



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Triennale in

“Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali”

Tesi di Laurea Triennale

*L'influenza bidirezionale tra diabete mellito di tipo 1 e fattori psicosociali in età
pediatrica*

*The bidirectional influence between Type 1 diabetes mellitus and psychosocial factors
in pediatric age*

Relatrice: Prof.ssa Marta Tremolada

Laureanda: Monia Jabhaoui

Matricola: 1220719

Anno accademico: 2021/2022

INTRODUZIONE.....	1
-------------------	---

CAPITOLO 1. La componente psicologica dell'adolescente diabetico.

1.1 Il vissuto soggettivo dell'adolescente diabetico.....	3
1.2 Le strategie di adattamento dell'adolescente allo stress diabetico e il loro effetto nella gestione glicemica.....	5
1.3 I disturbi psicologici nell'adolescente diabetico.....	7
1.3.1 Depressione e disturbo d'ansia nei giovani diabetici.....	8
1.3.2 La diabulimia e i disturbi alimentari associati.....	10

CAPITOLO 2. L'importanza del funzionamento familiare nella cura del diabete pediatrico.

2.1 L'impatto della diagnosi di <i>T1DM</i> nel figlio e l'esperienza psicologica nei genitori.....	12
2.2 L'adattamento familiare alla malattia: lo stress genitoriale pediatrico e le strategie di coping adoperate.....	15
2.2.1 Il modello "ABCX Doppio" dello stress genitoriale pediatrico.....	19

CAPITOLO 3. Gli interventi per favorire una gestione funzionale del *T1DM* pediatrico.

3.1 Il Coping Skills Training (CST) nel <i>T1DM</i> pediatrico.....	22
---	----

3.2 Gli interventi familiari e il supporto sociale nel <i>T1DM</i> pediatrico.....	24
CONCLUSIONE.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	29

INTRODUZIONE

Le malattie croniche pediatriche rappresentano una condizione che coinvolge non solo il bambino che ne è direttamente colpito ma anche l'ambiente familiare in cui è inserito. Studi epidemiologici hanno stimato che le condizioni mediche croniche colpiscono da 15 a 18 milioni di pazienti pediatrici, con una maggiore incidenza di asma, epilessia e diabete mellito di tipo 1 (*T1DM*) (Compas et al., 2012; Bassi et al., 2021). Tali esperienze possono essere un importante fonte di stress che, se gestito con l'ausilio di strategie disfunzionali, renderebbe più complesso un processo di adattamento funzionale alla malattia (Fairfax et al., 2019; Jaser & White, 2011). Si ipotizza che la diagnosi di una malattia cronica comporti un rischio maggiore d'insorgenza di psicopatologie, sia nel bambino che nei genitori, che influenzerebbe negativamente la loro salute psicofisica e il decorso della malattia stessa (Helgenson et al., 2012). Da qui la mediazione della psicologia con il campo pediatrico risulta un'inestimabile risorsa, permettendo un'intervento sulle ripercussioni emotive, relazionali e sociali che denotano implicazioni importanti nelle condizioni pediatriche (Perricone, 2021).

Il presente lavoro si focalizza sul diabete mellito di tipo 1 (*T1DM*), le cui peculiarità croniche in età evolutiva, legate al costante trattamento insulinico, all'alimentazione rigorosa e ai ripetuti controlli glicemici, risultano implicare significative conseguenze sul benessere psico-sociale del paziente e della sua famiglia (Zito et al., 2012). E' stata svolta una revisione della letteratura attraverso l'ausilio dei motori di ricerca "Galileodiscovery", "Google Scholar" e "PubMed", in cui sono state prese in considerazione le seguenti *keywords*: "*Pediatric diabetes*", "*Type 1 diabetes*", "*Chronic disease*", "*Psychosocial factors*", "*Pediatric psychology*", "*Adolescents*", "*Diabetes distress*", "*Diabetes and psychopathology*", "*Children*", "*Coping*", "*Family functioning*", "*Coping and Stress*", "*Parenting stress*", "*Interventions*", "*Social support*", "*Diabetes and anxiety*", "*Depression and diabetes*", "*Diabulimia*",

“*Eating disorders and diabetes*”, “*Glycemic control*”. Sulla base di questi criteri di ricerca, sono stati analizzati complessivamente 23 articoli scientifici.

Il primo capitolo intende indagare le implicazioni psicologiche del *T1DM* nel paziente pediatrico, ponendo particolare attenzione sull’età adolescenziale e come questa peculiare fase dello sviluppo condizioni la cura del diabete. Si prenderanno in considerazione le ripercussioni psicologiche e psicopatologiche, di cui si analizzeranno determinati fattori ad esse associate quali l’utilizzo di strategie di coping disfunzionali e il trattamento diabetologico stesso (Luyckx et al., 2010; Jaser, 2010). Nel secondo capitolo si è voluto porre attenzione sul vissuto psicologico dei genitori nel momento post-diagnosi di *T1DM* nel figlio, mettendo in risalto come il disadattamento familiare sia legato a determinate modalità genitoriali di far fronte agli eventi stressanti e in che modo queste dispongono un maggiore rischio d’insorgenza di problematiche psicologiche nei genitori. Inoltre, si intende sottolineare l’importanza dei fattori familiari e sociali nella gestione del diabete pediatrico, e come questi possono influenzare il benessere psico-fisico del paziente diabetico, avvalorando un approccio bio-psico-sociale nella malattia cronica in età pediatrica (Whittemore et al., 2012; Helgeson et al., 2012). Infine, l’obiettivo del terzo capitolo era quello di illustrare le modalità con è possibile prevenire l’emergere di complicanze psicologiche diabete-correlate sia nel bambino che nei genitori, prendendo in considerazione specifici interventi comportamentali e psicoeducativi, la cui letteratura scientifica pone in risalto per un loro utilizzo nel quadro medico del *T1DM* pediatrico. A tale proposito, si metterà in luce come un sostegno sociale e psicologico, sia nei confronti del bambino che nei genitori, risulti di fondamentale importanza all’interno della complessità propria del diabete in età pediatrica (Zito et al., 2012, Hilliard et al., 2016).

CAPITOLO 1.

LA COMPONENTE PSICOLOGICA NELL'ADOLESCENTE DIABETICO

La più frequente malattia pediatrica endocrinopatica che può colpire un giovane è il diabete mellito di tipo 1 o insulino-dipendente (*Type 1 Diabetes Mellitus T1DM*). Questo quadro medico ha come conseguenza dannosa l'eliminazione delle cellule nel pancreas responsabili della produzione dell'insulina, causando un'elevata concentrazione di glucosio nel sangue che deve essere costantemente regolata (Zito, Mozzillo, Franzese, 2012). L'incidenza del *T1DM*, inoltre, risulta essere in continuo aumento del 2%-5% annuale, con un maggiore esordio riscontrato durante l'età scolare e l'adolescenza (Turin & Radobuljac, 2021). Particolare attenzione viene data a quest'ultima, in quanto, oltre ad essere una fase definita da molteplici cambiamenti biologici, psicologici e sociali, e dalla progressiva ricerca d'indipendenza dai genitori che porterà all'entrata dell'adolescente nell'età adulta, il *T1DM* in questo peculiare periodo di sviluppo è caratterizzato da forti rischi di peggioramento della gestione glicemica e d'insorgenza di malattie psichiatriche che sono correlati allo stress associato alla cura quotidiana del diabete (Jaser et al., 2017).

