

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTA' DI SCIENZE STATISTICHE

CORSO DI LAUREA

STATISTICA, POPOLAZIONE E SOCIETA'



TESI DI LAUREA

VALUTAZIONE

DELLE RISORSE DI ADATTAMENTO PSICOLOGICO

NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

RELATORE: Prof. GIAMPIERO DALLA ZUANNA

LAUREANDA: CLAUDIA ANZOLIN

ANNO ACCADEMICO 2003 – 2004

*Alla mia Famiglia
e a tutti coloro
che hanno creduto
in me.*

INDICE

CAPITOLO 1

Introduzione..... pag. 1

CAPITOLO 2

Strumenti raccolta dati:

Beck Depression Inventory..... pag. 6

Test di Rorschach..... pag. 7

Zulliger Test..... pag. 10

CAPITOLO 3

Modalità di utilizzo degli strumenti..... pag. 14

CAPITOLO 4

Analisi dei dati..... pag. 16

CAPITOLO 5

Conclusioni.....pag. 52

Bibliografia..... pag. I

Appendice A.....pag. III

Appendice B.....pag. VII

CAPITOLO 1

Introduzione

Il secolo scorso è stato caratterizzato da un importante declino della mortalità, che ha visto raddoppiare la Speranza di vita sia negli Uomini, che nelle Donne.

Tale trend sembra proseguire anche nel nuovo millennio. La Speranza di Vita alla nascita passa tra il 1999 e il 2001

per le donne da 82.1 a 82.9 anni

per gli uomini da 76.0 a 76.7 anni

(cfr indicatori demografici Stime 2001. ISTAT)

Tali valori sono oggi tra i più alti al mondo. La differenza tra i valori dei due sessi è per lo più ascrivibile alla minore mortalità delle Donne, a tutte le età e per la maggior parte delle cause di morte (tra queste è rilevante il contributo delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che attualmente costituiscono circa il 70% delle cause di mortalità totale).

Negli ultimi anni è andato aumentando il numero di pazienti oncologici che sopravvivono, dal momento della diagnosi di neoplasia, oltre i 5 anni. Questo è dovuto sì ad un prolungamento della sopravvivenza, ma anche ad un aumento dei casi di guarigione.

Ciò comporta una serie di nuove problematiche fisiche e psicologiche. Diventa importante la qualità della vita del soggetto malato. Il paziente, infatti, può reagire alla diagnosi assumendo tipi differenti di comportamento, solitamente etichettati con:

- spirito combattivo
- fatalismo
- disperazione
- negazione, esitamento
- preoccupazione ansiosa.

L'ansia, la rabbia, lo sconforto, la tristezza o la reazione con la lotta sono alcuni dei possibili stati d'animo che si possono incontrare, specchio di pensieri come : "Me lo merito!", "Non ho niente", "Provo con la medicina alternativa!", "Confido in un miracolo!"....

(Greer S. e Brady M. , 1998, sostengono addirittura che l'utilizzo dello spirito combattivo, come reazione, porti ad una prognosi migliore, con un conseguente allungamento del periodo libero da malattia, e quindi una maggiore sopravvivenza.)

La depressione può essere causata sia da fattori fisiologici (disfunzioni metaboliche, enzimatiche, genetiche o biologiche: Aillon, 1971), sia come risultato di una interazione tra fattori fisiologici e comportamentali.

A partire dagli anni '30 fino alla fine degli anni '60, l'approccio terapeutico alla depressione era caratterizzato da trattamenti di tipo "fisico" e da quello psicoanalitico tradizionale. Nelle ultime decadi, tuttavia, sono state impiegate sempre con maggior frequenza svariate tecniche psico-sociali (unitamente o meno alla farmacoterapia), sottoposte tutte a valutazione scientifica. Sono stati messi a punto un discreto numero di interventi studiati espressamente per i disturbi depressivi, come la terapia cognitivo-comportamentale e quella interpersonale. Inoltre, altre tecniche sono state adattate al trattamento della patologia depressiva, quali le terapie psicomotriche, soprattutto a breve termine.

Il momento culminante nello sviluppo dell'approccio cognitivo-comportamentale ai disturbi depressivi può essere collocato nel periodo che va dal 1963 al 1980, grazie alle osservazioni cliniche di Beck, Rush e collaboratori. Beck aveva teorizzato che alcuni individui potessero essere maggiormente vulnerabili nei confronti della depressione in quanto, come esito di esperienze precoci, essi avrebbero sviluppato *schemi di pensiero "distorti" in senso negativo*. Tali cognizioni negative potrebbero rimanere latenti per lungo tempo ed essere riattivate da eventi particolarmente significativi per l'individuo, quale ad esempio nel nostro caso l'affezione da displasia.

Dati recenti forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dicono che il 10 % circa degli uomini e il 25 % delle donne soffrono di depressione; facilmente questi dati sottostimano il problema. Il primo a darne una descrizione clinica fu Ippocrate nel IV secolo a.c. che la chiamò "*melancolia*" (dal greco melas = nero e cholè = bile) ritenendo che la "*bile nera*" avvelenasse il cervello e l'anima. Areto, medico vissuto nel II° sec. d.C. descrisse con cura le fasi della psicosi *maniaco-depressiva*. Per secoli fu considerata come una malattia organica e come tale trattata. Si è dovuto attendere fino al 1911 per vedere la nascita di una teoria psicologica, che tentasse di dare una spiegazione alternativa. Questo merito va attribuito allo psicoanalista Karl Abraham. Da allora altre teorie sono sorte per spiegare questo disturbo e con esse altre metodologie di indagine e approcci terapeutici.

I sintomi che gli antichi studiosi avevano descritto sono sostanzialmente gli stessi che ancora oggi vengono utilizzati per la diagnosi di depressione.

Sinteticamente essi sono

- *alterazione dell'umore*: tristezza, solitudine, apatia;
- *concetto negativo di sé*: con auto-rimproveri e auto-accuse;
- *desideri auto-punitivi e regressivi*: di morte, di nascondersi, di fuga;
- *alterazioni vegetative*: alimentazione anomala, insonnia, ipersonnia, risveglio precoce, calo della libido ;
- *comportamento psicomotorio*: rallentato o agitato;
- *sintomi fisici funzionali*: mal di testa, vertigini o debolezza, scoordinamento motorio, difficoltà respiratorie, stitichezza o diarrea, tensione all'uretra, dolori addominali, nausea o problemi allo stomaco, dolori e crampi alla schiena e alle gambe, pruriti o sensazioni di "*pelle d'oca*", debolezza generale, tremulti.

Inoltre oggi sappiamo con certezza che:

- colpisce tutte le fasce di età dal bambino di pochi mesi all'anziano;
- colpisce indiscriminatamente tutte le fasce socioculturali;
- è la patologia psichiatrica più diffusa tra la popolazione;

- è la quarta patologia in assoluto per incidenza statistica in Italia (incluse le patologie organiche);
- il 70-80 % dei suicidi avvengono a causa della depressione;
- può coesistere con altre patologie neurotiche, psicotiche, organiche.

Non è necessario che tutti i sintomi siano presenti per essere depressi ed inoltre ogni sintomo può variare da lieve a grave. Si tratta, perciò, di un disturbo "*personalizzato*".

La tristezza è un normale sentimento, che ci accompagna ogni qualvolta qualcosa di importante non va bene nella nostra vita; è anche utile finché ci induce a correre ai ripari risolvendo situazioni problematiche.

Se, con il passare del tempo, la persona non riesce a svolgere come prima i compiti della vita ed è in balia della disperazione, o è afflitta da ricorrenti o stabili sintomi depressivi, allora certamente è uscita dalla quella che viene definita "normalità".

Criterio che può aiutare a capire se vi è un problema significativo di natura depressiva è la compresenza di fenomeni quali:

aumento o diminuzione di appetito o peso; sonno eccessivo o insufficiente; mancanza di energia, affaticabilità, stanchezza; agitazione o rallentamento psicomotorio; perdita di interesse o di piacere per le attività consuete; sentimenti di auto-rimprovero, di colpa; diminuita capacità di pensare e concentrarsi; pensieri ricorrenti di morte o suicidio; ricerca d'aiuto o impedimento funzionale prolungato.

Gli studi sulla personalità vengono utilizzati per rilevare quale rischio presenti un soggetto di sviluppare tratti psicopatologici nel corso delle cure.

La *Psico-Oncologia* è una branca dello studio della psiche, che si interessa dei pazienti con tumore, individuando in essi il bisogno di sostegno nelle forme che, di volta in volta, sono ritenute adatte a contenere la sofferenza psichica, quali ad esempio:

- il colloquio clinico con il paziente, immediatamente dopo il ricevimento dell'informazione diagnostica;
- l'utilizzo di strumenti *PSICOMETRICI* e *DIAGNOSTICI* per identificare il rischio psicopatologico.

E' questa seconda soluzione che viene più spesso praticata, per motivi economici di costo, perché permette indagini su grandi numeri in tempi contenuti, perché permette di individuare pazienti che, al momento dell'informazione diagnostica, si destabilizzano, reagendo male, e quindi potenzialmente a rischio di disturbi, in particolare nell'*Area Depressiva*.

E' infatti la *depressione* uno dei fattori più importanti che impediscono il processo di adattamento:

lo stress e l'ansia conseguenti alla diagnosi, al trattamento e alla sottoposizione a farmaci, in breve l'esperienza di malattia e di cura.

Per il campione di pazienti che si è andati ad analizzare, una volta comunicata la diagnosi di displasia, il trattamento di cura previsto è quello chemioterapico. L'obiettivo è quello di osservare se il paziente subisce un aumento del livello di depressione con la sott'opposizione al ciclo chemioterapico, il suo grado di tolleranza, per eventualmente tentare di arginare lo sviluppo di conseguenze psicopatologiche.

Al fine di trovare indicazioni sull'ipotizzato stato depressivo, sono stati utilizzati tre strumenti:

- ***Beck Depression Inventory***
- ***Test di Rorschach***
- ***Zulliger Test***

CAPITOLO 2

Strumenti raccolta dati

BECK DEPRESSION INVENTORY o BDI

(Nella versione del 1961, ma disponibile anche nelle versioni del 1967 e del 1979. Testo in Appendice A.)

Si tratta di uno strumento psicometrico multidimensionale, che valuta la sofferenza psichica e lo stato depressivo del soggetto (Biondi M., Costantini A., Grassi L., 1995).

E' un breve questionario formato da 21 items descrittivi di sintomi e di atteggiamenti osservati nel corso di psicoterapie psicoanalitiche con pazienti depressi. L'assunto di base è che il numero, la frequenza e l'intensità dei sintomi siano direttamente correlati con la profondità della depressione. La teoria interpretativa è che i disturbi depressivi siano la conseguenza di una strutturazione cognitiva che induce il soggetto a vedere se stesso ed il suo futuro in una luce negativa. Questo quadro teorico ha ovviamente indotto una prevalenza di items riguardanti gli aspetti cognitivi della depressione (in specie: sentimento di non valere nulla oppure sensi di colpa eccessivi o inappropriati).

I punteggi sono ottenuti da risposte a scelta multipla: 21 items, che rappresentano i gruppi di sintomi; ogni gruppo è composto da 4 dichiarazioni su una scala 0-3.

I sintomi sono raccolti in tre classi di fattori:

- F1:** umore, pessimismo, mancanza di soddisfazione, autopunizione, pianto, interessi, indecisione, preoccupazione somatica, perdita della libido;
- F2:** senso di fallimento, senso di colpa, sentimento di punizione, auto-delusione, auto-accusa, irritabilità, immagine corporea;
- F3** inibizione al lavoro, disturbi del sonno, affaticabilità, perdita dell'appetito, perdita di peso.

Si ottengono tre *Punteggi Parziali*, raggruppati in tre classi differenti:

il Fattore 1 (F1) misura la *tristezza*;

il Fattore 2 (F2) misura l'*auto-accusa*;

il Fattore 3 (F3) misura il *disturbo somatico*.

Il *Punteggio Totale* consiste nella somma totale dei valori corrispondenti alle dichiarazioni scelte dal soggetto per ciascuno dei 21 items.

A seconda del Punteggio Totale viene, quindi, assegnato un diverso Grado di Depressione, seguendo i seguenti intervalli:

0 – 9 "**minimum**"

10 – 16 "**mild**"

17 – 29 "**moderate**"

30 – 63 "**severe**"

Il tempo di esecuzione deve essere compreso tra i 5 e i 10 minuti.

Si tratta di un questionario ottimo per dichiarare sintomi fisici, più facili da esternare per una persona (in quanto meno personali, non psicologici)

TEST di RORSCHACH

Il *Test di Rorschach*, che prende il nome dal suo creatore, viene utilizzato come mezzo d'indagine delle dinamiche psicologiche, che caratterizzano l'organizzazione mentale del soggetto e le modalità specifiche di adattamento all'evento morboso, attraverso lo studio delle caratteristiche fondamentali della personalità.

Si tratta di un test proiettivo, composto da 10 tavole standardizzate (cinque in bianco/nero, due in grigio/rosso, tre policrome) in cui sono riprodotte immagini ambigue, che la persona deve interpretare, anche piuttosto rapidamente.

Il compito del soggetto è quello di rispondere alla seguente domanda: " Cosa potrebbero essere ? ", e darne una libera interpretazione.

Come nel caso dello *Z Test*, viene domandato cosa evoca al paziente la presa visione di queste tavole, che non riportano forme definite, ma solamente macchie policromatiche.

Rorschach ritiene che s'innesci un processo di percezione distinto in tre momenti: sensazione, ricordo e associazione. In altre parole, le sensazioni suscitate dalle macchie provocano il risveglio di vecchi insiemi di sensazioni sotto forma di immagini ricordo. Ciò che dà valore d'interpretazione alla percezione è l'imperfezione dell'equivalenza fra il complesso di sensazioni prodotte dalle tavole e le sensazioni stesse; di qui la possibilità di controllo e di scelta.

L'assenza di forma provoca nel paziente una sorta di destabilizzazione, che questi tenta di controllare dando un nome a ciò che sta vedendo. Il tipo di risposte danno informazioni sul tipo di processi mentali utilizzati per riprendere il controllo della situazione.

