

BJPsych

# Advances

Continuing professional development in psychiatry

Italian translation of:

## Psychiatric aspects of diabetes mellitus

**Anne M. Doherty**

*BJPsych Advances* 2015, **21**: 407–416

doi: [10.1192/apt.bp.114.013532](https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013532)

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to [permissions@rcpsych.ac.uk](mailto:permissions@rcpsych.ac.uk)

© The Royal College of Psychiatrists 2015

# Aspetti psichiatrici del diabete mellito<sup>†</sup>

ARTICLE

Anne M. Doherty

## SOMMARIO

Il diabete è un problema di salute sempre più comune, soprattutto nel mondo occidentale, dove vi è un'emergente epidemia di diabete di tipo 2, strettamente legata al diffondersi dell'obesità. Molte persone con diabete lottano per ottimizzare il loro controllo della malattia, anche perché spesso soffrono di malattie mentali o problemi psicologici e sociali associati. Lo scarso controllo del diabete ha conseguenze significative per l'individuo, che se non controllate attentamente si tradurranno in complicanze come: cecità, insufficienza renale e amputazioni. Ci sono anche conseguenze per i servizi sanitari derivanti dall'aumento dei ricoveri e dagli accessi al pronto soccorso per problematiche legate al diabete. Nel lungo termine, i costi associati alle complicanze, come l'insufficienza renale e le amputazioni, sono elevati. Mirare ad affrontare le barriere psichiatriche e psicologiche che ostacolano un buon controllo glicemico può aiutare a ridurre il peso del diabete e delle sue complicanze sia a livello individuale sia per i servizi sanitari.

## OBIETTIVI FORMATIVI

- Comprendere la correlazione tra problemi di salute mentale comuni e diabete
- Comprendere le barriere psicologiche che si interpongono all'autogestione del diabete
- Considerare il ruolo dello psichiatra nel ridurre il divario di mortalità che c'è nel diabete e in altre condizioni a lungo termine tra i pazienti che non soffrono e quelli che soffrono di disturbi mentale gravi.

## CONFLITTO DI INTERESSI

Nessuno

Il diabete mellito è una patologia cronica caratterizzata da elevati livelli di glucosio nel sangue, che se non controllati può causare gravi complicanze dovute agli effetti di glucotossicità. Si tratta di una condizione comune che è in aumento in incidenza e prevalenza. Nel Regno Unito ha una prevalenza attuale del 6%: 3,2 milioni di persone hanno una diagnosi di diabete, e quasi tre quarti di milione in più sono probabilmente affetti da diabete non diagnosticato (dati di Quality and Outcomes Frameworks per il 2012–2013, citato in Diabetes UK 2014, pag. 3). Il tipo 2 è la forma più comune di diabete, con solo il 10–15% di casi

attribuibili al tipo 1 o ad altre forme meno comuni. Circa un terzo delle persone con diabete hanno problemi psicologici e/o sociali che interferiscono con la loro capacità di gestire la propria malattia (Grigsby 2002). Ciò porta a glicemie scarsamente controllate, aumento del rischio di complicanze legate al diabete e a mortalità precoce, peggiore qualità di vita e aumento dei costi per l'individuo e per il servizio sanitario.

## Tipi di diabete

### Diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune che distrugge le cellule beta del pancreas, responsabili della produzione di insulina. Poiché l'insulina è essenziale nella regolazione dei livelli di glucosio nel sangue, una carenza di insulina porta a elevati livelli di glucosio.

### Diabete di tipo 2

Il diabete di tipo 2 ha una eziologia molto più complessa. Esso comprende diversi gradi di deficit di insulina e di insulino-resistenza, ma l'individuo continua a produrre un po' di insulina endogena, soprattutto nelle prime fasi della malattia. Il deficit di insulina può essere dovuto all'insufficienza delle cellule beta pancreatiche. La resistenza all'insulina è dovuta all'obesità addominale e porta all'impossibilità delle cellule di captare il glucosio nel sangue, con conseguente iperglicemia.

### Alcuni altri tipi

#### Diabete gestazionale

Si può presentare in donne senza una storia di diabete che sviluppano iperglicemia in gravidanza. Colpisce circa il 4% delle donne in gravidanza, e in alcuni casi può precedere lo sviluppo del diabete di tipo 2. Richiede un controllo rigoroso per evitare le complicanze del diabete nel neonato (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2008a).

#### Diabete di inizio pubertà dei giovani (MODY)

MODY è causato da difetti monogenici autosomici dominanti della funzione delle cellule beta, con una risultante secrezione insulinica alterata che si manifesta con una lieve iperglicemia in giovane età. E' molto raro: 50 casi per milione (Kropff 2011).

**Anne Doherty** è un primario psichiatra di consulenza e liaison che dirige il programma delle 3 Dimensioni di cura per il diabete (3DFD), al King's College Hospital di Londra. Questo servizio ha vinto un premio del BMJ nel 2014 perché ha portato a un miglioramento degli esiti nel diabete scarsamente controllato, attraverso interventi integrati psichiatrici, psicologici e sociali. I suoi temi di ricerca sono i disturbi dell'adattamento e i disturbi medici e psichiatrici in comorbilità.

**Corrispondenza** Dr Anne M. Doherty, King's College Hospital, Denmark Hill, London SE5 9RS, UK. Email: anne.doherty@kcl.ac.uk

<sup>†</sup>Titolo originale: 'Psychiatric aspects of diabetes mellitus', *BJPsych Advances*, 2015, 21, 407–416. Tradotto da Mattia Marchi, Università di Modena e Reggio Emilia. © The Royal College of Psychiatrists.

### Diabete autoimmune latente dell'adulto (LADA)

LADA è una rara forma di diabete dell'adulto con presenza di anticorpi nelle isole pancreatiche nella fase iniziale, ma con lenta progressione su base autoimmune dell'insufficienza delle beta-cellule (Stenström 2005).

### Diabeti secondari

Il diabete secondario è causato da una grande varietà di condizioni, tra cui: pancreatite, farmaci, interventi chirurgici, sindrome di Cushing e fibrosi cistica, e dà ragione di un 10% dei casi di diabete (Ewald 2012).

### La gestione del diabete

Nel diabete di tipo 1 i trattamenti più efficaci sono quelli che cercano di replicare il modello naturale della produzione di insulina – un livello basale di insulina con boli per ridurre i picchi di glucosio postprandiale. Ciò può configurarsi come un regime cosiddetto basale/boli, in cui il paziente si inietta l'insulina regolare o a lento rilascio una o due volte al giorno e boli di insulina ad azione rapida in concomitanza di ogni pasto. Un'altra opzione terapeutica consiste nella terapia che si avvale di pompe ad infusione continua (che permettono un'infusione sottocutanea continua di insulina), nella quale l'individuo indossa una pompa che fornisce un'infusione costante di insulina ad azione rapida, con boli controllati dalla persona in occasione dei pasti. Infine, vi è un regime a dose costante di insulina, nel quale una severa regimentazione del consumo di carboidrati ad ogni pasto assicura il controllo dei livelli glicemici: questo regime è meno comune. Recenti innovazioni nella formazione specialistica, come "l'aggiustamento della dose per una dieta normale" (DAFNE), consentono agli individui di ottenere un maggior controllo sul proprio diabete e di avere un più ampio margine di libertà nelle proprie scelte dietologico-nutrizionali, ma, nello stesso tempo, aumentano la complessità dell'auto-gestione della propria malattia diabetica.