1.1 Il vissuto soggettivo dell'adolescente diabetico.

La diagnosi di diabete rappresenta un fattore di stress sia per il giovane che per la sua famiglia (Compas et al., 2012). Il momento successivo alla diagnosi può provocare nell'adolescente diverse conseguenze psicologiche che meritano di essere considerate (Zito et al., 2012). Il giovane potrebbe affrontare la malattia come un forte pericolo al suo benessere, provando vissuti di solitudine e inquietudine che possono patologizzarsi in un vero e proprio quadro

psicopatologico depressivo (Zito et al., 2012). D'altra parte, invece, l'adolescente si potrebbe comportare come se non avesse la malattia, con lo scopo di evitare l'aspetto ansiogeno derivante dalla consapevolezza di essere affetto da una condizione medica; questa modalità di affrontare il *T1DM* avrebbe conseguenze estremamente rilevanti circa l'accoglimento e la gestione della terapia (Zito et al., 2012). Tali aspetti di vissuto personale sono indagati da uno studio condotto da Potì et al. (2018). L'obiettivo di questo lavoro è, infatti, quello di esaminare come gli adolescenti diabetici vivono la loro quotidianità e i rispettivi risvolti psicologici della malattia. Sono stati coinvolti 25 partecipanti di età 11-25 anni; è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata che indagava: la percezione di sé, il sistema relazionale, la cognizione di essere diabetici, l'aderenza al trattamento, le strategie adoperate per la gestione quotidiana del diabete, la visione soggettiva per il futuro e la percezione circa il sostegno sociale (Potì et al., 2018). Gli studiosi hanno dimostrato che il supporto sociale, caratterizzato da genitori e personale del reparto pediatrico socievoli e altruisti, rendono maggiormente probabile un'accettazione positiva della diagnosi (Potì et al., 2018). La patologia, inoltre, sembra essere percepita come uno sbaglio da correggere e le azioni da compiere per monitorare il livello glicemico, come l'assunzione di insulina e il controllo alimentare, vengono vissute come "meccaniche" (Potì et al., 2018). Gli adolescenti diabetici risultano avere una prospettiva del futuro caratterizzata da una forte sensazione di incertezza associata a timore della morte (Potì et al., 2018). Infine, gli adolescenti riferiscono di sentirsi diversi rispetto ai loro coetanei, con un elevato timore di essere etichettati e presi in giro (Potì et al., 2018).

Soprattutto durante l'adolescenza, il gruppo dei pari risulta essere di fondamentale importanza, in quanto aiuta la persona a definire la propria identità e a passare da uno stato di dipendenza dal gruppo familiare ad uno di maggiore autonomia. In particolare, quando i giovani diabetici non percepiscono attorno a sé comprensione e sostegno emotivo dalla rete sociale, è possibile che

ciò provochi in loro uno stato di stress che sfavorisce un controllo glicemico funzionale (Delamater, 2009). Di conseguenza, spesso vi è un forte turbamento da parte di chi è affetto dal *T1DM* nel comunicare la propria diagnosi e, a fronte delle attività di autogestione diabetica che deve esercitare, di frequente tali pratiche di controllo vengono omesse se si trova con i suoi pari (Jaser, White, 2011). Pertanto, a partire dal vissuto psicologico osservato all'interno di questo studio, risulta fondamentale considerare il processo di accettazione della malattia all'interno di una visione psicosociale, dove i genitori, il personale sanitario e i pari assumono un ruolo fondamentale nella vita dell'adolescente diabetico (Potì et al. 2018).

1.2 Le strategie di adattamento dell'adolescente allo stress diabetico e il loro effetto nella gestione glicemica.

L'autogestione del *T1DM*, caratterizzata da controllo del glucosio, contenimento alimentare e assunzione di insulina, rappresenta spesso per l'adolescente un fattore di stress che risulta essere frequentemente associato ad un ulteriore stress in altri ambiti della sua vita, provocando conseguenze anche sul controllo glicemico stesso (Compas et al., 2012). Le modalità con cui l'adolescente fronteggia tali fattori stressogeni risultano essere rilevanti sia per la qualità della vita dell'adolescente stesso che per il decorso della malattia (Jaser, White, 2011; Luyckx et al., 2010; Graue et al., 2004).

In particolare, Lazarus & Folkman (1984) hanno definito i diversi stili di coping come “Sforzi cognitivi e comportamentali in costante cambiamento per gestire specifiche richieste esterne e/o interne che sono valutate come onerose o eccedenti le risorse della persona” (Jaser, White, 2011, p.141). A riguardo, è presente un ampio terreno di ricerche che indagano l'influenza reciproca tra le strategie di coping messe in atto dal giovane e le relative conseguenze sul controllo metabolico (Jaser, White, 2011; Luyckx et al., 2010; Graue et al., 2004). A questo proposito, da

uno studio trasversale condotto da Graue et al. (2004) è risultato esserci una correlazione tra l'utilizzo di determinate risposte di coping, la qualità della vita e il controllo glicemico (Graue et al., 2004). Il progetto di ricerca ha coinvolto una popolazione di 116 adolescenti di età compresa 13-18 e sono state considerate le seguenti variabili: sesso, età, peso e altezza; inoltre specificatamente alla condizione diabetica è stata valutata l'età in cui era avvenuta la diagnosi, il dosaggio giornaliero di insulina, e se negli ultimi 6 mesi si erano verificati episodi di ipoglicemia grave o ricoveri per chetoacidosi; infine è stata considerata la composizione del nucleo familiare (Graue et al., 2004). Gli stili di coping sono stati valutati attraverso la somministrazione della scala COPE (Coping Orientation to the Problems Experienced) ideata da Carver, Scheier e Weintraub (Graue et al., 2004), mentre la qualità della vita associata al diabete è stata indagata con il questionario DQOL (Diabetes Quality of Life), elaborato dal Diabetes Control and Complication Trial Research Group e adattato per gli adolescenti da Ingersoll e Marrero (Graue et al., 2004). I risultati dello studio hanno dimostrato che dalla scelta dell'adolescente di strategie comportamentali focalizzate sul problema, o coping attivo, che implicano una ricerca operosa di una soluzione e di supporto per gestire una difficoltà (Graue et al., 2004; Luyckx et al., 2010), ne consegue un migliore controllo metabolico e una qualità di vita correlata al diabete più appagante (Graue et al., 2004). Viceversa, una modalità di fronteggiare le avversità centrata sulle emozioni da parte del giovane, o coping evitante, come il disimpegno, l'evitamento o il colpevolizzarsi, comporterebbe punteggi più bassi sulla qualità di vita associata al diabete, con una maggiore inquietudine correlata al diabete e uno scarso controllo glicemico (Graue et al., 2004). A supporto degli esiti rilevanti pervenuti dallo studio di Graue et al., un progetto di ricerca condotto da Jaser & White (2011) ha esaminato la relazione tra le strategie di coping messe in atto dagli adolescenti e la resilienza che sembra favorire livelli più alti della qualità di vita percepita, minore stress e un controllo metabolico funzionale (Jaser,

White, 2011). È stato osservato che l'utilizzo di strategie di coping focalizzate sulla ricerca attiva di una soluzione al problema, sono associate ad una migliore qualità di vita e ad un controllo glicemico positivo, viceversa strategie centrate sul disimpegno sono correlate ad una minore resilienza e a esiti glicemici peggiori (Jaser, White, 2011), dimostrando pertanto che dall'utilizzo di determinate modalità di affrontare i problemi si potrebbero avere ripercussioni positive o negative sulla gestione diabetica. L'ausilio di strategie di evitamento negli adolescenti inoltre, sembra essere correlato all'insorgere di sintomatologia psicologica internalizzante e esternalizzante che provocherebbe a lungo termine conseguenze negative sul controllo glicemico (Luyckx et al., 2010). E' dimostrato da diversi studi come le modalità con cui l'adolescente diabetico affronta lo stress derivante dalla gestione diabetica e da altri ambiti della propria vita, influenzi la gestione glicemica e quindi l'evoluzione della malattia stessa che dovrebbe essere colta in un'ottica psicosociale. Pertanto, istruire gli adolescenti diabetici all'esercizio di strategie di coping funzionali e adattive potrebbe favorire una migliore qualità di vita, riducendo il rischio di sintomi psicologici e facilitando una gestione glicemica funzionale (Jaser et al., 2017).

