenestesica** (la capacità di muoversi con fluidità e grazia, maneggiare con abilità gli oggetti).
5. **Musicale** (la capacità di ricordare la musica, suonare e comporre).
6. **Naturalistica** (saper chiamare piante e animali con il loro nome e provare gioia nel farlo).
7. **Intrapersonale** (avere un filo diretto con i propri sentimenti, con le emozioni e i contenuti non razionali).
8. **Interpersonale**, o sociale (essere sensibili agli stati d'animo, alle motivazioni e alle intenzioni degli altri).

Le prime due forme di intelligenza costituiscono l'intelligenza tipicamente scolastica, quella misurata dal QI. Le ultime due sono state definite da Gardner intelligenze personali. Sono noti a tutti numerosi esempi di persone che hanno avuto successo

nella vita grazie a una o all'altra forma di intelligenza (per es., l'intelligenza musicale), senza eccellere o anzi risultando decisamente carenti in altre forme.
Per fare un esempio delle ulteriori suddivisioni delle prime otto intelligenze, ricordiamo che più di recente Gardner ha descritto l'intelligenza interpersonale come composta da quattro abilità distinte (12):
1. predisposizione alla leadership;
2. capacità di alimentare relazioni e conservare amicizie;
3. abilità di risolvere conflitti;
4. bravura nell'analisi sociale.
L'intelligenza emotiva include le intelligenze personali di Gardner, estendendole a 5 ambiti principali: 1) conoscenza delle proprie emozioni; 2) controllo delle emozioni; 3) motivazione di se stessi; 4) riconoscimento delle emozioni altrui; 5) gestione delle relazioni.
Si tratta di un insieme di competenze che hanno a che fare con le emozioni e con la loro consapevolezza.
A partire dai primi anni '90 essa è stata contrapposta all'intelligenza scolastica del QI, in polemica con la cultura dominante, per la constatazione che l'intelligenza personale è più importante del QI per predire la nostra *"capacità di far fronte a tutte le richieste che il mondo ci pone"*.
In realtà la capacità di far fronte alle richieste del mondo ci impone due tipi di decisioni:
• calme e ponderate… ma lente;
• fulminee e istintive… ma imprecise.
L'intelligenza razionale, scolastica, responsabile delle prime, dipende dalla corteccia cerebrale e si misura con il QI. La reattività istintiva, dipende da sistema limbico e amigdala, e… *non* si misura (ancora) con il QE, in quanto non esiste ancora un test così rapido ed efficace in grado di produrre un numero analogo al QI per misurare l'intelligenza emotiva.
Le due intelligenze, contrapposte per amore di polemica e comodità di ragionamento, sono dunque complementari: le emozioni condizionano i pensieri e le decisioni, ma la ragione controlla le reazioni emotive.
La tabella I dà un'idea assai precisa delle differenze esistenti tra l'intelligenza scolastica del QI e l'intelligenza emotiva, e consente di apprezzare la loro complementarietà.

Tabella I
Analisi delle differenze tra intelligenza scolastica, razionale (QI), e intelligenza istintiva ed emotiva (QE)

Intelligenza QI	Intelligenza QE
Riflettere, meditare	Associare
Raccogliere tutti i dati	Trovare nuove idee
Individuare il senso	Dare un senso
Decidere secondo logica	Decidere dopo tentativi ed errori
Tempo e calma	Ritmo e impazienza
Usare la testa	Usare l'istinto
Fatti nudi e crudi	Informazione superficiale
Analiticamente	Globalmente
Farsi guidare dalla ragione	Agire secondo l'istinto
"Emisfero sinistro"	"Emisfero destro"
"Se e ma"	"Qui e ora"
Valutare	Decidere con spontaneità
Pensare	Sentire
Esaminare, rivedere	Credere nella validità delle proprie decisioni
Parole e numeri	Uomini e situazioni
Capire il passato	Costruire il futuro
Logica	Psico-logica
Freddo, chiaro	Caldo, sfumato
Distanziato	Legato
egocentrico	Solidale con il gruppo
Isolato	Collegato
"Maschile"	"Femminile"
Ragione	Sentimento
Erudizione	Educazione sentimentale

Sentimenti ed emozioni

Che cos'è un'emozione? Secondo Goleman è un sentimento, con i propri:
• pensieri;
• stati psicologici;
• stati biologici;
• propensione ad agire.

Secondo Paul Ekman (1992) esiste un numero limitato di sentimenti di base, comuni a tutte le popolazioni del globo e da tutte identificabili, per esempio, da caratteristiche espressioni facciali. Come per i colori, l'innumerevole gamma di sentimenti esistenti deriverebbe dalla combinazione di due o più sentimenti fondamentali (13). I Sentimenti fondamentali descritti da Ekman sono otto.

1. **Collera**, con le varianti: furia, sdegno, risentimento, ira, esasperazione, indignazione, irritazione, acrimonia, animosità, fastidio, irritabilità, ostilità (fino agli eccessi patologici: odio e violenza).
2. **Paura**, con le varianti: ansia, timore, nervosismo, preoccupazione, apprensione, cautela, esitazione, tensione, spavento, terrore (fino agli eccessi patologici: fobia e panico).
3. **Tristezza**, con le varianti: pena, dolore, mancanza d'allegria, cupezza, malinconia, autocommiserazione, solitudine, abbattimento, disperazione (fino agli eccessi patologici: grave depressione).
4. **Gioia**, con le varianti: felicità, godimento, sollievo, contentezza, diletto, beatitudine, divertimento, fierezza, esaltazione, piacere sensuale, estasi, gratificazione, soddisfazione, euforia (fino agli eccessi patologici: entusiasmo maniacale).
5. **Amore**, con le varianti: accettazione, benevolenza, fiducia, gentilezza, affinità, devozione, adorazione, infatuazione.
6. **Sorpresa**, con le varianti: shock, stupore, meraviglia, trasecolamento.
7. **Disgusto**, con le varianti: disprezzo, sdegno, aborrimento, avversione, ripugnanza, schifo.
8. **Vergogna**, con le varianti: senso di colpa, imbarazzo, rammarico, rimorso, umiliazione, rimpianto, mortificazione, contrizione.

Come esempio degli innumerevoli sentimenti complessi, derivanti dalla combinazione di più sentimenti semplici, viene indicato il sentimento della **gelosia**, che risulterebbe dalla combinazione di: affetto + paura + rabbia. L'emozione corrispondente si caratterizza per una combinazione di:

- *pensieri:* per esempio, "se il mio partner mi pianta per un altro/a il mio mondo crolla";
- *stati psicologici:* per esempio, arrendevolezza, avvilimento;
- *stati biologici*: per esempio, irrequietezza, nervosismo, disturbi circolatori;
- *propensione all'azione*: per esempio, causare qualcosa di spiacevole a sé stessi, al partner o a un rivale.

Al di là delle emozioni, esistono:

1. *Umori o stati d'animo*, "derivazioni esterne", più attenuate e durature delle emozioni.
2. *Temperamenti*, propensione a evocare una certa emozione o umore.
3. *Disturbi delle emozioni* (depressione clinica, ansia persistente) nei quali ci si sente intrappolati per sempre in uno stato di alterazione costante.

A proposito della necessaria interazione fra emozioni e mente razionale, Goleman osserva:

"*In quanto le emozioni intralciano o potenziano le nostre capacità di pensare, di fare progetti, di risolvere problemi, di sottoporci a un addestramento in vista di un obiettivo lontano, in tanto esse definiscono i limiti della nostra capacità di usare abilità mentali innate, e pertanto determinano il nostro successo nella vita.*

Nella misura in cui le nostre azioni sono motivate da sentimenti di entusiasmo e di piacere – o anche da un grado ottimale di ansia – sono proprio tali sentimenti a spingerci verso la realizzazione. In questo senso, l'intelligenza emotiva è un'abilità fondamentale che influenza profondamente tutte le altre, di volta in volta facilitandone l'espressione o interferendo con esse".

I cinque aspetti dell'intelligenza emotiva

1. Autocoscienza, autoconsapevolezza, (meta-emozione)
Capacità di riconoscere un sentimento *nel momento in cui esso si presenta.*
È la competenza emozionale fondamentale, sulla quale si basano tutte le altre, per esempio, l'autocontrollo.
Esempio: samurai e maestro Zen (14).
Socrate: "*Conosci te stesso*".

2. Controllo delle proprie emozioni
Capacità di controllare i sentimenti, in modo che essi siano appropriati.
Si fonda sull'autoconsapevolezza.
Comprende la capacità di calmarsi, di sapersi liberare dall'ansia, dalla tristezza, dall'irritabilità, reagendo prontamente ai pensieri negativi.
Consente una corretta motivazione di sé.

3. Motivazione di sé
Capacità di essere tenaci nel perseguire il proprio fine, senza perdersi d'animo né avvilirsi se qualcosa va storto.
Si basa sulla capacità di dominare le emozioni, ritardare la gratificazione e reprimere gli impulsi, per raggiungere un obiettivo.
Consente di concentrare l'attenzione e di essere creativi.
Capacità di entrare nello stato di "flusso" per ottenere prestazioni eccezionali.

4. Empatia
Riconoscimento delle emozioni altrui.
Si basa sulla consapevolezza delle proprie emozioni.
Genera altruismo.
La sua mancanza – *sordità emozionale* – ha un grande costo sociale.
Rende le persone più adatte alle professioni assistenziali, all'insegnamento, alla vendita, alla dirigenza.

5. Gestione delle relazioni, competenza sociale
Capacità di dominare le emozioni altrui.
Competenze, abilità, che aumentano la popolarità, la leadership e l'efficacia nelle relazioni interpersonali.
Impegno con il prossimo, non limitandosi a osservarlo.
Consente il successo in tutti quei campi in cui è necessario interagire in modo disinvolto con gli altri.

Valutazione dell'intelligenza emotiva

Nonostante si parli spesso di QE, si tratta più che altro di una provocazione. In realtà, come già ricordato non esiste un test che in modo rapido e riproducibile consenta di produrre un quoziente analogo al QI.
Esistono tuttavia numerosi strumenti, tutti piuttosto recenti, sviluppati per valutare l'intelligenza emotiva o alcune delle sue specifiche competenze.
Il più "antico" è il Bar-On EQ-I (15), un questionario-intervista, sviluppato intorno al 1990 in un contesto clinico, per valutare le qualità associate con un maggiore benessere emotivo. È stato usato su migliaia di individui e sono ben note la sua affidabilità e validità (16).

Un secondo strumento è la Multifactorial Emotional Intelligence Scale (MEIS), sviluppato da Mayer, Caruso e Salovey nel 1998. È un test di abilità, volto a valutare la capacità della persona di percepire, identificare, capire e lavorare con le emozioni.
Un altro strumento in fase iniziale di sviluppo è l'Emotional Competence Inventory (ECI). Le persone che conoscono il candidato lo giudicano sulla base di 20 competenze che la ricerca di Goleman individua come legate all'intelligenza emotiva. In realtà circa il 40% degli item deriva da uno strumento meno recente, il Self-Assessment Questionnaire, sviluppato da Boyatzis nel 1994 e già ampiamente utilizzati (17).
Ancora uno strumento, che è stato promosso commercialmente, è la EQ Map, che non sembra ancora sufficientemente valutato (18).
Mentre non ancora molto conosciuto è il Trait Meta-mood Scale, un questionario-intervista sviluppato sulla base del lavoro di Salovey e Mayers del 1990, che ha dato buoni risultati in diversi contesti (19).
Bisogna infine ricordare che esistono da tempo numerosi strumenti sviluppati dagli psicologi per misurare abilità specifiche, che oggi vengono comprese nella definizione di intelligenza (o competenza) emotiva. Alcuni di questi test appaiono abbastanza potenti. Basti ricordare per esempio il SASQ, di Seligman, disegnato per misurare l'ottimismo appreso e che ha mostrato un impressionante potere predittivo di prestazioni in studenti, venditori e atleti (20).

Intelligenza emotiva e medicina

L'importanza delle emozioni per la salute è sottolineata dalle numerose ricerche che hanno dimostrato una maggior frequenza di malattie organiche – cardio-vascolari o altro – in associazione con una serie di emozioni negative che non si sa o non si vuole controllare. Le "emozioni tossiche", che Goleman elenca esaminandole in dettaglio una dopo l'altra, sono: Collera; Stress e ansia; Depressione; Pessimismo; Isolamento sociale.
Il costo dell'analfabetismo emozionale comprende, secondo Goleman: Problemi sociali; Ansia e depressione; Difficoltà di attenzione e riflessione; Aggressività e delinquenza; Disturbi del comportamento alimentare; Abbandoni; Alcol e droghe.
Grandi vantaggi in termini di salute si potrebbero dunque ottenere insegnando le abilità elementari dell'intelligenza emotiva alla popolazione, e per cominciare ai bambini, agli anziani, alle popolazioni a rischio.
Ma l'importanza dell'intelligenza emotiva in medicina va al di là del controllo delle emozioni tossiche e abbraccia l'intero rapporto paziente/malattia e paziente/operatori sanitari.
Goleman fa osservazioni che nel campo della diabetologia e della cura a lungo termine delle malattie croniche abbiamo fatto ripetutamente a partire dagli anni '70.

- *"Nel mondo del malato le emozioni regnano sovrane: la paura è lì, a un passo".*
- *"Il problema si presenta quando medici e infermieri ignorano le reazioni* emotive *dei pazienti, anche quando si prendono gran cura delle loro condizioni fisiche".*
- "Attenzioni *e non solo* cure, *non solo per ragioni umanitarie, ma per maggiore efficacia in termini* medici, *sia a livello di prevenzione sia di trattamento".*

Arricchire l'assistenza medica con l'intelligenza emotiva significa secondo Goleman:

- dare informazioni più complete, essenziali per prendere decisioni;
- insegnare a porre domande efficaci al proprio medico;
- offrire sostegno prima di interventi chirurgici o esami invasivi e dolorosi;
- ricovero con i familiari;
- tecniche di rilassamento e yoga;
- assistenza centrata sulla relazione (formazione del personale a: autocoscienza; empatia; ascolto).

Andare *"verso una medicina più umana"* vuol dire dunque, non solo aiutare gli individui a gestire meglio i sentimenti negativi che hanno tossicità pari al fumo, ma anche curare le esigenze psicologiche insieme a quelle strettamente fisiche. Tale tendenza può sembrare minacciata dall'imperativo del profitto ma in realtà potrebbe portare maggior profitto, grazie alla prevenzione. È certo che i pazienti sono più soddisfatti, e questo risponde alle esigenze di una medicina centrata sul cliente. Ma soprattutto ciò corrisponde a includibili esigenze etiche, se il rischio coronarico aumenta 5 volte a causa di depressione e isolamento sociale (21). E Goleman conclude: *"Se le scoperte del legame fra emozioni e salute hanno un significato esso è il seguente: non è più possibile considerare adeguata un'assistenza medica che trascuri i sentimenti dei pazienti che stanno combattendo la loro battaglia contro una malattia grave o cronica".*

E in diabetologia?

Goleman non ne parla. Lascia quindi spazio libero alla nostra creatività.
Innanzitutto possiamo intuire il ruolo dell'intelligenza intrapsichica del paziente se ricordiamo l'importanza delle emozioni e dello stress sull'equilibrio glicemico. Un'efficace scienza del sé aiuterebbe le persone con diabete a riconoscere e padroneggiare quelle emozioni che si accompagnano a stress, o almeno consentirebbe loro di adattare il trattamento all'emozione nascente.
Inoltre sappiamo che il comportamento del paziente e la sua adesione più o meno regolare a vari aspetti del regime terapeutico – per esempio, dieta, automonitoraggio della glicemia, attività fisica, assunzione dei farmaci, prevenzione dell'ipoglicemia ecc. – dipendono certo da elementi cognitivi, ma sono ancor più influenzati da fattori psichici, fra i quali probabilmente le emozioni occupano uno spazio di rilievo. Conoscerli e saperli padroneggiare potrebbe forse aiutare molti pazienti ad adottare comportamenti più razionali e meno influenzati da poco chiari fattori psichici inconsci.
E che dire della scienza del sé degli operatori sanitari e di come li aiuterebbe a essere più trasparenti con se stessi e con i loro pazienti, aumentando l'efficacia terapeutica e riducendo il burn-out?
Dell'importanza dell'intelligenza interpersonale, e cioè dell'empatia e della competenza sociale per gli operatori sanitari che si occupano di malattie croniche in genere e in particolare di diabetologia, si parla da lungo tempo in ambito diabetologico, particolarmente fra gli operatori attivi nell'educazione terapeutica dei pazienti. Gli operatori sanitari che operano in diabetologia dovrebbero essere formati regolarmente in abilità come l'ascolto attivo, la comunicazione verbale e non verbale, la leadership, la capacità di promuovere relazioni, la capacità di risolvere conflitti senza vinti, l'analisi sociale.
Lavorare con l'intelligenza emotiva, propria e dei pazienti, richiede un training specifico e può rivelarsi molto faticoso per gli operatori sanitari. Pertanto un sostegno informale o strutturato nell'ambiente di lavoro potrebbe essere utile, almeno nella fase iniziale.

BIBLIOGRAFIA

1. Goleman D: Emotional Intelligence. Bantam Books, New York, 1995
2. Goleman D: Working with Emotional Intelligence. Bantam Books, New York, 1998
3. Thorndike RL: Intelligence and its uses. Harper's Magazine **140**, 227-235, 1920
4. Thorndike RL, Stein S: An evaluation of the attempts to measure social intelligence. Psychol Bull **34**, 275-284, 1937

5. Wechsler D: Nonintellective factors in general intelligence. Psychol Bull **37**, 444-445, 1940
6. Wechsler D: The measurement and appraisal of adult intelligence (4th ed.). The Williams and Wilkins Co., Baltimore, MD, 1958
7. Gardner H: Frames of mind: the theory of multiple intelligences. Basic Books, New York, 1983
8. Office of Strategic Services. Assessment of men. Rinehart, New York, 1948
9. Bray DW: The Assessment Center Method. In: Craig RL (Ed.): Training and development handbook. McGraw-Hill, New York, 1976
10. Thornton GC, Byham WC: Assessment centers and managerial performance. Academic Press, New York, 1982
11. Salovey P, Mayer P: Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality. **9** (3), 185-211, 1990
12. Gardner H: Intelligence reframed: multiple intelligences for the 21st century. Basic Books, New York, 1999
13. Ekman P: An argument for basic emotions. Cognition and Emotion 6, 169-200, 1992
14. Ref. 1, inizio cap. 4
15. Bar-On R: Bar-On Emotional Quotient Inventory: User's Manual. Multi-Health Systems, Toronto, 1997
16. Salovey P, Bedell B, Detweiler JB, Mayer JD: Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In: Snyder CR (Ed.): Coping: the psychology of what works. Oxford University Press, New York, 1999, p. 141-164
17. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee KS: Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). In: Bar-On R, Parker D (Eds.): Handbook of emotional intelligence. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2000
18. Orioli EM, Jones T, Trocki KH: EQ Map technical manual. Q-Metrics, San Francisco, CA, 1999
19. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP: Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Pennebaker W (Ed.): Emotion, disclosure and health. American Psychological Association, Washington DC, 1995, p. 125-154
20. Schulman P: Explanatory style and achievement in school and work. In: Buchanan G, Seligman MEP (Eds.): Explanatory style. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1995
21. Williams R, Chesney M: Psychosocial factors and prognosis in established coronary heart disease. JAMA, editorial, 20-10-1993

Letture introduttive

I disturbi
del comportamento
alimentare
nel diabete di tipo 1
Mariarosa Ventura
(Verona)

I disturbi
del comportamento
alimentare
nel diabete di tipo 2:
come si pone il diabetologo
di fronte al problema
nella pratica quotidiana
Claudio Taboga (Udine)

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEL DIABETE DI TIPO 1

Mariarosa Ventura
Didasco, Centro per il Trattamento Interdisciplinare dei DCA e Obesità, Verona

Nei paesi occidentali industrializzati ogni 100 ragazze in età compresa tra i 12 e i 25 anni (età a rischio), 8-10 soffrono di un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA): 1-2 nelle forme più note di anoressia e bulimia nervosa, le altre di Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA-NAS) che possono evolvere nelle sindromi più gravi. L'anoressia nervosa (AN) ha una prevalenza tra 0 e 1,3% (media 0,3-0,5%), la bulimia nervosa (BN) del 0,2-1,5% (media 1%), il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) dell'1% nella popolazione generale adulta e del 3% nei soggetti obesi che richiedono un trattamento e i DCA-NAS del 3,7-6,4% (B) (1). Le ricerche epidemiologiche condotte nel nostro paese confermano i dati internazionali.
L'età di esordio cade fra i 10 e i 30 anni, con un'età media di insorgenza di 17 anni. I DCA che insorgono prima della pubertà e prima del menarca sono più frequentemente associati a psicopatologie e hanno una prognosi psichiatrica più sfavorevole. Sono in aumento i casi di esordio in età più tardiva e le forme croniche di soggetti con un'età superiore ai 40 anni. I DCA sono una patologia prevalentemente femminile: F:M = 9:1. Anche nei maschi, tuttavia, l'incidenza e la prevalenza sembrano essere in aumento anche se non in maniera marcata come per il sesso femminile.
È stata segnalata una rapida sequenza di cambiamenti negli anni, nella frequenza delle varie forme di DCA: alIe forme restrittive di AN che hanno caratterizzato gli anni '60, si sono succedute negli anni '70 le forme di BN e, più recentemente, il DAI e le forme multimpulsive di BN. Per comprendere questo fenomeno è importante ricordare come i DCA siano considerati una sindrome legata alla cultura (*culture-bound*) (2), come dimostra la loro assenza nei paesi più poveri dell'Asia, dell'Africa e dell'America Latina e la rapida comparsa tra gli immigrati di nazioni più povere (per es. i paesi dell'Est europeo) in nazioni più ricche, a causa del rapido processo di occidentalizzazione.
Negli ultimi anni un'attenzione crescente è stata riservata a gruppi di soggetti che presentano un maggiore rischio di sviluppare DCA rispetto alla popolazione normale, come coloro che esercitano discipline sportive in cui il risultato agonistico è legato al basso peso e/o alla non maturazione sessuale (per es. danza classica, ginnastica artistica, equitazione ecc.) o patologie in cui lo stesso intervento terapeutico se mal gestito può indurre un calo ponderale (per es. la fibrosi cistica, la malattia di Crohn, l'ipo e l'ipertiroidismo e il diabete di tipo 1)(3).
La prevalenza dei DCA in soggetti con diabete di tipo 1 è riportata nella letteratura internazionale con dati discordanti: simile a quella della popolazione generale per molti autori (3-6), maggiore per altri (7, 8). Un recente autorevole studio ha tuttavia documentato una prevalenza del 10% *vs* il 4% della popolazione generale per i DCA conclamati e del 14% *vs* l'8% per le forme *subthreshold* (9).

Eziopatogenesi dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Per meglio comprendere come soggetti con diabete di tipo 1 possano arrivare a sviluppare un DCA è importante riassumere gli aspetti fondamentali del modello eziopatogenetico oggi più accettato per tali patologie (10-12).
Il nucleo patogenetico che caratterizza i DCA (bassa autostima, depressione, sofferenza causata dalla mancata corrispondenza tra peso reale e peso ideale) è infatti determinato da un complesso insieme di fattori socio-culturali, individuali e familiari che rappresentano i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti del DCA. Tali fattori sono di seguito riportati.