La gestione del diabete di tipo 2 richiede trattamenti diversi nelle differenti fasi della malattia (2008b NICE). Nelle fasi precoci, il diabete può essere controllato tramite modifiche dello stile di vita. Tuttavia, molti pazienti necessitano di farmaci orali, tra cui la metformina (prima scelta per le persone con funzione renale normale), le sulfaniluree, i tiazolidinedioni, gli inibitori della dipeptidil peptidasi-4 (DPP-4) (gliptine) e, più recentemente, gli inibitori del sodio/glucosio co-trasportatore-2 (SGLT-2). Per coloro che non rispondono adeguatamente agli ipoglicemizzanti orali esistono farmaci iniettabili:

il peptide-glucagone-simile-1 (GLP-1) e l'insulina. Il GLP-1 è un peptide anoressizzante prodotto, a livello centrale, nel nucleo del tratto solitario del midollo allungato e, a livello periferico, nel pancreas e nel tratto gastro-intestinale.

È stato osservato un calo del peso corporeo in persone diabetiche trattate con analoghi del GLP-1 ed è stato pertanto ipotizzato che ciò possa essere dovuto al suo effetto centrale sul sistema mesolimbico (van Bloemendaal 2014).

I capisaldi della terapia auto-gestita del diabete sono l'educazione sanitaria, la dieta, il costante monitoraggio, lo stile di vita e la concordanza con i trattamenti. L'osservazione di queste misure di autogestione richiede un alto grado di motivazione, tanto che molti pazienti le trovano onerose, soprattutto se presentano una comorbidità con problemi di salute mentale, problemi sociali o se hanno altre concomitanti avversità della vita da affrontare.

### L'importanza del controllo glicemico

Il diabete è associato a gravi complicanze, che sono una conseguenza della glucotossicità. Queste includono la neuropatia, la maculopatia, l'insufficienza renale e le amputazioni. Il rischio di sviluppare queste complicanze aumenta se vi è uno scarso controllo glicemico. L'emoglobina glicata o HbA<sub>1c</sub> è una misura oggettiva del controllo glicemico globale e consente di fissare obiettivi da raggiungere.

Il "UK Prospective Diabetes Study" (UKPDS) è stato un ampio studio che ha seguito oltre 5000 persone con diagnosi di diabete di tipo 2 per 10 anni (UKPDS [www.dtu.ox.ac.uk/](http://www.dtu.ox.ac.uk/)). Una delle pubblicazioni scaturite da questo studio ha dimostrato che un controllo glicemico rigido era associato ad una riduzione delle complicanze connesse al diabete (es. morte improvvisa, insufficienza renale, amputazioni, cecità monoculare) (UKPDS, 1998). Un'altra pubblicazione riportava il dato che una riduzione dell'1% dei livelli di HbA<sub>1c</sub> era associata ad una riduzione del 21% del rischio per qualsiasi complicanza correlata al diabete: il 21% per i decessi legati al diabete, il 14% per l'infarto del miocardio ed il 37% per le complicanze microvascolari. Non era però possibile identificare un valore soglia di HbA<sub>1c</sub> per la riduzione del rischio per ognuno degli endpoints considerati (Stratton 2000).

Pertanto, il rischio di complicanze può essere gestito sia mantenendo i valori di HbA<sub>1c</sub> entro certi limiti, solitamente fissati a livello individuale, sia tenendo in considerazione i rischi di ipoglicemia e iperglicemia. Ad esempio, per la maggior parte degli individui è auspicabile un livello di HbA<sub>1c</sub> di

6,5–7,5%, mentre per soggetti anziani o a rischio di cadute i valori-target potrebbero essere fissati meno rigidamente. Dall'altro lato, invece, le donne gravide richiedono misure di controllo glicemico più stringenti per ridurre al minimo il rischio di complicanze sul feto.

Gli episodi ipoglicemici sono un grave problema caratterizzato da bassi livelli ematici di glucosio. Episodi di ipoglicemia moderata sono da considerarsi il prezzo da pagare per ottenere un buon controllo glicemico. Tuttavia, episodi di ipoglicemia grave possono portare a perdita di coscienza, convulsioni e persino morte.

Una delle difficoltà che si hanno a convivere con il diabete consiste nel ritardo della manifestazione delle conseguenze di un controllo glicemico subottimale: a differenza di condizioni come l'asma o artrite, dove la non aderenza alla terapia ha un effetto immediato, nel diabete esse non avvengono immediatamente. Potrebbero essere necessari molti anni o addirittura decenni per vedere emergere le complicanze del diabete, e a quel punto, potrebbe essere troppo tardi per evitarle o per guarirle. Questa latenza cronologica rende più facile per i pazienti non considerare la cura del diabete come una priorità e consente loro di utilizzare meccanismi difensivi di negazione per molti anni, mentre le complicanze lentamente si sviluppano.

I fattori psicologici sono importanti per il mantenimento di un buon controllo glicemico. Ora esaminerò le barriere psicologiche associate ai principali disturbi psichiatrici, e procederò parlando di alcuni problemi psicologici tipicamente associati al diabete, come la paura dell'ipoglicemia, il timore di sviluppare complicanze e difficoltà specifiche in materia di adesione ai diversi aspetti della complessa gestione terapeutica.

## Psicosi e diabete

Le persone con disturbi di salute mentale possiedono un aumentato rischio di mortalità, con un "divario di mortalità" di oltre 10 anni rispetto alle persone senza disturbi psichiatrici (Lawrence 2013). Le persone con disturbi psicotici mostrano un rischio globale di morte per causa cardiaca aumentato del doppio rispetto a quello della popolazione generale, e il diabete è uno dei fattori che contribuiscono a ciò, dal momento che il diabete e la costellazione di fattori di rischio ad esso correlati (tra cui: resistenza insulinica, obesità addominale, ipertensione e disregolazione lipidica) sono molto più comuni nei casi di grave malattia mentale (De Hert 2006; Mitchell 2012, 2013a). Il diabete di tipo 2 è associato ad una mortalità raddoppiata nella schizofrenia (Schoepf 2012). Vinogradova *et al* (2010) hanno riscontrato

un aumento della mortalità per diabete sia in comorbilità con la schizofrenia che con il disturbo bipolare e hanno ipotizzato che un peggior controllo glicemico potrebbe essere addotto a spiegazione di ciò. In uno studio danese che ha esaminato la comorbilità tra diabete di tipo 2 e la psicosi, più di un terzo delle morti naturali sono state attribuite al diabete, il 14% delle quali è stato attribuito all'interazione tra diabete e i disturbi psichici considerati (Ribe 2014).

