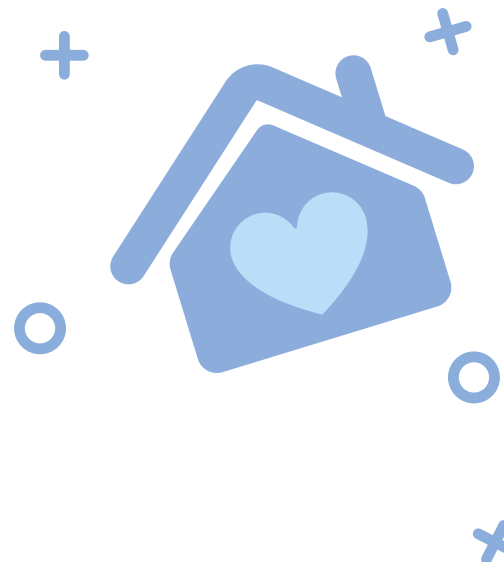


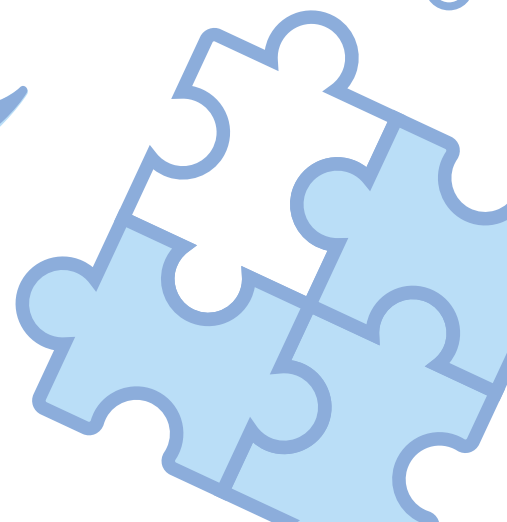
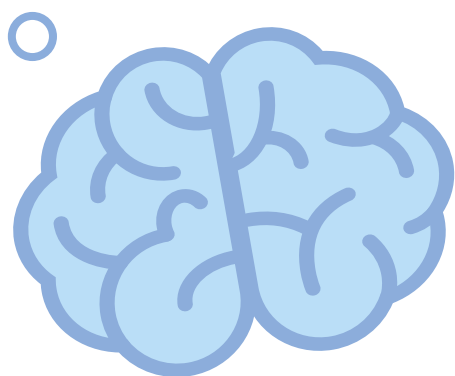


eLab-PRO

Risorse e strumenti digitali

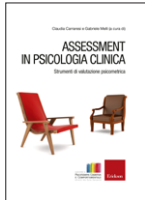
Psicologia - Logopedia - Autismi - Disabilità - Anziani - Minori

Psicologia clinica



eLab-PRO è un ambiente online che rende immediatamente disponibili **materiali utili per la tua professione** (test, griglie di valutazione, attività, esercizi) **scaricabili gratuitamente**. Tutte le proposte sono state selezionate dalla Ricerca&Sviluppo Erickson e sono **basate su evidenze scientifiche**.

QUI SOTTO PUOI TROVARE ALCUNI DEI TITOLI DA CUI SONO STATI TRATTI I MATERIALI.



CLAUDIA CARRARESI, GABRIELE MELLI

**ASSESSMENT
IN PSICOLOGIA CLINICA**

Strumenti di valutazione psicometrica



SCOPRI DI PIU'
www.erickson.it

Argomenti trattati

- **Penn State Worry Questionnaire e Worry Domains Questionnaire: presentazione delle versioni italiane e analisi della fedeltà**
- **«Check del corpo» nei disturbi dell'alimentazione: validazione italiana del Body Checking Questionnaire (BCQ)**
- **La versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire: attendibilità e struttura fattoriale**
- **Il Perceived Criticism Inventory (PCI): un nuovo strumento di valutazione del criticismo genitoriale**
- **Adattamento italiano della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)**
- **Naive Ideas Survey: un questionario per valutare le teorie psicologiche naïf**
- **Una scala multifattoriale per rilevare la vividezza delle fantasie sessuali**
- **Ansia sociale: presentazione di un questionario**
- **Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping**
- **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano**

Claudia Carraresi e Gabriele Melli (a cura di)

ASSESSMENT IN PSICOLOGIA CLINICA

Strumenti di valutazione psicometrica



QUADERNI DI
PSICOTERAPIA COGNITIVA
E COMPORTAMENTALE
diretti da Ezio Sanavio



Erickson

Penn State Worry Questionnaire e Worry Domains Questionnaire: presentazione delle versioni italiane e analisi della fedeltà

Sonia Morani, Daniela Pricci e Ezio Sanavio

Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Nel corso degli anni Settanta e Ottanta, la nozione di ansia è andata frammentandosi grazie agli sviluppi della ricerca psicologica e dell'epidemiologia dei disturbi d'ansia.

Il costrutto di worry ha circa quindici anni di storia ed emerge da tale frammentazione sulla base di due matrici differenti ma convergenti. La prima matrice è data dal ricco filone di ricerca della «test anxiety», che ha portato a distinguere due diverse componenti dell'ansia: l'una connessa alla consapevolezza di segni classici di attivazione emozionale e di sintomi neurovegetativi (denominata «emotionability»), l'altra connessa invece a pensieri interferenti e preoccupazioni («cognitive worry»). La seconda matrice è data dalla ricerca epidemiologica, che ha portato a partire dal DSM-III-R (1987) a considerare come caratteristiche definitorie centrali del Disturbo d'Ansia Generalizzata una preoccupazione eccessiva e difficoltà della persona nel controllare la preoccupazione.

Benché il termine «worry» sia stato introdotto inizialmente per indicare la componente cognitiva dell'ansia, vi sono ormai sufficienti evidenze scientifiche perché possa essere considerato un costrutto a sé, concettualmente indipendente dall'ansia — anche se parzialmente associato all'ansia e alla paura (Davey, 1993). Lo studioso cui si deve principalmente l'approfondimento teorico e sperimentale del fenomeno è Thomas D. Borkovec, che a tale problema approdò dopo una lunga attività di ricerca sull'insonnia e sulle intrusioni cognitive implicate nell'insonnia. La definizione di worry da lui proposta come definizione di lavoro oltre quindici anni fa rimane tuttora ampiamente condivisibile: «Una catena di pensieri o di immagini, gravata da emozioni negative e relativamente incontrollabile. Il processo

di worry rappresenta un tentativo di impegnarsi in un problem-solving mentale su una questione dall'esito incerto dove esistono possibilità di esito negativo. Di conseguenza, il worry si connette strettamente al processo di «paura» (Borkovec, Robinson, Pruzinski e De Pree, 1983).

La traduzione più ovvia del termine «worry» sarebbe «preoccupazione». Il termine italiano, però, (1) indica il contenuto o l'argomento del quale ci si preoccupa non il fenomeno in sé del «preoccuparsi»; (2) enfatizza il coinvolgimento emotivo non il coinvolgimento dell'attenzione e dei processi di pensiero. Nella traduzione italiana si perde dunque l'aspetto principale: quello di un'attività di carattere prevalentemente cognitivo, che si allarga via via e si snoda per un tempo più o meno lungo occupando l'attenzione e la mente dell'interessato. Preferiamo perciò non tradurre il termine «worry» e invitare il lettore a tollerare questo ennesimo oltraggio alla lingua italiana almeno nel corso di queste pagine.

Il termine «worry» indica dunque un fenomeno normale del quale tutti hanno esperienza. Più precisamente descrive un continuum tra un processo di problem-solving adattivo e costruttivo e uno disadattivo. Alla pari della paura, il fenomeno «worry» è originariamente un processo adattivo legato alla funzione di sopravvivenza connessa alla paura: ha l'effetto di mantenere alti livelli di vigilanza in vista di un possibile danno, richiama e concentra l'attenzione sul problema, spinge a trovare soluzioni (Mathews, 1990). Può essere assimilato a un processo di problem-solving. Da un punto di vista funzionale, può essere considerato «uno sforzo o un tentativo di natura prevalentemente verbale-linguistica di evitare eventi negativi futuri» (Borkovec, 1994, p. 28). Apparentemente sembra placare in qualche misura la paura e l'ansia: forse per questo può a volte protrarsi al di là di quanto possa effettivamente servire costruttivamente. Le ricerche hanno mostrato che rappresenta una forma particolare di evitamento cognitivo e viene rinforzato da alcune conseguenze: minore attivazione cardiovascolare, meno immagini mentali, minor variabilità fisiologica periferica in particolare parasimpatica (Borkovec, Ray e Stober, 1998).

Il worry che diventa patologico è invece un'esperienza indesiderata per la sua natura incontrollabile e auto-perpetuantesi. A un certo punto diviene incontrollabile — o la persona teme che sia incontrollabile — e l'interessato non prova più ad arrestare tale processo: per molti diventa un'abitudine, uno stile di vita. È un fenomeno sterile e a volte dannoso, perché interferisce con le altre attività cui il soggetto vorrebbe prestare attenzione e può ritardare e interferire con il fronteggiamento efficace dei problemi.

Quando e come il fenomeno «worry» diventa patologico? Le sue forme croniche e gravi si svilupperebbero in persone che (a) percepiscono sostanzialmente il mondo come un posto pieno di pericoli e (b) temono di non avere in sé le capacità per far fronte agli eventi che il futuro potrebbe avere in serbo per loro. Il perché

dello sviluppo di queste convinzioni di base dovrebbe essere rintracciabile nella storia personale e soprattutto nella storia evolutiva degli interessati: forse nello stile di attaccamento nell'infanzia (per es. Borkovec, 1994), forse in una strutturazione modulare della memoria a lungo termine, la cui organizzazione si rifletterebbe nella diversa e idiosincrasica accessibilità a un worry patologico (Eysenck, 1984).

Il fenomeno «worry» è stato analizzato lungo numerosi parametri: quelli basilari e più immediati sono la frequenza e il contenuto. Alla frequenza fa riferimento il *Penn State Worry Questionnaire* (Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990); al contenuto fa piuttosto riferimento il *Worry Domains Questionnaire* (Tallis, Eysenck e Mathews, 1992). Essi sono emblematici delle due tendenze principali che occupano, al riguardo, la scena scientifica: misure «content free» oppure misure «content based».

Obiettivo del presente studio è presentare la versione italiana del Penn State Worry Questionnaire e del Worry Domains Questionnaire e fornire le prime analisi psicometriche condotte sulla popolazione normale. Tale studio è parte di una più ampia ricerca finalizzata all'esplorazione di pensieri intrusi e schemi cognitivi connessi alla malattia e al ricovero ospedaliero.

Penn State Worry Questionnaire

Lo sviluppo del Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) è dovuto allo staff di Thomas Borkovec. Inizialmente sono stati identificati 161 item riferibili al costrutto di worry.

La lista risultante è stata sottoposta a un primo gruppo di studenti della Penn State University, dalla quale il nome del test. L'analisi fattoriale delle risposte mostrava una pluralità di fattori, il primo dei quali era di carattere molto generale. Gli item che caratterizzavano tale fattore erano una quarantina: a partire da essi, attraverso analisi e valutazioni successive, si è giunti ai 16 definitivi (Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990).

Il PSWQ contiene 16 item, i quali non fanno riferimento al contenuto delle preoccupazioni del soggetto, ma a caratteristiche del fatto in se stesso del preoccuparsi indipendentemente dal perché; un esempio può essere l'item 7 «Trovo sempre qualcosa di cui preoccuparmi».

Al soggetto in esame è chiesto di rispondere a ciascun item in base a una scala a cinque punti che ha come estremi «completamente falso» e «completamente vero». Il questionario prevede l'autosomministrazione. Il tempo di compilazione è di 5-6 minuti. In base alla risposta del soggetto viene attribuito per ciascun item un punteggio da 1 a 5.

Cinque item (1, 3, 8, 10, 11) sono in forma negativa ed è perciò necessario il ricorso alla griglia di correzione. La somma di tali punteggi costituisce il punteggio grezzo del test, che è monodimensionale.

Il PSWQ è una misura di tratto: riguarda l'abitudine di preoccuparsi in genere indipendentemente dai momenti temporali, indipendentemente dalle situazioni. Il PSW-Q è una misura «content free»: gli item considerano gli aspetti critici di un preoccuparsi significativo sul piano clinico, come l'intensità del processo, il suo carattere eccessivo e il senso di incontrollabilità che il soggetto percepisce rispetto a detto processo.

Lo studio di standardizzazione e validazione originario riguarda 405 studenti (Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990). Ad esso si sono presto aggiunti studi ulteriori a cui fare riferimento per l'esame delle proprietà psicometriche (cfr. Molina e Borkovec, 1994). Nel complesso essi riguardano: (a) campioni tratti dalla popolazione generale per una numerosità totale di 1323 soggetti, (b) campioni tratti dalla popolazione generale ma selezionati per escludere disturbi d'ansia (N = 2130), (c) pazienti con Disturbo d'ansia generalizzato (N = 174), (d) pazienti con Disturbo ossessivo-compulsivo (N = 50), (e) pazienti con Disturbo da attacchi di panico e agorafobia (N = 64), (f) pazienti con fobia sociale (N = 54), (g) pazienti con Disturbo da attacchi di panico (N = 97), (h) pazienti con Fobie Singole (N = 21), (i) «analoghi clinici» (non veri e propri pazienti ma soggetti selezionati in base a questionari o interviste diagnostiche) di Disturbi d'ansia generalizzata (N = 315), (l) «analoghi clinici» di altri disturbi d'ansia (N = 526).

La consistenza interna, calcolata in gruppi di studenti universitari, dà luogo a coefficienti alfa (Cronbach) compresi tra 0.88 e 0.92; in gruppi di pazienti con disturbi d'ansia tra 0.86 e 0.93. L'originaria struttura monodimensionale è stata confermata in uno studio su 396 pazienti con disturbi d'ansia (Brown, Antonv e Barlow, 1992). In un sottogruppo di 47 studenti dello studio originario, la correlazione test-retest è 0.92 a distanza di 8-10 settimane. In altri quattro gruppi la valutazione della stabilità dei punteggi a intervalli più brevi varia tra 0.74 e 0.93.

Per quanto concerne la validità criterio, i punteggi del test sono in grado di discriminare pazienti con Disturbo d'ansia generalizzata da pazienti con disturbi d'ansia di altro tipo e dai gruppi normali. Pazienti con Disturbo d'ansia generalizzata hanno però punteggi altrettanto elevati di pazienti in corso di episodio depressivo maggiore (Starcevic, 1995).

Nei soggetti normali, le correlazioni con vari test d'ansia — tra cui il *Beck Anxiety Inventory*, lo *State-Trait Anxiety Inventory*, il *Test Anxiety Inventory* — sono comprese nella gamma 0.40–0.74; come ci si attende per una misura di tratto, è più elevata la correlazione con la scala di tratto dello STAI (0.64) che con la scala di stato dello STAI (0.49). Nei soggetti normali è pure nota la correlazione con il

Beck Depression Inventory (0.36). Sono pure riscontrate correlazioni con due test di ossessioni e compulsioni: il *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI) e il *Padua Inventory*. Come prevedibile, le maggiori sovrapposizioni riguardano la subscale Doubting del primo e la subscale 1 (Inadeguato controllo sulla propria attività mentale) del secondo. Un discorso diverso va fatto quando si considerano gruppi clinici: nei gruppi clinici, infatti, queste correlazioni diminuiscono e in massima parte non raggiungono la significatività. Nell'insieme tutto ciò attesterebbe la specificità e la validità divergente del test nei confronti delle misure di ansia, depressione e ossessioni. Altre caratteristiche del «worrier» emergono dalle correlazioni con altri test: scarso controllo emozionale, uno stile di coping evitante, «wishful thinking», perfezionismo, time urgency, alta sensibilità alla critica sociale, bassa autostima.

Sono presenti traduzioni in francese, spagnolo e tedesco. L'impiego è con popolazione adulta e anziana; con bambini e adolescenti è preferibile una variante denominata *Penn State Worry Questionnaire for Children* (PSWQ-C; Chorpita, Tracey, Brown, Collica e Barlow, 1997).

Il PSWQ è stato utilizzato nella valutazione comparativa degli effetti di tecniche diverse di trattamento psicologico del Disturbo d'ansia generalizzato e si è dimostrato sensibile sia nelle valutazioni a termine e a un anno dal termine sia nel monitoraggio settimanale del trattamento (Borkovec e Costello, 1993; Stober e Bittencourt, 1988).

Worry Domains Questionnaire

La storia del Worry Domains Questionnaire (WDQ) inizia nel 1984. Michael Eysenck, figlio del celeberrimo Hans Eysenck e psicologo anch'egli, si occupò di worry alla luce delle teorie dell'epoca sui processi cognitivi. In particolare egli ipotizzò, a livello di memoria a lungo termine (Long Term Memory, LTM), un'organizzazione modulare (a cluster) dell'informazione connessa alla preoccupazione. L'attivarsi della preoccupazione in un individuo dipenderebbe allora dalla struttura di tali cluster in analogia a quanto avviene nel recupero di un'informazione dalla memoria a lungo termine. Attivato un elemento di un cluster, sono immediatamente accessibili con facilità gli altri elementi (informazioni) dello stesso. Questi cluster di informazione connessa alla preoccupazione sono denominati «domini» (domain). Esiste una gerarchia tra cluster (o domini) e alcuni sono più immediatamente accessibili (attivabili) di altri nei differenti individui: in altre parole, un dato evento in un dato individuo attiva più facilmente l'uno (dominio primario) rispetto ad altri (Eysenck, 1984; Pratt, Tallis e Eysenck, 1997). L'attivazione del

processo di worry avverrebbe dunque in maniera differente a seconda del «dominio» che viene stimolato: in ciò la giustificazione per la preferenza per una misura di worry «content based».

Primo passo per la costruzione del questionario è stata la rilevazione delle preoccupazioni più diffuse e intense in un campione di comunità londinese. Metodo per l'analisi e il raggruppamento delle diverse preoccupazioni è stato l'analisi dei cluster e non l'analisi fattoriale, in corrispondenza con le premesse teoriche di un'organizzazione modulare dei magazzini della LTM. Sono stati così ricavati sei «domini»: (1) vita di relazione, (2) mancanza di fiducia, (3) «futuro senza scopo», (4) lavoro, (5) questioni economiche, (6) problemi socio-politici. Per ciascun dominio sono stati selezionati i cinque item più rappresentativi e ne è risultato un questionario preliminare di 30 item. Le verifiche della bontà psicometrica del questionario hanno però mostrato che il sesto dominio (socio-politico) era troppo correlato con le misure di desiderabilità sociale e gli item di tale dominio sono stati cassati (Tallis, Eysenck e Mathews, 1992; Tallis, Davey e Bond, 1994).

Il questionario definitivo contiene 25 item, cinque per ciascuna delle cinque aree di contenuto (denominate «domini»); un esempio può essere l'item 14 «Una mia preoccupazione è di non lavorare abbastanza sodo». Gli item sono ordinati a caso e non per argomento affine. Le cinque aree di contenuto costituiscono altrettante subscale così indicate: D1 (Relationships), D2 (Lack of confidence), D3 (Aimless future) D4 (Work incompetence), D5 (Financial). Il questionario è predisposto per l'autosomministrazione e richiede 5-10 minuti. Al soggetto esaminato è chiesto di rispondere in base a una scala a cinque punti: per nulla, un poco, abbastanza, molto, moltissimo.

Le proprietà psicometriche della versione originale sono risultate pienamente soddisfacenti. La consistenza interna (alfa di Cronbach) dell'intero questionario risulta 0.92 (Davey, 1993), mentre la consistenza delle varie scale risulta invece compresa tra 0.70 e 0.86 (Joormann e Stober, 1997). Per quanto concerne la stabilità temporale, Tallis, Davey e Bond (1994) riportano correlazioni test-retest a intervallo di 2-4 settimane nella gamma 0.46–0.86; esse sono però basate su soli 16 soggetti. Joormann e Stober (1997) riportano invece correlazioni a 3-4 settimane relative a un gruppo di 148 partecipanti (tedeschi): esse risultano comprese tra 0.71 e 0.86.

La struttura dimensionale del WDQ è stata studiata mediante analisi fattoriale confermativa da Joormann e Stober (1997) in due gruppi berlinesi di 466 e di 503 partecipanti: i risultati offrono un solido supporto alla sottoarticolazione in cinque fattori intercorrelati ma distinti.

Davey (1993) riporta correlazioni con PSWQ ($r = .67$) e con la scala di tratto dello STAI ($r = .71$). Inoltre il WDQ presenta correlazioni ai limiti della significatività con le subscale Checking ($r = .17$) e Doubting ($r = .18$) del MOCI, ma

non con le altre due scale (Tallis e De Silva, 1992). Davey ha inoltre confrontato il WDQ con il PSWQ e con un terzo questionario denominato *Student Worry Scale* sia in studenti universitari inglesi sia in lavoratori di varie età che frequentavano una Open University. Grazie al gran numero di test paralleli utilizzati e a una ricca serie di analisi statistiche (in particolare l'analisi delle correlazioni parziali) lo studio perviene a conclusioni tutt'altro che scontate: (1) i punteggi di tutti e tre i questionari di worry mostrano una fonte di varianza indipendente dall'ansia (misurata con lo STAI-X2); (2) i soggetti con alti punteggi presentano uno stile cognitivo improntato alla vigilanza verso le informazioni connesse a minaccia di pericolo; (3) i punteggi del WDQ correlano positivamente con misure di abilità di coping; (4) il WDQ riflette gli aspetti costruttivi del worry, il PSWQ gli aspetti patologici.

Metodo

Soggetti

Hanno partecipato allo studio 388 soggetti (231 femmine e 157 maschi) di età compresa tra 18 e 86 anni (tabella 1.1). Il 20% è residente in Puglia, il 35% il Lombardia, il rimanente in Veneto e Friuli.

Sono coniugati il 54% dei partecipanti, celibi o nubili il 41%, separati, divorziati o vedovi i rimanenti.

Per quanto concerne il titolo di studio, il 14% ha il titolo di licenza elementare, il 28% di licenza media, il 50% di licenza media superiore, 18% la laurea. Non sono stati inclusi soggetti senza titolo di studio. Relativamente all'attività lavorativa, il 31% è costituito da studenti, il 21% da operai, il 16% da impiegati, il 9% da casalinghe, l'8% da pensionati, il 7% da imprenditori, il 3% da liberi professionisti, il 2% da artigiani e commercianti, il 2% da disoccupati, l'1% da dirigenti.

TABELLA 1.1
Distribuzione dei partecipanti suddivisi in base al genere e all'età

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
18-25	34	34.3	65	65.7	99	100
26-40	40	46.5	46	53.5	86	100
41-60	72	41.6	101	58.4	173	100
61-86	11	36.7	19	63.3	30	100
Totale	157	40.5	231	59.5	388	100

Procedura

Una volta ottenuta l'autorizzazione dagli autori, si è proceduto alla traduzione dei due questionari. L'intraducibilità del termine «worry» ha costituito il maggiore motivo di difficoltà; in genere si è utilizzato il termine «preoccupazione». Successivamente è stata richiesta la back-version a una persona di madre lingua inglese. Le traduzioni così ottenute sono state presentate individualmente a una ventina di soggetti presumibilmente «difficili»: anziani in casa di riposo, soggetti con scolarità inferiore alla licenza elementare, pazienti ospedalizzati per malattie fisiche. A termine della compilazione dei questionari è stata condotta un'inchiesta, allo scopo di accertare che le risposte riflettessero le effettive convinzioni dei rispondenti. Dopo alcune difficoltà e conseguenti ritocchi, si è giunti alla versione qui presentata che è stata ritenuta accettabile. Essa differisce solo in piccoli aspetti dagli originali, in particolare volge in positivo l'item 8 del PSWQ evitando una doppia negazione ed espande e chiarifica le istruzioni del WDQ.

La somministrazione è stata, nella maggior parte dei casi, individuale. I soggetti erano invitati a partecipare, su base volontaria e anonima, a una ricerca volta a esplorare preoccupazioni e atteggiamenti connessi al sonno. Oltre alle versioni italiane del PSWQ e del WDQ compilavano una scheda che raccoglieva informazioni socio-demografiche e informazioni relative ad atteggiamenti e abitudini connesse al sonno; era presentato pure un ulteriore questionario, il *Pre-sleep Cognitive Intrusions Questionnaire* (Sanavio, 1988), i cui risultati sono oggetto di altra pubblicazione e non saranno qui considerati. A evitare effetti dovuti all'ordine di somministrazione dei questionari, l'ordine è stato bilanciato.

Risultati

La distribuzione dei punteggi riportati dai soggetti nella compilazione del PSWQ è illustrata in figura 1.1. Per le femmine il punteggio 53 si colloca al 95° percentile e il punteggio 56 al 99° percentile; per i maschi il punteggio 48 si colloca al 95° percentile e il punteggio 53 al 99° percentile.

Il punteggio medio e le principali statistiche descrittive sono riportate in tabella 1.2. L'analisi della varianza, che considera come fattori il sesso e l'età, mostra la differenza di sesso come solo effetto statisticamente significativo $F(1, 380) = 27.2, p < 0.001$.

La distribuzione dei punteggi riportati dai soggetti nella compilazione del WDQ è illustrata in figura 1.2 ed è visibilmente asimmetrica. Per le femmine il punteggio 55 si colloca al 95° percentile e il punteggio 64 al 99° percentile; per i maschi il punteggio 41 si colloca al 95° percentile e il punteggio 51 al 99° percentile.

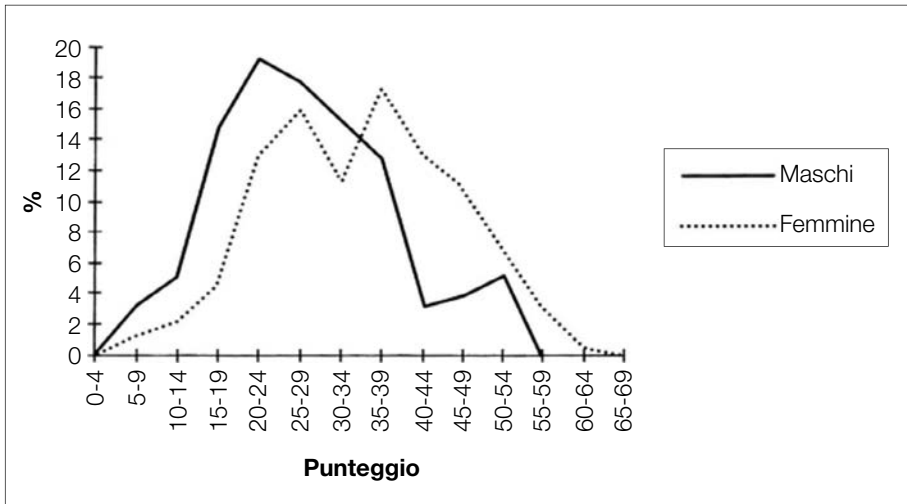


Fig. 1.1 *Penn State Worry Questionnaire*: distribuzione del punteggio totale dei partecipanti maschi e femmine.

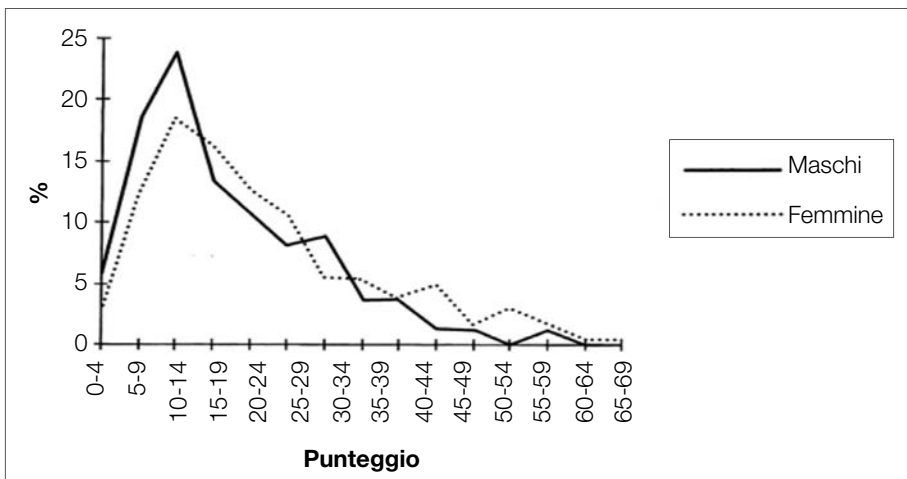


Fig. 1.2 *Worry Domains Questionnaire*: distribuzione del punteggio totale dei partecipanti maschi e femmine.