Fattori predisponenti
- Predisposizione genetica.
- Genere femminile.
- Giovane età.
- Familiarità per sovrappeso e obesità.
- Obesità infantile.
- Storia di ripetute diete e oscillazioni ponderali (13, 14).
- Alcune patologie croniche (diabete mellito, fibrosi cistica, malattia di Crohn e colite ulcerosa, patologie tiroidee) (3).
- Gravidanza.
- Tratti di personalità e problemi psicologici (per es. disturbi dell'umore, perfezionismo, tratti ossessivi, scarso controllo degli impulsi, difficoltà nel processo di individuazione e separazione ecc.).
- Caratteristiche familiari (invischiamento, scarsa definizione dei ruoli, incapacità di incoraggiare la separazione, la distinzione e l'autonomia ecc.).
- Fattori socio-culturali (mito della magrezza e del *fitness*, richiesta di prestazioni straordinarie, competizione, palatabilità e manipolazione industriale degli alimenti ecc.).
- Ecc.

Fattori precipitanti
- Separazioni, perdite.
- Malattie.
- Alterazioni dell'omeostasi familiare.
- Menarca vissuto come traumatico.
- Esperienze sessuali.
- Traumi e abusi sessuali.
- Paura di perdere il controllo e la stima di sé.
- Particolari attività sportive in cui la prestazione è correlata al basso peso corporeo e/o alla non maturità sessuale (danza, ginnastica artistica, equitazione ecc.).
- Elevata competizione nel gruppo dei pari (scuola, palestra, gruppo amici ecc.).
- Ecc.

In tale direzione risultano problematici alcuni momenti tradizionali di passaggio nella vita dei giovani come: l'inizio di un ciclo scolastico nuovo; il diploma o la tesi universitaria (spesso raggiunti sacrificando l'attività fisica e la vita di relazione, con un conseguente incremento ponderale aggredito con diete drastiche nei mesi successivi); l'allontanamento dal nucleo familiare di origine (per attività lavorative, di studio, affettive); un periodo trascorso all'estero o l'allontanamento dalla città di origine e qualsiasi altro avvenimento e/o cambiamento, che evidenzi carenti abilità di *coping.*

Di fronte a queste situazioni problematiche e alle risultanti difficoltà psicologiche, la persona cerca una soluzione attraverso la manipolazione del proprio comportamento alimentare e, di conseguenza, del peso corporeo. È il controllo sull'alimentazione, insieme alla verifica dei rapidi progressi ottenuti in termini di calo ponderale (attraverso la dieta o il vomito autoindotto, l'iperattività fisica o l'uso-abuso di farmaci e, nel diabete di tipo 1, la manipolazione/omissione dell'insulina), a fornire un'illusoria sensazione di avere ripreso il controllo della situazione. Per tale ragione l'instaurarsi di una malnutrizione calorico-proteica, sia essa quantitativa o qualitativa, con tutti i gravi disagi che l'accompagnano (amenorrea, ipotermia, edemi, stipsi, ipotensione e bradicardia), viene prevalentemente ignorato per l'elevato senso di autoefficacia e autocontrollo sperimentato. A ciò non è certo estraneo il rinforzo esterno fornito dai mass media e dagli amici che considerano "lo stare a dieta" e "l'essere magri" una dimostrazione di forza di volontà e autocontrollo.

Fattori di autoperpetuazione

- Guadagni secondari legati alla malattia.
- Posizione di potere in famiglia.
- Evitamento di situazioni interpersonali/sessuali vissute come ansiogene.
- Effetti del digiuno e della perdita di peso.

Nella maggior parte dei casi il danno provocato dalle strategie adottate per ridurre il peso corporeo risulta in una desincronizzazione del sistema biopsicologico deputato al controllo dell'introito calorico e del peso corporeo (15). Ciò si manifesta, inizialmente, attraverso la comparsa di abbuffate alimentari e, successivamente, attraverso un vero e proprio caos alimentare (4, 13, 16, 17).
L'abbuffata alimentare, prima sporadica e poi sempre più frequente, rappresenta un evento catastrofico per questi soggetti che hanno riposto la propria autonomia e senso di potere nel controllo rigido del comportamento alimentare. La paura di aumentare di peso e i conseguenti sensi di colpa spingono verso soluzioni di compenso come il vomito autoindotto, l'iperattività fisica, l'uso-abuso di diuretici e lassativi e, nel diabete, la manipolazione del dosaggio insulinico. Tutto questo può solo aggravare la situazione di depressione e scarsa autostima sottostante il disturbo e stimolare ulteriormente la persona (non cosciente del circolo vizioso in cui è caduta) verso un nuovo tentativo di dieta ancora più rigida e drastica, inevitabilmente interrotta dalla disinibizione alimentare.

Fattori iatrogeni

- Prescrizioni dietetiche (13, 16, 18).
- Preparati ormonali per correggere l'amenorrea secondaria.
- Gravidanze consentite esclusivamente dall'utilizzo di trattamenti per l'infertilità.
- Rialimentazioni forzate o ricoveri ospedalieri non contrattati con il paziente (19).
- Ecc.

Dal diabete di tipo 1 al DCA

Un'attenta lettura del modello eziopatogenetico proposto può far facilmente intuire quei fattori che rendono i soggetti affetti da diabete di tipo 1 uno dei gruppi a rischio sul quale maggiormente si orientano gli interventi di prevenzione ai DCA nei paesi più evoluti (18, 20).
Oltre agli elementi già elencati, nel diabete di tipo 1 dobbiamo elencare ulteriori fattori specifici della patologia o della terapia standard per essa adottata.

Fattori predisponenti
- Indice di Massa Corporea (kg/m^2), nelle femmine, superiore rispetto alle coetanee non diabetiche (21).
- Rapido incremento ponderale con l'avvio della terapia insulinica (nella maggior parte dei casi dopo la sperimentazione di un rapido calo ponderale).
- Caratteristiche familiari (rigidità, criticismo, aspettative elevate sul controllo glicometabolico, ruolo attivo nella gestione del diabete, alti livelli di conflitto, incapacità di riconoscere le emozioni e intereagire con esse, difficoltà a promuovere l'autonomia) (22).
- Pressione a ignorare i segnali interni della fame a favore di una pianificazione dei pasti (23, 24).

Fattori precipitanti
- Aumentato rischio di complicanze mediche nel corso di tutta la vita.
- Cronicità della malattia.
- Forte pressione a mantenere un "perfetto" controllo della glicemia e senso di colpa e di fallimento se non è raggiunto l'obiettivo.
- Tristezza, rabbia, isolamento sociale e maggiore dipendenza dalla propria famiglia (25, 26).
- Difficoltà ad adeguarsi alla dieta prescritta.

Fattori iatrogeni
- DCCT '93 (27)
- Prescrizione alimentare con stretta "sorveglianza" di determinati alimenti (13, 28).
- Pianificazione dei pasti.
- Focus sulla "compliance" piuttosto che sulla collaborazione.

Nella figura 1 è riportato il modello eziopatogenetico proposto da Manfred Fichter per la BN (10), modificato da Didasco per un soggetto affetto da diabete di tipo 1.

Aspetti clinici

La punta dell'iceberg del DCA insorto in un soggetto con diabete di tipo 1 è spesso rappresentata da: episodi improvvisi di ipoglicemia e chetoacidosi (3, 29), rapida normalizzazione della glicemia durante il ricovero, oscillazioni ponderali apparentemente non giustificate, aumento della HbA_{1c}, ritardo nella crescita o non raggiungimento della crescita attesa e ridotta compliance alla terapia.
Un DCA, associato a diabete di tipo 1, è responsabile in particolare di:
- frequenti ospedalizzazioni (29);
- riduzione/omissione di insulina;
- abbuffate alimentari (4, 17);
- precoce insorgenza di complicanze del diabete di tipo 1 (retinopatia e nefropatia) (30);
- neuropatia acuta dolorosa.

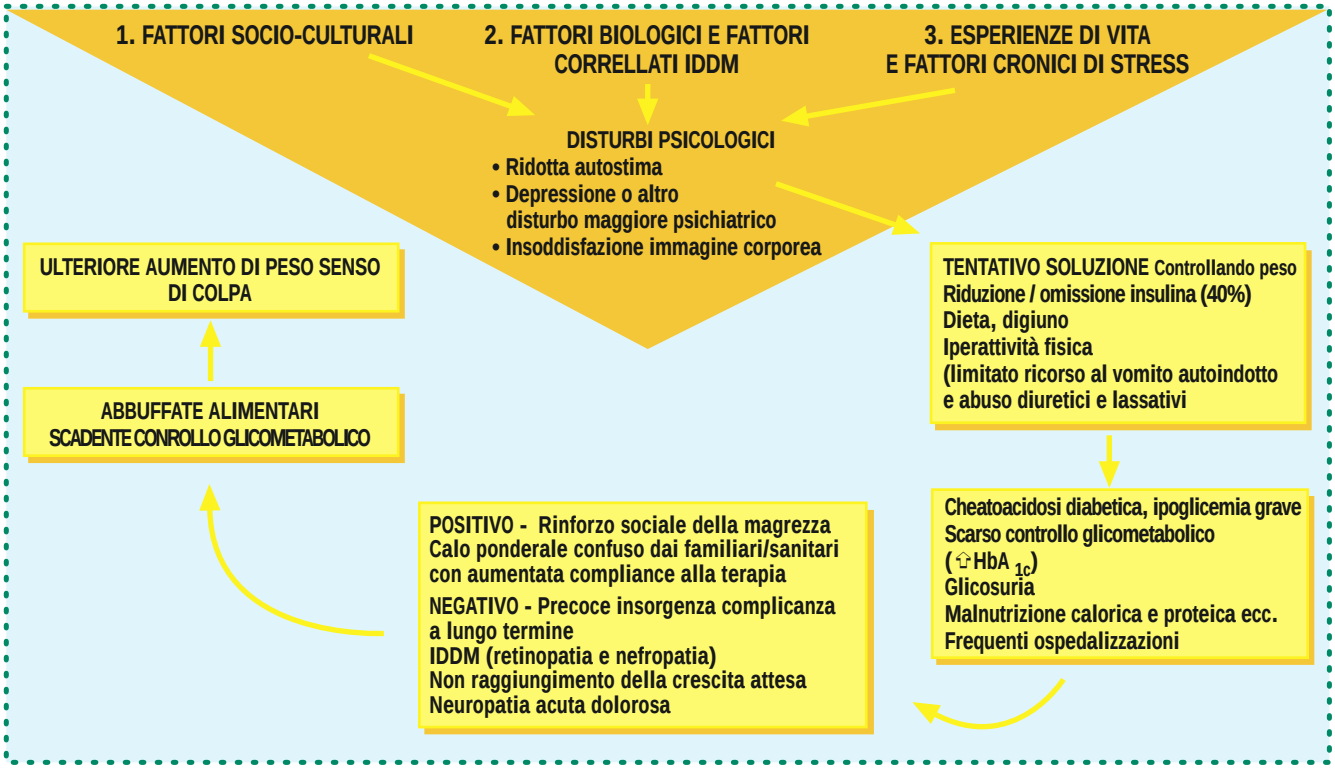
È evidente che oltre a questi aspetti di per se stessi critici sono presenti anche tutte le complicanze cliniche, gravi, tipiche di un DCA (31).

Prognosi

Per l'AN la mortalità è dello 0-25%. Una recente indagine, i cui dati si riferiscono a una parte di uno studio longitudinale condotto su AN e BN giunto al suo 11° anno, ha documentato 7 casi di morte, tutti avvenuti in soggetti con AN di tipo purgativo e con comorbilità per l'Asse I; la mortalità totale era pari al 5,1% (32). Le proporzio-

ni di mortalità standardizzate per morte per cause fisiologiche (9,6) e suicidio (58,1) risultavano significativamente elevate. Nella BN la mortalità è pari allo 0-7%. Il 47,5% dei soggetti affetti da BN raggiunge la guarigione, il 26% mostra un miglioramento e il 26% si trasforma in soggetti cronici (33). Quanto più lungo è il controllo catamnestico tanto minori sono i risultati favorevoli. In merito ai fattori prognostici esistono molti riscontri discordanti, fatta eccezione per un esito sfavorevole correlato a sintomi *borderline*, tentativi di suicidio e abuso di alcol (34). Sia per l'AN che per la BN la causa di morte più frequente è il suicidio (25-30% dei casi di decesso). Il tasso di ricadute è superiore al 10% e le recidive possono verificarsi anche a molti anni di distanza.

Figura 1



Un recente studio di Fichter e Quadflieg (1999) (35), condotto su un campione di 103 persone affette da AN sottoposte a un unico tipo di intervento, ha evidenziato, in contrasto con quanto osservato nella BN e nel DAI, una prognosi favorevole a sei anni di distanza. Fattori predittori di esito sfavorevole sono risultati: durata della malattia, episodi di abbuffate alimentari e condotte compensatorie nelle quattro settimane antecedenti il ricovero, comorbilità per abuso di sostanze, disturbi affettivi e un basso peso corporeo all'atto della dimissione.

Per gli aspetti delle complicanze mediche associate a breve e lungo termine al DCA nel diabete di tipo 1, la prognosi risulta più severa all'interno di questo gruppo rispetto al DCA non complicato.

Prevenzione

Dal momento che la maggior parte di coloro che sono affetti da DCA non richiede un intervento per il proprio disturbo, una notevole attenzione è stata rivolta ai programmi di prevenzione (36, 37). Sfortunatamente i risultati di questi programmi sono

stati molto modesti (38): nessuno tra quelli valutati in studi controllati ha mostrato infatti una riduzione dei sintomi bulimici (39, 40). Tra le possibili spiegazioni di questo fallimento sono stati indagati: la posizione centrale assunta nell'intervento dai temi di psicoeducazione (informazioni sui DCA, le loro conseguenze, i possibili fattori di rischio per il comportamento alimentare alterato e le tecniche di controllo per un peso adeguato) e la tipologia della popolazione selezionata (coloro che sono disponibili, piuttosto che coloro che sono a rischio).
L'impatto della prevenzione ai DCA applicata a soggetti affetti al diabete di tipo 1 è ancora in attesa di una validazione della metodologia applicata e di risultati a lungo termine (18, 20, 24).

Conclusioni

Il diabete di tipo 1 rappresenta un terreno fertile per lo sviluppo di un DCA sia per il tipo di popolazione interessata (giovani di sesso femminile), sia per alcune caratteristiche del trattamento standard per il diabete. In particolare:

- essere diabetici crea spesso una preoccupazione (talvolta un'ossessione) nei confronti del cibo;
- il cibo può essere vissuto come pericoloso, qualcosa da evitare piuttosto che da moderare;
- la propria vita può essere percepita come fuori controllo, sperimentando la perdita di potere sulla propria esistenza;
- le famiglie possono essere percepite come eccessivamente coinvolte nella propria esistenza;
- il calo ponderale conseguito con la manipolazione/omissione di insulina può facilmente essere confuso con un buon controllo della malattia e come tale involontariamente rinforzato.

Ci troviamo quindi di fronte a un problema di complessa e difficile soluzione in cui l'approccio integrato interdisciplinare per il DCA viene a essere arricchito da ulteriori aspetti, soprattutto sul versante clinico/metabolico, che richiedono la presenza nel team di un operatore preparato e qualificato. In linea con la letteratura internazionale si raccomanda pertanto, da una parte, un'analisi critica della terapia standard per il diabete di tipo 1 e, dall'altra, il corretto invio del soggetto con DCA e diabete di tipo 1 a un'équipe interdisciplinare specializzata nel trattamento dei DCA.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Sanità. Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa: Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie), 1998, vol III, fasc. 1, 2, 3
2. Gordon RA: Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale. Raffaello Cortina, Milano, 1991
3. Powers PS: Management of patients with comorbid medical conditions. In: Garner DM, Garfinkel PE (Eds): Handbook of treatment for eating disorders. Guilford Press, New York, 1997, p. 424-436
4. Fairburn CG, Peveler RC, Davies B, Mann JI, Mayou RA: Eating disorders in young adult with insulin dependent diabetes mellitus. BMJ **303**, 17-20, 1991
5. Bryden KS, Neil A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB: Eating habitus, body weight, and insulin misuse. Diabetes Care **22**, 1956-1960, 1999
6. Engstrom I, Kroon M, Arvidsson CG, Segnestam K, Snellman K, Aman J: Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. Acta Paediatr **88**, 117-119, 1999

7. Rosmark B, Berne C, Holmgren S, Lago C, Renholm G, Solhberg S: Eating disorders in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. J Clin Psychiatry **47**, 547-550, 1986
8. Nielsen S, Borner H, Kabel M: Anorexia nervosa/bulimia in diabetes mellitus: a review and a presentation of five cases. Acta Psychiatr Scand **75**, 464-473, 1987
9. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin J: Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. BMJ **320**, 1563-1566, 2000
10. Fichter MM: Bulimia nervosa. Basic research, diagnosis e therapy. Wiley, Chichester, 1990
11. Garner DM, Garfinkel PE (Eds): Handbook of treatment for eating disorders. Guilford Press, New York, 1997, p. 50-63
12. Bauer B, Ventura M (Eds): Oltre la dieta. Una nuova cultura per i disturbi alimentari. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998, p. 159-181
13. Polivy J, Herman CP, Olmsted MP, Jazwinski C: Restraint and binge eating. In: Hawkins RC, Fremouw WJ, Clement PF (Eds): The binge-purge syndrome. Springer, New York, 1984, p. 104-122
14. Polivy J, Herman CP: Etiology of binge eating: psychological mechanisms. Restraints and binge eating. In: Fairburn CG, Wilson T (Eds): Binge eating: Nature, assessment and treatment. Guilford, New York, 1993, p. 173-205
15. Ventura MM, Bauer B, Blundell JE: L'approccio psicobiologico al controllo dell'alimentazione. In: Bosello O (Ed): Obesità. Un trattato multidimensionale, Kurtis, Milano 1998, p. 123-131
16. Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HL: The biology of human starvation (2 vols.). University Minnesota Press, Minneapolis, 1950
17. Stacin T, Link DL, Reuter JM: Binge eating and purging in young women with IDDM. Diabetes Care **12**, 601-603, 1989
18. Colton PA, Rodin GM, Olmsted MP, Daneman D: Preventing eating disorders in young women with diabetes. In: Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (Eds): Preventing eating disorders. Ann Arbor, MI, Edwards Brothers, 1999, p. 270-284
19. Ramsey R, Ward A, Treasure J, Russell GF: Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long term mortality. Br J Psychiatr **175**, 147-153, 1999
20. Ventura M, Tomasselli F, Bauer B: I gruppi psicoeducazionali nel diabete di tipo 1: è tempo di prevenzione per i disturbi alimentari. Eat Weight Disord **6**, XXVIII, 2001
Wolman C, Resnick MD, Harris LJ, Blum RW: Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions. J Adolescent Health **15**, 199-204, 1994
21. Holl RW, Grabert M, Sorgo W, Heinze E, Debatin KM: Contributions of age, gender and insulin administration to weight gain in subjects with IDDM. Diabetologia **41**, 542-547, 1998
22. Maharai SI, Rodin GM, Olmsted MP, Daneman D: Eating disturbances, diabetes and the family: an empirical study. J Psychosom Res **44**, 479-490, 1998
23. De Groot JM, Rodin G: Eating disorders, female psychology, and the self. J Am Academy Psychoanalysis **22**, 299-317, 1994
24. Daneman D, Olmsted M, Rydall J, Maharai SI, Rodin GM: Eating disorders in young women with type 1 diabetes. Horm Res **50**, 79-86, 1998
25. Kovacs M, Brent D, Steinberg TF, Paulaskas S, Reid J: Children's self report of psychological adjustment and coping strategies during first year of insulin-dependent diabetes mellitus. Diabetes Care **9**, 472-479, 1986
26. Rubin RR, Peyrot M: Psychosocial problems and interventions in diabetes: A review of the literature. Diabetes Care **15**, 1640-1657, 1992
27. Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med **329**, 977-986, 1993
28. Attie I Brooks-Gunn J: Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. Development Psychology **25**, 70-79, 1989

29. Cohn BA, Cirillo PM, Wingard DL, Austin DF, Roffers SD: Gender differences in hospitalisations for IDDM among adolescents in California. Diabetes Care **20**, 1677-1682, 1997
30. Cantwell R, Steel JM: Screening for eating disorders in diabetes mellitus. J Psychosomatic Res **40**, 15-20, 1996
31. Ventura M. Il medico nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare: quale ruolo, quali competenze. In: Bauer B, Ventura M (Ed): Oltre la dieta. Una nuova cultura per i disturbi alimentari., Centro Scientifico Editore, Torino, 1998, p. 128-157 (a)
32. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Keblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB: Mortality in eating disorders: A descriptive study. Int J Eat Disord **28**, 20-26, 2000
33. Steinhausen HC: Eating disorders. In: Steinhausen HC, Verhulst FC (Eds): Risk and outcomes in developmental psychopathology. Oxford University Press, Oxford, 1999, p. 210-230
34. Steinhausen HC: Clinical guidelines for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Europ Child Adolesc **6**, 121-128, 1997
35. Fichter MM, Quadflieg N: Six-year course and outcome of anorexia nervosa. Int J Eat Dis **26**, 359-385, 1999
36. Baggio F: Avvocati della difesa e dell'accusa della prevenzione primaria e secondaria nei disturbi del comportamento alimentare. Atti Congr Naz SIS-DCA, Ancona, Febbraio 2001, 253
37. Garfinkel PE: Bulimia nervosa: The understanding of cultural and social contributors to the prevention of the disorder. In: Ostuzzi R, Bauer B, Bosello O, Cuzzolaro M, Garfinkel P (Eds): Bulimia nervosa. Tipolitografia Campisi, Arcugnano (VI), 1999, p. 63-75
38. Striegel-Moore RH, Steiner-Adair C: Primary prevention of eating disorders: Further considerations from a feminist perspective. In: Vandereyken W, Nordenbos G (Eds): The prevention of eating disorders. Athlone, London, 1998, p. 1-22
39. Franko DL: Secondary prevention of eating disorders in college women at risk. Eat Disord **6**, 29-40, 1998
40. Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A: A preventive intervention program in adolescent school girls: A longitudinal study. Psychoter Psychosomatics **68**, 46-50, 1999

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEL DIABETE DI TIPO 2: COME SI PONE IL DIABETOLOGO DI FRONTE AL PROBLEMA NELLA PRATICA QUOTIDIANA

Claudio Taboga
Unità di Diabetologia e Malattie Metaboliche, Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Udine

Introduzione

Il rapporto fra diabete mellito (DM) e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) è stato prospettato per la prima volta nel 1980; segnalazioni successive hanno evidenziato un'associazione frequente e non casuale fra le due patologie.
La letteratura finora si è prevalentemente occupata di DCA nel DM di tipo 1, mentre gli studi nei diabetici di tipo 2 sono scarsi e riguardano casistiche piccole.
Mentre nel DM di tipo 1 i DCA più comuni sono la anoressia e la bulimia, nel tipo 2 vi è una preponderanza dei così detti EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*), in particolare vi sarebbe una cospicua percentuale di *Binge Eating Disorder* (BED).
Nel DM di tipo 1 i DCA sono più frequenti, compaiono di regola dopo la diagnosi e si associano spesso a comportamenti compensatori come l'omissione volontaria o la riduzione delle dosi di insulina.
Nel DM di tipo 2 invece vi è la possibilità che i DCA siano già presenti alla diagnosi e anzi che possano contribuire, attraverso un aumento dell'apporto calorico non bilanciato da meccanismi compensatori (lassativi, diuretici, *pillole dimagranti*), a un esordio più precoce del DM e a una sua più difficile gestione successiva. Gli studi finora pubblicati riportano una prevalenza di DCA nei diabetici di tipo 2 compresa fra meno del 5% e il 25% con effetti variabili del DCA sul peso corporeo e sul compenso metabolico

Prevalenza di DCA nella popolazione afferente a un'Unità di diabetologia

Abbiamo studiato due campioni: il primo rappresentato da soggetti obesi, con o senza diabete di tipo 2; il secondo composto da soggetti diabetici di tipo 2, obesi o non obesi. Tutti i soggetti venivano valutati in occasione del loro primo accesso all'Unità di diabetologia.