I disturbi psicotici possono generare ostacoli nella gestione del diabete, sia nelle fasi croniche che in quelle acute di malattia. Nella psicosi acuta, la presenza di disturbi comportamentali e agitazione psicomotoria può comportare difficoltà nell'aderenza alla complessa autogestione del diabete. Nella schizofrenia cronica, i sintomi negativi e la scarsa alimentazione rappresentano un ostacolo all'ottimale auto-gestione della terapia, aggravando anche gli effetti dei farmaci antipsicotici (Newcomer 2005).

L'inserimento di interventi sullo stile di vita come parte della gestione routinaria dei disturbi psicotici migliora i guadagni in termini di salute (Caemmerer 2012).

L'adattamento secondo Lester del Positive Cardiometabolic Health Resource (Shiers 2014) fornisce protocolli evidence-based di trattamento condiviso per le cure primarie e secondarie. Psichiatri ed équipes operanti nei contesti della psichiatria di comunità possono svolgere un ruolo importante nel raggiungimento e nel mantenimento del controllo glicemico, dal momento che spesso hanno un contatto con il paziente molto più intenso rispetto a quello dei servizi per il diabete, e possono ricoprire una posizione più favorevole per guidare i cambiamenti dello stile di vita, magari attraverso l'utilizzo di tecniche di colloquio motivazionale.

## Depressione e diabete

La depressione è comune (con una prevalenza di circa il 10%) in persone con problemi di salute fisica, soprattutto quando hanno ricevuto di recente una diagnosi di malattia grave o hanno subito un evento di vita avverso e potenzialmente letale (Wulsin 2005). Quando è presente nel diabete, la depressione è associata a scarsa adesione al trattamento farmacologico, inattività fisica, non ottimale controllo glicemico, aumentato rischio di complicanze del diabete, peggiore qualità di vita e maggiore ricorso a cure non programmate (Lustman 2005; Ismail 2007). Uno studio condotto su pazienti al primo episodio di ulcera al piede ha evidenziato che coloro che presentavano sintomi depressivi al momento della diagnosi avevano

tassi di mortalità significativamente più elevati: erano 2-3 volte più a rischio di morire entro i 18 mesi di follow-up (Ismail 2007).

La presenza, in comorbidità, di un disturbo psichiatrico aumenta l'utilizzo dei servizi sanitari, il rischio di complicanze a lungo termine e il carico economico complessivo. Quando il trattamento del diabete è integrata con la gestione della depressione, migliorano sia gli esiti biomedici sia quelli psicosociali migliorano (Katon 2004).

La diagnosi di depressione maggiore nelle persone con malattie croniche può essere complessa, perché i sintomi somatici della depressione sono spesso mascherati dai sintomi attribuibili alla condizione fisica (Verhaak 2006; Parker 2010), anche se c'è qualche evidenza che dimostra come anche i sintomi somatici possano essere distinti (Mitchell 2013b). Per questo motivo, vi sono prove esigue circa l'efficacia di utilizzo nel diabete di strumenti di screening della depressione (Hermanns 2010). Ad esempio, i sintomi somatici quali anergia ed insonnia possono essere attribuiti ad iperglicemia persistente. I professionisti che si occupano di diabete potrebbero essere riluttanti ad avvicinarsi al tema dell'umore o di altri problemi psicologici, in particolar modo se il servizio non dispone di un numero adeguato di specialisti di psichiatria di consultazione (Coventry 2011).

### Disturbi alimentari e diabete

I pazienti con diabete di tipo 1 hanno un rischio raddoppiato di sviluppare disturbi alimentari rispetto alla popolazione generale, con una prevalenza che varia dal 6,4% al 10,1% (Young 2013).

Uno studio longitudinale di 11 anni condotto su 207 donne con diabete di tipo 1 ha osservato che la maggior parte di coloro che hanno fatto ricorso, al tempo zero, alla restrizione insulinica al fine di controllare il peso e la forma corporea, continuano a farlo nel tempo e che l'incidenza delle restrizioni insuliniche di nuova insorgenza è elevata (23%) (Goebel-Fabbri 2011).

La presentazione dei disturbi alimentari nel diabete di tipo 1 è diversa dalla quella nella popolazione generale, con il sintomo comune della restrizione insulinica (riduzione posologica/sospensione) per il controllo del peso. Questo comportamento può essere considerato come una forma di restrizione del peso come l'utilizzo di lassativi nella bulimia. Anche se spesso viene sospettato, può essere difficile discuterne con i pazienti. La restrizione insulinica per controllare il peso mette a repentaglio la gestione del diabete, portando a iperglicemia, aumento del rischio di complicanze microvascolari, ricoveri ripetuti per

chetoacidosi diabetica, mortalità precoce e stress familiare (Jones 2000; Arcelus 2011). Ci sono pochi studi interventistici in questa popolazione ed, aneddoticamente, questi pazienti si dimostrano clinicamente difficili da gestire. Gli unici studi randomizzati controllati che coinvolgono persone con disturbo alimentare e diabete di tipo 1 hanno scoperto che, rispetto al trattamento standard, una psicoeducazione di base migliora i sintomi alimentari, ma non il controllo glicemico o la sospensione dell'insulina, suggerendo che la supervisione di un esperto diabetologo potrebbe essere necessaria per determinare un miglioramento degli esiti della malattia diabetica (Olmsted 2002).

### Disturbi d'ansia e diabete

Anche se la depressione è forse il disturbo mentale più comune nel diabete, e i disturbi alimentari sono probabilmente quelli dagli effetti più devastanti, una grande varietà di altri disturbi mentali può avere un impatto rilevante sul diabete, sulla sua gestione e sulla sua prognosi. Disturbi d'ansia, soprattutto fobia degli aghi ed il correlato evitamento della somministrazione di insulina e del monitoraggio dei livelli ematici di glucosio, possono influenzare negativamente l'autogestione, così come il disturbo ossessivo-compulsivo, che può comportare un controllo eccessivo dei livelli di glicemia. Alcuni studi hanno riportato che il 14% delle persone affette da diabete soddisfa i criteri per il disturbo d'ansia generalizzato e il 40% ha riferito alcuni sintomi ansiosi (Grigsby 2002), e che questi ultimi sono stati associati a uno scarso controllo glicemico (Anderson 2002). Questa relazione può essere mediata dall'inattività fisica (Lipscombe 2014). Studi recenti suggeriscono che l'ansia relativa al controllo glicemico potrebbe non essere così comune nel diabete come in precedenza si riteneva, anche se dobbiamo considerare che questi studi utilizzavano questionari auto-amministrati e non strumenti diagnostici (Strandberg 2014; Browne 2015).

La fobia dell'ago è comune nel diabete, sia di tipo 1 che di tipo 2 in insulino-terapia (Mollema 2001; Cemeroglu 2014) ed è associata a scarso controllo glicemico (Berlin 1997).