Trattandosi di un test proiettivo, infatti, il modo nel quale ogni singolo soggetto organizza o "*struttura*" le macchie d'inchiostro nel processo percettivo riflette gli aspetti fondamentali della sua dinamica psicologica. Le macchie d'inchiostro si prestano a funzionare da stimolo perché sono relativamente ambigue o scarsamente strutturate; non sollecitano, cioè, risposte apprese attraverso l'esperienza ma permettono una grande varietà di possibili risposte.

L'interpretazione dei dati forniti inizia attribuendo i punteggi in base a delle regole precise (psicogramma), tenendo conto della localizzazione delle componenti determinanti (forma, colore, sfumature), del contenuto e della frequenza delle risposte. L'esaminatore osserva, poi, anche il grado di corrispondenza tra la risposta e la forma della macchia, assegnando un punteggio di qualità della forma che può essere positivo (+), intermedio (I) o negativo (-).

Sebbene l'attribuzione del punteggio sia fatta in base ad un preciso sistema di codifica, ciò non vale per l'interpretazione. La qualità delle risposte indica in una certa misura il livello intellettuale del soggetto e l'attenzione dimostrata nell'eseguire il compito; si assegna una notevole importanza al grado di controllo degli impulsi e delle reazioni emotive.

Mentre le risposte di movimento vengono considerate indici di immaginazione e di creatività, quelle di colore sono interpretate come indici di reazioni emotive agli stimoli esterni; la "forma", infine, esprime il grado di abilità del soggetto a tener conto della realtà.

L'interpretazione che viene data si rifà ad ipotesi, collegate tra loro, sulle forze interne e sui meccanismi di controllo che spingono il soggetto a dare i vari tipi di risposta.

In particolare, in questo caso sono 11 gli indici osservati per lo studio del grado depressivo, in base a delle soglie fissate.

Particolarmente interessante risulta il rapporto tra l'indice **M** e l'indice **G** : il primo da un'indicazione di quelle che vengono definite "*risorse personali*" del paziente, il secondo di quelle che vengono definite le "*aspirazioni*" del paziente. Quando le "*aspirazioni*" sono superiori alle "*risorse personali*" ci si trova, con molta probabilità, in presenza di un paziente affetto da depressione, o comunque fortemente a rischio.

Un'ulteriore analisi del rapporto tra l'indice **M** e l'indice **C**, da indicazioni sul rapporto esistente tra le interpretazioni a contenuto umano o antropomorfo, con percezione di movimento, e quelle basate esclusivamente sul colore. Questo tipo di rapporto definisce quattro tipi fondamentali di comportamento: *Coartato*, *Introversivo*, *Extraversivo* e *Ambieguale*

Il termine "Introversivo" indica la propensione ad un rapporto con la realtà interiore ed intima.

Il termine "Extraversivo" indica un atteggiamento volto all'espressione esterna e al contatto prevalente con la realtà esterna, comportando a volte il rischio di superficialità.

Il termine "Coartato" indica una vita affettiva impoverita a causa di forze repressive, che agiscono sul mondo emozionale. Il soggetto risulta pertanto ipercontrollato e affettivamente inibito, formale e rigido.

Il termine "Ambieguale" descrive individui intellettivamente e affettivamente ben dotati, con capacità di rapporto bilanciato tra il mondo interno e il mondo esterno.

Sono i comportamenti “Introversivo” e “Coartato”, solitamente caratteristici di pazienti colpiti da depressione.

Fondamentale anche il confronto tra gli indici:

FCHO :cioè il numero di interpretazioni in cui il chiaroscuro diffuso è secondario rispetto alla forma;

CHOF :cioè il numero di diapositive in cui, tenendo conto del chiaroscuro, la forma è piuttosto indeterminata, ma non del tutto assente;

CHO :cioè il numero di interpretazioni in cui la forma è del tutto assente e solo l'impressione del chiaroscuro diffuso determina la risposta;

che danno indicazioni sulla capacità del paziente di controllo dello stato ansioso.

Il *Test di Rorschach*, in conclusione, fornisce informazioni sulla personalità nel suo insieme (modi di percezione, comprensione, apprensione, funzioni cognitive, affettive, adattive e relazionali) e sulla sua struttura dinamica.

ZULLIGER TEST (o Z - DIAPOSITIVE - TEST)

Lo *Zulliger Test* è un reattivo di personalità, in cui l' individuo viene invitato a fornire un senso compiuto ad alcune macchie di colore riportate su delle tavole.

L' ipotesi su cui il test è fondato è che il modo in cui le persone interpretano e danno senso alle macchie non è casuale, ma è determinato dai pensieri in loro più attivi che vengono ad essere come esternalizzati, concretizzati o “proiettati” nelle figure di per sé prive di senso.

Al pari degli altri test proiettivi, lo *Z Test* è fondato sulle convinzioni che il modo in cui gli individui percepiscono ed interpretano gli stimoli ambigui della realtà esterna (in questo caso le macchie) rispecchia gli aspetti fondamentali del loro funzionamento psicologico.

Nato quale evoluzione del *Test di Rorschach*, per venire incontro alle esigenze di avere uno strumento più agile e snello, che richiedesse minor tempo di somministrazione ed interpretazione, lo *Z Test* si compone di tre tavole, invece che dieci, una bianco/nero, una grigio/rossa, una policroma, ottenute casualmente, e consente un utilizzo sia individuale che collettivo.

Al soggetto viene chiesto :”Che cosa potrebbe essere ciò che vedi su questa tavola?”. In genere il soggetto tende a rispondere interpretando il tutto o i dettagli della figura; l'esaminatore segna le risposte e prende nota dei commenti, della mimica e del comportamento del soggetto durante la prova. L'esame ha una durata di circa trenta minuti. L'esaminatore procede, quindi, alla valutazione delle risposte secondo un sistema di siglatura ideato da Rorschach.

Ciò permette di ottenere:

- uno schema della struttura psichica del soggetto,
- precisazioni sul tipo e sul grado di intelligenza,
- disposizioni attitudinali e formazione del carattere.

In realtà non viene esaminata la fantasia, ma la percezione. Il soggetto adatta le sue immagini mnemoniche alle figure presentate; utilizza le macchie per far tornare alla memoria immagini corrispondenti. Non è, perciò, il “cosa” veda il soggetto nelle macchie che interessa particolarmente l'esaminatore, ma “come” il soggetto abbia effettuato l'interpretazione.

Le tre macchie dello *Z-Test* possono essere usate come una versione abbreviata e più semplice del *test di Rorschach*, e servire come prova preliminare o supplementare per dati relativi alla formazione del carattere.

Le informazioni ottenute vengono elaborate in chiave di grado e tipo d'intelligenza del soggetto, presenza o meno di capacità organizzative e di comando, per valutare la capacità di adattamento e la salute mentale.

Similmente alle Tavole Rorschach, le 3 tavole dello *Z Test* sono concepite in modo da indurre interpretazioni di forma, colore, chiaroscuro e movimento, riferite a tutta la figura o a dettagli. Le tavole furono anche trasformate in diapositive, per permetterne la proiezione su schermo, che è proprio il metodo utilizzato in questo caso.

Tra i test proiettivi ha una particolare rilevanza per la complessità ed articolazione del suo sistema di codifica delle risposte, che permette di ricavare un gran numero di informazioni sulla personalità di chi risponde.

I criteri che vengono usati in tale sistema sono: la localizzazione (in quale parte delle macchie il soggetto ha individuato la risposta), le determinanti e cioè cosa ha generato la risposta (le forme, il colore, il movimento...), il contenuto (a quale categoria appartiene la risposta: esseri umani, animali o piante) e la frequenza e cioè il livello di originalità o volgarità (:banalità) delle risposte.

Il quadro completo dei simboli usati per la *siglatura* delle risposte del soggetto comprende 43 voci. Le voci utilizzate per lo studio del grado depressivo sono quelle che danno indicazioni su:

quante sono le risposte globali, cioè le interpretazioni che si riferiscono ad una figura completa;

quante, invece, sono le risposte che indicano l'interpretazione di un dettaglio, dove altri soggetti vedono in genere una figura completa;

qual è la percentuale delle forme percepite con precisione, quale quella delle risposte animali;

l'interpretazione di movimento;

forme percepite come "buone" o "cattive";

originalità delle risposte (banale, legata alla professione, poco spontanea, originale e comica, usata raramente, e così via) e percentuale delle risposte originali.

In questo caso, gli indici analizzati per determinare la presenza o meno di depressione sono 10.

Anche per questo Test, ovviamente in quanto riduzione del Test di Rorschach, risulta interessante analizzare:

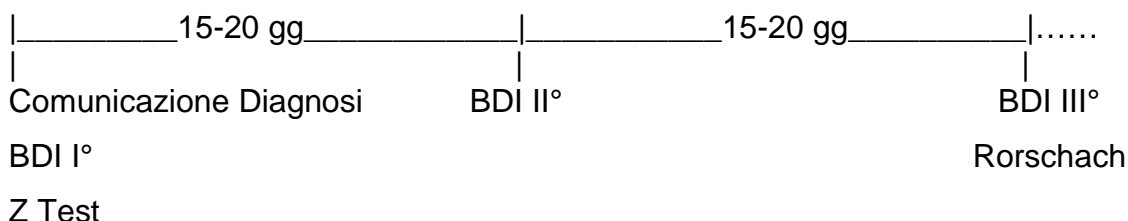
- il rapporto tra l'indice **M** e l'indice **C**, per la definizione dei quattro comportamenti: *Coartato*, *Introversivo*, *Extraversivo* e *Ambieguale*
- il rapporto tra "*risorse personali*" e "*aspirazioni*".

Si tratta di un test reattivo, e quindi non sostituisce un completo esame psicologico; lo *Z Test* può completare, verificare e controllare altri dati, e soprattutto distaccare l'esaminatore dalla propria impressione soggettiva, che, anche se indispensabile nella formazione di un giudizio, spesso determina gravi errori.

Soltanto con l'applicazione di più reattivi si può sperare di ottenere un quadro obiettivo delle capacità e della formazione caratterologica di un individuo. Tale procedimento aiuta ad evitare errori di interpretazione e giudizi unilaterali.

CAPITOLO 3

Il Metodo di somministrazione dei 3 Test è stato il seguente:



Alla prima somministrazione del BDI hanno partecipato 119 pazienti, dei quali uno però non ha risposto anche allo Z Test.

Alla seconda somministrazione ne hanno partecipato 94.

Alla terza 57, dei quali però solo 53 sono stati sottoposti anche al *Test di Rorschach*.

In totale, perciò, sono 53 i pazienti per i quali abbiamo i dati per tutte e tre le somministrazioni del *BDI*, *Z Test* e *Test di Rorschach*.

L'analisi delle differenze tra i 53 pazienti, il cui comportamento si andrà ad analizzare, e i 66 per i quali, invece, abbiamo solo i dati relativi alla 1° somministrazione del Beck Depression Inventory, non ha portato a pensare che ci siano grandi differenze tra i due campioni e che la selezione sia tendenzialmente casuale.

La composizione percentuale rispetto alla variabile sesso è molto simile. Osservando la composizione rispetto alla variabile *classi d'età* è risultato che:

- nel caso dei *sopravvissuti* all' "*effetto attrito*" il campione si divide nel seguente modo: Giovani Adulti 24.5 %, Adulti e Anziani parimenti 37.7 %;
- nel caso dei *dispersi*, il campione si suddivide nel seguente modo: Giovani Adulti 13.6 %, Adulti 34.8 % e Anziani 51.6 %, cioè più della

metà di coloro che si è chiamati *dispersi* sono persone anziane (in parte ciò è anche dovuto ai decessi).

Per quanto riguarda il livello di depressione segnalato dal Beck Depression Inventory alla 1° somministrazione, è risultato che l' 83 % dei *sopravvissuti* e il 71.2 % dei *dispersi* hanno fatto registrare un livello minimo di depressione. Le cifre non sono poi così lontane. I due campioni si differenziano, più che altro, per il fatto che nel campione dei *sopravvissuti* nessun paziente ha fatto registrare un grado di depressione superiore a quello definito "mild", che riguarda il 17 % dei pazienti, mentre nel campione dei *dispersi* circa il 29 % presenta un grado di depressione superiore a quello minimo (nel dettaglio: "mild" = 21.2 %, "moderate" = 7.6 %).

In particolare si osserva per i 5 pazienti (= 7.6 %) che raggiungono il livello "moderate" che si tratta di 4 pazienti di sesso femminile e 1 paziente di sesso maschile.

Tra coloro che hanno abbandonato, perciò, si notano, per lo più, le persone anziane e quei casi (ma in numero non abbastanza significativo) di persone che hanno fatto registrare un grado depressivo superiore a quello registrato per i *sopravvissuti* all' "effetto attrito".

L'utilizzo di test proiettivi diversi in successione ha lo scopo di evitare l'"effetto apprendimento", che inevitabilmente ci sarebbe nel caso si proponesse lo stesso strumento.

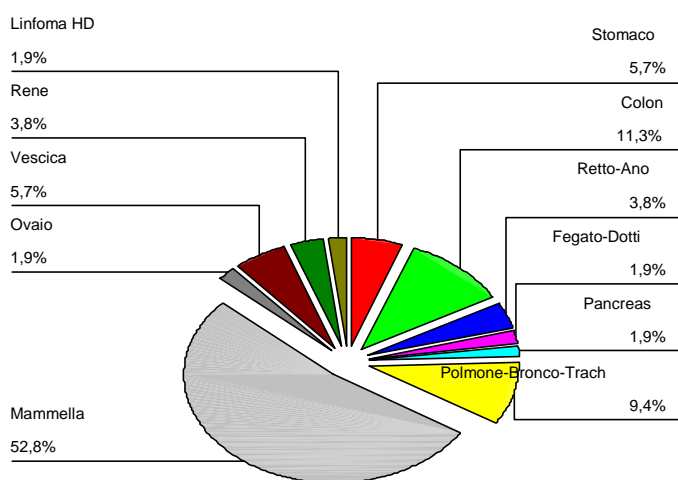
In particolare, tramite lo *Z Test* e il *Test di Rorschach*, si è tentato di osservare il rapporto tra le "risorse personali" e le "aspirazioni" dei pazienti, partendo dal presupposto che, nel momento in cui le "risorse personali" sono inferiori alle "aspirazioni", si viene a creare una situazione favorevole al comparire di sintomi depressivi.