1.3 I disturbi psicologici nell'adolescente diabetico.

Numerose ricerche sostengono che il *T1DM* rappresenti un importante fattore di rischio per l'insorgenza di psicopatologie negli adolescenti (Jaser, 2010). Molteplici fattori risultano esercitare un'influenza rilevante sulla gestione diabetica durante l'adolescenza (Turin, Radobuljac; 2021). Le modalità con cui il giovane fronteggia situazioni stressanti, l'ambiente sociale primariamente costituito dalla famiglia, dai pari e dalle figure sanitarie pediatriche e l'insorgere di problemi psicologici sono componenti da considerare nell'esperienza di *T1DM*. In particolare, è stata riscontrata una maggiore probabilità d'insorgenza di problematiche psichiche tra gli adolescenti diabetici rispetto ai loro pari; psicopatologie come la depressione, la

diabulimia e l'ansia si manifestano più frequentemente nei giovani affetti dal *T1DM* (Turin, Radobuljac, 2021). Uno studio condotto in Danimarca, su 5084 adolescenti diabetici e 35588 controlli sani, ha dimostrato una maggiore incidenza di disturbi dell'umore, disturbi alimentari, disturbi d'ansia, e abuso di sostanze successivamente alla diagnosi di *T1DM*, con un maggiore rischio d'insorgenza tra i 10 e i 14 anni (Turin & Radobuljac, 2021).

1.3.1 Depressione e disturbo d'ansia nei giovani diabetici.

La depressione è il disturbo psichiatrico maggiormente associato al *T1DM* in adolescenza e determina rilevanti conseguenze per la cura del diabete. E' stato osservato negli adolescenti diabetici una maggiore presenza di pensieri suicidi rispetto ai giovani depressi non diabetici; l'incidenza è maggiore nelle femmine e la sintomatologia sembra essere particolarmente elevata soprattutto nel periodo successivo alla diagnosi (Jaser, 2010). I fattori famigliari sembrano esercitare un ruolo importante nell'emergere dei sintomi depressivi, in particolare una minore coesione all'interno della famiglia, un carente sostegno nella gestione diabetica ed elevati livelli di stress genitoriale, influenzerebbero l'emergere della depressione nell'adolescente (Jaser, 2010). La depressione nelle madri rappresenta uno dei fattori di rischio più rilevanti per la depressione nel giovane; in particolare l'adattamento psicosociale dell'adolescente sarebbe condizionato da modalità disadattive messe in atto dal genitore, come affettività e comportamenti negativi, che andrebbero ad associarsi negativamente alle capacità del figlio di affrontare in modo funzionale gli eventi stressanti (Jaser, 2010). Inoltre, questo quadro psicopatologico può provocare conseguenze che andrebbero a compromettere una gestione funzionale del diabete. Il disturbo depressivo, infatti, oltre a provocare uno stato di apatia ed indifferenza nei confronti di tutto gli eventi che il paziente si trova ad affrontare, implicherebbe anche una cura insufficiente del diabete (Tareen & Tareen, 2017). Una personalità depressa è definita anche da una mancanza

di sicurezza, una bassa stima di sé, apatia e una disposizione pessimista nei confronti degli eventi, che sfavorisce l'acquisizione di modalità funzionali e adattive nella gestione del *T1DM* da parte del giovane (Treen & Tareen, 2017). Nei casi in cui risulta essere necessario un trattamento farmacologico per gestire la sintomatologia depressiva, alcuni medicinali possono provocare insulino-resistenza e aumento di peso. Risulta quindi rilevante considerare anche le conseguenze metaboliche avverse che derivano dalla somministrazione di specifici farmaci per il trattamento della depressione nell'adolescente con diabete, valutandone accuratamente rischi e i benefici legati anche al quadro medico del *T1DM* (Sridhar, 2020). Un altro disturbo psicologico che spesso si manifesta in associazione al diabete è il disturbo d'ansia, la cui incidenza rilevata da uno studio longitudinale è del 20% tra i pazienti diabetici (Jaser, 2010). Uno studio di Maronian et al. (1999) ha osservato in un campione di 175 pazienti di età tra i 2 e i 25 anni che il 58,2% soddisfaceva i criteri diagnostici per un disturbo del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) e, in particolare, l'incidenza del disturbo d'ansia rappresentava il 19% del campione (Dantzer et al., 2003). E' stato dimostrato che in associazione alla sintomatologia ansiosa vi è un minore controllo della glicemia (Tareen & Tareen, 2017). In particolare, il timore dell'ipoglicemia sembra influire nella gestione diabetica. Tale paura deriva soprattutto dai cambiamenti che si presentano nell'adolescente durante un episodio ipoglicemico, come sudorazione, accelerazione cardiaca, nausea e tremori, che provocano nel giovane un forte senso di disagio e imbarazzo sociale (Jaser, 2010). Inoltre è stata riscontrata un'associazione tra diabete mellito, deficit neurocognitivi e l'emergere di ansia e depressione; le problematiche neurocognitive possono emergere a seguito di frequenti episodi di ipoglicemia e iperglicemia e accrescerebbero il rischio di sintomatologia ansiogena e depressiva (Compas et al., 2017). In particolare sembrano esserci risultati inferiori nella rapidità motoria, nell'abilità visuo-spaziale e nell'attenzione sostenuta (Compas et al., 2017). Tali compromissioni dello sviluppo cognitivo,

oltre a portare ad un maggiore rischio di sviluppo di psicopatologie, predispongono a difficoltà nello sviluppo e nella gestione di relazioni interpersonali e all'ausilio di strategie di coping disadattive. Inoltre, condizioni di vita economicamente sfavorevoli rappresentano un rischio elevato per l'emergere di deficit neurocognitivi e un conseguente esordio di problematiche psicologiche (Compas et al., 2017).

1.3.2 La diabulimia e i disturbi alimentari associati.

Un'ulteriore condizione psicopatologica che spesso colpisce l'adolescente affetto da diabete è la diabulimia. Tale disturbo è caratterizzato da una riduzione o assenza del dosaggio di insulina necessario con il fine di perdere peso (Tareen & Tareen, 2017). La diminuzione di insulina provoca uno stato di iperglicemia con conseguente glucosuria e perdita di peso; tale condotta disfunzionale è stata rilevata soprattutto nelle ragazze adolescenti con *T1DM* (Jaser, 2010). A supporto di ciò, uno studio condotto su campione di 126 pazienti con *T1DM* e 499 non affetti da *T1DM*, ha dimostrato la prevalenza di condotte alimentari disfunzionali nelle femmine piuttosto che nei maschi (Turin & Radobuljac, 2021). La diabulimia in adolescenza può presentarsi in commorbilità con i disturbi alimentari, in particolare con il BED (Binge Eating Disorder), ovvero un'inconsueta e rapida consumazione di grandi portate di cibo con la percezione di mancato controllo su tale condotta alimentare disadattiva (Tareen & Tareen, 2017). Diversi studi sostengono una maggiore incidenza dei disturbi alimentari nelle giovani adolescenti diabetiche rispetto a coloro senza *T1DM*; in particolare, la presenza di comportamenti alimentari disordinati risulta essere presente nel 17% delle ragazze adolescenti (Jaser, 2010) e il 10% soddisfa i criteri per una diagnosi di disturbo alimentare (Delamater et al., 2001). Associato a ciò, alcune condotte necessarie legate alla cura del diabete, come la rigidità alimentare, la rigorosa prudenza nell'assunzione di carboidrati, e le condotte alimentari disfunzionali messe in atto dalle madri,