Studio negli obesi

Lo scopo era di:

- confrontare comportamenti e attitudini alimentari di soggetti obesi (O) con e senza diabete mellito di tipo 2;
- verificare se negli Obesi Diabetici (OD) il comportamento alimentare possa essere condizionato dalla presenza del diabete o possa rappresentare un fattore predisponente al diabete di tipo 2;
- individuare possibili fattori predittivi di DCA;
- la prevalenza di DCA nei due campioni in esame.

Lo studio ha coinvolto 159 soggetti di cui 71 OD e 88 O afferenti al Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche, i primi per consulenza diabetologica, i secondi per trattamento dietetico. Il cut-off per diagnosi di obesità è stato un IMC ≥ 30.

L'iter di valutazione di attitudini e comportamenti alimentari prevedeva un colloquio con la psicologa più i seguenti test:

1. *Eating Disorder Inventory (EDI-2)*, test autosomministrato per la valutazione delle attitudini composto da 11 sottoscale: Ascetismo (ASC), Bulimia (BU), Consapevolezza Enterocettiva (CE), Impulsività (I), Insoddisfazione Corporea (IC), Impulso alla Magrezza (IM), Inadeguatezza (IN), Insicurezza sociale (IS), Perfezionismo (P), Paura della Maturità (PM), Sfiducia Interpersonale (SI).
2. *Symptom Check-list (SC-EDI)* orientata in particolare a individuare eventuali DCA. Consente inoltre di conoscere l'età di inizio della dieta (EID), l'intervallo di tempo tra inizio dieta e prima visita (IIDV), le attitudini e i comportamenti alimentari, i vissuti di malattia (tab. II).
3. *Illness Behavior Questionnaire (IBQ)*, test autosomministrato per i vissuti di malattia composto da 7 sottoscale: Convinzione, Consapevolezza, Percezione, Ipocondria, Negazione, Irritabilità, Disforia.
4. *Toronto Alexitimia Scale (TAS-20)*, test autosomministrato a 20 item composto da 3 sottoscale: capacità di riconoscere le emozioni, capacità di esprimere le emozioni e capacità di differenziare i pensieri interni da quelli esterni.

Hanno completato l'iter diagnostico 53 OD e 52 O, con una percentuale di drop-out del 25,3% e 40,9% rispettivamente. I due gruppi presentavano un BMI sovrapponibile (OD = 35,0 ± 6,6; O = 35,7 ± 4,9 kg/m^2), l'età era maggiore negli OD (OD = 53 ± 7; O = 48 ± 13 anni; $p < 0,05$), il sesso femminile prevaleva negli O (O: M/F = 7/45; OD M/F = 31/22). Le differenze significative nei profili di personalità sono riassunte nella tabella I. Dei 53 soggetti OD, 36 avevano una diagnosi di diabete recente (entro 1 anno), mentre negli altri la durata della malattia era variabile da 1 a 20 anni. I casi con vecchia diagnosi hanno ottenuto un punteggio più alto nella sottoscala dell'EDI-2 del perfezionismo ed è questa l'unica caratteristica relativa alla durata del diabete.

Con la sottoscala IM dell'EDI-2 (con cut-off 14) sono stati individuati i soggetti con possibile DCA: sono risultati positivi 9 O (17,3%) e 4 OD (7,5%), con una differenza non statisticamente significativa. La Symptom Check-list dell'EDI-2, che valuta i comportamenti alimentari nei 3 mesi precedenti l'intervista, ha consentito una diagnosi di DCA in 4 O (7,7%) e solo in 1 OD (1,9%): differenza ancora non significativa. Da sottolineare che anche la percentuale di esclusi è risultata maggiore negli O rispetto agli OD (40,9% *vs* 25,3%).

Da questi dati è possibile concludere che nella nostra popolazione di obesi la prevalenza di DCA è molto bassa, in particolare nei diabetici. Una possibile sottostima potrebbe derivare dai casi di drop-out, cioè dai soggetti che, rifiutando i test e il colloquio, sono *sfuggiti* alla diagnosi di DCA.

Obesi	Obesi diabetici
Età più giovane	Esercizio fisico
Impulso alla magrezza	Farmaci generici
Insoddisfazione corporea	Perfezionismo
Ascetismo	
Condotte compensatorie (*pillole dimagranti*, diuretici, lassativi)	
Farmaci psichiatrici	

Tabella I
Caratteri distintivi fra obesi diabetici e non diabetici

Studio nei diabetici (DM) di tipo 2

Lo scopo è stato quello di:

- indagare la frequenza dei DCA nei soggetti con DM di tipo 2.;
- valutare le differenze tra soggetti con DM di recente diagnosi (< 3 mesi) e quelli con diabete di più lunga durata e quindi verificare se esiste un effetto "durata" del diabete sui DCA;
- valutare se vi siano differenze tra soggetti non obesi e obesi (BMI > 30).

A 142 pazienti con DM di tipo 2, di età < 65 anni, presentatisi consecutivamente per

la prima visita all'Unità Operativa di Diabetologia, è stato proposto di partecipare allo studio che alle prestazioni di routine (esami di laboratorio, visita specialistica, kit educativo) associava un colloquio psicologico con valutazione psicometrica finalizzati allo screening dei DCA. Sono stati indagati:

- i comportamenti e le attitudini alimentari attraverso **l'Eating Disorder Inventory (EDI-2)** e **l'Eating Attitude Test-26 (EAT-26)**;
- l'eventuale presenza di DCA con la **Symptom Check-list (SC-EDI)**;
- i vissuti di malattia attraverso l'**Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)**;
- il supporto familiare e gli eventi stressanti con il **Family Apgar-List of Threatening Experiences (FA-LTE)**;
- la capacità di riconoscere, descrivere ed esprimere le emozioni (alessitimia) con il **Toronto Alexitimia Scale (TAS-20)**.

Tabella II
Parametri clinici nei diabetici di tipo 2

	Obesi	Non obesi
Glicemia a digiuno (mg/dL)	185 ± 54	181 ± 46
HbA_{1c} (%)	7,2 ± 1,9	7,2 ± 1,7
PAS (mmHg)	147 ± 19	143 ± 18
PAD (mmHg)	89 ± 11	84 ± 11*

* $p < 0,05$

Hanno completato il protocollo 102 soggetti (70 M, 32 F) con un drop-out del 28%. La condizione di obesità era presente in 53 casi (52%), con IMC medio di 35,2 negli obesi e 26,2 nei non obesi.
In 52 pazienti la diagnosi di DM era inferiore a 3 mesi.
Il confronto dei parametri metabolici tra obesi e non obesi ha evidenziato una sola differenza significativa ($p < 0,05$) riguardante la più elevata PA diastolica degli obesi, mentre erano simili i valori di glicemia, HbA_{1c} e PA sistolica (tab. II).
I test psicometrici e il colloquio clinico/diagnostico hanno identificato 2 casi di DCA (2%), classificati come EDNOS, di cui uno solo era obeso.
In generale gli obesi si caratterizzano per un più elevato punteggio nelle sottoscale della bulimia sia all'EAT-26 (1,4 *vs* 0,5; $p < 0,05$) che all'EDI-2 (1,5 *vs* 0,4; $p < 0,05$) e dimostrano una maggiore insoddisfazione corporea (10,7 *vs* 6,7; $p < 0,05$). Inoltre, nella SC-EDI è evidente negli obesi una maggior tendenza all'uso della dieta per controllare il peso (71,7 *vs* 28,6; $p < 0,05$), mentre i non obesi preferiscono l'attività fisica (39,6 *vs* 61,2; $p < 0,05$). Infine gli obesi manifestano una maggior convinzione di malattia all'IBQ (2,3 *vs* 1,6, $p < 0,05$) rispetto ai non obesi. Questi caratteri distintivi fra diabetici obesi e non obesi sono riassunti nella tabella III.
Nessuna differenza è stata osservata nei parametri psicometrici in relazione alla durata del DM.
In conclusione, il nostro campione di soggetti con DM di tipo 2 mostra una bassa prevalenza di DCA che, come prevedibile, sono rappresentati da EDNOS. Ancora una volta il dato potrebbe essere sottostimato rispetto ad altri studi sia per i differenti strumenti diagnostici utilizzati, sia per l'elevato numero di soggetti drop-out e potenzialmente patologici. La durata del diabete non influisce sul comportamento alimentare. Pur in assenza di un DCA, i diabetici obesi esprimono una maggior tendenza ad abitudini alimentari distorte associate a un maggior ricorso a diete e a una forte insoddisfazione per la propria immagine corporea.

Tabella III
Caratteri distintivi fra diabetici di tipo 2 obesi e non obesi

Non obesi	Obesi
Attività fisica per controllare il peso	Bulimia
	Insoddisfazione corporea
	Dieta per controllare il peso
	Convinzione di malattia

Come si pone il diabetologo…

Sulla base di questi elementi, con la collaborazione dei Colleghi della Clinica Psichiatrica è stato predisposto un ***pacchetto DCA*** da applicare nella pratica clinica rou-

tinaria, con lo scopo di identificare e trattare eventuali DCA nei diabetici seguiti presso la nostra struttura.
Nell'*anamnesi familiare* viene richiesto anche:
• il peso dei familiari,
• la presenza di patologia psichiatrica;
nell'*anamnesi fisiologica* si chiede se il paziente:
• mangia solo a pasto e quanti pasti consuma,
• se mangia fuori pasto, perché?,
• mangia da solo o di notte,
• vomita o fa uso di lassativi o diuretici,
• fa attività fisica, quale e quanta,
• è soddisfatto del proprio corpo,
• ha oscillazioni nel peso, i pesi minimo e massimo.
Viene successivamente somministrato un *test di screening*, l'Eating Attitude Test (EAT-26) che, pur non essendo specifico per l'obesità e tantomeno per i BED, accanto ai dati anamnestici rappresenta un supporto decisionale per proporre al paziente lo step successivo e cioè la *consulenza psichiatrica*. L'EAT-26 è stato scelto perché si tratta di un test molto semplice, composto da 26 soli item, autosomministrato, che il paziente compila rapidamente e senza difficoltà durante la visita medica o il colloquio con la dietista.
Nel caso in cui venga diagnosticato un DCA in accordo con i criteri proposti dal DSM-IV, e di solito si tratta di BED o EDNOS, il paziente viene seguito in team con lo psichiatra condividendo il programma terapeutico. Alla terapia del diabete viene associata quella per il DCA (farmaci, psicoterapia individuale, psicoeducazione di gruppo) con periodici incontri di discussione e verifica fra gli operatori. È nella *psico-educazione di gruppo* che l'approccio in team trova la migliore realizzazione in quanto i gruppi sono condotti da uno psichiatra, da una psicologa e da un medico diabetologo o una dietista.

1. - Presentazione obiettivi sedute
   - 1ª abilità di comunicazione: "esprimere sentimenti positivi"
   - Valutazione percorsi dietetici
2. - Recupero 1ª abilità
   - 2ª abilità: "fare una richiesta in maniera positiva"
   - Abitudini alimentari
3. - Recupero 2ª abilità
   - 3ª abilità: "esprimere sentimenti negativi"
   - Abitudini alimentari
4. - Recupero 3ª abilità
   - 4ª abilità: "ascoltare in maniera attiva"
   - introduzione diario alimentare
5. - Recupero 4ª abilità
   -"Problem solving: soluzione di problemi e raggiungimento di obiettivi"
   - Lettura diario alimentare
6. - Lettura diario alimentare e problem solving
7. - Lettura diario alimentare e problem solving
8. - Lettura diario alimentare e problem solving
9. - Lettura diario alimentare e problem solving
10. - Lettura diario alimentare e problem solving

Tabella IV
Programma di psico-educazione per i DCA

Intervento psico-educazionale

Il programma consiste di 10 sedute della durata di 90 minuti ciascuna, a cadenza settimanale, e vi partecipano persone affette da BED o EDNOS, obese con o senza diabete (tab. IV). Obiettivo della psico-educazione è informare ed educare il paziente riguardo il suo problema alimentare, migliorare le sue capacità di comunicazione interpersonale, fargli acquisire la capacità di "risoluzione dei problemi". I corsi di psico-educazione sono diventati parte dell'attività clinica routinaria presso la nostra Struttura, al pari dell'educazione terapeutica di gruppo prevista per i soggetti diabetici.
Finora hanno partecipato ai corsi di psico-educazione circa 50 soggetti obesi, 1/3 dei quali era diabetico di tipo 2, e abbiamo raccolto dati di follow-up su 33 casi. Si tratta in prevalenza di donne (2 M, 31 F) di età media di 45 anni (range 22-63) e IMC medio di 35 ± 6 kg/m^2 (range 24-54).

In 18 casi (54,5%) la diagnosi era di EDNOS e 15 (45,5%) erano affetti da BED. Venti pazienti (61%) erano a dieta da 20 anni (range 0-37), avevano degli episodi di alimentazione incontrollata da 10 anni (range 0-42) e avevano raggiunto il peso massimo della loro storia dietetica nell'ultimo anno. Tutti i pazienti sono stati valutati tramite misurazione del peso e somministrazione dei test psicometrici a T0 (baseline), a T1 (fine del programma) e a T2 (sei mesi dalla fine del programma). Un ulteriore controllo è previsto a un anno (T3).

Per l'analisi psicometrica sono stati utilizzati i seguenti test:

- 16 Personality Factor (PF): per la valutazione delle caratteristiche di personalità;
- Eating Disorder Inventory (EDI)-2 e EDI-Symptom Checklist (SC): per valutare gli atteggiamenti e i comportamenti nei riguardi del cibo e dell'immagine corporea;
- Toronto Alexitimia Scale (TAS)-20: per misurare la capacità di riconoscere, descrivere ed esprimere le emozioni (alessitimia);
- Hospital Anxiety e Depression Scale (HADS): per valutare l'affettività;
- Illness Behaviour Questionnaire (IBQ): per gli atteggiamenti nei confronti della malattia;
- Family Apgar (FA): per il supporto familiare.

La terapia di gruppo (T1) e il follow-up a 6 mesi (T2) sono stati completati da 25 pazienti (76%); 3 casi (9%) sono risultati drop-out a T1 e 5 casi (15%) a T2.

In questi 25 soggetti si è osservato:

- una diminuzione del numero di episodi di alimentazione incontrollata sia a T1 ($p < 0,001$) che a T2 ($p < 0,007$) rispetto a T0 (fig. 1);
- una diminuzione del peso corporeo medio sia a T1 ($p < 0,023$) che a T2 ($p < 0,036$) (fig. 2). In 17 pazienti (68%) è stato mantenuto il calo ponderale a 6 mesi ma solo nel 20% di questi l'entità del dimagramento è stato del 5-10%, valore ritenuto sufficiente per migliorare alcune delle complicanze clinico-metaboliche legate all'obesità;
- un aumento del punteggio nella sottoscala "negazione" dell'IBQ a T2 *vs* T0 ($p < 0,018$) (fig. 3).

Da questi risultati preliminari si può concludere che l'intervento psico-educativo multidisciplinare favorisce e mantiene nel medio termine il miglioramento del comportamento alimentare e la diminuzione del peso corporeo in soggetti con DCA, anche nei casi in cui il problema è più inveterato e di più difficile controllo prima della terapia. L'aumento del punteggio nella sottoscala della "negazione" all'IBQ

Figura 1
Episodi di alimentazione incontrollata in soggetti con DCA. t0 = basale, t1 = fine psicoeducazione, t2 = dopo 6 mesi

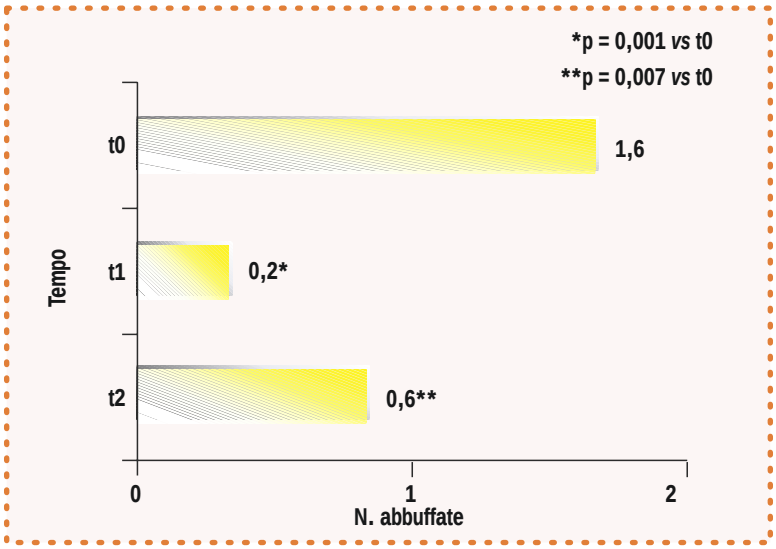
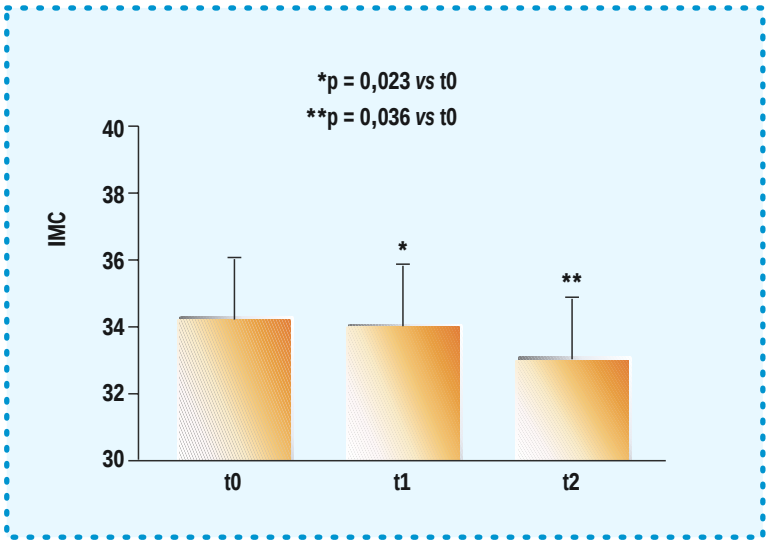


Figura 2
Valutazione del peso (IMC) in soggetti con DCA. t0 = basale, t1 = fine psicoeducazione, t2 = dopo 6 mesi



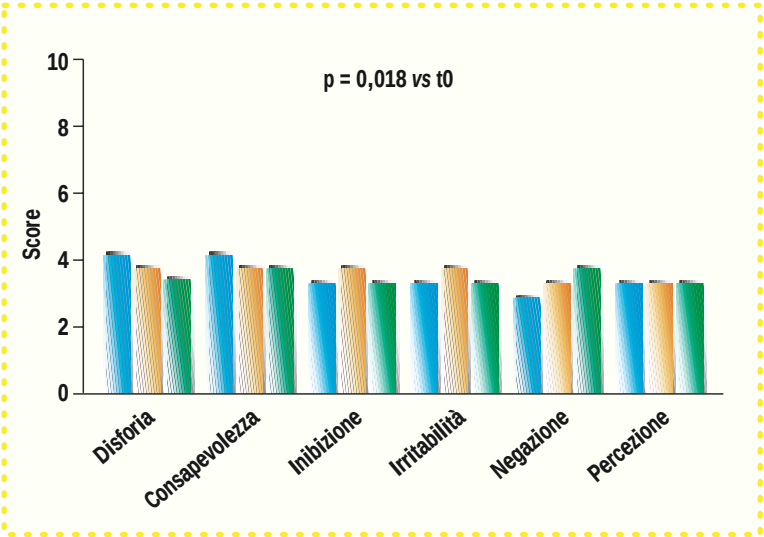


Figura 3
Illness Behavioural Questionnaire (IBQ). t0 = basale, t1 = fine psicoeducazione, t2 = dopo 6 mesi

sembra correlarsi con il miglioramento del quadro clinico, come se nel tempo i pazienti avvertissero una sensazione di benessere e una diminuzione dei vissuti di malattia. Nonostante questi dati preliminari sembrino incoraggianti, la validità di questa metodologia di intervento nei pazienti affetti da BED ed EDNOS andrà verificata su una casistica più ampia seguita per un tempo più lungo.

Conclusioni

La maggior parte dei soggetti con DM di tipo 2 presenta sovrappeso od obesità e il calo ponderale è più difficile e lento negli obesi diabetici. Diabete di tipo 2 e DCA sono uniti da un doppio legame: un DCA può favorire l'insorgenza del DM di tipo 2 attraverso l'incremento ponderale oppure il diabete può complicarsi con un DCA. Nella nostra esperienza i DCA sono rari nel DM di tipo 2 e soggetti con DM di lunga durata non mostrano un peggioramento delle abitudini alimentari, piuttosto tendono a sviluppare comportamenti rigidi e perfezionistici che possono rappresentare un adattamento alla malattia.
Pur in assenza di un DCA, i diabetici obesi esprimono una maggior tendenza ad abitudini alimentari distorte associate a un maggior ricorso a diete e a una forte insoddisfazione per la propria immagine corporea, elementi che possono disturbare il paziente nell'adesione alla terapia. Ferma restando l'importanza della ricerca dei DCA che, se presenti, possono ostacolare o complicare l'acquisizione dello stile di vita necessario per il trattamento del diabete, resta da verificare se può essere utile riconoscere anche queste anomalie che, pur non raggiungendo la soglia per una diagnosi "piena" di DCA, potrebbero comunque richiedere un approccio differenziato rispetto allo standard educativo applicato in una struttura diabetologica.

Il team per i DCA

Clinica Psichiatrica: Alberto Angarano, Elena Biasin, Rossana Ciano
Unità di Dabetologia: Marina Armellini, Simona Mreule, Claudio Taboga, Laura Tonutti

BIBLIOGRAFIA

1. Fairburn CG, Steel JM. Anorexia nervosa in diabetes mellitus. Br Med J 280: 1167-8, 1980
2. Rotella CM, Mannucci E, Ricca V, et al. Eating behaviour in obese patients with type 2 diabetes: a controlled study. Diabetologia **43** (suppl 1), A227, 2000
3. Kenardy J, Mensch M, Bowen K, Pearson S-A: A comparison of eating behaviours in newly diagnosed NIDDM patients and case-matched control subjects. Diabetes Care **17**,1197-9, 1994.
4. Herpertz S, Albus C, Wagener R et al.Comorbidity of Diabetes and Eating Disorders, Does diabetes control reflect disturbed eating behaviuor? Diabetes Care 1998 **21**, 1110-6, 1998
5. Dotti A, Lazzari R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. Eat Weight Disord **3**, 188-94, 1998

6. Mannucci E, Bardini G, Ricca V et al. Eating Attitudes and Behavior in Patients with Type 2 diabetes. Diab Nutr Metab **10**, 275-281, 1997
7. Herpetz S, Albus C, Lichtblau K et al. Relationship of Weight and Eating Disorders in Type 2 Diabetic Patients: a multicenter study. Int. J. Eat. Disord **28**, 68-77, 2000
8. Crow S, Kendall D, Praus B et al. Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. Int J Eat Disord **30**, 222-226, 2001
9. Fleres M, Provenzano V, Di Giorgio L. Prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare nei diabetici di tipo 2. In: SISO-UICO, Obesità 2000, pg. 95
10. Eating behaviour and disorders in diabetic and non-diabetic obese subjects evaluated on first access to a diabetes unit. Int J Obes Relat Metab Disord 25 (suppl 2): S59, 2001
11. Mreule S, Angarano A, Armellini M et al. Disturbi del Comportamento Alimentare in diabetici di tipo 2 al primo accesso ad un Servizio di Diabetologia. XIII Congresso Nazionale Associazione Medici Diabetologi. Torino, 2001 (Poster)
12. Tonutti L, Angarano A, Armellini M et al. Intervento psicoeducazionale per pazienti con disturbi della alimentazione. XIII Congresso Nazionale Associazione Medici Diabetologi. Torino, 2001 (Poster)

Lavoro di gruppo

Problemi alimentari tipici nel diabete di tipo 2

Claudio Taboga (Udine),
Mariarosa Ventura (Verona)

PROBLEMI ALIMENTARI TIPICI NEL DIABETE DI TIPO 2

Claudio Taboga*, Mariarosa Ventura**
*Unità di Diabetologia e Malattie Metaboliche, Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Udine; **Didasco, Centro per il Trattamento Interdisciplinare dei DCA e Obesità, Verona

L'assemblea dei congressisti è stata suddivisa in quattro gruppi: A, B, C, D.
Nei singoli gruppi, a loro volta suddivisi in quattro sottogruppi, si è discusso intorno a un caso clinico presentato da un moderatore. È stato utilizzato, al fine di enucleare il binomio richiesto problema/soluzione, lo strumento del metaplan.
In riunione plenaria sono state presentate da ciascun gruppo le quattro coppie problema/soluzione individuate dai rispettivi sottogruppi. L'assemblea ha espresso, attraverso il televoto, la propria preferenza per il binomio maggiormente interessante, seguita da una breve discussione.

