



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in Infermieristica

**Analisi e correlazione tra umore e
consapevolezza di malattia della persona
ricoverata in SPDC: studio osservazionale**

**Relatore: Chiar.mo
Maurizio Ercolani**

**Tesi di Laurea di:
Alessia Martoni**

A.A. 2018/2019

Indice

Introduzione	p. 1
Capitolo I	p. 3
1.1 Le malattie mentali	p. 3
1.2 La persona ricoverata in SPDC	p. 9
1.3 Consapevolezza del sé	p. 13
1.4 Scopo dello studio	p. 14
CAPITOLO II	p. 15
2.1 L'insight ieri	p. 15
2.2 L'importanza dell'insight	p. 18
2.3 Insight: modelli interpretativi	p. 21
2.4 I disturbi dell'umore	p. 23
CAPITOLO III	p. 27
3.1 Spiegazione scale	p. 27
3.2 Metodo utilizzato	p. 34
3.3 Discussione studio	p. 36

<u>CAPITOLO IV</u>	<u>p. 39</u>
4.1 I limiti	p. 39
4.2 Considerazioni etiche	p. 40
<u>Conclusioni</u>	<u>p. 41</u>
<u>Bibliografia e sitografia</u>	<u>p. 43</u>

Introduzione

L'origine del mio interesse per la salute mentale proviene dall'esperienza di tirocinio, vissuta nel reparto del *SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura)* dell'ospedale A. Murri di Fermo, il quale mi ha portato a voler approfondire alcuni aspetti molto interessanti della mente umana: per esempio il concetto di coscienza, definita “una funzione psicologica attraverso la quale vengono integrate tutte le esperienze individuali relative al sé e al mondo interno”¹. Al concetto di coscienza si può facilmente collegare quello di identità e conoscenza del sé, che costituisce “la base dell'autoconsapevolezza, la quale si realizza tramite processi di introspezione e insight”².

La parola ‘insight’ significa letteralmente ‘visione interna’ e, nello specifico, consapevolezza chiara e immediata di sé stessi, capacità di riconoscere i propri limiti, i successi, le paure e un'eventuale patologia di cui si è affetti.

¹ M. D. Orfei, C. Caltagirone, G. Spalletta

² Johnson et al. 2002

Osservando gli utenti presenti in reparto mi sono chiesta se fossero coscienti della propria malattia, come varia l'umore della persona durante il suo periodo di ricovero e allo stesso tempo come sono le loro condizioni psico-fisiche agli occhi degli operatori sanitari.

Queste domande sono state uno spunto di riflessione che mi ha portato a voler studiare, in maniera più approfondita, la consapevolezza di malattia, andando a ricercare una correlazione con l'andamento umorale, a prescindere dalla patologia.

Con il mio relatore abbiamo quindi deciso di somministrare tre questionari: due alle persone ricoverate e uno agli infermieri, tutti e tre erano da compilare sia al momento del ricovero che in quello della dimissione. I questionari per gli utenti hanno come focus il loro umore (*scala RDI*) e l'insight (*IS scale*) mentre quello per gli infermieri si focalizza sul come questi vedono gli utenti (*NOSIE*)³. Il periodo di analisi è durato circa due mesi e ha coinvolto 43 persone affette da disagio psichico, aldilà della diagnosi medica.

³ Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation

Capitolo 1

1.1 Le malattie mentali

Secondo il *DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorder)*⁴ il disturbo mentale è

“una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale”⁵.

Quanto sopra citato rappresenta ad oggi la definizione ufficiale. Nei decenni precedenti però il concetto di malattia mentale ha avuto varie evoluzioni.

La prima edizione del manuale, *DSM-1*, è stata pubblicata nel 1952, scritto dall’*APA (American Psychiatric Association)*⁶: si presentava come un elenco di patologie descritte brevemente. Gli operatori sanitari inoltre potevano trovare le

⁴ *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali.*

⁵ American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014

⁶ Organizzazione professionale mondiale di psichiatri che conta circa 37.800 membri in tutto il mondo.

indicazioni per la corretta esposizione e spiegazione del numero di casi clinici con i quali sono entrati in contatto durante un periodo specifico della loro carriera.

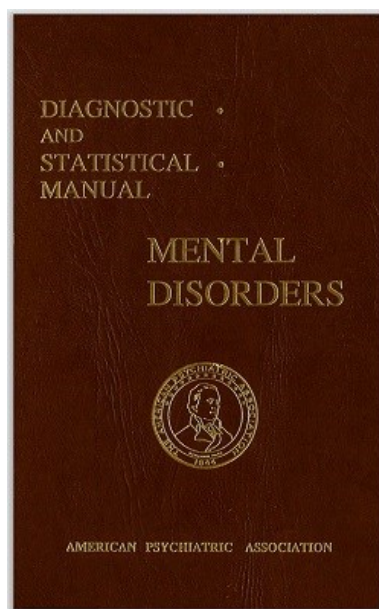


Figura 1.1: Prima edizione del Diagnostic and statistical manual of mental disorder

Presentava però una problematica relativamente ai resoconti effettuati dagli operatori sanitari: in base alle istruzioni del Manuale, infatti, ogni soggetto poteva essere conteggiato una volta sola. Nel caso in cui un soggetto presentava più patologie, gli operatori sanitari potevano associargliene una sola

Nel 1968 venne pubblicata la seconda edizione, il DSM-2, con l'obiettivo di risolvere le problematiche incontrate nella prima edizione: venne infatti permesso agli operatori sanitari di inserire più diagnosi per i soggetti con più patologie, ma

Cura diverse riviste accademiche ed opere (tra cui il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

indicandone una sola come principale. Una nuova problematica che emerse però in questa edizione era costituita dalle patologie descritte nel manuale, spesso descritte in modo poco specifico: avrebbero potuto far incorrere i medici in falsi positivi a causa alla mancanza di informazioni. Questo perché alcune patologie presentano una sintomatologia simile, quindi se i segni e sintomi non erano ben descritti si rischiava di denunciare e assistere una persona per una patologia di cui non era affetto.

La terza edizione (DSM-3) vide la luce nel 1980 con l'eliminazione dei limiti previsti nelle diagnosi. La caratteristica del nuovo manuale era l'intenzione di differenziare ciò che rientrava nella categoria del disturbo mentale piuttosto che in quella del disturbo patologico. Ad esempio l'omosessualità, che in principio non veniva fatta rientrare nel range della normalità (in base alla mentalità dell'epoca) e che quindi era considerata come una patologia da curare, venne eliminata e al suo posto inserito il disturbo dell'orientamento sessuale: le persone affette da tale disturbo erano solo coloro che soffrono a causa della loro omosessualità. La terza edizione del DSM definisce quindi la malattia mentale come

“una sindrome o uno schema comportamentale o psicologico clinicamente significativo. Il disturbo mentale deve essere attualmente considerato come la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica nella persona”⁷.