possono predisporre a disturbi alimentari nei giovani con *T1DM* (Jaser, 2010). Il controllo glicemico risulta essere associato a tali disturbi, e la restrizione di insulina caratterizzante la diabulimia può portare a conseguenze estremamente dannose per l'adolescente, come un'insufficiente controllo glicemico e aggravamenti legati al *T1DM*, quali retinopatia e nefropatia (Jaser, 2010). Pertanto, nell'adattamento, nell'accettazione e nella gestione del *T1DM*, tra i diversi fattori psicosociali che possono condurre a complicazioni legate al diabete, l'emergere di una psicopatologia nell'adolescente esercita una rilevante influenza nell'adattamento stesso alla malattia. A sostegno di ciò, una vasta letteratura ritiene di fondamentale importanza l'individuazione tempestiva di condizioni psicologiche e psichiatriche all'interno del trattamento diabetologico, dal momento che è stata dimostrata la presenza di una rilevante influenza bidirezionale tra condizioni psicopatologiche e la cura del diabete. Per questo, il coinvolgimento di figure professionali formate anche in ambito psicologico si rivela un'indispensabile risorsa per la prevenzione di disturbi psicologici e per una valutazione e gestione funzionale degli aspetti psico-affettivi e neurocognitivi legati al *T1DM* nell'adolescente.

CAPITOLO 2.

L'IMPORTANZA DEL FUNZIONAMENTO FAMILIARE NELLA CURA DEL DIABETE PEDIATRICO

Nel capitolo precedente si è potuta constatare la presenza di un'influenza reciproca tra benessere fisico e psicologico dell'adolescente. Nel quadro medico del *T1DM* si può osservare un condizionamento bidirezionale tra fattori intrapsichici nell'adolescente diabetico e la gestione glicemica; quest'ultima risulta essere influenzata dalla presenza di eventuali disturbi mentali nel giovane e dalle strategie che egli mette in atto a fronte di eventi di vita stressanti. Perciò, risulta di fondamentale importanza considerare non solo le componenti biologiche ma anche i vissuti soggettivi e psicologici dei pazienti diabetici.

L'obiettivo di questo capitolo è di evidenziare come i fattori ambientali e sociali possono influenzare la cura del diabete del giovane, avvalorando pertanto un approccio bio-psico-sociale nella malattia cronica in età pediatrica. In particolare, viene mostrato come il contesto familiare abbia un ruolo peculiare nella cura del diabete pediatrico, indagando l'esperienza psicologica dei genitori dopo la diagnosi di *T1DM* nei loro figli e le strategie che possono essere messe in atto a fronte dello stress che può essere percepito a seguito della malattia e come tali modalità influenzerebbero il benessere del figlio diabetico.

2.1 L'impatto della diagnosi di *T1DM* nel figlio e l'esperienza psicologica nei genitori.

Il momento successivo alla diagnosi di *T1DM* nel figlio può essere causa di particolare tensione sia per il bambino che per la sua famiglia. Fattori legati alle normali attività quotidiane, come la

partecipazione scolastica che potrebbe essere segnata da assenze causate dalla malattia, o componenti legate al trattamento (es. controllo continuo della glicemia, della dieta e la quotidiana terapia insulinica da fornire al bambino) e all'indeterminatezza della malattia possono essere una fonte di stress sia per chi scopre di essere affetto da *T1DM* che per la sua famiglia (Compas et al., 2012).

L'incertezza derivante dalla diagnosi di *T1DM* può provocare particolare ansia e preoccupazione nei genitori, in quanto essi si possono trovare travolti da forti dubbi sia per ciò che concerne il possibile decorso della malattia del figlio che per le decisioni mediche da prendere, affinché esse siano le migliori per il bambino. Il contesto familiare ha un ruolo peculiare nella formazione della personalità del giovane e nell'infondere in lui molteplici risorse positive per affrontare la cura del diabete. Si può osservare come i genitori di un bambino diabetico si trovino di frequente ad interagire con figure sanitarie per prevenire eventuali complicazioni dovute alle condizioni fragili di salute del figlio, accentuando in loro il rischio di assumere condotte iperprotettive e ansiose. Di conseguenza, questo può produrre una difficoltà aggiuntiva alla problematicità già legata alla condizione di *T1DM* del figlio (Goldfarb et al., 1990).

Le famiglie, inoltre, a fronte della condizione medica del figlio, possono avere la propensione all'isolamento, ritrovandosi a vivere sensazioni di solitudine a causa della riduzione di interazioni extra familiari dovuta da sentimenti di disagio o di paura di gravare su altri, vivendo il *T1DM* del figlio come un'esperienza estremamente drammatica e dolorosa. Viceversa, in altri casi la stessa problematica potrebbe essere una risorsa che favorirebbe una maggiore coesione intra familiare nella condivisione degli obiettivi e un controllo glicemico ottimale (Goldfarb et al., 1990). A seguito della diagnosi, può manifestarsi nei genitori e in particolare nelle madri, un deterioramento dell'immagine che hanno di sé e del loro benessere psicologico, aggravato se vengono assunti atteggiamenti di isolamento e chiusura in se stessi. In questa complessità

affettiva che potrebbe emergere, possono insorgere atteggiamenti cinici e irruenti nei confronti dei medici (Goldfarb et al., 1990). Byrne et al. (1988), invece, hanno osservato come tali condizioni mediche nei figli possano portare a cambiamenti positivi, come modalità di vivere meno materialiste e un maggiore attribuzione di valore alla salute (Goldfarb et al. 1990).

I genitori si trovano spesso travolti da sentimenti di dolore, inadeguatezza, senso di colpa e di forte preoccupazione per l'eventuale emergere di episodi ipoglicemici o iperglicemici, sentendosi notevolmente responsabili della salute e dello sviluppo ottimali nel figlio, soprattutto dopo essere venuti a conoscenza della diagnosi e del trattamento da fornire al figlio. Tale apprensione a lungo termine incrementerebbe il rischio di sviluppo di sintomi depressivi e di ansia nei genitori. A riguardo, il 20-30% dei genitori con figli diabetici riportano tali sintomatologie e riferiscono sintomi di stress post-traumatico (PTSD) (Whittemore et al., 2012).

In particolare, la depressione genitoriale sembra essere associata ad un maggiore considerazione dei loro bisogni a discapito di quelli del figlio (Helgeson et al., 2012), livelli minori di coinvolgimento, di unione familiare e maggiori conflitti all'interno della famiglia, che potrebbero condizionare in modo negativo le capacità di adattamento del figlio e la sua gestione glicemica. Circa la presenza nei genitori di sintomi d'ansia, essi implicherebbero un maggiore coinvolgimento e monitoraggio del diabete del bambino, ma una minore percezione di autoefficacia dei genitori nella cura del *T1DM*, i quali manifesterebbero forte timore per gli eventuali episodi di ipoglicemia che si potrebbero presentare nei figli durante la notte o durante i pasti, e si possono osservare comportamenti materni invadenti (Whittemore et al., 2012).