Il punteggio totale è riportato in tabella 1.3. Le femmine conseguono un punteggio totale più elevato dei maschi (Mann-Whitney U = 14750, $p = 0.002$). Nel gruppo femminile, si riscontrano differenze nei punteggi totali al variare della classe di età ($\chi^2 = 11.9$; g.l. 3; $p = 0.007$); differenze dovute all'età non

risultano invece statisticamente significative nel gruppo maschile ($\chi^2 = 6.5$; g.l. 3; $p = 0.09$, n.s.).

TABELLA 1.2

Punteggio totale del *Penn State Worry Questionnaire*: punteggio medio dei partecipanti suddivisi per sesso ed età; sono riportati anche deviazione standard, mediana, punteggi minimo e massimo

Età	Maschi				Femmine			
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Mediana</i>	<i>Gamma</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Mediana</i>	<i>Gamma</i>
18-25	27.2	10.8	26.5	5-52	33.5	11.9	36	6-58
26-40	25.3	10.3	26	5-51	33.4	11.8	32	8-53
41-60	29	10.8	27.5	11-54	34.9	10.5	35	12-60
61-86	28.5	9.9	30	17-48	37.6	11.5	38	19-56
Totale	27.7	10.6	27	5-54	34.4	11.3	35	6-60

TABELLA 1.3

Punteggio totale del *Worry Domains Questionnaire*: punteggio medio dei partecipanti suddivisi per sesso ed età; sono riportati anche deviazione standard, mediana, punteggi minimo e massimo

Età	Maschi				Femmine			
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Mediana</i>	<i>Gamma</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Mediana</i>	<i>Gamma</i>
18-25	22.3	12.6	18.5	7-60	28.1	15.1	25	3-65
26-40	16.7	11.8	14	0-42	20.6	12.7	17	5-51
41-60	18.5	12.0	14.5	0-51	22.5	15.6	19	0-72
61-86	13.3	7.9	12	0-28	19.5	15.0	17	3-64
Totale	18.5	12.0	16	0-60	23.5	15.1	20	0-72

Il punteggio riportato dai partecipanti in ciascuno dei cinque domini è riportato in tabella 1.4. Risultano più elevati i punteggi delle donne rispetto agli uomini in tre dei cinque domini e precisamente D1-Relationships (Mann-Whitney $U = 13276$, $p < 0.0001$), D2-Lack of confidence (Mann-Whitney $U = 14326$, $p < 0.0005$) e D3-Aimless future (Mann-Whitney $U = 15976$, $p = 0.045$).

L'analisi della consistenza interna del PSWQ dà luogo a un coefficiente alfa (Cronbach) di 0.85. Benché si tratti di un valore adeguato e accettabile, un'analisi più dettagliata mostra che ben quattro dei sedici item presentano correlazioni molto basse con il totale. Si tratta degli item 1, 3, 10 e 11; la rimozione di ciascuno di essi aumenterebbe la consistenza interna.

TABELLA 1.4

Punteggi nei cinque domini del WDQ: D1 (Relationships), D2 (Lack of confidence), D3 (Aimless future), D4 (Work incompetence), D5 (Financial). Sono riportati il punteggio medio dei partecipanti suddivisi per sesso ed età, deviazione standard, mediana, punteggi minimo e massimo

Scale	Maschi				Femmine			
	M	DS	Mediana	Gamma	M	DS	Mediana	Gamma
Età 18-25								
D1	4.0	2.8	3	0-10	6.5	4.5	6	0-18
D2	5.2	4.1	4	0-18	5.9	4.3	5	0-17
D3	5.3	4.0	4.5	0-15	6.3	4.4	5	0-16
D4	5.6	3.4	5	0-16	5.8	3.5	5	0-16
D5	2.3	2.0	2	0-8	3.6	3.0	3	0-13
Età 26-40								
D1	2.7	2.7	2	0-10	3.8	3.9	3	0-16
D2	2.6	2.9	2	0-9	4.7	4.0	3	0-15
D3	3.6	3.1	3	0-11	4.4	3.6	3	0-17
D4	5.1	3.3	4.5	0-12	4.1	2.6	4	0-11
D5	2.6	2.7	2	0-10	3.5	3.3	2	0-12
Età 41-60								
D1	2.5	2.9	2	0-14	4.2	3.9	3	0-16
D2	3.5	3.0	3	0-13	4.6	4.1	4	0-19
D3	3.8	3.1	3	0-13	4.6	4.2	4	0-16
D4	5.3	3.4	5	0-13	5.3	3.5	5	0-15
D5	3.4	3.5	2	0-13	3.8	3.8	2	0-17
Età 61-86								
D1	2.2	2.9	1	0-9	4.3	3.7	4	0-13
D2	1.6	1.6	1	0-4	4.4	3.8	2	0-12
D3	2.6	2.5	1	0-7	4.0	4.3	3	0-19
D4	4.6	4.0	3	0-13	4.6	3.4	4	0-13
D5	2.5	2.6	2	0-7	2.2	3.8	1	0-17
Totale								
D1	2.9	2.9	2	0-14	4.8	4.2	4	0-18
D2	3.5	3.3	3	0-18	5.0	4.1	4	0-19
D3	4.0	3.3	3	0-15	5.0	4.2	4	0-19
D4	5.2	3.4	5	0-16	5.2	3.4	5	0-16
D5	2.9	3.0	2	0-13	3.5	3.5	2	0-17

L'analisi della consistenza interna del WDQ dà luogo a un coefficiente alfa (Cronbach) di 0.90. Solo l'item 24 presenta una bassa correlazione con il punteggio totale; la sua rimozione aumenterebbe, ma in misura irrisoria, la consistenza globale del questionario. L'item riguarda la preoccupazione di far tardi a un appuntamento — un tema che parrebbe suonare un po' «inglese» ai nostri soggetti. I coefficienti alfa delle scale corrispondenti ai cinque domini sono i seguenti: D1 (Relationships) 0.75; D2 (Lack of confidence) 0.80; D3 (Aimless future) 0.80; D4 (Work incompetence) 0.65; D5 (Financial) 0.76.

La correlazione tra i due questionari è risultata 0.53 ($p < 0.001$). Si tratta di una correlazione più bassa di quella riscontrata nelle forme originali ($r = .67$). Pertanto, nella versione italiana, i due questionari spartiscono fra loro solamente un quarto della varianza totale.

Le intercorrelazioni tra i punteggi che si ricavano dai cinque domini del WDQ e i due questionari sono riportate nella tabella 1.5; esse sono tutte statisticamente significative ($p < 0.01$).

TABELLA 1.5
**Correlazioni tra punteggio del *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ),
punteggio totale del *Worry Domains Questionnaire* (WDQ) e punteggio
di ciascuno dei cinque domini D1-D5; tutte le correlazioni
sono significative al livello $p < 0.01$**

	PSWQ	D1	D2	D3	D4	D5
D1	0.42					
D2	0.46	0.69				
D3	0.47	0.65	0.71			
D4	0.29	0.43	0.45	0.40		
D5	0.38	0.35	0.37	0.52	0.24	
WDQ	0.53	0.82	0.85	0.86	0.65	0.63

Discussione e conclusioni

I risultati emersi dalla presente ricerca indicano che la versione italiana del PSWQ presenta una fedeltà accettabile (alfa di Cronbach = 0.85), benché quattro item non siano pienamente soddisfacenti. Si tratta degli item 1, 3, 10 e 11 e precisamente degli item che differiscono dai rimanenti perché sono espressi in forma negativa. È noto che il problema della traduzione in italiano di item contenenti una negazione pone quasi di regola difficoltà: una percentuale rilevante dei sog-

getti pare ignorare la negazione e fornisce risposte frutto di fraintendimento. Una futura e auspicabile revisione della traduzione attuale dovrebbe operare modifiche relative a questi quattro item. Chi volesse utilizzare la presente versione farà bene a condurre una breve inchiesta, a termine della compilazione, per controllare le risposte ai quattro item sopra indicati.

Punteggi elevati del PWSQ indicano un tratto di personalità incline a preoccuparsi con frequenza e intensità eccessive: una tendenza tipica, generalizzata e non circoscritta a specifici contenuti, in misura eccessiva o per intensità o per frequenza. Gli item, infatti, si riferiscono a un preoccuparsi eccessivo e disadattivo o patologico, piuttosto che al più comune e adattivo preoccuparsi. Un punteggio particolarmente elevato (superiore a due punti *z*) ha quindi un diretto rilievo clinico e indica un «worry» patologico e una condizione di disagio. Nell'impiego clinico, ci si aspetta che un punteggio PSWQ particolarmente elevato confermi e specifichi meglio una condizione di disagio psicologico più generale già identificata da test a più ampio spettro e da altri metodi di assessment. In particolare un punteggio elevato va considerato necessario per la diagnosi di Disturbo d'ansia generalizzata.

Come si è detto, il costrutto di worry si trova nell'intersezione di quattro dei maggiori costrutti psicopatologici: ansia, depressione, ossessioni, paure. Ai fini della diagnosi differenziale va tenuto presente che punteggi altrettanto elevati sono riscontrati, oltre che in pazienti con Disturbo d'ansia generalizzata, in pazienti in corso di episodio depressive maggiore — è comunque relativamente semplice la differenziazione in un'analisi qualitativa (Starcevic, 1995). In tutti quei disturbi psicologici in cui preoccupazioni eccessive abbiano un peso, il PSWQ può essere utile (a) per la valutazione della gravità del quadro clinico complessivo, (b) per il monitoraggio in corso di trattamento, (c) per le valutazioni a termine del trattamento e i follow up.

Difficoltà nell'utilizzo del PSWQ possono derivare dalla laconicità delle istruzioni: esse infatti non specificano che, come per ogni misura di tratto, si fa riferimento a caratteristiche abituali e stabili della persona. Altrimenti è possibile utilizzare, in alternativa, una variante che specifica di fare riferimento all'ultima settimana; è denominata *Penn State Worry Questionnaire – Past Week* ed è raccomandata per monitorare la condizione di worry su base settimanale: è quindi più appropriata per valutare il cambiamento e l'impatto del trattamento (Stober e Bittencourt, 1998).

Pienamente soddisfacenti sono i risultati relativi alla versione italiana del WDQ. Essa presenta una adeguata fedeltà (alfa di Cronbach = 0.90); inoltre, i cinque domini nei quali si sottoarticola il questionario danno luogo a coefficienti di consistenza interna compresi tra 0.65 e 0.80, i quali possono essere considerati soddisfacenti e accettabili, tanto più se si considera che gli item di ciascun dominio sono solamente cinque.

I dati raccolti nel presente campione mostrano una forte asimmetria sia nella distribuzione del punteggio totale del WDQ sia nella distribuzione dei punteggi dei singoli domini. Ciò sconsiglia di fare riferimento a trasformazioni basate sul punteggio medio, ma consiglia di fare riferimento piuttosto ai ranghi percentili.

Per quanto concerne l'interpretazione del WDQ, essa si basa sull'esame comparativo dei sei punteggi prodotti dallo scoring: un punteggio totale e un punteggio per ciascuno dei cinque domini (subscale). Il punteggio totale riflette la presenza di preoccupazioni nelle cinque aree considerate. Un punteggio molto elevato corrisponde a una tendenza diffusa e generalizzata alle preoccupazioni, uno stile cognitivo attento alle informazioni connesse a minaccia e pericolo e una attiva ricerca di tali informazioni. Ciò non implica automaticamente elementi di patologia o di vulnerabilità psicologica. Infatti il costrutto implicato dal questionario è «preoccupazione non patologica» («non-pathological worry»): come si è detto, preoccuparsi è un'attività normale e adattiva, focalizzata alla soluzione di un problema e al fronteggiamento costruttivo di un pericolo. L'identificazione di caratteristiche patologiche va al di là del potere del WDQ e richiede altri approfondimenti. Non esistono punteggi «normali» e punteggi «patologici» né esistono cut-off di allarme clinico per il WDQ. Come si è detto, il test analizza il contenuto delle preoccupazioni del soggetto esaminato. Il confronto tra i punteggi riportati nelle singole subscale consente di identificare l'area o le aree dove si concentrano le preoccupazioni.

Il WDQ è stato concepito dagli ideatori come misura di tratto: come si è detto, i cinque domini dovrebbero avere un forte riferimento nella memoria a lungo termine. Le istruzioni chiedono quanto frequentemente la persona in esame si preoccupi a proposito dei vari contenuti espressi nei singoli item, ma non esplicitano alcun riferimento temporale. Nel corso della somministrazione moltissimi partecipanti hanno chiesto se dovevano fare riferimento agli ultimi giorni o meno: i partecipanti inoltre osservavano che una cosa era riferirsi alle preoccupazioni che avevano d'abitudine, altra cosa era riferirsi alle preoccupazioni (eventuali) che si erano effettivamente imposte all'attenzione nel presente per i più disparati motivi. In questi casi, nel corso della somministrazione, abbiamo ritenuto opportuno supplire a un'effettiva lacuna delle istruzioni e suggerire di fare riferimento alle preoccupazioni abituali.

I dati raccolti nello studio presente consentono alcune considerazioni ulteriori. In primo luogo, si osserva che, a differenza di quanto riportato in altre culture, le donne riportano in entrambi i questionari punteggi più elevati degli uomini. I motivi di ciò non sono chiari, ma non stupiscono: si può ricordare che tale differenza si ritrova sovente, in Italia, nelle misure di costrutti connessi all'ansia, nelle scale di paure e di ossessioni. In secondo luogo, emergono differenze connesse

all'età solo nel WDQ e solo nel gruppo femminile: esse sono dovute al punteggio particolarmente alto delle donne di età compresa tra 18 e 25 anni. In particolare, va osservato che il luogo comune secondo il quale preoccupazioni frequenti sarebbero proprie all'età anziana ma non all'età giovanile sembrerebbe smentito da questi primi risultati. La scarsa numerosità di soggetti di età superiore ai 60 anni presenti nel nostro gruppo non autorizza però conclusioni generalizzabili, ma solo suggerisce attenzione all'interazione tra contenuto delle preoccupazioni ed età in eventuali future ricerche.

A parte ciò, i suggerimenti per ulteriori ricerche sono, a nostro giudizio, quattro principalmente: (1) studiare la stabilità temporale dei due questionari giacché essa non è stata qui considerata; (2) studiare popolazioni di interesse clinico; (3) studiare l'impatto di eventi significativi, come lo stress indotto da gravi malattie; (4) sottoporre i punteggi dei soggetti italiani del WDQ ad analisi fattoriale di tipo confermativo al fine di valutare l'invarianza dei cinque domini come già fatto da Joormann e Stober (1997) per la versione tedesca.

Infine, un perfezionamento futuro di entrambi i questionari potrebbe, a nostro giudizio, consistere nel modificare le istruzioni rispetto all'originale in modo da fare esplicito riferimento a «pensieri abituali». Altri perfezionamenti potrebbero riguardare le istruzioni iniziali. Come si è detto, il termine «worry» non è definito nelle istruzioni originali. Un futuro perfezionamento potrebbe includere differenti e più ampie istruzioni, che meglio illustrino che si fa riferimento all'attività di pensiero verbale più o meno frequente della mente attorno a un problema, non al piano dei valori dei quali «occuparsi», «preoccuparsi» e «prendersi cura».

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamenti a Grazia Basile, Monia Beraldo e Simona Buratti, che hanno reclutato parte dei soggetti e somministrato loro i questionari.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In: *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. (G.C. Davey & F. Tallis, eds.) Chichester: Wiley, pp. 5-33.
- Borkovec, T.D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.

- Borkovec, T.D., Ray, W.J. & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinski, T. & De Pree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Brown, T.A., Antony, M.M. & Barlow, D.H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-37.
- Davey, G.C.L. (1993). A comparison of three worry questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 51-56.
- Eysenck, M.W. (1984). Anxiety and the worry process. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22, 545-548.
- Joormann, J. & Stober, J. (1997). Measuring facets of worry: a LISREL analysis of the Worry Domains Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 23, 827-837.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 445-468.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Molina, S. & Borkovec, T.D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: psychometric properties and associated characteristics. In: *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. (G.C. Davey & F. Tallis, eds.) Chichester: Wiley.
- Morani, S., Pricci, D., & Sanavio, E. (1999). «Penn State Worry Questionnaire» e «Worry Domains Questionnaire». Presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5 (3), 195-209.
- Pratt, P., Tallis, F. & Eysenck, M. (1997). Information processing, storage characteristics and worry. *Behaviour Research & Therapy*, 35, 1015-23.
- Sanavio, E. (1988). Pre-sleep cognitive intrusions and treatment of onset-insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 451-459.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 55-56.
- Stober, J. & Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: an adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 645-656.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive compulsive disorder. A cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester: Wiley.
- Tallis, F., Davey, G.C.L. & Bond, A. (1994). The Worry Domains Questionnaire. In: *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. (G.C. Davey & F. Tallis, eds.) Chichester: Wiley. pp. 285-297.
- Tallis, F. & De Silva, P. (1992). Worry and obsessional symptoms: a correlational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 30 (2), 103-105.
- Tallis, F., Eysenck, M.W. & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of non pathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.

Penn State Worry Questionnaire – PSWQ

Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990

Adattamento italiano a cura di Morani, Pricci e Sanavio, 1999

Istruzioni

Per favore legga attentamente ogni affermazione e valuti quanto si trova in accordo con essa, ponendo il numero appropriato nello spazio apposito accanto a ciascuna affermazione.

È importante ricordare che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata.

Grazie

1	2	3	4	5
Per nulla d'accordo		Abbastanza d'accordo		Completamente d'accordo

1. Anche se non ho tempo a sufficienza per svolgere tutte le mie attività, non mi preoccupo.	
2. Le mie preoccupazioni mi invadono e non riesco a liberarmene.	
3. Non tendo a preoccuparmi per le cose.	
4. Molte situazioni sono fonte di preoccupazione per me.	
5. Non posso fare a meno di preoccuparmi, anche se so che non dovrei.	
6. Ho notato che quando sono sotto pressione mi preoccupo molto.	
7. Sono sempre preoccupato per qualcosa.	
8. Riesco a liberarmi delle preoccupazioni con facilità.	
9. Appena finisco un compito, inizio a preoccuparmi per qualunque altra cosa devo fare.	
10. È raro che io mi preoccupi per qualcosa.	
11. Quando non c'è altro che io possa fare riguardo a un problema, allora smetto di preoccuparmi.	
12. Da sempre sono una persona che si preoccupa.	
13. Sono così abituato a preoccuparmi che spesso non me ne rendo conto.	
14. Una volta che inizio a preoccuparmi, non posso fermarmi.	
15. Passo gran parte del mio tempo a preoccuparmi.	
16. Finché una cosa non è fatta continua a essere al centro delle mie preoccupazioni.	

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

Il *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) è un test monodimensionale e il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi grezzi di ciascun item (gamma 1-5). Gli item 1, 3, 8, 10 e 11 sono in forma negativa e perciò richiedono l'inversione (1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1).

Punteggi elevati del PSWQ (corrispondenti a un punto z^* uguale o superiore a 2) indicano un tratto di personalità incline a preoccuparsi con frequenza e intensità eccessive: una tendenza tipica, non controllabile, generalizzata e non circoscritta a specifici contenuti.

Punteggio totale del *Penn State Worry Questionnaire*: punteggi medi e deviazioni standard dei partecipanti suddivisi per genere ed età

Età	Maschi		Femmine	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
18-25	27.2	10.8	33.5	11.9
26-40	25.3	10.3	33.4	11.8
41-60	29	10.8	34.9	10.5
61-86	28.5	9.9	37.6	11.5
<i>Totale</i>	<i>27.7</i>	<i>10.6</i>	<i>34.4</i>	<i>11.3</i>

* Il punto z si calcola nel seguente modo: (punteggio grezzo ottenuto al test – punteggio medio)/deviazione standard.

Worry Domains Questionnaire – WDQ

Tallis, Davey e Bond, 1994

Adattamento italiano a cura di Morani, Pricci e Sanavio, 1999

Il questionario qui presentato elenca alcuni tipi di preoccupazione che le persone hanno nella vita di tutti i giorni. Legga con attenzione ognuna delle venticinque affermazioni sotto riportate e fornisca la sua risposta indicando quanto lei si preoccupa proprio per quella situazione descritta.

Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate e risponda sinceramente

Buon lavoro.

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
1. Una mia preoccupazione è che rimarrò senza soldi					
2. Una mia preoccupazione è di non riuscire a esprimere le mie opinioni					
3. Mi preoccupa che le mie prospettive di lavoro non siano buone					
4. Una mia preoccupazione è che la mia famiglia possa arrabbiarsi con me o disapprovare qualcosa che faccio					
5. Una mia preoccupazione è che non riuscirò mai a realizzare le mie ambizioni					
6. Una mia preoccupazione è di non riuscire a seguire tutti i miei impegni					
7. Mi preoccupa perché i problemi finanziari mi limiteranno le vacanze e i viaggi					
8. Mi preoccupa di non riuscire a concentrarmi					
9. Mi preoccupa perché ci sono delle cose che non posso permettermi					
10. Mi preoccupa il fatto di sentirmi insicuro					

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
11. Una mia preoccupazione è di non riuscire a pagare le spese					
12. Una mia preoccupazione è che le condizioni in cui vivo sono inadeguate					
13. Mi preoccupa che la vita possa non avere uno scopo					
14. Una mia preoccupazione è di non lavorare abbastanza sodo					
15. Una mia preoccupazione è che gli altri non mi approveranno					
16. Mi preoccupa il fatto di non riuscire a mantenere una relazione sentimentale					
17. Mi preoccupa di lasciare lavori incompiuti					
18. Mi preoccupa di non avere fiducia in me stesso					
19. Mi preoccupa di essere poco attraente per l'altro sesso					
20. Una mia preoccupazione è che potrei fare la figura dello stupido					
21. Una mia preoccupazione è di perdere i miei amici					
22. Mi preoccupa di non aver realizzato molto nella mia vita					
23. Una mia preoccupazione è di non essere amato					
24. Mi preoccupa di arrivare in ritardo agli appuntamenti					
25. Una mia preoccupazione è di fare errori sul lavoro					

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

I punteggi che si ottengono dalla compilazione del *Worry Domains Questionnaire* (WDQ) sono sei: cinque per le subscale e un punteggio totale. Dato che il punteggio per ogni item ha un range da 0 a 4 punti, il punteggio della scala totale può variare da un minimo di 0 a un massimo di 100, mentre per le subscale la gamma varia da 0 a 20.

Gli item che compongono ciascuna subscale (e che vanno perciò sommati tra loro per calcolarne il punteggio) sono i seguenti:

- subscale Vita di relazione: item 4, 16, 19, 21, 23;
- subscale Mancanza di fiducia: item 2, 10, 15, 18, 20;
- subscale Futuro senza scopo: item 3, 5, 8, 13, 22;
- subscale Lavoro: item 6, 14, 17, 24, 25;
- subscale Questioni economiche: item 1, 7, 9, 11, 12.

Il punteggio totale del WDQ si ottiene invece sommando tutti gli item del questionario.

Tutti gli item del WDQ esprimono contenuti di preoccupazione (worry) e il punteggio totale riflette la presenza di preoccupazioni nelle cinque aree considerate. Un punteggio molto elevato (corrispondente a un punto z^* uguale o superiore a 2) indica una tendenza diffusa e generalizzata alle preoccupazioni, uno stile cognitivo attento alle informazioni connesse a minaccia e pericolo e una attiva ricerca di tali informazioni. Ciò non implica automaticamente elementi di patologia o di vulnerabilità psicologica. Ad esempio, elevati punteggi al test possono riflettere, almeno in parte, l'utilizzo da parte dell'individuo di strategie di coping focalizzate sui problemi. L'identificazione di caratteristiche patologiche va al di là del potere del WDQ e richiede ulteriori approfondimenti.

Il test, dunque, analizza il contenuto delle preoccupazioni della persona esaminata, mentre dai punteggi delle cinque subscale si ricavano l'area o le aree in cui si concentrano le preoccupazioni. *

Punteggio totale del Worry Domains Questionnaire: punteggi medi e deviazioni standard dei partecipanti suddivisi per genere ed età

Età	Maschi		Femmine	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
18-25	22.3	12.6	28.1	15.1
26-40	16.7	11.8	20.6	12.7
41-60	18.5	12.0	22.5	15.6
61-86	13.3	7.9	19.5	15.0
<i>Totale</i>	<i>18.5</i>	<i>12.0</i>	<i>23.5</i>	<i>15.1</i>

* Il punto z si calcola nel seguente modo: (punteggio grezzo ottenuto al test – punteggio medio)/deviazione standard.

Punteggi medi e deviazioni standard nei cinque domini del WDQ: D1 (Vita di relazione), D2 (Mancanza di fiducia), D3 (Futuro senza scopo), D4 (Lavoro), D5 (Questioni economiche)

Età		Maschi		Femmine	
		<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
18-25	D1	4.0	2.8	6.5	4.5
	D2	5.2	4.1	5.9	4.3
	D3	5.3	4.0	6.3	4.4
	D4	5.6	3.4	5.8	3.5
	D5	2.3	2.0	3.6	3.0
26-40	D1	2.7	2.7	3.8	3.9
	D2	2.6	2.9	4.7	4.0
	D3	3.6	3.1	4.4	3.6
	D4	5.1	3.3	4.1	2.6
	D5	2.6	2.7	3.5	3.3
41-60	D1	2.5	2.9	4.2	3.9
	D2	3.5	3.0	4.6	4.1
	D3	3.8	3.1	4.6	4.2
	D4	5.3	3.4	5.3	3.5
	D5	3.4	3.5	3.8	3.8
61-86	D1	2.2	2.9	4.3	3.7
	D2	1.6	1.6	4.4	3.8
	D3	2.6	2.5	4.0	4.3
	D4	4.6	4.0	4.6	3.4
	D5	2.5	2.6	2.2	3.8
Totale	D1	2.9	2.9	4.8	4.2
	D2	3.5	3.3	5.0	4.1
	D3	4.0	3.3	5.0	4.2
	D4	5.2	3.4	5.2	3.4
	D5	2.9	3.0	3.5	3.5

«Check del corpo» nei disturbi dell'alimentazione: validazione italiana del Body Checking Questionnaire (BCQ)

Riccardo Dalle Grave^a, Marta Ghisi^b e Simona Calugi^c

^a Casa di Cura Villa Garda – Unità di Riabilitazione Nutrizionale

^b Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale

^c AIDAP Firenze

Introduzione

L'eccessiva importanza attribuita al peso e alla forma del corpo nella valutazione di sé è considerata di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, 1998; Fairburn, Cooper e Shafran, 2003; Meneghelli, Adami, Gandolfo e Scopinaro, 1995). Le più tipiche espressioni cognitivo-comportamentali derivate da questa psicopatologia nucleare includono le continue preoccupazioni per il peso e la forma del corpo (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003), la restrizione dietetica severa (Garner e Dalle Grave, 1999; Lowe et al., 1996; Polivy e Herman, 1985), l'attività fisica eccessiva e compulsiva (Chen et al., 2003), le abbuffate (Beglin e Fairburn, 1992), i comportamenti di compenso eliminativi (vomito auto-indotto, uso improprio di lassativi e diuretici; Fairburn e Cooper, 1982), l'evitamento dell'esposizione del corpo (Rosen, 1997) e i comportamenti di check del peso e della forma del corpo («check del corpo»; Shafran, Fairburn, Robinson e Lask, 2004). Questi ultimi comportamenti, pur essendo descritti come caratteristiche cliniche prominenti dei disturbi dell'alimentazione dal *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (American Psychiatric Association, 2000), hanno ricevuto poca attenzione sia dai clinici che dai ricercatori.