La domanda che si ponevano i medici dell'APA era: cosa è normale? Cosa è un disturbo mentale? In base a cosa una persona che fa uso di grandi quantità di bevande alcoliche viene considerata come qualcuno che soffre di alcolismo?

Nella quarta edizione del DSM è stata aggiunta la classificazione delle malattie mentali, suddivise in 5 assi.:

- 1° asse: disturbi ricollegabili alle patologie extra cerebrali e patologie temporanee;
- 2° asse: disturbi della personalità e ritardi mentali;
- 3° asse: condizioni mediche acute e disordini fisici;
- 4° asse: problemi psicosociali ed ambientali;
- 5° asse: valutazioni del funzionamento.

Il DSM-5, quinta edizione ed attuale, affronta finalmente la problematica della differenziazione tra normalità e disturbo. L'APA chiarisce che fino a quando non

⁷American Psychiatric Association (APA) (1980), DSM III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson, Milano, 1983

si avranno marker biologici o altri metodi per diagnosticare le malattie mentali non sarà possibile fare questa distinzione.

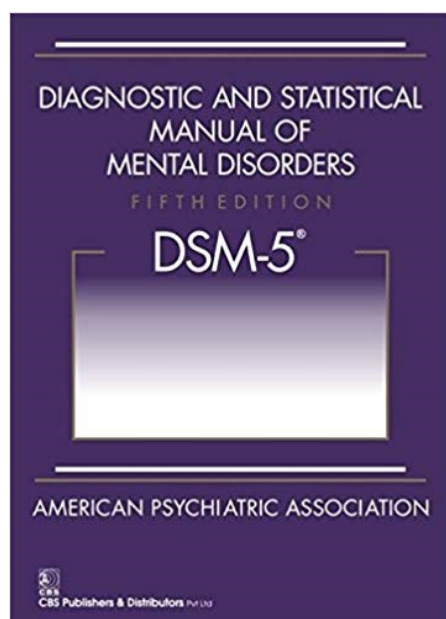


Figura 1.2: Quinta edizione del Diagnostic and statistical manual of mental disorder

In mancanza dei marker biologici sono stati inseriti dei criteri diagnostici, in base ai quali viene stabilito che il passaggio da normale a patologico avviene quando “il disturbo causa [un] disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti”⁸.

Quindi è il disagio ad essere patologico, aldilà delle mere manifestazioni cliniche, quindi la persona affetta da disturbo psichico, se non manifesta disagio, se non è

⁸ American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014

consapevole del suo stato, può essere definito “malato”? Una volta cosciente di questo suo essere, come varia il suo umore? Sapersi ammalato influisce sicuramente sull’aderenza terapeutica (farmacologica e riabilitativa), ma a che prezzo? Far comprendere la malattia, senza farla accettare, dando opportunità e speranze future, è funzionale ad un miglioramento e diminuzione del disagio?

1.2 La persona ricoverata in SPDC

Colui che viene ricoverato nel *SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)*⁹ è una persona che presenta un disagio e che lo porta ad alterazioni della concezione del sé, dell'ambiente che lo circonda e delle relazioni con altre persone. Nel corso degli anni il modo in cui venivano considerate le persone affette da un disturbo mentale ha subito molti cambiamenti.

Tra il 1400 e il 1500 le persone con disturbi mentali erano ritenute pericolose e le persone “normali” erano intolleranti nei loro confronti: non a caso, in base alle credenze popolari di quegli anni, si diceva che la maggior parte delle streghe e dei maghi che venivano bruciati nelle piazze pubbliche soffrivano di disturbi mentali.

Tra il 1600 e il 1700 si era andata consolidandosi l'associazione tra follia e criminalità: la persona “folle” era vista come una minaccia pubblica e per questo motivo le autorità del tempo avevano predisposto delle carceri ad hoc e dei luoghi per il ricovero. In questi “ospedali”, ove le condizioni igieniche scarseggiavano, le persone ricevevano assistenza ma soprattutto punizioni e contenzioni. Fu solo grazie alla Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo firmata dopo la Rivoluzione

⁹ Servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero.

Francese che le persone con disturbi mentali iniziarono ad essere visti in modo differente.



Figura 1.3: "Il manicomio" Francisco Goya 1812-1819

Agli inizi dell'800 in Francia nacque il primo manicomio, grazie alle imprese dello psichiatra Philippe Pinel: creatore di una nuova concezione della persona malata, propose l'abolizione della prigione per le persone affette da disturbo mentale. Ulteriori tentativi di riforma vennero messi in atto dallo psichiatra John Conolly in Inghilterra e dal medico Benjamin Rush a Philadelphia: entrambi sostenevano l'applicazione di un atteggiamento più umano e di un autocontrollo dei ricoverati nell'ambiente sociale: in questo modo veniva abolito qualunque sistema di contenzione fisica. Questo nuovo sistema rappresentò una tappa fondamentale per la cura dei disturbi mentali, poiché mostra per la prima volta come sia possibile gestire gli utenti tramite il lavoro e lo svago e un diverso atteggiamento del personale.

Il '900 vede il perfezionamento dei manicomi, questa fase vede una chiusura in sé stessa della struttura, viene totalmente allontanata l'idea di cura e riabilitazione, ci si limitava a fare diagnosi in base ai sintomi che le persone presentavano e in alcuni casi si ricorreva alla sedazione. Negli anni '30 si iniziano anche ad utilizzare le così dette “terapie di shock” in cui si credeva che facendo avere delle crisi la persona potesse “guarire”, quindi si sottoponeva il soggetto in questione a elettroshock, crisi ipoglicemiche o iperglicemiche, o ancora esposizione a temperature molto alte o molto basse.

Nella seconda metà del '900, però, ci fu uno sviluppo nel campo delle conoscenze psicologiche, anche grazie a Freud il quale diceva che non c'era differenza tra “malato psichiatrico”¹⁰ e persona sana in quanto i meccanismi psichici erano gli stessi ma venivano impiegati in maniera differente. Grazie a Freud nasce il concetto di identità della persona, del rapporto che sussiste tra un soggetto e l'ambiente che lo circonda e il rapporto tra salute e malattia mentale.

Successivamente iniziano ad essere introdotti gli psicofarmaci, i quali attenuavano la sintomatologia più grave.

