



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Facoltà di Medicina e Psicologia**  
**Corso di laurea magistrale in**  
**“PSICOLOGIA DELLA SALUTE, CLINICA E DI COMUNITÀ”**

Tesi di laurea

**“La Sclerosi Multipla: disturbi cognitivi, dell'umore e d'ansia”**

**Relatore**

Prof.ssa Carolina Marzuillo

**Candidato**

Antonella Napoli

**Correlatore**

Chiar.<sup>mo</sup> Prof. Cristiano Violani

**Matricola**

1148529

Anno Accademico 2010 - 2011

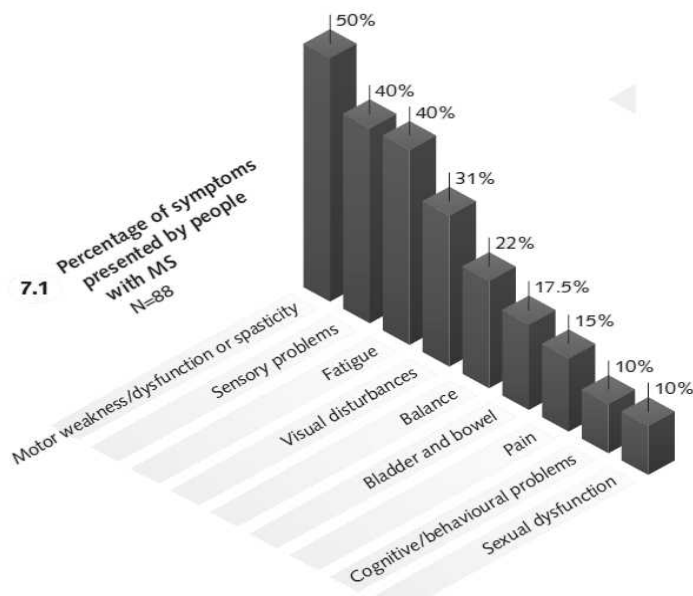
... omissis...

**CAP. 4 – PARTE SPERIMENTALE**

**4.1 Obiettivo**

La Sclerosi Multipla è una malattia nota, molto studiata e la cui ricerca è sempre attiva e pronta ad indagare ogni nuova possibilità di causa e soluzione. Essendo però una malattia così estesa nella sua molteplice sintomatologia e con così poche certezze, gli studi si indirizzano principalmente sulla ricerca delle cause (sperando in questo modo di trovare una “soluzione” definitiva alla malattia), e su come fare fronte alla sintomatologia fisica più comune.

Se osserviamo lo studio epidemiologico pubblicato nel 2008 effettuato dal World Health Organization (fig. 19) troviamo i “problemi cognitivi e comportamentali” al penultimo posto con una prevalenza solo del 10%.



**Figura 1. - Percentuale di sintomi presentati da persone affette da SM (WHO 2008)**

In realtà sembrerebbe, anche dalla letteratura, che le percentuali siano molto più alte, ma probabilmente meno prese in considerazione sia dai malati che dalla comunità scientifica perché i sintomi in questo ambito sono meno manifesti ed invalidanti rispetto a quelli motori, sensoriali, visivi di equilibrio o dolore. Come abbiamo potuto vedere nel capitolo precedente, infatti, i dati che riguardano i problemi cognitivi e dell'umore risalgono a studi recenti che hanno bisogno di ulteriori approfondimenti.

Ho pensato di fare un sondaggio “somministrando”, attraverso internet, un questionario libero (Appendice 1) e accessibile a chiunque visitasse il mio sito pubblico di informazioni sulla Sclerosi Multipla in italiano, per approfondire ed osservare la sintomatologia cognitiva e dell'umore, attraverso alcune domande riguardanti la memoria e la concentrazione unitamente ad altre domande relative all'ansia e depressione, sia nei malati di Sclerosi Multipla che in persone alle quali non è stata diagnosticata la patologia.

## **4.2 Materiali e metodi**

### *Elaborazione questionario*

...(omissis)...

### *Piano di campionamento e di somministrazione dei questionari*

Il questionario, appositamente costruito, è stato proposto su una pagina online di internet di libero accesso in un sito che parlava di SM ed è rimasto on-line dal 7 aprile al 24 maggio 2011 per un periodo complessivo di 48 giorni.

Era quindi raggiungibile e potevano rispondere tutti i fruitori del sito, sia persone affette da SM che persone non affette. Il campione pertanto presenta i limiti della selezione di conseguenza i risultati dell'indagine saranno validi soltanto per il campione rispondente.

#### Analisi statistica

L'analisi statistica è stata svolta calcolando le frequenze assolute e le frequenze relative di ogni variabile. Le analisi statistiche successive sono state condotte con l'obiettivo di individuare i determinanti principali della Sclerosi Multipla ritenuti fondamentali dello studio, vale a dire lo stato di memoria, l'ansia e la depressione sia dei malati che dei sani rispondenti al questionario.