E' anche associata ad un maggior frequenza di utilizzo di terapia in pompa e un controllo glicemico peggiore anche quando si utilizza questo approccio (Cemeroglu 2014). La fobia degli aghi dovrebbe essere trattata come le altre fobie, utilizzando un approccio cognitivo-comportamentale che includa il rilassamento e la ri-esposizione graduale-non ci sono evidenze per alcun trattamento specifico per il diabete.

## Problemi psicologici specifici nel diabete

Il diabete è associato a specifici problemi psicologici che possono avere un effetto diretto sul controllo glicemico e quindi sullo sviluppo di complicanze, sulla futura disabilità fisica e sulla mortalità (Doherty 2014). Alcune complicanze del diabete, in particolare i problemi sessuali, possono anche determinare particolari difficoltà psicologiche. Riquadro 1 mostra una serie di indicazioni per la valutazione psichiatrica nel diabete.

### Accettazione della diagnosi, negazione ed incertezza

Persone che hanno ricevuto una recente diagnosi di diabete spesso lamentano difficoltà di adattamento alla diagnosi (Larsen 2014). In particolare, riferiscono difficoltà ad accettare di avere una patologia cronica che richiede una costante autogestione per prevenire le complicanze a lungo termine. Questo può comportare una varietà di risposte, da una reazione depressiva al rifiuto all'evitamento, ognuna delle quali può esitare in uno scarso controllo glicemico.

### Paura dell'ipoglicemia

Oltre ai gravi rischi fisici associati all'ipoglicemia, un episodio di ipoglicemia è anche un'esperienza soggettiva spiacevole (Larsen 2014). Questa esperienza, che può essere così grave da richiedere l'assistenza di terzi, la perdita di coscienza e addirittura il ricovero ospedaliero, può rendere l'individuo così ansioso di evitarne una ulteriore, da portare la propria glicemia molto al di sopra dei valori raccomandati (spesso soprattutto di notte). Il risultato di ciò risulta essere un deterioramento del controllo glicemico.

### Paura delle complicanze

Le potenziali complicanze del diabete vengono di solito illustrate ai pazienti al momento della diagnosi. La maggior parte dei pazienti recepisce queste informazioni senza problemi, ma un piccolo numero di pazienti presenta ansia anticipatoria rispetto all'eventualità di poter sviluppare queste condizioni (Larsen 2014). Alcuni pazienti, riscontrando elevati valori glicemici nonostante i loro migliori sforzi, si sentono come se, a dispetto di tutti gli sforzi fatti, non potessero mai pienamente controllare la loro malattia, e immediatamente ne deducono che le complicanze sono inevitabili. Si sentono scoraggiati circa il loro controllo sul diabete e, forse per questo, evitano le attività di auto-cura necessarie (per evitare questi sentimenti di fallimento). Paradossalmente questo può, naturalmente, aumentare il rischio di sviluppare

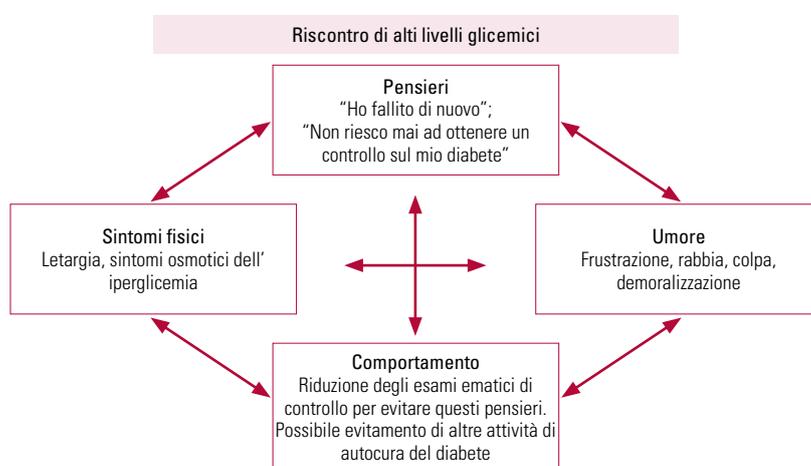
### RIQ. 1 Indicazioni alla consulenza psichiatrica in soggetti diabetici

- Segni di umore depresso
- Basso BMI: potrebbe indicare un disturbo alimentare
- Riluttanza ad iniziare la terapia insulinica: potrebbe indicare la presenza di una fobia degli aghi o paura dell'insulina
- Controllo glicemico subottimale persistente
- Ricoveri ricorrenti (es. per chetoacidosi diabetica, per ricorrenti crisi ipoglicemiche gravi)
- Difficoltà di transizione ai servizi per adulti

complicanze del diabete. Una formulazione cognitivo-comportamentale di questa teoria è mostrata in Fig. 1.

### Aderenza alla terapia

La maggior parte delle persone affette da diabete sa ciò che è necessario fare per una buona gestione della condizione di malattia, ma alcuni incontrano delle difficoltà nell'adesione al regime completo di auto-cura necessario a garantire un controllo ottimale del diabete. Questo può accadere per una vasta gamma di motivi, tra cui disturbi mentali e problemi sociali che assorbono l'attenzione dell'individuo. I sacrifici richiesti dal regime di autogestione sono grandi e può perciò essere difficile integrarli in una vita attiva. Perché si attuino queste attività di cura di sé, l'individuo deve considerarle come importanti e prioritarie. L'utilizzo di tecniche di colloquio motivazionale potrebbe essere utile nell'aiutare i pazienti a superare le barriere frapposte alle possibilità di autocura e alla riattribuzione ad essa della giusta



**FIG 1** Formulazione cognitivo-comportamentale delle reazioni psicologiche al riscontro di alti valori glicemici.

priorità. Questo potrebbe essere particolarmente importante per i giovani con diabete di tipo 1, tra i quali la mortalità è fino a sei volte superiore rispetto a coetanei non diabetici, ciò viene in parte attribuito al distress psicologico che essi subiscono durante la transizione verso il diabete dell'età adulta (Diabetes UK 2011). La figura 2 mostra come i problemi legati all'aderenza possano essere considerati lungo uno spettro che va dalle difficoltà generali di coping alla malattia mentale, in una piramide di necessità.

Ci sono prove che interventi psicologici focalizzati sul diabete, tra cui colloqui motivazionali e approcci cognitivo-comportamentali, possano essere utili al miglioramento dell'aderenza ed al controllo glicemico (Katon 2004; Ismail 2010; McGregor 2011).

### *Credenze sulla salute anomale*

Credenze anormali sulla salute riguardo l'uso dell'insulina sono comuni, soprattutto in certi gruppi culturali (Larsen 2014). Ad esempio, nelle popolazioni in cui vi è un'alta prevalenza di diabete, i soggetti possono avere visto i membri della propria famiglia soffrire di complicanze avanzate del diabete, cronologicamente presentatesi in concomitanza con l'introduzione dell'insulina, e di conseguenza possono associare l'insulina a queste complicanze. Lo stigma è diffuso anche per il diabete, tanto che alcuni pazienti sono riluttanti ad iniziare l'insulina, per paura che la gente possa confondere le loro iniezioni all'uso di droghe per via endovenosa.