Le componenti che sembrano predire tali sintomatologie psicopatologiche nei caregiver potrebbero essere la presenza di livelli minori di istruzione, uno stadio di sviluppo avanzato, come la fase adolescenziale, e un basso stato socio-economico (Bassi et al., 2021). Inoltre, Hansen et al. (2012) hanno osservato che nel 55% delle mamme e nel 22% dei padri di bambini

con *T1DM* sono soddisfatti i criteri diagnostici per il disturbo d'ansia; i disturbi depressivi invece sono stati riscontrati nel 26% delle madri e 19% dei padri (Bassi et al., 2021). Inoltre, si può osservare come le madri riferiscano particolare disagio psicologico associato ad elevati livelli di stress legati alla cura del diabete del figlio; in particolare, la depressione materna sembra essere collegata ad effetti avversi nei figli come un peggioramento del monitoraggio glicemico, un'aumento del rischio di sintomi depressivi e minori capacità di adattamento psicosociale del bambino (Jaser et al., 2014). L'ansia farebbe emergere anche un vissuto di ostilità nei confronti del figlio, riducendone la sua qualità di vita (Bassi et al., 2021). Per questi motivi, alcune ricerche supportano l'importanza di una valutazione da parte dei pediatri dei sintomi depressivi e d'ansia materni (Whittemore et al., 2012); ciò consentirebbe un loro supporto e trattamento, favorendo la prevenzione di effetti negativi all'interno delle dinamiche familiari che risultano essere associate alla cura del *T1DM* del figlio e al suo benessere psicologico e fisico. Pertanto, un supporto di tipo psicologico sarebbe utile e necessario sia nei confronti del bambino affetto da diabete che per l'ambiente che lo circonda.

2.2 L'adattamento familiare alla malattia: lo stress genitoriale pediatrico e le strategie di coping adoperate.

La diagnosi di *T1DM* nel figlio, il rigido trattamento e il continuo controllo medico che ne conseguono, rappresentano per i genitori un'importante impatto psicologico e fonte di stress. Coerentemente con la Teoria dei Sistemi Familiari (FST), le dinamiche familiari esercitano un'influenza rilevante sul benessere psico-fisico del giovane con una malattia cronica pediatrica come il *T1DM* (Hilliard et al. 2016). Partendo da tali presupposti, il vissuto stressogeno dei genitori, se non gestito adeguatamente, potrebbe avere conseguenze negative sia sul loro benessere che anche sulla salute del figlio. Lo stress genitoriale legato alla cura del figlio con

T1DM può essere un fattore di rischio per eventuali psicopatologie nel bambino; tuttavia, sembra sia associato ad una maggiore attenzione nel monitoraggio del *T1DM* e a migliori esiti diabetici nel figlio (Helgeson et al., 2012). Inoltre, lo stress dei genitori risulta minore a fronte di migliori capacità di adattamento del bambino (Weiss et al., 2003). Le strategie di adattamento che possono essere utilizzate dai genitori per fronteggiare tali eventi problematici possono essere estremamente utili per supportare e rafforzare strategie di coping funzionali nei figli o, viceversa, se le modalità che mettono in atto risultano essere disfunzionali, possono essere fonte di malessere nel bambino con *T1DM* (Compas et al., 2012). Riguardo ciò, Helgeson et al. (2012) hanno condotto uno studio longitudinale dalla durata di 5 anni, con l'obiettivo di indagare la relazione tra stress genitoriale e salute psico-fisica del figlio con *T1DM*. Vennero differenziate due possibili origini dello stress genitoriale, la prima riguardante la sfera matrimoniale, finanziaria e genitoriale, e la seconda legata al controllo diabetico del figlio. Sono stati coinvolti 132 bambini con *T1DM* di età media 12 anni e il loro caregiver. Ai genitori sono stati somministrati annualmente diversi questionari con l'obiettivo di indagare lo stress genitoriale generale, lo stress legato alla cura del diabete del figlio e la loro salute psicologica. Le componenti di stress generale, quindi coniugali, finanziarie e genitoriali, sono state valutate con le sottoscale di Norris e Uhl (1993) e Lepore (1992) che consistevano in item a cui i genitori dovevano rispondere su una scala da 1 (= mai) a 5 (= molto spesso) considerando gli ultimi sei mesi. Per la valutazione dello stress correlato al diabete del figlio, invece, utilizzarono le versioni abbreviate di tre sottoscale della Impact on Family Scale (Stein & Jessop, 2003; Stein & Riessman, 1980) in cui i genitori, rispetto a determinati item, dovevano esprimere il loro grado di accordo su una scala da 1 (=totalmente in disaccordo) a 5 (=completamente d'accordo), indagando così gli effetti della cura del bambino con *T1DM* all'interno della famiglia, l'esperienza personale nella cura del figlio e le limitazioni che la malattia del bambino causa

all'interno del contesto sociale. La salute psicologica dei genitori è stata esaminata attraverso il questionario CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression) (Radloff, 1977), e la scala SWLS (Satisfaction with Life Scale) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) per ottenere una valutazione del benessere personale del genitore. Ai figli, invece, è stato somministrato il Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 2001) per indagare la presenza di sintomatologia depressiva. I ricercatori hanno valutato nei bambini anche i comportamenti di autonomia nella cura del diabete attraverso il materiale fornito dai loro glucometri o diari in cui registravano i controlli glicemici. Secondariamente, hanno compilato un inventario che indagava la loro auto-cura ed è stata esplorata la loro attinenza alle indicazioni del pediatra riguardanti aspetti peculiari nella cura funzionale del diabete, come il controllo glicemico e alimentare. Infine, con l'emoglobina glicata (HbA1C) venne esaminato il quantitativo di glucosio. Da questo studio è risultato che sia lo stress genitoriale generale che quello associato alla cura del diabete del figlio erano associati ad un maggiore rischio di depressione dei genitori, mentre il livello di benessere percepito era correlato ad un minore stress generale e specifico per il diabete. Circa la relazione tra lo stress dei genitori e la salute psicologica del bambino con *T1DM*, si è osservata una forte correlazione; in particolare, lo stress genitoriale è risultato essere associato a maggiore sintomatologia depressiva nel bambino, ad una minore autonomia nella gestione del diabete da parte del bambino e ad un monitoraggio glicemico insufficiente e irregolare. Nello specifico, un elevato stress genitoriale associato al diabete del figlio implicava un maggiore coinvolgimento dei genitori associato ad una gestione più funzionale della malattia del bambino, a migliori valori glicemici e a maggiori comportamenti di auto-cura nel bambino; tuttavia, in quest'ultimo era anche predittore di depressione e angoscia a causa della tensione che potrebbe percepire nella sua famiglia. Inoltre, emerse che i genitori con moderati livelli di stress coniugali o finanziari sarebbero maggiormente impegnati in tali problematiche e ciò implicherebbe un minore

coinvolgimento nella gestione della malattia che risulta essere associato negativamente al benessere del bambino (Helgeson et al., 2012). Migliori capacità di auto-cura nel bambino sono risultate associate ad una progressiva diminuzione dello stress nei genitori.