¹⁰ Freud

Nel 1904 Giolitti emanò la legge chiamata “Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati” che recita “debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi causa d’alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo” (Legge 36/1904); Il ricovero doveva essere approvato dal medico e tramite un’ordinanza del questore e, entro 30 giorni, si decideva se il ricovero dovesse terminare o se la persona fosse interdetta.

La legge 180 del 1978 stabilì la chiusura degli ospedali psichiatrici e che le persone con un disturbo mentale avevano il diritto alla cura e alla salute mediante trattamenti sia volontari che obbligatori (*TSO*); in questo caso poteva essere fatto sia a casa del soggetto, sia nei presidi extra ospedalieri che in *SPDC*.

Si arriva così al reparto di *SPDC* come lo conosciamo ora, dove si accolgono quelle persone che, per i motivi più diversi, si trovano in una fase acuta del loro disturbo e hanno bisogno di un aiuto. È un reparto che è composto da diverse figure professionali come gli psichiatri, gli infermieri, psicologi e assistenti sociali disposti ad ascoltare le loro esigenze, trovare un punto di incontro e valutare al meglio quale sia il percorso più adatto una volta che la persona torna alla vita di tutti i giorni.

1.3 La consapevolezza del sé

La consapevolezza del sé è un argomento che si è iniziato a studiare negli ultimi 20-30 anni, in quanto, nel periodo precedente, lo si racchiudeva nel concetto di attenzione. Forse per questo motivo ancora si ha difficoltà a trovare una definizione che venga accettata da tutti e si preferisce descrivere questo processo con diverse parole come insight o auto-consapevolezza.

Il termine “consapevolezza” fa riferimento a qualcosa che si può osservare, un’esperienza vissuta. Tutto ciò di cui siamo consapevoli in un preciso momento forma la nostra coscienza, come dice Velmans (2009) si può essere consapevoli di sensazioni fisiche, suoni ed oggetti come anche di eventi interni, pensieri, stati affettivi e sensazioni fisiologiche.

Da questa definizione si nota che la consapevolezza potrebbe essere “un’attività integrata e coordinata di diverse componenti, ciascuna caratterizzata dalla consapevolezza del dominio che le è proprio” (Vallar 2007).

Con il termine “sé” si intende la rappresentazione cognitiva e affettiva che ci fornisce la percezione della propria identità.

1.4 Scopo dello studio

Questo studio ha lo scopo di andare a valutare la consapevolezza del sé, e quindi anche di malattia, di una persona ricoverata in *SPDC* e ricercare un'eventuale correlazione con l'andamento umorale.

La valutazione avviene mediante dei questionari somministrati dagli infermieri agli utenti presenti in reparto sia al momento del ricovero che a quello della dimissione. Per avere un ulteriore riscontro anche gli infermieri devono compilare un questionario dove valutano, nei due momenti descritti in precedenza, la persona ricoverata.

Se si vuole fare una previsione a questo studio, si pensa che quando l'utente arrivi in reparto l'umore sia tendenzialmente basso, nel momento della dimissione questo potrebbe non avere alcuna modifica in quanto il ritorno alla vita quotidiana potrebbe suscitare nella persona ansia.

Lo studio ha, come detto prima, lo scopo di andare a vedere quale correlazione esiste tra l'insight e l'andamento umorale. Si ipotizza che una forte consapevolezza di malattia porti un soggetto ad avere un umore più basso, al contrario se l'insight è basso si dovrebbe avere un livello depressione inferiore.

CAPITOLO 2

2.1 L'insight ieri

La Gestalt dice che l'insight “si riferisce all'improvvisa consapevolezza di una nuova soluzione di un nuovo problema”¹¹.

È anche vero che si può arrivare ad avere la consapevolezza di sé stessi tramite un processo intellettuale ed emozionale che porta a conoscersi. Uno dei primi a parlare di insight fu Aubrey Lewis, osservò come le persone che presentavano una psicosi mantenevano la capacità di avere sia pensieri deliranti che un'idea critica di loro stessi e del loro disagio. Fin dall'inizio, quindi, l'insight e la consapevolezza di malattia sono stati considerati sinonimi.

Silvano Arieti¹² disse che l'insight era

“la comprensione da parte del paziente della sua situazione, ivi compresi i fatti principale connessi con la sua malattia, il concetto del proprio stato e le circostanze che lo determinano.

Alcuni pazienti non sanno di essere malati. Altri sanno di essere malati ma non sanno in che

¹¹ Darley JM, Glucksberg S, Kinchla RA. Psicologia. Sensazione e percezione Apprendimento e processi cognitivi. Motivazione ed emozione. Vol. I. Bologna: Il Mulino 1988

¹² Arieti S. Manuale di psichiatria. Torino: Boringhieri 1969

cosa consista la loro malattia. Altri ancora sanno qualche cosa circa la loro malattia ma non ne accettano la responsabilità e ne danno la colpa agli altri.”

Arieti fa una distinzione con l'insight psicotico, grazie al quale l'utente psichiatrico “finalmente vede un significato e dei rapporti nelle sue esperienze, ma l'insight è psicotico perché fondato su processi mentali che si verificano solo in uno stato di psicosi”. Da queste definizioni ne evince che l'insight è sia un segno che un sintomo molto importante per valutare le condizioni psicopatologiche di un soggetto.

Nel momento in cui sono entrati in gioco gli psicofarmaci l'insight ha assunto un'importanza maggiore, in quanto era richiesta una maggior collaborazione da parte della persona, perché la terapia doveva essere accettata e assunta in un certo modo, quindi è ovvio che, se una persona capisce il proprio stato di salute e quindi la sua malattia sarà più predisposto ad assumere la terapia in maniera adeguata. Da questa nuova visione ne scaturisce anche nuove definizioni. McEvoy et al.¹³ disse che l'insight era “la capacità da parte del paziente di avere consapevolezza di malattia, di riconoscere la necessità di un trattamento che possa comprendere anche l'eventualità di un ricovero ospedaliero”. Alla luce di questi cambiamenti

¹³ McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson J, Geller JI, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed. The role of insight. *Comprehensive Psychiatry* 1989;

la presenza dell'insight era un aspetto positivo correlato ad una migliore qualità di vita.

Intorno alla fine degli anni '80 nasce l'esigenza di iniziare a misurare il livello di insight nelle persone ricoverate.