Caso A

Uomo di 49 anni, obeso, con genitori, 3 fratelli e 2 figli non obesi; alla visita di leva il peso era di 80 kg e l'altezza di 184 cm. All'epoca svolgeva diverse attività sportive (calcio, lancio del peso, lancio del disco).
Successivamente è comparso un progressivo incremento ponderale che lo ha portato, all'età di 24 anni, a un tentativo di terapia con dieta idrica in regime di ricovero, fallito. In occasione di una donazione di sangue gli sono stati diagnosticati ipertensione arteriosa e diabete mellito.
Al momento della visita riferiva di bere 3-4 L di coca-cola al giorno.
Al momento della visita: peso 146 kg, glicemia 250 mg/dL, glicosuria 200 g/24 ore con diuresi 5500 cc, HbA_1 9,4%. Venivano prescritti una dieta da 2000 kcal/die e un ipoglicemizzante orale.
Al controllo successivo, effettuato un anno dopo, tutti i parametri sopra elencati (compreso il peso corporeo) risultavano sostanzialmente invariati, per cui veniva potenziata la terapia ipoglicemizzante orale.
Il paziente si ripresentava all'ambulatorio a distanza di circa dieci mesi e presentava in tale occasione un incremento ponderale (150 kg) e un valore di glicemia di 300 mg/dL con glicosuria 85 g/24 ore.

Gruppo A1:
Problema: individuare l'evento scatenante.
Soluzioni: anamnesi psicologica e clinica, definizione degli obiettivi minimali e degli interventi, ridefinizione continua.
% voti 23.

Gruppo A2:
Problema: mancato calo ponderale, scarsa adesione al trattamento, cause socio-ambientali.
Soluzioni: rivalutare la storia e stabilire la priorità di intervento
% voto 16.

Gruppo A3:
Problema: non segue la dieta (adeguata? EAT-26 affidabile?).
Soluzioni: indagine psicologica e adeguato diario alimentare.
% voto 11.

Gruppo A4:
Problema: inadeguata terapia farmacologica, alimentare ed educazionale.
Soluzioni: inserire il paziente in gruppo di terapia educazionale per soggetti obesi mirato all'educazione alimentare, modifica dell'ipoglicemizzante orale, in alternativa cambiare servizio antidiabetologico.
% voto 50.

Commento
Nel corso della breve discussione è stato fatto rilevare come da quanto espresso dal gruppo A1 emerga l'interesse nella ricerca della causa prima dell'obesità del paziente, mentre gli altri gruppi incentrano la loro attenzione sulla mancata risposta al trattamento e in particolare il gruppo A4 solleva delle perplessità circa la correttezza della terapia intrapresa sotto ogni aspetto.
Questo paziente appare affidabile, anche se sembra minimizzare i suoi problemi, considerati la scarsa frequenza di visite effettuate al centro.
In realtà il paziente, avviato a terapia chirurgica e pertanto sottoposto come da prassi in questi casi a colloquio psichiatrico, ha dichiarato solo in questa circostanza di essere in trattamento antidepressivo. Pertanto è stato incluso in un gruppo psicoeducazionale per obesi, che ha presto abbandonato.
Nel corso della discussione è stata sottolineata l'importanza dell'uso e della corretta interpretazione di un test di semplice e rapida esecuzione come l'EAT-26, pienamente affidabile per lo screening del disturbo del comportamento alimentare. È stata anche affermata l'importanza dello studio di questi pazienti attraverso un più completo protocollo che consenta di individuare anche la frequente associazione con i disturbi dell'umore.

Caso B

Donna di 55 anni, obesa, con familiarità per obesità (padre morto in giovane età per infarto miocardico acuto), una gravidanza (di cui si è accorta al settimo mese) con parto prematuro.
La figlia di 23 anni è affetta da sclerosi multipla e bulimia nervosa (al momento della visita la figlia ha sospeso la terapia perché desidera una gravidanza), il marito affetto da morbo di Alzheimer è completamente dipendente.
La paziente riferisce per se stessa un peso forma di circa 80 kg.
È ipertesa. La diagnosi di diabete mellito risale all'età di 44 anni ed è stata casuale, in occasione di un intervento di appendicostomia, per cui era stata consigliata una dieta, che non è stata seguita.
Al momento della visita pesa 121 kg (altezza 162,5 cm), con distribuzione addominale del grasso, glicemia 195 mg/dL, per cui viene nuovamente prescritta una dieta.
I controlli successivi a uno e due anni dimostrano valori glicemici sempre non controllati e un modesto calo ponderale, che appare invece marcato dopo cinque anni dalla prima visita, quando la paziente pesa 98 kg, glicemia 139 mg/dL, HbA_1 6,9% senza una terapia con farmaci ipoglicemizzanti.

Gruppo B1:
Problema: disagio psicologico inserito in un difficile contesto, in paziente che registra calo ponderale e buon compenso metabolico.
Soluzioni: sostegno integrato da parte di un team e di uno psicologo allo scopo di incentivare e sostenere la motivazione della paziente.
% voto 22.

Gruppo B2:
Problemi: intrapsichici, data l'iniziale mancanza di consapevolezza dei propri problemi e la disistima di sé, e interpersonali, dovuti al contesto familiare.
Soluzione: rafforzamento dell'autostima e aiuto esterno per la famiglia.
% voto 20.

Gruppo B3:
Problema: dinamica familiare alterata.
Soluzioni: sostegno integrato: sociale, psicologico-familiare, medico.
% voto 26.

Gruppo B4:
Problema: non farle recuperare peso e affrontare il rischio cardiovascolare globale.
Soluzione: frequenti controlli clinici con disponibilità a interventi psicologici se necessari.
% voto 32.

Commento
Tutti i gruppi di lavoro hanno colto sia la situazione di disagio personale e familiare della paziente sia, nonostante tutto, il successo ottenuto nel raggiungimento di un considerevole calo ponderale. È stata inoltre sottolineata l'importanza per questa paziente di un sostegno psicologico in una situazione tanto disagiata dal punto di vista del contesto familiare.
La paziente all'ultima visita di controllo aveva complessivamente perso 20 kg e presentava un importante grembiule addominale per il quale era stato proposto un intervento di lipectomia, rifiutato dalla paziente che non ha tempo da dedicare alle cure.
Ha iniziato il trattamento anoressante con la sibutramina.

Caso C

Donna di 44 anni, obesa, con familiarità per diabete mellito di tipo 2 (padre), riferisce due gravidanze a 22 e 28 anni, nel corso delle quali ha sviluppato diabete gestazionale, trattato nel corso della prima con la sola dieta e nel corso della seconda con insulina.
Dopo il secondo parto riferisce un peso corporeo di 69 kg (altezza 163 cm), mantenuto per cinque anni; poi ha presentato un progressivo incremento ponderale.
Alla prima visita peso corporeo 80 kg, per cui viene prescritta una dieta: al controllo dopo un anno reperto di diabete mellito, peso corporeo 82 kg, inizia una terapia ipoglicemizzante orale.
Alla visita dopo circa due anni presenta un calo ponderale di circa 10 kg, ottenuta attraverso una dieta prescrittale da una dietologa di sua fiducia.
Negli anni successivi presenta un progressivo deterioramento metabolico, che rende necessaria nel tempo la prescrizione di un trattamento insulinico, e un nuovo incremento ponderale, per cui le viene somministrato il questionario EAT-26 con reperto di D 20, B 11, O 3, totale 34; su questa base viene sottoposta a visita psichiatrica e inizia una terapia antidepressiva e un corso psico-educazionale.
All'ultima visita di controllo il peso era 85 kg con un netto e progressivo peggioramento del controllo metabolico.
Interrogata, la paziente afferma: "*non ho trovato aiuto dalle varie terapie, sono demotivata*".

Gruppo C1:
Problema: mancato approccio olistico fin dal primo incontro.
Soluzione: approccio olistico, formazione del personale, maggiore frequenza di incontri.
% voto 22.

Gruppo C2:
Problema: DCA precedente lo sviluppo del diabete legato forse a qualche problema psichico?
Soluzione: sostegno psicologico, coinvolgimento familiare, maggiore frequenza dei controlli.
% voto 31.

Gruppo C3:
Problema: carenza di verifica del lavoro del team.
Soluzione: team più omogeneo, con maggiore collaborazione e discussione interna.
% voto 15.

Gruppo C4:
Problema: il DCA è il problema prevalente, non il diabete.
Soluzione: maggiori elementi necessari alla diagnosi e alla terapia.
% voto 32.

Commento
La paziente esegue attualmente regolari visite di controllo ambulatoriali senza significativi miglioramenti sul piano clinico.
È stato evidenziato come in particolare nei gruppi C2 e C4 prevalesse l'opinione secondo la quale il disturbo del comportamento alimentare riconosciuto nella paziente sia antecedente alla comparsa del diabete; tuttavia, stabilire quale delle due patologie preceda l'altra appare difficile nella pratica clinica. Inoltre, data la stretta correlazione tra disturbo dell'alimentazione incontrollata e disturbo dell'umore, il trattamento di quest'ultimo è indispensabile nel corretto approccio alla patologia di questa paziente.
È stata sottolineata l'ottima fiducia che la paziente nutre per i suoi curanti, con i quali si apre e a cui racconta il proprio senso di disagio psichico, ma si è anche rilevato come la mancanza di motivazione coinvolga anche i medici e quanto sarebbe utile la presenza di adeguate figure professionali nel team diabetologico formate specificamente alla diagnosi e alla terapia del disturbo del comportamento alimentare.

Caso D

Uomo di 46 anni, obeso, nonni paterni ed entrambi i genitori affetti da diabete mellito, una sorella e due figli in buona salute. Riferisce una dieta sregolata a causa dei turni lavorativi.
La moglie soffre di depressione, comparsa in seguito al parto, e il paziente è seguito al centro psico-sociale della sua città e trattato con antidepressivi.
Il diabete ha esordito in modo tipico all'età di 33 anni, ed è stato trattato con terapia combinata con ipoglicemizzanti orali e insulina.
All'età di 40 anni diagnosi di ipertensione arteriosa, in trattamento.
Alla visita: peso corporeo 123,8 kg (altezza 172 cm), glicemia 267 mg/dL, HbA_1 11,5%, PA 180/90 mmHg. All'EAT-26: D 14, B 10, O 1, totale 25, per cui viene sotto-

posto a visita psichiatrica con diagnosi di *binge eating disorder* e avviato a un corso di psico-educazione che presto abbandona.

Gruppo D1:
Problema: contesto familiare, patologia psichica.
Soluzione: approccio contestuale psico-metabolico.
% voto 14.

Gruppo D2:
Problema: consapevolezza del "disagio".
Soluzioni: psico-terapia individuale da uno specialista, interazione dello psico-terapeuta col team diabetologico.
% voto 21.

Gruppo D3:
Problema: ambiente socio-familiare comporta una scarsa motivazione.
Soluzione: approccio multidisciplinare in team con percorso concordato e condiviso anche dalla famiglia.
% voto 29.

Gruppo D4:
Problema: binge eating disorder riconducibile a ridotta autostima, mancanza di obiettivi, stress ambientale e familiare.
Soluzione: terapia psicologica familiare associata alla terapia comportamentale.
% voto 36.

Commento
È stata rilevata l'importanza di un adeguato sostegno familiare e terapeutico incentrato sulla moglie del paziente. Tuttavia, è stato anche evidenziato come un opportuno intervento psico-terapeutico nei confronti del paziente stesso possa aiutarlo ad apprendere l'abilità a tollerare un ambiente domestico problematico, a contestualizzarvi il severo problema della moglie.
Sono emerse anche la difficoltà del team diabetologico nell'affrontare questo tipo di disagio psichico e l'incapacità di coinvolgere il paziente nel progetto terapeutico che viene infatti presto abbandonato. Questa difficoltà rivela, come più volte sottolineato nel corso di questa discussione, la mancanza di formazione specifica degli operatori sanitari in materia di disturbo del comportamento alimentare che condiziona pesantemente anche la possibilità di cooperazione fra gli psico-operatori e gli altri componenti del team diabetologico.

Lettura

Dal curare al
"prendersi cura"
La gestione del conflitto
Vincenzo Graziani
(Roma)

DAL CURARE AL "PRENDERSI CURA". LA GESTIONE DEL CONFLITTO

Vincenzo Graziani
Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, Roma

Introduzione

C'è un pensiero che calcola e c'è un pensiero che pensa
(Heidegger)

Con la *spiegazione* il medico dissolve la complessità dei fenomeni relativi alla salute a alla malattia nelle loro componenti particolari, per meglio controllarli e utilizzarli. Il medico, seguendo il modello dell'oggettività scientifica e tecnica, tende a ridurre la complessità del *corpo vissuto* (Leib) alla semplicità del *corpo-cosa* (Corper) che egli pone di fronte alla sua osservazione e che coniuga secondo il *paradigma fisicalista* appreso nel suo iter formativo. Dopo la moderna esaltazione del metodo e della ragione scientifica, la cultura post-moderna tende a demitizzare il modello esplicativo offertoci dalle scienze naturali e dalla filosofia empirista, illuminista e positivista. Fenomenologi ed esistenzialisti vedono qualcosa di sospetto sotto l'enfatizzazione dell'oggettività della scienza e della tecnica, qualcosa che ha a che fare più col potere-dominio sui "pazienti" che con il potere-capacità con i propri "utenti"; già Bacone diceva che "sapere è potere" e Leopardi denunciava la trappola dell'illusione della ragione, celata sotto le "magnifiche sorti e progressive" decantate dall'Illuminismo.
Il medico che intende il potere come esercizio di qualità personali e competenze professionali fa appello soprattutto alle proprie risorse e potenzialità (*potere personale*), piuttosto che al ruolo e al controllo di oggetti e persone (*potere-dominio*). Ha vinto le sue ansie, le sue paure e i suoi dubbi e non ha più bisogno di ridurre il malato a oggetto "paziente" da osservare e spiegare con gli strumenti del *sapere-potere* messi a sua disposizione dal ruolo.
Se non vogliamo *sospettare* anche della psichiatria, della psicoanalisi e della psicologia clinica dobbiamo chiedere loro di sacrificare l'ideale esplicativo proprio delle scienze naturali per rispettare la complessità della relazione della *persona-medico* con la *persona/malato*.
In tutto il suo percorso personale e professionale Carl Rogers si distacca progressivamente dal modello esplicativo della scienza moderna per avvicinarsi a quello comprensivo della fenomenologia e dell'esistenzialismo. La sua opera ci aiuta a riflettere sul paradosso denunciato da Husserl nella "*Crisi delle scienze europee*" quando dice che l'uomo, dopo aver ideato le scienze naturali, ha finito con l'intendere se stesso a partire da quella ideazione, a partire cioè dagli schemi che s'era fatto per intendere le scienze della natura. La fenomenologia ci mette in guardia sia dal rischio dell'autorefenzialità che da quello dell'alienazione. La tragica scena delle "twin towers" è parte del dramma dell'uomo contemporaneo incapace di gestire una scienza e una tecnica che gli sfuggono di mano, seminando angoscia e morte.
Carl Rogers, partendo dalla qualità della presenza, come originario essere nel mondo e rimanere aperto al mondo, tende a rinunciare all'interpretazione esplicativa a favore di quella comprensiva, l'unica capace di cogliere e rispettare l'unità originaria e complessa della persona.
Edmund Husserl in tal senso ci invita a *"tornare alle cose stesse"*, a coglierne e contemplarne l'essenza e non solo a vederne le funzioni e l'utilità. La comprensione consiste nel cogliere dall'interno (en-pathos), in modo immediato e intuitivo, le con-

catenazioni psichiche, fin dove esse sono afferrabili. La spiegazione, al contrario, si limita a mostrare relazioni, conseguenze, fatti costanti che si possono *spiegare* soltanto per via causale, rinunciando così all'incontro con l'altro e alla *comprensione* della sua essenziale unicità. La volpe aiuta il Piccolo Principe a trascendersi per comprendersi ricordandogli che *"l'essenziale è invisibile agli occhi"*.

Il complesso significato del binomio "salute-malattia"

Per lo sguardo medico
la malattia ha solo un 'decorso', un 'esito',
mai un 'senso'
(Galimberti)

La malattia è diventata l'oggetto specifico del sapere medico che contrapponendo la vita alla morte interrompe il continuo scambio tra le due. Per questo lo sguardo medico non incontra il malato ma la sua malattia. Il medico legge il corpo del malato e vi trova una patologia non una biografia; la soggettività del paziente scompare dietro l'oggettività di segni sintomatici che non rinviano a un modo di essere e a un mondo della vita, a una storia complessa, ma a un quadro clinico dove le differenze individuali (essenziali per capire l'evoluzione della malattia) scompaiono in quella grammatica dei sintomi con cui il medico legge e classifica le malattie. Queste hanno per lo sguardo medico una sintomatologia, un decorso, un esito, ma mai un *senso (U. Galimberti, 1999, p. 132)*.
Espropriato della sua malattia, sottratto dal luogo naturale della malattia stessa (la comunità sociale), il malato viene *tradotto* in ospedale e messo letteralmente *nelle mani del medico.* Il medico agendo come *esperto* funzionario della scienza medica ignora il vissuto corporeo (Lieb) del malato (con una sua storia, un suo mondo, una sua cultura e dei suoi valori), per interessarsi solo ai meccanismi che regolano l'organismo (visto come una macchina da far funzionare). In tal senso il *corpo-oggetto* del paziente viene trasferito in quell'ambiente tecnico (l'ospedale) dove tutto è in funzione degli organi da guarire, dove tutto funziona sotto la minaccia della morte da scongiurare. L'ospedale non diventa una scuola di promozione della salute ma un centro di raccolta di casi, sintomi ed eventi patologici. Il malato è costretto dalla paura della malattia a lasciare il luogo dove vive e dove è abituato a cercare le risorse per alleviare la sua sofferenza (familiari, amici, comunità).
In questo spazio-tempo tecnico/scientifico (*mondo oggettivo*) dell'ospedale si interrompe il *mondo della vita* del paziente con le sue abitudini, affetti, amicizie, relazioni, interessi. Il *vissuto soggettivo* con tutto il mondo personale del paziente diventa un fatto accidentale e marginale.
I sintomi, invece di essere ascoltati e compresi come l'espressione di un disagio e di uno squilibrio nelle condizioni di vita del paziente, diventano solo segni di una malattia da sconfiggere e da eliminare; anziché inscriversi nel mondo biografico, si inscrivono in quello patologico. Si controlla la frequenza dei sintomi e non il vissuto del paziente. L'ospedale si sostituisce a quell'ambiente naturale e sociale in cui la malattia è nata e dove liberamente potrebbe avere il suo decorso in quello scambio immediato della sofferenza con ciò che la allevia. Lo sguardo medico è per vedere il malato e non la malattia: uno sguardo che ascolta e risponde con empatia è ben altra cosa da uno sguardo che osserva passando di corpo in corpo.
Allo sguardo empatico la malattia e la salute non appaiono opposte, ma si rivelano indissolubilmente congiunte: la malattia è ciò a cui la salute è continuamente esposta, così come la morte è ciò a cui la vita è continuamente esposta. Non si muore per usura organica, ma perché la morte è immanente alla vita; la morte solo eccezional-

mente sopraggiunge nella forma di incidente improvviso, ma forma con la vita la stessa trama che la costituisce e la distrugge.
Se ci fermiamo ai soli aspetti organici e alla sintomatologia non riusciremo a vedere e sentire nulla nel senso della *malattia vissuta*. Il medico impegnato a distribuire il suo sapere e a formulare ricette per la terapia non riesce a trovare un tempo e un luogo per entrare nella complessità della persona che di fronte a lui vive l'ambivalenza salute-malattia.
Nell'apparente dialogo medico-paziente c'è il monologo della scienza medica con se stessa. La malattia non può ignorare la modulazione individuale, e questo non tanto perché ogni individuo reagisce in modo diverso allo stesso male, quanto perché l'azione della sua malattia si svolge di diritto nella forma dell'individualità. Quell'individualità che la forma tecnico-scientifica dell'*oggettivo* linguaggio medico trascritto nei codici ignora.
Ora se l'individualità è la forma più elevata in cui si esprime la vita, e in cui si ancora il vissuto della salute e della malattia, un linguaggio non individualizzato l'ha già condannata in quell'*oggettività organica* che, inventata per meglio combattere la morte, l'ha invece diffusa in ogni corpo che, ammaestrato dalla medicina, si vive come semplice organismo (Galimberti, 1999, p. 135).
C'è sempre uno scarto tra i consigli e le prescrizioni dei medici e i pazienti che disattendono quei consigli e quelle ricette. La ragione è nel fatto che il medico vede e descrive gli utenti come *corpi oggettivi* (*corper*) che funzionano o si ammalano, noi invece sentiamo che il nostro corpo non coincide con un organismo che funziona solo in base ad azioni/reazioni fisico-chimico-biologiche. L'organismo corporeo che curano i medici non sa nulla del mondo della vita, di quello che ci attrae e ci delude, di ciò che ci fa vivere e di quello che ci angoscia da morire, non conosce la qualità delle nostre passioni, non abita quei valori personali e collettivi che ci impegnano e ci sostengono nella vita di ogni giorno e ne costituiscono la qualità.