Comportamenti tipici di check del corpo includono (Rosen, 1997): 1) misurare spesso il proprio peso (check del peso); 2) esaminare frequentemente allo specchio o in qualsiasi superficie riflettente specifiche parti del corpo con un atteggiamento ipercritico, come ad esempio la pancia, le cosce o il sedere (check visivi); 3) misurare

le circonferenze del corpo, ad esempio vita, fianchi, cosce, polsi, ecc., prendere in mano le pieghe del grasso per valutarne la dimensione, indossare alcuni abiti stretti per sentire come stanno, controllare se le cosce si toccano tra loro, toccare le ossa per sentire se si sentono (check tattili), guardare le donne più magre o con alcune particolari caratteristiche, ad esempio pancia piatta, gambe magre e lunghe, informarsi del peso e della taglia corporea degli altri (check di confronto); 4) chiedere ad altre persone rassicurazioni sulla forma del proprio corpo (check di rassicurazione).

La ricerca sul check del corpo nei disturbi dell'alimentazione è piuttosto povera. Uno studio ha valutato il check del corpo in 64 donne affette da disturbo dell'alimentazione di severità clinica utilizzando un'intervista semistrutturata e il questionario auto-somministrato *Body Checking and Avoidance Questionnaire* (BCAQ; Shafran, Fairburn, Robinson e Lask, 2004). Il 92% delle pazienti controllava ripetutamente il peso o la forma corporea; la maggior parte usava metodi multipli di check del corpo, come ad esempio guardarsi allo specchio, sentire le ossa o pinzarsi il grasso o indossare abiti aderenti per controllare le dimensioni della forma del corpo. L'importanza attribuita al peso e alla forma del corpo era significativamente più alta nei pazienti con più frequenti comportamenti di check del corpo. Un altro studio (Reas, Grilo, Masheb e Wilson, 2005) ha valutato il check del corpo in 377 pazienti sovrappeso affetti da disturbo da alimentazione incontrollata (80 uomini e 297 donne) usando due item del test auto-somministrato *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn, 1987). La maggior parte dei pazienti riportava di prendere in mano regolarmente le pieghe del grasso. Il check del corpo era associato positivamente alla restrizione alimentare e all'importanza attribuita al peso e alla forma del corpo.

Le più recenti teorie cognitivo-comportamentali suggeriscono che il check del corpo sia di primaria importanza nel mantenimento dell'anoressia nervosa (Fairburn, Shafran e Cooper, 1999) e degli altri disturbi dell'alimentazione (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003). È stato suggerito che il check del corpo faciliterebbe lo sviluppo di bias cognitivi, come ad esempio l'attenzione selettiva verso le parti del corpo di cui si è insoddisfatti (Williamson, Muller, Reas e Thaw, 1999). La conseguenza sarebbe un aumento della preoccupazione e dell'insoddisfazione nei confronti della forma del corpo e del peso. Questo processo è confermato da alcuni pazienti che riportano un'intensificazione della preoccupazione per il peso e la forma del corpo dopo un periodo di intenso check del corpo (Shafran, Fairburn, Robinson e Lask, 2004). In alcuni pazienti, le informazioni ottenute dal check del corpo possono essere interpretate come una minaccia al controllo o un fallimento del controllo del peso e della forma del corpo e ciò può portare a intensificare la restrizione alimentare o a usare altri comportamenti non salutari di controllo del peso corporeo (Fairburn, Shafran e Cooper, 1999). Infine, è stato riportato che

in alcuni pazienti il check del corpo è messo in atto deliberatamente per indurre uno stato di insoddisfazione corporea tale da motivare a mantenere la restrizione alimentare severa (Shafran, Fairburn, Robinson e Lask, 2004).

Per la valutazione del check del corpo si possono usare strumenti di auto-monitoraggio oppure dei questionari auto-somministrati. Con gli strumenti di auto-monitoraggio si istruisce il paziente a riportare in un diario emotivo gli episodi di check disfunzionale del corpo che mette in atto accanto alle situazioni, emozioni, sensazioni corporee e pensieri associati (Dalle Grave, 2003b). Questo metodo di auto-osservazione può essere il primo passo per aiutare successivamente il paziente a sostituire i comportamenti disfunzionali di check del corpo (ad esempio pesarsi più volte al giorno o guardarsi allo specchio in modo critico e focalizzato su alcune parti) con comportamenti di check più funzionali (ad esempio pesarsi una volta la settimana e guardarsi allo specchio in modo non giudicante osservando il corpo nella sua interezza).

In letteratura sono stati pubblicati e validati due questionari di auto-somministrazione: 1) il *Body Checking and Avoidance Questionnaire* (BCAQ; Shafran, Fairburn, Robinson e Lask, 2004) e il *Body Checking Questionnaire* (BCQ; Reas, Whisenhunt, Netemeyer e Williamson, 2002).

Il BCAQ, non disponibile nella versione italiana, è costituito da 23 item e valuta la frequenza sia del check del corpo sia dell'evitamento dell'esposizione del peso e della forma del corpo negli ultimi 28 giorni. L'analisi fattoriale ha evidenziato la presenza di un fattore che spiega il 49% della varianza. Il questionario ha un'alta consistenza interna (alfa di Cronbach 0,9) e discrimina i soggetti con disturbi dell'alimentazione da quelli non clinici.

Il BCQ, disponibile nella versione italiana (Calugi, Dalle Grave, Ghisi e Sanavio, 2006; Reas, Whisenhunt, Netemeyer e Williamson, 2002), è un questionario auto-somministrato costituito da 23 item. A ogni domanda la persona deve indicare in una scala Likert da 1 (mai) a 5 (molto spesso) la frequenza con cui mette in atto un determinato comportamento di check del corpo. Il punteggio totale è la somma dei 23 item e può variare da 23 a 115. L'analisi fattoriale eseguita nel campione americano ha mostrato che il BCQ misura un singolo fattore (Check del corpo), con tre sotto-fattori fortemente correlati: 1) la scala dell'*Apparenza in generale* costituita da 10 item che misurano i check di controllo legati all'apparenza fisica; 2) la scala delle *Parti specifiche del corpo* costituita da 8 item che misurano i check di controllo di parti specifiche del corpo; 3) la scala del *Check idiosincratico* costituita da 5 item che misurano check del corpo inusuali. La consistenza interna del test, misurata dall'alfa di Cronbach, è buona in tutte e tre le scale; Apparenza in generale: $\alpha = 0.88$; Parti specifiche del corpo: $\alpha = 0.92$; Check idiosincratico: $\alpha = 0.83$. Il test ha una buona riproducibilità

test-retest ($r = 0.94$) e una buona validità concorrente (Reas, Whisenhunt, Netemeyer e Williamson, 2002). Lo strumento sembra discriminare i pazienti con disturbi dell'alimentazione dai controlli e i soggetti a dieta da quelli non a dieta. Va sottolineato, però, che l'abilità del BCQ di discriminare i soggetti con disturbi dell'alimentazione dai controlli è stata valutata solo in 15 pazienti ambulatoriali con disturbi dell'alimentazione e in regime di day-hospital.

Scopo di questo contributo è descrivere lo studio che ha portato alla validazione italiana del BCQ in un ampio numero di pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione (Calugi, Dalle Grave, Ghisi e Sanavio, 2006), riportando le procedure adottate per la traduzione e l'adattamento italiano, le modalità di impiego, i dati normativi italiani e i suoi campi di applicazione.

Adattamento italiano del BCQ

Traduzione italiana

Il *Body Checking Questionnaire* è stato tradotto indipendentemente dall'inglese all'italiano da tre psicologi; la traduzione al contrario (back-translation) è stata fatta da uno psicologo madre lingua inglese con esperienza nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Le tre traduzioni sono state confrontate al fine di ottenere una singola versione. In seguito, è stato fatto un confronto tra il test originale in lingua inglese e la back-translation per eliminare le inconsistenze e le differenze di significato. Lo stile del testo è stato modificato per creare delle domande più facili da leggere. Il questionario così tradotto è stato testato in un piccolo gruppo di persone non cliniche per controllare la sua comprensibilità e leggibilità. Infine, sono stati fatti gli ultimi adattamenti che hanno portato alla versione finale del questionario riportata in appendice.

Metodologia usata per la validazione italiana

Il test è stato somministrato a 573 studentesse reclutate dal corso di laurea in psicologia dell'Università di Padova e a 151 pazienti femmine affette da disturbi dell'alimentazione (76 con anoressia nervosa, 27 con bulimia nervosa e 48 con disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato) reclutate da due reparti ospedalieri italiani specializzati nel trattamento di questi disturbi.

La diagnosi di disturbo dell'alimentazione è stata effettuata utilizzando le domande diagnostiche dell'intervista *Eating Disorder Examination* (EDE 12.0D; Fairburn e Cooper, 1993). Il campione non clinico di controllo è stato diviso in «controlli a dieta» e «controlli non a dieta» in base alla risposta affermativa o

negativa alla domanda: «Sta attualmente seguendo una dieta ipocalorica per perdere peso?». Tutti i partecipanti allo studio hanno firmato il consenso informato dopo aver letto una scheda che spiegava in dettaglio gli obiettivi e le procedure dello studio. L'età media dei partecipanti era di 24,1 (DS = 5,9) anni e l'Indice di Massa Corporea (IMC: kg/m^2) medio era 20,4 (DS = 2,2) nel gruppo di controllo e 16,8 (DS = 3,1) nel campione clinico ($F [1,535] = 197,8, p < 0.001$).

Il BCQ è stato somministrato assieme alla seguente batteria di test:

- *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ; Riva e Molinari, 1998; Rosen, Srebnik, Saltzberg e Wendt, 1991). Questionario auto-somministrato che misura l'evitamento comportamentale di situazioni che possono stimolare un incremento della preoccupazione per la propria immagine corporea;
- *Body Uneasiness Test* (BUT; Cuzzolaro, Vetrone, Marano e Battacchi, 1999). Questionario auto-somministrato, sviluppato in Italia, per valutare la preoccupazione per l'apparenza fisica, la consapevolezza dell'immagine corporea e delle parti del corpo che maggiormente contribuiscono all'insoddisfazione corporea;
- *Eating Attitude Test-40* (EAT-40; Cuzzolaro, 1988; Garner e Garfinkel, 1979). Questionario comunemente usato per valutare i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione.

Le differenze interne nel campione e la validità discriminante sono state studiate usando l'ANOVA a una via. La coerenza interna è stata valutata con l'alfa di Cronbach. La correlazione di Pearson è stata usata per controllare l'affidabilità test-retest e la validità concorrente. L'analisi fattoriale confermatrice è stata effettuata per verificare la corrispondenza nella struttura fattoriale della versione italiana del BCQ con quella originale americana. Le analisi statistiche sono state effettuate usando la versione 10 del software SPSS e il pacchetto statistico LISREL 8.

Dati normativi italiani e validità discriminante

La tabella 2.1 riporta i punteggi totali e delle tre scale del BCQ ottenuti dai pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione e dal campione clinico. I soggetti con disturbi dell'alimentazione hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati dei controlli ($F [1,568] = 119,9; p < 0,001$) (Calugi, Dalle Grave, Ghisi e Sanavio, 2006). Tra i pazienti affetti da disturbo dell'alimentazione quelli con bulimia nervosa hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati rispetto a quelli con anoressia nervosa ($F[2;146] = 3,4; p < 0,05$, post-hoc Bonferroni), mentre non è emersa una differenza significativa tra pazienti con bulimia nervosa e disturbo alimentare non altrimenti specificato né tra pazienti con anoressia nervosa e disturbo alimentare non altrimenti specificato (Calugi, Dalle Grave, Ghisi, e Sanavio, 2006). Il confronto

tra i punteggi dei controlli a dieta con quelli dei controlli non a dieta è stato usato come secondo test di validità discriminante. I controlli a dieta hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati di quelli non a dieta ($F = 34,9; p < 0,001$) (Calugi, Dalle Grave, Ghisi, e Sanavio, 2006).

Il BCQ correla negativamente con l'età, sia nei pazienti con disturbi dell'alimentazione ($r = -0,175; p < 0,05$) sia nei controlli ($r = -0,288, p < 0,001$), e correla positivamente con l'IMC, sia nel campione clinico ($r = 0,271; p = 0,003$) sia in quello di controllo ($r = 0,122; p = 0,013$) (Calugi, Dalle Grave, Ghisi e Sanavio, 2006).

TABELLA 2.1
Dati normativi italiani del BCQ

	Punteggio totale	Apparenza in generale	Parti specifiche del corpo	Check idiosincratico
Controlli				
Tutti (N = 422)	44,2 (14,7)	21,5 (7,0)	16,0 (6,4)	6,6 (2,6)
Controlli a dieta (N = 56)	54,6 (18,7)	26,0 (8,4)	19,8 (7,7)	8,8 (3,9)
Controlli non a dieta (N = 363)	42,6 (13,4)	20,8 (6,5)	15,4 (6,0)	6,3 (2,1)
Pazienti con disturbi dell'alimentazione				
Tutti (N = 151)	62,6 (24,1)	28,8 (10,6)	23,0 (9,6)	10,8 (5,6)
Pazienti con anoressia nervosa (N = 76)	58,3 (23,9)	27,2 (10,5)	20,8 (9,3)	10,2 (5,6)
Pazienti con bulimia nervosa (N = 27)	71,8 (23,9)	22,3 (10,6)	26,6 (9,9)	11,8 (5,4)
Pazienti con disturbo alimentare non altrimenti specificato (N = 48)	64,4 (23,3)	28,9 (10,1)	24,4 (9,4)	11,1 (5,7)

Validità concorrente, consistenza interna, affidabilità test-retest e analisi fattoriale confermatória

Il punteggio totale del BCQ correla positivamente con il *Body Uneasiness Test* (BUT) ($r = 0,80; p < 0,01$) e il *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ) ($r = 0,71, p < 0,01$) e, seppur in modo meno marcato, anche con l'*Eating Attitude*

40 (EAT-40) ($r = 0,39$; $p < 0,01$). Tali risultati indicano che il check del corpo è associato alle preoccupazioni per l'immagine corporea, ai comportamenti di evitamento dell'esposizione del corpo e ai sintomi dei disturbi dell'alimentazione.

I risultati dell'analisi fattoriale confermatrice hanno dimostrato la bontà del modello che vede il Body checking come un fattore di secondo ordine, articolato a sua volta in tre fattori di primo ordine (Apparenza in generale, Parti specifiche del corpo e Check idiosincratico). I tre sub-fattori hanno alti indici di saturazione: da 0,74 a 1,00 nel fattore Apparenza in generale; da 0,78 a 1,00 nel fattore Parti specifiche del corpo e da 0,85 a 1,00 nel fattore Check idiosincratico, così come sono buoni i coefficienti strutturali che legano i tre fattori di primo ordine al fattore di secondo ordine ($r = 0,94$; 1,00; 0,95 rispettivamente) (Calugi, Dalle Grave, Ghisi, e Sanavio, 2006).

La consistenza interna del BCQ, misurata con l'alfa di Cronbach, è risultata buona in tutte e tre le scale: Apparenza in generale ($\alpha = 0,90$), Parti specifiche del corpo ($\alpha = 0,92$), Check idiosincratico ($\alpha = 0,84$) (Calugi, Dalle Grave, Ghisi, e Sanavio, 2006).

L'affidabilità test-retest, valutata somministrando nuovamente il test dopo due settimane in 69 soggetti scelti a random dal campione di controllo, è risultata buona sia per il punteggio totale ($r [69] = 0,90$; $p < 0,01$), sia per le scale Apparenza in generale ($r_{69} = 0,89$; $p < 0,01$), Parti specifiche del corpo ($r[69] = 0,83$; $p < 0,01$) e Check idiosincratico ($r[69] = 0,86$; $p < 0,01$) (Calugi, Dalle Grave, Ghisi e Sanavio, 2006).

Conclusioni

Il Body Checking Questionnaire (BCQ) è il primo questionario disponibile in lingua italiana per la valutazione del costrutto del check del corpo. La validità concorrente, la consistenza interna e l'affidabilità test-retest del test sono buone, mentre l'analisi fattoriale confermatrice ha confermato, anche nella versione italiana del test, la presenza di un fattore generale e di tre sotto-fattori (Apparenza in generale, Parti specifiche del corpo e Check idiosincratico). I dati dello studio italiano confermano le osservazioni preliminari americane (Reas, Whisenhunt, Netemeyer e Williamson, 2002) in un più ampio numero di pazienti con disturbi dell'alimentazione e indicano che il BCQ è in grado di discriminare i pazienti con disturbi dell'alimentazione dai controlli e i controlli a dieta da quelli non a dieta.

Lo studio supporta l'osservazione clinica che i pazienti con disturbi dell'alimentazione adottano frequenti comportamenti di check del corpo per ottenere informazioni sul loro peso e sulla forma del loro corpo (Shafran, Fairburn,

Robinson e Lask, 2004). I dati dello studio aggiungono, inoltre, alcune nuove e interessanti osservazioni nell'area del check del corpo: 1) i pazienti con bulimia nervosa ottengono punteggi più elevati rispetto a quelli con anoressia nervosa; 2) i pazienti con disturbo alimentare non altrimenti specificato ottengono punteggi simili ai pazienti con anoressia nervosa e bulimia nervosa; 3) il check del corpo è correlato negativamente con l'età e tende perciò a essere più frequente nelle persone più giovani sia nel campione clinico che in quello non clinico; 4) il check del corpo correla positivamente con l'Indice di Massa Corporea e tende perciò a essere più frequente all'aumentare del peso corporeo sia nel campione clinico che in quello non clinico.

Lo studio conferma l'osservazione che più frequente è il check del corpo, maggiore è l'insoddisfazione corporea e la tendenza ad adottare comportamenti di evitamento dell'esposizione del corpo (Shafran, Fairburn, Robinson e Lask, 2004). Tale associazione conferma l'osservazione clinica che molti pazienti alternano il check del corpo all'evitamento dell'esposizione del corpo senza che la presenza di un comportamento sia un indicatore dell'assenza dell'altro. Infine, la correlazione del BCQ con l'EAT-40 e il BUT suggerisce l'esistenza di un'associazione tra il check del corpo e i sintomi caratteristici dei disturbi dell'alimentazione.

L'utilizzo del questionario è primariamente indicato in ambito clinico, per la valutazione dei comportamenti disfunzionali dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione. Il test può essere utilizzato sia durante la valutazione diagnostica iniziale, sia nel corso della terapia per valutare gli effetti del trattamento. I dati delle ricerche fino a ora effettuate indicano che il check del corpo non è solo un'espressione comportamentale della psicopatologia nucleare dei disturbi dell'alimentazione, ma anche un potente fattore di mantenimento della stessa. Questa ipotesi ha portato recentemente a includere la valutazione dei comportamenti di check del corpo e la loro interruzione nella nuova terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003) e multi-step dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, 2005) con lo scopo di potenziare le strategie cognitive tradizionali usate per ridurre la preoccupazione per il peso e la forma del corpo. Il BCQ può essere uno strumento chiave per verificare se la valutazione sistematica del check del corpo e la sua interruzione sono procedure in grado di migliorare i risultati parziali ottenuti dalla terapia cognitivo-comportamentale tradizionale nella riduzione dell'importanza attribuita al controllo del peso e della forma del corpo nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione.

Il BCQ può anche essere usato in ambito non clinico per la sua capacità di discriminare i soggetti a dieta da quelli non a dieta. Tale proprietà può essere sfruttata nel campo della prevenzione dei disturbi dell'alimentazione dove il test può essere usato, associato ad altre misure di screening, per identificare i soggetti

a rischio su cui effettuare interventi di prevenzione mirata. Tali interventi, come sottolineato da una recente revisione sistematica, hanno la potenzialità di migliorare le attitudini e i comportamenti disfunzionali dei soggetti a rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione (Dalle Grave, 2003a).

In conclusione, lo studio dell'adattamento italiano del Body Checking Questionnaire conferma la struttura fattoriale della versione anglosassone e la sua validità e affidabilità in una vasta popolazione clinica di pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione. L'importante ruolo potenziale del check del corpo nel mantenimento della psicopatologia nucleare dei disturbi dell'alimentazione indica che il BCQ può rappresentare uno strumento clinico fondamentale da utilizzare nella valutazione diagnostica e durante il trattamento cognitivo-comportamentale di questi disturbi. Infine, la disponibilità dell'adattamento italiano del BCQ apre la possibilità di usare il questionario in studi trans-culturali sull'immagine corporea in campioni clinici e non clinici.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it. Andreoli, V., Cassano, G.B. & Rossi, R. (2002). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Milano: Masson, 2002.
- Beglin, S.J., & Fairburn, C.G. (1992). What is meant by the term «binge»? *American Journal of Psychiatry*, 149, 123-124.
- Calugi, S., Dalle Grave, R., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). Validation of the Body Checking Questionnaire (BCQ) in an Eating Disorders Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 233-242.
- Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P. J., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., et al. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241-254; discussion 255-246.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G., & Hawker, D.M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: a clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Cuzzolaro, M. (1988). Validazione della Versione Italiana dell'EAT-40. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 55, 209-217.
- Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Battacchi, M.W. (1999). BUT: una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 417-428.

- Dalle Grave, R. (1998). Il trattamento multidisciplinare dell'anoressia nervosa: aspetti teorici e pratici. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 31-44.
- Dalle Grave, R. (2003a). School-based prevention programs for eating disorders: achievements and opportunities. *Disease Management and Health Outcomes*, 11, 579-593.
- Dalle Grave, R. (2003b). *Terapia cognitivo-comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2005). A multi-step cognitive behaviour therapy for eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 13, 373-382.
- Dalle Grave, R., Ghisi, M., & Calugi, S. (2006). «Check del corpo» nei disturbi dell'alimentazione: validazione italiana del Body Check Questionnaire (BCQ). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 12 (1), 27-40.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: an undetected problem. *British Medical Journal (Clin Res Ed)*, 284, 1153-1155.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1993). Eating Disorder Examination (12th edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Garner, D., & Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Lowe, M.R., Gleaves, D.H., DiSimone-Weiss, R.T., Furgueson, C., Gayda, C.A., Kolsky, P.A., et al. (1996). Restraint, dieting, and the continuum model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 508-517.
- Meneghelli, A., Adami, G.F., Gandolfo, P., & Scopinaro, N. (1995). «Body Image» e peso corporeo nel paziente con obesità grave. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1, 5-14.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *American Psychology*, 40, 193-201.
- Reas, D.L., Grilo, C., Masheb, R., & Wilson, G. (2005). Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 342-346.
- Reas, D.L., Whisenhunt, B.L., Netemeyer, R., & Williamson, D.A. (2002). Development of the Body Checking Questionnaire: a self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324-333.
- Riva, G., & Molinari, E. (1998). Replicated factor analysis of the Italian version of the Body Image Avoidance Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 1071-1074.
- Rosen, J., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-37.

- Rosen, J. C. (1997). Cognitive-behavioural body image therapy. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 188-201). New York: Guilford Press.
- Shafran, R., Fairburn, C.G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93-101.
- Williamson, D.A., Muller, S.L., Reas, D.L., & Thaw, J.M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment. *Behavior Modification*, 23, 556-577.

Body Checking Questionnaire – BCQ

Reas, Whisenhunt, Netemeyer e Williamson, 2002

Adattamento italiano a cura di Calugi, Dalle Grave, Ghisi e Sanavio, 2006

Segni il numero che meglio descrive quanto spesso, nell'ultimo periodo, ha messo in atto i seguenti comportamenti.

1	2	3	4	5
Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
1. Controllo per vedere se le mie cosce si distendono quando mi siedo					
2. Mi pizzico la pancia per misurare il grasso					
3. Ho dei vestiti particolari che provo per essere sicuro/a di essere ancora in forma					
4. Controllo il diametro del mio polso per essere sicuro/a che sia sempre della stessa dimensione					
5. Guardo il mio riflesso nei vetri delle finestre o dei finestrini delle macchine per controllare il mio aspetto					
6. Mi pizzico la parte alta delle braccia per misurarne il grasso					
7. Mi tocco il sottomento per essere sicuro/a di non averlo doppio					
8. Guardo gli altri per confrontare la mia taglia corporea con la loro					
9. Mi strofino (o tocco) le mie cosce mentre sono seduto/a per controllare il grasso					
10. Controllo il diametro delle mie gambe per assicurarmi che siano sempre della stessa misura					

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
11. Mi informo circa il peso e la taglia degli altri così da poterli confrontare con il mio peso e la mia taglia					
12. Controllo specchiandomi come appare il mio sedere					
13. Provo a sedermi e a stare in piedi in varie posizioni per vedere come apparirei in ognuna di esse					
14. Controllo se le mie cosce si toccano tra loro					
15. Cerco di provocare commenti da parte degli altri circa la mia grassezza					
16. Controllo per vedere se il mio grasso ballonzola					
17. Trattengo il fiato tenendo in dentro la pancia per vedere come sembrerei con il ventre completamente piatto					
18. Controllo che i miei anelli mi vadano bene come sempre					
19. Quando sono seduto/a controllo se ho la cellulite nelle cosce					
20. Mi stendo sul pavimento per controllare se riesco a sentire le ossa che toccano per terra					
21. Mi tiro addosso gli abiti il più aderente possibile per vedere come sembrerei					
22. Mi confronto con le modelle della Tv o delle riviste					
23. Mi pizzico le guance per misurare il grasso					

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

Il BCQ è un questionario che può essere somministrato in setting sia individuali che di gruppo. Il tempo necessario per la sua compilazione è di 5-10 minuti. Il punteggio totale del BCQ corrisponde alla somma di tutti gli item. Per calcolare la subscale Apparenza in generale, vengono sommati i seguenti item: 3, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22. Per calcolare la subscale Parti specifiche del corpo vengono sommati i seguenti item: 1, 2, 6, 9, 10, 14, 16, 19. Per calcolare la subscale Check idiosincratico vengono sommati i seguenti item: 4, 7, 18, 20, 23. I cut-off per le subscale non sono stati calcolati, sono aspetti specifici che fanno parte del comportamento di body checking; per come lo strumento è stato pensato le subscale non necessitano di cut-off.

L'analisi ROC sul punteggio totale del BCQ è stata effettuata per discriminare il campione di controllo dai soggetti con disturbo dell'alimentazione. Il miglior compromesso tra sensibilità e specificità è stato raggiunto con il punteggio di 55. L'area sotto la curva (AUC) è 0.731 (IC 95% 0.679-0.783) e indica che il valore di 55 al BCQ consente di predire accuratamente il 73% di soggetti con disturbo dell'alimentazione.

La sensibilità corrispondente al cut-off è di 0.80, mentre la specificità è di 0.67.

Modalità di scoring

Punteggio totale: somma dei 23 item

Apparenza in generale: somma degli item 3, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22

Parti specifiche del corpo: somma degli item 1, 2, 6, 9, 10, 14, 16, 19

Check idiosincratico: somma degli item 4, 7, 18, 20, 23

La versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire: attendibilità e struttura fattoriale

Gabriele Melli, Davide Coradeschi e Rosa Smurra

Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, Firenze

Introduzione

La maggior parte degli studi sull'ipocondria è recente e le definizioni proposte nel corso degli anni non hanno mai colto la complessità e la multidimensionalità di tale sindrome. Pilowsky, nel 1967, descrisse le tre dimensioni principali dell'ipocondria (preoccupazioni corporee, fobia delle malattie o convinzione della presenza di una malattia, insensibilità alle rassicurazioni), ma la prima definizione ufficiale si trova nel DSM-II (APA, 1968), che pone al centro del problema le preoccupazioni per il corpo e la paura di avere una malattia. Questa definizione è stata modificata nel DSM-III (APA, 1980), dando importanza, per la prima volta, all'irrealistica interpretazione di innocue sensazioni o segni fisici, ed è poi stata ampliata ulteriormente nel DSM-III-R (APA, 1987).

Nel DSM-IV (APA, 1994) e nel DSM-IV-TR (APA, 2000), che coincidono esattamente per quanto riguarda i criteri diagnostici, sono stati aggiunti un criterio riguardante la compromissione che le preoccupazioni ipocondriache generano sul funzionamento della persona e una dicitura che prevede che il disturbo possa essere caratterizzato dalla mancanza di insight.