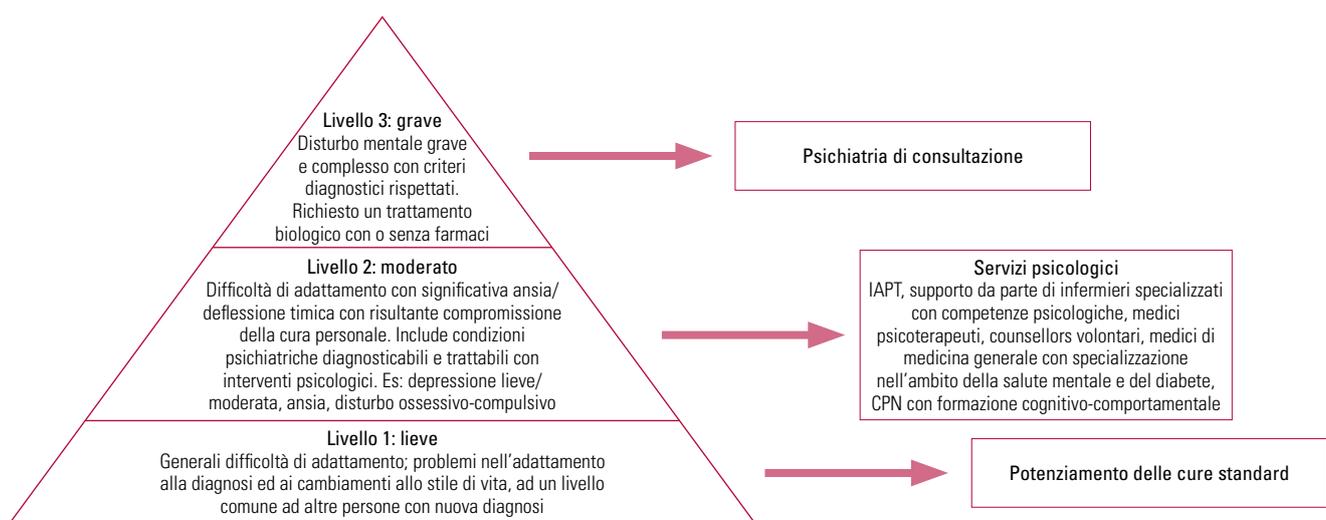
### **Il ruolo della personalità e delle capacità di adattamento**

E' sempre più riconosciuto e condiviso che la costellazione di sintomi, un tempo conosciuta come diabete fragile (grave instabilità glicemica, con frequenti ricoveri ospedalieri e complicanze e mortalità precoci), abbia una componente psicologica significativa. Uno studio recente sulla psicopatologia del diabete fragile ha riscontrato un aumento del tasso di tratti disadattivi di personalità in soggetti con questa forma di diabete, rispetto a quelli con diabete stabile (Pelizza 2014).

Anche i problemi sociali possono avere un impatto sul diabete e sulla salute generale (Saydah 2013). E' intuitivo che l'essere senza fissa dimora, per esempio, costituisce un problema prioritario rispetto ai dettagli di autocura del diabete.

### **La gestione delle malattie mentali associate**

Il trattamento dei disturbi mentali di asse I nel diabete non è differente rispetto alla loro gestione nella popolazione generale. Tuttavia, se l'effetto che il diabete esercita sulla condizione psichica viene considerato parallelamente al disturbo mentale, è più probabile che ci sia un miglioramento sia della salute fisica sia di quella mentale dell'individuo. L'effetto del disturbo mentale sulla salute fisica dell'individuo implica che gli interventi psicologici sulle persone con diabete siano indicati a partire da una soglia sintomatologica inferiore rispetto a quella del resto della popolazione.



**FIG 2** : Piramide dei problemi psicologici nel diabete (adattato da Trigwell 2008 a Doherty 2013). CBT è la terapia cognitivo-comportamentale; CPN=infermiere psichiatrico di comunità; IAPT=acronimo inglese per Improving Access to Psychological Therapies programme, ovvero "Programma di miglioramento dell'accesso alle terapie psicologiche", programma di psicoterapia a bassa intensità.

Quando il controllo glicemico viene rapidamente migliorato, vi è un aumentato rischio di complicanze micro vascolari transitorie, soprattutto retinopatia e neuropatia. Si consiglia di programmare fotografia della retina in questo caso.

### Interventi farmacologici

#### Depressione ed ansia

Gli antidepressivi sono spesso necessari per la depressione nel diabete e il trattamento è simile a quello utilizzato nella popolazione generale (NICE 2009). Alcuni antidepressivi – duloxetina, amitriptilina e nortriptilina – trovano indicazione per il trattamento del dolore dovuto a neuropatia diabetica, e sono scelte utili per i pazienti che soffrono di depressione e di dolore neuropatico in comorbilità. Allo stesso modo, l'utilizzo del pregabalin è autorizzato per il trattamento del dolore neuropatico, e potrebbe essere considerato per la neuropatia in comorbilità con disturbi d'ansia.

L'effetto degli antidepressivi sulla regolazione della glicemia non è chiaro. Sono stati riportati casi sia di aumento sia di riduzione della glicemia, associati a vari agenti antidepressivi (Khoza 2011). Derijks e colleghi (2008a) hanno scoperto che gli antidepressivi erano associati ad un aumento di 1,5 volte del rischio di iperglicemia e di 1,8 volte del rischio di ipoglicemia. Uno studio caso-controllo condotto dagli stessi Autori ha dimostrato che l'uso di antidepressivi a lungo termine (> 3 anni) nel diabete era associato ad un aumento di 2,8 volte del rischio di ipoglicemia grave (Derijks 2008b). L'ipoglicemia era associata agli antidepressivi con alta affinità per il trasportatore responsabile del re-uptake della serotonina (cioè gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e la clomipramina), mentre l'iperglicemia era più fortemente associata ai farmaci con maggiore affinità per il recettore 5-HT<sub>2c</sub> (serotonina), H<sub>1</sub> (istamina), e per i trasportatori responsabili del re-uptake della noradrenalina (ad esempio amitriptilina, doxepina, imipramina, maprotilina, nortriptilina, mianserina, mirtazapina) (Derijks 2008a, b).

Era stato ipotizzato che gli antidepressivi potessero agire direttamente sulla riduzione dell'insulino-resistenza, anche se ciò è poi stato smentito (Pyykkönen 2011).