Il primo strumento di valutazione è stato introdotto dall'ITAQ (*Insight and Treatment Attitude Questionnaire*), successivamente venne introdotto il SUMD¹⁴

I primi studi sull'insight, mediante queste scale, dimostravano l'assenza della consapevolezza durante un attacco di panico e anche del disturbo post-traumatico da stress.

¹⁴ *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders*

2.2 Importanza dell'insight



Foto 1.4: Nastro verde come simbolo di consapevolezza di malattia durante la giornata mondiale della salute e della cura.

Uno degli aspetti che facilita il rapporto con la persona con disagio psichico è il colloquio, durante il quale è importante capire come lui vede la realtà che lo circonda, capire quali sono i suoi valori e le sue credenze, andare ad indagare, nei giusti tempi, quali sono le sue paure, ansie, ma soprattutto come si vede.

Da questo tipo di colloquio si può andare a valutare, utilizzando anche delle scale come *l'insight scale*, se riconosce e accetta la patologia o se non la vede affatto. Se si è di fronte ad una persona che riconosce ed accetta la patologia, sarà sicuramente più facile fargli capire l'importanza di una terapia, o dei percorsi che vengono proposti.

Se di fronte si ha una persona che non accetta o non vede proprio la malattia il

percorso diventa differente, in quanto questo sarà più predisposto a non seguire il regime terapeutico e sarà più restio rispetto ai percorsi che gli verranno proposti e potrebbe anche non accettare un eventuale ricovero in SPDC.

Van Putten aveva trovato una correlazione tra la mancanza di insight e sentimenti di grandiosità, notando che alcuni soggetti preferivano mantenere una condizione di grandiosità psicotica piuttosto che accettare la propria condizione di malattia.¹⁵

Attre volte, come dicono recenti studi, l'insight viene utilizzato come meccanismo di difesa messo in atto al fine di cercare di sviluppare un nuovo metodo funzionale per adattarsi alla malattia¹⁶, o per distaccarsi da esperienze dolorose.

Cuesta e Peralta dicono che la valutazione dell'insight è importante ai fini della definizione del livello di gravità della sintomatologia dell'utente, minore è la consapevolezza di malattia maggiore sarà la sintomatologia negativa della persona e viceversa.¹⁷

Da una prima analisi della letteratura, quindi, non si evince con chiarezza se il ruolo dell'insight nella vita di un soggetto sia positivo o meno, in quanto è stato

¹⁵ Van Putten J, Crumpton E, Yale C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. Arch Gen Psychiatry 1976;33:1443

¹⁶ Mc Glashan TH. Recovery style from mental illness and long-term outcome. J Nerv Ment Dis 1987;17:681-5.

¹⁷ Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. Schizophr Bull 1994;20:359-66

dimostrato sia che alcuni che presentano un buon insight rifiutano comunque i trattamenti, sia la correlazione tra consapevolezza di malattia e depressione post-
psicotica.

Sicuramente un buon insight determina un migliore decorso ed esito della malattia in quanto favorisce la *compliance* ai trattamenti e ai percorsi proposti; talvolta anche chi non ha una stretta consapevolezza della malattia è propenso ad accettare terapie e ricoveri in quanto la persona stessa si rende conto che sta meglio, quindi in entrambi i casi si raggiunge uno stato di benessere.

Non sempre avvertire la persona della condizione di cui è affetto è una buona scelta in quanto potrebbe andare a destabilizzare la realtà che si è creato, si deve trovare un compromesso tra un'eccessiva consapevolezza che sottoporrebbe i pazienti a una dolorosa battaglia contro la devastazione prodotta dai sintomi psicotici, e una mancata consapevolezza che, invece, consegnerebbe il paziente a un decorso di malattia povero.¹⁸

¹⁸ (David AS. Insight and psychosis. B J Psychiatry 1990;156:798-808.)

2.3 Insight: modelli interpretativi

Molti studiosi hanno descritto l'insight e i vari ruoli che esso può prendere, in particolare si possono riassumere quattro modelli interpretativi che descrivono le varie teorie.

- Insight come meccanismo di difesa

L'atteggiamento di una persona rispetto alla malattia durante un evento di psicosi acuta è importante in quanto permette che si valuti una possibile evoluzione della malattia. Se l'utente riconosce l'esperienza psicotica e la accetta, insieme ai meccanismi atti al superamento del trauma vissuto posti in essere dagli operatori, questo potrebbe vivere in maniera meno dolorosa i vissuti depressivi.

Se invece la persona ha un atteggiamento ostinato nei confronti della malattia, la rifiuta, l'evoluzione della malattia sarà caratterizzata da più ricadute, correlato anche al fatto che il soggetto sarà restio nel seguire un percorso di psicoterapia.

- Insight come percorso cognitivo

Per coloro che hanno sviluppato questa teoria l'insight non viene visto in correlazione alla malattia, bensì è collegato ad una serie di eventi che, nel tempo, portano a far avere un significato e a comprendere i vari

sintomi psichici sui quali è possibile intervenire con metodi di tipo psicoeducazionale.¹⁹

- Insight come deficit

Questa teoria è stata sviluppata da neuropsicologi a partire dalle osservazioni effettuate da Aubrey Lewis, il quale osservò una mancanza in insight in quelle persone che avevano una patologia legata al lobo frontale. Quindi questa teoria va a valorizzare la stretta relazione tra mancanza di consapevolezza della malattia e le lesioni presenti in specifiche aree cerebrali.²⁰

- Insight come stato di personalità

È la teoria dalla quale sono nate tutte le scale per la valutazione dell'insight che oggi si conoscono, in quanto la consapevolezza di malattia viene vista come parte integrante della personalità del soggetto che, in positivo o in negativo, entra in gioco nel percorso terapeutico e nel benessere della persona.

¹⁹ Birchwood M, Smith J, Drury V Healy J, McMillan F, Slade M. A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 799 4; 89 : 62-7).

²⁰ (Lewis A. The psychopathology of insight. *Brit J Medical Psychology* 1934; t4:332-48.)

2.4 I disturbi dell'umore

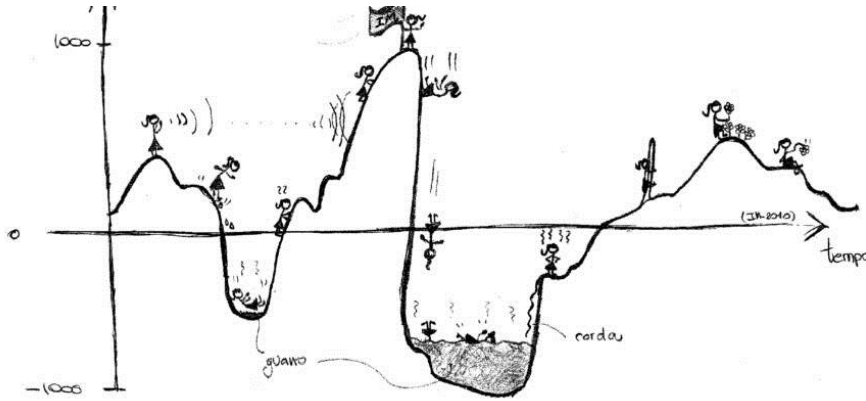


Foto 1.4: Vito Brugnola, psicologo e psicoterapeuta
descrive l'andamento umorale.