Risulta di fondamentale importanza contestualizzare il *T1DM*, considerando non solo il paziente che ne è affetto ma anche il contesto in cui interagisce. Lo stress dei genitori può condizionare le modalità con cui essi si relazionano con il figlio, e nei casi di malattia cronica pediatrica come il diabete le conseguenze possono esacerbarsi anche sul piano psico-fisico del bambino con un deterioramento nella cura del diabete e nel suo benessere psicologico. Coerentemente allo studio di Helgeson e collaboratori, è stata dimostrata l'esistenza di una relazione tra le strategie di coping dei genitori e il loro benessere psicologico e fisico (Fairfax et al., 2019). In particolare, modalità evitanti, di ritiro e incentrate sulle emozioni sembrano essere correlate negativamente alla qualità della vita dei genitori; inversamente, strategie rivolte alla risoluzione del problema sarebbero predittori di migliori condizioni psicologiche (Fairfax et al., 2019). A supporto di ciò, lo studio effettuato da Jaser et al. (2014) dimostra un'associazione nelle madri di adolescenti con *T1DM* tra strategie di coping di controllo primario, come il problem solving, e secondario, ad esempio l'accoglimento positivo della diagnosi. Esse sarebbero associate ad un minore rischio di psicopatologie nel genitore e minori ostilità nelle dinamiche familiari. Viceversa, strategie di disimpegno ed evitamento comporterebbero un maggiore rischio di ansia e depressione materni. Inoltre, lo stress delle madri causerebbe un peggioramento del monitoraggio glicemico e benessere psico-fisico del bambino. Dunque, le modalità di adattamento del genitore influiscono sia sul suo benessere psichico e fisico che su quello del bambino. Inoltre, il riconoscimento di strategie efficaci e l'ottimizzazione dell'atteggiamento delle madri di bambini con *T1DM* potrebbe favorire positivamente sia il genitore che il bambino (Jaser et al., 2014). In particolare, una buona comunicazione e collaborazione all'interno della famiglia, un'attitudine

positiva nei confronti della malattia del figlio (Whittemore et al., 2012) e maggiori livelli di speranza potrebbero essere modalità funzionali per i genitori e il bambino (Mitchell et al., 2009). Lo stress paterno, invece, risulta essere meno esaminato dalla psicologia pediatrica; tuttavia, gli esiti pervenuti dalle ricerche finora svolte dimostrano che un buon funzionamento socio-emotivo paterno potrebbe favorire migliori condizioni nei bambini; infatti, condotte dei bambini con *TIDM* risultano essere più disadattive a fronte di maggiori livelli di stress e ansia dei padri (Mitchell et al., 2009). Pertanto, tali studi dimostrano come vi sia un'influenza multidirezionale tra i genitori e il figlio con diabete. Prediligere una valutazione e considerazione circa la presenza di particolari livelli di stress all'interno della famiglia potrebbe permettere benefici sia per i genitori, i quali verrebbero supportati nel far fronte agli eventi che considerano stressanti, che per il bambino con *TIDM*, in quanto si favorirebbe nei suoi confronti un'ambiente familiare più funzionale, sereno e adattivo, dal quale potrebbe ricavarne numerose risorse per un migliore adattamento psicologico e fisico sia generale che specifico al *TIDM*.

2.2.1 Il modello “ABCX Doppio” dello stress genitoriale pediatrico.

Le dinamiche familiari assumono un ruolo rilevante nella gestione del *TIDM* pediatrico. A fronte di diversi eventi che possono essere fonte di stress genitoriale, l'utilizzo di strategie di adattamento funzionali risultano essere predittori di un migliore funzionamento bio-psico-sociale sia del bambino con *TIDM* che della sua famiglia. Quest'ultima, ha in sé delle risorse preziose per affrontare e assistere positivamente il *TIDM* del figlio che spesso possono essere celate da una forte tensione familiare. Un modello che valorizza le potenzialità insite nella famiglia è il modello “ABCX Doppio” di McCubbin e Petterson (1982). Tale concettualizzazione afferma la presenza di un lasso di tempo antecedente la crisi familiare (nel nostro caso la comparsa di *TIDM* nel figlio) e di uno successivo ad essa. Il primo momento, è

caratterizzato dall'esposizione al fattore stressogeno (componente A), come la diagnosi di *T1DM* del figlio, che risulta essere associato sia alle modalità emotive e cognitive con cui la famiglia accoglie tale evento (componente C), che alle qualità e potenzialità familiari presenti in quel momento. Nella fase successiva la diagnosi, a fronte della condizione oggettiva stressante, ad esempio caratterizzata dai frequenti controlli glicemici o dalla somministrazione quotidiana di insulina al figlio, i genitori si azionano con diverse strategie di adattamento\coping, che possono essere potenziate da un miglioramento delle risorse pre-esistenti o dall'acquisizione di risorse prima sconosciute (componente B). Ciò permetterebbe una modifica dell'esperienza cognitiva ed affettiva del *T1DM* pediatrico che finora i genitori hanno vissuto e in cui viene compreso anche il processo di adattamento stesso. L'impatto iniziale della diagnosi influenzerebbe notevolmente le modalità con cui la famiglia si aziona per far fronte all'evento stressante; in particolare, una considerazione pessimistica e sfiduciata a fronte della diagnosi di *T1DM* del figlio potrebbe influire negativamente l'utilizzo delle risorse familiari a causa di vissuti emotivi di inadeguatezza, insicurezza e di colpa da parte dei genitori (Goldfarb et al., 1990). Dall'altro lato, un'attitudine positiva e speranzosa motiverebbe maggiormente la famiglia nel far fronte al *T1DM* del bambino (Goldfarb et al., 1990). Nel momento successivo la diagnosi, la valutazione compiuta dalla famiglia comprenderebbe sia l'evento stressogeno stesso ma anche i risultati ottenuti nel fronteggiarlo, determinando vissuti di efficacia o incompetenza genitoriale. I risultati di questo operoso processo possono condurre ad un adattamento positivo e funzionale o, viceversa, a disadattamento familiare, che risulta essere legato a risultati negativi dei processi di coping familiari messi in atto per far fronte al fattore stressogeno (Goldfarb et al., 1990). Si può notare come un processo funzionale di adattamento allo stress familiare implichi la partecipazione delle potenzialità presenti nella famiglia sia prima dell'evento stressante che dopo di esso, implicando quindi la possibilità che nel momento successivo la diagnosi i genitori

possano rinforzare le loro risorse, ricercando maggiore supporto sia dentro la famiglia stessa che fuori di essa. Tali potenzialità possono riguardare diversi fattori, tra cui le caratteristiche soggettive dei membri della famiglia, come una personalità motivata, altruista e con un buon senso di autoefficacia e delle capacità cognitive ed emotive sviluppate che predirebbero un migliore adattamento (Goldfarb et al., 1990). Inoltre, risultano essere delle importanti risorse sia quelle fornite dalle dinamiche familiari stesse, come una buona comunicazione, la forte coesione intra familiare e il supporto emotivo reciproco, che quelle fornite dal contesto extra-familiare riguardanti sia il supporto proveniente dalla rete amicale che quello delle figure sanitarie (Goldfarb et al., 1990). Pertanto, le capacità di adattamento e problem-solving familiare sono influenzate da diverse componenti personali, familiari e sociali. Tale modello mette in risalto come ogni famiglia possa avere in sé delle risorse il cui riconoscimento e potenziamento potrebbe favorire un migliore adattamento e benessere psicologico sia da parte della famiglia stessa che del bambino con *TIDM*, la cui salute psico-fisica, dagli studi precedentemente esposti, è risultata essere particolarmente influenzata dalle modalità con cui i genitori interagiscono con lui (Goldfarb et al.,1990).

CAPITOLO 3.

GLI INTERVENTI PER FAVORIRE UNA GESTIONE FUNZIONALE DEL *T1DM* PEDIATRICO.

Nei capitoli precedenti sono state esaminate le implicazioni biopsicosociali del *T1DM* pediatrico, dando particolare importanza alle strategie che possono essere adottate a fronte dello stress correlato alla cura del diabete e al vissuto psicologico sia del bambino diabetico che della sua famiglia. Si è potuto constatare come alcuni fattori possano sfavorire una gestione funzionale del *T1DM*, tra cui l'utilizzo di strategie di adattamento disfunzionali e l'emergere di psicopatologie sia nel ragazzo che nei genitori. In questo capitolo vedremo, nello specifico, gli interventi psicosociali e comportamentali che possono favorire una cura migliore del diabete e un'accettazione positiva delle condizioni imposte dal diabete sia da parte del bambino che della sua famiglia. Dal momento che la diagnosi di *T1DM* risulta esercitare in numerosi casi un notevole impatto psicologico, emerge la necessità di fornire interventi adeguati sia per potenziare le abilità di adattamento del bambino e i suoi genitori che per fornire un supporto psico-affettivo all'intero nucleo familiare.