#### Psicosi

Gli antipsicotici sono un elemento chiave nella gestione dei disturbi psicotici. Molti farmaci antipsicotici causano effetti metabolici negativi,

tra cui l'aumento di peso (De Hert 2011) e una maggiore incidenza di diabete mellito (Correll 2015). Uno studio condotto in Austria e in Germania su oltre 60.000 individui ha scoperto che coloro che assumevano antipsicotici avevano un peggior controllo glicemico e un più elevato tasso di complicanze acute rispetto a quelli che non ne facevano uso. Essi hanno rilevato che, nonostante gli antipsicotici atipici (di seconda generazione) siano stati correlati all'iperglicemia, non vi era alcuna differenza significativa tra l'iperglicemia dei pazienti in terapia con antipsicotici tipici e quella di coloro che non ne assumevano (Galler 2015). Gli antipsicotici atipici sono correlati ad un aumento di più di tre volte dell'incidenza di iperglicemia rispetto ai tipici; gran parte dell'aumento del rischio è attribuibile ad olanzapina e clozapina (De Hert 2008). Lipscombe e colleghi (2011) hanno evidenziato che il diabete è associato sia all'uso degli antipsicotici tipici sia degli atipici nelle persone anziane.

Ci sono prove che il trattamento con antipsicotici atipici possa interrompere l'attività neurale associata con l'anticipazione e la ricezione del reward connesso all'assunzione del cibo. Mathews *et al* (2012) hanno riscontrato una maggiore attivazione della corteccia frontale inferiore, dello striato e della corteccia cingolata anteriore sulla base di meccanismi di anticipazione dell'introduzione di cibo gratificante, una maggiore attivazione del caudato e del putamen alla base della ricezione di questo cibo e un calo di attivazione in risposta al ricevimento di cibo gratificante nella corteccia frontale orbitale laterale, un'area che si pensa inibisca i comportamenti alimentari. Si ritiene che questa attività cerebrale sia un meccanismo verosimilmente coinvolto nello sviluppo del diabete di tipo 2 nei pazienti che assumono antipsicotici. Ci sono prove che i diversi antipsicotici atipici producono effetti differenti sui livelli plasmatici di glucosio in modelli murini (Savoia 2010), ma questo non è stato replicato negli esseri umani.

Il profilo metabolico del farmaco è un elemento chiave da considerare nella scelta di un antipsicotico, ma tale scelta deve essere ponderata entro una più ampia considerazione relativa alla salute dell'individuo. Nel caso della psicosi resistente, il farmaco più efficace, la clozapina, ha un tasso molto alto di effetti collaterali metabolici (Allison 1999; Le Noury 2008). Nella scelta di un antipsicotico, questi rischi devono essere soppesati insieme all'evidenza che, nella schizofrenia, i pazienti trattati con clozapina vivono più a lungo (con riduzioni particolarmente marcate dei tassi di suicidio), il che suggerisce come un trattamento efficace della malattia mentale possa migliorare

le capacità dell'individuo di gestire sia la propria salute fisica sia quella mentale (Tiihonen 2009).

Vi sono evidenze emergenti del fatto che alcune strategie farmacologiche nella schizofrenia, come l'uso di metformina per la perdita di peso nei pazienti in terapia con antipsicotici (Wu 2008) e di aripiprazolo in augmentation alla clozapina per promuovere la salute metabolica – esso riduce il peso e migliora il profilo lipidico (Fleischhacker 2010) – possono rivelarsi efficaci per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare in questa popolazione di pazienti.

### Interventi non farmacologici

L'uso di alcuni interventi, come i colloqui motivazionali e la terapia cognitivo-comportamentale, nella gestione dei problemi psicologici nel diabete è sostenuto da forti evidenze scientifiche (Ismail 2010).

Gli interventi psicosociali si sono rivelati efficaci per le persone che assumono farmaci antipsicotici, sia nel ritardare che nell'invertire i fattori di rischio cardiovascolare (Alvarez-Jimenez 2006; Caemmerer 2012).

I colleghi che si occupano del diabete probabilmente coglieranno l'opportunità di discutere casi di pazienti che condividono con gli psichiatri. I medici internisti stanno riconoscendo sempre più l'impatto dei problemi di salute mentale sulla salute fisica dei pazienti e, in particolare, sul controllo glicemico.

### Considerazioni riguardanti i servizi

Il diabete è un problema comune che spesso si rinviene in comorbidità con un disturbo mentale. La conoscenza della HbA<sub>1c</sub> di una persona e il supporto per migliorare il suo profilo di rischio, in particolare riducendone l'HbA<sub>1c</sub> dell'1% (sia attraverso un cambiamento della dieta, sia con l'esercizio fisico o mediante l'ottimizzazione del trattamento e dell'aderenza ad esso) porta ad una riduzione del rischio di sviluppare le complicanze del diabete.

La piramide del bisogno (Fig. 2) mette in evidenza quali pazienti necessitino di un potenziamento cure potenziate, quali potrebbero aver bisogno di input psicologici e quali invece richiedano un intervento psichiatrico specialistico.

Negli ultimi anni si è sviluppato un certo numero di modelli innovativi di cure combinate per diabete e salute mentale, tra i quali il modello 3DFD nel Regno Unito e il modello TEAMcare negli Stati Uniti (riquadro 2). Tali programmi hanno dimostrato che l'integrazione della psichiatria nella cura del diabete può arrecare giovamenti, non solo alla salute mentale dei pazienti, ma anche

## RIQ. 2 Nuovi modelli di cura nel diabete e nella salute mentale

### 3 dimensioni di cura per il diabete (3DFD)

Questo modello, sviluppato nel sud di Londra grazie ad una collaborazione tra il King's Health Partners ed una serie di quartieri di Londra e di organizzazioni attive nella comunità, è diretto alle dimensioni sociale e psicologica di una vita con il diabete attraverso l'integrazione dell'assistenza medica, psicologica e sociale per i pazienti con persistente scarso controllo glicemico. Questo servizio ha prodotto risultati che dimostrano un miglioramento del controllo glicemico, del benessere psicologico e della soddisfazione del paziente, così come una riduzione del ricorso a cure in urgenza fuori programma e dei loro relativi costi (Archer 2012).

### TEAMcare

TEAMcare si è sviluppato a partire da uno studio condotto da un team multidisciplinare dell'Università di Washington e dal Group Health Research Institute (appartenente ad un'organizzazione sanitaria no-profit statunitense). Questo nuovo intervento bio-psico-sociale promuove un potenziamento del modello di cura del diabete per persone con diabete e depressione, attraverso l'uso di psicoterapie condotte da infermieri specializzati nella cura del diabete, sotto la supervisione di uno psichiatra (McGregor 2011).

alla loro salute fisica (McGregor 2011; Archer 2012).

Ci sono prove convincenti che dimostrano come tenere in considerazione la salute mentale di ogni individuo, garantendogli, dove possibile, il trattamento degli eventuali problemi psichiatrici e la soddisfazione dei bisogni sociali, sia la chiave per migliorare la salute ed il funzionamento sociale delle persone con diabete.