L'importanza dell'ascolto e del riconoscimento

La comunicazione è più rara della felicità e più fragile della bellezza
(E. Mounier)

L'uomo cresce e si manifesta come persona se viene trattato fin dall'inizio come un essere dotato di una ricchezza di qualità personali latenti o manifeste. Questa necessità non si estingue nel tempo; l'adulto stesso ha bisogno di essere continuamente riconosciuto dagli altri come persona.
La società dell'ascolto è stata messa a dura prova con l'invenzione della scrittura, come racconta Platone nel mito di Theut, e più ancora con le tecnologie informatiche e i mass media. Proprio per questo Carl Rogers ci ripropone oggi l'ascolto profondo, quello che ti entra nell'anima, in tutto il suo fascino originario: "Posso permettermi di entrare completamente nell'universo dei sentimenti dell'altro e delle sue personali convinzioni e vederle dal suo stesso punto di vista? Posso penetrare nel suo universo interiore così totalmente da perdere il desiderio di valutarlo e giudicarlo? Posso entrarci con la sensibilità necessaria per muovermi liberamente senza calpestare valori per lui preziosi?" (Rogers, 1958).
Sepolto nell'inconscio di ogni persona c'è un immenso desiderio di esser capito, accettato e amato semplicemente così come si è. Ogni processo di sviluppo è in qualche modo l'acquisizione di una capacità di comunicare e vivere un rapporto. Chi non ha mai avuto rapporti"umani"o ne ha avuto solo di sbagliati può trovare difficile credere in un'autentica possibilità di relazione empatica: teme sempre di vederla naufragare. In questi casi l'ascolto richiesto è davvero grande e ancor più grande è l'ac-

cettazione richiesta di tutti i propri limiti attuali. Aiutare la persona a emergere, a uscire dal sommerso, a esistere è il compito dell'ascolto empatico: l'individuo esiste solo se non resta sommerso nell'inconsapevolezza e nell'inautenticità; ha bisogno di un clima favorevole e di opportunità di incontro per divenire consapevole di sé e per comunicare.
La medicina classica si è concentrata sempre di più sullo studio, la cura e la terapia del *corpo oggetto*, perdendo ogni riferimento al *corpo vissuto*. Oggi è la tecnica che ha preso la scena: ma l'uomo è tale solo se emerge dal puro e semplice impiego utilitaristico delle cose. Con l'osservazione scientifica del malato il medico vede solo ciò che anticipatamente si è proposto di vedere. La relazione educativa col malato, invece, lo invita a entrare nella complessità di ogni singolo individuo per rispettarla. La comprensione presuppone una capacità di ascolto che ha come fondamento un'*osservazione partecipante* e come obiettivo l'atteggiamento e la pratica dell'*empatia*. Solo l'autentico interesse personale per l'utente determina l'orientamento del medico verso l'ascolto empatico; solo se si è capaci di ascolto, ossia di comprensione e di esperienza, ci si può incontrare. Se il personale medico tende all'obiettivizzazione del paziente e al suo inquadramento nelle categorie della patologia, resterà fermo *di fronte* a lui senza riuscire a essere *con* lui.
Occorre che, accanto alla tradizionale formazione tecnico-scientifica, il personale medico sviluppi *caratteristiche eminentemente umane* come la capacità di darsi, la disponibilità, l'accettazione del diverso e dell'anormale, il bisogno autentico di comprendere e di amare il paziente; qualità che l'antropologia fenomenologica chiama "*essere insieme nell'amore*".
L'ascolto non può limitarsi all'esercizio della facoltà fisiologica di udire, che abbiamo in comune con gli altri animali (*livello oggettuale-fisico*), ma ha bisogno di innalzarsi a un livello più propriamente umano, come decifrazione di segni (*livello soggettuale-semantico)* e di andare ancor più oltre con un ascolto rivolto verso la *significanza* stessa del parlare *(livello trascendentale-ermeneutico*).
L'ascoltatore empatico risale lungo l'intero vissuto e il bios dell'uomo fino a prestare attenzione alla persona nella sua complessità e globalità. Non si tratta tanto di sapere tutto e di spiegare la totalità dell'umano, quanto di comprendere la malattia, la sofferenza e il dolore al livello umano.
La parola greca en-patheia (patire dentro) venne originariamente introdotta nell'inglese dai teorici dell'estetica per indicare la capacità di percepire l'esperienza soggettiva di un altro.
Con Carl Rogers l'*empatia* è diventata un *modo di essere* che si traduce nella capacità di comprendere l'esperienza vissuta da un'altra persona e comunicarla attraverso la qualità della propria presenza e del proprio *discorso*. La comprensione empatica è strettamente correlata alla situazione emotiva: ogni comprensione è sempre emotivamente situata e ogni situazione emotiva realizza sempre un grado minore o maggiore di auto-comprensione (Heidegger, 1927). La situazione emotiva apre verso il già stato, la comprensione empatica apre verso le possibilità future (*trust the process*).
In Rogers, come nella fenomenologia, la sospensione del giudizio (epoché) e l'intuizione del sentimento sono alla base della comprensione empatica. Rogers si *pre-occupa* di vedere se la sua comprensione del mondo intimo dell'altro è esatta, se sta vedendo e sentendo le esperienze e i sentimenti dell'altro così come questi li sta vivendo in quel momento, se sta cogliendo fedelmente il colore, la tessitura, il profumo del significato personale del vissuto altrui. Tutto questo comporta attenzione, impegno e rispetto nei confronti dell'altro. Se io comprendo veramente l'altro, posso fargli da specchio fedele e permettergli di vedere in modo non distorto quello che sta vivendo e provando. I sentimenti e significati personali acquistano forma quando sono rivisti attraverso gli occhi di un'altra persona capace di rifletterli.

Notiamo infine come l'empatia con cui comprendiamo l'altro ci richiami all'*auto-consapevolezza*: quanto più aperti siamo verso le nostre esperienze, emozioni e percezioni, tanto saremo in grado di aprirci per accogliere esperienze, emozioni e percezioni altrui.
Può esserci di aiuto in questo complesso cammino verso l'ascolto e la comprensione empatica segnarne le tappe fondamentali:
• provvedere a un'atmosfera sicura e accettante;
• entrare in contatto, costruire la fiducia e sentire il vissuto dell'altro;
• concentrarsi sullo schema di riferimento interno dell'altro;
• rispondere con comprensione empatica;
• agire in modo genuino e congruente.
Si tratta di disciplinarsi attraverso l'*epoché* delle spiegazioni e delle ricette, per concentrarsi sul vissuto e sulle emozioni dell'altro; per accogliere tali vissuti ed emozioni con empatia e pian piano pacificare la persona che abbiamo di fronte, fino a permetterle livelli ulteriori di chiarificazione delle sue esperienze, di approfondimento dei suoi sentimenti e di consapevolezzazione dei significati e valori inerenti al binomio salute-malattia.
Nella medicina tecnico-scientifica l'oggetto della comunicazione sottrae ogni attenzione e consapevolezza del soggetto che comunica e a cui si comunica; il medico aliena se stesso e i suoi pazienti. Per fortuna, a chi lavora con i malati è sempre offerta la possibilità di apprendere dalla sua stessa esperienza a entrare in contatto con la complessità e umanità delle persone.
Alla fine della sua lunga carriera di psicologo clinico Carl Rogers concludeva:"*In sessanta anni di psicoterapia la cosa che ho sicuramente appreso è stata quella di avere un crescente rispetto per la complessità di ogni singolo individuo*" (Rogers 1987).

L'importanza dell'incontro e del confronto medico-utente

Medice, cura te ipsum!
Il centauro Chirone fu un guaritore a sua volta ferito,
per questo riunisce in sé le qualità
sia di chi si prende cura che di chi deve essere curato.

Nel confronto tra operatori socio-sanitari e utenti, possiamo considerare tre livelli di complessità: oggettiva, soggettiva e transpersonale.
La *complessità oggettiva* è relativa a ciò che abbiamo materialmente davanti agli occhi, che ci si pone di fronte e che può essere osservato, descritto, misurato e utilizzato ai fini della diagnosi, della prognosi e della terapia.
La *complessità soggettiva* è relativa ai vissuti della persona, alle sue percezioni, immagini, concetti, idee, valori, desideri ecc. È la parte invisibile e incommensurabile, quella che sfugge a ogni presa diretta e che può essere raggiunta solo in una relazione di fiducia, empatia e autenticità.
La *complessità transpersonale* ci pone di fronte ai limiti delle conoscenze sia oggettive che soggettive e ci apre al mistero del mondo, alla profondità del tempo e all'immensità dello spazio e al processo incontrollabile del divenire.
Nel definire una strategia terapeutico-educativa il medico procede risalendo dalla *realtà oggettiva* del fenomeno diabete, attraverso il *vissuto del paziente*, fino a una *visione trascendente* del rapporto salute-malattia.
Egli si basa sulle *dirette osservazioni dei fatti oggettivi* (sue e degli altri colleghi), le confronta con i *valori*, gli *atteggiamenti* e *orientamenti soggettivi* dell'utente e cerca di raggiungere con lui un piano ulteriore di qualità di esperienza, che è quello della ricerca di fondamenti, *principi e finalità* transpersonali.

Nel lavorare al livello di *complessità oggettiva* il medico utilizza la forza creativa della ricerca empirica e dell'evidenza oggettiva dei dati di fatto. Tende a cercare gli elementi costanti del fenomeno *diabete* e a stabilire nessi di causa-effetto. Utilizza un linguaggio astratto e specialistico, prescinde dal suo vissuto e da quello del paziente.
Nel suo apprezzabile impegno a ridurre e controllare la complessità oggettiva la scienza incontra la tragica realtà del continuo divenire che si manifesta nell'apertura infinita dell'*orizzonte spazio-temporale* e nell'irrompere imprevedibile e incontrollabile della *casualità.*
Può essere di aiuto per una più efficace relazione educativo-terapeutica registrare gli incontri con i malati e osservare con loro i dati di partenza, il contratto iniziale, i vari passaggi, coinvolgendo gli altri colleghi del *team diabetologico*, per ascoltare le loro osservazioni e chiedere i loro feedback allo scopo di innalzare il livello di obiettività nella lettura e promozione del processo terapeutico-educativo.
Se il rapporto medico-utente si ferma a questo livello oggettivo di complessità, finisce per negare importanza ad altri fattori importanti della relazione come *la scelta, la volontà e l'intenzionalità* dell'utente. Medici e altri operatori sanitari, con le loro preoccupazioni di restare impersonali e di fare un'accurata diagnosi, rischiano di nascondersi dietro la rassicurante *maschera del ruolo* professionale e di occuparsi del paziente solo in quanto *corpo-oggetto* da riparare e far di nuovo funzionare, evitando l'*incontro da persona a persona!*
La complessità soggettiva è direttamente correlata al vissuto immediato di ogni singola persona.
Nel contesto di una malattia cronica come il diabete il *corpo vissuto (lieb)* assume una centralità che nessun operatore sanitario può impunemente misconoscere. La complessità dei vissuti soggettivi chiede un radicale cambiamento nella *relazione medico-utente*. Occorre ridisegnare e validare empiricamente un modello terapeutico-educativo capace di liberare l'interesse e la curiosità dei malati di diabete e di *coinvolgerli attivamente* nell'incrementare il loro benessere e la loro qualità di vita.
L'*orientamento terapeutico centrato sull'utente* legge la complessità soggettiva alla luce del principio del rispetto della complessità, unicità e non spiegabilità dell'esperienza personale.
Il medico parte dall'esperienza dell'utente, dal *corpo-vissuto*, e riconosce alla persona che porta su di sé i segni del diabete il diritto di sapere cosa lo ferisce e gli fa male, cos'è importante chiarire e scoprire, qual è il problema cruciale da affrontare.
Le qualità necessarie e sufficienti, secondo Rogers, per cogliere tale complessità soggettiva e confrontarsi con essa in modo efficace sono tre: *rispetto, empatia e genuinità*.
Il rispetto si esprime nel riconoscimento e *accettazione della diversità*, unicità e inspiegabilità dell'utente, qualunque sia il suo sintomo, il suo disagio e la sua disabilità.
"Ti accetto così come sei, con me non hai bisogno di difenderti, di mentire e di assumere una maschera che ti renda più accetto ai miei occhi".
"Tutti i tuoi sentimenti e le forme in cui li riuscirai a esprimere sono per me accettabili. Posso accettare anche le tue azioni, a eccezione di quelle dannose per te e/o per gli altri".
L'*empatia* è la qualità che ci permette di entrare nel mondo di un altro e di comprenderlo. Si tratta di rinunciare alle spiegazioni, alle interpretazioni, ai giudizi e alle valutazioni per *cogliere direttamente i vissuti dell'altra persona semplicemente per quello che sono*.
Occorre *sospendere il pensiero che calcola, che misura, che programma, che controlla* per usare la sola intuizione e sentire l'altro così come lui si vive in quel preciso momento:"Empathy is sensing the other person's feelings and esperiences".
Possono aiutarci alcune *abilità tecniche* come quelle relative all'*ascolto passivo* e all'*ascolto attivo*, alla *riflessione del sentimento* e al *feedback*.
La *congruenza* è ciò che rende *autentica* la relazione di aiuto. Consiste nell'essere con-

sapevoli di quello che stiamo vivendo e provando in un dato momento; occorre rinunciare a rifugiarsi dietro *la maschera del ruolo* ed evitare sia le *proiezioni su altri* di quello che è nostro e ci riguarda in prima persona, sia l'*introiezione* di vissuti altrui.
Tale consapevolezza può tradursi in *trasparenza e visibilità* all'altro quando il contesto relazionale favorevole promuove la comunicazione, l'incontro e il confronto. Se l'ambiente relazionale è ostile, è meglio attendere migliori opportunità di autorivelarsi; non serve sfogare la propria rabbia in modo aggressivo e incontrollato (*acting out*).
È fondamentale che il medico si relazioni all'utente in modo *genuino*. Più egli diventa una *persona sincera* e rinuncia alle maschera del ruolo, più l'utente ricambierà con altrettanta sincerità. Il medico si impegna a offrire all'utente il suo *incondizionato riconoscimento, rispetto e apprezzamento* e relazionarsi a lui in modo non giudicante. Il medico si impegna infine a mettersi *empaticamente* nei panni del paziente per *comprenderlo* dal suo (*dell'utente*) vissuto e sistema di riferimento.
Ogni individuo, anche il più malato e depresso, ha dentro di sé una *tendenza attualizzante* che lo orienta verso la crescita e l'autorealizzazione (tale tendenza controbilancia la *tendenza entropica*). La tendenza attualizzante ci orienta e sostiene nell'impegno a realizzare quello che siamo in potenza: continuamente ci richiama la sentenza granitica di Nietzsche: *"Diventa quello che sei!".*
Il compito del medico, di conseguenza, non è tanto quello di costruire, ricostruire, manipolare o formare l'utente, quanto quello di *facilitarne lo sviluppo,* di *rimuovere gli ostacoli alla crescita della persona* e di aiutarla nella realizzazione di quanto è già potenzialmente presente in lei fin dalle origini.
Questa ipotesi è carica di conseguenze e applicazioni nel *campo terapeutico-educativo*. Alla luce del principio della *forza attualizzante* e formativa, l'educazione terapeutica potrà focalizzarsi sulla persona totale, sviluppandone il potenziale *cognitivo (*sapere *come spiegazione)*, quello *emotivo (*sentire *come comprensione)* e quello *volitivo (*agire *come intenzione, attenzione e responsabilità)*.
Pochi *comportamenti* del medico sono così *apprezzati* dai pazienti quanto un *un'accurata e onesta comunicazione* dei suoi sentimenti, pensieri e propositi.
Poche *cose* sono *tenute in così poco conto* dai pazienti quanto i comportamenti del medico che cercano di *incutere timore* nel paziente, di *convincerlo* o di *manipolarlo*.
Il confronto tra medico e utente non sviluppa tutte le sue potenzialità se si limita al colloquio individuale; uno strumento di incontro e confronto prezioso è stato sperimentato con successo negli ultimi decenni: *il gruppo di incontro.*
I *gruppi di incontro* sono nel territorio di confine tra la terapia e l'educazione. L'intensità dell'esperienza di gruppo contiene enormi potenziali di cambiamento.
La facitazione di questi *gruppi di reciproco sostegno* rifiuta gli stili coercitivi, manipolativi e competitivi e si limita a riportare nel gruppo le stesse qualità sperimentate come facilitanti nella relazione duale. Il facilitatore ha *se stesso come strumento fondamentale* per facilitare il processo di cambiamento e di crescita del gruppo di clienti che entrano in un gruppo di incontro per attuare un loro percorso educativo-terapeutico. L'*esempio* è ciò che convince di più i clienti, insieme alle tre citate qualità del *rispetto,* dell'*empatia* e della *congruenza*.
L'essenza del gruppo di incontro sono *le interazioni tra i partecipanti*. Chi facilita tali gruppi cerca di promuovere un clima di fiducia e di reciproca accettazione in modo da diminuire l'ansia e il timore del giudizio e della critica. Man mano che cresce la fiducia, *diminuisce l'atteggiamento difensivo dell'Io* e aumentano le *interazioni congruenti*, sincere e centrate sul vissuto reale delle persone. Il gruppo di incontro porta tutti i partecipanti a sviluppare progressivamente *un'alta capacità di autorivelarsi* in modo genuino e di *ascoltare in modo empatico*. Queste capacità facilitano un processo di cambiamento verso sentimenti, pensieri e azioni più congruenti sia con il proprio *benessere* sia con quello del gruppo.

La soluzione collaborativa dei conflitti

La diversità, la povertà, l'handicap, la malattia e il lutto sono la cifra per una trasmutazione del senso delle relazioni umane che da competitive sono chiamate a tramutarsi in cooperative

Malgrado la diffusa fiducia nelle virtù della *competizione e della furbizia* le ricerche continuano a dimostrare che per risolvere i conflitti niente ha più successo della *cooperazione* e del *rispetto di sé e dell'altro*.
Ogni volta che due persone o due gruppi interagiscono, ciascuno presenta *qualcosa di nuovo e inaspettato* all'altro; la nostra capacità di impegnarci e confrontarci con questa "*diversità*" e "*imprevedibilità*" è la fonte della nostra crescita personale e interpersonale.
Il seguente schema ci pone di fronte alle quattro possibili forme di risoluzione di un conflitto; tra parentesi sono indicati i punteggi che vengono assegnati alle due squadre nell'esercitazione "Dilemma del Prigioniero":
Io vinco e l'altro perde (+ 6 punti alla mia squadra; - 6 punti all'altra)
Chi perde nutre risentimento verso chi vince, la relazione tende a deteriorarsi.
L'altro vince e io perdo (- 6 alla mia squadra; + 6 all'altra)
Chi perde nutre risentimento, prova sensi di inferiorità e bassa autostima, la relazione tende a deteriorarsi.
Io perdo e l'altro perde (- 3 alla mia squadra; - 3 all'altra)
Entrambe le squadre provano depressione, sensi di impotenza e tendono a orientarsi verso una relazione a carattere sado-masochista.
Io vinco e l'altro vince (+ 3 alla mia squadra; + 3 all'altra)
C'è un vissuto di reciproca soddisfazione, la relazione è consolidata nella fiducia, nella stima e nella lealtà e fedeltà agli impegni.
La mentalità occidentale è stata da sempre ostinatamente educata a stabilire una correlazione positiva fra *riuscita e primato, fra fare bene qualcosa e superare qualcuno.*
Nella nostra società il dilemma "o *vinco io* e perdi tu; o *vinci tu* e perdo io" sembra senza alternative! Sembra ovvio che per riuscire sia indispensabile *arrivare prima* degli altri.
Ma che cosa dicono i fatti!!!
Far dipendere il proprio successo dal fallimento altrui è un'idea che non rende. Nonostante sia molto ammirato il tipo "vincente", decine di studi dimostrano che *la cooperazione rende molto di più*.
Rendiamo al massimo nelle attività che ci piacciono e ci interessano: quelle attività per le quali abbiamo una *motivazione intrinseca*.
Una *motivazione estrinseca* (denaro, promozione, vittoria, primato, successo) non solo è insufficiente a stimolare un rendimento migliore, ma addirittura mina alle basi la motivazione intrinseca.
Per migliorare le prestazioni in un compito complesso come quello di fronteggiare una malattia cronica (diabete) è indispensabile una forte *motivazione intrinseca*.
Questo significa che il centro di controllo (*locus of control)* di tutto il processo terapeutico-educativo va riportato all'*interno* dell'utente e non lasciato all'esterno nelle mani del medico.
Quanta qualità di vita i medici finiscono per sacrificare sull'altare della competizione e del bisogno di controllare e gestire i malati! Quanto è alto e assurdo il prezzo che pagano per l'*ignobile* soddisfazione di sentirsi professionisti migliori di qualcun altro!
Da molte ricerche emerge una correlazione *inversa* tra competitività e qualità dei risultati. In quasi tutte le ricerche finora effettuate, nei contesti più disparati, *la competizione è correlata con prestazioni più scadenti.*

Nella competizione il criterio dominante è quello di *battere* sul tempo la concorrenza, con gravi rischi di trascurare l'impegno ad agire in modo rispettoso e responsabile.
Nelle situazioni *cooperative* gli altri dipendono da noi per il loro successo (e viceversa). In quelle *competitive* gli altri possono solo sperare nei nostri errori e insuccessi (e viceversa). Il processo di discussione *in gruppi cooperativi* promuove la scoperta e lo sviluppo di strategie cognitive più avanzate per l'apprendimento di quanto non accada in situazioni competitive e di apprendimento individuale.
La gente preferisce la cooperazione alla competizione *quando le ha provate entrambe*: (questa precisazione è fondamentale).
Non è raro sentire persone che dicono di apprezzare la competizione, ma poi cambiano idea quando toccano con mano cosa vuol dire lavorare in un contesto dove non ci siano necessariamente vincitori e vinti.
I metodi che prevedono un perdente creano un clima di ansia che interferisce sul rendimento e incoraggia comportamenti di vendetta, fuga e dipendenza (vedi casi di *mobbing).*
Alcune considerazioni possono aiutarci a capire i risultati delle ricerche quasi sempre favorevoli alla cooperazione e critici sulla competizione:

- il successo spesso dipende da *un'efficiente distribuzione delle risorse disponibili*, cosa quasi impossibile quando gli individui devono lavorare l'uno contro l'altro;
- *la cooperazione si avvantaggia di tutte le competenze presenti nel gruppo*; la competizione, invece, rende le persone sospettose e ostili;
- cercare di *far bene* e cercare di *battere gli altri* sono semplicemente due cose diverse (esempio del bambino che alza la mano per attirare l'attenzione della maestra e quando lei si rivolge a lui, cade dalle nuvole: "Ah, com'era la domanda?"). La preoccupazione di fare meglio degli altri ci distrae dal compito e ci impedisce di centrarci sul bene dell'utente.

Diamo infine una *sequenza operativa* che il medico può utilmente mettere in atto per una risoluzione collaborativa dei conflitti che incontra con utenti, colleghi e collaboratori:
0 Creare il clima adatto (premessa essenziale)
1 Definire i bisogni di entrambi (bisogni/soluzioni)
2 Cercare le possibili soluzioni (brainstorming)
3 Valutare le soluzioni trovate (in base al punto 1)
4 Scegliere la soluzione da adottare (pro e contro)
5 Tradurla in un piano di azione (chi fa, cosa)
6 Valutare i risultati (in tempi e modi definiti).
Per un approfondimento di queste sintetiche indicazioni è utile la lettura delle opere di Gordon suggerite in bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

1. Carotenuto A: I sotterranei dell'anima. Bompiani, Milano, 1999
2. Deleuze G: Nietzsche (1965). Traduzione italiana, SE, Milano, 1997
3. Fromm E: Da avere a essere? Traduzione italiana, Milano, Mondadori, 1991
4. Galimberti U: Idee: Questo è il catalogo. Feltrinelli, Milano, 1999
5. Gehlen A: L'uomo la sua natura e il suo posto nel mondo (1940). Traduzione italiana, Feltrinelli, Milano, 1983
6. Gordon T: Leader effectiveness training. Traduzione italiana: Leader Efficaci, La Meridiana, Molfetta, 1999
7. Gordon T: Teaching children self discipline. Traduzione italiana: Né con le buone né con le cattive, La Meridiana, Molfetta, 2001
8. Heidegger M: Essere e Tempo, 1927. Traduzione italiana, Longanesi, Milano, 1995

9. Husserl E: La crisi delle scienze europee, 1959. Traduzione italiana, Il Saggiatore, Milano, 1961
10. Jaspers K: Psicopatologia generale. Traduzione italiana, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1964
11. Leopardi G: Canti, L'infinito
12. Maslow AH: Verso una psicologia dell'essere. Traduzione italiana, 1971
13. Merleau-Ponty: M: Il corpo vissuto. Il Saggiatore, Milano, 1979
14. Ovidio: Metamorfosi. Traduzione italiana, Zanichelli, Bologna, 1979
15. Rigobello A: Soggetto e fondamento. Antenore, Padova, 1979
16. Rogers C: The characteristics of a helping relationship. Personnel and Guidance Journal, 1958
17. Rogers C: A way of been (1980). Traduzione italiana: Un modo di essere. Martinelli, Firenze, 1981

Lavoro di gruppo

Esercitazione sulla gestione del confronto

Vincenzo Graziani
(Roma)

ESERCITAZIONE SULLA GESTIONE DEL CONFRONTO

Vincenzo Graziani
Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, Roma

Allo scopo di esercitare la gestione del confronto medico-paziente, nel corso del convegno sono stati proiettati quattro filmati, realizzati in precedenza grazie alla collaborazione di alcuni medici e pazienti che hanno recitato scambiandosi i ruoli. Successivamente, ai partecipanti al congresso venivano proposti dei quesiti a risposta multipla ai quali rispondere col televoto e i risultati della votazione venivano quindi commentati in sala con l'aiuto del dottor Graziani.