Starcevic (2001) ha definito l'ipocondria come un'eccessiva e persistente preoccupazione per la salute, le malattie e il corpo, a cui si associano la paura e il sospetto di poter essere vittima di una seria patologia organica.

Stewart e Watt (2001) hanno definito la sindrome come espressione di quattro dimensioni fondamentali (paura delle malattie, credenza di essere malati, comportamenti di ricerca di rassicurazione e sicurezza, effetti devastanti dei sintomi sul funzionamento della persona).

Questa molteplicità di definizioni si riflette in una difficoltà nella costruzione degli strumenti di misurazione, tanto che nessuno di quelli disponibili

prevede una valutazione accurata e simultanea di tutti gli aspetti che caratterizzano l'ipocondria. I clinici, infatti, per effettuare un corretto assessment, tendono ad associare più questionari e colloqui clinici.

In lingua italiana, per la misurazione di tale costrutto, sono disponibili l'*Intervista Clinica Strutturata* per il DSM-III-R (SCID-I) di Spitzer, Williams, Gibbon e First (1992), e la scala di misurazione dell'ipocondria, composta da 32 item, contenuta nell'MMPI-II (Sirigatti e Pancheri, 1995). Riguardo a quest'ultima, alcuni autori (Edelman e Holdsworth, 1993) sostengono, però, che essa misuri la consapevolezza delle sensazioni fisiche, ovvero qualcosa di più sovrapponibile al costrutto di somatizzazione che non a quello di ipocondria in senso stretto. È disponibile inoltre un adattamento italiano dell'*Illness Behavior Questionnaire* (IBQ; Pilowsky, Spence, Cobb e Katsikitis, 1984; Pilowsky e Spence, 1983; 1994), edito dall'OS, validato su un campione clinico di 325 soggetti. L'*Illness Behavior Questionnaire* è stato sviluppato espandendo il *Whiteley Index* (Pilowsky, 1967) a ben 62 item, distribuiti su sette fattori. La struttura fattoriale, però, non è stata confermata e il questionario presenta una bassa validità concorrente.

In lingua inglese, inoltre, sono disponibili la *Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis*, sviluppata da Barsky e colleghi nel 1992, e vari questionari standardizzati, quali: il *Whiteley Index* (Pilowsky, 1967), la *Illness Attitude Scale* (Kellner, 1986; 1987) e l'*Health Anxiety Questionnaire* (Lucock e Morley, 1996).

Il primo a essere sviluppato e il più usato nelle ricerche internazionali è il *Whiteley Index*, di cui attualmente si utilizza solo il punteggio globale, in quanto i tre fattori che erano stati estratti originariamente non sono stati confermati dalle successive analisi statistiche.

La *Illness Attitude Scale* prevede 27 item suddivisi in 9 subscale ed è l'unico questionario che valuta tutti e 4 gli aspetti fondamentali dell'ipocondria proposti da Steward e Watt. Anche di questa scala, però, è preferibile utilizzare solo il punteggio globale in quanto la struttura multifattoriale non è stata confermata.

L'*Health Anxiety Questionnaire*, proposto da Lucock e Morley (1996), è stato sviluppato sulla base delle formulazioni cognitivo-comportamentali dell'ipocondria. Secondo tale scuola di pensiero, nella genesi del disturbo è centrale la tendenza a interpretare erroneamente le informazioni relative ai sintomi corporei, le variazioni corporee e le altre informazioni ritenute rilevanti per la salute (Warwick e Salkovskis, 1990). In pratica, i pazienti con tale disturbo tenderebbero a sovrastimare la probabilità che alcune sensazioni fisiche innocue siano indicative di gravi malattie (Marcus e Church, 2003). Il questionario è composto da 21 item valutati su una scala likert a quattro punti (da 0 = mai o raramente a 3 = per la maggior parte del tempo). Nello studio originale (Lucock e Morley, 1996), l'analisi dei cluster ha rivelato 4 raggruppamenti di item: preoccupazione per la salute,

paura della morte e delle malattie, comportamenti di ricerca di assicurazione e interferenza con la qualità di vita. Una successiva analisi fattoriale, però, non ha confermato totalmente tale struttura e gli stessi autori hanno suggerito di utilizzare soltanto il punteggio complessivo come misura dell'ansia per la salute in generale (Steward e Watt, 2001). La coerenza interna dell'intera scala è risultata eccellente ($\alpha = 0,92$) così come l'attendibilità test-retest, misurata sia con soggetti normali ($r = 0,87$) sia con pazienti ipocondriaci non trattati ($r = 0,95$). Il questionario discrimina in modo significativo tra il gruppo di controllo e il gruppo clinico; inoltre, l'Health Anxiety Questionnaire, nonostante la sua alta correlazione con le misure dell'ansia di tratto, è in grado di discriminare anche un gruppo di pazienti con diagnosi di ipocondria da un gruppo di pazienti con disturbi d'ansia. L'unica altra versione dell'Health Anxiety Questionnaire è quella tedesca le cui proprietà psicometriche sono soddisfacenti, ma l'analisi fattoriale suggerisce un solo fattore (Wolfradt e Härter, 2004).

Il nostro studio ha come scopo quello di presentare la versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire e di illustrarne le caratteristiche psicometriche confrontandole con la versione originale in lingua inglese.

Metodo

Costruzione della versione italiana

La procedura di costruzione della versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire (vedi in appendice) ha seguito i seguenti passi: 1) traduzione dall'inglese all'italiano effettuata indipendentemente da tre psicologi clinici (tra cui chi scrive) con buona conoscenza della lingua; 2) accordo su una versione comune; 3) costruzione di una back translation effettuata da un bilingue e sottoposta alla revisione di uno degli autori del test; 4) somministrazione pilota su 10 soggetti. Durante queste ultime due fasi sono state effettuate solo modifiche formali e non sostanziali che hanno dato origine alla versione finale presentata in appendice.

Procedura

I soggetti, tutti volontari tratti dalla popolazione normale, reclutati in luoghi pubblici di varie regioni d'Italia, sono stati motivati alla compilazione dell'Health Anxiety Questionnaire spiegando che il loro aiuto avrebbe favorito la messa a punto di questionari utili alla valutazione di alcuni problemi psicologici. La compilazione è avvenuta individualmente e in forma completamente anonima. La presentazione del test vero e proprio è stata fatta precedere da istruzioni generali di compilazione

e da una scheda di raccolta di dati socio-anagrafici. Un piccolo sottocampione di soggetti ha ripetuto la compilazione della batteria a distanza di 2 mesi.

Partecipanti

Il campione dello studio è composto da 252 soggetti, di cui 117 maschi e 135 femmine di età compresa tra i 18 e 76 anni ($M = 32,9$; $DS = 13,2$). Il 42% dei soggetti proviene dalla Toscana, il 13% dalla Sicilia, il 9,9% dalla Calabria, il 9,5% dalla Campania, il 4,8% dal Lazio; i rimanenti si distribuiscono equamente tra tutte le altre regioni italiane fatta eccezione per il Molise, le Marche e la Valle d'Aosta sprovviste di rappresentanza. Il 43,3% del campione è celibe/nubile, il 23,3% è sposato e il restante 33,4% ha deciso di non rivelare lo stato civile; riguardo la scolarizzazione il 53,6% possiede un diploma di scuola media superiore, il 28,2% ha una laurea, il restante 18,2% un diploma di scuola media inferiore. Il campione utilizzato per il retest è composto da 26 soggetti, per la maggior parte studenti dell'Università di Firenze.

Risultati

Attendibilità

La versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire presenta un'ottima coerenza interna (alfa di Cronbach = 0,91); le correlazioni tra i vari item e il totale oscillano tra 0,19 (item 19) a 0,73 (item 2). Ottima anche la stabilità temporale delle misurazioni a 2 mesi (test-retest; $r = 0,89$).

Struttura fattoriale

Per studiare la struttura fattoriale dell'Health Anxiety Questionnaire è stato utilizzato il metodo di estrazione delle componenti principali, con rotazione obliqua (oblimin) a causa della non ortogonalità attesa dei fattori; essi sono stati estratti secondo il criterio dell'autovalore maggiore di 1; la saturazione minima richiesta a ogni item per far parte di un fattore è stata di 0,35. La tabella 3.1 presenta la matrice delle saturazioni. Sono emersi quattro fattori che spiegano il 58,4% della varianza: il primo composto da 8 item (var. % = 38) presenta come capostipite l'item 15 («Si preoccupa di poter morire presto?») e può essere descritto come paura della morte e delle malattie; il secondo fattore (var. % = 9,6), composto da 4 item di cui il numero 19 con la maggiore saturazione («I suoi sintomi fisici le hanno impedito di lavorare durante gli ultimi sei mesi?»), è

stato definito come interferenza con le attività quotidiane; il terzo fattore (var. % = 5,7), che si articola su 5 item di cui il numero 8 con maggiore saturazione («Si preoccupa quando avverte qualche sensazione spiacevole nel suo corpo?»), è stato etichettato come preoccupazione per lo stato di salute; infine, il quarto fattore (var. % = 5,1) include 4 item, capostipite il numero 13 («Tende a documentarsi su malattie o disturbi per valutare se può esserne affetto?»), ed è stato definito come ricerca di assicurazioni.

TABELLA 3.1

Saturazione degli item nei quattro fattori estratti (saturazioni inferiori a 0,10 non sono state riportate; in grassetto saturazioni maggiori di 0,35)

N. item	Componenti			
	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4
15	0,84			
16	0,77	-0,11	-0,19	
17	0,74			
14	0,65	0,22	0,12	-0,12
18	0,64			-0,16
2	0,56	-0,12	-0,39	-0,11
10	0,49	0,20		-0,41
6	0,36		-0,35	-0,33
19		0,82	0,15	
20		0,75	-0,23	
21		0,63	-0,22	-0,24
9	0,17	0,44		-0,31
8			-0,68	-0,16
4	0,25	0,23	-0,65	0,34
7	-0,10	0,29	-0,60	-0,16
1			-0,51	-0,34
3	0,48	-0,19	-0,49	
13	-0,10		-0,13	-0,80
11	0,39			-0,49
5	0,17		-0,18	-0,42
12	0,28	0,20		-0,37

La tabella 3.2 mostra la coerenza interna dei vari fattori emersi e le inter-correlazioni. Tutti i fattori presentano correlazioni significative con il punteggio totale e tra di loro; la coerenza interna dei fattori oscilla tra 0,89 (fattore 1) e 0,68 (fattore 4).

TABELLA 3.2
Consistenza interna e coefficienti di correlazione tra i fattori (coefficiente alfa di Cronbach sulla diagonale; * $p < 0,0001$)

	HAQ tot	F1	F2	F3	F4
HAQ tot	0,91				
F1	0,92*	0,89			
F2	0,57*	0,37*	0,72		
F3	0,86*	0,70*	0,67*	0,77	
F4	0,82*	0,67*	0,46*	0,62*	0,68

Norme

Conducendo un'ANOVA a una via sui punteggi dell'Health Anxiety Questionnaire con il sesso come fattore è emerso un effetto significativo di quest'ultimo sui valori del test ($F_{1,251} = 13,62$; $p < 0,0001$). La tabella 3.3 presenta medie, deviazioni standard e cut-off statistici dei punteggi dell'Health Anxiety Questionnaire e dei quattro fattori, suddivisi per sesso. Trattandosi di cut-off statistici, calcolati utilizzando il criterio delle due deviazioni standard sopra la media, essi sono puramente indicativi e si suggerisce cautela nel loro utilizzo.

TABELLA 3.3
Medie e deviazioni standard dei punteggi all'Health Anxiety Questionnaire (HAQ)

PUNTEGGI	Maschi			Femmine		
	M	DS	Cut-off	M	DS	Cut-off
Totale	31,6	7,9	47,4	36	10,6	57,2
Paura morte e malattie	11,3	3,5	18,3	13,7	5,3	24,3
Interferenza quotidiana	5	1,5	8	5	1,5	8
Preoccupazione salute	9,1	2,7	14,5	10,1	3,1	16,3
Ricerca assicurazioni	6,2	2	8,2	7,1	2,4	11,9

Discussione

L'Health Anxiety Questionnaire (Lucock e Morley, 1996) è oggi uno dei questionari maggiormente utilizzati per la valutazione delle manifestazioni ipocondriache. Il test coniuga in maniera ottimale proprietà psicometriche eccellenti con la capacità di valutare le principali dimensioni dell'ipocondria secondo la concettualizzazione cognitivo-comportamentale e secondo i criteri del DSM-IV (APA, 2000). La versione italiana proposta in questo lavoro presenta caratteristiche sovrapponibili dal punto di vista statistico con la versione originale.

La coerenza interna risulta buona ($\alpha = 0,91$) come nella versione inglese (0,92); altrettanto adeguata la stabilità della misurazione, che nel campione italiano ($r = 0,89$) si è rivelata maggiore rispetto a quella del campione inglese ($r = 0,87$).

Riguardo alla struttura fattoriale, la nostra prima analisi esplorativa ha ottenuto risultati molto simili a quelli dello studio originale di Lucock e Morley (1996). Come in quest'ultimo lavoro sono emersi infatti 4 fattori ascrivibili alle altrettante principali manifestazioni dell'ipocondria: paura della morte e delle malattie, interferenza con le attività quotidiane, preoccupazione per lo stato di salute e ricerca di rassicurazioni; la composizione dei fattori è risultata sovrapponibile per l'81% degli item (17 su 21). Similmente allo studio originale, le elevate correlazioni tra i fattori, e la moderata coerenza interna di alcuni di questi, suggeriscono l'impiego del punteggio globale dell'Health Anxiety Questionnaire e una certa cautela nel considerare i punteggi alle subscale.

La presentazione dei preliminari riferimenti normativi derivati da un campione abbastanza ampio e variegato permette inoltre al clinico di ottenere informazioni piuttosto attendibili sulle aree critiche meritevoli di un successivo approfondimento.

Per quanto complesso risulti reperire altri questionari in lingua italiana con buone caratteristiche psicometriche utilizzabili per esaminare la validità convergente e divergente dell'Health Anxiety Questionnaire, riteniamo che un tale sforzo sia necessario per completare il lavoro di adattamento del test. Altresì necessario consideriamo replicare i risultati del presente studio su un adeguato campione clinico, soprattutto nell'ottica di valutare la capacità dell'Health Anxiety Questionnaire di discriminare soggetti affetti da ipocondria da pazienti con disturbi d'ansia o dell'umore.

In conclusione, nonostante i limiti evidenziati, il presente studio mostra come la versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire, assimilabile all'originale inglese in quanto ad attendibilità della misurazione e struttura fattoriale, costituisca un utile strumento utilizzabile, seppur con la dovuta cautela nell'interpretazione dei risultati, per finalità cliniche e di ricerca.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (2th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3th edn revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it.: *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2001.
- Barsky, A.J., Wyshak, G., & Klerman, G.L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Barsky, A.J., Cleary, P.D., Wyshak, G., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Klerman, G.L. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis: a proposed criterion standard. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 20-27.
- Edelman, R.J., & Holdsworth, S. (1993). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Hypochondriasis Scale: its relation to bodily awareness and irrational beliefs. *Personality and Individual Differences*, 14, 369-370.
- Kellner, R., Abbott, P., Pathak, D., Winslow, W.W., & Umbland, B.E. (1983-84). Hypochondriacal beliefs and attitudes in family practice and psychiatric patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 127-139.
- Kellner, R. (1986). *Somatisation and hypocondriasis*. New York: Praeger-Greenwood.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatisation. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2718-2722.
- Lucock, M.P., & Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 137-150.
- Marcus, D.K., & Church, S.E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 543-547.
- Melli, G., Coradeschi, D., & Smurra, R. (2007). La versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire: attendibilità e struttura fattoriale. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 13 (1), 37-48.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
- Pilowsky, I., & Spence, N.D. (1983). *Manual for the Illness Behavior Questionnaire* (2nd edn.). Unpublished manual. Department of Psychiatry, University of Adelaide, South Australia.
- Pilowsky, I., & Spence, N.D. (1994). *Manual for the Illness Behavior Questionnaire* (3rd edn.). Unpublished manual. Department of Psychiatry, University of Adelaide, South Australia.

- Pilowsky, I., Spence, N.D., Cobb, J., & Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, 6, 123-130.
- Sirigatti, S., & Pancheri, P. (1995). L'adattamento italiano del MMPI-2. In S.R. Hathaway e J.C. McKinley (Eds.), *MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (pp. 85-104). Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Starcevic, V. (2001). Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. In V. Starcevic e D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 21-45). Oxford: Oxford University Press.
- Stewart, S.H., & Watt, M.C. (2001). Assessment of health anxiety. In G.J.G. Asmundson, S. Taylor e B.J. Cox (Eds.), *Health anxiety. Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions* (pp. 95-126). New York: Wiley.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Wolfradt, U., & Harter, M. (1994). Untersuchungen mit einer deutschsprachigen Version des Health Anxiety Questionnaire (HAQ) an verschiedenen Stichproben. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 15-30.

Health Anxiety Questionnaire – HAQ

Lucock e Morley, 1996

Versione originale

- | | |
|--|--|
| 1. Do you ever worry about health? | 12. When you experience unpleasant feelings in your body, do you tend to ask friends or family about them? |
| 2. Are you ever worried that you may get a serious illness in the future? | 13. Do you tend to read up about illness and diseases to see if you may be suffering from one? |
| 3. Does the thought of a serious illness ever scare you? | 14. Do you ever feel afraid of news that reminds you of death (such as funerals, obituary notices)? |
| 4. When you notice an unpleasant feeling in your body, do you tend to find it difficult to think of anything else? | 15. Do you ever feel afraid that you may die soon? |
| 5. Do you ever examine your body to find whether there is something wrong? | 16. Do you ever feel afraid that you may have cancer? |
| 6. If you have an ache or pain do you worry that it may be caused by a serious illness? | 17. Do you ever feel afraid you might have heart disease? |
| 7. Do you ever find it difficult to keep worries about your health out of your mind? | 18. Do you ever feel afraid that you may have any other serious illness? Which illness? |
| 8. When you notice an unpleasant feeling in your body, do you ever worry about it? | 19. Have your bodily symptoms stopped you from working during the past 6 months or so? |
| 9. When you wake up in the morning do you find you very soon begin to worry about your health? | 20. Do your bodily symptoms stop you from concentrating on what you are doing? |
| 10. When you hear of a serious illness or the death of someone you know, does it ever make you more concerned about your own health? | 21. Do your bodily symptoms stop you from enjoying yourself? |
| 11. When you read or hear about an illness on TV or radio, does it ever make you think you may be suffering from that illness? | |

Health Anxiety Questionnaire – HAQ

Lucock e Morley, 1996

Adattamento italiano a cura di Melli, Coradeschi e Smurra, 2007

Questo questionario indaga gli atteggiamenti delle persone nei confronti della propria salute. Alcune domande hanno a che fare con sensazioni e sintomi fisici che possono riguardare dolori e malesseri, malattie, vertigini, difficoltà di respirazione, stanchezza, ecc.

Legga ogni domanda e segni la risposta che più le si addice, cercando di rispondere comunque, facendo riferimento a ciò che le accade abitualmente.

1 = Mai o raramente

2 = Qualche volta

3 = Spesso

4 = Quasi sempre

	Mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Si preoccupa per la sua salute?	1	2	3	4
2. Si preoccupa che in futuro potrebbe contrarre una grave malattia?	1	2	3	4
3. Si spaventa al pensiero di avere una grave malattia?	1	2	3	4
4. Le è difficile pensare a qualcos'altro quando avverte una sensazione spiacevole nel suo corpo?	1	2	3	4
5. Esamina il suo corpo per vedere se c'è qualcosa che non va?	1	2	3	4
6. Se avverte un dolore o un malessere si preoccupa che potrebbe essere dovuto ad una grave malattia?	1	2	3	4
7. Trova difficile liberare la mente dalle preoccupazioni che riguardano la sua salute?	1	2	3	4
8. Si preoccupa quando avverte qualche sensazione spiacevole nel suo corpo?	1	2	3	4
9. La mattina, quando si sveglia, inizia subito a preoccuparsi per la sua salute?	1	2	3	4

	Mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
10. Inizia a preoccuparsi per la sua salute, quando sente parlare di una malattia o della morte di qualcuno che conosce?	1	2	3	4
11. Quando legge o sente parlare di una malattia alla TV o alla radio, le capita di pensare che potrebbe esserne affetta/o?	1	2	3	4
12. Quando avverte qualche spiacevole sensazione nel suo corpo, tende a chiedere rassicurazioni ad amici o familiari?	1	2	3	4
13. Tende a documentarsi su malattie o disturbi per valutare se può esserne affetto?	1	2	3	4
14. Ha paura delle notizie che le ricordano la morte (come funerali o necrologi)?	1	2	3	4
15. Si preoccupa di poter morire presto?	1	2	3	4
16. Ha paura di avere un cancro?	1	2	3	4
17. Ha paura di avere qualche problema cardiaco?	1	2	3	4
18. Ha paura di poter aver un'altra grave malattia?	1	2	3	4
19. I suoi sintomi fisici le hanno impedito di lavorare durante gli ultimi sei mesi?	1	2	3	4
20. I suoi sintomi fisici le hanno impedito di concentrarsi su quello che stava facendo?	1	2	3	4
21. I suoi sintomi fisici le hanno impedito di vivere serenamente?	1	2	3	4

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

I punteggi che si ottengono dalla compilazione dell'Health Anxiety Questionnaire (HAQ) sono cinque: quattro per le subscale e un punteggio totale.

Gli item che compongono ciascuna subscale (e che vanno perciò sommati tra loro per calcolarne il punteggio) sono i seguenti:

Fattore 1 – paura della morte e delle malattie: item 15-16-17-14-18-2-10-6

Fattore 2 – interferenza con le attività quotidiane: item 19-20-21-9

Fattore 3 – preoccupazione per lo stato di salute: item 8-4-7-1-3

Fattore 4 – ricerca di rassicurazioni: item 13-11-5-12

Medie e deviazioni standard dei punteggi all'Health Anxiety Questionnaire (HAQ)

Punteggi	Maschi			Femmine		
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Cut-off</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Cut-off</i>
Totale	31,6	7,9	47,4	36	10,6	57,2
Paura morte e malattie	11,3	3,5	18,3	13,7	5,3	24,3
Interferenza quotidiana	5	1,5	8	5	1,5	8
Preoccupazione salute	9,1	2,7	14,5	10,1	3,1	16,3
Ricerca rassicurazioni	6,2	2	8,2	7,1	2,4	11,9

Il Perceived Criticism Inventory (PCI): un nuovo strumento di valutazione del criticismo genitoriale

Marina Apparigliato^a, Giovanni Maria Ruggiero^b e Sandra Sassaroli^a

^a «Studi Cognitivi», Scuola di psicoterapia e Centro ricerca, Milano

^b «Psicoterapia Cognitiva e Ricerca», Scuola di psicoterapia e Centro ricerca, Milano

Introduzione

Il *criticismo genitoriale* è un costrutto legato a diverse problematiche psicopatologiche. Le Grange (1999) ha dimostrato che aumenta il rischio di dropout e di ricadute nelle ragazze che soffrono di anoressia nervosa, mentre Frost, Heimberg, Holt, Mattia e Neubauer (1993) hanno riscontrato che i figli di genitori criticisti tendono al perfezionismo e il perfezionismo è stato messo in relazione a molti disturbi psicologici (Pacht, 1984).

La maggior parte degli studi sul criticismo fanno riferimento al costrutto dell'*emotività espressa*, che valuta l'atteggiamento messo in atto dai familiari nei confronti di un determinato paziente ed è indagata attraverso la valutazione di tre variabili che la definiscono: il *criticismo*, misurato come frequenza di commenti critici, l'*ostilità*, una misura che riflette una più globale e generalizzata valutazione negativa del paziente, e l'*ipercoinvolgimento emotivo*, ossia un esagerato coinvolgimento emotivo o comportamenti iperprotettivi nei riguardi del paziente.

I primi studi sull'emotività espressa hanno riguardato pazienti schizofrenici e depressi (Brown, Monck, Carstairs e Wing, 1962; Brown, Birley e Wing, 1972; Vaughn e Leff, 1976). In un lavoro di meta-analisi, Butzlaff e Hooley (1998) hanno dimostrato che tale costrutto è correlato alle ricadute di pazienti schizofrenici e depressi in modo sostanziale e statisticamente significativo. Risultati simili sono emersi per i disturbi alimentari.

Un limitato numero di studi si è invece occupato delle relazioni tra emotività espressa e disturbi ansiosi (Tarrier, Sommerfield e Pilgrim, 1999; Chambless e Steketee,

1999). Steketee (1993) ha dimostrato che la presenza di rabbia e criticismo all'interno delle dinamiche familiari predice, in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, risultati peggiori a un follow-up di 9 mesi dopo un trattamento comportamentale.

Hooley, Phil e Hoffman (1999) hanno valutato l'emotività espressa nei familiari di un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità. Contrariamente alle previsioni, non hanno riscontrato correlazioni significative tra il criticismo e l'andamento sintomatologico delle pazienti a seguito delle dimissioni. Questi risultati sarebbero indicativi di una differenza tra i pazienti con diagnosi di disturbo borderline e i soggetti schizofrenici o con disturbi dell'umore per quanto concerne la correlazione tra criticismo familiare e tendenza alle ricadute. Tuttavia, poiché non sono state compiute ulteriori ricerche relativamente a tale argomento, tali dati andrebbero considerati con cautela.

Un'ampia letteratura correla il criticismo genitoriale a una serie di problematiche psicologiche anche in età evolutiva. Alti livelli di emotività espressa sono stati associati a esiti di trattamento peggiori e a un numero maggiore di ricadute nei bambini depressi (Asarnow, Goldstein, Tompson e Guthrie, 1993) oltre che a diversi disturbi tipici dell'età evolutiva (Asarnow, Tompson, Hamilton, Goldstein e Guthrie, 1994; Hibbs et al., 1991; Schwartz, Dorer, Beardslee, Lavori e Keller, 1990; Stubbe, Zahner, Goldstein e Leckman 1993; Wamboldt e Wamboldt, 2000). Esiste una controversia in merito a quanto alti livelli di emotività espressa siano determinati dalle caratteristiche del genitore oppure da quelle del bambino. Probabilmente si tratta di effetti interattivi tra la psicopatologia dei genitori e quella del figlio (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone e Rosebaum, 1997). Uno studio di Schreiber, Breier e Pickar (1995) suggerisce che l'ipercoinvolgimento emotivo possa correlare con le caratteristiche del paziente, mentre il criticismo sarebbe legato alle caratteristiche del genitore.

Nonostante i dati sperimentali siano concordi nell'affermare che il criticismo genitoriale gioca un ruolo importante nello sviluppo di una serie di problemi psicologici, pochi lavori si sono occupati di analizzare in dettaglio questo fenomeno e sono rari gli strumenti di misura in grado di valutare tale costrutto. In un precedente lavoro (Apparigliato, Ruggiero e Sassaroli, 2004), ne abbiamo compiuto una rassegna della letteratura e un'analisi cognitiva dettagliata. Abbiamo definito il criticismo genitoriale come un ricorso pervasivo e ripetitivo al rimprovero, mentre abbiamo definito il criticista come un soggetto che persegue lo scopo di modificare e/o controllare il comportamento, gli atteggiamenti e le convinzioni altrui mediante l'esercizio di rimproveri, in base alla credenza di conoscere ciò che è bene o male per gli altri. Il criticista non prende in considerazione gli scopi e le preferenze della persona su cui esercita il rimprovero o, se lo fa, non prescinde dal proprio punto di vista e li considera sbagliati.

Abbiamo ipotizzato che il soggetto che subisce il criticismo possa sviluppare credenze psicopatogene quali convinzione di incapacità personale, bassa autostima, tendenza ad attribuirsi cattive intenzioni, credenze di colpa e disorientamento personale con tendenza a costruire l'identità e la stima di sé sulla base di regole o sulla opinione degli altri.