## Bibliografia

- Allison DB, Mentore JL, Heo M, et al (1999) Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, **156**: 1686–96.
- Alvarez-Jimenez M, Gonzalez-Blanch C, Vazquez-Barquero JL, et al (2006) Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioral intervention in drug-naïve first-episode psychosis patients: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, **67**: 1253–60.
- Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, et al (2002) Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **32**: 235–47.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, **68**: 724–31.
- Archer N, Ismail K, Bridgen O, et al (2012) Three dimensions of care for diabetes: a pilot service. *Journal of Diabetes Nursing*, **16**: 123.
- Berlin I, Bisslerbe JC, Eiber R, et al (1997) Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type I diabetic adults. *Diabetes Care*, **20**: 176–8.

- Browne JL, Nefs G, Pouwer F, et al (2015) Depression, anxiety and self-care behaviours of young adults with Type 2 diabetes: results from the International Diabetes Management and Impact for Long-term Empowerment and Success (MILES) Study. *Diabetic Medicine*, **32**: 133–40.
- Caemmerer J, Correll CU, Maayan L (2012) Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research*, **140**: 159–68.
- Cemeroglu AP, Can A, Davis AT, et al (2014) Fear of needles in children with type 1 diabetes mellitus on multiple daily injections (MDI) and continuous subcutaneous insulin infusion (CSII). *Endocrine Practice*, **6**: 1–25.
- Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, et al (2015) Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*, **14**: 119–36.
- Coventry PA, Hays R, Dickens C, et al (2011) Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC Family Practice*, **12**: 10–17.
- De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D, et al (2006) Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, **2**: 14.
- De Hert M, Schreurs V, Sweers K, et al (2008) Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophrenia Research*, **101**: 295–303.
- De Hert M, Detraux J, van Winkel R, et al (2011) Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology*, **8**: 114–26.
- Derijks HJ, Meyboom RH, Heerdink ER, et al (2008a) The association between antidepressant use and disturbances in glucose homeostasis: evidence from spontaneous reports. *European Journal of Clinical Pharmacology*, **64**: 531–8.
- Derijks HJ, Heerdink ER, De Koning FH, et al (2008b) The association between antidepressant use and hypoglycaemia in diabetic patients: a nested case–control study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, **17**: 336–44.
- Diabetes UK (2011) *Diabetes in the UK 2011–2012: Key Statistics on Diabetes*. Diabetes UK.
- Diabetes UK (2014) *Diabetes: Facts and Stats (Version 3, Revised: March 2014)*. Diabetes UK.
- Doherty A, Ismail K (2013) *Commissioning Support and Implementing Best Practice Factsheet: Diabetes and Mental Health*. Mental Health Training and Education Programme.
- Doherty AM, Gaughran F (2014) The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **49**: 673–82.
- Ewald N, Kaufmann C, Raspe A, et al (2012) Prevalence of diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (type 3c). *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, **28**: 338–42.
- Fleischhacker WW, Heikkinen ME, Olie JP, et al (2010) Effects of adjunctive treatment with aripiprazole on body weight and clinical efficacy in schizophrenia patients treated with clozapine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, **13**: 1115–25.
- Galler A, Bollow E, Meusers M, et al (2015) Comparison of glycemic and metabolic control in youth with type 1 diabetes with and without antipsychotic medication: analysis from the nationwide German/Austrian Diabetes Survey (DPV). *Diabetes Care*, **38**: 1051–7.
- Goebel-Fabbri AE, Anderson BJ, Fikkan J, et al (2011) Improvement and emergence of insulin restriction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, **34**: 545–50.
- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, et al (2002) Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, **53**: 1053–60.
- Hermanns N, Kulzer B (2010) Screening in diabetes care: detecting and managing depression in diabetes. In *Screening for Depression in Clinical Practice: An Evidence-Based Guide* (eds AJ Mitchell, JC Coyne): 335–48. Oxford University Press.
- Ismail K, Winkley K, Stahl D, et al (2007) A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer. *Diabetes Care*, **30**: 1473–9.
- Ismail K, Maissi E, Thomas S, et al (2010) A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycaemic control: a Diabetes and Psychological Therapies (ADaPT) study. *Health Technology Assessment*, **14**: 1–127.
- Jones JM, Lawson ML, Daneman D, et al (2000) Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ*, **320**: 1563–6.
- Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, et al (2004) The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry*, **61**: 1042–9.
- Khoza S, Barner JC (2011) Glucose dysregulation associated with antidepressant agents: an analysis of 17 published case reports. *International Journal of Clinical Pharmacology*, **33**: 484–92.
- Kropff J, Selwood MP, McCarthy MI, et al (2011) Prevalence of monogenic diabetes in young adults: a community-based, cross-sectional study in Oxfordshire, UK. *Diabetologia*, **54**: 1261–3.
- Larsen T, Peyrot M, Rokne B (2014) Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA1c in adult persons with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, **77**: 174–9.
- Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S (2013) The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*, **346**: f2539.
- Le Noury J, Khan A, Harris M, et al (2008) The incidence and prevalence of diabetes in patients with serious mental illness in North West Wales: two cohorts, 1875–1924 & 1994–2006 compared. *BMC Psychiatry*, **8**: 67.
- Lipscombe LL, Lévesque LE, Gruneir A, et al (2011) Antipsychotic drugs and the risk of hyperglycemia in older adults without diabetes: a population-based observational study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, **19**: 1026–33.
- Lipscombe C, Smith KJ, Gariépy G, et al (2014) Gender differences in the relationship between anxiety symptoms and physical inactivity in a community-based sample of adults with type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, **38**: 444–50.
- Lustman PJ, Clouse RE (2005) Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *Journal of Diabetes Complications*, **19**: 113–22.
- Mathews J, Newcomer JW, Mathews JR, et al (2012) Neural correlates of weight gain with olanzapine. *Archives of General Psychiatry*, **69**: 1226–37.
- McGregor M, Lin EH, Katon WJ (2011) TEAMcare: an integrated multicondition collaborative care program for chronic illnesses and depression. *Journal of Ambulatory Care Management*, **34**: 152–62.
- Mitchell AJ, Delaffon V, Vancampfort D, et al (2012) Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine*, **42**: 125–47.
- Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A, et al (2013a) Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early

## MCQ answers

1 c 2 a 3 a 4 b 5 a

schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients. *Schizophrenia Bulletin*, **39**: 295–305.

Mitchell AJ, Ioannou N, Rampling JM, et al (2013b) Which symptoms are indicative of depression in epilepsy settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. *Journal of Affective Disorders*, **150**: 861–7.

Mollema ED, Snoek FJ, Adèr HJ, et al (2001) Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing: psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, **51**: 665–72.

Newcomer JW (2005) Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs*; **19** (suppl 1): 1–93.

National Institute for Health and Care Excellence (2008a) *Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and its Complications from Pre-conception to the Postnatal Period* (Clinical Guideline 63). NICE.

National Institute for Health and Care Excellence (2008b) *Type 2 Diabetes* (Clinical Guideline 66). NICE.

National Institute for Health and Care Excellence (2009) *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management* (Clinical Guideline 91). NICE.

Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, et al (2002) The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, **32**: 230–9.