CAPITOLO 4

Analisi dei dati

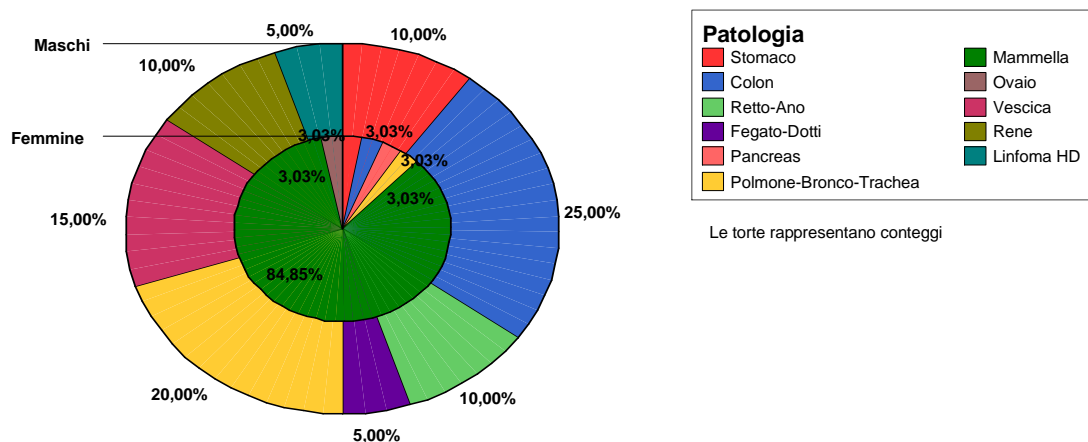
Analizziamo, perciò, per i 53 pazienti presi in esame, quali siano in percentuale le sedi patologiche:

Grafico: - Distribuzione percentuale delle sedi patologiche -



Confrontando le sedi patologiche distintamente per i due sessi si ottiene la seguente divisione:

Grafico: - Distribuzione percentuale delle sedi patologiche, distinte per sesso -



Risulta evidente come la sede tumorale sia distribuita diversamente nei due sessi. Infatti, mentre per le donne l'84,85% dei tumori sono alla mammella, per gli uomini sono colon e il gruppo polmoni-bronchi-trachea le sedi che concentrano la maggior parte della distribuzione, pur rimanendo ben lontani dai valori modali delle donne.

Beck Depression Inventory

Utilizzata la ricodifica del punteggio totale del BDI, si è potuto cercare un'eventuale correlazione tra il grado di depressione e il sesso.

Alla I° somministrazione risulta che, anche se con valori percentuali leggermente differenti, la quasi totalità dei soggetti presenta un grado minimo di depressione, indipendentemente dal sesso.

Il Test Chi Quadrato (che assume valore 3.271, con significatività per un test a 2 code pari a 0.071) suggerisce che, comunque, non ci sia associazione statisticamente significativa tra *sex* e *depression* rilevata alla prima somministrazione, e che quindi il livello depressivo, misurato al momento della diagnosi, non venga influenzato dal fatto che il paziente sia uomo o donna.

Risultati analoghi, che indicano incorrelazione, si ottengono esplorando la relazione tra la variabile *sex* e il livello di depressione rilevato alla II° e III° somministrazione del *BDI*. Anche queste due relazioni, difatti, risultano non statisticamente significative

Indicando con:

- _1 il valore alla I° somministrazione,
- _2 il valore alla II° somministrazione,
- _3 il valore alla III° somministrazione,

si sono calcolate alcune statistiche, quali media, moda, mediana e i quartili delle distribuzioni dei tre fattori e del livello di depressione finale registrato.

Statistiche

		F1_ 1	F1_ 2	F1_ 3	F2_ 1	F2_ 2	F2_ 3	F3_ 1	F3_ 2	F3_ 3	TOT _1	TOT _2	TOT _3
Media		2,28	2,06	2,17	,40	,36	,40	2,62	2,89	3,11	5,26	5,19	5,68
Mediana		2,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	6,00
Moda		0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	2	0
Percentili	25	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	2,00	2,00	1,50
	50	2,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	6,00
	75	3,50	4,00	4,00	,00	1,00	1,00	4,00	4,50	5,00	7,00	8,50	8,50

Possiamo notare che le medie dei Fattori 1 e 2 , tra I° e III° somministrazione, praticamente rimangono invariate. Aumenta invece la media del Fattore 3, come quella del Totale. L'associazione tra le due variabili non risulta comunque significativa.

Confrontando la moda nelle 3 somministrazioni per la variabile Totale, si può osservare che la classe con maggior frequenze passa da quella a valore 4 della I° somministrazione, a quella a valore 2 nella II° somministrazione, fino a concentrarsi in quella a valore 0 alla III° somministrazione.

Contemporaneamente si può notare l'aumento dell'ampiezza dell'intervallo tra I° e III° quartile: nonostante come classe modale si delinii il valore 0, portando ad una diminuzione del livello medio di depressione, la variabilità cresce, tendono ad esserci valori più estremi.

Andiamo allora a vedere le distribuzioni di frequenza, come variano da I° a III° somministrazione, per tutti i Fattori (: F1, F2, F3, Tot).

Sul totale dei 53 pazienti, che hanno partecipato alle prime 3 somministrazioni del BDI:

Rispetto al Fattore 1, dalla 1° alla 3° somministrazione:

il 28.3 % ha aumentato il livello di **TRISTEZZA**

il 45.3 % ha diminuito “ “ “ “

il 26.4 % ha mantenuto stabile il livello di TRISTEZZA

Le distribuzioni di frequenza assolute e percentuali variano nel seguente modo:

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	12	22,6
1	11	20,8
2	11	20,8
3	6	11,3
4	5	9,4
5	3	5,7
6	1	1,9
7	3	5,7
8	1	1,9
Totale	53	100,0

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	22	41,5
1	6	11,3
2	4	7,5
3	6	11,3
4	5	9,4
5	4	7,5
6	2	3,8
7	2	3,8
8	1	1,9
9	1	1,9
Totale	53	100,0

E' evidente che alla III° somministrazione i casi si concentrano sul valore 0, ma aumentano anche i valori assunti dalla variabile, che passa da un intervallo [0,8] ad un intervallo [0,9].

Pare, quindi, che, per la maggior parte dei pazienti, dal momento della diagnosi alla III° somministrazione del BDI, diminuisca il livello di "tristezza".

Uomini e donne tendono, comunque, ad assumere due comportamenti differenti, come si può notare dai dati riportati qui sotto:

	Maschi	Femmine
In aumento	45 %	18.2 %
Stabile	25 %	27.3 %
In calo	30 %	54.5 %
Tot	100 %	100 %

E' evidente la differente tendenza di comportamento tra uomini e donne. Difatti, mentre la maggior parte dei pazienti uomini presenta un aumento della "tristezza", per le donne la tendenza è esattamente opposta.

La percentuale di pazienti che mantengono un livello stabile di "tristezza" non presenta invece grandi differenze nei due sessi.

Il test Chi-Quadrato suggerisce che non esista una relazione statisticamente significativa.

Si registra, invece, per questo fattore una relazione statisticamente significativa rispetto alla variabile *Età in classi*, come si può osservare dalla tavola di contingenza e il test Chi-Quadrato qui sottoriportati.

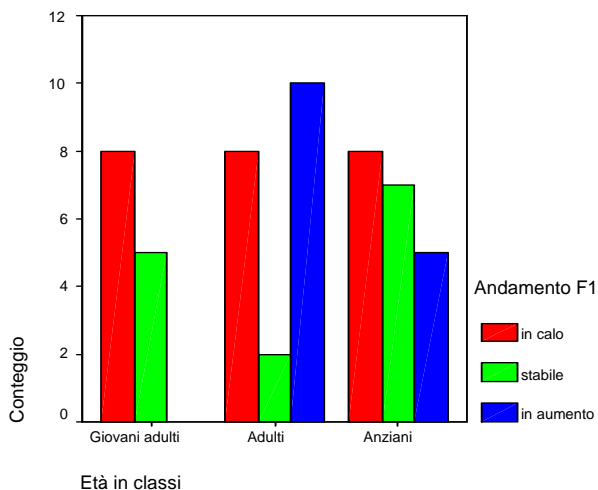
			Andamento F3			Totale
			in calo	stabile	in aumento	
SESSO	Maschi	Conteggio	11	3	6	20
		% entro SESSO	55,0%	15,0%	30,0%	100,0%
		% entro Andamento F3	64,7%	20,0%	28,6%	37,7%
	Femmine	Conteggio	6	12	15	33
		% entro SESSO	18,2%	36,4%	45,5%	100,0%
		% entro Andamento F3	35,3%	80,0%	71,4%	62,3%
Totale		Conteggio	17	15	21	53
		% entro SESSO	32,1%	28,3%	39,6%	100,0%
		% entro Andamento F3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	11,401 ^a	4	,022
Rapporto di verosimiglianza	14,891	4	,005
Associazione lineare-lineare	1,657	1	,198
N. di casi validi	53		

a. 2 celle (22,2%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5.
Il conteggio atteso minimo è 3,43.

Grafico: - Andamento del fattore F1 (= "tristezza") dalla I° alla III° somministrazione, per classi d'età -



Leggendo i dati marginalmente, per colonna possiamo osservare che:

- coloro che presentano il fattore 1 in calo si distribuiscono equamente nelle tre classi d'età;

- la maggior parte di coloro che mantengono un livello stabile del fattore (= 50 %) appartengono alla categoria degli Anziani;
- la maggior parte di coloro che presentano un aumento di questo fattore (=66 %) appartengono alla categoria degli Adulti.

Leggendoli invece marginalmente, per riga possiamo osservare che:

- i Giovani-Adulti si distribuiscono prevalentemente nella fascia che presenta un calo del fattore, nel susseguirsi delle tre somministrazioni;
- gli Adulti, a parte una minima parte stabile, si distribuiscono con differenze non molto rilevanti (visto il numero di osservazioni totali) tra le tendenze “in calo” e “ in aumento”;
- gli Anziani tendono più ad una situazione di stabilità e calo del fattore “ tristezza”.

La categoria che, perciò, risulta più a rischio di un aumento del fattore “tristezza” sembra essere quella degli adulti.

Il numero di osservazioni è troppo basso per tentare un’analisi separata per i due sessi, che possa risultare statisticamente significativa.

Utilizzando per le tre somministrazioni la stessa codifica del Fattore 1,

rispetto al Fattore 2 , dalla 1° alla 3° somministrazione si è ottenuto che:

il 20.8 % ha aumentato il livello di **AUTOACCUSA**

il 11.3 % ha diminuito “ “ “ “

il 67.9 % ha mantenuto stabile il livello di AUTOACCUSA.

Le distribuzioni di frequenza assolute e percentuali marginali si distribuiscono come segue:

F2_1

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	42	79,2
	1	6	11,3
	2	2	3,8
	3	1	1,9
	4	2	3,8
	Totale	53	100,0

F2_3

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	37	69,8
	1	12	22,6
	2	3	5,7
	3	1	1,9
	Totale	53	100,0

Il Fattore 2, contrariamente al Fattore 1, diminuisce il proprio range, con un calo percentuale nella classe di valore 0 (che pur rimane classe modale), e un aumento percentuale nella classe di valore 1. Il comportamento dei due sessi è analogo, a meno di piccole differenze percentuali, come si può osservare dalla seguente tabella di distribuzione marginale (anche in questo caso il test Chi-Quadrato non mette in evidenza alcuna associazione statisticamente significativa):

	Maschi	Femmine
In aumento	25 %	18.2 %
Stabile	65 %	69.7 %
In calo	10 %	12.1 %
Tot	100 %	100 %

Rispetto al Fattore 3, dalla 1° alla 3° somministrazione

il 39.6 % ha aumentato il livello di **DISTURBO SOMATICO**

il 32.1 % ha diminuito “ “ “ “

il 28.3 % ha mantenuto stabile il livello di **DISTURBO SOMATICO**

Le distribuzioni marginali sono le seguenti:

F3_1

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	10	18,9
1	11	20,8
2	7	13,2
3	10	18,9
4	5	9,4
5	3	5,7
6	3	5,7
7	1	1,9
8	3	5,7
Totale	53	100,0

F3_3

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	10	18,9
1	7	13,2
2	11	20,8
3	7	13,2
4	4	7,5
5	4	7,5
6	3	5,7
7	4	7,5
10	1	1,9
11	1	1,9
12	1	1,9
Totale	53	100,0

E' evidente, per il Fattore 3, l'aumento di variabilità e il considerevole ampliamento del campo di variazione, da [0,8] a [0,12], con dispersione, nelle varie classi, dei valori concentrati alla 1° somministrazione nelle modalità più basse.

Per questo fattore, che misura il livello di "disturbo somatico", il comportamento si differenzia per i due sessi. Mentre gli uomini presentano tendenzialmente un calo di questo fattore, per le donne il comportamento è esattamente l'opposto, con la maggior percentuale che presenta un aumento di questo disturbo.

Tendenzialmente pare che le donne sfoghino su quello che viene definito "sintomo somatico" la reazione alla notizia della malattia e alle prime sedute di chemioterapia.

	Maschi	Femmine
In aumento	30 %	45.5 %
Stabile	15 %	36.4 %
In calo	55 %	18.2 %
Tot	100 %	100 %

La relazione risulta, infatti, statisticamente significativa, come si può andare ad osservare dalla tavola di contingenza e dal test Chi-Quadrato di seguito riportati.