I Filmato: "medice! cura teipsum!"
Nel corso del primo filmato, intitolato *"medice! cura te ipsum!"*, il paziente ha impersonato un medico che non sa ascoltare le richieste e i problemi del malato e che non gli presta attenzione nemmeno quando costui, dopo averlo educatamente richiamato più volte, protesta esplicitamente per il totale disinteresse nei suoi confronti. Molte volte nel corso della conversazione il medico mostra di rispondere al telefono cellulare e gestisce altre questioni non pertinenti alla visita, nonostante la richiesta da parte del paziente di spegnerlo, e affronta i problemi del malato in modo impersonale con una semplice prescrizione farmacologica.
Sono state poste le seguenti domande:

▲ *Cosa ostacola di più la relazione medico-paziente?*

1.	Ambiente di lavoro stressante	6%
2.	Comportamento del paziente	1%
3.	Condotta del medico	87%
4.	Mancanza di un'altra persona per sbrigare gli impegni pratici del medico	6%

È emerso quindi chiaramente come, per l'uditorio, il problema relazionale dipendesse dalla soggettualità del medico, incapace di ascoltare il paziente e di stabilire un dialogo con lui.

▲ *Cosa si propone per superare questa "impasse"?*

1.	Offrire al medico un soggiorno a villa Erba	38%
2.	Educare i pazienti a una maggiore assertività	2%
3.	Gestire meglio gli aspetti organizzativi	24%
4.	Promuovere il lavoro in team di tutto il personale socio-sanitario	36%

Le proposte di soluzione più votate comprendevano in primo luogo l'offerta di un'occasione di riposo per il medico, che veniva quindi percepito come un soggetto stressato, e quasi a pari merito la riorganizzazione sia in senso burocratico-amministrativo sia della collaborazione fra le varie figure interessate nel trattamento del paziente in un team, nel contesto del quale sia più facile per il medico ottimizzare le prestazioni sui vari aspetti della patologia e i tempi per un colloquio adeguato col paziente.

II filmato: "segua i miei consigli"
Il secondo filmato, dal titolo *"segua i miei consigli"*, mostrava un malato che con atteggiamento timido, quasi timoroso, porta gli esami di controllo in visione al medico. Il

paziente si scusa immediatamente dello scarso controllo glicemico ottenuto e racconta di alcune occasioni in cui ha ecceduto col cibo in compagnia. Il medico che lo ascolta dapprima si mostra molto severo nel giudicare le abitudini alimentari del suo assistito, successivamente, quando questi chiede maggiori precisazioni sul comportamento da tenere in occasioni particolari, il medico si mostra possibilista e adotta un atteggiamento basato sul comune "buon senso".
È stata posta la seguente domanda:

▲ *Cosa fareste per andare oltre il "buon senso"?*

1.	Prenderei una posizione decisa	6%
2.	Darei la responsabilità al paziente	3%
3.	Mi confronterei fermamente col paziente	36%
4.	Ascolterei attivamente il paziente senza dare consigli e direttive	56%

Il pubblico ha votato in maggioranza per le ultime due opzioni, che aprono la relazione medico-paziente e riassumono due aspetti dell'atteggiamento del medico necessari a un approccio corretto alle problematiche di rapporto medico-paziente. In questo caso, infatti, un ascolto attento e rispettoso delle difficoltà del paziente nell'aderire alla dieta e un franco confronto sulle strategie e gli obiettivi terapeutici da perseguire consentirebbero al medico di correggere le indicazioni terapeutiche tenendo in considerazione le esigenze del malato e favorendone l'aderenza al trattamento.

III FILMATO: "GIOCHI DI POTERE"

Questo filmato, intitolato *"giochi di potere"*, mostra un medico alle prese con una paziente che sta esponendo un problema al piede; durante la visita entra un'altra paziente che, senza curarsi della visita in corso, chiede insistentemente una prescrizione immediata. Il medico, dopo aver debolmente protestato e nonostante le rimostranze della paziente che stava visitando, cede alle insistenze e prescrive quanto richiesto.
Sono state poste le seguenti domande:

▲ *Cosa blocca il processo terapeutico-educativo?*

1.	L'atteggiamento passivo del medico	36%
2.	La passività della paziente col piedone	1%
3.	L'aggressività e l'invadenza della seconda paziente	10%
4.	La disorganizzazione della struttura	53%

La maggioranza dell'uditorio ha riconosciuto l'importanza di una corretta organizzazione della struttura che può essere molto condizionante nell'ambito della relazione col paziente. È stata perciò sottolineata nella discussione la necessità di spazi e tempi adeguati alla visita. Una buona porzione del pubblico ha anche rilevato l'opportunità di un atteggiamento più deciso da parte del curante in questa situazione.

▲ *Cosa faresti al posto del medico?*

1.	Sarei assertivo e chiederei il rispetto della regole	71%
2.	Chiamerei la guardia giurata	2%
3.	Mi rifiuterei di ascoltare	23%
4.	Avrei cercato un compromesso come il medico del filmato	4%

L'assertività in questo caso implica il riconoscimento e l'affermazione dei bisogni e la richiesta di soluzioni adeguate, ed è pertanto l'atteggiamento in cui si è identificata la maggior parte delle persone che hanno risposto al quesito.

▲ *Cosa faresti al posto della paziente col piedone?*

1.	Lascerei correre, vista la scorrettezza dell'altra paziente	13%
2.	Chiederei al dottore di rispettare il mio diritto alla precedenza	71%
3.	Chiamerei il direttore sanitario	4%
4.	Cercherei di far capire all'altra la serietà del mio problema	12%

In questo caso è stato chiesto alla platea dei medici di identificarsi coi bisogni del paziente, in modo simile a quanto avvenuto nel filmato grazie al gioco di ruolo. Anche dal punto di vista del paziente è emersa la necessità del rispetto delle regole come punto di partenza di una relazione medico-paziente proficua per le due parti.

IV filmato: "quando il ruolo non basta"

Quest'ultimo filmato, dal titolo *"quando il ruolo non basta"*, mostrava il confronto fra un medico e una coppia, la paziente e suo marito. La paziente ammette di aver sospeso la terapia prescrittale due mesi fa dal medico dietro consiglio di un altro medico interpellato per interposta persona (un'amica di famiglia ha un amico infermiere che conosce un medico), il quale avrebbe sconsigliato la prosecuzione della terapia per la comparsa di un effetto collaterale. La paziente si scusa per non aver avvertito il curante e il filmato viene interrotto.
Viene posta la seguente domanda:

▲ *Cosa direste voi a questo punto?*

1.	Quello che dite è in netto contrasto col vostro comportamento: non ha senso per me lavorare con chi non mantiene gli impegni che assume	11%
2.	Ok "scurdammoce 'o passato" e proviamo ancora una volta	44%
3.	Fermiamoci qui: non voglio più vederla, continui pure con la collega a cui si è rivolta	1%
4.	Non può tenere il piede in due staffe: se è tornata qui suppongo che abbia capito che le conviene seguire la mia terapia	44%

Il filmato prosegue e il medico in questione risponde invitando la paziente a proseguire il trattamento con la collega a cui si è rivolta. La paziente però, supportata in questo dal marito, assicura di aver fiducia nel curante e racconta stavolta di essersi basata su quanto accaduto a un amico incontrato casualmente che aveva avuto il medesimo problema; racconta inoltre di aver consultato il medico di base, il quale però aveva avuto un ambulatorio particolarmente affollato quel giorno e le aveva quindi dedicato poca attenzione. Il colloquio prosegue con imbarazzo crescente e la paziente e il marito affastellano spiegazioni raccontando di aver consultato il foglietto illustrativo e di aver ripetutamente cercato di contattare telefonicamente il curante senza esserci mai riusciti. Si scusano ripetutamente entrambi e assicurano che la terapia prescritta verrà da ora scrupolosamente seguita, per cui il medico la conferma.
Nel corso della discussione seguita alla proiezione del filmato, è emerso come sarebbe stato opportuno da parte del curante un più profondo coinvolgimento emozionale, volto a comprendere le reali ragioni dell'abbandono da parte della paziente della terapia. Un colloquio franco e aperto avrebbe consentito di chiarire l'esistenza o meno di un vero rapporto di fiducia nel curante e la possibilità di proseguire una relazione terapeutica efficace. È stato fatto notare che la seconda risposta, "Ok scurdammoce 'o passato e proviamo ancora una volta", implicasse un eccesso di libertà e la deresponsabilizzazione del paziente nella sua relazione col medico, mentre la quarta risposta è apparsa all'uditorio un po' paternalistica e poco adeguata a un'impostazione del rapporto medico-paziente adulta nella quale siano recepite le istanze di entrambe le parti.

Lettura

Il problem solving: metodo di apprendimento efficace o tecnica ansiogena?

Paolo Gentili,
Tiziana Bufacchi (Roma)

IL PROBLEM SOLVING: METODO DI APPRENDIMENTO EFFICACE O TECNICA ANSIOGENA?

Paolo Gentili, Tiziana Bufacchi
Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università "La Sapienza", Roma

Introduzione

Il problem solving (p/s) indica una strategia che si svolge in un processo e segue determinate regole per identificare e risolvere uno o più problemi che si presentano nella vita quotidiana, nella vita lavorativa, nelle situazioni specifiche di apprendimento, ma anche nel campo della salute. In altre parole, il problem solving sembra possibile in quasi tutte le occasioni della nostra vita. La definizione rinvia infatti all'esistenza di un *problema*, cioè di un dilemma che, da una parte, richiede una soluzione ma, dall'altra, apparentemente non ha via di uscita, una situazione indesiderabile che non ha soluzione o una domanda a cui al momento non si è in grado di rispondere. Non è soltanto una domanda a cui non si è ancora risposto, è una questione che non si riesce assolutamente a spiegare, ed è anche una crisi o un conflitto che continua a ripresentarsi nonostante ciò che si fa per risolverlo. Per questo il problema può essere visto anche come una "sfida" nella quale, di fronte a eventi interni o esterni che impediscono la soluzione, esiste la necessità, la volontà e il desiderio di trovarla nella maniera più adeguata alle proprie esigenze. Il problem solving in tal senso si situa all'interno di ogni *processo di apprendimento che si fonda sull'acquisizione di abilità per trasformare una situazione problematica in opportunità attraverso due momenti specifici. Il primo (processo di definizione del problema) riguarda la messa in atto di indagini volte alla raccolta di ulteriori e abbondanti informazioni giudicate necessarie per capire il problema. Il secondo (processo di individuazione della soluzione) si focalizza sulla messa a punto di ipotesi conoscitive e di individuazione di possibili decisioni volte alla risoluzione del problema stesso.*

In quanto tecnica questa strategia può essere utilizzata in diversi contesti: si distinguono infatti un tipo di problem solving adatto a risolvere problematiche di tipo più specificatamente cognitive (1), un altro maggiormente utilizzabile nel contesto sociale e nelle relazioni interpersonali (2) e, infine, un ultimo che funge da raccordo tra i primi due e che si riscontra nell'ambito dell'approccio alla realtà di tipo cognitivo-sociale (3). Il problem solving si fonda in primo luogo su un atteggiamento valutativo secondo il quale *non esistono problemi, ma solo opportunità* per trasformare situazioni difficili in situazioni di minor danno e di maggior guadagno. Dato che i problemi si presentano nello svolgersi della vita umana, il problem solving può essere concepito come una *strategia vitale* per la propria esistenza. Per questo esso rappresenta la concretizzazione di un *atteggiamento* globale, un modo di vedere e di interpretare la realtà, sia quella che caratterizza la propria vita personale sia di quella propria del contesto lavorativo e sociale, sia ancora quella che caratterizza situazioni di salute e benessere o di sofferenza e malattia.

Così il problem solving è utilizzato da tempo nell'ambito dell'educazione scolastica (rivolto quindi a bambini e agli adolescenti), nel campo della psicoterapia e del counselling (rivolto a pazienti con problemi di adattamento personale e sociale), nel campo aziendale (per l'assunzione di decisioni nel mondo del lavoro).

Il problem solving in diabetologia

Da quando si è rilevata la necessità che il diabetico assuma con competenza e autonomia la gestione della sua malattia, si è coerentemente affermato anche che il rapporto terapeutico con tale paziente deve essere impostato, per essere valido, anche su un atteggiamento educazionale (4). Questo diverso atteggiamento ha portato anche a nuove strategie di apprendimento per gli operatori sanitari, affinché possano affrontare e risolvere problemi di difficile soluzione che riguardano sia il rapporto diadico con il paziente, sia la relazione con la sua famiglia e sia infine il rapporto con gli altri operatori del proprio team curante.
La necessità di sviluppare conoscenze ma anche quella di facilitare il rapporto di cura nei suoi aspetti motivazionali ed emotivi rendono infatti il modello da applicare talora di difficile individuazione. A tale scopo si è deciso di presentare i diversi tipi di problem solving (divisi in *cognitivi* e *interpersonali*) per delineare alcuni aspetti più specifici all'ambito del diabete e della malattia cronica in generale.

Il problem solving cognitivo

Il ruolo dei processi cognitivi nel problem solving è evidente, ma in genere nella vita quotidiana i problemi di adattamento interpersonale e sociale sono per la loro natura scarsamente definiti, nel senso che i dati necessari per la soluzione sono spesso poco accessibili o non univocamente interpretabili e per prima cosa il soggetto deve identificare il problema stesso. Nella soluzione dei problemi di ogni giorno è quindi molto difficile utilizzare algoritmi, cioè procedure basate su regole corrispondenti a passi formalizzati in modo sequenziale. È più facile ricorrere a euristiche connesse a strategie acquisite con l'esperienza e rivolte alla soluzione del problema. Questa modalità di affrontare i problemi è stata strutturata in un processo a fasi in cui viene osservato e modulato solo l'aspetto cognitivo (problem solving cognitivo). Così, dalla prima definizione di problem solving (5), si è visto progressivamente come questo, per essere efficace, si deve svolgere secondo delle fasi specifiche, ognuna caratterizzata da diversi obiettivi e tecniche di intervento.

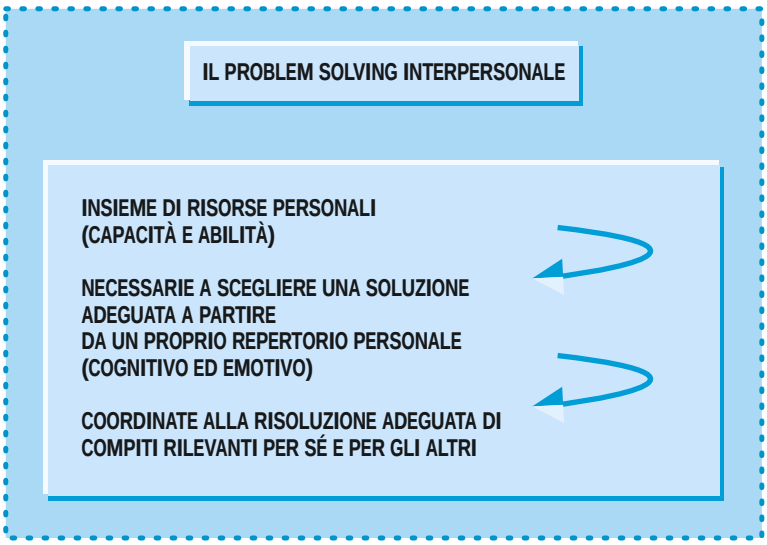


Figura 1

Il problem solving interpersonale

Questo secondo tipo di p/s si riferisce ai modi (strategie e vissuti emotivi) che utilizza ogni individuo quando, nelle interazioni con altre persone, cerca di risolvere i problemi che scaturiscono nelle e dalle relazioni stesse (fig. 1). Il complesso di tali modalità, indicate anche come *abilità relazionali*, indica l'insieme di capacità, abilità e competenze che il soggetto può attivare in maniera più o meno adeguata per risolvere conflitti o compiti connessi alla relazione con persone o con strutture. Un esempio può essere il mondo degli adolescenti (6) i quali devono affrontare nel loro sviluppo una serie di esperienze con "altri" che sono fonte di problemi (basti pensare ai rapporti con i

coetanei, specie dell'altro sesso, o con gli adulti, quali i genitori o gli insegnanti, a cui chiedono conferme, ma dai quali devono anche autonomizzarsi).

Figura 2

Particolarmente importante è inoltre la necessità di possedere una valida competenza sociale nel campo della salute dove il "comportamento di malattia" (dal richiedere cure mediche alla risposta alle terapie, non ultima quelle riguardanti il dolore, e infine all'adesione al trattamento, specie nelle malattie croniche) richiede agli operatori sanitari come pure ai pazienti e alle loro famiglie una serie di abilità per fronteggiare le interazioni con gli altri "attori" della relazione di cura. In tale ambito la competenza sociale si traduce pragmaticamente in un "trattamento" efficace (fig. 2) e soddisfacente per tutti coloro che ne sono coinvolti (dagli operatori sanitari ai responsabili istituzionali, dal paziente alla sua famiglia) in quanto la progettazione e l'attuazione del trattamento spesso non sono di facile individuazione e condivisione. Nello specifico il p/s in piccoli gruppi facilita l'espressione delle proprie emozioni, il riconoscimento delle emozioni altrui, la messa in atto del processo decisionale, l'espressione delle idee irrazionali, il confronto tra autostima e bisogni di relazione (conformismo/creatività), la chiusura/apertura cognitiva ed emozionale, determinando in conclusione la competenza sociale.

Questa coinvolge e richiede l'acquisizione di processi cognitivi adeguati, di capacità di valutazione e di decisione, di autoregolazione delle proprie emozioni, di adeguate motivazioni e aspettative. Queste capacità sono altamente soggettive (7) e non riguardano solo abilità nella soluzione cognitiva di problemi di natura interpersonale (interpersonal-cognitive problem solving), ma rappresentano un set di atteggiamenti (cognitivi, emotivi ed esperienziali) e di comportamenti. Questi, nell'ambito della salute, devono essere riconosciuti affinché il soggetto (parafrasando 8) raggiunga un loro coordinamento per essere capace di fare uso delle risorse personali e ambientali per ottenere risultati positivi, cioè ne risulti un comportamento di cura positivo per lui stesso all'interno di contesti interpersonali quali sono la famiglia e le strutture sanitarie (intese soprattutto come team degli operatori sanitari coinvolti nel suo trattamento).

Esiste allora per l'*operatore sanitario* la necessità di considerare come talora il paziente fallisca nel controllo metabolico o fugga da un determinato operatore in quanto, data la presenza di un particolare comportamento sociale, dalla sua relazione con il suo contesto sociale di cura trae la certezza di non essere capace di rispondere con successo a un compito specifico (alla dieta, al controllo metabolico o all'esercizio fisico). Forse l'insuccesso del trattamento, che riguarda sia il paziente sia gli operatori, scaturisce dal non valutare con attenzione la presenza o meno di un'interferenza negativa (la valutazione) che il soggetto stesso percepisce nel momento in cui cerca, attraverso sette diverse fasi (fig. 3), di risolvere il compito stesso.

La convinzione che il *paziente* agisca per acquisire un'abilità nel gestire la propria malattia può aiutare l'operatore a riconoscere e a cambiare (con l'approvazione del paziente) il modo con cui quello cerca di raggiungere il proprio *empowerment* (com-

Figura 3

petenza e autonomia nella gestione della malattia). Con questo obiettivo il paziente mette in atto azioni organizzate gerarchicamente secondo un *informating-processing model* (fig. 4) il cui scopo è quello di essere "ben valutato" dall'operatore stesso. Questi ha allora la possibilità di intervenire sul processo di problem solving del paziente fondando i suoi interventi sulla necessità del paziente di essere "socialmente competente" e quindi indirizzandolo su un obiettivo terapeutico che egli considera adeguato per il trattamento della malattia. Accade anche, però, come è esperienza frequente nella pratica clinica, che il paziente attui comportamenti che egli giudica competenti, pur sapendo che l'altro li valuta in maniera opposta o che il fallimento del trattamento si riveli strettamente correlato con l'obiettivo che sinteticamente (e talora inconsciamente) il soggetto intende raggiungere e non con la sua capacità di svolgere i compiti assegnatigli.

Questa esperienza, come altre simili in ambito educativo o aziendale, sottolinea l'importanza, anche nell'ambito di una "politica" di trattamento della malattia attuata mediante un intervento di problem solving finalizzato all'acquisizione di abilità e al raggiungimento di obiettivi terapeutici, di considerare sempre la relazione tra pensieri, emozioni e azioni e di intervenire a questi tre livelli di funzionamento. In particolare occorre tener presente il tipo di rappresentazioni della malattia (11), i livelli e i tipi di bisogni e motivazioni (10) nonché l'emotività del paziente e la sua personalità (11), affinché questi acquisisca la competenza a raggiungere una buona cura di sé (intesa come obiettivo soggettivo ma anche condiviso socialmente). L'operatore, a sua volta, deve acquisire un insieme di abilità volte a individuare questi tre livelli per cercare di produrre sul paziente l'effetto desiderato.

