ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

Quando l'insulina diventa uno strumento di controllo

La CBT per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nel diabete di tipo 1

Dott.ssa Arianna Guzzardi

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Sede di Catania · 2026



Il diabete di tipo 1: quando il cibo è terapia

Ogni giorno, per tutta la vita

Contare i carboidrati
a ogni pasto

Monitorare la glicemia
più volte al giorno

Calcolare le dosi di insulina
prima di mangiare

Il cibo diventa una variabile da misurare e controllare

DIABULIMIA

Ridurre o saltare l'insulina per perdere peso

- Senza insulina il glucosio si perde con le urine, e con lui le calorie
- Non è una diagnosi del DSM-5
- Oggi si parla di T1DE: Type 1 Diabetes and Disordered Eating

Obiettivi e metodo

01

Prevalenza e fattori di rischio dei DNA nel DT1

02

Caratteristiche e conseguenze della diabulimia

03

Strumenti di screening disponibili

04

Come adattare la CBT a questa popolazione

Review narrativa

Banche dati

PubMed, PsycINFO, Scopus, Google Scholar

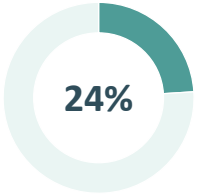
Inclusi

Adolescenti e adulti con DT1: studi osservazionali, meta-analisi, validazioni, RCT

Sintesi

Per temi

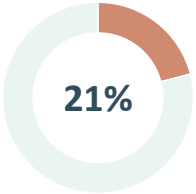
Un problema frequente, a tutte le età



1 su 4

ha sintomi di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione

Niemelä et al., 2024 · 45 studi



1 su 5

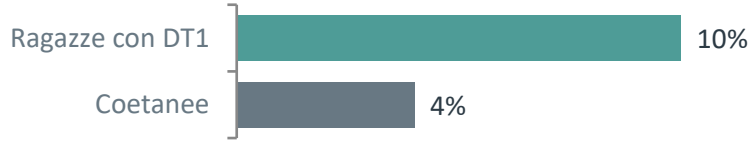
salta o riduce l'insulina

Niemelä et al., 2024

×2–3

Chi ha il DT1 ha un rischio da 2 a 3 volte più alto di sviluppare un DNA rispetto a chi non ha il diabete

Dean et al., 2024



Jones et al. (2000): disturbi della nutrizione e dell'alimentazione più che doppi nelle adolescenti con DT1. E non passano con l'età: il 60% li sviluppa entro i 25 anni (Colton et al., 2015).

Perché il diabete aumenta il rischio

Ai fattori comuni a tutti i DNA (sesso femminile, adolescenza, insoddisfazione corporea, perfezionismo, bassa autostima) **il diabete ne aggiunge altri, in tre aree**

Il cibo

Attenzione obbligata al cibo
pensiero rigido: cibi permessi o proibiti

Ipoglicemie
mangiare senza fame, perdita di controllo

Il corpo e il peso

Oscillazione del peso
calo all'esordio, recupero con l'insulina

Un compenso unico
saltare l'insulina è facile da nascondere

La persona e il contesto

Distress e burnout
il peso della gestione quotidiana

Dinamiche familiari
conflitti su autonomia e controllo

Questi fattori si intrecciano e alimentano il circolo vizioso del disturbo →

Il circolo vizioso

Fairburn

1 Ipervalutazione

del peso, delle forme corporee e del controllo sull'alimentazione: il proprio valore dipende soprattutto da questi aspetti

Fairburn

2 Restrizione

nascono regole alimentari rigide: si limita il cibo e si dividono gli alimenti in permessi e proibiti

Fairburn + Harrison

3 Abbuffate

prima o poi le regole vengono infrante. Inneschi: emozioni difficili e, nel DT1, le ipoglicemie

Harrison

4 Omissione insulinica

il compenso specifico del DT1: al posto del vomito o del digiuno, si riduce o si salta l'insulina

PERCHÉ IL CIRCOLO SI MANTIENE

NEL BREVE TERMINE

Saltare l'insulina dà sollievo e senso di controllo: il comportamento «funziona»

NEL LUNGO TERMINE

Peggiorano glicemia, umore e distress e cresce la preoccupazione per il peso: si torna al punto 1

Fairburn (2008): modello generale dei DNA. Harrison et al. (2021): modello specifico per il DT1

Perché la diabulimia è pericolosa

Saltare l'insulina tiene la glicemia alta a lungo: più rischio di chetoacidosi e di complicanze precoci

1 · I DATI

Le conseguenze

×3,2 il rischio di morte; più danni a reni e piedi

Età media al decesso (anni)



Goebel-Fabbri et al. (2008): 234 donne seguite per 11 anni; il 30% saltava l'insulina

2 · COME RICONOSCERLA

I segnali d'allarme

Raramente viene riferita: va riconosciuta da

- HbA1c alta senza spiegazione medica
- Chetoacidosi ripetute
- Calo di peso non spiegato
- Dati glicemici incoerenti, visite saltate

3 · NEL TRATTAMENTO

La reintroduzione

Riprendere l'insulina dà ritenzione di liquidi e un rapido aumento di peso, vissuti come una conferma delle proprie paure.

Va quindi reintrodotta in modo graduale e preparato, con il team medico.