Nel DSM-5 i disturbi dell'umore sono stati divisi in due gruppi: quelli depressivi e quelli bipolari.

I disturbi bipolari sono caratterizzati da episodi maniacali o ipomaniacali alternati da episodi depressivi.

La mania è uno stato di eccitazione e benessere eccessivo ed estremo non associato ad un evento. Le persone che vivono questa fase della patologia non si rendono conto della pericolosità di certe azioni, quindi potrebbero essere dannosi per sé stessi e gli altri. Altre caratteristiche sono: sensazione che i propri pensieri vadano molto veloci, parlare velocemente, insonnia, sentirsi pieno di energie.

Se le fasi maniacali possono durare da qualche giorno ad un massimo di alcune

settimane, le fasi di depressione possono durare anche anni. Questa fase è altrettanto pericolosa in quanto spesso è associata a comportamenti suicidari.

Infine ci sono gli episodi misti, dove la persona ha un umore “disforico”, caratterizzato da agitazione psicomotoria, irritabilità, ansia e aggressività fisica e verbale.

Il DSM-5 divide il disturbo bipolare in diversi gruppi:

- Bipolare I: caratterizzato da alternanza di episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi;
- Bipolare II: caratterizzato da episodi ipomaniacali e depressivi;
- Ciclotimia: alternanza di lievi episodi ipomaniacali e lievi episodi depressivi;
- Disturbo bipolare indotto da sostanze: l'alterazione del tono dell'umore è causato da sostanze o farmaci assunti dal paziente.

Quando si parla di disturbo depressivo è importante sottolineare che non tutte le modifiche del tono dell'umore sono patologiche, la tristezza, lo sconforto e il pessimismo sono elementi importanti nella vita di ognuno, ma in un soggetto sano hanno una breve durata, mentre per chi soffre di un disturbo depressivo hanno una durata ben più lunga. Si parla di depressione quando, i pensieri sopra citati, vanno

ad influenzare in maniera significativa il normale decorrere della vita di un soggetto.

Il DSM-5 li suddivide in:

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente: compare nei bambini dai 6 ai 10 anni e si manifesta con scatti di rabbia e aggressività frequenti, e si ha un senso di irritabilità perenne.

- Depressione maggiore: è una depressione non legata a dei specifici eventi, le persone che ne soffrono presentano: umore depresso per gran parte della giornata, disinteresse verso le normali attività, perdita di peso, insonnia, agitazione psicomotoria, fatigue, bassa autostima, diminuzione della concentrazione e intenzioni suicidarie.

- Disturbo depressivo persistente: è un disturbo depressivo cronico, persistente per almeno due anni. Questo non significa che il soggetto avrà un umore basso tutti i giorni, possono essere presenti anche giorni in cui l'umore può essere considerato normale, ma questi periodi, solitamente, non durano più di qualche giorno al massimo settimane.

- Disturbo premenstruale: caratterizzato da labilità emotiva, irritabilità, umore tendenzialmente basso, ansia, difficoltà di concentrazione, fatigue, dolori fisici,

senso di perdita del controllo della propria vita e cambiamenti dell'appetito. Questa sintomatologia si presenta a ridosso del ciclo mestruale.²¹

Lo psichiatra americano Alex Korb ha scritto un libro “the upward spiral” che significa letteralmente “spirale verso l’alto” dove spiega che quando una persona ha l’umore basso è come se stesse all’interno di una spirale che lo spinge verso il basso in cui niente sembra più avere interesse, ci si sente isolati e non si capisce se si può venirne fuori. Korb spiega che la depressione porta anche ad una sensazione di intorpidimento, “anestetizzati”, incapaci di provare emozioni perché tutto ha perso valore, anche per questi motivi si ha difficoltà a prendere sonno o dormire una notte intera consecutiva.²²

21 <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-dell-umore/cosa-sono-disturbi-umore-dsm-v/>

22 Korb, A. (2015). The upward spiral: Using Neuroscience to reverse the course of Depression, one small change at a time. Oakland, California: New Harbinger Publications, Inc., 2015, 225 pages.

Capitolo 3

3.1 Scale

Le scale utilizzate avevano scopi differenti, quelle somministrate agli utenti sono: la RDI (*Rome Depression Inventory*) per valutare l'umore e l'IS (*Insight Scale*) che va a valutare la consapevolezza di malattia; mentre agli operatori è stato chiesto di compilare la NOSIE scale (*Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation*) con lo scopo di avere un secondo parere sulla persona il più oggettivo possibile.

- NOSIE

Questa scala è composta da 30 domande le quali hanno lo scopo valutare i comportamenti del soggetto, ad ogni domanda si può rispondere con “mai”, “qualche volta”, “spesso”, “molto spesso” e “sempre” a seconda che i comportamenti siano o meno riscontrati. All'item “mai” viene assegnato il valore 1 fino al valore 5 che viene assegnato a “sempre”. Questi valori vengono sommati dando dei diversi risultati:

- Adeguatezza sociale compromessa fino a 25;
- Interesse sociale compromessa fino a 5;

- Igiene personale compromessa fino a 12;
- Problemi legati all'irritabilità per valori fino a 30;
- Presenza di psicosi per valori fino a 20;
- Depressione per valori fino a 15.

Inoltre si valutano anche la capacità di ricordare, la predisposizione a parlare e l'iniziativa a compiere dei compiti semplici.