Se consideriamo l'emotività espressa, almeno in parte, una misura del criticismo, essa viene generalmente misurata attraverso la *Camberwell Family Interview* (CFI) (Vaughn e Leff, 1976), un'intervista semistrutturata effettuata con i parenti di un determinato soggetto. L'intervista viene registrata e successivamente codificata rispetto agli atteggiamenti espressi nei confronti del paziente. La misura del criticismo è ottenuta dal semplice conteggio numerico della frequenza dei commenti critici espressi. Una misura alternativa dell'emotività espressa è il *Five-Minute Speech Sample* (Magana et al., 1986) in cui ai genitori viene chiesto di descrivere il proprio figlio e il loro rapporto con lui. Le risposte vengono poi codificate secondo le tre dimensioni del costrutto, tra cui quella del criticismo.

Hooley e Teasdale (1989) hanno sostenuto che la valutazione oggettiva del criticismo effettivamente espresso dai familiari di un paziente può essere meno importante della misura del criticismo così come percepito dal soggetto che lo subisce, in quanto quest'ultima è probabilmente la causa più diretta degli effetti che esso produce. Sebbene le misure del criticismo percepito non sempre correlino con quelle del criticismo espresso e misurato mediante la *Camberwell Family Interview*, in diversi studi si sono dimostrate un valido predittore dell'esito atteso (Hooley e Teasdale, 1989; Lebell et al., 1993; Tompson et al., 1995; Chambless e Steketee, 1999).

Proprio per queste ragioni Hooley e Teasdale (1989) hanno messo a punto uno strumento di misurazione del criticismo percepito, il *Perceived Criticism Measure* (PCM). Il paziente valuta ciascun parente adulto con cui vive su una scala che varia da 1 (per niente critico) a 10 (molto critico).

Questo strumento, tuttavia, non permette di valutare le diverse dimensioni del criticismo, ma solo una globale valutazione del paziente rispetto alle critiche subite da un determinato parente.

Alcuni questionari self-report contengono delle subscale atte a valutare il criticismo percepito. L'*Influential Relationships Questionnaire* (IRQ) (Baker, Helmes e Kazarian, 1984; Baker, Kazarian, Helmes, Ruckman e Tower, 1987) è uno strumento di 37 item costituito dalle subscale Cura e Protezione del *Parental Bonding Instrument* (PBI) (Parker, Tupling e Brown 1979; Cubis, Lewin e Dawes, 1989) con aggiunta una subscale di 12 item relativa al criticismo. Gli item di tale subscale hanno lo stesso formato di quelli del *Parental Bonding Instrument*.

La *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990) è un questionario di 35 item che misura sei differenti dimensioni del perfezionismo tra cui il criticismo e le aspettative genitoriali.

Presentazione del Perceived Criticism Inventory

Dopo alcuni tentativi di costruire un questionario autosomministrato unidimensionale che fornisse un unico punteggio relativo al criticismo genitoriale percepito, fu chiaro che tale fenomeno risultava essere troppo complesso per ricondurlo a una unica scala.

Abbiamo costruito il *Perceived Criticism Inventory* sviluppando quattro diverse scale in modo da indagare vari aspetti distinti del criticismo: la quantità di criticismo subito, il contenuto e la forma dei rimproveri, e il grado di accordo/disaccordo con il criticismo.

La scala di accordo/disaccordo fu aggiunta in seguito ai problemi emersi durante una indagine preliminare esplorativa nel corso della quale somministrammo gli item della prima versione del questionario, sotto forma di intervista semi-strutturata, a un campione di ragazzi di cui erano note le dinamiche familiari criticiste e rimproveranti. Quello che emerse fu che i soggetti più criticati sembravano essere i meno consapevoli del criticismo subito da parte dei propri genitori e dei suoi effetti negativi, e ottenevano al questionario punteggi più bassi. Abbiamo ipotizzato che valutare separatamente la quantità del criticismo subito dal grado di accordo che il soggetto manifesta nei confronti di questo atteggiamento possa permettere di superare l'ostacolo rappresentato dal fatto che i soggetti più criticati sono quelli che più faticano a prendere le distanze da questo fenomeno.

Il grado di correlazione tra il punteggio alla scala relativa alla quantità di criticismo subito e quello relativo al grado di accordo con il criticismo può inoltre fornirci dei dati in merito a tale fenomeno.

Le scale del Perceived Criticism Inventory

Le quattro scale che vanno a comporre il Perceived Criticism Inventory sono costituite da un numero diverso di item e forniscono punteggi differenti e non sommabili tra loro, in quanto misurano aspetti qualitativamente diversi del criticismo percepito. Non esiste quindi un punteggio globale ottenuto dalla somma dei punteggi delle quattro scale. A ogni item di ciascuna scala il soggetto deve rispondere apponendo un segno su una scala a cinque punti che va da «sempre» a «mai». A ciascuna risposta «sempre» viene assegnato un punteggio pari a 5, alla

risposta «spesso» il punteggio 4, alla risposta «qualche volta» un punteggio pari a 3, alla risposta «raramente» il punteggio 2 e alla risposta «mai» il punteggio 1.

Quantità di criticismo subito (PCI-Q)

La prima scala (PCI-Q), costituita da 11 item, è volta a misurare la *quantità di criticismo subito*. Alcuni esempi di item sono: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano)» o «I miei genitori esprimono (o esprimevano) giudizi negativi sul mio comportamento» (tabella 4.1).

TABELLA 4.1
Scala: Quantità di criticismo subito (PCI-Q)

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano)					
2. I miei genitori mi dicono (o mi dicevano) come devo comportarmi					
3. I miei genitori decidono (o decidevano) al posto mio cosa è giusto e cosa no					
4. I miei genitori esprimono (o esprimevano) giudizi negativi sul mio comportamento					
5. I miei genitori dicono (o dicevano) di essere delusi dai risultati che ottengo					
6. I miei genitori stabiliscono (o stabilivano) per me rigide regole di comportamento					
7. I miei genitori se la prendono (o se la prendevano) se non mi comporto come vogliono loro					
8. I miei genitori cercano (o cercavano) di cambiare i miei comportamenti che non approvano					
9. I miei genitori non mancano (o non mancavano) di sottolineare ciò che non approvano in me					
10. I miei genitori esprimono (o esprimevano) giudizi negativi sulle mie scelte					
11. I miei genitori vogliono (o volevano) decidere al posto mio					

Contenuto dei rimproveri (PCI-C)

La seconda scala (PCI-C), inizialmente di 20 item, è stata costruita al fine di valutare il *contenuto dei rimproveri ricevuti* (tabella 4.2). Abbiamo suddiviso gli item di tale scala in tre subscale teoriche:

1. la prima contiene item che fanno riferimento a rimproveri relativi a *incapacità personale*, ad esempio: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che sono incapace»;
2. la seconda fa riferimento a un contenuto di *scarso impegno*, ad esempio: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che potrei fare di più»;
3. la terza è costituita da item che riguardano rimproveri per *cattiveria*, ad esempio: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che non ho rispetto per gli altri».

TABELLA 4.2
Scala: Contenuto dei rimproveri (PCI-C)

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che:</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. sono maldestro					
2. sono cattivo					
3. non mi impegno abbastanza					
4. sono un irresponsabile					
5. spreco le mie capacità					
6. non conosco l'educazione					
7. faccio degli errori					
8. con le capacità che ho potrei fare di più					
9. non ho rispetto per gli altri					
10. sono inadeguato					
11. non penso alle conseguenze delle mie azioni					
12. se volessi otterrei risultati migliori					
13. faccio sempre tutto di testa mia					
14. non so comportarmi bene					
15. sono incapace					
16. potrei fare di più					

17. non sono all'altezza delle situazioni					
18. non ho rispetto per le cose					
19. non mi impegno quanto dovrei					
20. combino pasticci					

Forma dei rimproveri (PCI-F)

La terza scala (PCI-F), costituita inizialmente da 17 item, misura la *forma dei rimproveri* subiti (tabella 4.3). È suddivisa in tre subscale teoriche:

1. la prima raccoglie item accomunati dalla forma di rimprovero della *violenza psicologica*, ad esempio: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) umiliandomi davanti agli altri», o «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) non rivolgendomi più la parola»;
2. la seconda subscale è costituita da item che riguardano rimproveri che utilizzano una modalità caratterizzata da *violenza fisica*, ad esempio: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) picchiandomi»;
3. la terza subscale riguarda una modalità di rimprovero caratterizzata dall'*assenza di violenza*, ad esempio: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) spiegandomi perché, secondo loro, sbaglio».

TABELLA 4.3
Scala: Forma dei rimproveri (PCI-F)

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) :</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. spiegandomi perché, secondo loro, sbaglio					
2. usando modi violenti					
3. anche solo con gesti e/o cenni di disapprovazione					
4. urlando					
5. umiliandomi davanti agli altri					
6. dando dei giudizi negativi sul mio comportamento					
7. non considerandomi più					
8. mettendomi a confronto con altri che fanno meglio di me					
9. cercando di spiegarmi i miei errori					

10. alzando la voce					
11. insultandomi					
12. mettendomi le mani addosso					
13. dandomi delle punizioni					
14. picchiandomi					
15. dimostrando la loro delusione					
16. non rivolgendomi più la parola					
17. senza darmi spiegazioni					

Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero (PCI-A/Dg)

La quarta scala, inizialmente di 12 item, è volta a misurare il *grado di accordo/disaccordo del soggetto criticato con il rimprovero* in generale. Ne sono esempi gli item: «I genitori devono punire i propri figli quando sbagliano», o «Un buon genitore rimprovera il proprio figlio» (tabella 4.4).

TABELLA 4.4

Scala: Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero (PCI-A/Dg)

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. Penso che i genitori facciano bene a rimproverare i propri figli					
2. Un buon genitore stabilisce rigide regole di comportamento					
3. I genitori devono punire i propri figli quando sbagliano					
4. Un buon genitore è un genitore severo					
5. Penso che i genitori facciano bene a decidere per i figli senza chiedere il loro parere					
6. Un buon genitore fa rispettare le regole senza eccezioni					
7. Sono d'accordo che i genitori stabiliscano in modo rigido quello che i figli devono o non devono fare					
8. Un buon genitore rimprovera il proprio figlio					

9. Un buon genitore sceglie al posto del proprio figlio					
10. Penso che sia giusto che i genitori siano severi nel giudicare il comportamento dei propri figli					
11. Sono d'accordo che i genitori dicano ai propri figli che sbagliano					
12. Un buon genitore fa notare al proprio figlio gli errori che compie					

Metodo

Allo scopo di valutare le proprietà psicometriche delle diverse scale che costituiscono lo strumento, ne abbiamo valutato la consistenza interna, l'affidabilità test-retest, abbiamo calcolato la validità concorrente utilizzando altre misure di criticismo percepito e la struttura fattoriale.

Abbiamo inoltre formulato diverse ipotesi. In primo luogo ci aspettiamo una buona consistenza interna ($\alpha > 0,6$) e una buona affidabilità test re-test ($r > 0,8$). In secondo luogo ci aspettiamo che l'analisi fattoriale confermi i fattori teorici che abbiamo ipotizzato per le scale relative al contenuto e alla forma dei rimproveri. Ci aspettiamo inoltre che le diverse subscale correlino con le due subscale della Multidimensional Perfectionism Scale di Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990) Criticismo genitoriale e Aspettative genitoriali che abbiamo utilizzato per calcolare la validità concorrente. La nostra quarta ipotesi riguarda infine le relazioni esistenti tra le subscale del Perceived Criticism Inventory: sulla base dell'osservazione clinica per cui una persona più è stata rimproverata meno si dimostra critica nei confronti di questo fenomeno, ci aspettiamo di trovare una correlazione positiva tra la scala Quantità di criticismo subito e la scala Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero.

Partecipanti e procedura

I soggetti che hanno partecipato allo studio sono 204 studenti di scuola secondaria di secondo grado di cui 161 femmine e 43 maschi, l'età media è di 17,3 anni ($DS = 1,2$). La scuola frequentata dagli studenti è un liceo scientifico milanese e le famiglie di provenienza appartengono a condizioni socio-economiche medie. I questionari sono stati somministrati a scuola durante le ore di lezione dopo avere ottenuto l'autorizzazione da parte del preside a cui era stata spiegata la finalità della ricerca. Agli studenti è stato detto che avrebbero partecipato a uno

studio riguardante il loro rapporto con i genitori. Sono stati loro consegnati il Perceived Criticism Inventory, nelle sue quattro scale, e le due subscale della Multidimensional Perfectionism Scale relative alle critiche genitoriali e alle aspettative genitoriali. Abbiamo chiesto loro di rispondere a tutte le domande nel modo più sincero possibile, facendo presente che non esistono risposte giuste o sbagliate, ma che è importante ciò che loro pensano o sentono. Successivamente, a un altro gruppo di 20 soggetti, reclutati presso una scuola di specializzazione in psicoterapia, abbiamo somministrato il Perceived Criticism Inventory per due volte, a un intervallo di tempo di cinque settimane, per poter calcolare l'affidabilità test-retest.

Il Perceived Criticism Inventory, come si è detto, consta di 4 diverse scale che misurano aspetti diversi del criticismo così come percepito dal soggetto che lo subisce: PCI-Q misura la quantità di criticismo subito; PCI-C misura il contenuto dei rimproveri; PCI-F misura la forma dei rimproveri; PCI-A/Dg misura il grado di accordo/disaccordo del soggetto criticato con il rimprovero in generale. I soggetti valutano ciascun item su una scala a cinque punti da «sempre» a «mai».

Sono pure state presentate le subscale Criticismo genitoriale e Aspettative genitoriali della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990), questionario di 35 item volto a misurare sei differenti dimensioni del perfezionismo tra cui il criticismo e le aspettative genitoriali. Si tratta di un questionario ampiamente utilizzato in letteratura, tradotto in diverse lingue, di solide proprietà psicometriche. Ha dimostrato di possedere ottime qualità di consistenza interna (valori di alfa compresi tra 0,77 e 0,93) e una buona validità concorrente, essendo significative le correlazioni tra l'MPS e altre misure di perfezionismo.

Risultati

Analisi fattoriale

Abbiamo compiuto l'analisi fattoriale sulla scala Contenuto dei rimproveri (PCI-C) e sulla scala Forma dei rimproveri (PCI-F) per verificare la presenza dei fattori teorici da noi ipotizzati, e sulla scala Quantità di criticismo subito (PCI-Q) e sulla scala Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero (PCI A/Dg) per verificarne la struttura monofattoriale.

QUANTITÀ DI CRITICISMO SUBITO PCI-Q

Per quel che riguarda la prima scala, ne abbiamo verificato la struttura monofattoriale, ottenendo una matrice delle componenti principali non ruotata,

richiedendo un unico fattore. Il fattore ottenuto spiega il 41,34% della varianza. Tutti gli 11 item saturano il singolo fattore estratto (tabella 4.5).

TABELLA 4.5
Matrice delle componenti (Quantità di criticismo subito, PCI-Q)*

Componenti	1
PCI-Q 1	0,579
PCI-Q 2	0,586
PCI-Q 3	0,679
PCI-Q 4	0,752
PCI-Q 5	0,511
PCI-Q 6	0,631
PCI-Q 7	0,645
PCI-Q 8	0,732
PCI-Q 9	0,620
PCI-Q 10	0,591
PCI-Q 11	0,706

* Metodo di estrazione: analisi componenti principali.

CONTENUTO DEI RIMPROVERI PCI-C

Per quel che riguarda la seconda scala, abbiamo provato a estrarre tre fattori, corrispondenti alle subscale teoriche da noi costruite: Scarso impegno, Incapacità e Cattiveria. Abbiamo proceduto con il metodo dell'estrazione delle componenti principali e rotazione varimax. I tre fattori così individuati spiegano il 49,15% della varianza: 22,96 % il primo fattore, 13,76% il secondo e 12,43% il terzo.

L'analisi fattoriale (tabella 4.6) ha confermato la nostra suddivisione teorica:

- fattore 1 Scarso impegno: item 3, 5, 8, 12, 16, 19;
- fattore 2 Cattiveria: item 2, 4, 6, 9, 14, 18;
- fattore 3 Incapacità: item 1, 7, 10, 15, 17, 20.

Un caso particolare è costituito dagli item 11 e 13 il cui contenuto è: «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che non penso alle conseguenze delle mie azioni» (item 11); «I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che faccio sempre tutto di testa mia» (item 13). Tali item infatti non saturano alcuno dei tre fattori. L'item 11 presenta valori di saturazione pari a 0,331 per il fattore 1, 0,340 per il fattore 2 e 0,374 per il fattore 3.

TABELLA 4.6

Matrice delle componenti ruotata (Contenuto dei rimproveri, PCI-C)*

Componenti	Scarso impegno (fattore 1)	Cattiveria (fattore 2)	Incapacità (fattore 3)
PCI-C 1	0,076	-0,033	0,611
PCI-C 2	0,023	0,402	0,337
PCI-C 3	0,805	0,147	0,141
PCI-C 4	0,311	0,494	0,183
PCI-C 5	0,689	0,182	0,101
PCI-C 6	-0,091	0,714	0,185
PCI-C 7	0,289	0,106	0,414
PCI-C 8	0,895	-0,041	0,072
PCI-C 9	0,029	0,816	-0,063
PCI-C 10	0,111	0,293	0,568
PCI-C 11	0,331	0,340	0,374
PCI-C 12	0,861	0,015	0,123
PCI-C 13	0,290	0,112	0,201
PCI-C 14	0,088	0,707	0,032
PCI-C 15	0,068	-0,023	0,670
PCI-C 16	0,899	0,024	0,005
PCI-C 17	0,080	0,017	0,588
PCI-C 18	0,112	0,597	0,035
PCI-C 19	0,828	0,035	0,124
PCI-C 20	0,033	0,166	0,626

* Metodo di estrazione: analisi componenti principali. Metodo di rotazione: varimax con normalizzazione di Kaiser. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 7 iterazioni.

L'item 13 presenta valori pari a 0,290 per il fattore 1, 0,112 per il fattore 2 e 0,201 per il fattore 3. Avendo assunto un cut-off per la saturazione di 0,400, abbiamo deciso di eliminare tali item. A un'attenta analisi del contenuto, appare evidente come tali due item non siano facilmente collocabili in un fattore piuttosto che in un altro: la formulazione «non penso alle conseguenze delle mie azioni» non chiarisce se è per incapacità o per cattiveria o perché l'impegno non è sufficiente. Anche «faccio tutto di testa mia» pare discriminare poco i fattori considerati. La scala Contenuto dei rimproveri, tolti gli item 11 e 13, verrà a essere costituita da 18 item (tabella 4.7).

TABELLA 4.7
Scala: Contenuto dei rimproveri (PCI-C) – versione rivista

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano) dicendo che:</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. sono maldestro					
2. sono cattivo					
3. non mi impegno abbastanza					
4. sono un irresponsabile					
5. spreco le mie capacità					
6. non conosco l'educazione					
7. faccio degli errori					
8. con le capacità che ho potrei fare di più					
9. non ho rispetto per gli altri					
10. sono inadeguato					
11. se volessi otterrei risultati migliori					
12. non so comportarmi bene					
13. sono incapace					
14. potrei fare di più					
15. non sono all'altezza delle situazioni					
16. non ho rispetto per le cose					
17. non mi impegno quanto dovrei					
18. combino pasticci					

Le tre subscale forniscono tre punteggi diversi non accumulabili in quanto danno informazioni sul differente contenuto dei rimproveri genitoriali.

Il punteggio relativo alla prima subscale, Scarso impegno, si ottiene sommando i punteggi ottenuti dal soggetto agli item 3, 5, 8, 11, 14, 17. Il punteggio relativo alla seconda subscale, Cattiveria, si ottiene sommando i punteggi ottenuti agli item 2, 4, 6, 9, 12, 16. Il punteggio della terza subscale, Incapacità, si ottiene sommando i punteggi degli item 1, 7, 10, 13, 15, 18.

FORMA DEI RIMPROVERI PCI-F

Per quel che riguarda la terza scala, utilizzando il metodo dell'estrazione delle componenti principali e rotazione varimax, abbiamo estratto tre fattori cor-

rispondenti alle subscale teoriche ipotizzate. Tali fattori spiegano il 49,78% della varianza: 18,99% il primo fattore, 15,64% il secondo, 15,15% il terzo.

L'analisi fattoriale (tabella 4.8) ha confermato la nostra suddivisione teorica:

- fattore 1 Violenza psicologica: 5, 7, 8, 10, 11, 16, 17;
- fattore 2 Violenza fisica: 2, (4), 12, 13, 14;
- fattore 3 Non violenza: 1, 3, 6, 9, 15.

TABELLA 4.8
Matrice delle componenti ruotata (Forma dei rimproveri PCI-F)*

Componenti	Violenza psicologica (fattore 1)	Violenza fisica (fattore 2)	Non violenza (fattore 3)
PCI-F 1	-0,143	-0,059	0,655
PCI-F 2	0,169	0,643	-0,123
PCI-F 3	0,168	-0,067	0,580
PCI-F 4	0,484	0,513	0,264
PCI-F 5	0,488	0,240	-0,202
PCI-F 6	0,316	0,184	0,644
PCI-F 7	0,708	0,068	-0,178
PCI-F 8	0,614	-0,100	0,148
PCI-F 9	-0,353	0,045	0,724
PCI-F 10	0,546	0,430	0,254
PCI-F 11	0,581	0,339	0,055
PCI-F 12	0,037	0,838	-0,070
PCI-F 13	-0,183	0,428	0,103
PCI-F 14	0,037	0,794	-0,004
PCI-F 15	0,259	0,018	0,724
PCI-F 16	0,669	0,015	0,286
PCI-F 17	0,624	-0,221	0,051

* Metodo di estrazione: analisi componenti principali. Metodo di rotazione: varimax con normalizzazione di Kaiser. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 4 iterazioni.

Un caso particolare: item 4

Il contenuto dell'item 4 («I miei genitori mi rimproverano — o mi rimproveravano — urlando») non riguarda la violenza fisica, tuttavia satura questo fattore e non il fattore 1 (Violenza psicologica) come ci saremmo aspettati. Tuttavia, ciò avviene solo per un piccolo margine (0,513 a fronte di 0,484), e

del resto, in studi preliminari, aveva saturato nel fattore 1. Urlare rappresenta una violenza psicologica che può preludere alla violenza fisica. Alcuni soggetti pertanto la interpretano come violenza psicologica, mentre un altro gruppo di soggetti lo interpreta come violenza fisica. I due gruppi numericamente quasi si equivalgono.

Il punteggio relativo alla prima subscale, Violenza psicologica, si ottiene sommando i punteggi ottenuti dal soggetto agli item 5, 7, 8, 10, 11, 16, 17. Il punteggio relativo alla seconda subscale, Violenza fisica, si ottiene sommando i punteggi agli item 2, 4, 12, 13, 14. Il punteggio della terza subscale, Non violenza, si ottiene sommando i punteggi degli item 1, 3, 6, 9, 15.

ACCORDO/DISACCORDO GENERALE CON IL RIMPROVERO PCI-A/Dg

Abbiamo verificato anche la struttura monofattoriale della quarta scala ottenendo una matrice delle componenti principali non ruotata, richiedendo un unico fattore. Il fattore ottenuto spiega il 24,40% della varianza.

Non tutti i 12 item della scala saturano il fattore estratto (tabella 4.9).

TABELLA 4.9
Matrice delle componenti
(Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero PCI-A/Dg)*

Componenti	1
PCI-A/Dg 1	0,379
PCI-A/Dg 2	0,569
PCI-A/Dg 3	0,368
PCI-A/Dg 4	0,544
PCI-A/Dg 5	0,480
PCI-A/Dg 6	0,602
PCI-A/Dg 7	0,638
PCI-A/Dg 8	0,535
PCI-A/Dg 9	0,236
PCI-A/Dg 10	0,538
PCI-A/Dg 11	0,423
PCI-A/Dg 12	0,470

* Metodo di estrazione: analisi componenti principali.

Precisamente gli item 1 «Penso che i genitori facciano bene a rimproverare i propri figli» con un valore di saturazione pari a 0,379, l'item 3 «I genitori devono

punire i propri figli quando sbagliano» con un valore di saturazione pari a 0,368 e l'item 9 «Un buon genitore sceglie al posto del proprio figlio» che presenta un valore di saturazione pari a 0,236, andranno eliminati. La scala verrà quindi ad essere costituita da 9 item (tabella 4.10).

TABELLA 4.10
Scala: Accordo/Disaccordo generale
con il rimprovero (PCI-A/Dg) – versione rivista

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. Un buon genitore stabilisce rigide regole di comportamento					
2. Un buon genitore è un genitore severo					
3. Penso che i genitori facciano bene a decidere per i figli senza chiedere il loro parere					
4. Un buon genitore fa rispettare le regole senza eccezioni					
5. Sono d'accordo che i genitori stabiliscano in modo rigido quello che i figli devono o non devono fare					
6. Un buon genitore rimprovera il proprio figlio					
7. Penso che sia giusto che i genitori siano severi nel giudicare il comportamento dei propri figli					
8. Sono d'accordo che i genitori dicano ai propri figli che sbagliano					
9. Un buon genitore fa notare al proprio figlio tutti gli errori che compie					

Punteggi

Abbiamo calcolato la media e la deviazione standard di ogni scala e abbiamo calcolato i valori percentili. La trasformazione dei punteggi in percentili ha un valore orientativo in quanto, non essendo sufficiente il numero dei soggetti, tali valori non possono essere considerati delle norme e vanno presi con molta cautela. Nella tabella 4.11 sono riportati i valori percentili relativi a tutte le scale.

TABELLA 4.11
Valori percentili

Percentili	5	10	25	50	75	90	95
PCI-Q	15	17	20	24	29	33	35
PCI-Csi	6	7	11	17	22	26	28
PCI-Ccat	6	6	7	9	12	14	15
PCI-Cinc	7	7	9	11	13	15	18
PCI-Fvp	6	8	9	12	15	18	22
PCI-Fvf	4	4	4	5	6	8	9
PCI-Fnv	9	11	14	17	19	21	21
PCI-A/Dg	23	25	28	33	36	40	41

Legenda abbreviazioni delle scale: PCI-Q = Quantità di criticismo subito; PCI-Csi = Contenuto dei rimproveri – scarso impegno; PCI-Ccat = Contenuto dei rimproveri – cattiveria; PCI-Cin = Contenuto dei rimproveri – incapacità; PCI-Fvp = Forma dei rimproveri – violenza psicologica; PCI-Fvf = Forma dei rimproveri – violenza fisica; PCI – Fnv = Forma dei rimproveri – non violenza; PCI-A/Dg = Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero.

QUANTITÀ DI CRITICISMO SUBITO PCI-Q

La media è di 24,80 (DS = 6,28). I valori da 20 a 29 contengono dal 25° al 75° percentile, e possiamo considerarlo, in questo campione, come il range medio di criticismo subito. Il punteggio 15 delimita i soggetti al di sotto del quinto percentile inferiore, che in questo campione possono essere considerati soggetti non criticati. Il punteggio dal 29 al 35 contiene i soggetti dal 75° al 95° percentile e possiamo considerarli invece come altamente criticati.

CONTENUTO DEI RIMPROVERI PCI-C

Per quel che riguarda la seconda scala, abbiamo calcolato la media e la deviazione standard per ciascuna delle subscale emerse dall'analisi fattoriale, mentre abbiamo evitato di calcolarle su tutti gli item complessivi della scala in quanto i tre contenuti dei rimproveri, relativi ai tre diversi fattori, non sono sovrapponibili e un punteggio unitario non avrebbe senso. Per quel che riguarda il fattore Scarso impegno la media e la deviazione standard sono risultate rispettivamente 16,78 e 6,65; per quel che riguarda il fattore Cattiveria 9,68 e 3,24 e infine per quel che riguarda il fattore Incapacità 10,99 e 3,07.

Per quel che riguarda la subscale Scarso impegno i valori compresi tra 22 e 28 delimitano il 75° e 95° percentile per cui, in questo campione, i soggetti che hanno ottenuto punteggi compresi all'interno di questo intervallo o superiori sono soggetti che sono stati molto frequentemente rimproverati di non impegnarsi ab-

bastanza date le loro capacità. Nel caso del fattore Cattiveria i percentili 75° e 95° comprendono i punteggi tra 12 e 15 e pertanto i soggetti di questo campione che sono stati frequentemente o molto frequentemente rimproverati di essere cattivi si collocano all'interno di questo range. Per quel che riguarda infine il fattore Incapacità sono da considerarsi significativi, per identificare i soggetti molto frequentemente rimproverati di essere incapaci, i punteggi compresi tra 13 (75° percentile) e 18 (95° percentile) o superiori.