Tutti i dati raccolti sono stati raccolti in database informatico ed analizzati attraverso il software statistico STATA 8.0 (Stata Corp., College Station, Texas, U.S.A.)

### **4.3 Risultati**

...(omissis)...

#### Risultati in grafici e tabelle

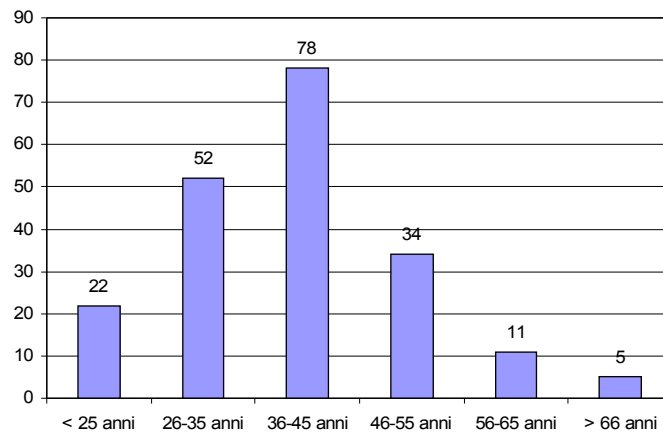
(...omissis...)

### **Conclusioni**

I dati raccolti ci danno varie informazioni, che potremmo affrontare in maniera analitica. Tenendo conto che il questionario era di libero accesso su internet, abbiamo già dei dati relativi a chi maggiormente utilizza questo strumento, sia tra i malati che non, in base all'età (Grafico 2), al sesso, alla regione di appartenenza (Grafico 3), piuttosto che al titolo di studio. (Grafico 4). Questo, sicuramente ha influenzato i dati raccolti e possiamo pensarli come limiti della selezione, quindi validi per il campione rispondente.