Parker G, Hyett M (2010) Screening for depression in medical settings: are specific scales useful? In *Screening for Depression in Clinical Practice: An Evidence-Based Guide* (eds AJ Mitchell, JC Coyne): 191–202. Oxford University Press.

Pelizza L, Bonazzi F, Scaltriti S, et al (2014) Brittle diabetes: psychopathological aspects. *Acta Biomedica*, **85**: 18–29.

Pyykkönen AJ, Raikkonen K, Tuomi T, et al (2011) Depressive symptoms, antidepressant medication use, and insulin resistance: the PPP-Botnia Study. *Diabetes Care*, **34**: 2545–7.

Ribe AR, Laursen TM, Sandbaek A, et al (2014) Long-term mortality of persons with severe mental illness and diabetes: a population-based cohort study in Denmark. *Psychological Medicine*, **44**: 3097–107.

Saydah SH, Imperatore G, Beckles GL (2013) Socioeconomic status and mortality: contribution of health care access and psychological distress among U.S. adults with diagnosed diabetes. *Diabetes Care*, **36**: 49–55.

Savoy YE, Ashton MA, Miller MW, et al (2010) Differential effects of various typical and atypical antipsychotics on plasma glucose and insulin levels in the mouse: evidence for the involvement of sympathetic regulation. *Schizophrenia Bulletin*, **36**: 410–8.

Schoepf D, Potluri R, Uppal H, et al (2012) Type-2 diabetes mellitus in schizophrenia: increased prevalence and major risk factor of excess

mortality in a naturalistic 7-year follow-up. *European Psychiatry*, **27**: 33–42.

Shiers DE, Rafi I, Cooper SJ, et al (2014) *Positive Cardiometabolic Health Resource: An Intervention Framework for People Experiencing Psychosis and Schizophrenia* (Lester UK Adaptation, 2014 update). Royal College of Psychiatrists (<http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/LesterUKAdaptation2014updateA5bookletversion.pdf>).

Stenström G, Gottsäter A, Bakhtadze E, et al (2005) Latent autoimmune diabetes in adults definition, prevalence,  $\beta$ -cell function, and treatment. *Diabetes*, **54** (suppl 2): S68–72.

Strandberg RB, Graue M, Wentzel-Larsen et al (2014) Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA1c in adult persons with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, **77**: 174–9.

Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al (2000) Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*, **321**: 405–12.

Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, et al (2009) 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, **374**: 620–7.

Trigwell P, Taylor JP, Ismail K, et al (2008) *Minding the Gap: The Provision of Psychological Support and Care for People with Diabetes in the UK*. Diabetes UK.

UK Prospective Diabetes Study Group (1998) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, **352**: 837–53.

van Bloemendaal L, Ten Kulve JS, la Fleur SE, et al (2014) Effects of glucagon-like peptide 1 on appetite and body weight: focus on the CNS. *Journal of Endocrinology*, **221**: T1–16.

Verhaak PFM, Schellevis FG, Nuijen J, et al (2006) Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, **28**: 125–32.

Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J, et al (2010) Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. *British Journal of Psychiatry*, **197**: 272–7.

Wu RR, Zhao JP, Guo XF, et al (2008) Metformin addition attenuates olanzapine-induced weight gain in drug-naive first-episode schizophrenia patients: a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, **165**: 352–8.

Wulsin LR, Evans JC, Vasan RS, et al (2005) Depressive symptoms, coronary heart disease, and overall mortality in the Framingham Heart Study. *Psychosomatic Medicine*, **67**: 697–702.

Young V, Eiser C, Johnson B, et al (2013) Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetes Medicine*, **30**: 189–98.

**Domande a risposta multipla**

Selezionare la risposta migliore per ogni domanda

**1 Una donna di 24 anni con una lunga storia di diabete di tipo 1 diagnosticato nella prima infanzia. Le viene inviata al servizio psichiatrico per la valutazione del tono dell'umore. La sua HbA<sub>1c</sub> è pari a 12,4% ed è stata superiore a 9% negli ultimi 3-4 anni. Il suo BMI è 19 Kg/m<sup>2</sup>. Lei decide che:**

- a la paziente ha un buon controllo glicemico
- b il suo controllo glicemico non è importante per il suo inquadramento
- c una valutazione completa dovrebbe includere domande inerenti il suo diabete e la sua aderenza alla dieta
- d non è utile la richiesta di informazioni cliniche collaterali su di lei all'ambulatorio del diabete
- e la paziente ha minimo rischio di sviluppare complicanze.

**2 Considerazioni sulla diagnosi di questa donna:**

- a la presenza di disturbi alimentari rappresenta un'importante diagnosi differenziale
- b la diagnosi di psicosi è probabile
- c la diagnosi di un episodio depressivo è improbabile
- d la diagnosi di demenza è probabile

e la paura dell'ipoglicemia è rara nei pazienti con elevati valori di HbA<sub>1c</sub>.

**3 Durante la valutazione la paziente dice che spesso non assume l'insulina per controllare il suo peso. Ella ha appena iniziato un lavoro presso una prestigiosa azienda multimediale dove l'immagine del suo corpo è molto importante. Lei decide che:**

- a è un comportamento comune in una giovane donna con diabete di tipo 1, ma deve essere affrontato
- b la mancata assunzione di insulina raramente ha conseguenze a lungo termine
- c le linee guida NICE raccomandano una sorveglianza vigile
- d ci sono forti evidenze sull'uso della CBT nel diabete di tipo 1 con disturbi alimentari
- e integrare la terapia per il diabete con terapie psichiatriche è improbabile che dia benefici

**4 Un uomo di 42 anni con diagnosi di schizofrenia paranoide e diabete di tipo 2 trattato con metformina, è ricoverato per una riacutizzazione dei sintomi psicotici dovuta ad una mancata aderenza alla terapia antipsicotica orale. La sua HbA<sub>1c</sub> è**

**10,8%. Lei decide che:**

- a il diabete di tipo 2 porta ad un limitato rischio di complicanze
- b è importante chiedere riguardo l'aderenza alla terapia con metformina e statine
- c la sua HbA<sub>1c</sub> è una misura inaffidabile del controllo glicemico se il paziente non sta assumendo la terapia
- d il paziente ha bisogno di insulina
- e è improbabile che il ripristino della terapia metformina migliori il controllo glicemico.

**5 Alla dimissione, 2 mesi più tardi, l'HbA<sub>1c</sub> di questo paziente è scesa a 8,4% ma il paziente riferisce visione offuscata. Lei decide che:**

- a è importante assicurarsi che esegua un esame del fondo dell'occhio urgentemente
- b per ottenere un miglioramento persistente dopo la dimissione non sono necessari cambiamenti nello stile di vita
- c l'infermiera di comunità o il case manager psichiatrico del paziente non hanno alcun ruolo nel facilitare cambiamenti nello stile di vita
- d smettere di fumare sarebbe importante nel minimizzare il rischio cardiovascolare
- e il suo BMI è irrilevante.