E' sciatto, disordinato
E' impaziente
Piange
Mostra interesse per ciò che avviene intorno a lui
Non si muove se non viene spinto a fare qualcosa
Si annoia o si infastidisce facilmente
Ode suoni o voci inesistenti
Mantiene i propri abiti in ordine
Cerca di essere cordiale con gli altri
Si adira facilmente se qualcosa non lo soddisfa
Rifiuta di fare qualsiasi cosa, anche le più ordinarie
E' irritabile e di cattivo umore
Ha difficoltà a ricordare
Si rifiuta di parlare
Ride o sorride per battute o situazioni buffe
E' disordinato a tavola
Tende ad iniziare la conversazione con gli altri
Dice di sentirsi triste o di umore depresso
Parla delle cose che lo interessano
Vede cose che non esistono (allucinazioni)
Ha bisogno che qualcuno gli ricordi quello che deve fare
Dorme se non è stimolato ad agire
Dice di essere inutile
Occorre ricordargli di rispettare le abitudini della SRR
Ha difficoltà nell'eseguire compiti anche semplici
Parla, borbotta, mormora fra sé

Si muove lentamente e con difficoltà
Ride scioccamente e sorride fra sé senza una ragione evidente
Perde le staffe con molta facilità
Si mantiene ordinato e pulito

- Insight Scale

Questa scala prevede 32 domande le quali risposte possono essere “sì”, “no” e “non so”, ogni risposta può avere una valenza positiva o negativa. Le domande sono divise in 7 aree:

- Il ricovero (item 1, 7, 25 e 26); cioè quanto la persona crede di aver bisogno del ricovero. Gli item 1 e 7 hanno valenza positiva, il 25 e il 26 hanno valenza negativa. Questo significa che, se il risultato è un valore maggiore di 0 la persona accetta il ricovero, al contrario, se il valore è minore di 0 l’utente rifiuta il ricovero, invece se il punteggio è pari a 0 la persona significa che non vuole parlare dell’argomento.
- La malattia mentale (item 3 e 11); cioè se la persona crede nell’esistenza delle malattie mentali. Sono item entrambi negativi, il valore -2 lo si può raggiungere o inserendo due risposte negative o mettendo una risposta positiva e una risposta “non so”; nel primo caso si evince che la persona crede che esistano le malattie mentali, mentre nel secondo caso l’utente non ci crede. Per i valori -1 e 0 si intende che la persona evita l’argomento,

mentre se il risultato è -4 o -3 l'utente non crede all'esistenza delle malattie mentali.

- Se si sente malato (item 5, 6b, 10 e 13); nel senso più generale del termine, non si fa riferimento solo alle malattie della mente. Le domande 5 e 6b hanno un valore positivo, le domande 10 e 13 hanno valore negativo. Un risultato maggiore di 0 non si sente malato, al contrario se il valore è minore di 0.
- Cambiamenti di sé (item 8, 9, 14, 16, 17, 18, 22, 23 e 24), valutano se la persona vede cambiamenti in sé stesso. Sono tutti item positivi, se il risultato è maggiore di 15 indica che la persona è in grado di identificare i cambiamenti che lo riguardano, un valore compreso tra 14 e 9 indica che, anche se con qualche difficoltà i cambiamenti vengono ancora visti ed identificati, un valore inferiore a 8, invece, vede un utente che ha difficoltà a distinguere i cambiamenti del sé.
- se ha il controllo della situazione (item 20) soprattutto dei propri pensieri e sentimenti.
- la percezione dell'ambiente (item 15, 20, 23 e 26). I primi due sono negativi, mentre gli item 23 e 26 sono positivi. Se il punteggio è minore di 0 percepisce l'ambiente come ostile, per valori uguali o superiori a 0 vede l'ambiente in modo non ostile.

- Volontà di capire la propria situazione (item 31 e 32); hanno entrambi valenza positiva; se il valore delle risposte è 0 significa che la persona non vuole parlare dell'argomento, valori di 1 e 2 indicano che non vuole conoscere la propria situazione, valori 3 e 4 stanno a significare che l'utente vuole capire cosa sta succedendo.

1	Sono venuto in struttura per un periodo di riposo
2	Non sono mai stato così malato in vita mia
3	Le malattie mentali non esistono
4	Sono qui perché mi è stato chiesto di venire
5	La mia condizione può essere curata con le medicine
6	Perché è venuto in struttura? (segnare anche più risposte)
6°	Me l'ha chiesto il mio dottore
6b	Sono malato ed ho bisogno di cure
6c	Mio marito/mia moglie mi avrebbe lasciato se non lo avessi fatto
6d	Mi sento nervoso ma non malato
6e	sono stato obbligato
7	Potrebbe essere qui qualcun altro al suo posto?
8	Per stare bene ho solo bisogno di alcuni consigli e di poter parlare
9	Ho avuto alcuni pensieri sciocchi
10	Non ho alcun problema
11	La mente non si può ammalare, solo il corpo si può ammalare
12	Farò causa alla struttura se non mi permetterete di andare via
13	Nessuno crede che io sia malato
14	Mi sta accadendo qualcosa di strano
15	I miei vicini mi controllano
16	Sento che la mia mente se ne sta andando
17	So che i miei pensieri sono sciocchi ma non riesco a farci nulla
18	Non riesco ad evitare di preoccuparmi di queste cose
19	Le voci che sento non sono nella mia mente
20	Qualcuno controlla la mia mente
21	Tutto ciò di cui ho bisogno è di riprendermi d'animo
22	Mi sento differente dal mio normale modo di essere

23	Sto perdendo il contatto con le cose che mi stanno intorno
24	Sto perdendo il contatto con me stesso
25	Capisco perché sono in struttura
26	Capisco perché gli altri vogliono che stia in struttura
27	Ho il controllo sui miei pensieri
28	Ho il controllo sui miei sentimenti
29	Avrei dovuto prevenire questa situazione
30	Trovo difficoltà ad esprimere come mi sento
31	Voglio sapere cosa mi sta succedendo
32	Voglio sapere perché mi sento così

- Rome Depression Inventori

Questo questionario è composto da 25 domande che vanno a valutare il livello di depressione. Le risposte possibili possono essere “no”, “un po’”, “abbastanza” o “molto”, assegnando ad ogni risposta valori da 1 a 4.

1	Mi sento triste
2	Sto meglio alla sera piuttosto che al mattino
3	Mi sento voglia di piangere
4	Non ho molta voglia di mangiare
5	Mi sento fiacco e stanco
6	Mi riesce difficile concentrarmi anche su cose semplici
7	Non ho voglia di fare niente
8	Mi sembra di aver perso l'interesse per il futuro
9	Qualunque decisione mi pesa
10	Mi sento piuttosto inutile
11	Non ho fiducia in me stesso
12	La mia memoria non va bene
13	Mi sembra che le decisioni che ho preso in passato siano quasi tutte sbagliate
14	La vita mi sembra una cosa difficile
15	Digerisco male
16	Vorrei dormire sempre

17	Dormo male
18	Mi sembra che nulla possa interessarmi
19	Mi irrito facilmente
20	Ho paura di essere malato
21	Ho paura di tutto quello che mi succederà
22	Non me la sento di prendermi cura della mia persona
23	Mi sento di peso agli altri
24	Mi sembra di non farcela più
25	Qualche volta mi chiedo che cosa campo a fare

3.2 Il metodo

Questo studio si propone di osservare e descrivere i cambiamenti dell'umore, nello specifico della depressione, in correlazione alle variazioni della consapevolezza di malattia.