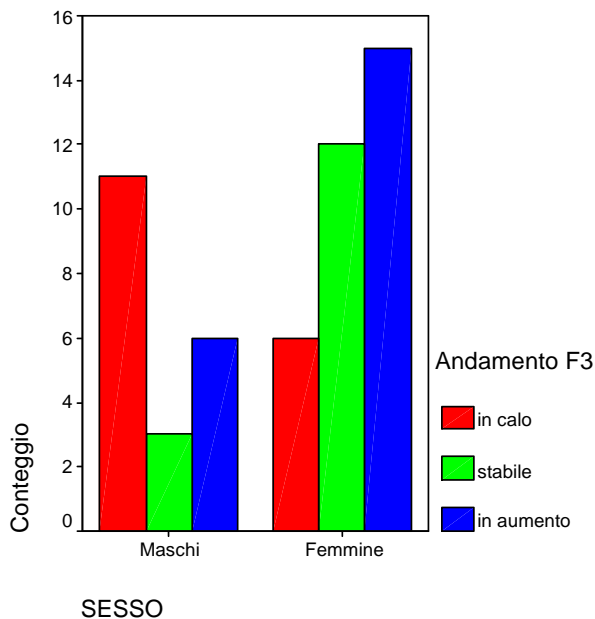
			Andamento F3			Totale
			in calo	stabile	in aumento	
SESSO	Maschi	Conteggio	11	3	6	20
		% entro SESSO	55,0%	15,0%	30,0%	100,0%
		% entro Andamento F3	64,7%	20,0%	28,6%	37,7%
	Femmine	Conteggio	6	12	15	33
		% entro SESSO	18,2%	36,4%	45,5%	100,0%
		% entro Andamento F3	35,3%	80,0%	71,4%	62,3%
Totale	Conteggio		17	15	21	53
	% entro SESSO		32,1%	28,3%	39,6%	100,0%
	% entro Andamento F3		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	8,022 ^a	2	,018
Rapporto di verosimiglianza	8,038	2	,018
Associazione lineare-lineare	4,694	1	,030
N. di casi validi	53		

a. 0 celle (.0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 5,66.

Grafico: - Andamento del fattore F3 (= "disturbo somatico") dalla I° alla III° somministrazione, per sesso -



Leggendo i dati marginalmente rispetto alla variabile Sesso, si possono metter in evidenza i differenti comportamenti assunti dai due sessi per quanto riguarda l'andamento del fattore 3, il "disturbo somatico":

- il 55 % degli uomini registra un calo del livello del fattore 3;
- la classe modale femminile (45.5 %), invece, risulta quella di coloro che presentano un aumento del livello del fattore 3.

Leggendo i dati marginalmente rispetto all'andamento del fattore 3, si può osservare, ovviamente condizionatamente al fatto che la numerosità delle donne è maggiore rispetto a quella degli uomini, che:

- tra coloro che presentano un calo, il 64.7 % sono uomini;
- tra coloro che mantengono un livello stabile, l' 80 % sono donne;
- tra coloro che registrano un aumento del fattore 3, il 71.4 % sono donne.

Sembra logico supporre che sia proprio il “disturbo somatico”, più che la “tristezza”, che per le donne manifesta la presenza di depressione.

Rispetto al TOTALE, dalla 1° alla 3° somministrazione

il 35.9 % ha aumentato il livello di **DEPRESSIONE**

il 39.6 % ha diminuito “ “ “ “

il 24.5 % ha mantenuto stabile il livello di DEPRESSIONE : cioè sono le persone che tengono costante, pur essendo sottoposte a chemioterapia, il livello di depressione, a prescindere dal livello di depressione iniziale.

Le relative distribuzioni di frequenza marginali, assolute e percentuali, sono le seguenti:

TOT_1

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	5	9,4
1	4	7,5
2	5	9,4
3	4	7,5
4	8	15,1
5	6	11,3
6	4	7,5
7	5	9,4
8	3	5,7
10	1	1,9
11	5	9,4
13	1	1,9
15	2	3,8
Totale	53	100,0

TOT_3

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	8	15,1
1	5	9,4
2	5	9,4
3	4	7,5
4	1	1,9
5	3	5,7
6	5	9,4
7	4	7,5
8	5	9,4
9	2	3,8
10	4	7,5
11	3	5,7
13	1	1,9
15	1	1,9
17	1	1,9
21	1	1,9
Totale	53	100,0

Ancora più evidente per la variabile Tot, la tendenza ad un aumento considerevole del campo di variazione, da [0,15] a [0,21], con la modifica della classe modale, che diventa quella a valore 0, ma con dispersione del resto dei valori.

Si nota un compattamento verso lo 0, ma dispersione verso i valori più alti: aumentano coloro che presentano un nullo o basso grado di depressione, ma presumibilmente i soggetti in cui era presente con valori più alti tendono ad aumentare il loro grado depressivo.

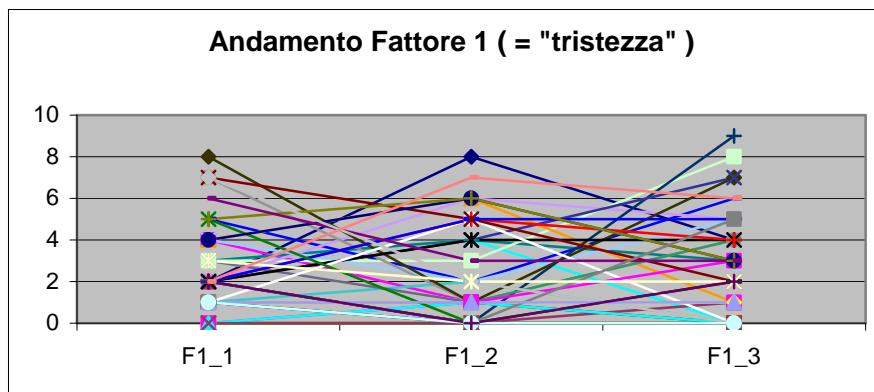
Osservando le distribuzioni marginali (il Chi-Quadrato non suggerisce associazione statisticamente significativa) :

	Maschi	Femmine
In aumento	35 %	36.4 %
Stabile	15 %	30.3 %
In calo	50 %	33.3 %
Tot	100 %	100 %

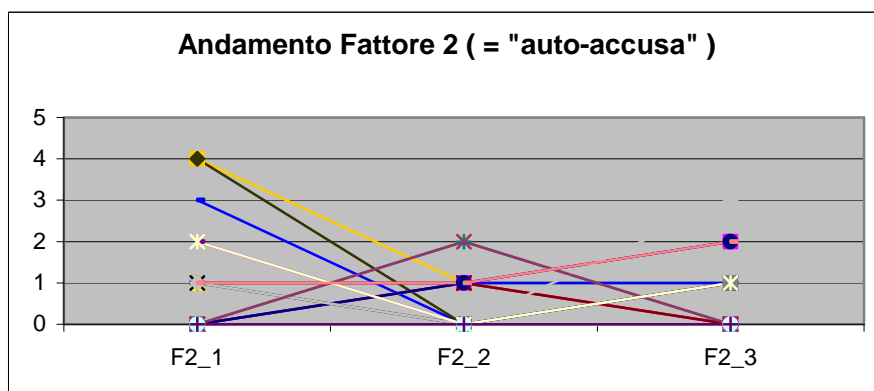
si osserva che la percentuale di pazienti che presentano un aumento della depressione è analoga per uomini e donne, ma, mentre per le donne le condizioni di stabilità e calo sono più o meno equivalenti, per gli uomini è la percentuale che presenta un calo della depressione a pesare di più.

Le donne, in pratica, si distribuiscono equamente nelle tre classi che riassumono la variazione del grado di depressione.

Un'analisi più particolare si può condurre disegnando una linea, che rappresenti per ogni singolo paziente l'andamento dei tre fattori e del livello di depressione, nelle tre somministrazioni del BDI. Osservando i grafici così ottenuti:

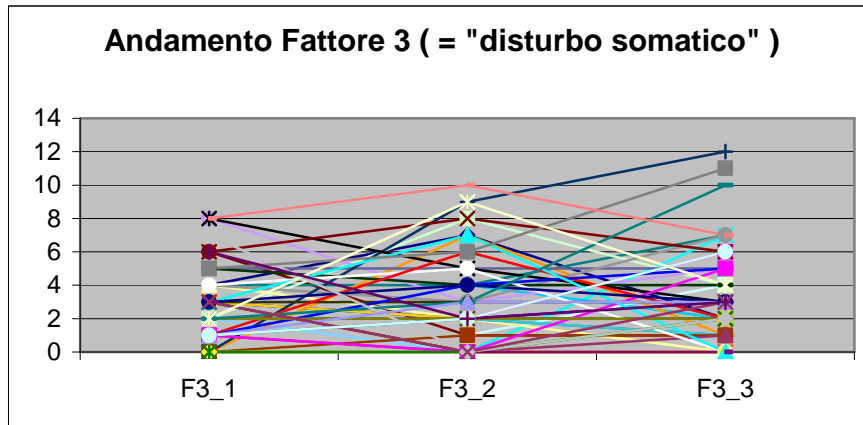


Per quanto riguarda il Fattore 1, cioè quello che misura la tristezza, si osserva che la maggior parte delle linee non rappresentano un andamento regolare, come un continuo calo o un continuo aumento, ma si tratta di linee spezzate che presentano concavità o convessità in corrispondenza del valore assunto alla II° somministrazione. Sembra non ci sia un andamento predominante.



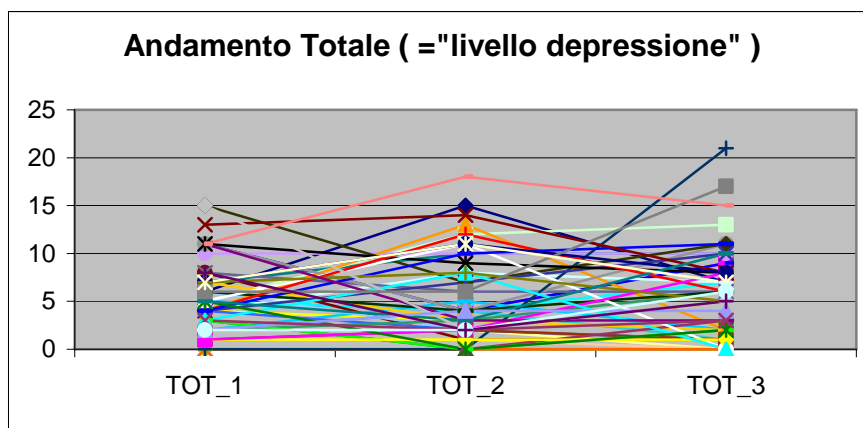
Per quanto riguarda il Fattore 2, cioè quello che misura l' "autoaccusa", si può osservare che le linee, che rappresentano i valori assunti nelle tre rilevazioni dai singoli pazienti, si concentrano in alcuni andamenti predominanti. Più o meno i valori assunti rimangono stabili per il singolo paziente, dalla I° alla III° somministrazione; ma mentre chi presentava i valori più elevati alla I° somministrazione, presenta sempre alla II° somministrazione un calo, per poi tornare ai livelli di partenza, chi presentava i valori più bassi fa

registrare un aumento alla II° somministrazione, per poi tornare ai valori di partenza.



Per quanto riguarda il Fattore 3, cioè quello che misura il “disturbo somatico”, l’andamento delle linee non presenta pattern evidenti. Si può notare l’aumento del campo di variazione del fattore dalla I° alla II° somministrazione, e dalla II° alla III°.

Anomalo il comportamento di un unico paziente, che partendo da un livello nullo, arriva a raggiungere alla III° somministrazione il valore più alto registrato.

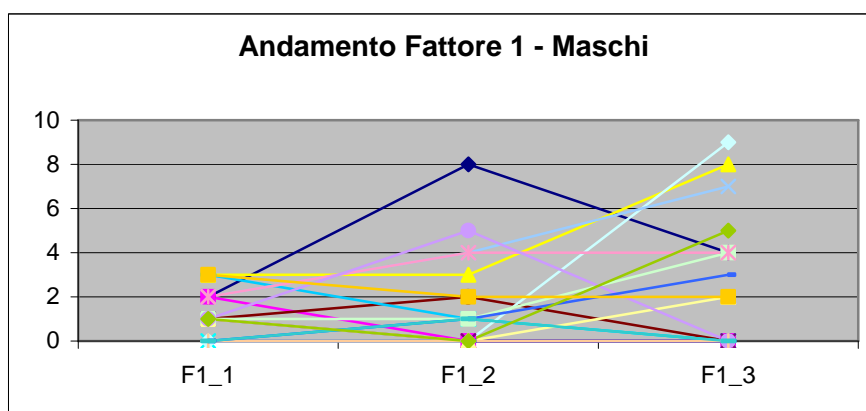
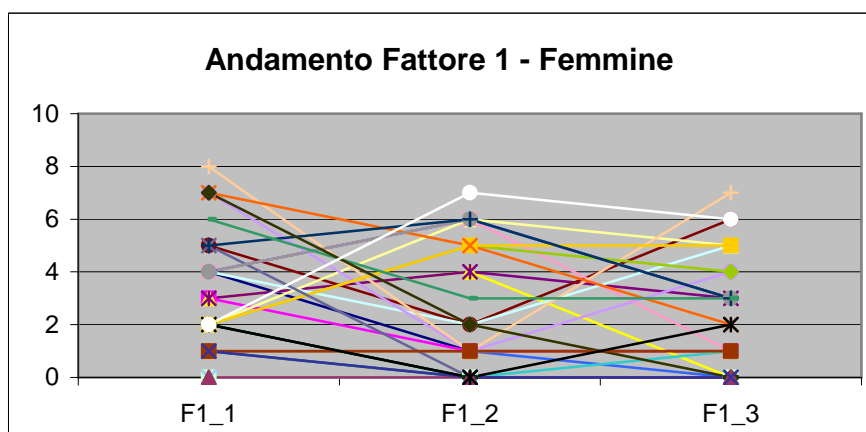


Per quanto riguarda l’andamento totale dei livelli di depressione, a parte il caso di un unico paziente che si distingue, in particolar modo per la forte

crescita del fattore 3, sembra non ci siano grandi differenze tra la I° e la III° somministrazione, a parte una leggera tendenza delle linee ad aprirsi a ventaglio, con un aumento, perciò, del campo di variazione.

Molto più interessante risulta la stessa analisi, ma condotta marginalmente, per confrontare i comportamenti differenti che assumono uomini e donne relativamente ai fattori osservati, e portando quindi ad un risultato differente per quanto riguarda l'andamento in generale del livello di depressione.