FORMA DEI RIMPROVERI PCI-F

Anche per quel che riguarda la terza scala, abbiamo calcolato la media e la deviazione standard per ciascuna delle subscale emerse dall'analisi fattoriale evitando di calcolarle su tutti gli item complessivi in quanto le diverse forme che possono assumere i rimproveri, così come emergono nei diversi fattori, non sono sovrapponibili. Per quel che riguarda il fattore Violenza psicologica la media e la deviazione standard sono risultate rispettivamente 12,55 e 4,11; per quel che riguarda il fattore Violenza fisica 5,80 e 2,00 e infine per quel che riguarda il fattore Non violenza 16,46 e 4,28.

Per quel che riguarda la subscale Violenza psicologica i valori compresi tra 15 e 22 delimitano il 75° e 95° percentile per cui soggetti di questo campione che hanno ottenuto punteggi compresi in questo intervallo o superiori sono soggetti che molto frequentemente hanno ricevuto rimproveri sotto forma di violenza psicologica. Nel caso del fattore Violenza fisica i percentili 75° e 95° comprendono i punteggi tra 6 e 9. Possiamo ritenere che i soggetti che hanno ottenuto punteggi all'interno di questo range o superiori siano stati rimproverati significativamente attraverso forme di violenza fisica. Per quel che riguarda infine il fattore Non violenza la maggior parte dei soggetti ha ottenuto punteggi compresi tra 14 (25° percentile) e 19 (75° percentile).

ACCORDO/DISACCORDO GENERALE CON IL RIMPROVERO PCI-A/Dg

Il punteggio medio è risultato essere 32,43 (DS = 5,49).

I valori da 28 a 36 contengono dal 25° al 75° percentile, e possiamo considerare i soggetti che hanno ottenuto un punteggio compreso in questo range come soggetti che concordano mediamente con il criticismo in generale. Il punteggio 23 delimita la popolazione al di sotto del 5° percentile inferiore, e possiamo considerarli soggetti che non sono d'accordo con il criticismo come metodo educativo. I punteggi dal 36 al 41 contengono i soggetti dal 75° al 95° percentile e possiamo considerarli come soggetti che sono molto d'accordo sull'utilizzo di questo atteggiamento genitoriale e che verosimilmente lo metterebbero anch'essi in atto.

Fedeltà

Per calcolare il coefficiente di fedeltà del questionario abbiamo utilizzato la procedura del test-retest mettendo quindi in relazione i punteggi ottenuti somministrando il questionario a un medesimo sottogruppo di soggetti in due occasioni distinte distanziate di cinque settimane. Il coefficiente di fedeltà per la scala Quantità di criticismo subito è risultato essere 0,91 ($p < 0,001$); per la scala Contenuto dei rimproveri 0,81 ($p < 0,001$); per la scala Forma dei rimproveri 0,83 ($p < 0,001$); per la scala Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero 0,83 ($p < 0,001$). I risultati indicano che tutte le scale possiedono dei valori di stabilità altamente significativi.

Abbiamo inoltre misurato il grado di consistenza interna di ciascuna scala calcolando il coefficiente alfa di Cronbach. Per quel che riguarda le scale Contenuto dei rimproveri e Forma dei rimproveri abbiamo calcolato l'alfa, sia per quel che riguarda il punteggio totale, sia per ciascuna delle subscale emerse dall'analisi fattoriale, in quanto i punteggi che ne derivano sono da considerarsi separatamente. Di seguito sono riportati i valori di alfa per ciascuna delle scale del Perceived Criticism Inventory: PCI-Q: 0,85; PCI-C: 0,85; PCI-Csi: 0,92; PCI-Ccat: 0,71; PCI-Cinc: 0,64; PCI-F: 0,75; PCI-Fvp 0,75; PCI-Fvf: 0,62; PCI-Fnv: 0,32; PCI-A/Dg: 0,71

I valori dell'alfa di Cronbach sono buoni per tutte le scale, tranne per quel che riguarda la subscale Non violenza della scala Forma dei rimproveri (PCI-F). Tale valore di consistenza interna non è accettabile. In effetti, a un'attenta analisi del contenuto degli item, appare chiaro che alcuni di essi rappresentano normali interventi educativi, mentre altri sono riconducibili a forme di violenza psicologica. Per questa ragione, abbiamo deciso di eliminare la subscale Non violenza dal PCI-F. La scala, tolti gli item 1, 3, 6, 9, 15, verrà a essere costituita da 12 item (tabella 4.12).

TABELLA 4.12
Scala: Forma dei rimproveri (PCI-F) – versione rivista

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano):</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. usando modi violenti					
2. urlando					
3. umiliandomi davanti agli altri					
4. non considerandomi più					
5. mettendomi a confronto con altri che fanno meglio di me					

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano):</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
6. alzando la voce					
7. insultandomi					
8. mettendomi le mani addosso					
9. dandomi delle punizioni					
10. picchiandomi					
11. non rivolgendomi più la parola					
12. senza darmi spiegazioni					

Abbiamo poi riverificato la struttura fattoriale della scala così modificata utilizzando il metodo dell'estrazione delle componenti principali e rotazione varimax, e abbiamo estratto due fattori corrispondenti alle subscale teoriche ipotizzate. I due fattori così individuati spiegano il 46,98% della varianza: 29,92% il primo fattore e 17,06% il secondo. La suddivisione teorica nelle due subscale teoriche Violenza psicologica e Violenza fisica è stata confermata (tabella 4.13).

TABELLA 4.13
Matrice delle componenti ruotata (Forma dei rimproveri PCI-F)*

Componenti	Violenza psicologica (fattore 1)	Violenza fisica (fattore 2)
PCI-F 1	0,181	0,654
PCI-F 2	0,585	0,455
PCI-F 3	0,441	0,219
PCI-F 4	0,676	0,040
PCI-F 5	0,620	-0,132
PCI-F 6	0,648	0,362
PCI-F 7	0,619	0,275
PCI-F 8	0,102	0,835
PCI-F 9	-0,226	0,478
PCI-F 10	0,087	0,788
PCI-F 11	0,701	-0,022
PCI-F 12	0,584	-0,255

* Metodo di estrazione: analisi componenti principali. Metodo di rotazione: varimax con normalizzazione di Kaiser. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 3 iterazioni.

Validità

Abbiamo valutato la validità concorrente calcolando i coefficienti di correlazione delle diverse scale del Perceived Criticism Inventory con le due subscale Critiche genitoriali e Aspettative genitoriali della Multidimensional Perfectionism Scale di Frost. I risultati sono riportati nella tabella 4.14.

TABELLA 4.14
Correlazioni tra le scale e subscale del Perceived Criticism Inventory e le subscale Criticismo genitoriale e Aspettative genitoriali della Multidimensional Perfectionism Scale

	MPSpc (Criticismo genitoriale)	MPSpe (Aspettative genitoriali)
PCI-Q Correlazione di Pearson	0,42(***)	0,37(***)
Significatività (2-code)	$p < 0,001$	$p < 0,001$
PCI-Csi Correlazione di Pearson	0,21(**)	0,36(***)
Significatività (2-code)	$p < 0,01$	$p < 0,001$
PCI-Ccat Correlazione di Pearson	0,28(***)	0,25(***)
Significatività (2-code)	$p < 0,001$	$p < 0,001$
PCI-Cinc Correlazione di Pearson	0,31(***)	0,21(**)
Significatività (2-code)	$p < 0,001$	$p < 0,01$
PCI-Fvp Correlazione di Pearson	0,48(***)	0,37(**)
Significatività (2-code)	$p < 0,001$	$p < 0,01$
PCI-Fvf Correlazione di Pearson	0,35(***)	0,18(*)
Significatività (2-code)	$p < 0,001$	$p < 0,05$
PCI-A/Dg Correlazione di Pearson	0,137	0,029
Significatività (2-code)	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Legenda abbreviazioni delle scale: PCI-Q = Quantità di criticismo subito; PCI-Csi = Contenuto dei rimproveri – scarso impegno; PCI-Ccat = Contenuto dei rimproveri – cattiveria; PCI-Cin = Contenuto dei rimproveri – incapacità; PCI-Fvp = Forma dei rimproveri – violenza psicologica; PCI-Fvf = Forma dei rimproveri – violenza fisica; PCI-A/Dg = Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero.

Tutte le correlazioni con le due subscale della Multidimensional Perfectionism Scale calcolate per determinare la validità concorrente dello strumento sono altamente significative, tranne per quel che riguarda la scala Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero.

Questo sottolinea come tale scala misuri qualcosa di diverso dal criticismo, proponendosi infatti di valutare l'accordo che il soggetto ha o meno con questo stile

educativo. Nel complesso, i dati relativi alle correlazioni delle scale del Perceived Criticism Inventory con le subscale della Multidimensional Perfectionism Scale di Frost dimostrano che il questionario è dotato di una buona validità concorrente.

Tra le nostre ipotesi vi era la previsione che avremmo riscontrato una correlazione positiva significativa tra le scale Quantità di criticismo subito e Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero, in quanto ci aspettiamo che coloro che sono stati maggiormente rimproverati in termini di quantità, siano anche coloro che si dimostrano maggiormente d'accordo con il criticismo. I dati hanno confermato la nostra ipotesi essendo tale correlazione pari a 0,24 con un livello di significatività pari a $p < 0,01$.

Conclusioni

Date le importanti implicazioni sul piano psicopatologico di un costrutto relazionale quale il criticismo familiare, e dato l'interesse che può rivestire, a livello clinico e di ricerca, lo studio del criticismo, diviene importante avere a disposizione validi strumenti di misurazione del criticismo percepito. La costruzione del Perceived Criticism Inventory è stata messa a punto con queste finalità. L'analisi compiuta sullo strumento, al fine di verificarne la validità, ci ha permesso di migliorarne la struttura e di giungere a una versione definitiva del questionario che potesse possedere delle qualità psicometriche tali da consentirne l'uso ai fini clinici e di ricerca.

Lo studio presenta alcune debolezze dovute principalmente al limitato numero di soggetti e alla loro omogeneità, che non consentono di trarre le dovute generalizzazioni né tanto meno di disporre di criteri di tipo normativo. Si rivela quindi importante la raccolta di ulteriori dati che permetta di trarre conclusioni dotate di maggior definitezza e solidità. Anche la somministrazione dello strumento a popolazioni cliniche potrà fornire informazioni preziose. I dati fin qui raccolti consentono un primo utilizzo del questionario e le proprietà psicometriche emerse incoraggiano ulteriori studi e miglioramenti dello strumento.

La prima scala, Quantità di criticismo subito (PCI-Q), misura la quantità dei rimproveri percepiti. Questa variabile potrebbe assumere un ruolo importante nel determinare gli effetti patogeni del criticismo familiare. Obiettivo di alcuni progetti di ricerca del nostro gruppo è quello di verificare se la quantità di criticismo subito correla con alcuni costrutti importanti come il perfezionismo patologico e se risulta aumentata in gruppi di soggetti clinici. Altro obiettivo della nostra futura ricerca è anche verificare se gli effetti psicopatologici dovuti alla quantità di criticismo subito risultano avere un peso diverso rispetto agli aspetti qualitativi

(quali forma e contenuto dei rimproveri). L'analisi fattoriale compiuta su tale scala ne ha confermato la struttura monofattoriale.

Gli aspetti qualitativi del criticismo genitoriale relativi al contenuto dei rimproveri subiti assumono un ruolo rilevante in ambito clinico, in quanto rappresentano un elemento influente nella costruzione del sé. Per questa ragione abbiamo messo a punto una scala specifica che andasse a indagare questa variabile: Contenuto dei rimproveri (PCI-C). L'analisi fattoriale compiuta su tale scala ha confermato la suddivisione teorica in subscale da noi ipotizzata in sede di costruzione del test. Il PCI-C risulta quindi composto da tre subscale (Scarso impegno, Cattiveria e Incapacità) che forniscono tre punteggi distinti in grado di darci informazioni sul contenuto prevalente dei rimproveri che il soggetto ha subito. In seguito all'analisi fattoriale due item (item 11 «I miei genitori mi rimproverano — o mi rimproveravano — dicendo che non penso alle conseguenze delle mie azioni» e item 13 «I miei genitori mi rimproverano — o mi rimproveravano — dicendo che faccio sempre tutto di testa mia») sono stati eliminati. Tali item presentavano valori di saturazione troppo bassi e a un'analisi del contenuto è apparso evidente come non fossero facilmente collocabili in un fattore piuttosto che in un altro.

Anche la modalità attraverso cui il criticismo viene esercitato può costituire una variabile importante nella determinazione degli aspetti psicopatogeni del criticismo. È ipotizzabile che una modalità di criticare che privilegia la violenza psicologica possa avere effetti maggiormente dannosi sull'individuo che la violenza fisica. Quest'ultima infatti consente una maggiore presa di distanza dalle critiche che vengono mosse. L'iniziale struttura teorica della scala Forma dei rimproveri (PCI-F) comprendeva tre subscale (Violenza psicologica, Violenza fisica e Non violenza). La subscale Non violenza è stata eliminata. Il valore di consistenza interna trovato (alfa: 0,32) non è infatti accettabile. In effetti, a un'attenta analisi del contenuto degli item di tale subscale, appare chiaro che alcuni di essi rappresentano normali interventi educativi, mentre altri sono riconducibili a forme di violenza psicologica.

Attraverso la scala Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero (PCI-A/Dg) si vuole misurare il grado di accordo/disaccordo con il criticismo come modalità educativa e relazionale. L'analisi fattoriale compiuta su tale scala ne ha confermato la struttura monofattoriale.

Il questionario ha dimostrato una buona stabilità. Attraverso la procedura del test-retest è emerso come per ogni scala vi sia una correlazione altamente significativa tra la prima somministrazione e la somministrazione successiva, avvenute a cinque settimane di distanza l'una dall'altra.

I valori di consistenza interna sono tutti risultati accettabili tranne per la subscale Non violenza del PCI-F che è stata eliminata.

Per quel che riguarda la validità concorrente, calcolata attraverso le correlazioni tra tutte le scale e le due subscale della Multidimensional Perfectionism Scale di Frost relative alle critiche genitoriali e alle aspettative genitoriali, tutte le correlazioni sono risultate significative, tranne per quel che riguarda la scala Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero. Questo indica che la scala deputata a misurare il grado di accordo con il criticismo non è assimilabile a un punteggio di criticismo subito.

La correlazione tra le scale Quantità di criticismo subito e Accordo/Disaccordo generale con il rimprovero è risultata significativa confermando l'osservazione clinica per cui coloro che sono stati maggiormente rimproverati sono anche coloro che si dimostrano maggiormente d'accordo con il criticismo. Tale fenomeno riteniamo possa essere assimilabile a ciò che si osserva nella trasmissione intergenerazionale dei comportamenti maltrattanti.

I dati indicano che il questionario può cominciare a essere utilizzato in ambito di ricerca; il numero limitato di soggetti, tuttavia, richiede che lo studio venga ulteriormente approfondito.

Per quel che riguarda i possibili utilizzi del Perceived Criticism Inventory in ambito psicoterapeutico, lo strumento consente una valutazione del criticismo genitoriale percepito. La discussione di questa variabile, sia in seduta che attraverso la valutazione del questionario, permette di ipotizzare in che modo si siano potute formare credenze patologiche che sono alla base di molti disturbi di ansia e depressivi, come il perfezionismo patologico o la tendenza al controllo compulsivo. La maggiore consapevolezza di queste dinamiche relazionali permette al paziente di discutere i rimproveri subiti e assumere una distanza critica dalle affermazioni fatte su di lui dai propri genitori. L'obiettivo finale è, naturalmente, arrivare a modificare alcuni costrutti di inadeguatezza e di scarsa autostima.

Per quanto concerne la ricerca, l'utilizzo di un questionario in grado di misurare dimensioni diverse del criticismo percepito consente di approfondire l'analisi della relazione tra il criticismo genitoriale e diversi disturbi psicopatologici. In particolare, gli ulteriori ambiti di ricerca intrapresi dal nostro gruppo fanno riferimento al rapporto tra criticismo genitoriale, disturbi del comportamento alimentare e disturbo ossessivo compulsivo. Tale strumento inoltre permette di analizzare in modo più dettagliato i rapporti tra criticismo percepito e alcuni importanti costrutti psicologici quali, ad esempio, il perfezionismo e l'autostima.

Bibliografia

Apparigliato, M., Ruggiero, G.M., & Sassaroli, S. (2004). Il criticismo: un'analisi cognitiva. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 10, 197-210.

- Apparigliato, M., Ruggiero, G.M., & Sassaroli, S. (2007). Il Perceived Criticism Inventory (PCI): un nuovo strumento di valutazione del criticismo genitoriale. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 13 (3), 275-300.
- Asarnow, J.R., Goldstein, M.J., Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric inpatients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 129-137.
- Asarnow, J.R., Tompson, M., Hamilton, E.B., Goldstein, M.J., & Guthrie, D. (1994). Family expressed emotion, childhood onset depression and childhood onset schizophrenia spectrum disorders: is expressed emotion a non specific correlate of childhood psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 129-146.
- Baker, B., Helmes E., & Kazarian, S.S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *British Journal of Psychiatry*, 144, 263-269.
- Baker, B., Kazarian, S.S., Helmes, E., Ruckman, M., & Tower, N. (1987). Perceived attitudes of schizophrenic inpatients in relation to rehospitalization. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 775-777.
- Brown, G., Monck, E., Carstairs, G., & Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55.
- Brown, G., Birley, J., & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry* 121, 241-258.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Chambless, D.L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Cubis, J., Lewin, T., & Dawes, F. (1989). Australian adolescents' perceptions of their parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 35-47.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J., & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Hibbs, E.D., Hamburger, S.D., Lenane, M., Rapoport, J.L., Kruesi, M.J., Keyson, C.S., & Goldstein, M.J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 757-770.
- Hirshfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V., & Rosembaum, J.F. (1997). Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: a pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 205-213.
- Hirshfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V., & Rosembaum, J.F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: associations with

- maternal anxiety disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 910-917.
- Hooley, J.M., Phil, D., & Hoffman, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 156, 1557-1562.
- Hooley, J.M., & Teasdale, J.D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 727-739.
- Lebell, M.B., Marder, S.R., Mintz, J., Mintz, L.I., Tompson, M., Wirshing, W., Johnston-Cronk, K., & McKenzie, J. (1993). Patients' perceptions of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 751-754.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera*. Milano: Raffaello Cortina.
- Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M., Milkowitz, D.J., Jenkins, J., & Falloon, I.R.H. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.
- Pacht, A. (1984). Reflections on perfectionism. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Parker G., Tupling, H., & Brown L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Schreiber J.L., Breier A., & Pickar, D. (1995). Expressed emotion: trait or state? *British Journal of Psychiatry*, 166, 647-649
- Schwartz, C.E., Dorer, D.J., Beardslee, W.R., Lavori, P.W., & Keller, M.B. (1990). Maternal expressed emotion and paternal affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse or conduct disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 231-250.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioral Psychotherapy*, 21, 81-95.
- Stubbe, D.E., Zahner, G.E.P., Goldstein, M.J., & Leckman, J.F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: a community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 139-154.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim H. (1999). Relatives' expressed emotion and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, 29, 801-811.
- Tompson, M.C., Goldstein, M.J., Lebell, M.B., Mintz, L.I., Marder, S.R., & Mintz, J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57, 155-167.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry* 129, 125-137.
- Wamboldt, M.Z., & Wamboldt, F.S. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1212-1219.

Perceived Criticism Inventory – PCI

Apparigliato, Ruggiero e Sassaroli, 2007

Legga attentamente le seguenti affermazioni e indichi quanto sono valide per la sua esperienza.

PCI-Q

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano)					
2. I miei genitori mi dicono (o mi dicevano) come devo comportarmi					
3. I miei genitori decidono (o decidevano) al posto mio cosa è giusto e cosa no					
4. I miei genitori esprimono (o esprimevano) giudizi negativi sul mio comportamento					
5. I miei genitori dicono (o dicevano) di essere delusi dai risultati che ottengo					
6. I miei genitori stabiliscono (o stabilivano) per me rigide regole di comportamento					
7. I miei genitori se la prendono (o se la prendevano) se non mi comporto come vogliono loro					
8. I miei genitori cercano (o cercavano) di cambiare i miei comportamenti che non approvano					
9. I miei genitori non mancano (o non mancavano) di sottolineare ciò che non approvano in me					
10. I miei genitori esprimono (o esprimevano) giudizi negativi sulle mie scelte					
11. I miei genitori vogliono (o volevano) decidere al posto mio					

PCI-C

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano):</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. dicendo che sono maldestro					
2. dicendo che sono cattivo					
3. dicendo che non mi impegno abbastanza					
4. dicendo che sono un irresponsabile					
5. dicendo che spreco le mie capacità					
6. dicendo che non conosco l'educazione					
7. dicendo che faccio degli errori					
8. dicendo che con le capacità che ho potrei fare di più					
9. dicendo che non ho rispetto per gli altri					
10. dicendo che sono inadeguato					
11. dicendo che se volessi otterrei risultati migliori					
12. dicendo che non so comportarmi bene					
13. dicendo che sono incapace					
14. dicendo che potrei fare di più					
15. dicendo che non sono all'altezza delle situazioni					
16. dicendo che non ho rispetto per le cose					
17. dicendo che non mi impegno quanto dovrei					
18. dicendo che combino pasticci					

PCI-F

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano):</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. usando modi violenti					
2. urlando					

<i>I miei genitori mi rimproverano (o mi rimproveravano):</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
3. umiliandomi davanti agli altri					
4. non considerandomi più					
5. mettendomi a confronto con altri che fanno meglio di me					
6. alzando la voce					
7. insultandomi					
8. mettendomi le mani addosso					
9. dandomi delle punizioni					
10. picchiandomi					
11. non rivolgendomi più la parola					
12. senza darmi spiegazioni					

PCI-A/Dg

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1. Un buon genitore stabilisce rigide regole di comportamento					
2. Un buon genitore è un genitore severo					
3. Penso che i genitori facciano bene a decidere per i figli senza chiedere il loro parere					
4. Un buon genitore fa rispettare le regole senza eccezioni					
5. Sono d'accordo che i genitori stabiliscano in modo rigido quel- lo che i figli devono o non devono fare					
6. Un buon genitore rimprovera il proprio figlio					
7. Penso che sia giusto che i genitori siano severi nel giudicare il com- portamento dei propri figli					
8. Sono d'accordo che i genitori dica- no ai propri figli che sbagliano					
9. Un buon genitore fa notare al pro- prio figlio tutti gli errori che compie					

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

Le quattro scale che vanno a comporre il Perceived Criticism Inventory forniscono punteggi differenti e non sommabili tra loro, in quanto misurano aspetti qualitativamente diversi del criticismo percepito. Non esiste quindi un punteggio globale ottenuto dalla somma dei punteggi delle quattro scale.

A ciascuna risposta «sempre» viene assegnato un punteggio pari a 5, alla risposta «spesso» il punteggio 4, alla risposta «qualche volta» un punteggio pari a 3, alla risposta «raramente» il punteggio 2 e alla risposta «mai» il punteggio 1.

PCI-Q QUANTITÀ DI CRITICISMO SUBITO

Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi ottenuti ai singoli item con la modalità sopra descritta.

La media è di 24,80 (DS = 6,28).

PCI-C CONTENUTO DEI RIMPROVERI

Il punteggio relativo alla prima subscale, Scarso impegno, si ottiene sommando i punteggi ottenuti dal soggetto agli item 3, 5, 8, 11, 14, 17. Il punteggio relativo alla seconda subscale, Cattiveria, si ottiene sommando i punteggi ottenuti agli item 2, 4, 6, 9, 12, 16.

Il punteggio della terza subscale, Incapacità, si ottiene sommando i punteggi degli item 1, 7, 10, 13, 15, 18.

Per quel che riguarda il fattore Scarso impegno la media e la deviazione standard sono risultate rispettivamente 16,78 e 6,65; per quel che riguarda il fattore Cattiveria 9,68 e 3,24 e infine per quel che riguarda il fattore Incapacità 10,99 e 3,07.

PCI-F FORMA DEI RIMPROVERI

Il punteggio relativo alla prima subscale, Violenza psicologica, si ottiene sommando i punteggi ottenuti dal soggetto agli item 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12. Il punteggio relativo alla seconda subscale, Violenza fisica, si ottiene sommando i punteggi agli item 1, 2, 8, 9, 10.

Per quel che riguarda il fattore Violenza psicologica la media e la deviazione standard sono risultate rispettivamente 12,55 e 4,11; per quel che riguarda il fattore Violenza fisica 5,80 e 2,00.

PCI-A/Dg ACCORDO/DISACCORDO GENERALE COL RIMPROVERO

Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi ai singoli item con la modalità sopra descritta.

Il punteggio medio è risultato essere 32,43 (DS = 5,49).

Valori percentili (PCI-Q)						
5	10	25	50	75	90	95
15	17	20	24	29	33	35

Valori percentili (PCI-C)							
	5	10	25	50	75	90	95
PCI-Csi (scarso impegno)	6	7	11	17	22	26	28
PCI-Ccat (cattiveria)	6	6	7	9	12	14	15
PCI-Cinc (incapacità)	7	7	9	11	13	15	18

Valori percentili (PCI-F)							
	5	10	25	50	75	90	95
PCI-Fvp (violenza psicologica)	7	8	9	12	15	18	22
PCI-Fvf (violenza fisica)	4	4	4	5	6	8	9

Valori percentili (PCI-A/Dg)						
5	10	25	50	75	90	95
23	25	28	33	36	40	41

La trasformazione dei punteggi in percentili ha un valore orientativo in quanto, non essendo sufficiente il numero dei soggetti, tali valori non possono essere considerati delle norme e vanno presi con cautela.

Adattamento italiano della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

Caterina Lombardo

Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

Il perfezionismo è una caratteristica psicologica associata a molti disturbi mentali. Le definizioni del costrutto hanno enfatizzato, di volta in volta, aspetti diversi. Alcuni autori (tra gli altri, Hamaceck, 1978), ad esempio, hanno distinto un perfezionismo «clinico» dal «normale» bisogno di eccellere. Le definizioni più recenti, invece, suggeriscono che il termine «perfezionismo» indichi la tendenza a richiedere, a se stessi e agli altri, livelli di prestazione più elevati di quelli appropriati alla situazione, a valutare criticamente il proprio comportamento, a manifestare dubbi e critiche sulle proprie azioni e a prediligere l'ordine e l'organizzazione (Shafran, Zafra, Cooper e Fairburn, 2002; Frost, Novara e Rhéaume, 2002). Quest'ultima definizione assume specificamente che il costrutto non sia unidimensionale ma multidimensionale, sia composto, cioè, da molti aspetti differenti, benché potenzialmente correlati fra loro. Nonostante molti teorici condividano l'idea che il perfezionismo sia multidimensionale, non c'è attualmente un chiaro accordo rispetto a quali e quante siano le dimensioni che lo definiscono. La maggior parte delle concettualizzazioni (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990; Hewitt e Flett, 1991), però, include sia aspetti socio-relazionali sia caratteristiche individuali, enfatizzando maggiormente gli uni o le altre. Secondo Hewitt e Flett (1991) le persone perfezioniste sono caratterizzate da:

1. adozione di standard personali elevati e irrealistici; tendenza a mettere in atto sforzi eccessivi per il raggiungimento di tali standard; tendenza a focalizzare l'attenzione sugli errori e a viverli come fallimenti personali (*perfezionismo autoimposto* o *autodiretto*);
2. tendenza ad aspettarsi dagli altri, in particolare dagli altri significativi, prestazioni elevate e a valutare le persone negativamente se tali standard non sono raggiunti (*perfezionismo eterodiretto*);

3. tendenza a ritenere che gli altri abbiano delle aspettative elevate nei nostri confronti e credenza che, se tali aspettative venissero deluse, saremmo valutati negativamente dagli altri (*perfezionismo sociale o socialmente prescritto*).