Sono stati compresi nello studio tutte le persone che sono state ricoverate nel *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* dell'ospedale A. Murri di Fermo nei mesi di luglio e agosto 2019.

Sono stati inclusi nello studio tutte le persone, uomini e donne, a prescindere dalla diagnosi di ingresso in quanto, nei questionari somministrati, non aveva importanza la patologia di cui erano affetti.

Tutte le scale di valutazione sono state consegnate dagli infermieri del reparto opportunamente istruiti circa le corrette modalità di compilazione delle domande, lo scopo e le finalità dello studio.

La raccolta dei dati è avvenuta mediante scale di valutazione RDI e Insight Scale che sono state compilate dal soggetto nel momento del ricovero, solo in casi particolari, come *TSO* o persone particolarmente agitate, la compilazione è stata rimandata comunque non oltre la giornata, in quanto potevano portare ad una maggiore agitazione.

La *NOISE*, invece è stata compilata dagli infermieri nello stesso momento del ricovero, senza tener conto delle condizioni psicofisiche della persona.

Le stesse scale sono state nuovamente compilate durante la dimissione così da poter fare un paragone rispetto all'ingresso.

Il metodo utilizzato è di tipo osservazionale, quindi ci si limita ad osservare cercando di evitare di interferire con la persona durante la compilazione dei questionari, allo stesso modo era importante fargli capire che se si fosse trovato in difficoltà con qualche domanda può tranquillamente rispondere con “non so” o lasciare la risposta in bianco qualora questa risposta non fosse prevista. Nessun soggetto si è rifiutato di compilare i questionari, non senza qualche difficoltà.

Il numero totale di partecipanti allo studio è di 43 persone nell'arco dei due mesi; 5 questionari non sono stati presi in considerazione, in 3 casi perché le persone coinvolte hanno smesso di compilarli, in 2 casi, come riferito dagli infermieri, l'utente non era collaborante.

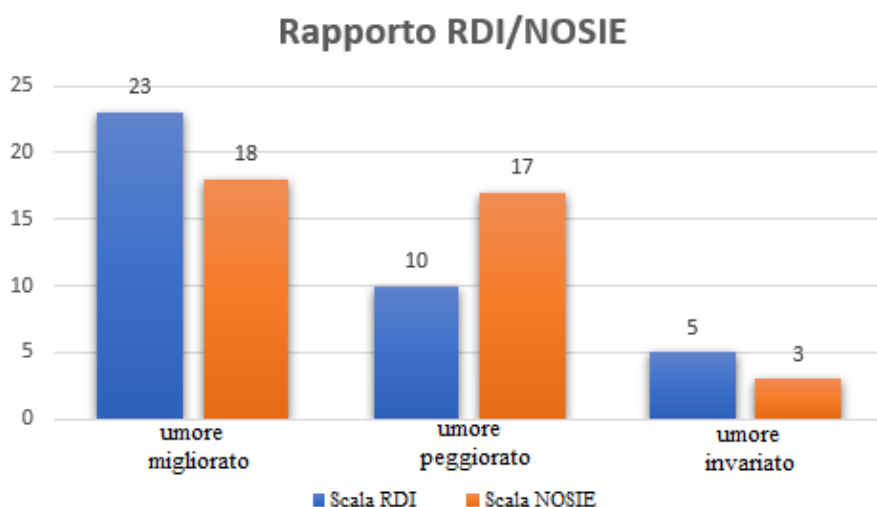
3.3 Discussione studio

Dalla raccolta dei questionari si passa all'inserimento dei dati in un programma dove viene calcolato per ogni utente: il livello di umore, la consapevolezza di malattia, la visione degli infermieri rispetto alla persona e la differenza dei valori tra l'ingresso e l'uscita.

Dall'analisi dei dati è risultato che non c'è una forte correlazione tra la scala RDI, ossia quella che compilava la persona e descriveva il proprio umore, e le altre due scale, mentre risulta evidente il collegamento tra la NOSIE, nella parte relativa alla valutazione dell'umore, e la IS, cioè la scala sulla consapevolezza di malattia.

Su 38 casi presi in considerazione, facendo riferimento alla scala RDI, 10 persone hanno peggiorato il proprio umore, 5 non hanno avuto variazioni, mentre 23 utenti hanno migliorato il proprio umore.

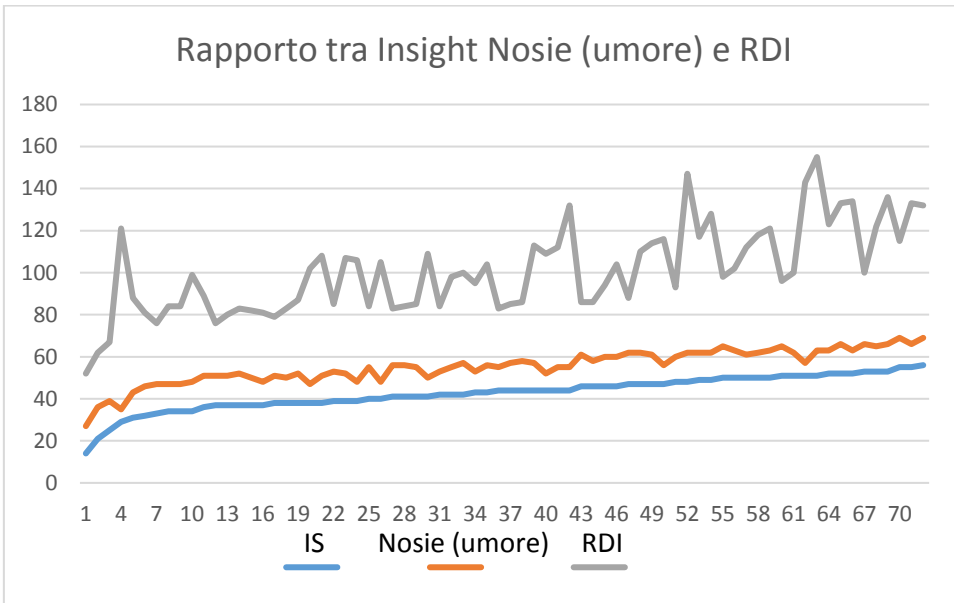
Questo andamento non è stato però confermato dalla scala NOSIE, la quale mostra che 17 di loro hanno peggiorato il proprio umore all'uscita, 3 non hanno subito variazioni e 18 utenti lo hanno migliorato.