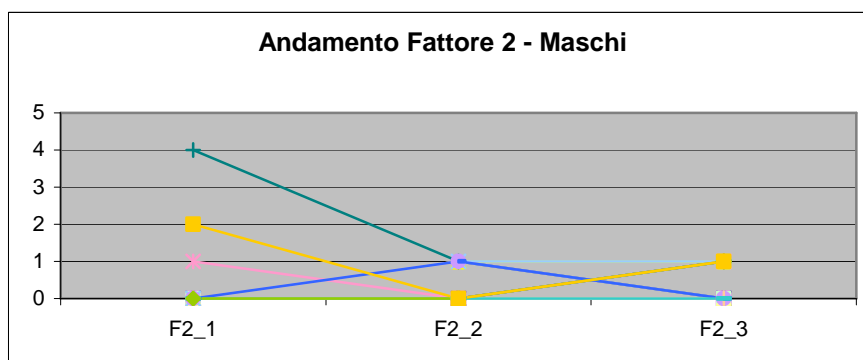
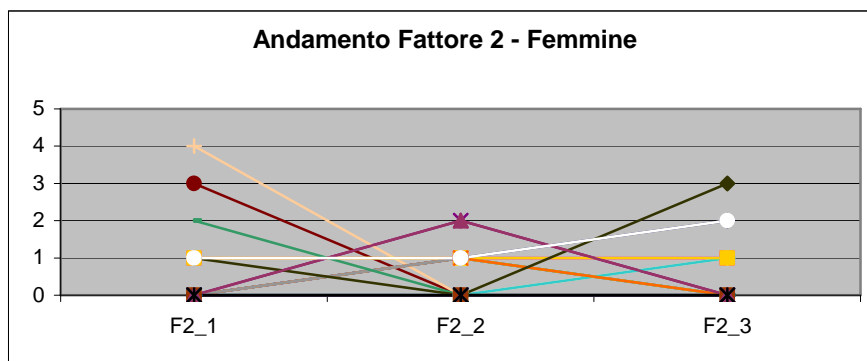
Confrontiamo, ad esempio, il comportamento dei due sessi relativamente al fattore 1, cioè quello che misura la "tristezza":



Possiamo osservare che, mentre per le donne si registra una leggera tendenza al calo, partendo da valori distribuiti tra 0 e 8, per gli uomini è stato registrato un comportamento esattamente all'opposto, con valori molto bassi in partenza (3 è il valore massimo), fino a raggiungere, alla III° somministrazione, i valori più alti registrati (il massimo diventa 9).

Si potrebbe pensare che, al momento della comunicazione della displasia, l'uomo sia quello che reagisce meglio, ma solo perché ha bisogno di più tempo per prendere effettiva coscienza della situazione, e lasciandosi quindi influenzare da "sentimenti tristi" solo in un secondo momento, ma raggiungendo alla fine livelli di "tristezza" più elevati rispetto alla donna, che probabilmente, invece, prende coscienza quasi subito della situazione, e contrariamente all'uomo non si fa sopraffare dalla "tristezza", anzi reagendo e calandone il livello.

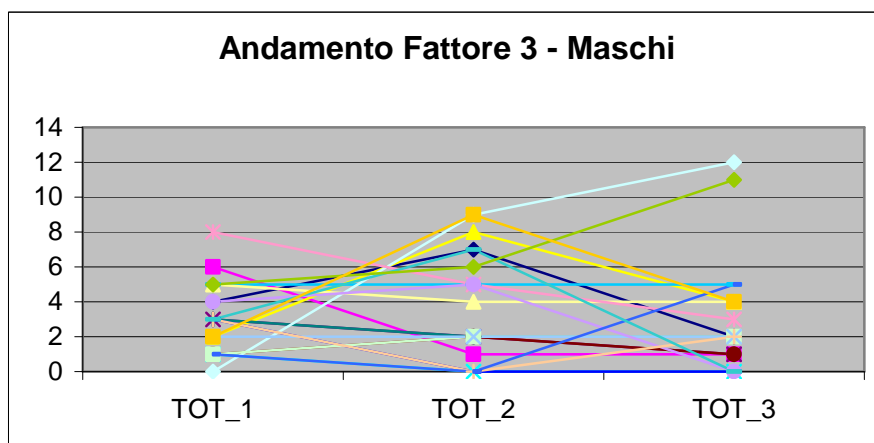
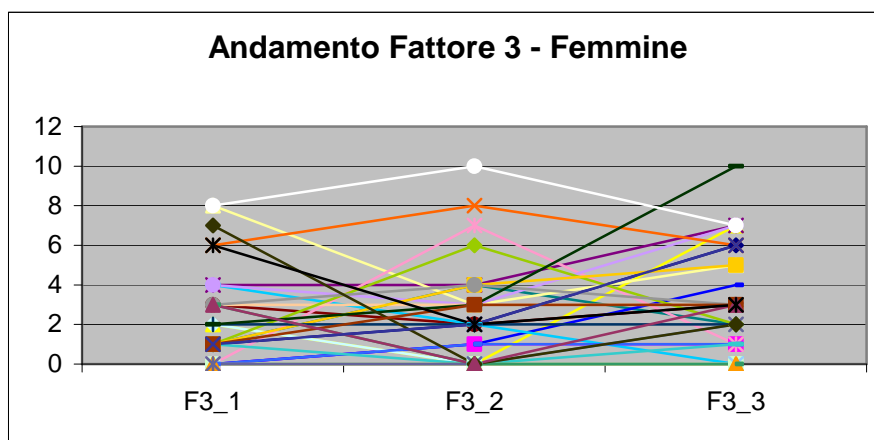
Rispetto al fattore 2, che misura il grado di "Autoaccusa":



la differenza tra gli atteggiamenti dei due sessi non è così forte.

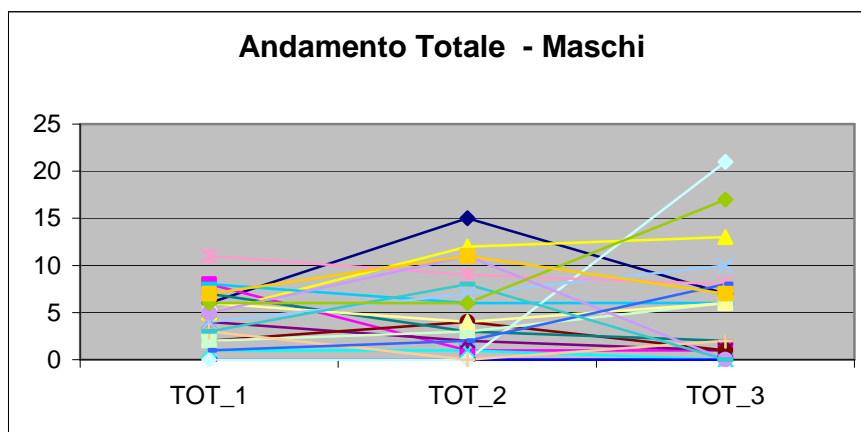
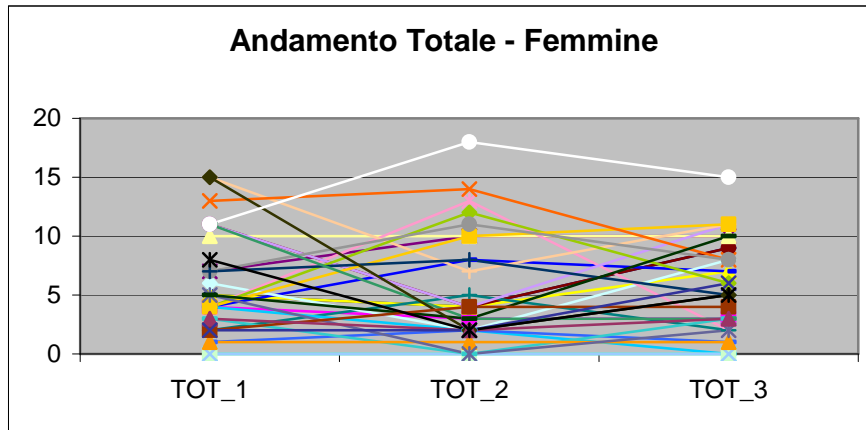
Per entrambi la tendenza è al calo con il passare del tempo, con un comportamento più variegato per quanto riguarda le donne, riassumibile in tendenze più limitate per quanto riguarda gli uomini. Indice ciò del fatto che entrambi i sessi, prendendo coscienza della situazione, tendono comunque a non autoaccusarsi per ciò che sta accadendo.

Per quanto riguarda il fattore 3, cioè quello che misura il disturbo somatico, le tendenze di comportamento di uomini e donne si differenziano nuovamente.



Nella maggior parte dei pazienti di sesso femminile, il disturbo somatico si presenta fin dall'inizio, anche per valori piuttosto alti (8) , con un calo alla II° somministrazione, per tornare alla III° somministrazione ad un livello solo leggermente più basso rispetto a quello iniziale.

L'andamento potrebbe essere riassunto discretamente da un arco di parabola, con convessità rivolta verso il basso.



Osservando il livello di depressione marginalmente, nelle tre somministrazioni, è evidente il diverso comportamento che assumono uomini e donne.

Gli uomini presentano un basso livello di depressione inizialmente (il punteggio massimo osservato è 8), che tende poi nella maggior parte dei casi a crescere, fino a far rilevare alla III° somministrazione valori molto più alti (raggiungendo il valore 20) rispetto a quelli delle donne , che invece, partendo da valori alti (il punteggio massimo osservato è 15), tendono in seguito ad affrontare la nuova situazione e a compattare i valori tra 0 e 10.

Guardando perciò il variare del livello di depressione secondo la chiave di lettura fornita dal BDI, nelle tre somministrazioni, possiamo ottenere marginalmente rispetto alla variabile “sesso” i seguenti risultati:

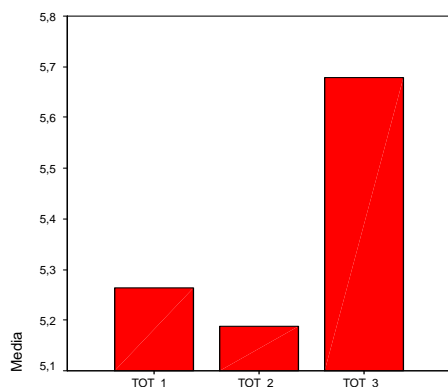
Grado di depressione	I° somministrazione		II° somministrazione		III° somministrazione	
	M	F	M	F	M	F
„minimum”	95 %	75.8 %	80 %	75.8 %	80 %	78.8 %
„mild”	5 %	24.2 %	20 %	21.2 %	10 %	21.2 %
„moderate”	/	/	/	3 %	10 %	/
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Globalmente le modifiche che subisce il livello di depressione del campione osservato sono le seguenti:

Grado di depressione	I° somministrazione	II° somministrazione	III° somministrazione
„minimum”	83 %	77.4 %	79.2 %
„mild”	17 %	20.8 %	17 %
„moderate”	/	1.9 %	3.8 %
	100 %	100 %	100 %

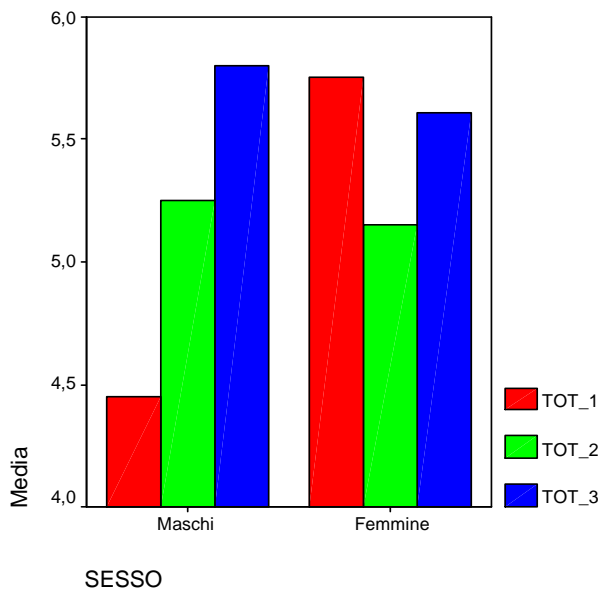
Confrontando le medie dei punteggi totali delle tre somministrazioni, possiamo vedere come sia stata registrata una tendenza all'aumento. Stiamo comunque osservando le variazioni delle medie. Forse più significativo risulterebbe il confronto tra le mediane o le mode.

Grafico: - Confronto delle medie dei Totali delle tre somministrazioni -



Otteniamo comunque un riassunto del comportamento differente assunto da uomini e donne. Per gli uomini, infatti, la media, partendo da livelli molto bassi, è in continua crescita e raggiunge un livello più alto di quello registrato mediamente per le pazienti donne, che partendo da un alto livello medio, dimostrano una tendenza al calo.

Grafico: - Confronto delle medie dei Totali delle tre somministrazioni per sesso -



Stabilita la seguente divisione per classi d'età:

Giovani Adulti dai 35 anni ai 50 anni

Adulti dai 51 anni ai 64 anni

Anziani 65 anni e più

si può osservare che mentre per gli uomini la classe modale risulta essere quella degli anziani, a cui appartiene il 65 % della popolazione maschile, per le donne la classe modale risulta essere quella degli adulti (42.4 %), con valori non comunque molto distanti da quelli della classe dei Giovani Adulti (36.4 %).

Quelli di Zulliger e Rorschach sono due test analoghi e, per la loro natura, non ha senso che vengano somministrati più di una volta: il risultato sarebbe falsato dall' "effetto memoria". Si tratta, perciò, di due test che danno misurazioni puntuali sulla presenza di fenomeni depressivi.

Zulliger Test

Dallo Z Test, che è stato somministrato subito dopo la comunicazione della neoplasia, il campione, rispetto all' indice **(Somm M)/(Somm C)** è risultato suddiviso nel seguente modo:

Comportamento Z Test	Maschi	Femmine	Totale
Coartato	55 %	42.4 %	47.2 %
Introversivo	20 %	33.3 %	28.3 %
Extraversivo	25 %	24.2 %	24.5 %
Ambieguale	/	/	/
Tot	100 %	100 %	100 %

La tendenza all'introversione o all'extraversione dipende rispettivamente dalla predominanza delle M rispetto alle determinanti "forma/colore".