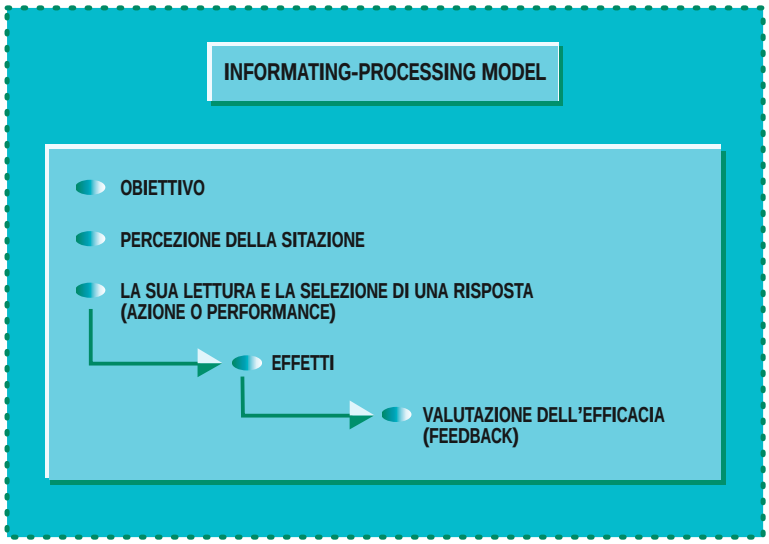


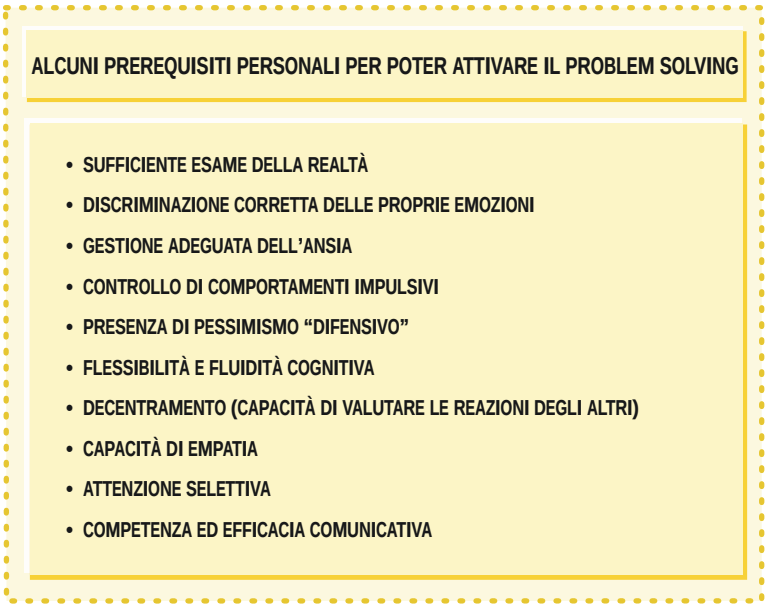
Figura 4

La competenza sociale, quale fattore di funzionamento nell'ambito del problem solving (sia che venga attuato dagli operatori sanitari sia dai pazienti) richiede una serie di capacità cognitive (di conoscenza, di ragionamento, di prendere decisioni, di valutare) ed emotive (autoregolazione e modulazione emotiva) e di aspetti motivazionali che rappresentano dei *prerequisiti di base* (fig. 5) per sviluppare strategie efficaci nella soluzione dei problemi. In particolare, poiché la relazione tra diabetico e operatore è fortemente influenzata dalle comunicazioni che avvengono tra i due (1), uno dei principali prerequisiti è rappresentato dalla *competenza ed efficacia comunicativa* quali la capacità di esprimere le proprie idee ma anche le proprie emozioni, nonché una capacità di ascolto attivo.

Problemi cognitivi e interpersonali nel problem solving nella relazione di cura

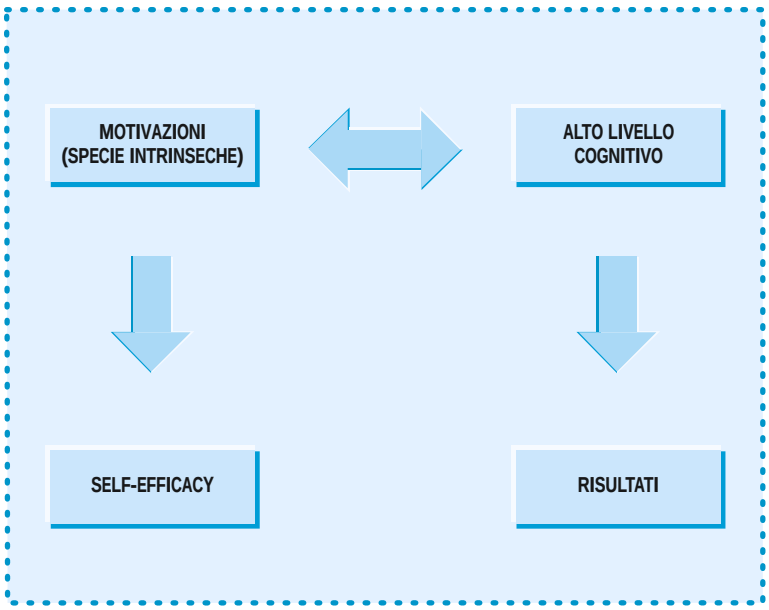
Lasciando ad altra sede l'approfondimento dei concetti sopra esposti, da quanto detto si riconoscono due tipi di problem solving: uno è quello di tipo "cognitivo" che si basa appunto sull'apprendimento e che è sostenuto da diverse scuole di pensiero (comportamentista, gestalista, cognitivo-sociale) e l'altro è il problem solving interpersonale che si basa invece sulla competenza sociale. Tuttavia, per quanto riguarda la pratica clinica è importante sottolineare come proprio nella relazione di cura e nei continui processi decisionali si intrecciano problemi cognitivi e relazionali. Basti pensare ai numerosi fattori che giocano nella compliance o nell'adesione al trattamento del paziente diabetico (11) e all'intreccio di fattori cognitivi, emotivi e relazionali nel successo di un trattamento o nel vissuto di soddisfazione nel paziente come pure nell'operatore sanitario. D'altra parte, la continua ricerca del trattamento adeguato al momento vitale e clinico del diabetico comporta un continuo processo di apprendimento e di educazione (4).

Figura 5



Esistono quindi per l'operatore sanitario dei "problemi" che non sono specificatamente solo di natura cognitiva o relazionale, perché continuamente i due aspetti si intrecciano tra di loro e si influenzano reciprocamente. Il successo o meno di un trattamento si attua così non solo tenendo presente gli aspetti cognitivi (per es. le informazioni cliniche necessarie per individuare il problema) ma anche utilizzano il contesto interpersonale ai fini dell'apprendimento. Analogamente l'adattamento alla malattia comporta l'integrazione di componenti emotive, motivazionali e cognitive e l'obiettivo terapeutico, più che al controllo della malattia da parte degli operatori sanitari, è volto *all'autoregolazione (self-regulating)* e *all'autoefficacia (self-efficacy)* del paziente, *al rinforzo motivazionale e della volontà* (*volition*) (fig. 6).

Figura 6



Esistono comunque degli ostacoli che possono impedire l'attuazione del problem solving. Questi possono essere di tipo *generale* o *specifico* delle varie fasi del processo di problem solving. In particolare, tra quelli del primo tipo i più diffusi sono:

- l'inadeguatezza della spinta motivazionale a seguito della percezione del problema o della difficoltà a trovare una soluzione. Queste due situazioni altera-

no la motivazione e l'impegno al processo di apprendimento. Può accadere che il soggetto perda interesse o diventi al contrario eccessivamente coinvolto (con aumento della relativa ansia), per cui viene in ogni caso alterato lo stato motivazionale e ridotta la capacità di procedere nel cercare le soluzioni;

- l'interferenza emotiva a causa di una difficoltà del controllo emozionale. L'aspetto emotivo innescato dalla ricerca di modificazioni del comportamento può essere eccessivo tanto da impedire un'adeguata attività di conoscenza del problema e di valutazione dei dati e da sviluppare un disagio relazionale o intrapsichico tale da allontanare il soggetto dall'attività del gruppo di apprendimento;
- la presenza di convinzioni "irrazionali" e la relativa presenza di emozioni negative, il fatto di credere che il problema sia insolubile o che le soluzioni siano possibili solo per caso, come per esempio nei soggetti con external locus of control (13), o anche che il soggetto ritenga le proprie risorse insufficienti o infine che la soluzione debba essere offerta da altri, fanno sì che si attui un "ritiro" dal processo;
- la presenza nel proprio ambiente di vita (famiglia, coppia) e/o negli operatori sanitari di feedback negativi o indifferenti al processo di apprendimento portato avanti dal soggetto. Così nel paziente che affronta con il team curante o con il gruppo educazionale i suoi problemi relativi al diabete e che trova ostilità o critiche nella propria famiglia si crea un conflitto emotivo "distruttivo". L'assenza di riscontro positivo da parte del contesto familiare ostacola l'attuazione di soluzioni trovate nell'altro contesto (curativo/educazionale).

I "passi" del processo di problem solving

L'orientamento più recente nell'utilizzazione del problem solving come nel campo della "relazione di aiuto" unisce i contributi dei due modelli di problem solving. Questo, pur presentandosi strutturalmente simile al processo proprio del problem solving cognitivo, si arricchisce di aspetti emotivo-relazionali che, come prima detto, inevitabilmente coinvolgono chiunque affronti aspetti legati alla malattia, sia operatori sia pazienti. Un modello utile a tale scopo è quello rappresentato dal modello "ciclico" che si attua in vari passaggi (2, 14). Secondo questo il problem solving si identifica come processo cognitivo-emotivo e relazionale volto alla soluzione di un problema in un "ciclo" costituito da sette o sei passaggi (figg. 7 e 8).

Figura 7

I SETTE PASSAGGI DEL PROCESSO DEL PROBLEM SOLVING

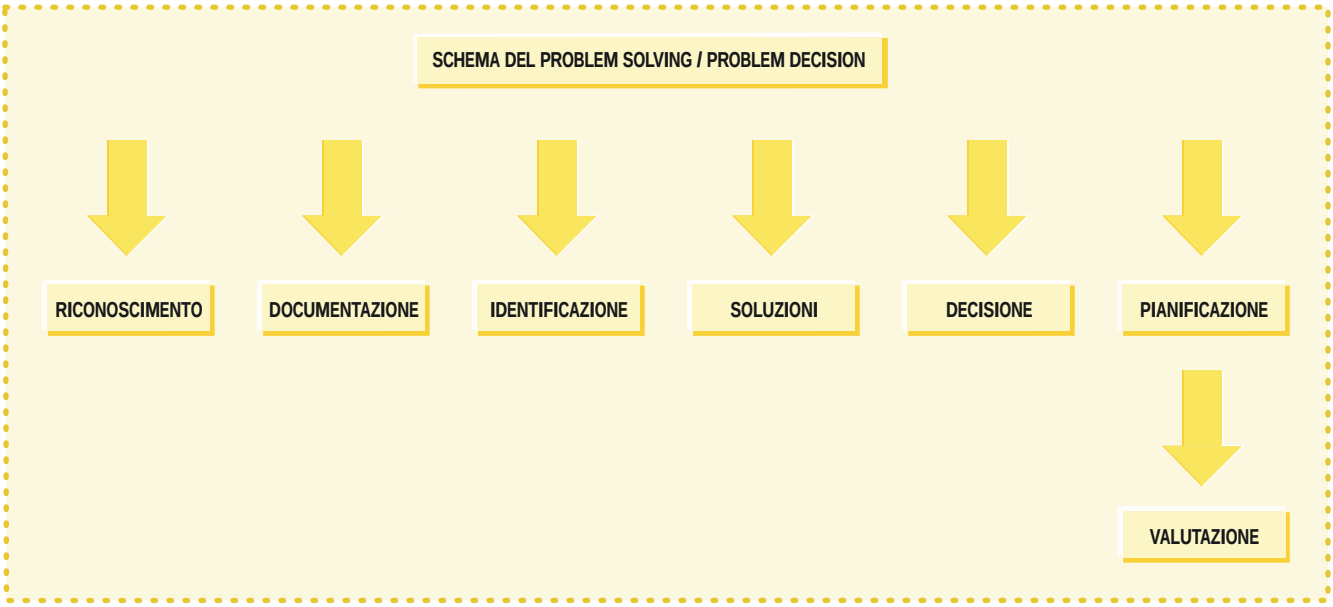
1. IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA
2. DEFINIZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEL PROBLEMA
3. FORMULAZIONE DI UNA STRATEGIA PER LA SOLUZIONE
4. ORGANIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI
5. INDIVIDUAZIONE DELLE RISORSE
6. CONTROLLO DEL PROCESSO DI SOLUZIONE (ASPETTATIVE DI SUCCESSO/INSUCCESSO E DI FATTIBILITÀ)
7. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA SOLUZIONE

(STENBERG, 1996)

Tra queste fasi risulta molto importante quella iniziale, cioè l'approccio generale al problema e la motivazione a risolverlo. Si tratta di una fase di "orientamento" che comprende elementi quali la percezione del problema, la sua accettazione, il tipo di valutazione che si fa del problema, il grado di controllo che ognuno di noi pensa di esercitare, la valutazione dei tempi, dello sforzo cognitivo ed emotivo richiesti nella soluzione dei problemi per riuscire a perseverare e resistere in una situazione di lavoro sicuramente fonte anche di disagio. È un momento cruciale perché se il problema si definisce e si rappresenta in modo inesatto, si è molto meno abili nel risolverlo.

La fase 1 consiste principalmente nella raccolta dei dati, informazioni sulla situazione del paziente, per vedere se in effetti esiste un problema. È possibile che in caso di insuccesso il paziente non sia stato veramente "paziente". Occorre conoscere la complessità della situazione problematica prima di precipitarsi a risolvere il problema. Questa fase si conclude quando tutti sono d'accordo che un problema esiste e

Figura 8



ha bisogno di soluzione e quando tutti i fatti e le emozioni sono stati ascoltati, elencati, suddivisi.
La fase 2 consiste nel definire il problema. La definizione di "problema" nel problem solving è una definizione stabilita di comune accordo che mette in rilievo la questione chiave (la vera causa) e che descrive: come la situazione ne è influenzata, cosa bisogna modificare, gli elementi che compongono il problema. Tale definizione pone un quesito e richiede una soluzione. Focalizza l'attenzione su quale aspetto del problema si vuole risolvere, determina qual è l'ostacolo e a quale traguardo tendere, produce un accordo di tutte le parti coinvolte nel conflitto, individua chi ha il problema.
La fase 3 è caratterizzata dall'analisi delle cause del problema, quali sono o potrebbero essere. L'accordo sul problema e sul p/s richiede che opinioni differenti siano ricercate, rispettate e accettate (ansia, competizione, polemica, ostilità, disaccordo) per giungere alla cooperazione.
Le altre fasi prevedono possibili soluzioni (fase 4), l'assunzione delle decisioni (fase 5), piano di azione (fase 6) fino a giungere all'ultima fase che è quella della valutazione dell'efficacia della soluzione (fase 7). Questa valutazione necessita: ridefinire il problema, produrre nuove strategie, riconoscere nuovi problemi, reperire nuove risorse.

Conclusioni

Il problem solving è una sfida nella quale esiste una meta, esiste un percorso a tappe, esistono degli ostacoli e degli allenatori ed esiste un premio. Possiamo quindi delineare la formula del p/s consistente nell'identificare l'esistenza di un problema, definirlo, capirlo, decidere come risolverlo, attuare la soluzione e infine valutarla.
I fattori in gioco nel p/s sono tanti e spesso, per l'operatore sanitario preso dalla sua attività di "offrire soluzioni", possono essere vissuti come "troppi": occorre conside-

rare le motivazioni, la personalità, gli aspetti emotivi (ansia, depressione…), i livelli di autostima, le modalità relazionali, il modo di reagire alle frustrazioni, i bisogni, le aspettative e anche le patologie psichiatriche. Il risultato di questo confronto con la complessità delle variabili in gioco nell'aiutare il diabetico a trovare le proprie soluzioni è spesso l'ansia di "non riuscire", e così può accadere che si preferisca un atteggiamento più rapido (quali quello direttivo) o si rinvii ad altro operatore (nei casi veramente "difficili" allo psicologo o allo psichiatra) l'esplicitazione da parte del paziente di ciò che egli pensa, sente e desidera che accada nella gestione della sua malattia (Gentili, 2000). Comunque, affrontare le difficoltà, le ansie e le incertezze dell'operatività connessa al p/s porta interessanti vantaggi collaterali quali:

- trasmette implicita e manifesta "speranza" di cambiamento (ce la possiamo fare...);
- mantiene e rinforza l'attenzione sul problema realmente complesso;
- l'obiettivo è difficile da raggiungere…, occorre valutarlo con più attenzione;
- anche in caso di sconfitta, emergono qualità positive nel paziente (tenacia, interesse per Sé…) e nella relazione.

Anche se il problem solving è di difficile attuazione sia nel lavoro di team sia in quello con la famiglia del diabetico o nei progetti educazionali, per l'operatore sanitario è fonte di crescita personale e anche occasione talora di successo continuare su un percorso di problem solving. Infatti l'operatore sanitario, di fronte a situazioni difficili, frequentemente "impossibili" da risolvere, può richiedere al paziente, alla sua famiglia o ai membri del suo team un impegno attivo in sintonia e sinergia con il proprio operato. In conclusione, l'applicazione in ambito clinico del p/s consente di procedere in uno sforzo comune per il successo del trattamento mediante un procedere scientifico.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Nuovo P, Giovannini D, Loiero S: Risolvere i problemi. UTET, Torino, 1999
2. Pokras S: Come affrontare e risolvere i problemi. Franco Angeli, Milano, 1995
3. Leigh A: Decisioni, decisioni! Franco Angeli, Milano, 1991
4. Maldonato A, Bloise D: Le basi dell'educazione terapeutica del paziente diabetico. Il diabete mellito: fisiopatologia e clinica. Verducci editore, Roma, 1997
5. Polya G: How to solve. In Princeton University Press, Princeton, 1945
6. Jackson S: Socialization, social support and social competence in adolescence the individual in perspective. Socila networks and social support in childhood and adolescence. Walter de Gruyter, Berlin, 1994
7. Du Bois D, Felenr: The quadripartite model of social competence: theory and application to clinical Intervention. Guildford, New York, 1996
8. Waters E, Sroufe LA: Social Competence as a Developmental Construct. In Developmental Review, **3**, 79-97, 1983
9. Guilbert JJ: Educational Handbook for Health Personnel. Word Health Organization, Ginevra, 1987
10. Gentili P, Maldonato A, Scalabrino AM: Influenza dei fattori psichici sull'autogestione del diabete. In Minerva Psichiatrica, **37**, 83-91, 1996
11. Gentili P: L'adesione alla terapia del paziente diabetico. Cisu, Roma, 2000
12. Gentili P, Maldonato A, Greco R, Santini A: Influence of patients' representation and beliefs about diabetes and its treatment on their adherence to therapy. Diab Nutr Metab **14**, 140-152, 2001
13. Rotter JB: Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. In Psychological Monographs 1-28, 1966
14. Sternberg RJ: Teorie dell'intelligenza. In Bompiani, Milano 1987

Lavoro di gruppo

Risoluzione
di quattro casi-problema

Andrea Corsi
(Arenzano, Genova)

RISOLUZIONE DI QUATTRO CASI-PROBLEMA

Andrea Corsi
Unità Operativa di Diabetologia, Ospedale la Colletta, Arenzano, Genova

Dopo la presentazione della lettura del prof. Paolo Gentili, che aveva esposto il metodo del problem solving nelle sue diverse fasi, i partecipanti al corso sono stati suddivisi nei consueti quattro gruppi, ciascuno dei quali ulteriormente diviso in quattro sottogruppi, e sono stati quindi invitati ad applicare le tecniche esposte su quattro casi problema di pertinenza non medica, ma rappresentativi delle dinamiche relazionali che si riscontrano anche nelle relazioni medico-paziente.
Nell'ambito di ciascun gruppo, a un moderatore era affidato il compito di effettuare una sintesi delle conclusioni cui ognuno dei relativi quattro sottogruppi era giunto; a lui era poi affidato il compito di riportare in riunione plenaria il risultato del lavoro. In un gruppo (il primo di cui si relaziona sotto), tuttavia, differenze di metodologie di lavoro non hanno reso possibile questa operazione di sintesi, per cui ogni sottogruppo ha espresso il risultato del proprio dibattito singolarmente.

Gruppo verde: "Giovanni, Francesco e Nicola"

Il caso: Giovanni, Francesco e Nicola sono tre amici che si conoscono dai tempi del liceo. Si sono sempre tenuti in contatto e anche adesso, che hanno 40 anni, si frequentano assiduamente. Da tre anni hanno acquistato in società una barca con la quale hanno passato insieme le vacanze nel mare di Sardegna. Quest'anno, al momento di progettare ancora la vacanza in barca insieme, sorgono delle impreviste difficoltà.
Francesco sembra riluttante a definire le tappe della crociera, non trova adeguata nessuna scelta proposta dai compagni.
La conversazione si fa quindi difficile e improduttiva.
Come si potrebbero aiutare i tre amici ad attuare l'obiettivo (vacanze in barca insieme)?
Come già detto i quattro sottogruppi hanno relazionato singolarmente sul loro lavoro.
Il *primo sottogruppo* ha incontrato difficoltà soprattutto nell'esplicitare motivazioni di tipo specifico che potessero giustificare la presa di posizione di Francesco. Inoltre, è emersa una considerevole complicazione nella conduzione della discussione con difficoltà soprattutto all'ascolto reciproco tra i partecipanti. Ne è conseguito che le soluzioni prospettate sono state necessariamente di tipo generale.
Il *secondo sottogruppo* ha ritenuto prioritario sottolineare fortemente l'importanza di attenersi al percorso delle fasi che compongono il problem solving per arrivare a una soluzione. Un clima disteso ha permesso di analizzare serenamente il problema e di utilizzare molta creatività e fantasia nel discuterlo, e anche di gestire la presenza di un elemento discordante nel gruppo, che ha tuttavia favorito l'immedesimazione degli altri nella situazione e ha favorito il raggiungimento di una proposta di soluzione atta, tra l'altro, a non inasprire il conflitto latente.
Nel *terzo sottogruppo* sono risultate difficili l'analisi iniziale della situazione e l'individuazione del problema. Ne è conseguita, naturalmente, una grave difficoltà nella ricerca di soluzioni adeguate che, tuttavia, tutti sentivano che avrebbero dovuto tendere alle radici profonde del problema.
Il *quarto sottogruppo*, infine, ha realizzato un "role-plying" della vicenda e, attraverso il metodo del "brain storming", si è cimentato nell'analisi del problema e nella ricerca delle cause e delle possibili soluzioni.
I partecipanti hanno saputo creare uno "spazio mentale interno", lasciandosi coinvolgere emotivamente e facendosi carico del problema. Questo clima emotivo ha

permesso di utilizzare l'intelligenza sociale, di creare cioè le condizioni per la condivisione con gli altri del problema e delle possibili soluzioni, cui tutti hanno quindi potuto contribuire.

Gruppo giallo: "Rossi contro Meditronik"

Il caso: il Sig. Rossi è un cliente della Meditronik. Questa azienda possiede un sito Internet sul quale pubblicizza la possibilità di porre domande all'"esperto" a proposito dei propri prodotti.
Il Sig. Rossi si rivolge irato all'ufficio relazioni con il pubblico, lamentando di aver posto una domanda all'"esperto" sul sito per due volte, ma di non aver avuto risposta. L'ufficio pubbliche relazioni promette che cercherà di risolvere il problema, ma il Sig. Rossi dichiara la sua intenzione di rivolgersi per il futuro ad altre ditte.
Che può fare la Meditronik che non vuole perdere il cliente?
In ognuno dei sottogruppi la discussione si è svolta in un clima positivo e costruttivo, anche se si sono evidenziate difficoltà nell'individuazione del problema per la presenza di punti di vista diversi tra i partecipanti. Inoltre, tutti i sottogruppi hanno ritenuto difficile attenersi alle diverse fasi del percorso di problem solving.
Nonostante questo, le conclusioni sono state consensuali, anche se le soluzioni prospettate non sempre erano in grado di risolvere il problema alla radice. Tra i problemi sono stati proposti: la mancata comunicazione cliente-azienda, la condizione di disorganizzazione gestionale, il mal funzionamento di Internet, la frustrazione del cliente.
Partendo dai problemi individuati, sono state proposte diverse soluzioni: la revisione di alcuni aspetti organizzativi dell'azienda, l'offerta di un nuovo pacchetto di servizi al cliente, una lettera di scuse eventualmente accompagnata da un indennizzo economico e dalle informazioni richieste, il contatto personale e immediato con l'acquirente per soddisfare le sue richieste.
In questa ricerca, la coesione del gruppo ha consentito ai componenti di indagare con perseveranza le cause del problema.