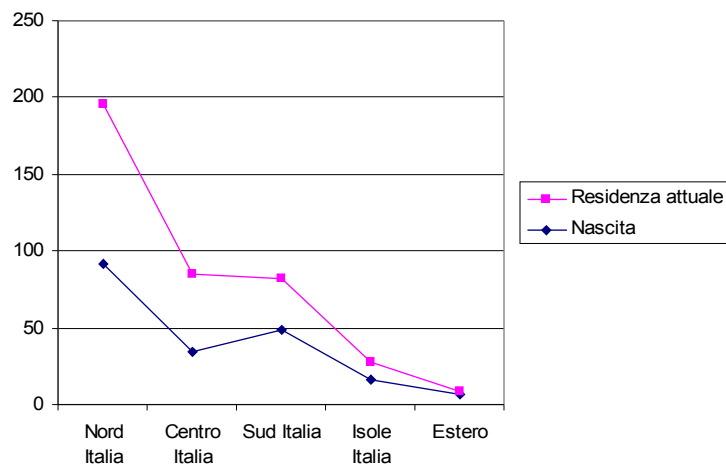
**Grafico 2**

**Età rispondenti**



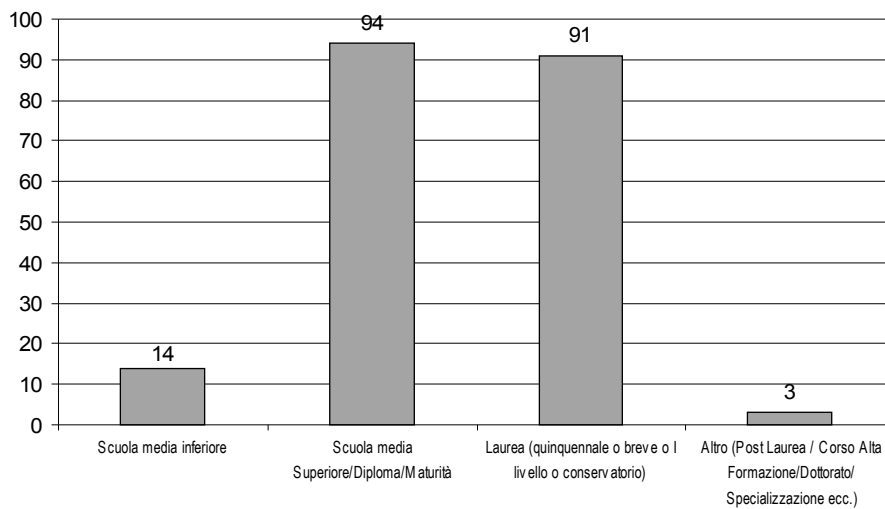
**Grafico 3:**

**Area geografica del luogo di nascita e di residenza**



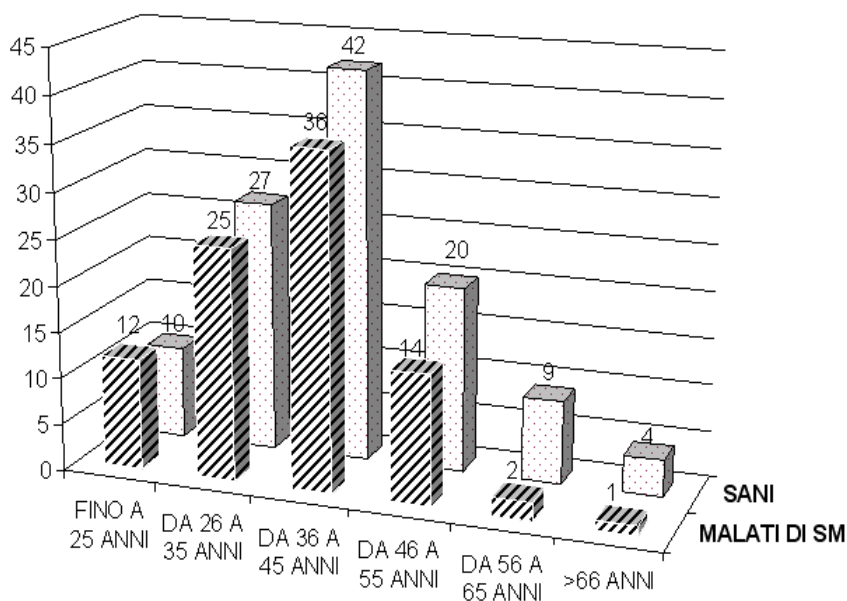
**Grafico 4:**

**Titolo di studio**



Entrando nello specifico, questo lavoro voleva capire l'evoluzione dei deficit cognitivi e dell'umore durante il procedere della malattia, se fossero o meno correlati alla gravità, piuttosto che ad aspetti caratteristici della malattia come le continue ricadute, l'incertezza, oppure agli effetti collaterali dei farmaci e quanto la decadenza cognitiva fosse un problema preso in considerazione dai soggetti.

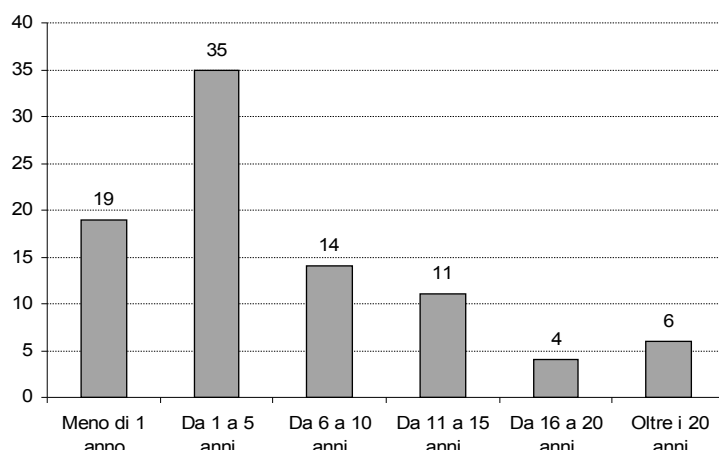
**Grafico 5:**  
**FASCE DI ETA' RISPONDENTI QUESTIONARIO**



Ho potuto notare che i malati che hanno risposto maggiormente al questionario - e che quindi usano internet per comunicare, piuttosto che informarsi - sono per la maggior parte tra i 26 ed i 45 anni (grafico 5) e a cui è stata diagnosticata la malattia abbastanza recentemente, ovvero tra 1 e 5 anni (Grafico 6). Possiamo constatare come questa esigenza cresca fino a 5 anni dalla diagnosi e poi nel tempo cali.

**Grafico 6**

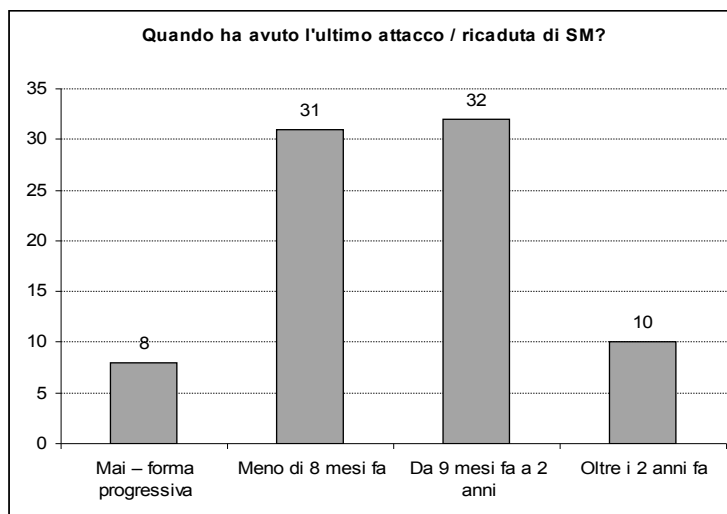
Da quanto tempo le è stata diagnosticata la SM?