Da questi dati si evince che poco meno della metà delle persone intervistate hanno peggiorato il loro umore nel momento della dimissione, ma non c'è correlazione tra la scala NOSIE e la RDI.

La correlazione c'è ed è evidente nel rapporto tra la scala NOSIE, per la parte relativa alla valutazione dell'umore, e la scala IS, infatti, come si può vedere dal grafico se la RDI ha un andamento a dente di sega, seppure tendente ad aumentare rispetto alla maggiore consapevolezza, mentre le altre due scale hanno un andamento crescente molto simile.

All'aumentare della consapevolezza di malattia aumenta anche la depressione della persona.



CAPITOLO 4

4.1 Limiti dello studio

Una problematica riscontrata affrontando questo studio è stata il numero di ricoveri avvenuti, in quanto si era preventivato un numero maggiore di casi, ma in due mesi il campione totale è stato di 43 persone, di cui 5 non sono state prese in considerazione in quanto 3 persone hanno deciso di non partecipare allo studio e 2 persone, come riferito dagli infermieri, non erano collaboranti.

Gli infermieri che hanno compilato e fatto compilare i questionari hanno anche riferito che a volte nonostante le persone accettassero di compilare i questionari, questi, di fronte ad alcune domande, reagivano alzando la voce o minacciando di tirarsi indietro nello studio.

Un'altra problematica riscontrata nella stesura di questa tesi è stato il fatto che l'argomento della consapevolezza di malattia esteso a tutte le persone che presentano un disturbo psichiatrico è poco studiato. Spesso viene applicato solo in correlazione a delle specifiche patologie, questo ha reso difficile l'applicazione di uno stesso argomento a tutte le persone che sono state ricoverate.

4.2 Considerazioni etiche

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo

E dei principi etici della professione è condizione essenziale

Per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche

(art.2.1 codice deontologico degli infermieri)

Il progetto è stato preventivamente esposto alla coordinatrice infermieristica e al primario del reparto SPDC dell'ospedale A. Murri di Fermo, è stato ulteriormente mostrato al direttore sanitario e alla direzione infermieristica i quali hanno approvato, favorito e sostenuto il progetto.

Alle persone coinvolte è stato esposto il disegno di tesi e, prima di iniziare lo studio, è stato richiesto il consenso, ottenuto da tutti i partecipanti, specificando che se non avessero voluto rispondere ad alcune domande potevano non farlo e che si sarebbero potuti tirare indietro in qualsiasi momento dello studio, cinque persone si sono ritirate.

Tutti i soggetti coinvolti, e talvolta i familiari, sono stati rassicurati riguardo il rispetto della privacy, infatti nessun questionario contiene dati che possano essere riconducibili alle persone coinvolte.

I questionari utilizzati non hanno avuto bisogno di particolari richieste in quanto erano già validati.

Conclusioni

Alla luce delle considerazioni finora espresse possiamo dire che: non è stato riscontrato un andamento univoco per quanto riguarda l'umore, stando ai dati raccolti mediante la scala NOSIE, tra gli utenti presi in considerazione il 45% hanno visto peggiorare il loro umore, il 47% lo hanno visto migliorare e l'8% sono rimasti stabili.

I risultati dati dalla scala RDI vedono che il 26% ha peggiorato il proprio umore, il 61% lo ha migliorato e nel 13% dei casi è rimasto stabile.

Per quanto riguarda la correlazione tra la consapevolezza di malattia e l'andamento umorale si è notato che il collegamento esiste tra la scala IS e la NOSIE (parte relativa all'umore). Un aumento della consapevolezza di essere affetti da una patologia mentale porta la persona ad avere un umore tendenzialmente più basso e viceversa.

Questa correlazione non è stata riscontrata tra la scala IS e RDI; mentre tra la IS e la NOSIE (umore) si nota un andamento lineare crescente, la scala RDI presenta un andamento a dente di sega, questo rende difficile l'andare ad individuare un collegamento con le altre scale.

Tutto ciò dovrebbe essere spunto di riflessione. È possibile agire rispetto alla depressione crescente in correlazione alla consapevolezza di malattia? Quali sono i punti cardini che porta la persona a stare male se consapevole?

Un'altra domanda da porsi è: perché c'è questa differenza sostanziale tra la scala NOSIE (umore) e la RDI? Entrambe le scale valutano l'umore della persona quindi i dati raccolti dovrebbero essere simili, ma, agli occhi degli operatori sanitari, molte persone sono state dimesse con un umore più basso rispetto all'ingresso. O forse pur di essere dimessi gli assistiti "nascondo" il loro umore?

Queste domande non hanno ancora una risposta, per questo motivo potrebbero essere spunto per nuovi studi, magari indagando in maniera più approfondita l'insight rispetto a tutte le persone, non considerando la patologia di cui sono affette.

Bibliografia

1. M. D. Orfei, C. Caltagirone, G. Spalletta
2. Johnson et al. 2002
5. American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014
6. Organizzazione professionale mondiale di psichiatri che conta circa 37.800 membri in tutto il mondo. Cura diverse riviste accademiche ed opere (tra cui il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
7. American Psychiatric Association (APA) (1980), DSM III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson, Milano, 1983
8. American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014
10. Freud
11. Darley JM, Glucksberg S, Kinchla RA. Psicologia. Sensazione e percezione Apprendimento e processi cognitivi. Motivazione ed emozione. Vol. I. Bologna: Il Mulino 1988

12. Arieti S. Manuale di psichiatria. Torino: Boringhieri 1969
13. McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson J, Geller JI, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed. The role of insight. *Comprehensive Psychiatry* 1989;
15. Van Putten J, Crumpton E, Yale C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1443
16. McGlashan TH. Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J Nerv Ment Dis* 1987;17:681-5.
17. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:359-66
18. David AS. Insight and psychosis. *B J Psychiatry* 1990;156:798-808.
19. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, McMillan F, Slade M. A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89 : 62-7).
20. Lewis A. The psychopathology of insight. *Brit J Medical Psychology* 1934; 4:332-48.)
21. <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-dell-umore/cosa-sono-disturbi-umore-dsm-v/>

22. Korb, A. (2015). *The upward spiral: Using Neuroscience to reverse the course of Depression, one small change at a time*. Oakland, California: New Harbinger Publications, Inc., 2015, 225 pages.