Non risulta un' associazione statisticamente significativa tra la variabile Sesso e la variabile "Comportamento Z Test". Uomini e donne si comportano percentualmente in maniera molto simile.

Il Test si basa su indici, per i quali è stata fissata una soglia ad indicare o meno la presenza di depressione.

Dieci sono gli indici fondamentali, per questo Test, che vengono riportati a seguito, ognuno con la propria soglia specificata. Nessun paziente verifica contemporaneamente tutte queste condizioni.

Per questo motivo è sembrato opportuno calcolare la percentuale del campione che verifica ognuna delle condizioni, e che quindi presenta uno dei sintomi considerati caratteristici della depressione.

Tab.: - Percentuali osservate nel campione di pazienti, che verificano una determinata condizione, indice di presenza di depressione -

R <= 5	60.38 %
G <= 2	73.58 %
Do <> 0	1.9 %
F% > 50	41.51 %
A% > 50	37.74 %
U < 2	83.02 %
Orig% = 0	98.11 %
Somm M = 0	64.15 %
Somm C = 0	66.04 %
Anat >1	13.21 %

Per ognuna di queste variabili sono state calcolate statistiche quali media, mediana, moda, varianza, range e quartili.

Statistiche

	R	G	Do	A%	U	Orig%	F+	Anat	Somm M	Somm C
Media	5,36	1,98	,02	47,07	,75	,38	3,04	,57	,49	,45
Mediana	5,00	2,00	,00	44,44	1,00	,00	3,00	,00	,00	,00
Moda	5	1	0	33,33	0	0	3	0	0	0
Varianza	5,465	1,634	,019	664,5	,689	7,547	2,652	,789	,562	,791
Minimo	1	0	0	,00	0	0	0	0	0	0
Massimo	13	5	1	100,0	3	20	7	4	3	5
Percentili										
25	4,00	1,00	,00	33,33	,00	,00	2,00	,00	,00	,00
50	5,00	2,00	,00	44,44	1,00	,00	3,00	,00	,00	,00
75	7,00	3,00	,00	66,66	1,00	,00	4,00	1,00	1,00	,75

- R** :il numero di risposte date dal paziente. Un alto numero di risposte date indica facilità nell'esteriorizzazione e piacere nel farlo; assiduità negli impegni presi.
- G** :il numero di risposte "globali", cioè quando l'interpretazione si riferisce all'intera figura.
- Do** :il dettaglio oligofrenetico, cioè la tendenza ad interpretare un dettaglio dove altri soggetti in genere vedono una figura completa.
- A%** :percentuale delle risposte a contenuto animali.
- U** :il numero di risposte a contenuto umano.
- Orig%** :percentuale delle risposte originali.
- F+** :forma "buona" vista con precisione.
- Anat** :risposta a contenuto anatomico.
- Somm M** .tutte le risposte in cui si ritrova un'interpretazione di movimento (umano, animale, inanimato).
- Somm C** :tutte le risposte dove l'interpretazione è condizionata a diversi livelli (completamente, principalmente, secondariamente) dal colore.

Alcune osservazioni:

- il 50 % dei pazienti ha dato da 4 a 7 risposte. La moda è rappresentata dalle 5 risposte, che risultano anche quel valore mediano che divide in due parti di ugual peso il campione;
- la quasi totalità del campione (solo un paziente è rimasto escluso) non ha dato risposte che riguardassero il dettaglio oligofrenetico;
- la distribuzione delle "risposte globali" ha un comportamento diverso per i due sessi: l' 80 % degli uomini ha dato una o due risposte globali

(rispettivamente il 60 % e il 20%), mentre nessuno non ne ha data neanche una; le donne, invece, sono più distribuite nel range delle risposte possibili, facendo registrare come classe modale quella che contempla due risposte globali (39.4%). Ma la differenza non risulta statisticamente significativa, a causa della bassa numerosità del campione, portando quindi, con alcuni dubbi, alla conclusione che non ci siano tendenze di comportamento differenti a seconda del sesso del paziente;

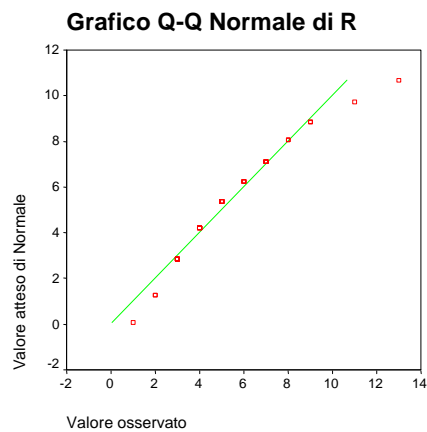
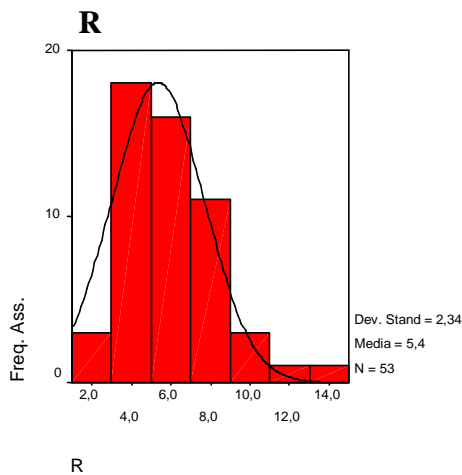
- analogo problema si ritrova nell'analisi della tavola di contingenza che rappresenta il rapporto tra la variabile sesso e l' "anatomico" dello *Z Test*. Uomini e donne assumono comportamenti differenti, con una tendenza al compattamento verso il basso, tra i valori 0 e 1 per le donne, ed invece una maggiore dispersione per gli uomini verso i valori più alti del range (0,4), ma l'associazione non risulta statisticamente significativa, poiché molte celle della tavola di contingenza rimangono vuote, probabilmente a causa della bassa numerosità del campione.

In generale, risulta alquanto arduo tentare analisi su questo tipo di variabili, lavorando per sessi separati. La dimensione del campione che si ha a disposizione annulla praticamente la possibilità di trovare relazioni statisticamente significative, a meno di riduzioni dei risultati in classi, che però apportano una perdita notevole delle notizie di cui dovrebbero essere portatori.

Analizzata la distribuzione di ognuna di queste variabili, si è tentata per alcune la forzatura di un'approssimazione ad una distribuzione normale, per poter provare l'applicazione di Test Parametrici, tenendo comunque conto dei limiti di tale passaggio, visto che si tratta di variabili discrete e dal range limitato.

Le variabili che non hanno confutato fin da subito quest' ipotesi sono le seguenti:

- da una prima osservazione grafica della distribuzione tramite istogramma, è stata forzata l'ipotesi di normalità per la variabile **R**, che rappresenta il numero di risposte totali date dal paziente; si è costruito, quindi un *grafico quantile-quantile*, che non depone a favore della forzatura di normalità



Si può notare come l'approssimazione alla distribuzione normale sovrastimi sistematicamente la distribuzione osservata nelle code. Forzando, comunque, l'ipotesi di normalità e utilizzando il *test t* si è provato a proporre come ipotesi nulla che la media assuma il valore 5, cioè il valore soglia, che indica la presenza di depressione. Il risultato è stato il seguente:

Statistiche per un campione

	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
R Z test	53	5,36	2,338	,321

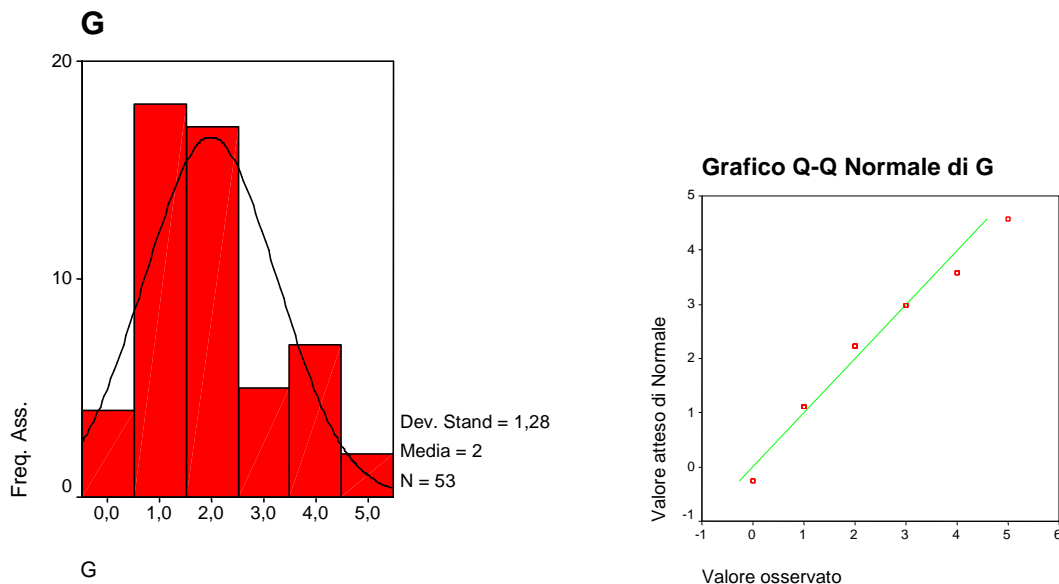
Test per un campione

	Valore oggetto del test = 5					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
R Z test	1,116	52	,269	,36	-,29	1,00

Il *test t* dice che con un test di significatività a due code, con livello fissato 0.95, non posso escludere l'ipotesi che la vera media della popolazione sia 5, e che

quindi ci sia presenza di sintomo depressivo, tendendo la significatività ad abbassarsi verso valori della media ipotizzata più alti.

- Analogo procedimento per la variabile **G**, che rappresenta il numero di “risposte globali” date dal paziente, partendo da una prima analisi grafica tramite istogramma e *grafico quantile-quantile*



non risulta scontata la provenienza da una distribuzione normale.

Forzando anche in questo caso l'ipotesi di normalità, con l'utilizzo del *test t*, si è provata a verificare l'ipotesi nulla che il valore effettivo della media della popolazione sia 2, cioè la soglia che indica depressione.

Statistiche per un campione

	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
G Z test	53	1,98	1,278	,176

Test per un campione

	Valore oggetto del test = 2					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
G Z test	-,107	52	,915	-,02	-,37	,33

Il *test t* porta al non rifiuto dell'ipotesi nulla. La reale media della popolazione di provenienza potrebbe essere proprio il valore 2, cioè indicare depressione.

Lo *Z Test* ha 10 variabili particolari, che indicano la presenza di depressione. Non si è rilevato, in questo campione, nessun paziente che presenti tutti gli indici ad avvallare l'ipotesi. Si sono, quindi, osservate le percentuali del campione rispetto a quanti indici supportino contemporaneamente per paziente l'ipotesi di presenza del fenomeno depressivo.

Ne è risultato che:

per l' 1.9 %	: 9 su 10 indicano depressione
per l' 11.32 %	: 8 su 10 indicano depressione
per il 13.21 %	: 7 su 10 indicano depressione
per l' 11.32 %	: 6 su 10 indicano depressione
per il 33.96 %	: 5 su 10 indicano depressione
per il 18.87 %	: 4 su 10 indicano depressione
per il 7.55 %	: 3 su 10 indicano depressione
per l' 1.9 %	: 2 su 10 indicano depressione

E', perciò, il gruppo di pazienti che presenta 5 indici favorevoli all'ipotesi di depressione quello che può essere definito classe modale, ma anche classe mediana.

E' evidente che ci siano sintomi di depressione all'interno del campione. Non ci sono, comunque, casi in cui la depressione abbia raggiunto un alto livello, come dimostra il fatto che nessun paziente presenti contemporaneamente positività su tutti gli indici presi in esame.

E' peraltro vero che nessuno dei pazienti risulta completamente immune ai primi segnali del sintomo depressivo (un solo paziente presenta solo due dei sintomi, tutti gli altri ne presentano almeno tre).

Confrontando *Aspirazioni* (=G) e *Risorse Personali* (=M), il campione si è suddiviso nel seguente modo:

- per il 79.25 % le “aspirazioni” si sono rivelate maggiori delle “risorse personali”, condizione che indica il rischio di depressione;
- per il 18.87 % le “aspirazioni” si sono rivelate in misura uguale alla “risorse personali”, indicando così un relativo equilibrio emotivo;
- per l’ 1.9 % le “aspirazioni” si sono rivelate inferiori alle “risorse personali”, unico caso in cui l’evento morboso è stato, pare, affrontato meglio rispetto a quanto il paziente stesso si aspettasse.

Test di Rorschach

Rispetto al *Test di Rorschach*, somministrato al terzo incontro, il campione rispetto all’ indice **(Somm M)/(SommC)** si è suddiviso nel seguente modo:

<i>Comportamento Rorschach Test</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
<i>Coartato</i>	35.0 %	42.4 %	39.6 %
<i>Introversivo</i>	45.0 %	57.6 %	52.8 %
<i>Extraversivo</i>	15.0 %	/	5.7 %
<i>Ambieguale</i>	5.0 %	/	1.9 %
<i>Tot</i>	100 %	100 %	100 %

Come per quanto già specificato per lo *Z Test* sono i comportamenti “introversivo” e “coartato” ad essere indici caratteristici dei malati affetti da depressione. Nell’arco di tempo preso in considerazione questo è l’ultimo test a cui sono stati sottoposti i soggetti affetti da displasia. Sono quindi già avvenute le prime sedute chemioterapiche.

I due sessi assumono comportamenti differenti, secondo quanto rilevato dal *Test di Rorschach*. Mentre per gli uomini, infatti, vengono rilevati ancora casi che sembrano non presentare le caratteristiche classiche della depressione, le donne si distribuiscono completamente tra i due comportamenti, che invece indicano un fenomeno depressivo in atto.