Anche la vicinanza di tempo rispetto all'ultima ricaduta è un dato rilevante per chi ha risposto al questionario (Grafico 7). E' come se la ricaduta potesse essere un momento di ricerca, di confronto e di informazioni utili per superare il momento negativo e per, semmai, trovare nuove informazioni utili.

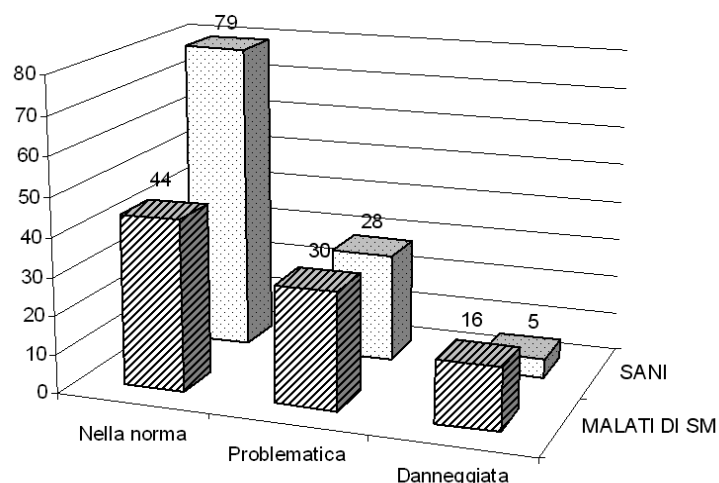
**Grafico 7**

Quando ha avuto l'ultimo attacco / ricaduta di SM?



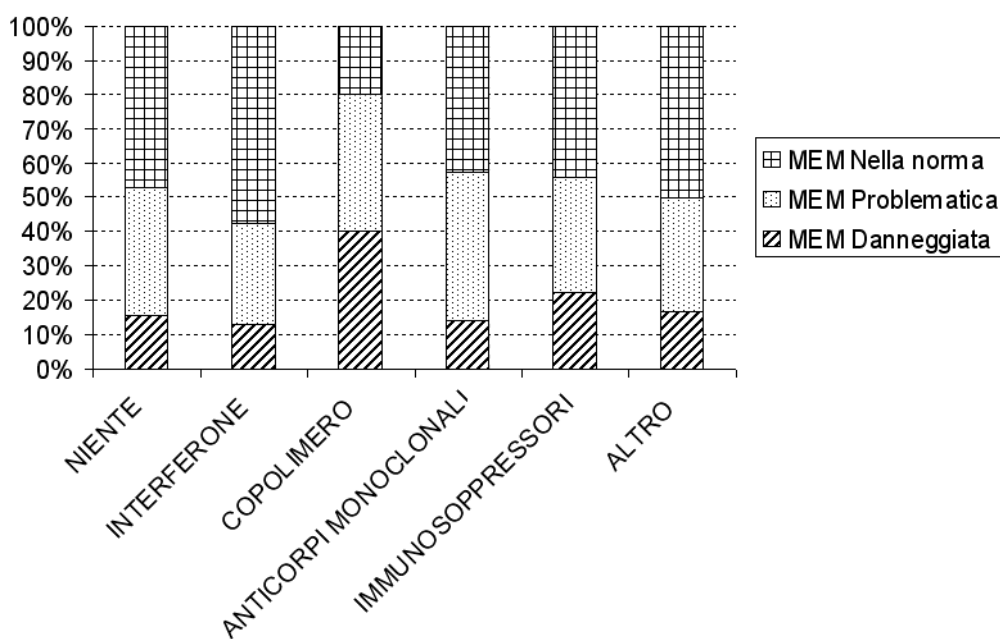
Dal grafico 8, possiamo vedere come lo stato di memoria, soggettivamente percepito, a vari livelli, sia decisamente più problematico nel campione di malati di SM, piuttosto che negli individui non malati.

**Grafico 8**  
**STATO DELLA MEMORIA**



Se stratifichiamo il campione rispetto ai farmaci assunti (Grafico 9), si può notare come chi assume il Copolimero (la molecola è quella del glatiramer acetato), ha una sensazione soggettiva di peggiore memoria e concentrazione. Dobbiamo pensare che tra gli effetti collaterali del farmaco troviamo: agitazione, stato confusionale, amnesia, sonnolenza ), ma non possiamo attribuire solamente ai farmaci i problemi cognitivi legati alla concentrazione e alla memoria, visto che più della metà dei malati che non assumono alcun farmaco, rilevano soggettivamente delle problematiche relative alla memoria. Questo ci può indicare come un farmaco può compromettere ulteriormente un danno già provocato dalla malattia con le sue lesioni.