Sulla base di questa definizione concettuale gli autori hanno ideato e costruito un questionario (la *Multidimensional Perfectionism Scale*, Hewitt e Flett, 1991) i cui item identificano tre scale che misurano le tre dimensioni sopra citate, ovvero il perfezionismo autodiretto (Sé), il perfezionismo eterodiretto (Altri), il perfezionismo socialmente prescritto (Sociale).

Frost e collaboratori (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990), pur non negando la presenza di aspetti socio-relazionali, enfatizzano gli aspetti personali del perfezionismo e lo definiscono come la tendenza a porsi standard personali elevati e a valutare in modo critico il mancato raggiungimento di tali standard. Includono, inoltre, come unico aspetto relazionale all'interno del costrutto, le relazioni familiari che possono favorirne lo sviluppo, ovvero la presenza di genitori che impongono ai propri figli standard personali e sociali elevati e che non risparmiano critiche e rifiuti quando non li raggiungono. Secondo gli autori le manifestazioni principali del perfezionismo sono:

1. l'adozione di standard personali elevati (aspettarsi da se stessi prestazioni di alto livello);
2. la tendenza a preoccuparsi eccessivamente di sbagliare, a valutare in modo ipercritico ogni errore commesso e a valutare se stessi in funzione della capacità di non commettere errori, interpretando gli errori, anche piccoli, come dei veri «fallimenti» personali;
3. la tendenza a preoccuparsi eccessivamente per la qualità delle proprie azioni, con la conseguente tendenza all'immobilizzazione (la persona perfezionista non agisce finché non è perfettamente sicura che l'azione sia la più adeguata alla situazione o finché non ha la sicurezza che il compito sia eseguito alla perfezione);
4. la presenza di genitori con aspettative eccessivamente elevate nei confronti del figlio (ad esempio, successo scolastico e lavorativo, raggiungimento di uno status socio-economico elevato, ecc.);
5. la presenza di genitori ipercritici e punitivi nei confronti del mancato raggiungimento degli standard elevati decisi per il figlio. La persona perfezionista, quindi, è cresciuta in un ambiente familiare nel quale il successo viene premiato o valorizzato e l'insuccesso mette a rischio l'amore e l'accettazione genitoriale;
6. la tendenza a valorizzare l'ordine, la pulizia, l'igiene, l'organizzazione.

Sulla base di questa definizione concettuale Frost e colleghi hanno costruito un questionario, la Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, Marten, Lahart

e Rosenblate, 1990), composto, nella sua versione definitiva, da 35 item, che prevedono risposte su una scala graduata da 1 a 5 (1 = forte disaccordo; 5 = forte accordo) e che si raggruppano in 6 scale che misurano, rispettivamente:

1. gli standard personali elevati (*Personal Standard*, PS);
2. la preoccupazione per gli errori (*Concern over Mistakes*, CM);
3. i dubbi sulle azioni (*Doubting of actions*, D);
4. le aspettative genitoriali elevate (*Parental Expectations*, PE);
5. le critiche genitoriali (*Parental Criticism*, PC);
6. la tendenza all'organizzazione e all'ordine (*Organization*, O).

Le 6 scale presentano attendibilità, misurate con l'indice alfa di Cronbach, comprese fra 0,77 e 0,93. Le correlazioni fra le scale del test e altre misure di perfezionismo sono risultate tutte statisticamente significative ad eccezione della scala riguardante l'organizzazione (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990).

Successivamente, un autore tedesco, Strober (1998), ha evidenziato che la struttura fattoriale del questionario diviene più stabile se si considerano 4 dimensioni e non 6. Nella soluzione a 4 fattori gli item delle due scale Concern over Mistakes e Doubting of actions concorrono a formare una scala unica e lo stesso succede per le scale Parental Expectations e Parental Criticism, che compongono anch'esse una scala unica.

Scopo di questo studio è stato ottenere e validare una versione italiana del test e valutarne la struttura fattoriale.

Fase 1: Adattamento linguistico e verifica preliminare della validità del contenuto

La traduzione italiana del questionario di Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990) è stata sottoposta a un gruppo di 359 soggetti di età media pari a 29,6 anni (DS = 12,4). Fra questi, 50 persone hanno risposto al test in condizioni di somministrazione individuale, con le seguenti istruzioni per il *thinking aloud*:

Questo questionario valuta la tendenza delle persone ad essere perfezioniste.

Ti preghiamo di leggere attentamente sia le istruzioni su come rispondere, sia le domande e di «riflettere ad alta voce» sul significato che ha, per te, ogni cosa che leggi. Quando leggerai le domande, per favore, rifletti ad alta voce anche su come e perché decidi di rispondere in un certo modo.

Questa procedura ha evidenziato che nessun item presentava ambiguità di comprensione.

Le risposte fornite dalle rimanenti 309 persone sono state usate per verificare la normalità della distribuzione attraverso il calcolo degli indici di *skewness* e *curtosi*. Sono state considerate come distribuzioni «non normali» le distribuzioni con curtosi e/o skewness maggiori di 1 (Tabachnick e Fidell, 2001). Per 3 item (3, 7 e 27) i valori di skewness e di curtosi sono risultati superiori a 1. Pertanto si è deciso di non procedere a ulteriori analisi ma di riformulare i suddetti item e sottoporre la nuova versione a un nuovo gruppo di rispondenti. I risultati della nuova somministrazione sono descritti di seguito.

Fase 2: Valutazione della validità e dell'attendibilità della versione definitiva

Partecipanti

Hanno partecipato a questo secondo studio 431 soggetti di età compresa fra i 20 e i 70 anni, eterogenei dal punto di vista socio-economico (impiegati, commessi, studenti) e del livello culturale (licenza media, diploma, laurea). Cinque soggetti (1% del totale) sono stati esclusi perché hanno riportato protocolli con una percentuale di risposte omesse uguale o superiore al 25%. Il campione totale è risultato, quindi, composto da 426 partecipanti (età media = 33,6; DS = 10,5). Per quanto riguarda il genere, 125 erano maschi (età media = 38,03; DS = 10,8) e 301 femmine (età media = 31,1; DS = 9,6). I partecipanti erano tutti residenti nel Lazio. Dal punto di vista della professione, gli studenti costituiscono il 30%; il 27% dei partecipanti è composto di impiegati di un ministero; il rimanente 47% comprende impiegati e commessi di negozi e centri commerciali di Roma e Formia.

Misurazioni

Oltre alla versione definitiva del test Multidimensional Perfectionism Scale, a un sottogruppo di 128 soggetti era richiesto di rispondere anche agli item della scala di Perfezionismo (PE) del test *Eating Disorders Inventory* (EDI-2; Garner, 1991; versione italiana a cura di Rizzardi, Trombini e Trombini, 1995). Si è scelto di usare questa scala in quanto è molto breve e, nello stesso tempo, ampiamente utilizzata, soprattutto negli studi in cui è stata valutata la relazione fra perfezionismo e disturbi dell'alimentazione. La versione italiana della scala, inoltre, presenta una buona coerenza interna (alfa di Cronbach = 0,81) quando usata con pazienti con disturbi dell'alimentazione, sebbene l'attendibilità risulti minore (alfa di Cronbach = 0,54) nel campione non clinico. La coerenza interna calcolata su campioni non clinici in studi internazionali risulta compresa fra 0,69 e 0,79 (Rizzardi, Trombini e Trombini, 1995).

Procedura

I questionari sono stati somministrati collettivamente. I dati sono stati raccolti da laureande addestrate alle somministrazioni collettive. I partecipanti sono stati contattati sul luogo di lavoro (ministeri e centri commerciali) o studio (università), e la somministrazione è avvenuta in ambienti tranquilli alla fine del turno, nel caso degli impiegati, prima dell'inizio delle lezioni nel caso degli studenti. Nel caso dei 128 partecipanti che hanno ricevuto sia il test Multidimensional Perfectionism Scale che la scala di Perfezionismo dell'EDI-2, l'ordine di presentazione dei test era alternato casualmente fra i soggetti (circa nel 50% dei casi era MPS-PE e PE-MPS nel restante 50%).

Tutti i partecipanti hanno ricevuto una presentazione scritta della ricerca e hanno firmato il consenso informato.

Analisi degli item

Le risposte ottenute con questa seconda somministrazione sono state tabulate e sono stati calcolati quindi gli indici di tendenza centrale (media) e di dispersione (deviazione standard e campo di variazione), la skewness e la curtosi. Le statistiche descrittive (media e deviazione standard), il campo di variazione (minimo e massimo), i valori di skewness e di curtosi per ogni item sono riportati nella tabella 5.1.

TABELLA 5.1

Numero di osservazioni valide, minimo, massimo, media e deviazione standard (DS), valori di skewness e di curtosi (arrotondati a 1 cifra) per ogni item del test di Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990)

	N	Minimo	Massimo	Media	DS	Skewness	Curtosi
MPS1	416	1,00	5,00	2,74	1,08	0	-1
MPS2	421	1,00	5,00	4,07	,99	-1	0
MPS3	414	1,00	5,00	1,77	1,05	1	1
MPS4	418	1,00	5,00	2,25	1,25	0	-1
MPS5	416	1,00	5,00	2,11	1,28	1	0
MPS6	423	1,00	5,00	3,58	1,15	0	0
MPS7	421	1,00	6,00	3,78	1,25	-1	0
MPS8	418	1,00	5,00	4,02	,96	-1	0
MPS9	418	1,00	5,00	2,39	1,32	0	-1
MPS10	422	1,00	5,00	3,16	1,20	0	-1
MPS11	422	1,00	5,00	2,01	1,11	1	0

	N	Minimo	Massimo	Media	DS	Skewness	Curtosi
MPS12	421	1,00	5,00	2,33	1,16	0	-1
MPS13	419	1,00	5,00	1,90	1,09	1	0
MPS14	422	1,00	5,00	2,16	1,23	1	0
MPS15	421	1,00	5,00	1,70	1,05	1	1
MPS16	418	1,00	5,00	3,60	1,03	0	0
MPS17	423	1,00	5,00	2,93	1,19	0	-1
MPS18	421	1,00	5,00	2,94	1,32	0	-1
MPS19	414	1,00	5,00	2,73	1,18	0	-1
MPS20	414	1,00	5,00	2,00	1,09	1	0
MPS21	421	1,00	5,00	2,16	1,18	1	0
MPS22	420	1,00	5,00	1,98	1,14	1	0
MPS23	422	1,00	5,00	1,90	1,18	1	0
MPS24	422	1,00	5,00	2,91	1,31	0	-1
MPS25	422	1,00	5,00	1,73	1,03	1	1
MPS26	421	1,00	5,00	2,19	1,24	1	0
MPS27	421	1,00	5,00	3,98	1,07	-1	0
MPS28	421	1,00	5,00	2,33	1,29	0	-1
MPS29	420	1,00	5,00	3,64	1,17	0	-1
MPS30	422	1,00	5,00	2,83	1,18	0	-1
MPS31	420	1,00	5,00	3,71	1,06	0	0
MPS32	421	1,00	5,00	2,03	1,14	1	0
MPS33	421	1,00	5,00	2,72	1,28	0	-1
MPS34	422	1,00	5,00	2,29	1,25	1	-1
MPS35	420	1,00	5,00	1,80	1,13	1	1

Come si può notare dalla tabella, nessun valore di skewness e di curtosi supera il valore critico di 1. Pertanto possiamo ritenere che le distribuzioni delle risposte date dai soggetti agli item del test non si discostino significativamente dalla distribuzione normale.

Analisi della dimensionalità del test

Per verificare quali e quante dimensioni possono essere identificate a partire dai 35 item che compongono questa versione del test è stata effettuata un'analisi delle componenti principali.

La figura 5.1 riporta lo *scree plot* degli autovalori (*eigenvalue*), mentre nella tabella 5.2 sono riportate, oltre agli autovalori, anche le percentuali di varianza spiegata da ogni componente e la percentuale cumulata della varianza spiegata.

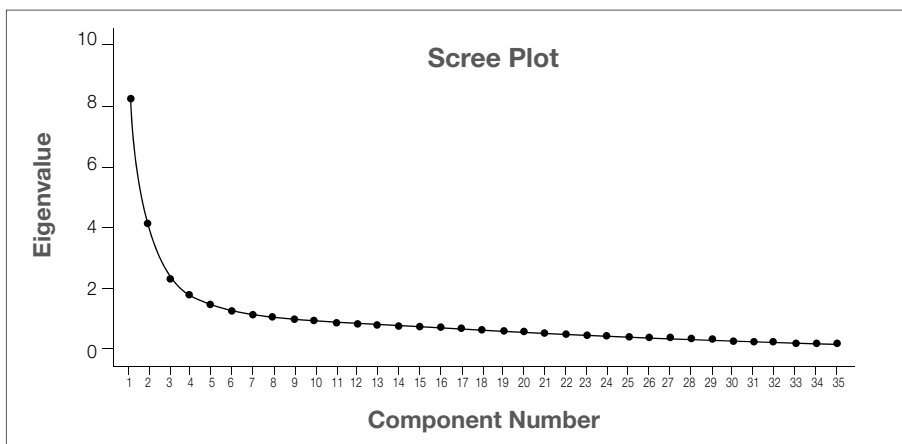


Fig. 5.1 Rappresentazione grafica (scree plot) degli autovalori (*eigenvalue*) per ogni componente estratta.

TABELLA 5.2

Autovalori, percentuale di varianza spiegata e percentuale di varianza spiegata cumulata per ogni componente estraibile (da 1 a 35)

Componente	Autovalori	% di varianza	% di varianza cumulata
1	8,245	23,556	23,556
2	4,105	11,729	35,285
3	2,235	6,385	41,671
4	1,845	5,270	46,941
5	1,339	3,827	50,768
6	1,223	3,496	54,263
7	1,117	3,191	57,454
8	0,963	2,751	60,205
9	0,919	2,626	62,831
10	0,882	2,521	65,352
11	0,804	2,297	67,649
12	0,783	2,238	69,886

Componente	Autovalori	% di varianza	% di varianza cumulata
13	0,759	2,169	72,056
14	0,729	2,084	74,140
15	0,704	2,010	76,150
16	0,670	1,913	78,063
17	0,642	1,835	79,898
18	0,619	1,769	81,667
19	0,593	1,696	83,363
20	0,543	1,550	84,913
21	0,514	1,467	86,380
22	0,478	1,367	87,747
23	0,467	1,334	89,082
24	0,435	1,242	90,323
25	0,422	1,204	91,527
26	0,407	1,164	92,692
27	0,368	1,050	93,742
28	0,329	0,941	94,683
29	0,326	0,931	95,614
30	0,312	0,891	96,504
31	0,279	0,797	97,302
32	0,271	0,775	98,077
33	0,252	0,719	98,795
34	0,241	0,688	99,483
35	0,181	0,517	100,000

Sette fattori presentano autovalori superiori a 1; 4 fattori singolarmente spiegano almeno il 5% della varianza; inoltre, l'esame dello scree plot suggerisce di scegliere 4 fattori. Dal momento che due criteri su tre convergono sulla presenza di 4 fattori, si decide di optare per questa scelta. Con 4 componenti, la percentuale di varianza spiegata risulta pari al 46,94%.

La tabella 5.3 riporta le saturazioni fattoriali degli item e le comunalità che non sono mai inferiori al 25%. La prima e la quarta componente risultano correlate fra loro ($r = 0,40$). Pertanto si decide di adottare una rotazione obliqua.

TABELLA 5.3

Matrice di saturazione degli item (dopo rotazione oblimin) e comunaltà.

La matrice riporta tutti i punteggi di saturazione superiori a 0,10 (le saturazioni uguali o inferiori a 0,10 sono state omesse dalla tabella).

Gli item sono presentati in ordine di saturazione decrescente

	Componenti				Comunalità
	1	2	3	4	
MPS23	0,720	-0,135			0,581
MPS21	0,664			0,142	0,545
MPS14	0,646				0,405
MPS10	0,635	0,118		-0,147	0,382
MPS25	0,606			0,197	0,506
MPS34	0,595			0,120	0,434
MPS13	0,592		-0,149		0,437
MPS9	0,585			0,115	0,428
MPS18	0,542		-0,351		0,442
MPS28	0,536		0,115	0,188	0,394
MPS17	0,494	0,101	0,183	0,117	0,320
MPS32	0,494		0,323	0,200	0,408
MPS33	0,485		0,312		0,310
MPS24	0,435		-0,304	-0,120	0,284
MPS7	-0,133	0,817	0,179	0,137	0,656
MPS27		0,810	0,135		0,636
MPS8		0,785			0,653
MPS29	0,171	0,779			0,670
MPS31		0,774	-0,112		0,633
MPS2	0,112	0,656			0,475
MPS19			-0,702	0,155	0,586
MPS12			-0,642	0,251	0,548
MPS16	-0,177	0,329	-0,510		0,418
MPS4	0,319		-0,476		0,411
MPS30	0,304	0,207	-0,438	0,146	0,474
MPS1	-0,100		-0,404	0,339	0,281
MPS6	0,322	0,289	-0,400		0,428
MPS15				0,717	0,534

	Componenti				Comunalità
	1	2	3	4	
MPS20			-0,252	0,680	0,610
MPS11			-0,223	0,674	0,566
MPS26				0,661	0,415
MPS5				0,619	0,366
MPS35	0,187		0,111	0,585	0,456
MPS3				0,489	0,307
MPS22	0,350	-0,129	0,182	0,420	0,432

Gli item che presentano le saturazioni principali sul primo fattore sono tutti gli item della scala Preoccupazione per gli errori (CM) e tutti gli item della scala Dubbi sulle azioni (D) della versione originaria. Il secondo fattore comprende tutti gli item della scala di Organizzazione (O). Il terzo fattore comprende tutti gli item della scala Standard Personali elevati tranne uno (l'item 24: «Alcune persone si accontentano di ottenere risultati inferiori a quelli che mi propongo io») che non satura su quel fattore e l'item 1 («I miei genitori hanno stabilito per me standard molto elevati») che, originariamente, faceva parte della scala di Aspettative genitoriali. L'ultimo fattore, infine, comprende tutti gli item che originariamente facevano parte delle due scale definite da Frost e collaboratori Aspettative genitoriali elevate (PE) tranne il primo (che, come si è detto, satura sul terzo fattore) e Critiche genitoriali (PC).

Attendibilità

Per valutare l'attendibilità delle 4 scale risultate dall'analisi precedente è stato calcolato il coefficiente alfa di Cronbach per ciascuna di esse. I risultati sono riportati rispettivamente nelle tabelle 5.4, 5.5, 5.6 e 5.7. Nelle tabelle vengono riportati: gli indici alfa di Cronbach per ciascuna scala e, per ogni item incluso nella scala, la media, la varianza e il valore di alfa che si otterrebbero se l'item fosse escluso dalla scala stessa.

Validità concorrente e intercorrelazioni fra le scale del test MPS

Per valutare la validità concorrente delle 4 scale sono stati calcolati i coefficienti di correlazione dei singoli punteggi di scala con il punteggio di perfezionismo ottenuto dalla scala di Perfezionismo (PE) dell'EDI-2. I coefficienti di correlazione

ottenuti sono $r = 0,61$, $r = 0,49$, $r = 0,52$, $r = 0,26$ rispettivamente per le scale PS (Standard Personali), PEPC (Aspettative e Critiche genitoriali), CMD (Preoccupazione e Dubbi sulle azioni), O (Organizzazione). Tutti i coefficienti risultano statisticamente significativi ($p < 0,05$).

TABELLA 5.4
Analisi dell'attendibilità della scala di Preoccupazioni per gli errori e Dubbi sulle azioni (CMD) (alfa di Cronbach = 0,86)

	Media dell'item	Deviazione standard dell'item	Correlazione item-totale corretta	Alfa di Cronbach dopo eliminazione dell'item
MPS23	1,90	1,18	0,66	0,84
MPS21	2,16	1,18	0,66	0,84
MPS14	2,16	1,23	0,52	0,85
MPS10	3,16	1,20	0,47	0,86
MPS25	1,73	1,03	0,62	0,85
MPS34	2,29	1,25	0,54	0,85
MPS13	1,90	1,09	0,53	0,85
MPS9	2,39	1,32	0,55	0,85
MPS18	2,94	1,33	0,46	0,86
MPS28	2,33	1,29	0,51	0,85
MPS17	2,94	1,19	0,47	0,85
MPS32	2,04	1,14	0,48	0,85
MPS33	2,72	1,28	0,40	0,86
MPS24	2,91	1,31	0,36	0,86

TABELLA 5.5
Analisi dell'attendibilità della scala di Organizzazione (O) (alfa di Cronbach = 0,87)

	Media dell'item	Deviazione standard dell'item	Correlazione item-totale corretta	Alfa di Cronbach dopo eliminazione dell'item
MPS7	3,78	1,25	0,68	0,84
MPS27	3,98	1,07	0,68	0,84
MPS8	4,02	0,96	0,71	0,84

	Media dell'item	Deviazione standard dell'item	Correlazione item-totale corretta	Alfa di Cronbach dopo eliminazione dell'item
MPS29	3,64	1,17	0,69	0,84
MPS31	3,71	1,06	0,70	0,84
MPS2	4,07	0,99	0,55	0,87

TABELLA 5.6
Analisi dell'attendibilità della scala di Standard personali elevati (PS)
(alfa di Cronbach = 0,76)

	Media dell'item	Deviazione standard dell'item	Correlazione item-totale corretta	Alfa di Cronbach dopo eliminazione dell'item
MPS19	2,73	1,19	0,63	0,69
MPS12	2,33	1,16	0,57	0,71
MPS16	3,60	1,03	0,33	0,76
MPS4	2,25	1,25	0,46	0,73
MPS30	2,83	1,18	0,48	0,73
MPS1	2,74	1,08	0,34	0,75
MPS6	3,58	1,15	0,50	0,72

TABELLA 5.7
Analisi dell'attendibilità della scala di Aspettative e critiche genitoriali (PEPC) (alfa di Cronbach = 0,81)

	Media dell'item	Deviazione standard dell'item	Correlazione item-totale corretta	Alfa di Cronbach dopo eliminazione dell'item
MPS15	1,70	1,05	0,61	0,78
MPS20	2,00	1,10	0,61	0,78
MPS11	2,01	1,11	0,60	0,78
MPS26	2,19	1,24	0,49	0,79
MPS5	2,11	1,28	0,45	0,80
MPS35	1,80	1,13	0,54	0,79
MPS3	1,77	1,05	0,41	0,80
MPS22	1,98	1,14	0,49	0,79

Sono stati calcolati anche i coefficienti di correlazione fra le 4 scale del test. La correlazione fra le scale PEPC e CMD è elevata e statisticamente significativa ($r = 0,57$; $p < 0,001$). La correlazione fra le scale PS e O benché statisticamente significativa è più piccola ($r = 0,31$; $p < 0,001$) e spiega una porzione di varianza anche minore rispetto a quella spiegata dalle correlazioni fra la scala PS e, rispettivamente, le scale PEPC e CMD ($r = 0,40$, $p < 0,001$; $r = 0,42$, $p < 0,001$). Queste ultime, infine, non sono correlate con la scala O (rispettivamente $r = 0,03$ e $r = 0,12$).

Differenze di genere ed età

Per valutare se i punteggi differiscono sulla base di variabili quali il genere e l'età, i partecipanti sono stati suddivisi in due fasce d'età: fino a 30 anni, 31 anni o più e sono state condotte quattro analisi della varianza fattoriali univariate in cui sono stati confrontati i punteggi riportati da maschi e femmine e dalle due fasce d'età nelle 4 scale del test. I risultati delle analisi evidenziano un effetto principale statisticamente significativo per il fattore genere nella scala di Standard Personali ($F_{(1,268)} = 10,8$; $p = 0,001$): i maschi riportano punteggi più alti ($M = 21,3$, $DS = 5,4$) delle femmine ($M = 19,6$; $DS = 5,0$). Evidenziano, inoltre, un effetto principale significativo per il fattore età nella scala di Organizzazione ($F_{(1,277)} = 6,2$; $p = 0,013$): i soggetti di età superiore ai 30 anni riportano punteggi più elevati ($M = 24,8$; $DS = 4,3$) rispetto ai soggetti più giovani ($M = 23,2$; $DS = 5,0$). Nessuna interazione risulta statisticamente significativa, né alcun effetto è risultato significativo per quanto riguarda le rimanenti due scale. Le statistiche descrittive (numero di casi, punteggio minimo e massimo, media e deviazione standard) sono riportate nella tabella 5.8. La tabella riporta le statistiche relative all'intero gruppo di partecipanti per quanto riguarda le scale PEPC e CMD e ai partecipanti suddivisi in base al genere per la scala di Standard Personali (PS) e in base all'età per la scala di Organizzazione (O).

TABELLA 5.8

Statistiche descrittive (numero di casi, punteggio minimo e massimo, media e deviazione standard). Sono riportate statistiche differenziate per maschi e femmine nella scala di Standard Personali (PS) e per gruppo di età nella scala di Organizzazione (O). Per le altre scale (Aspettative e Critiche genitoriali – PEPC; Preoccupazione e Dubbi sulle azioni – CMD) le statistiche riguardano l'intero gruppo

PS	N	Minimo	Massimo	Media	DS
Femmine	281	9,00	34,00	19,64	4,98
Maschi	112	9,00	34,00	21,13	5,38

PS	N	Minimo	Massimo	Media	DS
Fino a 30 anni	141	8,00	30,00	23,21	4,97
31 anni o più	140	12,00	30,00	24,85	4,33
PEPC	N	Minimo	Massimo	Media	DS
	397	8,00	37,00	15,46	5,95
CMD	N	Minimo	Massimo	Media	DS
	409	14,00	68,00	33,46	10,19

Discussione e conclusioni

Questo studio è stato condotto per ottenere una versione italiana valida e affidabile del questionario Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990).

Lo studio è stato condotto in due fasi, una prima fase finalizzata alla messa a punto della versione italiana definitiva e una seconda fase di valutazione delle caratteristiche psicometriche della versione definitiva.

Nella prima versione il test ha dimostrato di possedere validità di contenuto, intesa come chiarezza e univocità interpretativa delle istruzioni e degli item. Tuttavia, le risposte ottenute in tre dei 35 item presentavano una distribuzione non normale. Si trattava di due item (7 e 27) che, nella versione originaria, facevano parte della scala Organizzazione e di un item (il 3) che nella versione originaria facevano parte della scala Critiche genitoriali. Probabilmente, non essendo stata effettuata la back-translation, la formulazione italiana degli item ha enfatizzato eccessivamente alcuni aspetti che hanno potuto indurre nel rispondente una maggiore desiderabilità sociale. Da qui, quindi, le risposte molto concentrate nella parte estrema, socialmente desiderabile, della scala. Questi item sono stati, pertanto, riformulati e la versione definitiva proposta a un gruppo di oltre 400 rispondenti. Nella nuova versione tutti gli item presentano una distribuzione normale; tuttavia, va notato che, anche in questa seconda versione, la mancanza di back-translation potrebbe costituire un limite dello studio, nonostante la normalità della distribuzione delle risposte.

L'analisi delle componenti principali ha evidenziato una struttura fattoriale sovrapponibile a quella ottenuta da Strober (1998). Sembrerebbe, quindi, che, anche nella versione italiana, la MPS misuri 4 dimensioni anziché 6. Di queste, due catturano aspetti positivi del perfezionismo, la tendenza a porsi standard personali elevati (scala PS, Standard Personali) e la tendenza a preferire l'ordine e l'organizzazione (scala O, Organizzazione). Le altre due dimensioni colgono gli

aspetti negativi del perfezionismo, ovvero la tendenza a preoccuparsi eccessivamente di commettere errori (scala CM, Concern over Mistakes) e a porsi dubbi eccessivi sulle proprie azioni (scala D) e la presenza di genitori ipercritici e con aspettative eccessivamente elevate nei confronti dei figli.

La consistenza interna delle 4 scale risulta molto soddisfacente e l'eliminazione di nessun item accresce l'attendibilità delle scale.