Per questo è fondamentale riconoscere il problema il prima possibile: lo screening →

Come riconoscerla: lo screening

Raramente viene riferita spontaneamente: servono strumenti adatti al diabete

PERCHÉ NON BASTANO

Strumenti generici

EDE-Q, EAT

- Considerano un sintomo ciò che nel diabete è terapia (es. contare i carboidrati)
- Non chiedono nulla sull'insulina
- Sovrastimano il disturbo e non vedono il comportamento più pericoloso

COSA USARE

Strumenti specifici

DEPS-R, mSCOFF, DSED

- DEPS-R: 16 domande, meno di 10 minuti, include l'uso dell'insulina (Markowitz et al., 2010)
- Validata in italiano (Pinna et al., 2017)
- Le linee guida ADA raccomandano uno screening periodico

Una volta riconosciuto il problema, resta da capire come trattarlo →

Come trattarla: cosa dice la ricerca

Le evidenze sono ancora poche: solo 6 studi pertinenti su 91, con un unico RCT (Stadler et al., 2025)

1992 *Serie di casi*

Peveler & Fairburn

Primo tentativo: la CBT per la bulimia viene adattata a pazienti con diabete.

2002 *RCT*

Olmsted et al.

6 incontri di psicoeducazione: si riducono i sintomi alimentari, ma la glicemia non migliora. Informare non basta.

2025 *RCT di fattibilità*

Studio STEADY

12 sessioni di CBT integrate con l'educazione al diabete, progettate con i pazienti e condotte da un infermiere formato in CBT.

Risultati di STEADY (40 adulti): migliorano sintomi alimentari, ansia, depressione e distress, senza peggiorare la glicemia

La CBT funziona se integra la gestione del diabete: come adattare la CBT-E →

Adattare la CBT-E al diabete di tipo 1

CBT-E (Fairburn, 2008): terapia cognitivo-comportamentale «migliorata» e transdiagnostica per i DNA. Lavora sui meccanismi del circolo vizioso, in circa 20 sedute divise in fasi. **Nel DT1 la struttura resta, cambia il contenuto.**

FASE INIZIALE

Costruire le basi

1. **Ingaggio:** colloquio motivazionale per esplorare l'ambivalenza
2. **Formulazione condivisa:** il circolo personale, con insulina e ipoglicemie
3. **Automonitoraggio:** diario alimentare + glicemie e dosi di insulina
4. **Alimentazione regolare:** pasti concordati con dietista e diabetologo
5. **Reintroduzione dell'insulina:** graduale, con il team medico

FASE CENTRALE

Lavorare sui meccanismi

6. **Ristrutturazione cognitiva:** credenze come «l'insulina mi fa ingrassare»
7. **Esperimenti comportamentali:** assumere la dose corretta e osservare il peso reale
8. **Regolazione emotiva:** tollerare il distress senza saltare l'insulina
9. **Paura dell'ipoglicemia:** e burnout legato alla gestione della malattia

10. **FASE FINALE · Prevenzione delle ricadute:** riconoscere i segnali precoci, anche glicemici

Cosa significa per il terapeuta

Nel DT1 non si può smettere di controllare il cibo: *l'obiettivo non è abolire il controllo, ma distinguere quello che cura da quello che alimenta il disturbo*

Implicazioni per il terapeuta

- Conoscere le basi del diabete, per non rinforzare regole disfunzionali né patologizzare la terapia
- Chiedere attivamente dell'insulina
- Lavorare in équipe con diabetologo, infermiere e dietista
- Atteggiamento non giudicante sui «numeri»

Limiti della letteratura

- Definizioni e strumenti diversi tra gli studi
- Pochissimi RCT, con campioni piccoli
- Maschi e adulti ancora poco studiati
- STEADY è promettente, ma resta uno studio di fattibilità

Direzioni future: trial di efficacia più ampi, ruolo delle nuove tecnologie (CGM), interventi per adolescenti e famiglie

IN SINTESI

Conclusioni

Una comorbilità frequente e pericolosa
circa 1 persona su 4 ha sintomi di DNA; saltare l'insulina triplica il rischio di morte

Riconoscerla presto
screening periodico con strumenti specifici per il diabete, come la DEPS-R

Curarla insieme
psicoterapeuta, diabetologo, infermiere e dietista lavorano in équipe

Una CBT adattata
non eliminare il controllo, ma distinguere quello che cura da quello che alimenta il disturbo

«Cibo e insulina sono, al tempo stesso, cura e sintomo: il lavoro terapeutico è restituire loro il significato di cura»

ISTITUTO TOLMAN
IN HUMILITATE SEDULI PER SCIENTIAM ADIUTORES

Grazie per l'attenzione

Riferimenti principali

Colton, P. A., et al. (2015). Diabetes Care, 38(7), 1212–1217.

Dean, Y. E., et al. (2024). Endocrinology, Diabetes & Metabolism, 7(3), e473.

Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. Guilford Press.

Goebel-Fabbri, A. E., et al. (2008). Diabetes Care, 31(3), 415–419.

Harrison, A., et al. (2021). Diabetic Medicine, 38(7), e14578.

Jones, J. M., et al. (2000). BMJ, 320(7249), 1563–1566.

Markowitz, J. T., et al. (2010). Diabetes Care, 33(3), 495–500.

Niemelä, P. E., et al. (2024). Eating Behaviors, 53, 101863.

Olmsted, M. P., et al. (2002). Int. J. of Eating Disorders, 32(2), 230–239.

Peveler, R. C., & Fairburn, C. G. (1992). Int. J. of Eating Disorders, 11(1), 45–53.

Pinna, F., et al. (2017). BMC Psychiatry, 17, 262.

Stadler, M., et al. (2025). The Lancet Regional Health – Europe, 50, 101205.