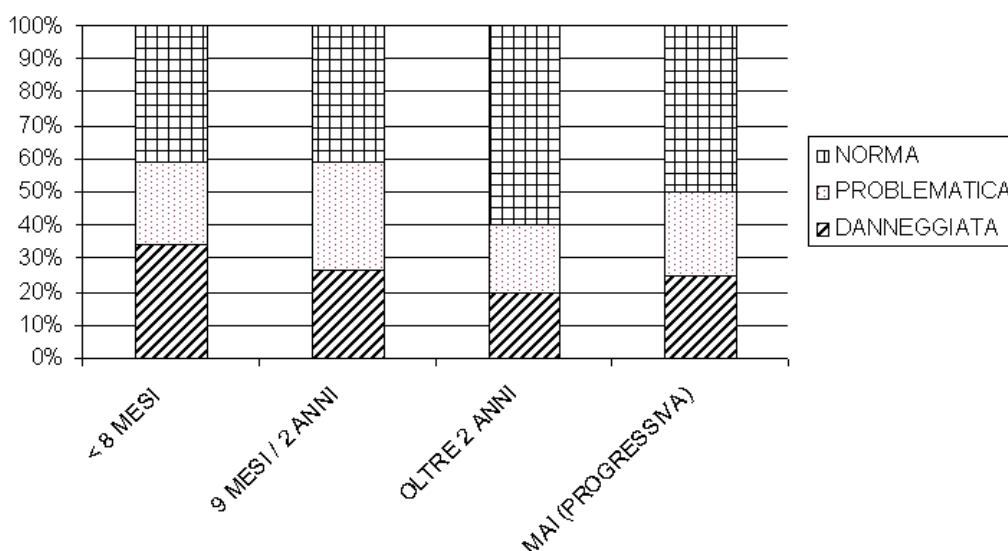
**Grafico 9**  
**RAPPORTO FARMACI / STATO DELLA MEMORIA**



E ciò può essere riconfermato nel Grafico 10 in cui vediamo che la percezione della memoria danneggiata è direttamente proporzionale ad una ricaduta recente (entro i 2 anni). Chi ha avuto ricadute più lontane dei due anni, ha una minore percezione della problematica legata alla memoria, che probabilmente ha un calo in una situazione di stress acuto (la ricaduta), oltre a non sapere quanto le lesioni della ricaduta stessa abbiano compromesso quella parte cognitiva. Dopo i 2 anni normalmente la ricaduta è rientrata, piuttosto che non è più in fase infiammatoria, quindi possiamo notare come diminuisca la percezione di problematiche legate alla memoria.

Discorso a parte per la forma progressiva che non ha ricadute, ma un lento degrado e si stabilisce a metà tra le RR in ricaduta ed in remissione, confermando che le problematiche di memoria più o meno gravi possano manifestarsi di media su una persona su due e probabilmente sono proporzionali alla gravità della malattia.

**Grafico 10**  
**RAPPORTO ULTIMA RICADUTA / MEMORIA**



Un dato interessante lo troviamo (Grafico 11) se rapportiamo il numero di anni di malattia con i problemi di memoria. Rispetto a quanto appena detto, dovremmo pensare di trovare un problema crescente mano a mano che crescono gli anni in cui la persona è affetta dalla malattia. Invece vediamo un crescendo fino ai 10 anni dalla diagnosi, per poi calare. Questo dato è spiegabile in due modi: prima di tutto bisogna pensare che, come abbiamo visto, la diagnosi (quindi il manifestarsi della malattia) avviene intorno ai 30 anni, quindi probabilmente il picco della percezione soggettiva di problematica legata alla memoria ed alla concentrazione, è legata all'attività lavorativa e allo studio. In una fase successiva, probabilmente la persona ha meno bisogno di una memoria che vada oltre le sue esigenze personali. La seconda spiegazione plausibile è che con l'esperienza le persone trovano una modalità per compensare questo deficit e conferma

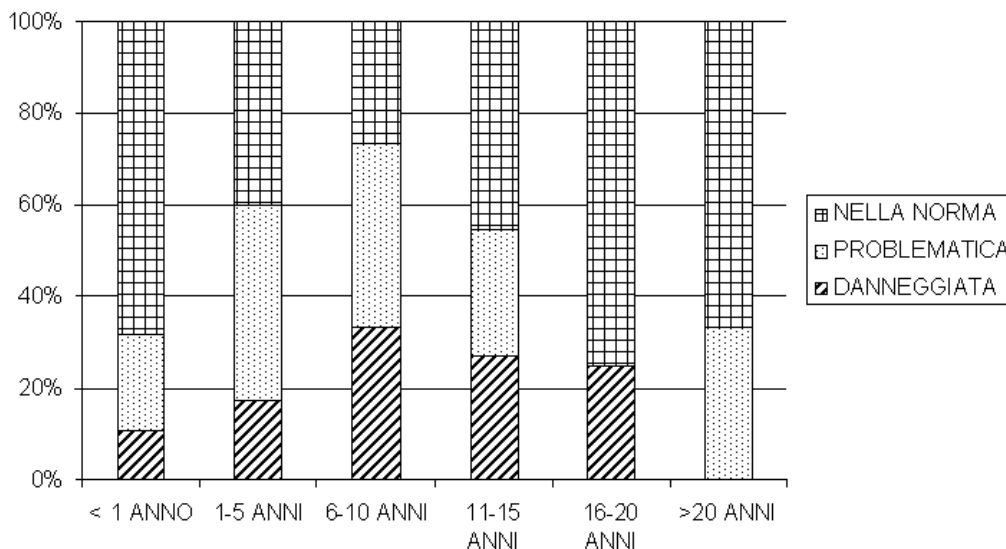


quello che abbiamo visto in letteratura, ovvero che i pazienti con maggior durata di malattia presentano più frequentemente strategie di coping attivo.