3.1 Il Coping Skills Training (CST) nel *T1DM* pediatrico.

Si è potuto osservare come delle modalità di adattamento funzionali utilizzate sia dai genitori che dal bambino nell'affrontare lo stress relativo al *T1DM* risultino fondamentali per una sua gestione ottimale, favorendo uno stato di salute fisica e psicologica migliore sia nel il ragazzo che nelle persone che lo assistono nella cura. Tuttavia, può succedere che vengano adoperate dai genitori e da chi è affetto da *T1DM* delle strategie disadattive, da cui ne conseguirebbe un peggioramento del controllo metabolico e della qualità di vita.

Il Coping Skills Training (CST) è una forma di intervento focalizzata sull'istruzione di strategie funzionali e adattive da utilizzare a fronte di condizioni di stress-diabete correlato (Hilliard et al., 2016). Negli adolescenti, ad esempio, si è potuto notare un maggiore uso di modalità disadattive di evitamento e ritiro che implicherebbe una minore aderenza alle indicazioni fornite dal pediatra e un maggiore rischio d'insorgenza di problematiche psicologiche. Per questo, i programmi d'intervento basati sul Coping Skills Training permettono di valorizzare l'uso di strategie di coping efficaci, come il problem-solving, l'umorismo e il pensiero positivo. Il CST sembra fornire risultati favorevoli sia per la gestione glicemica che per il benessere psicologico negli adolescenti diabetici (Jaser, 2010), permettendo l'apprendimento di stili di coping funzionali con la sostituzione di quelli disadattivi. Tale programma d'intervento, ad esempio, può essere fornito in quattro o sei sedute di gruppo, nelle quali i pazienti possono essere coinvolti in giochi di ruolo, durante i quali vengono comunicati numerosi feedback sia da parte dei membri del gruppo che dallo psicologo o educatore stesso, permettendo l'acquisizione di modalità di problem-solving sociale funzionali (Hilliard et al., 2016). Inoltre, in questo caso, un'intervento di Coping Skills Training di gruppo favorirebbe anche una maggiore indipendenza e fiducia nell'auto-cura del diabete (Potì et al., 2018). Risulta quindi importante anche l'individuazione delle strategie di coping che vengono utilizzate sia dal bambino affetto da *T1DM* che dalla sua famiglia a fronte di fattori di stress quotidiani, per potenziarle o sostituirle con modalità più funzionali (Luyckx et al., 2010).

Il CST può essere affiancato anche ad una Psicoterapia di Supporto (ST); in particolare, quando si verificano complicazioni legate al *T1DM*, la ST permetterebbe al paziente di sentirsi supportato nell'affrontare la problematica che è emersa, attraverso una comprensione della sua sfera emotivo-affettiva. Inoltre, la Psicoterapia di Supporto, focalizzandosi su aspetti oggettivi del diabete, come i suoi sintomi e la rigidità del trattamento stesso, risulta utile soprattutto nei primi momenti

successivi alla diagnosi per favorire strategie di adattamento funzionali, un maggiore coinvolgimento e un'accezzazione positiva del trattamento e della diagnosi stessa (Tareen & Tareen, 2017). Pertanto, insegnare e favorire l'utilizzo di strategie di coping funzionali risulta importante per il benessere psico-fisico della persona, e a fronte della diagnosi di *T1DM*, ne incoraggerebbe un accoglimento positivo nei genitori e nel ragazzo stesso.

3.2 Gli interventi familiari e il supporto sociale nel *T1DM* pediatrico.

Una gestione funzionale del *T1DM* coinvolge sia il bambino che la sua famiglia. Nel capitolo precedente, abbiamo potuto constatare come i fattori famigliari esercitino un importante influenza nella salute psicologica e fisica del ragazzo diabetico, e in che modo le strategie di adattamento adoperate dai genitori condizionassero il loro benessere psicologico. Visto il forte legame bidirezionale tra i fattori famigliari e gli esiti del diabete nel figlio, sono stati sviluppati numerosi interventi incentrati sulla famiglia.

Il lavoro di squadra familiare è uno degli interventi che risulterebbe avere maggiore impatto nella gestione del diabete. Esso prevede la comunicazione di indicazioni operative per una gestione diabetica ottimale, incoraggiando il coinvolgimento familiare, la gestione e prevenzione dei conflitti famigliari e sostenendo lo sviluppo di capacità comunicative funzionali. Gli esiti a cui auspica questo trattamento sono una maggiore collaborazione dei genitori, minori conflitti e un miglioramento della gestione glicemica (Hilliard et al., 2016). Riguardo ciò, è stato dimostrato che l'utilizzo da parte del personale sanitario di interventi psicoeducativi assimilabili al lavoro di squadra, favoriva una frequenza ambulatoriale più elevata, riduceva il rischio di complicazioni del *T1DM*, come il verificarsi di episodi ipoglicemici, e favoriva minori ospedalizzazioni. L'intervento di squadra familiare è stato associato al Coping Skills Training, e da tale

integrazione sono emersi cambiamenti favorevoli rispetto alla cura del diabete e circa la sfera psicologica e comportamentale del ragazzo e dei genitori (Hilliard et al., 2016).

La diagnosi di *T1DM* nel figlio può provocare un forte impatto psicologico all'interno della famiglia, per questo motivo il momento successivo la comunicazione diagnostica rappresenterebbe maggiori necessità d'intervento. A riguardo, è stato osservato che supportare i genitori e i bambini nel periodo post-diagnosi favorirebbe un'evoluzione positiva della cura del diabete, miglioramenti nello stress genitoriale e nelle condotte del bambino (Whittemore et al., 2012), (Delamater, 2009). Inoltre, sono stati riscontrati esiti positivi negli interventi familiari che incoraggiano nei genitori l'utilizzo dei rinforzi positivi, volti a supportare specifici comportamenti, e lo sviluppo di routine in quanto favorirebbero relazioni intra famigliari positive e dei miglioramenti nella gestione del *T1DM* (Delamater, 2009), (Whittemore et al., 2012). Interventi che si focalizzano sulla promozione del coinvolgimento e collaborazione familiare risultano avere risultati positivi, in particolare durante l'adolescenza, dove è consigliabile una supervisione costante da parte dei genitori che favorirebbe l'assunzione progressiva d'indipendenza e auto-cura da parte dell'adolescente, proprio per questo sarebbe necessaria una buona comunicazione tra i genitori e il figlio stesso (Jaser, 2010).

Un'altra componente che sembra conferire benefici all'interno del nucleo familiare è il supporto sociale. Quest'ultimo, ridurrebbe lo stress genitoriale e favorirebbe una migliore salute psicologica e fisica dei membri della famiglia. La rete sociale potrebbe fornire un aiuto oggettivo ai genitori, come fornire strumenti utili per la gestione del bambino diabetico o assistere quest'ultimo nei momenti in cui i genitori non possono accudirlo; inoltre, se alcune persone della rete sociale sono coinvolte anch'esse nell'esperienza di *T1DM* del proprio figlio, permetterebbe ai genitori di acquisire nuove indicazioni utili circa i servizi professionali che potrebbero sostenerli nella risoluzione delle problematiche che li affliggono. Pertanto, all'interno del contesto

sociale, è riscontrabile un importante sostegno emotivo che può essere fornito alla famiglia del bambino con *T1DM*, portando a vissuti genitoriali emotivi positivi di interesse reciproco e consapevolezza circa il sostegno che possono ricevere anche da persone esterne al nucleo familiare e da cui potrebbero sentirsi confortati nei momenti di forte stress e disagio (Goldfarb et al., 1990). Il confronto con persone che stanno vivendo la stessa esperienza di *T1DM* pediatrico consentirebbe ai genitori sia di sentirsi maggiormente compresi emotivamente che l'universalizzazione, ovvero l'acquisizione di coscienza circa la non esclusività della loro difficile situazione, attraverso la condivisione del loro vissuto con altre persone che stanno affrontando la medesima condizione. A fronte di ciò, interventi di supporto psicologico volti a considerare le ripercussioni emotive della diagnosi, potrebbero essere una fonte di benessere importante sia per i genitori che per il figlio con *T1DM*, dimostrando l'importanza del ruolo dello psicologo, integrato a quello del pediatra, all'interno del complesso quadro bio-psico-sociale del diabete pediatrico.