Gruppo azzurro: "L'acquisto di una Land Rover"

Il caso: Stefano, dopo lunghe e pazienti ricerche, ha finalmente individuato una Land Rover d'occasione che possiede i requisiti tecnici da lui richiesti e che si presenta come un affare. Stefano ha versato un acconto e gli è stato promesso che l'auto gli sarà consegnata la settimana dopo, quando sarà stato completato il collaudo. La consegna viene tuttavia rinviata più volte e a ogni scadenza viene data una giustificazione diversa. Il cliente arriva a dubitare di questi continui rinvii, ipotizzando qualche difetto grave della macchina o qualche problema che possa sminuire significativamente il vantaggio dell'affare.
I gruppi hanno discusso in modo sereno e ordinato, creando un clima collaborativo. Talora è risultato difficile attenersi strettamente alle fasi dello schema di analisi del problema, così come di ricerca delle soluzioni.
Le conclusioni sono state concordi fra i gruppi, anche se non erano necessariamente risolutive alla radice.
Il gruppo ha individuato come problema la necessità o il desiderio di avere l'auto nonostante l'inaffidabilità del venditore. Tra le soluzioni proposte vi è stato il ricorso a un ultimatum prima della recessione del contratto o l'azione per vie legali. Il gruppo ha voluto evidenziare che in questo caso risolvere il problema significa raggiungere un obiettivo fortemente volto, vissuto come una sfida e quindi motivante e stimolante.

Gruppo rosso: "La gita scolastica"

Il caso: la signora Marcella è una delle due insegnanti della 4ª elementare del distretto scolastico di Camogli. La sua classe è composta da 18 alunni. Dovrebbe essere organizzata una gita scolastica per la quale è d'obbligo la presenza di entrambe le insegnanti. La collega di Marcella ritiene decisamente inopportuno fare la gita, alla quale invece i genitori dei bambini sono in gran maggioranza favorevoli.
Come è possibile sbloccare la situazione?

I gruppi hanno discusso in modo fattivo e hanno espresso fantasia e creatività nell'analisi della situazione e nella ricerca delle possibili soluzioni.
I moderatori hanno facilitato l'intervento dei partecipanti alla discussione e hanno equilibrato la partecipazione dei gruppi alla sintesi finale, tuttavia in alcuni casi non è stato possibile coinvolgere tutti i componenti di un sottogruppo nei lavori. In uno dei sottogruppi il moderatore, su richiesta dei partecipanti, ha utilizzato la tecnica del role-playing, impersonando lui stesso la maestra in causa e gli altri il ruolo dei genitori degli allievi.
Fra i problemi è stata riportata l'impossibilità di partecipare alla gita da parte della maestra per motivi di organizzazione familiare, o per la mancata condivisione circa la pianificazione della gita e la sua durata.
Le soluzioni determinate riguardavano un supporto per l'organizzazione familiare o un confronto franco e aperto con le colleghe e con i genitori degli allievi per appianare le possibili controversie circa gli aspetti organizzativi della gita.
Questo caso è emblematico di quanto sia necessario un certo grado di capacità di collaborazione e di mediazione nell'ambito di un team nella programmazione del lavoro e nella ricerca delle possibili soluzioni dei conflitti.

Lettura

Il problem solving
nelle situazioni a rischio

Valerio Miselli
(Reggio Emilia)

IL PROBLEM SOLVING NELLE SITUAZIONI A RISCHIO

Valerio Miselli
UO di Diabetologia e Nutrizione Clinica, AUSL di Reggio Emilia, Presidio Ospedaliero di Scandiano

Il diabete è una condizione-prototipo per implementare il coinvolgimento del paziente nella cura di se stesso e pertanto, se i maggiori benefici si ottengono diventando esperti nel processo decisionale che comporta continue modifiche terapeutiche, l'obiettivo finale dell'educazione terapeutica è indurre il maggior numero di pazienti a buone condotte di vita per ottimizzare il controllo del diabete. L'intervento educativo deve entrare in sintonia con il piano terapeutico e farne parte integrante. Ciò che si potrebbe definire la terapia ottimale del diabete è sintetizzato nella figura 1. Il ruolo del paziente oscilla facilmente tra momenti negativi, distruttivi, pessimistici e situazioni liberatorie, protette, autonome: il livello e la qualità della partecipazione del paziente alla sua terapia rappresentano la chiave di volta del percorso di cure. D'altronde, fin dagli anni '60 Rosnstock aveva definito i cosiddetti "health beliefs" in modo talmente preciso che ancora oggi dobbiamo rispondere alle sue domande:

- è il paziente convinto di essere ammalato?;
- pensa che la sua malattia e le sue conseguenze siano importanti?;
- pensa che la terapia sia efficace?;
- pensa che i benefici della terapia lo ricompenseranno dei sacrifici anche in termini psicologici?

Si pensa che sia cruciale la risposta a queste domande per poter coinvolgere il paziente nel processo di cura. Se poi consideriamo che la capacità e la disponibilità al cambiamento, assolutamente necessarie per ottenere cambiamenti comportamentali, sono spesso imprevedibili e dipendono da molti fattori, soprattutto quelli di tipo psico-sociale, diventa dunque necessaria anche una valutazione secondo la scala di Prochaska per evitare di far cadere un qualsiasi intervento sanitario in un momento di nulla o scarsa disponibilità del paziente.

Questi sono alcuni dei motivi per cui una recente review della letteratura ha mostrato tutte le difficoltà alla conduzione di un buon programma educativo per il self-management del diabete di tipo 2. È molto importante sapere che i livelli di conoscenza, le capacità pratiche e le abitudini alimentari possono migliorare facilmente ma solo per un arco di tempo inferiore ai 6 mesi, che il miglior controllo glicemico non corrisponde a miglioramenti della conoscenza, che una perdita di peso efficace si ottiene soltanto con interventi ripetuti e follow-up in continuo, che l'educazione somministrata a gruppi di pazienti è più efficace per gli interventi sugli stili di vita rispetto all'educazione one to one, che in letteratura molto raramente si è misurata la qualità di vita e gli outcome clinici a lungo termine.

Anche l'applicazione di Linee Guida e dell'Evidence Based Medicine è certa-

Figura 1

Inquadrare in modo sistematico le situazioni che ostacolano l'adesione al programma alimentare

- Presenza di altri (amici, famiglia)
- Il luogo (a casa, a scuola)
- Il comportamento degli altri (gli altri mangiano, ti offrono cibo)
- Lo stato emotivo (annoiato, depresso, stressato
- La presenza di un certo cibo, le condizioni fisiche (stanchezza, fame, voglia di un certo cibo)
- Gli obiettivi (le priorità non chiare)
- I bisogni comportamentali (mancanza di programmi, tentazioni a deviare, assertività)

Tabella I

mente indispensabile nel costruire un progetto di educazione terapeutica, ma può voler significare un trattamento scarsamente accettato dal paziente, come per esempio la necessità ad assumere otto farmaci al giorno, e non ha niente a che vedere con le motivazioni, la qualità di vita e le "trappole psicologiche".
La ricerca di soluzioni per la buona terapia del diabete porta a un approccio multifattoriale, a un approccio centrato sul paziente e allo studio delle componenti psicosociali nell'applicazione di un programma alimentare.
I dati di letteratura confermano che la cosiddetta Medical Nutrition Therapy funziona se si adotta un approccio orientato al problem solving e alla prevenzione delle ricadute.
Le situazioni che ostacolano l'adesione al programma alimentare di chi vive con il diabete devono essere inquadrate in modo sistematico (tabella I). L'analisi delle situazioni possibili porta a una valutazione più scientifica che può essere condotta durante il colloquio motivazionale orientato al problem solving normalmente indispensabile integrazione di una buona anamnesi alimentare. Valutare tutti gli aspetti situazionali e sociali integra il capitolo dei bisogni. Un'analisi delle situazioni possibili è esposta nella tabella II.
Perché sono necessarie strategie orientate al problem solving?

- perché normalmente non sono rilevabili e sono scarsamente deducibili anche da uno strumento efficace quale il diario alimentare;
- perché esistono conflitti abituali tra obiettivi alimentari e obiettivi di vita;
- perché bisogna tenere conto dei conflitti interpersonali.

Una buona strategia deve saper riconoscere il problema, valutare il grado di frustrazione del paziente, sapere come sono stati risolti in passato questi conflitti, saper indurre nel paziente una soluzione programmata piuttosto che non dover risolvere un problema quando si presenti.
Un buona strategia deve sapere quindi valutare le emozioni che influiscono sui comportamenti alimentari, le abilità a resistere alle tentazioni, i possibili comportamenti negli ambiti sociali.
Il team diabetologico ha compiuto un percorso strategicamente valido nella proposta di cura solo quando sarà riuscito a combinare disponibilità al cambiamento del paziente e strategie di problem solving.
A titolo di esempio si deve ricordare che se il paziente è in fase di precontemplazione e non vede il problema, la strategia terapeutica si deve limitare a stabilire un buon rapporto comunicativo, limitando la gamma dei problemi e discutendo dei concetti

Analisi delle situazioni

1. *Emozioni negative:*
   Sei tentato di fare un'abbuffata in reazione allo stress e a un'emozione negativa
2. *Resistere alle tentazioni:*
   Vedere un cibo che sollecita un bisogno
3. *Mangiare fuori:*
   Al ristorante è più difficile aderire al piano alimentare
4. Sentirsi privati di qualcosa
5. Avere fretta
6. Tentazione alle ricadute
7. Pianificazione difficile a causa dello stile di vita
8. Conflitto tra le priorità
9. Eventi sociali
10. Supporto familiare
11. Rinunciare a qualcosa senza conflitto
12. Il supporto degli amici

Tabella II

in modo teorico; soltanto in fase di contemplazione è possibile identificare i problemi, discutere gli ostacoli al cambiamento e stabilire obiettivi.
Nella fase di stabilizzazione del programma diventa poi necessaria una metodologia per la prevenzione delle ricadute che passa attraverso un sistema di supporto, un programma di follow-up, una disponibilità in caso di difficoltà nella conduzione del programma terapeutico.
Non bisogna poi dimenticare che per riuscire ad avere buoni risultati bisogna sempre stabilire delle priorità e probabilmente identificare i problemi più facili da risolvere per aumentare la motivazione del paziente e favorire un sistema premiante.
Un approccio terapeutico orientato al problem solving è quello centrato sui problemi e sui bisogni del paziente, favorente l'identificazione dei problemi e la loro soluzione con gli strumenti propri del paziente stesso. Il percorso teorico è quello tipico del counselling nutrizionale che passa attraverso livelli successivi:
• definire il problema e cercare le possibili soluzioni;
• scegliere una soluzione da implementare;
• valutare i risultati.
L'applicazione di strategie di councelling al piano nutrizionale inquadrato nel programma terapeutico del paziente diabetico richiede sempre un approccio multiprofessionale e un percorso formativo specifico dei singoli operatori sanitari coinvolti nell'organizzazione dei percorsi orientati alla promozione della salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Assal JPh et al: Patient education 2000. New trends patient education. International Congress series 1076. Elsevier, Amsterdam, 1995
2. D'Ivernois J, Gagnayre R: Educare il paziente. Mediserve, Milano, 1988, p. 119-150
3. Day JL: All this Education: is it worthwhile? Pract Diab Intern **13**, 125-127, 1996
4. Rosenstock IM, Srecher VJ, Becker M: Social learning and the health. Health Educ **15**, (2), 175-183, 1988
5. Prochaska J, DiClemente C: Towards a comprehensive model of change. In: Miller W, Heather N (eds): Treating addictive behaviors: process of change. PlenumPress, New York, 1986, p. 3-27
6. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM: Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care **24** (3), 561-587, 2001

Lettura conclusiva

Conclusioni creative
del convegno
Luciano Carboni
(Cagliari)

CONCLUSIONI CREATIVE DEL CONVEGNO

Luciano Carboni
Divisione di Diabetologia e Geriatria, Ospedale SS Trinità, Cagliari

L'ultima relazione, creativa rispetto a quelle tradizionali di riepilogo del lavoro svolto dai gruppi, ha avuto in realtà la funzione, per contenuto e per forma (ricchissima la parte iconografica, costituita da fotografie rubate in vari momenti dei lavori e da disegni divertenti e originali), di riassumere e racchiudere lo spirito e la costruzione dei lavori per come si è andata via via strutturando nel corso del congresso, richiamando anche le scorse edizioni.
Relazione creativa perché, ed è stata la forma della stessa occasione di ricordarlo a tutti i partecipanti, creativo deve essere il lavoro del diabetologo, avendo il fine di instaurare un dialogo bidirezionale, dinamico e fecondo con il paziente.
E allora volti, luoghi, suggestioni fermate da una fotografia, da un brano musicale, visi che di anno in anno si ripresentano e si ritrovano ansiosi per la difficoltà ma nel contempo entusiasti di inventare, di inventarsi un nuovo modo di concepire i rapporti quotidiani con i propri pazienti e il proprio stesso lavoro.
Questo sforzo è stato riassunto e commentato in questa relazione in modo lieve, veloce, ironico.
Un'immagine, qualche parola a commento, il tratto unificante del percorso compiuto insieme.
Nell'ambito della relazione è stato particolarmente sottolineato il richiamo alla necessità di esplicitare emozioni e difficoltà che ogni singolo incontra nel lavoro di gruppo e che, se inespresse, possono rappresentare un impedimento a quello che è un percorso, un ballo, tutto da inventare con il paziente.
A questo proposito viene rafforzata la necessità di trovare domande giuste piuttosto che fornire risposte, dettare regole o comportamenti. Dare al diabetico, vero centro e motore del lavoro del team, la capacità di contribuire a indirizzare il cammino.
Essere aperti, proprio ricercando con attenzione e partecipazione le domande, ad ascoltare risposte anche non attese, e sulla scorta di queste tracciare una rotta.
Essere disposti a non giudicare, a non essere tolleranti (anche la tolleranza è una forma di giudizio!), ad accettare l'imprevedibilità delle risposte. In definitiva mettersi in gioco.
Da qui il fermento di una sfida nuova, dove l'ansia è feconda perché è l'ansia di chi intraprende un viaggio per la prima volta, su una strada alla quale bisogna sapersi adattare disposti ad assecondarla.
Vivere il presente sapendo che il cammino proseguirà nel tempo, un tempo non programmabile bensì plasmabile.
La promozione di una strategia che determini crescita e consensualmente creatività è comunque necessaria per non disperdere il patrimonio di esperienze accumulate e per poterle utilizzare al meglio, senza che questo significhi ingabbiare il rapporto medico-paziente in una struttura rigida, dogmatica e predefinita.
Una sintesi particolare dunque, e che per questo rimane più impressa, richiamando per immagini, parole e suoni un percorso svolto, i compagni di strada, i paesaggi attraversati, le musiche udite.
Uno scorcio di quello che si è costruito e il come trasportarlo nella quotidianità della pratica clinica.
Una *meta-relazione*, più esaustiva poiché il richiamo per immagini e concetti sfiorati presuppone uno sforzo di memoria, integrazione e consapevolezza da parte dell'uditorio.

Un richiamo per accenni alla storia di questi giorni e di quelli degli scorsi anni, la storia della quotidiana attenzione, partecipazione, perplessità, conquista, fantasia.
La storia, in definitiva, di un'organizzazione dei lavori non usuale, e che non poteva essere spiegata e raccontata se con una sintesi modulare, espansibile mediante la sensibilità, il ricordo, l'arricchimento, che ciascuno dei partecipanti ha ritenuto.

Appendice

Il Convegno Interattivo
in sintesi

L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DELLA PERSONA CON DIABETE: COME PROMUOVERE L'ADESIONE NELLE SITUAZIONI DIFFICILI

Villa Erba di Cernobbio (Como) 29 novembre - 1 dicembre 2001

Giovedì 29 novembre

Ore 15,00 - Apertura del congresso
Ore 15,30 - *Saluto ai partecipanti* - M. Comaschi, M. Muggeo
Ore 16,00 - *Obiettivi e modalità operative del congresso* - V. Miselli
Ore 16,15 - Lettura inaugurale - *"Il comportamento alimentare nei giovani diabetici"* D. Daneman
Ore 17,00 - Pausa caffè
Ore 17,30 - Lavoro in gruppi
Ore 18,30 - *Divisione plenaria sui lavori di gruppo e commenti* - D. Daneman
Ore 19,15 - Termine dei lavori

Venerdì 30 novembre

Ore 08,30 - Inizio lavori - *L'intelligenza emotiva e le sue implicazioni in diabetologia* A. Maldonato
Ore 09,00 - Letture introduttive al 2° lavoro di gruppo - *I disturbi del comportamento alimentare nel diabete di tipo 1* - M. Ventura
Ore 09,20 - *Come si pone il diabetologo di fronte al problema nella pratica quotidiana* C. Taboga
Ore 09,40 - *Lavori in gruppo*
Ore 10,40 - Pausa caffè
Ore 11,10 - *Riunione plenaria sui lavori di gruppo e commenti* - C. Taboga, M. Ventura
Ore 12,00 - *Tempo libero per visita area espositiva*
Ore 13,00 - Colazione di lavoro
Ore 14,30 - *Esperienza di attività in gruppo*
Ore 15,45 - *La gestione del conflitto: soluzioni senza vinti (win-win solutions)* - V. Graziani
Ore 16,30 - Pausa caffè
Ore 17,00 - *Esercitazione sulla gestione del confronto*
Ore 18,00 - Termine dei lavori

Sabato 1 dicembre

Ore 08,30 - Inizio lavori
Ore 08,45 - Lettura - *Il problem solving: metodo di apprendimento efficace o tecnica ansiogena?* - P. Gentilli

Ore 09,30 - *Lavoro in gruppi: risoluzione di casi-problema* - A. Corsi
Ore 10,30 - Pausa caffè
Ore 11,00 - *Riunione plenaria sui lavori di gruppo e commenti* - P. Gentili
Ore 12,00 - *Il problem solving nelle situazioni a rischio* - V. Miselli
Ore 12,20 - *Conclusioni creative del convegno* - L. Carboni
Ore 13,00 - Colazione di lavoro

COMITATO SCIENTIFICO

Prof. Aldo Maldonato
Presidente Diabetes Education Study Group (DESG) dell'EASD - Dip. Scienze Cliniche, Università La Sapienza, Roma

Dr. Valerio Miselli
Coordinatore Gruppo Italiano di Studio per l'Educazione sul Diabete (GISED), Servizio di Diabetologia, Osp. di Scandiano, Reggio Emilia

Dr. Andrea Corsi
Unità Operativa di Diabetologia, Osp. La Colletta, Arenzano (GE)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dr.ssa Alessandra Baldelli
c/o Dip. Scienze Cliniche, Università La Sapienza, Roma - Tel. 06.49384791
Fax 06.44703133 - E-mail: abaldel@tin.it

IL CONVEGNO INTERATTIVO IN SINTESI

I numeri in sintesi	
Comitato Scientifico	3
Segreteria Scientifica	1
Conduttori gruppi di lavoro	32
Relatori	6
Partecipanti di cui:	212
Medici Diabetologi	155
Infermieri	57
Totale	**254**

Il giudizio dei partecipanti

Scala di giudizio
1 = molto insoddisfatto; 2 = insoddisfatto; 4 = soddisfatto; 5 = molto soddisfatto

I criteri di giudizio
Utilità: quanto l'argomento trattato può essere utile, stimolante, per la propria attività.
Novità: quanto la materia trattata, l'attività svolta, la metodica, è nuova, originale.
Interazione: quanto facilmente si è potuto esprimere la propria opinione ed essa è stata considerata dagli altri.

VOTANTI: n = 167

	Utilità	Novità	Interaz.
Relazioni (4)	88	88	–
Letture introduttive (4)	85	84	–
Lavori di gruppo: Metaplan (2)	82	79	83
Lavori di gruppo: problem solving (1)	85	85	84
Plenarie sui lavori in gruppo (3)	81	80	77
Esercizio sul confronto	86	86	83

I giudizi sono espressi come percentuale del punteggio massimo ottenibile.

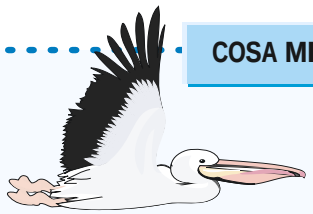
Quanto sono stati apprezzati

L'organizzazione logistica	92
I pasti	87
L'alloggio	92
Gli eventi sociali	86
Il clima all'interno dei gruppi di lavoro e con i partecipanti	90

Giudizi indicati su una scala da 1 a 5 e qui espressi come percentuale del punteggio massimo ottenibile.

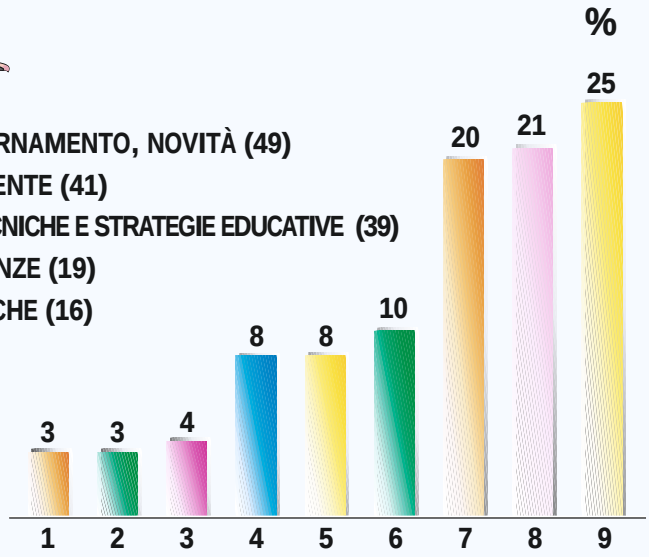
Le aspettative dei partecipanti

PRIMA...



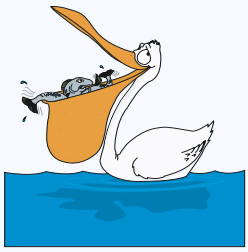
COSA MI ASPETTO DA QUESTO WORKSHOP

9) CONOSCENZA, AGGIORNAMENTO, NOVITÀ (49)
8) RELAZIONE O.S./PAZIENTE (41)
7) NUOVI STRUMENTI, TECNICHE E STRATEGIE EDUCATIVE (39)
6) CONFRONTO ESPERIENZE (19)
5) VARIE, VAGHE, IRONICHE (16)
4) MOTIVAZIONE (15)
3) TEAM, ATTIVITÀ DI GRUPPO (8)
2) CONSIGLI PRATICI (6)
1) IMPARARE, MIGLIORARE (5)

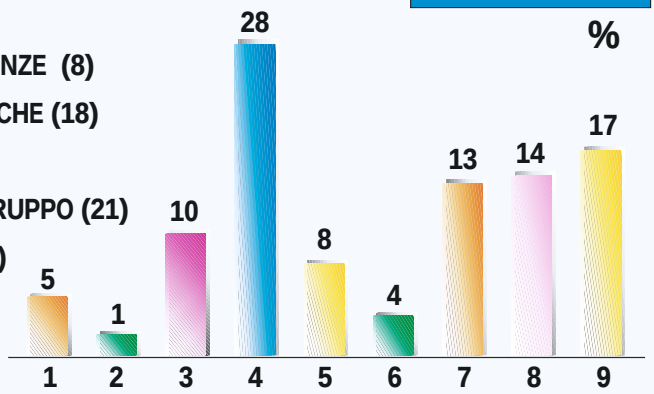


... E DOPO

COSA PORTO A CASA DA QUESTO WORKSHOP



9) CONOSCENZA, AGGIORNAMENTO, NOVITÀ (37)
8) RELAZIONE O.S./PAZIENTE (29)
7) NUOVI STRUMENTI, TENICHE E STRATEGIE EDUCATIVE (32)
6) CONFRONTO ESPERIENZE (8)
5) VARIE, VAGHE, IRONICHE (18)
4) MOTIVAZIONE (62)
3) TEAM, ATTIVITÀ DI GRUPPO (21)
2) CONSIGLI PRATICI (2)
1) IMPARARE, MIGLIORARE (12)



Roche

ACCU-CHEK®

Vivi la vita. Come vuoi.