Questo ci segnala quanto sia importante insegnare delle tecniche compensatorie, nonché strategie per affrontare questo calo mnestico che è caratteristico della malattia.

**Grafico 11**

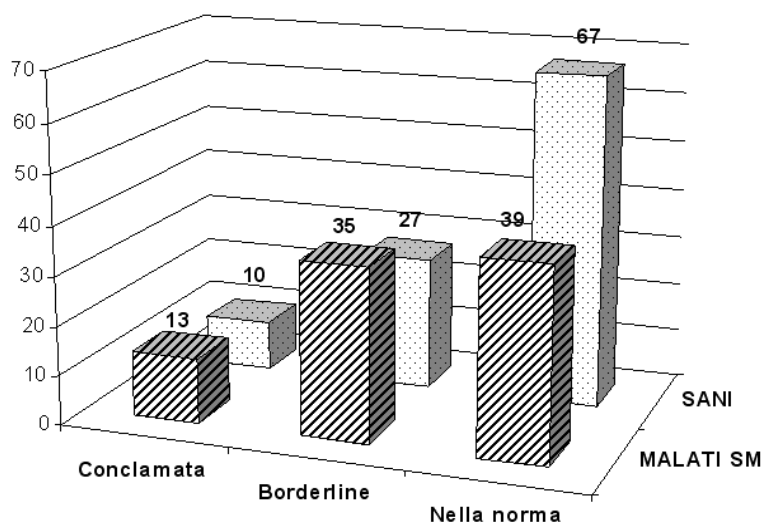
**RAPPORTO ANNI DI MALATTIA E PROBLEMI MEMORIA**



Anche per quanto riguarda la parte relativa all'ansia, possiamo vedere come i malati di SM, rispetto a individui non affetti dalla malattia abbiano maggiori problematiche di ansia (Grafico 12)