CONCLUSIONE

Gli studi analizzati dimostrano la complessità della gestione del diabete pediatrico, il quale dovrebbe essere trattato in tutte le sue sfumature biologiche, psicologiche e sociali. La gestione funzionale dello stress assume un ruolo fondamentale per una cura migliore della condizione medica. In particolare, durante l'adolescenza l'ausilio di determinate strategie di coping inficerebbe l'adattamento psico-sociale del giovane, pertanto la valutazione delle modalità con cui il paziente gestisce sia gli eventi stressanti diabete-correlati che fattori di stress della vita quotidiana, permetterebbe un'individuazione precoce di strategie disadattive, consentendone la sostituzione con modalità funzionali e adattive.

Allo stesso modo, dovrebbe essere rilevante anche la considerazione delle dinamiche famigliare, in quanto la presenza di dinamiche familiari disfunzionali non solo porta ad un deterioramento del benessere socio-emotivo genitoriale, ma aumenta sia il rischio di disadattamento psicologico del bambino diabetico che di peggioramento della gestione glicemica. Risulta fondamentale riconoscere nei genitori le strategie di coping utilizzate, per sostenerli attraverso la disposizione di strumenti efficaci per la gestione del *T1DM* del figlio. Questo potrebbe permettere un miglioramento della loro qualità di vita che risulta essere correlata alla salute del bambino.

Inoltre, una migliore valutazione e comprensione sia dell'esperienza soggettiva che genitoriale del *T1DM*, consentirebbe l'individuazione dei soggetti a rischio di psicopatologie, permettendone la prevenzione o un loro trattamento. Risulta inoltre necessario sviluppare interventi preventivi e, a fronte dei benefici legati al supporto sociale, favorire contesti in cui i genitori abbiano l'opportunità di condividere la loro esperienza con persone che vivono la loro medesima esperienza. Ne deriva l'esigenza di individuare i fattori protettivi, che permetterebbe una riduzione del rischio di complicazioni psicologiche individuali e genitoriali associate ad un deterioramento della cura del diabete. Si può evincere come una concezione bio-psico-sociale

del T1DM pediatrico potrebbe essere la più appropriata, in quanto oltre alle questioni biologiche legate alla malattia cronica, vengono considerate anche variabili psicologiche, sociali e psichiatriche (Sridhar, 2020). Appare quindi evidente che un'assistenza diabetologica pediatrica ottimale dovrebbe prevedere anche la presa in considerazione dei bisogni psicologici ed emotivi del paziente e della sua famiglia legati al diabete, per incoraggiare condizioni di vita migliori, sostenere una gestione glicemica efficiente e favorire una conoscenza contestualizzata del T1DM pediatrico.

BIBLIOGRAFIA

Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2021). Parental Stress, Anxiety and Depression Symptoms Associated with Self-Efficacy in Paediatric Type 1 Diabetes: A Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 18, 152.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Reeslund K., Patel N., & Yarboi J. (2017). Neurocognitive Deficits in Children with Chronic Health Conditions. *Am Psychol*; 72(4): 326-338.

Compas, B. E., Jaser S. S., Dunn M. J., & Rodriguez E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*; 8: 455-480.

Dantzer, E., Swendsen J., Maurice-Tison S., & Salamon R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review. *Clinical Psychology Review* 23: 787- 800.

Delamater, A. M. (2009). Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*; 10 (Suppl. 12): 175-184.

Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wysocki, T. (2001). Psychosocial Therapies in Diabetes. Report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care*; 24(7): 1286-1292.

Fairfax, A., Brehaut J., Colman, I., Sikora, L., Kazakova A., Chakraborty P., & Potter, B. K. (2019). A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatrics*; 19:215.

Goldfarb, L. A., Brotherson, M. J., Summers J. A., & Turnbull A. P. (1990). *La sfida dell'handicap e della malattia cronica. Guida al problem-solving familiare*; Gardolo: Edizioni Erickson.

Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad B. R., & Søvik, O. (2004). The Coping Styles of Adolescents With Type 1 Diabetes Are Associated With Degree of Metabolic Control. *Diabetes Care*; 27 (6): 1313- 1317.

Helgenson, V. S., Becker, D., Escobar, O., & Siminerio, L. (2012). Families With Children With Diabetes: Implications of Parent Stress for Parent and Child Health. *Journal of Pediatric Psychology*; 37(4): 467-478.

Hilliard, M. E., Powell, P. W., & Anderson B. J. (2016). Evidence-Based Behavioral Interventions to Promote Diabetes Management in Children, Adolescents, and Families. *Am Psychol*; 71(7): 590-601.

Jaser, S. S. (2010). Psychological Problems in Adolescents with Diabetes. *Adolesc Med State Art Rev*; 21(1): 138-xi.

Jaser, S. S., Linsky R., & Gray M. (2014). Coping and Psychological Distress in Mothers of Adolescents with Type 1 Diabetes. *Matern Child Health J*; 18(1).

Jaser, S. S., Patel, N., Xu, M., Tamborlane W. V., & Gray M. (2017). Stress and Coping Predicts Adjustment and Glycemic Control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Ann Behav Med*; 51(1): 30-38.

Jaser, S. S., & White L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child Care Health Dev*; 37(3): 335- 342.

Luyckx, K., Seiffge-Krenke I., & Hampson S. E. (2010). Glycemic Control, Coping, and Internalizing and Externalizing Symptoms in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*; 33 (7): 1424-1429.

Mitchell, S. J., Hilliard, M. E., Mednick L., Henderson C., Cogen F. R., & Streisand R. (2009). Stress among Fathers of Young Children with Type 1 Diabetes. *Fam Syst Health*; 27(4): 314-324.

Perricone, G. (2021). Pediatric Psychology. *Pediatr. Rep*; 13: 135-141.

Potì, S., Emiliani, F., & Palareti L. (2018). Subjective Experience of Illnes Among Adolescents and Young Adults With Diabetes: A Qualitative Research Study. *Journal of Patient Experience*; 5(2): 140-146.

Sridhar, G. R. (2020). On Psychology and Psychiatry in Diabetes. *Indian J Endocr Metab*; 24: 387-95.

Tareen, R. S., & Tareen, K. (2017). Psychosocial aspects of diabetes management: dilemma of diabetes distress. *Transl Pediatr*; 6(4): 383-396.

Turin, A., & Radobuljac M. D. (2021). Psychosocial factors affecting the etiology and management of type 1 diabetes mellitus: A narrative review. *World J Diabetes*; 12(9): 1518-1529.

Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, M. (2012). Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes: A Systematic Mixed-Studies Review. *Diabetes Educ*; 38(4): 562-579.

Zito, E., Mozzillo, E., & Franzese, A. (2012). Il diabete infantile giovanile: un approccio terapeutico integrato medico-psicologico. *L'Endocrinologo*; 13(1).