Non avendo dati riguardanti una rilevazione con lo stesso strumento prima dell'inizio delle sedute chemioterapiche, si può solo osservare la situazione in questo determinato momento, ma non potendo fare ipotesi sul tipo di distribuzione assunta nei periodi precedenti. (Al limite si può tentare un paragone con i risultati ottenuti con lo *Z Test*, tenendo conto che quest'ultimo è una specie di versione ridotta del Test di Rorschach)

Per il *Test di Rorschach* sono 11 gli indici che vengono studiati, in particolare che danno informazioni sulla presenza o meno di depressione, a seconda del superamento o meno di una soglia fissata, o al verificarsi o meno di una determinata condizione. Si è, quindi, calcolata come per lo *Z Test* la percentuale del campione che verifica la singola condizione, e per la quale, perciò, è avallata l'ipotesi di presenza di depressione.

Tab.: - Percentuali osservate nel campione di pazienti, che verificano una determinata condizione, indice di presenza di depressione -

R<15	77.40 %
TMI>1 min	15.09 %
G<5	30.20 %
Do <> 0	17.00 %
F(+)%>80	4.00%
A%>60	52.80 %
U<10	100.00 %
Somm M=0	35.80 %
Somm C=0	83.00 %
Coartati	37.70 %
Orig%=0	100.00%

Per ognuno di questi fattori sono state calcolate statistiche quali media, mediana, moda, varianza, range e quartili.

Statistiche

	A %	Orig %	R	G	Do	F(+)%	U	Somm M	Somm C	TMI
Media	61,38	,00	13,08	5,32	,28	50,80	1,36	,79	,23	,5115
Mediana	61,90	,00	12,00	5,00	,00	50,00	1,00	1,00	,00	,5000
Moda	44,44 ^a	0	10 ^a	5	0	60,00	1	1	0	,50
Varianza	435,2	,000	19,5	2,876	,553	281,9	1,23	,514	,294	,0111
Minimo	,00	0	7	1	0	16,67	0	0	0	,29
Massimo	100,0	0	27	9	4	90,00	5	3	2	,71
Percentili										
25	46,41	,00	10,00	4,00	,00	40,46	1,00	,00	,00	,4350
50	61,90	,00	12,00	5,00	,00	50,00	1,00	1,00	,00	,5000
75	78,89	,00	14,00	6,50	,00	61,25	2,00	1,00	,00	,5900

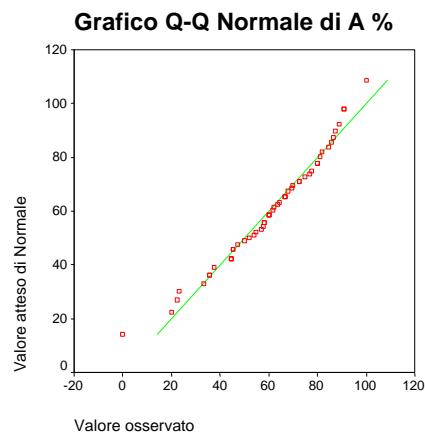
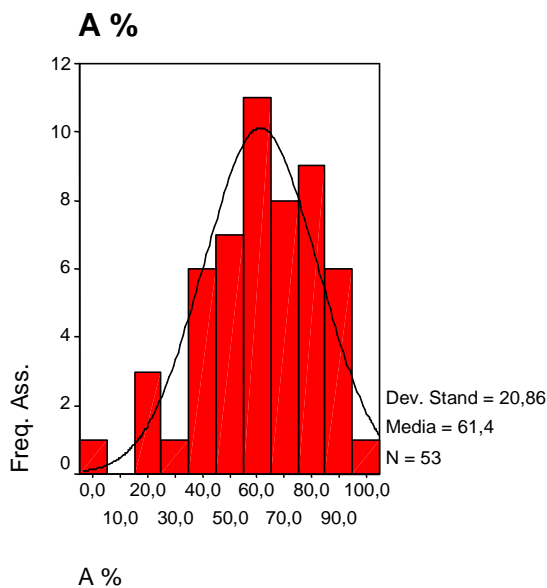
a. Esistono più mode. Viene visualizzato il valore più piccolo

- R** :il numero di risposte date dal paziente. Un alto numero di risposte date indica facilità nell'esteriorizzazione e piacere nel farlo; assiduità negli impegni presi.
- G** :il numero di risposte "globali", cioè quando l'interpretazione si riferisce all'intera figura.
- Do** :il dettaglio oligofrenetico, cioè la tendenza ad interpretare un dettaglio dove altri soggetti in genere vedono una figura completa.
- A%** :percentuale delle risposte a contenuto animale.
- U** :il numero di risposte a contenuto umano.
- Orig%** :percentuale delle risposte originali.
- F(+)%** :percentuale di forme "buone" viste con precisione.
- TMI** :tempo utilizzato per la compilazione.
- Somm M** :tutte le risposte in cui si ritrova un'interpretazione di movimento (umano, animale, inanimato).
- Somm C** :tutte le risposte dove l'interpretazione è condizionata a diversi livelli (completamente, principalmente, secondariamente) dal colore.

Analizzata la distribuzione di ognuno di questi fattori, si è tentata per alcuni l'approssimazione ad una distribuzione normale.

Gli indici che non hanno confutato fin da subito questa ipotesi sono i seguenti, per cui si sono tentate delle analisi grafiche successive, tramite istogramma e grafico quantile-quantile. Nel dettaglio:

- per la variabile A %, che rappresenta la percentuale di interpretazioni a contenuto animale



l'approssimazione ad una distribuzione normale potrebbe sembrare non troppo azzardata. Si è, quindi, proceduto utilizzando il *test t*, ad una verifica di ipotesi per un valore ipotetico della media della distribuzione di provenienza pari a 60, utilizzando lo stesso criterio di cui in precedenza.

Statistiche per un campione

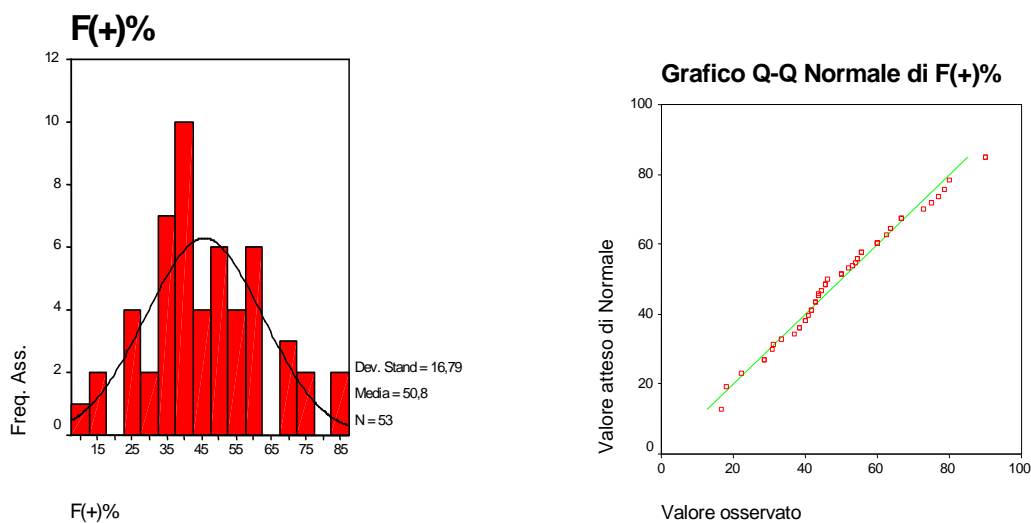
	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
A % Rorschach	53	61,3770	20,86185	2,86560

Test per un campione

	Valore oggetto del test = 60					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
A % Rorschach	,481	52	,633	1,3770	-4,3733	7,1272

Il test non esclude che la media ignota sia 60, che come valore soglia non incluso, indicherebbe assenza di sintomo depressivo.

- Analogo procedimento per quanto riguarda la variabile F(+) %, che misura la percentuale di figure “buone” viste con precisione. Dopo un’analisi grafica preliminare tramite istogramma e *grafico quantile-quantile*, per controllare la forzatura dell’ipotesi normale



si può notare che , in particolare per quanto riguarda la zona centrale , le osservazioni si distribuiscono con difficoltà lungo la bisettrice, pur mostrando un andamento chiaro.

Anche l’ analisi dell’istogramma è fonte di dubbi sull’ipotesi di normalità, vista la mancanza completa di alcuni valori e la poca regolarità, comunque, della distribuzione anche nella parte centrale.

Procedendo, comunque, con il *test t* per questa variabile, è stata fatta un’ipotesi nulla, per la media, per il valore 80, visto che rappresenta il valore sopra il quale risulta essere presente il sintomo depressivo.

Statistiche per un campione

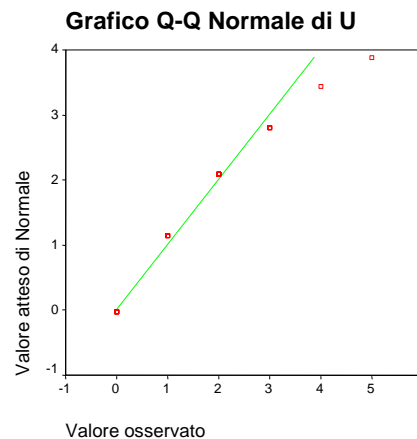
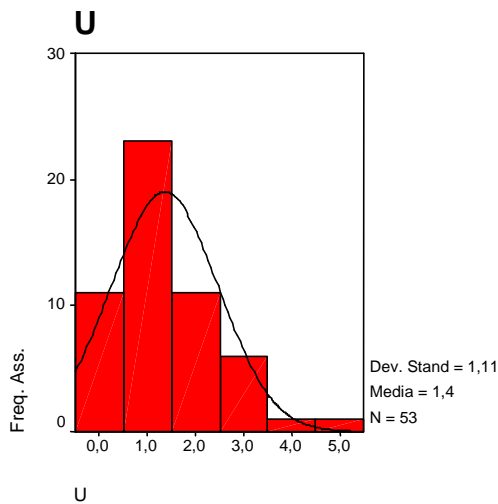
	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
F(+)% Rorschach	53	50,7966	16,78853	2,30608

Test per un campione

	Valore oggetto del test = 80					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
F(+) % TC Rorschach	-8,556	52	,000	-36,8836	-45,5339	-28,2333

In questo caso il test rifiuta decisamente l'ipotesi nulla, segnalando assenza di depressione.

- Svolta l'analisi grafica tramite istogramma e *grafico quantile-quantile* per avere un'idea su quanto sia forzata l'ipotesi di normalità per la variabile U, che rappresenta il numero di interpretazioni date a contenuto umano,



nessuno dei due grafici depone a favore dell'ipotesi di normalità. Estrema, quindi, la forzatura per l'utilizzo del *test t*, con ipotesi nulla *media=10*, in base al valore soglia fissato.

Statistiche per un campione

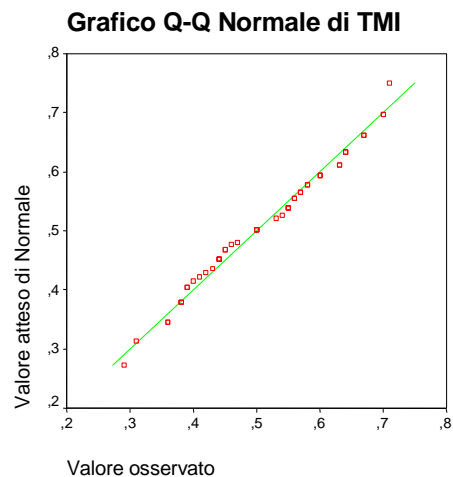
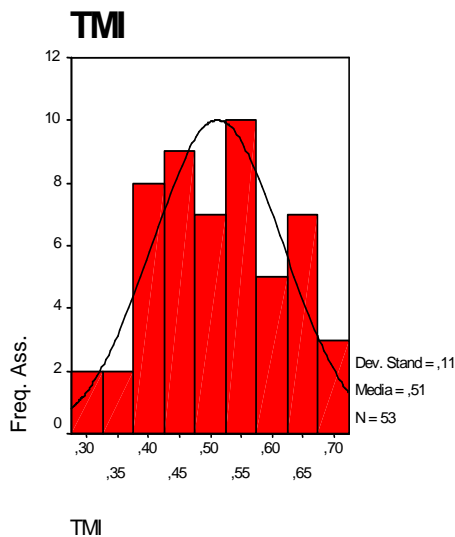
	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
U Rorschach	53	1,36	1,111	,153

Test per un campione

	Valore oggetto del test = 10					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
U Rorschach	-56,624	52	,000	-8,64	-8,95	-8,34

Il test rifiuta l'ipotesi nulla, e quindi confuta il fatto che la media della popolazione di provenienza sia effettivamente 10. In questo caso viene segnalata la presenza del sintomo depressivo.

- Analoghe analisi grafiche per la variabile TMI, che rappresenta il tempo impiegato dai pazienti per il completamento del test,



sembrano supportare l'ipotesi di normalità, ma solo per i valori bassi. All'aumentare del tempo rilevato, la distribuzione normale sovrastima la distribuzione osservata e quindi non risulta più idonea. Forzando l'ipotesi, e ponendo 51 come valore da verificare con il *test t*, si è ottenuto:

Statistiche per un campione

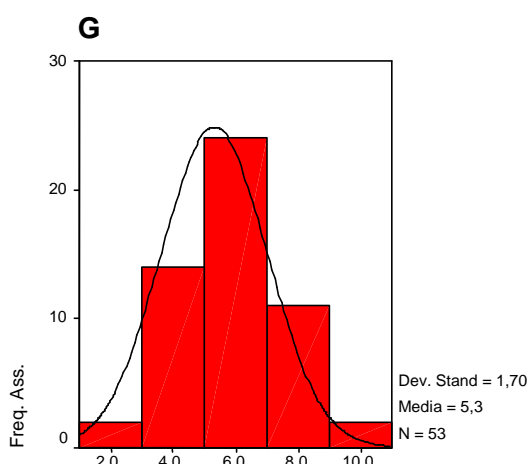
	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
TMI Rorschach	53	,5115	,10542	,01448

Test per un campione

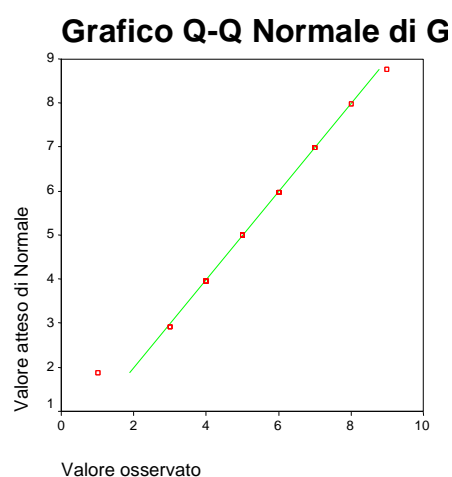
	Valore oggetto del test = 0.60					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
TMI Rorschach	-6,111	52	,000	-,0885	-,1175	-,0594

che porta a rifiutare l'ipotesi nulla, cioè che la media ignota della popolazione sia effettivamente 60. In questi caso il test depone a favore dell'assenza di depressione.