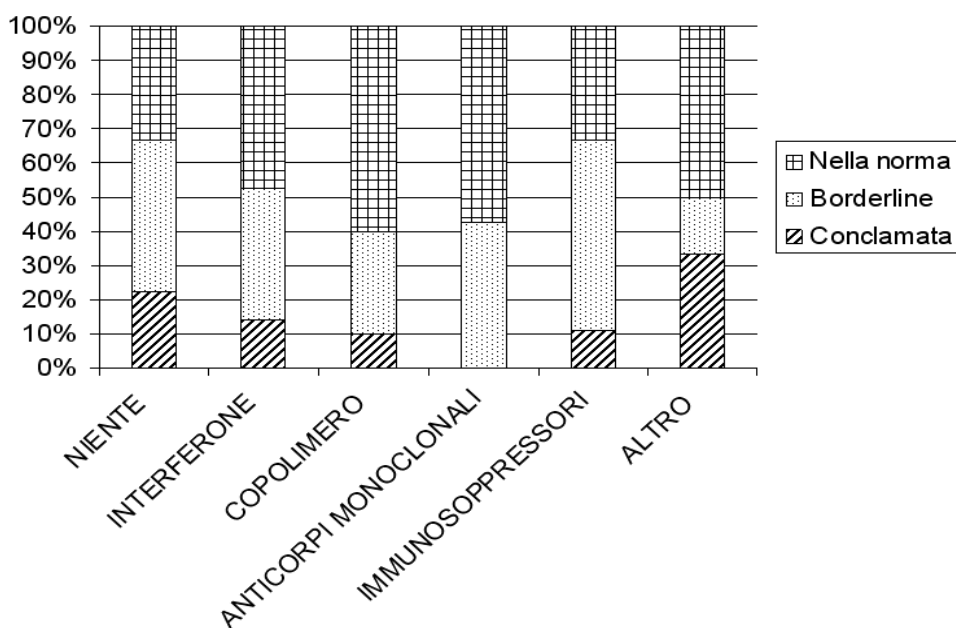
**Grafico 12**

**ANSIA**



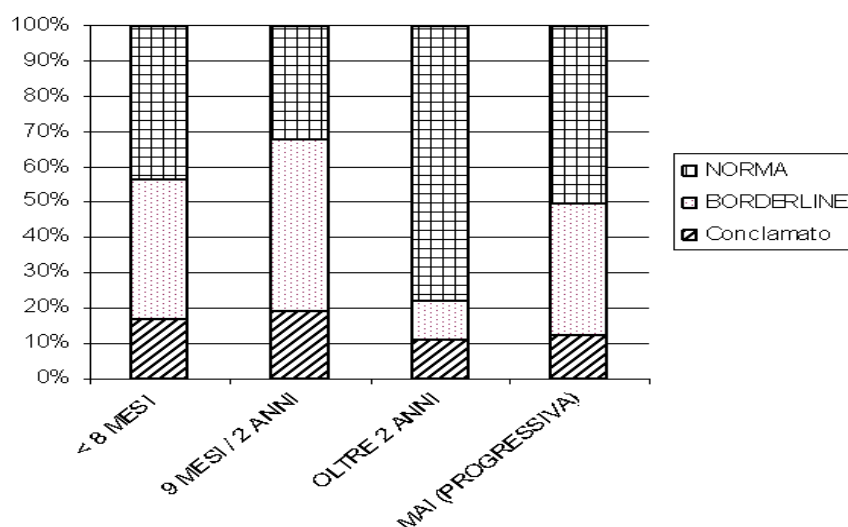
Pure in questo caso abbiamo stratificato l'ansia dei malati di SM rispetto ai farmaci assunti (Grafico 13). In questo caso il Copolimero ha i valori più bassi legati all'ansia (ed è un medicinale che si deve iniettare sotto cute, come l'Interferone provocando disagi, dolore e problematiche in sede di puntura), mentre valori più alti sono legati ad immunosoppressori, piuttosto che altri medicinali che si assumono semplicemente per via orale. Se però guardiamo chi non assume nulla, troviamo che ha comunque valori molto alti (la somma dell'ansia borderline e conclamata è la più alta), e questo ci può fare pensare ad un problema che non è legato al farmaco, ma alla modalità di manifestazione della malattia stessa. Quindi legata ad eventi stressanti come le ricadute.

**Grafico 13**  
**RAPPORTO FARMACI STATO D'ANSIA**



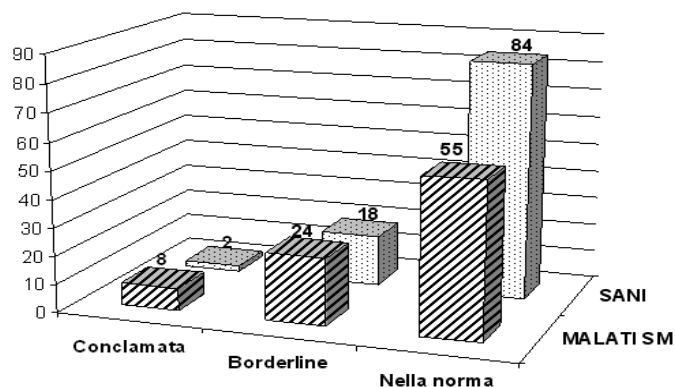
Infatti nel grafico 14 possiamo vedere che l'ansia è maggiore vicino ad una ricaduta, mentre diminuisce, quando la malattia è in fase di remissione o silente (oltre i 2 anni dall'ultima ricaduta). Ancora una volta troviamo la forma progressiva a metà strada. In questo caso penso che l'ansia sia proporzionale alla mancanza di speranza che è molto alta in una ricaduta, specialmente perché le ricadute in questa malattia durano molti mesi; oppure portano ad una situazione in cui si vedono le proprie funzioni degenerare giorno dopo giorno (forma progressiva).

**Grafico 14**  
**RAPPORTO ULTIMA RICADUTA / ANSIA**



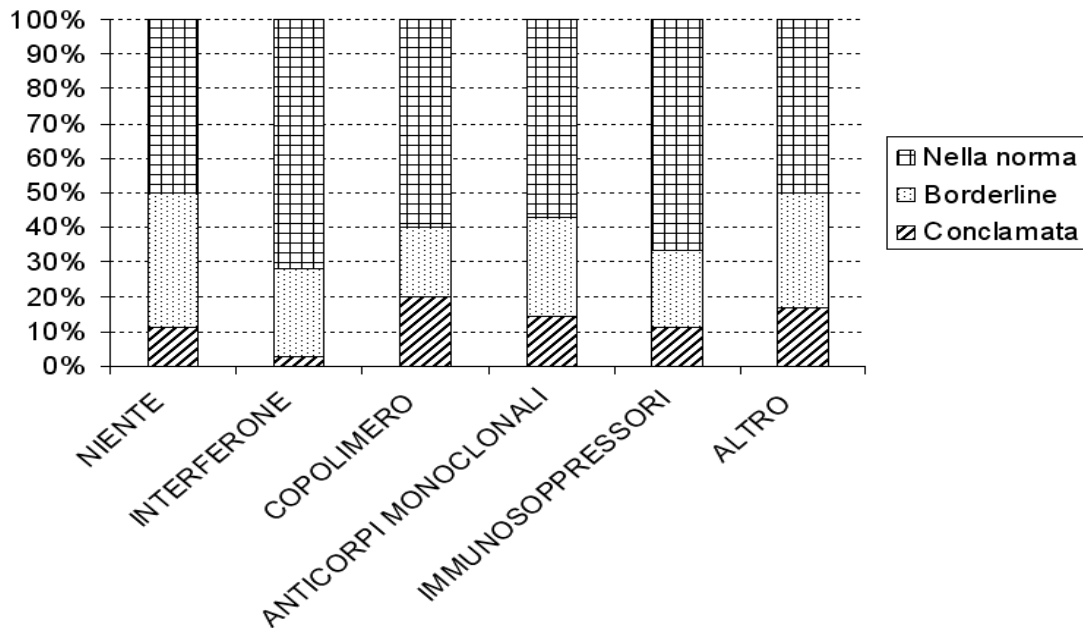
Infine, nel Grafico 15, possiamo vedere come anche i valori legati alla depressione siano maggiori nei malati di SM, rispetto ai non malati.

**Grafico 15**  
**DEPRESSIONE**



Analizzando la depressione rispetto ai farmaci assunti (Grafico 16) per il campione che ha risposto al sondaggio, non troviamo un farmaco che influenzi oltre la media lo stato di depressione, se non in parte il Copolimero. L'Interferone non sembra avere effetti legati alla depressione, cosa che invece è segnalato in letteratura. Ancora una volta possiamo vedere come chi non assume farmaci, o ne assume "altri" (ovvero solo sintomatologici rispetto al problema in atto al momento), ha comunque uno stato depressivo tra borderline e conclamato che è molto più alto di chi assume farmaci.

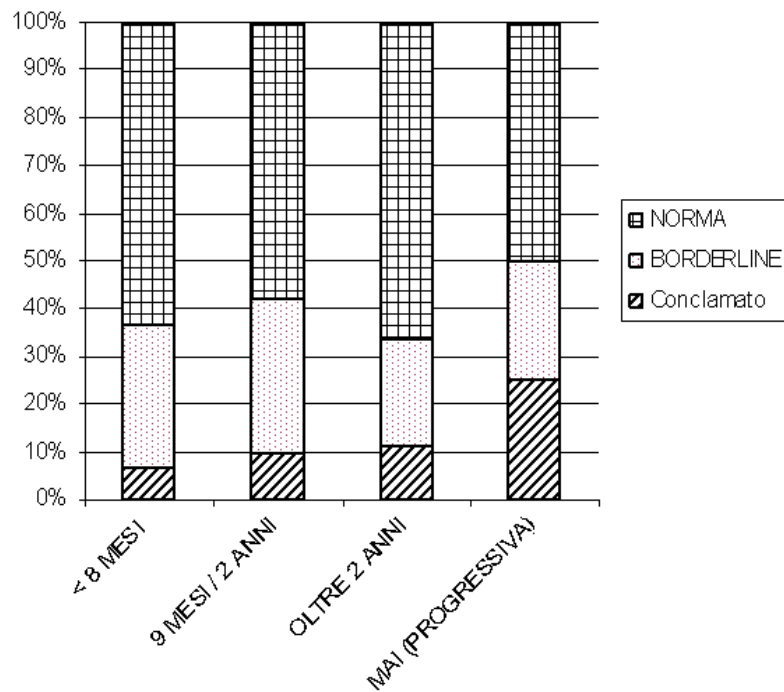
**Grafico 16**  
**RAPPORTO FARMACI / DEPRESSIONE**



Così come è accaduto nell'ansia, troviamo una minore problematica depressiva quando ci allontaniamo dal momento della ricaduta, mentre la depressione è alta (parliamo sempre di 1 caso su due) nelle forme progressive (Grafico 17)

Questi dati, come nell'ansia ci fanno pensare che è la struttura della malattia con le sue ricadute e la sua incertezza porta problematiche dell'umore. Nel momento in cui si assumono quei farmaci che danno la speranza di poter stare meglio e non avere ricadute, calano anche le problematiche relative all'umore (che siano legate all'ansia o alla depressione). Così come quando si è in una fase della malattia di remissione, piuttosto che silente, la problematica dell'umore migliora. E questo ci indica quanto sia importante seguire questi malati con una terapia psicologica, preferibilmente cognitivista, che li aiuti ad affrontare le perdite di funzionalità, la degenerazione e la cronicità.

**Grafico 17**  
**RAPPORTO ULTIMA RICADUTA / DEPRESSIONE**



Posso concludere che le problematiche sia di tipo mnemonico che i disturbi dell'umore, possono essere legati, come abbiamo visto nella memoria, a farmaci, o alle placche, ma di certo, specialmente nei disturbi dell'umore, c'è una grossa parte reattiva dovuta alla non possibilità di adattamento, alle continue modificazioni di abitudini e comportamenti, all'incertezza e all'imprevedibilità della comparsa dei sintomi e sono correlata alle ricadute. E in questo la terapia psicologica può essere di grande aiuto e sostegno.

**... omissis...**