- Stesso procedimento per la variabile G, che conteggia le interpretazioni globali date dal paziente



G



Per questa variabile risulta verosimile l'ipotesi di normalità della distribuzione, tenendo conto, comunque, che si sta lavorando con una variabile discreta. Tramite la *test t* e ponendo come media il valore soglia 5, si è ottenuto quanto segue:

Statistiche per un campione

	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
G Rorschach	53	5,32	1,696	,233

Test per un campione

	Valore oggetto del test = 5					
	t	df	Sig. (2-code)	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
G Rorschach	1,377	52	,174	,32	-,15	,79

che fa supporre che il valore 5 possa essere l'effettivo valore della media ignota (non posso rifiutare l'ipotesi nulla), indicando quindi presenza di depressione.

Il *Test di Rorschach* ha 10 indici particolari, che indicano la presenza di depressione. Non si è rilevato in questo campione, neanche per questo test, alcun paziente che presenti tutti gli indici ad avallare l'ipotesi di depressione. Si sono, quindi, osservate le percentuali del campione rispetto a quanti indici supportino contemporaneamente per paziente l'ipotesi di depressione.

E' risultato che:

per l' **3.77 %** : 9 su 11 indicano depressione

per l' **15.09 %** : 8 su 11 indicano depressione

per il **16.98 %** : 7 su 11 indicano depressione

per l' **22.64 %** : 6 su 11 indicano depressione

per il **26.42 %** : 5 su 11 indicano depressione

per il **7.55 %** : 4 su 11 indicano depressione

per il **7.55 %** : 3 su 11 indicano depressione

In questo caso classe modale e classe mediana non coincidono. E' il gruppo dei pazienti che presentano 5 indici di depressione quello ad essere più numeroso, ed è il gruppo che presenta 6 indici di depressione a dividere metà il campione.

Nessuno dei pazienti è completamente immune alla depressione, come comunque nessun paziente raggiunge il livello per cui la depressione è evidente. La maggior parte del campione presenta sintomi di un processo depressivo in atto, ma non conclamato.

In conclusione, dopo le prime sedute chemioterapiche, confrontando *Aspirazioni* (=G) e *Risorse Personali* (=M), il campione si è suddiviso nel seguente modo:

- per il 98.1 % le “aspirazioni” si sono rivelate maggiori delle “risorse personali”, condizione che indica il rischio di depressione;
- per il 1.9 % le “aspirazioni” si sono rivelate in misura uguale alla “risorse personali”, indicando così un relativo equilibrio emotivo;
- per nessun paziente, invece in questo caso, le “aspirazioni” si sono rivelate inferiori alle “risorse personali”.

Rispetto al rapporto esistente tra *FCHO*, *CHOF*, *CHO*, si è ottenuto che:

- il 35.85 % del campione dimostra di avere la capacità di controllo dello stato ansioso ($FCHO > CHOF + CHO$);
- il 3.77 % dimostra di non avere assolutamente controllo dell'ansia ($FCHO < CHOF + CHO$);
- per il 60.38 % del campione non è possibile trarre, tramite questo strumento, alcuna conclusione sul controllo dello stato ansioso, e si rende necessario l'uso di altri indici ($FCHO = CHOF + CHO$).

CAPITOLO 5

Conclusioni

L'indagine è stata condotta per un periodo troppo breve, e ciò, probabilmente, non ha consentito l'esplicitarsi di cadute emotive riferibili a meccanismi depressivi in atto.

La leggera tendenza all'aumento del livello depressivo registrata col BDI, e l'assenza di pazienti definibili "depressi" rispetto a tutti gli indici dello Z Test e del Test di Rorschach, potrebbero non essere indicativi di stabilità e consistenza interna (cioè di "risorse personali"); si potrebbe vedere il tutto come assenza di consapevolezza, legata al tempo insufficiente intercorso tra la comunicazione della diagnosi e le primissime sedute di chemioterapia, apparentemente ben tollerate.

La depressione è conseguenza di un certo livello di consapevolezza, che si acquisisce nel tempo, e che si può limitare grazie ad un adeguato setting a favore del contenimento e dell'elaborazione dei contenuti.

Il Test di Rorschach, comunque, depone per l'assenza di depressione come organizzazione strutturale della personalità. Bisognerebbe parlare, perciò, per lo più, di "ansia somatica".

Questo studio dovrebbe dare indicazioni all'oncologo su quali potrebbero essere le tipologie di pazienti più a rischio psicopatologico, per un eventuale intervento.

I pazienti risultati più a rischio sono quelli con età compresa più o meno tra i 50 e i 65 anni.

A seconda che il paziente sia uomo o donna, è risultato più frequente che i primi sintomi depressivi si sfoghino di più rispettivamente nell'ambito della "tristezza" o nell'ambito del "disturbo somatico".

Si tratta, comunque, di risultati molto relativi vista la bassa numerosità del campione e la difficoltà, di conseguenza, nel trovare relazioni statisticamente significative.

Bibliografia:

- "*Terapia cognitiva della depressione*", Beck A.T. et al., trad. Boringhieri, 1987.
- "*La psicoterapia della depressione*" Minerva Psichiatria, 1999.
- www.psyconline.it/prodotto_servizio/depressione.htm.
- "*Aspetti qualitativi e quantitativi nella valutazione..*", V. Coccato, 2002.
- "*Z-Diapositive Test*", di Hans Zulliger, Manuale, Organizzazioni Speciali - Firenze, 1991.
- "*Progetto di ricerca: Valutazione delle risorse ..*", Dott.ssa Barbato Firenze.
- "*La mente ed il cancro*", Biondi M. , Costantini A., Grassi L. ,1995 , Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- "*Il metodo Rorschach: manuale di psicodiagnostica..*", Firenze, Giunti.
- "*Probabilità e statistica*", Cicchitelli G., 2000, Maggioli Editore.
- "*Analisi dei dati statistici I,..*", Zani S., 1997, Milano, Giuffrè Editore.
- Ricerche in rete.

APPENDICE A

BECK DEPRESSION INVENTORY

1.

- 0- Non mi sento triste
- 1- Mi sento malinconico o triste
- 2- Sono sempre malinconico o triste e non riesco a stare bene
- 3- Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo

2.

- 0- Non sono particolarmente pessimista o scoraggiato per il futuro
- 1- Mi sento scoraggiato per il futuro
- 2- Ho la sensazione di non avere nulla a cui tendere
- 3- Ho la sensazione che il futuro è disperato e che le cose non possono migliorare

3.

- 0- Non mi sento un fallito
- 1- Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente
- 2- Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti
- 3- Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona (genitore, marito, moglie)

4.

- 0- Traggo tante soddisfazioni dalle cose come ho sempre fatto
- 1- Non mi godo le cose come facevo un tempo
- 2- Non traggo più una vera soddisfazione da nulla
- 3- Sono insoddisfatto e annoiato di tutto

5.

- 0- Non mi sento particolarmente in colpa
- 1- Mi sento in colpa per buona parte del tempo
- 2- Mi sento proprio in colpa per la maggior parte del tempo
- 3- Mi sento in colpa sempre

6.

- 0- Non ho la sensazione di essere punito
- 1- Sento che posso essere punito
- 2- Mi aspetto di essere punito
- 3- Ho la sensazione di essere punito

7.

- 0- Non mi sento deluso
- 1- Mi sento deluso
- 2- Sono disgustato di me stesso
- 3- Odio me stesso

8.

- 0- Sento che non sono in alcun modo migliore degli altri
- 1- Mi critico per la mia debolezza o per i miei errori
- 2- Mi accuso sempre per i miei errori
- 3- Mi accuso per tutte le cose brutte che accadono

9.

- 0- Non penso mai di uccidermi
- 1- Mi vengono idee di uccidermi ma non le realizzerei mai
- 2- Vorrei uccidermi
- 3- Mi ucciderei se avessi l'occasione

10.

- 0- Non piango più del solito
- 1- Ora piango più che in passato
- 2- Ora piango in continuazione
- 3- Un tempo riuscivo a piangere, ma ora non ci riesco neanche se voglio

11.

- 0- Non sono più irritato del solito
- 1- Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo
- 2- Mi sento continuamente irritato
- 3- Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano

12.

- 0- Non ho perso interesse per le altre persone
- 1- Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone
- 2- Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone
- 3- Ho perso completamente interesse per gli altri

13.

- 0- Prendo le decisioni quasi come al solito
- 1- Rimando le decisioni più di quanto facessi in passato
- 2- Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni
- 3- Non riesco più a prendere alcuna decisione

14.

- 0- Non credo di avere un aspetto peggiore di prima
- 1- Sono preoccupato di apparire vecchio e spiacevole
- 2- Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto che mi fanno apparire spiacevole
- 3- Credo di apparire brutto

15.

- 0- Riesco a lavorare bene quasi come prima
- 1- Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa
- 2- Devo spronare fortemente me stesso per fare qualunque cosa
- 3- Non riesco a lavorare per niente

16.

- 0- Dormo bene come al solito
- 1- Non dormo bene come al solito
- 2- Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi
- 3- Mi sveglio molte ore prima di quanto non fossi solito fare e non riesco a riaddormentarmi

17.

- 0- Non mi stanco più del solito
- 1- Mi stanco più facilmente di un tempo
- 2- Mi stanco non facendo quasi niente
- 3- Sono troppo stanco per fare qualsiasi cosa

18.

- 0- Non ho meno appetito del solito
- 1- Non ho un buon appetito come una volta
- 2- Ora ho molto meno appetito
- 3- Non ho appetito per niente

19.

- 0- Di recente ho perso poco o niente peso
 - 1- Di recente ho perso più di due chili
 - 2- Ho perso più di quattro chili e mezzo
 - 3- Di recente ho perso più di sei chili e mezzo
- * Sto di proposito cercando di perdere peso non mangiando : SI NO

20.

- 0- Non mi preoccupo della mia salute più del solito
- 1- Mi preoccupo per problemi come fitte e dolori; o per il mal di stomaco o per la stitichezza
- 2- Sono molto preoccupato per problemi fisici che mi e' difficile pensare ad altre cose
- 3- Sono così preso dai miei problemi fisici da non pensare ad altro

21.

- 0- Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso
- 1- Ho meno interesse di una volta per il sesso
- 2- Ho molto meno interesse per il sesso
- 3- Ho perso completamente interesse per il sesso

APPENDICE B

Sulla base delle elaborazioni dati svolte durante lo stage svolto nei mesi di ottobre, novembre, dicembre 2003, presso il Dipartimento di Oncologia ed Ematologia Oncologica, del Presidio Ospedaliero di Noale, il Dott. Marchioro Giovanni e la Dott.ssa Barbato Fiorenza, hanno elaborato il seguente articolo, pubblicato dalla **ASCO** (*American Society of Clinical Oncology*).

“Premorbidity personality traits and coping strategies in chemotherapy-treated cancer patients”

(F. Barbato, G. Marchioro, M. Bari, G. Azzarello, E. Vattermi, D. Sartori, M. D’Andrea, C. Minotto, C. Anzolin, O. Vinante; Department of Oncology and Haemato-Oncology, “P.F. Calvi” Hospital Noale (VE), Italy)

Background: Cancer and treatment related factors are traumatic events for the patients. In fact, a large majority of patients experience disruption in their quality of life through loss of roles, functional abilities and problems with social relationship. It has been reported that depression strongly affects patients’ coping strategies. Stage of disease, treatment modalities, symptom status and personality traits have been investigated, but there is still inadequate understanding of how these factors affect psychological adjustment. We conducted an observational, longitudinal study to investigate the correlation between patients mood disorders and cancer diagnosis/treatment or personality traits.

Methods: 119 consecutive cancer patients referred to Day Hospital section for front-line chemotherapy were investigated. On admission patients were submitted to Projective Test of Zulliger (ZT) and Beck Depression Inventory (BDI). BDI was repeated every 15 days (9 observations) along with the Rorschach Test (RT) at the third control and the Rorschach Parallele Test (RPT) at the eighth control.

Results: Up till now 53 patients (20 male, 33 female; median age 59.3, range 36-59) are eligible for analysis. On the basis of the BDI no patient fulfilled the

parameters configuration corresponding to depressive personality trait. In fact, 35.9 % of patients showed an increased BDI score at the third evaluation, while 39.6 % and 22.8 % showed a decrease or stability, respectively. Only the BDI somatic factor (F3) related to depression trait was significantly present in all patients. According to both ZT and RT, majority of patients (79.2 % and 98.1 % respectively) showed a decrease of personal resources to face environmental demands.

Conclusions: No patient presents a premorbidity major mood disorder. The attention of the patient is mainly directed to the somatic disease. The projective test, showing an unconscious reduction of coping strategies might be predictive for subsequent major mood disorders. On the basis of these results, we suggest the importance of psychoeducational interventions in cancer patients during chemotherapy.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento particolare

al Dott. Marchioro Giovanni e alla Dott.ssa Barbato Fiorenza, per la loro estrema disponibilità e gentilezza;

al Dott. Dalla Zuanna Giampiero, per avermi seguito in questa stesura;

alla Dott.ssa Chiogna Monica per i consigli e la disponibilità.

Un ulteriore ringraziamento a tutti i miei amici (Martina, Laura, Stefy, Sissa, Luca, Matteo, Mic... poterli menzionare tutti sarebbe impossibile), a tutti coloro che mi hanno sostenuto, sopportandomi quotidianamente nei miei momenti di sconforto e di mancanza di fiducia in me stessa, o aiutandomi anche solo con una parola, con un semplice sorriso o solamente con uno sguardo.

GRAZIE