Anche la validità concorrente risulta soddisfacente. Questo aspetto della validità del test è stato misurato attraverso il calcolo del coefficiente di correlazione fra i punteggi di scala e il punteggio ottenuto nella scala PE del test EDI-2. I coefficienti sono sempre positivi e significativi e la porzione di varianza spiegata dalla correlazione è sempre uguale o superiore al 24%, con un'unica eccezione: la scala di Organizzazione. In questo caso, infatti, benché statisticamente significativo, il coefficiente di correlazione risulta piccolo e la varianza spiegata molto limitata (7%). Questo risultato non è inatteso in quanto la componente «organizzazione» del perfezionismo non è molto correlata con le dimensioni negative del perfezionismo misurate dallo stesso test MPS, come risulta dal pattern di correlazioni fra le scale ottenuto in questo studio e come viene riportato anche da altri autori (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990; Strober, 1998). Similmente a quanto riportato da Strober (1998), inoltre, la correlazione fra le due dimensioni positive del perfezionismo è più debole ($r = 0,31$) della correlazione fra la scala PS e le due scale che misurano le dimensioni negative del perfezionismo (PEPC e CMD). Questo pattern di risultati non solo è coerente con quello riportato da Strober stesso che, per primo, ha proposto una struttura fattoriale del test a 4 e non a 6 dimensioni, ma anche con l'idea suggerita dallo stesso autore, che il test sia costituito da tre scale centrali (Parental Expectations e Criticism, PEPC; Concern over Mistakes e Doubting of actions, CMD e PS, Personal Standard) e una supplementare. La scala supplementare, più delle altre, potrebbe permettere di cogliere gli aspetti positivi del perfezionismo.

In conclusione, quindi, i risultati di questo studio nel loro complesso indicano che la versione italiana così ottenuta possa essere considerata valida e affidabile. Sono necessari altri studi, tuttavia, che forniscano indicazioni ulteriori sulla validità concorrente e divergente del test e sulla sua attendibilità test-retest.

Alcuni limiti dello studio presente vanno, infine, menzionati. Fra questi, in particolare si può citare la mancanza di un campione clinico cui confrontare i risultati (in termini di struttura fattoriale, attendibilità e validità) ottenuti nel campione non clinico e l'impossibilità di valutare l'eventuale esistenza di differenze in funzione dello status socio-economico e del livello di istruzione dei partecipanti. Il campione di standardizzazione del test dovrebbe includere confronti in tal senso prima di fornire le opportune indicazioni normative.

Bibliografia

- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R.O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. In R.O. Frost, & G. Steketee (Eds.). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment* (91-105). Oxford: Pergamon Press.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Hamaceck, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P.L., & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: contextualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Lombardo, C. (2008). Adattamento italiano della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (3), 31-46.
- Rizzardi, M., Trombini, E., & Trombini, G. (1995). *EDI-2 – Eating Disorder Inventory-2, Manuale d'uso*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Shafran, R., Zafra Cooper Z., & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research Therapy*, 40, 773-791.
- Strober, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale Revisited: more perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481-491.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. New York: Harper & Row Publishers.

Multidimensional Perfectionism Scale – MPS

Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990

Adattamento italiano a cura di Lombardo, 2008

Le domande che seguono descrivono comportamenti, atteggiamenti ed esperienze che caratterizzano la maggior parte di noi. Non ci sono risposte giuste o sbagliate ma solo risposte con cui puoi essere d'accordo o meno. Per rispondere fai un cerchio attorno al numero che indica quanto sei d'accordo con ciascuna affermazione.

Rispondi tenendo presente la scala seguente:

1	2	3	4	5
Forte disaccordo			Forte accordo	

1. I miei genitori hanno stabilito per me standard molto elevati	1	2	3	4	5
2. Per me, l'organizzazione è molto importante	1	2	3	4	5
3. Quando ero bambino venivo sgridato se quello che facevo era impreciso	1	2	3	4	5
4. Se non mi imponessi degli standard molto elevati, finirei col diventare una persona di second'ordine	1	2	3	4	5
5. I miei genitori non hanno mai cercato di comprendere i miei errori	1	2	3	4	5
6. È importante per me essere perfettamente competente in ogni cosa che faccio	1	2	3	4	5
7. Sono una persona ordinata	1	2	3	4	5
8. Cerco di essere una persona organizzata	1	2	3	4	5
9. Se dovessi fallire a scuola/sul lavoro sarei un fallimento come persona	1	2	3	4	5
10. Commettere degli errori mi farebbe sentire a disagio	1	2	3	4	5
11. I miei genitori volevano che io fossi il migliore in ogni cosa	1	2	3	4	5
12. Mi sono posto obiettivi più alti della maggior parte delle persone	1	2	3	4	5
13. Se qualcuno a scuola/sul lavoro fa qualcosa meglio di me, mi sento come se avessi sbagliato tutto	1	2	3	4	5

14. Se sbaglio anche solo in parte mi sento male come se avessi sbagliato tutto	1	2	3	4	5
15. Nella mia famiglia, solo risultati brillanti vengono considerati accettabili.	1	2	3	4	5
16. Sono molto bravo nel concentrare i miei sforzi per il raggiungimento di un obiettivo	1	2	3	4	5
17. Anche quando presto molta attenzione nel fare le cose, ho spesso la sensazione che non tutto sia stato svolto adeguatamente	1	2	3	4	5
18. Odio commettere errori	1	2	3	4	5
19. Ho degli obiettivi estremamente elevati	1	2	3	4	5
20. I miei genitori si aspettano da me l'eccellenza	1	2	3	4	5
21. Se commettessi degli errori, probabilmente le persone avrebbero meno considerazione di me	1	2	3	4	5
22. Non mi sono mai sentito in grado di soddisfare le aspettative dei miei genitori	1	2	3	4	5
23. Se non facessi le cose bene come gli altri mi sentirei un essere inferiore	1	2	3	4	5
24. Alcune persone si accontentano di ottenere risultati inferiori a quelli che mi propongo io	1	2	3	4	5
25. Se non raggiungo sempre ottimi risultati le persone non mi rispetteranno	1	2	3	4	5
26. I miei genitori hanno sempre avuto aspettative più alte delle mie per il mio futuro	1	2	3	4	5
27. Cerco di essere una persona ordinata	1	2	3	4	5
28. Metto in dubbio anche le cose più semplici che faccio quotidianamente	1	2	3	4	5
29. La precisione è molto importante per me	1	2	3	4	5
30. Nelle cose che faccio quotidianamente cerco di ottenere dei risultati migliori della maggior parte delle altre persone	1	2	3	4	5
31. Sono una persona organizzata	1	2	3	4	5
32. Nel mio lavoro, tendo a rimanere indietro perché ritorno più volte sulle stesse cose	1	2	3	4	5
33. Mi serve molto tempo per fare bene alcune cose	1	2	3	4	5
34. Meno errori faccio, più gli altri mi apprezzeranno	1	2	3	4	5
35. Non mi sono mai sentito in grado di raggiungere gli standard dei miei genitori	1	2	3	4	5

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

Per calcolare il punteggio di scala si sommano i punteggi riportati dal soggetto negli item che compongono ciascuna scala (come specificato di seguito). Nessun punteggio va invertito.

Scala PS	Scala O	Scala CMD	Scala PEPC
MPS1	MPS2	MPS9	MPS3
MPS4	MPS7	MPS10	MPS5
MPS6	MPS8	MPS13	MPS11
MPS12	MPS27	MPS14	MPS15
MPS19	MPS29	MPS17	MPS20
MPS16	MPS31	MPS18	MPS22
MPS30		MPS21	MPS26
		MPS23	MPS35
		MPS24	
		MPS25	
		MPS28	
		MPS32	
		MPS33	
		MPS34	

PS	N	Minimo	Massimo	Media	DS
Femmine	281	9,00	34,00	19,64	4,98
Maschi	112	9,00	34,00	21,13	5,38
PS	N	Minimo	Massimo	Media	DS
Fino a 30 anni	141	8,00	30,00	23,21	4,97
31 anni o più	140	12,00	30,00	24,85	4,33
PEPC	N	Minimo	Massimo	Media	DS
	397	8,00	37,00	15,46	5,95
CMD	N	Minimo	Massimo	Media	DS
	409	14,00	68,00	33,46	10,19

La precedente tabella illustra i punteggi medi (e deviazioni standard) relativi alle singole scale.

Sono indicati punteggi differenti per maschi e femmine solo nella scala in cui si è riscontrata una differenza statisticamente significativa per il genere (scala PS). Sono riportati punteggi differenti per le fasce d'età considerate solo nella scala in cui si è riscontrata una differenza statisticamente significativa per l'età (scala O).

Naive Ideas Survey: un questionario per valutare le teorie psicologiche naïf

Antonio Scarinci, Roberto Lorenzini, Giovanni Maria Ruggiero e Sandra Sassaroli

«Studi Cognitivi», Scuola di terapia cognitiva, Milano

Introduzione

La base teorica della terapia cognitivo-comportamentale assume che la sofferenza emotionale dipenda dalle credenze disfunzionali che il paziente intrattiene sul mondo, se stesso e gli altri. A queste cognizioni si possono aggiungere quelle che il paziente nutre sui fattori che hanno favorito l'insorgenza del suo stesso disturbo e sui metodi di cura di conseguenza più appropriati. Secondo Furnham, Callahan e Rawles (2003) queste credenze spesso fraintendono la natura del disturbo e derivano principalmente da fonti non specialistiche. Possono concorrere a mantenere il disturbo, impedendone l'autonoma risoluzione da parte del paziente attivando circoli viziosi di mantenimento che trasformano una normale esperienza di sofferenza emotiva, che normalmente spinge il sistema a un cambiamento, in un disturbo psicopatologico vero e proprio che si stabilizza anche a motivo dei tentativi inadeguati che il paziente mette in atto per risolverlo. Quindi è opportuno accertarsi dell'esistenza di questo tipo di credenze e promuoverne il trattamento cognitivo nella fase iniziale della terapia, in modo da favorire un atteggiamento collaborativo.

Le credenze e i pregiudizi del paziente appartengono alla cosiddetta psichiatria popolare (*folk psychiatry*) (Haslam, 2005), un ambito degli studi socio-psicologici sul senso comune. La psichiatria popolare è un modello socio-cognitivo che studia le cognizioni dell'uomo della strada sulla sofferenza mentale. Furnham, Pereira e Rawles (2001) hanno svolto una ricerca sulle concezioni non professionali o cosiddette «laiche»¹ della psicoterapia per indagare le credenze sui fattori di cura e

¹ Con «laico» in questo articolo intendiamo tutto ciò che concerne gli individui non addetti alle professioni psicologiche.

l'efficacia di varie terapie per quattro differenti disturbi. L'analisi fattoriale mostrava che i partecipanti laici allo studio concepivano quattro fattori di cura: cognitivi, comportamentali, fisici e razionali. Secondo Haslam (2005), i laici concepiscono la sofferenza mentale usando quattro categorie: patologizzazione (*pathologizing*), moralizzazione (*moralizing*), medicalizzazione (*medicalizing*) e psicologizzazione (*psychologizing*). Le quattro dimensioni hanno distinti significati cognitivi. *Patologizzazione* è il giudizio che un certo comportamento o stato mentale sia anormale e deviante. *Moralizzazione* è la convinzione che l'individuo sia moralmente responsabile del suo disturbo. *Medicalizzazione* riflette la convinzione che il disturbo abbia una base fisica. *Psicologizzazione*, infine, attribuisce la sofferenza a disfunzioni psicologiche.

La psicologia naïf è un ambito strettamente correlato ma non del tutto sovrapponibile a quello della psicologia popolare (Jorm et al., 1997; Phillips, 2000).

La psicologia popolare riguarda lo sviluppo di teorie proto-scientifiche che appartengono al campo della storia del pensiero scientifico, mentre la psicologia naïf appartiene al campo della metacognizione ed è un termine con il quale Clark (1987) ha indicato lo studio della facoltà umana di riconoscere, comprendere e interpretare gli stati d'animo propri e altrui, allo scopo di spiegare e prevedere il comportamento normale e patologico. La psicologia naïf è una vera e propria teoria della mente, una facoltà soggettiva di spiegare e prevedere comportamenti propri e altrui. Ha carattere universale, è indipendente da altre capacità cognitive del soggetto e si sviluppa progressivamente attraverso stadi ben precisi. Lo sviluppo del ragionamento intenzionale che si innesta sulla maturazione della psicologia ingenua porta alla psicologia del senso comune che si fonda, quindi, sulla prima, preordinata in senso ontogenetico e filogenetico (Meini, 2001).

Un ambito particolare delle teorie naïf è quello che riguarda l'origine e la cura delle malattie. Il concetto di teorie naïf della malattia proviene dalla psicologia tedesca, dove si usano i termini di «Naivetheorien» (teorie naïf), «subjektive Krankheitstheorien» (teorie soggettive delle malattie), «Alltagstheorien» (teorie della vita quotidiana), e «Laientheorien» (teorie laiche). Faller (1997) ha definito le teorie soggettive della malattia come le rappresentazioni dei pazienti sulle cause e sul miglior trattamento delle proprie malattie. La base teorica del concetto trae origine dalla concezione di Kelly (1955) dell'uomo come scienziato. Questa visione permetteva di spostarsi dalla rappresentazione del paziente come attore passivo e gerarchicamente sottomesso a una come soggetto attivo che formula ipotesi e costruisce sia la sua sofferenza che la sua guarigione. Anche Robbins e Kirmayer (1991) e poi Scharloo e Kaptein (1997) hanno descritto le caratteristiche dei modelli laici delle malattie, modelli che includono idee sulle cause, il decorso, le conseguenze e la curabilità di una malattia.

Tutti questi teorici hanno ritenuto che le idee del paziente sono fattori in grado di influenzare l'andamento positivo della cura, o l'efficacia della psicoterapia. Secondo Faller (2000) le aspettative del paziente si suddividono in quattro classi: *interpersonali*, *orientate all'introspezione*, *passive* e *somatiche*. Le concezioni interpersonali e quelle orientate all'introspezione sono le più frequenti e sono correlate con una maggiore qualità dell'alleanza terapeutica, con credenze di locus of control interno e con teorie naïf interiori della sofferenza, secondo le quali il problema da risolvere risiede dentro se stessi e non nel mondo esterno o negli altri. Sempre secondo Faller (2000) i più importanti obiettivi terapeutici dei pazienti in psicoterapia sono l'incremento dell'insight, delle capacità sociali e dell'assertività. Sebbene gli obiettivi individuali non possano essere ricondotti del tutto a teorie naïf, essi sono correlati con le attribuzioni causali relative alla sofferenza e condizionano fortemente le aspettative terapeutiche dei pazienti, in particolare circa i ruoli che paziente e terapeuta sono chiamati a svolgere durante il trattamento. Faller, inoltre, ha notato che le teorie soggettive di malattia sono altamente correlate con le aspettative del paziente («*Behandlungserwartung*»), a loro volta correlate con stati di ansia e paura. Questi stati d'ansia possono influenzare negativamente il decorso del disturbo e da un punto di vista cognitivo risultano importanti per comprenderne lo sviluppo e il mantenimento (Faller, 1998; Flick, 1998).

Una buona concordanza tra le aspettative del paziente e quelle del terapeuta sulla natura della sofferenza e su quale sia il meccanismo di azione della terapia influenza positivamente il decorso del disturbo, nonché l'efficacia e l'efficienza del trattamento (Chance, 1959; Gleidman, Gantt e Teitelbaum, 1957; Goldstein, 1962; Mancini, Sassaroli e Semerari, 1984; Strupp, 1995).

Zenz, Bischoff e Hrabal (1996) hanno costruito un modello multidimensionale delle teorie naïf dei pazienti e un questionario corrispondente, il *Patiententheoriefragebogen* (PATEF, *Questionario delle teorie del paziente*). Secondo questi autori, le teorie naïf sono classificabili in cinque classi: a) «*Psychosozial außen*» (fattori psicosociali esterni); b) «*Psychosozial innen*» (fattori psicosociali interni); c) «*Gesundheitsverhalten*» (comportamenti poco salubri, come passare troppo tempo fuori casa); d) «*Naturalistisch außen*» (fattori ambientali esterni); e) «*Naturalistisch innen*» (fattori ambientali interni/corporei). Il modello di Zenz, Bischoff e Hrabal è molto interessante e lo strumento di valutazione che hanno messo a punto è psicometricamente valido. Tuttavia, questo modello non copre aree che potrebbero aumentare la comprensione del tema delle teorie naïf e di come queste influenzino il decorso terapeutico. Il modello di Zenz, Bischoff e Hrabal, infatti, include non solo fattori psicologici, ma anche fisici, ambientali e corporei. Per esempio contiene item che riguardano la circolazione del sangue, le infezioni, le ferite e generiche condizioni di salute. Tra l'altro sono elencati tra le cause di

malattia sintomi ed emozioni (ansia, paura) che non costituiscono, di norma, una spiegazione. Sono incluse inoltre condizioni ambientali ed ecologiche («va poco all'aria aperta»; «non sopporta le condizioni climatiche del luogo dove vive»). In sostanza più che di teorie naïf sulla sofferenza psicologica si trattano teorie sulle condizioni generali di salute. All'interno di questo insieme più ampio sono incluse le cause dei disturbi mentali che costituiscono un sottoinsieme specifico.

Le stesse osservazioni valgono per il lavoro di Faller (1997; 1998; 2000) che ha formulato tre questionari sugli scopi della terapia, sulle aspettative del trattamento, e sulle cause della malattia. Sia Faller che Zenz, Bischoff e Hrabal non prendono in considerazione le teorie della cura e non organizzano gli item in classi di teorie della cura e della sofferenza psichica.

Il nostro tentativo cerca di essere più sistematico e di offrire al terapeuta un questionario valido per svelare le teorie naïf del paziente, in modo da trattarle preliminarmente, qualora siano incompatibili con l'approccio professionale del terapeuta e avere, dunque, la possibilità di rendere il processo terapeutico più efficace ed efficiente.

Nella costruzione del nostro strumento, facendo riferimento ai lavori di Faller e Furnham sopra citati, abbiamo considerato due tipi di teorie psicologiche naïf, particolarmente interessanti per il clinico: le *teorie della sofferenza* e le *teorie della cura*. L'esperienza clinica e gli studi di Weiner (1986) e di Heider (1972) sull'attribuzione causale ci hanno spinto a ipotizzare l'esistenza di due grandi categorie di teorie naïf, quelle che attribuiscono la sofferenza e i fattori di cura a cause esterne e quelle che rimandano a cause interne. Questa grande bipartizione può essere ulteriormente scomposta tenendo in considerazione che le cause possono essere presenti o passate a seconda che l'esperienza sia stata già vissuta o si stia vivendo al momento. Le teorie che vedono la causa della sofferenza attribuita all'interno del soggetto hanno un'aspettativa di cambiamento centrata sul paziente, idonea a un lavoro psicoterapeutico. Invece le teorie che fanno risalire la causa del disagio all'esterno generano un'attesa di cambiamento dell'esterno, impossibile da ottenere direttamente in psicoterapia, se non come conseguenza proprio di un mutato atteggiamento del paziente stesso che dunque resta sempre il vero attore del cambiamento (Lorenzini e Sassaroli, 2000).

Non sempre si riscontrano teorie coerenti o univoche. È possibile che vi siano diverse teorie presenti e quindi esse vanno valutate e misurate in relazione all'importanza relativa che hanno per il soggetto. E non è detto che a una teoria della sofferenza corrisponda una teoria della cura coerente. Se il soggetto crede di soffrire per la sua eccessiva introversione non necessariamente la sua teoria della cura sarà centrata sul cambiamento di questo aspetto del suo carattere. Il soggetto stesso potrebbe per esempio ritenere che, se avesse accanto delle persone disponibili

e accettanti, la sua sofferenza ne trarrebbe beneficio. È necessario pertanto valutare sia le teorie della sofferenza sia quelle della cura per avere ben chiare le aspettative del paziente sulla terapia.

Le teorie psicologiche naïf, se molto distanti dalle teorie usate dal terapeuta per spiegarsi il funzionamento mentale, possono essere d'ostacolo al cambiamento psico-terapeutico, possono creare incomprensioni, spesso male interpretate come resistenze, e inoltre possono rappresentare un fattore di mantenimento della patologia perché spingono il paziente a cercare soluzioni al suo problema in una direzione infruttuosa.

Questo studio presenta un modello e un questionario di misurazione delle teorie naïf dei disturbi psicologici che rileva non solo le teorie sulle cause del disturbo ma anche le teorie della cura. L'importanza clinica dello studio risiede nell'influenza che queste teorie possono esercitare sul decorso della malattia. Secondo molti autori, l'affinità tra teorie professionali del terapeuta e teorie naïf del paziente è un forte predittore dell'alleanza terapeutica e quindi dell'esito del trattamento (Kelly, 1955; Cartwright e Cartwright, 1958; Goldstein, 1962; Chance, 1959; Gleidman, Gantt e Teitelbaum, 1957; Goldstein, 1962; Strupp, 1995; Mancini, Sassaroli e Temerari, 1984; Safran e Muran, 2000). La *Naive Ideas Survey* consente, integrata con il colloquio clinico, di svelare le teorie naïf e di applicare protocolli di intervento capaci di modificarle e renderle più compatibili con il modello proposto dallo psicoterapeuta.

Descrizione del questionario

La *Naive Ideas Survey* è composta di due liste di credenze relative alle cause della sofferenza e al come si può guarire. L'intervistato esprime per ogni affermazione una valutazione su una scala Likert a 5 punti che va da «fortemente d'accordo» a «fortemente in disaccordo». Le liste delle affermazioni sono state costruite avvalendosi dell'esperienza clinica di un gruppo di psicoterapeuti, della letteratura sull'argomento e di una ricerca sull'analisi del contenuto di articoli dedicati al disagio psichico pubblicati sulla stampa periodica (Caroso et al., 2000).

L'ipotesi da cui siamo partiti nella compilazione è che, nei pazienti, non vi sia l'assoluta presenza o assenza di una credenza, ma che spesso più cause e più fattori, con gradi d'importanza diversi, possano essere ritenuti responsabili della sofferenza o della guarigione. Le cause della sofferenza e della cura non presentano necessariamente un quadro coerente, ma possono sovrapporsi e formare una mappa esplorativa articolata (Lorenzini e Sassaroli, 2000).

Dalle analisi ci si attendeva una definizione delle potenzialità e dei limiti del questionario nel cogliere le teorie naïf e una verifica della formulazione teorica descritta.

Già da una precedente ricerca condotta dal nostro gruppo sull'analisi del contenuto dei periodici erano emerse una serie di teorie naïf sulla cura e sulla sofferenza proposte negli articoli delle riviste (Caroso et al., 2000). In questa ricerca il singolo articolo è stato considerato come unità di rilevazione e analizzato da un gruppo di psicoterapeuti in base a opportuni meccanismi di rotazione e di controllo delle decodifiche soggettive. Le categorie di analisi sono state classificate in base al loro significato palese e usuale. I rilevatori sono stati opportunamente addestrati e formati alla siglatura.²

Alle teorie naïf emerse dalla ricerca sul contenuto dei periodici sono state in seguito aggiunte quelle elicitate da un gruppo di psicoterapeuti che risultavano, per comune accordo, sottostanti ai principali approcci teorici (Parisella, 2002; Candilera, Iliceto e Parisella, 2002). È stata così formulata una lista, composta di 54 affermazioni, sottoposta ad analisi fattoriale con un gruppo di 144 partecipanti reclutati a caso e divisi in cinque gruppi di appartenenza: due gruppi di studenti delle scuole di specializzazione in psicoterapia, un gruppo di operatori del servizio sanitario nazionale, un gruppo di pazienti odontoiatrici, un gruppo di docenti di scuola superiore.

Studio 1

Partecipanti. I maschi erano il 35,9%, le femmine il 64,1%. Il 19% del campione presentava un'età inferiore ai 29 anni, il 53,5% presentava un'età che variava dai 29 ai 45 anni, il 27,5% presentava un'età che variava dai 46 ai 65 anni. Per grado di istruzione il campione era suddiviso nel modo seguente: il 69% laureato, il 26,1% diplomato, il 4,9% aveva conseguito la licenza media inferiore.

Procedura e risultati. È stata applicata l'analisi fattoriale ai dati ricavati dalla somministrazione del questionario. Abbiamo utilizzato il metodo delle componenti principali e la rotazione varimax, massimizzando la varianza, e cercando di identificare ogni fattore con specifiche variabili. Sono emersi cinque fattori che spiegavano il 49,7% della varianza complessiva. Gli autovalori passavano da 13,46 del primo fattore a 2,12 del quinto.

Nella maggior parte dei casi ogni variabile caricava il proprio peso solo su un fattore, facilitando l'interpretazione e l'etichettatura del fattore stesso, riconoscibile proprio in relazione all'associazione con specifiche variabili. È stata eseguita l'analisi degli item che ha confermato sia l'appartenenza degli item per ognuna delle cinque dimensioni, sia la fedeltà delle singole scale con un alfa di Cronbach del tutto soddisfacente (da 0,77 a 0,87).

² Per maggiori chiarimenti e ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alla bibliografia citata.

È stata inoltre condotta l'analisi della varianza per verificare se fossero presenti differenze significative tra i vari gruppi del campione. L'analisi della varianza ha proposto risultati significativi riguardo alla capacità discriminativa del questionario:

- *fattore 1*: differenza tendenzialmente significativa tra i gruppi ($F = 1,6$; $g.l. 4/137$; $p = 0,17$);
- *fattore 2*: differenza altamente significativa tra i gruppi ($F = 6,78$; $g.l. = 4/135$; $p = 0,001$);
- *fattore 3*: differenza significativa tra i gruppi ($F = 2,63$; $g.l. = 4/137$; $p = 0,037$);
- *fattore 4*: nessuna differenza significativa;
- *fattore 5*: differenza significativa tra i gruppi ($F = 2,91$; $g.l. = 4/135$; $p = 0,023$).

L'analisi è stata condotta anche con le variabili età, sesso e grado di istruzione e i risultati anche in questo caso hanno assunto valori significativi. Questi dati suggeriscono una discreta validità esteriore del questionario.

Inoltre, l'alfa di Cronbach dell'intera scala pari a 0,93 testimonia un'alta affidabilità della Naive Ideas Survey.

I cinque fattori emersi da questa prima analisi sono di seguito elencati:

1. cause esterne impersonali;
2. cause relative alla propria incapacità;
3. cause relative al funzionamento biochimico e del sistema nervoso;
4. cause relazionali;
5. cause cognitivo-comportamentali.

Selezionando per ogni fattore i cinque item con più alta correlazione abbiamo costruito la versione della Naive Ideas Survey riportata in appendice.

Gli item 2, 3, 4, 11, 15 riguardano il primo fattore; gli item 5, 6, 7, 10, 14 riguardano il secondo fattore; gli item 16, 17, 18, 20, 23 sono relativi al terzo fattore; gli item 1, 4, 8, 9, 10, 12 concernono il quarto fattore; gli item 13, 14, 19, 21, 22 sono inerenti al quinto fattore. Alle scale fattoriali abbiamo aggiunto l'item 24 per raccogliere le risposte di chi non ha chiara né la causa della propria sofferenza né la via per migliorarla. Occorre aggiungere che tre (4, 10, 14) dei ventiquattro item presentano una correlazione significativa con due fattori.

Questa versione della Naive Ideas Survey è stata sottoposta a una nuova analisi fattoriale con un campione di 126 partecipanti che ha confermato i risultati della prima analisi.

Studio 2

Partecipanti. Il campione di questo secondo studio era composto di 126 partecipanti selezionati casualmente dagli elenchi di una scuola di specializzazione

in psicoterapia. È stato preso in considerazione anche il personale amministrativo e di supporto alle attività logistiche.

L'intervallo di confidenza è del 95% ($p = 0,5$) e l'errore tollerato del 10%.

I partecipanti sono stati estratti attraverso l'applicazione della tavola dei numeri casuali, prendendo in considerazione le prime tre colonne e procedendo dall'alto verso il basso.

I maschi erano il 15,2%, le femmine l'84,8%. Per quanto riguarda il grado di istruzione il campione era distribuito nel modo seguente: 0,8% nessun titolo; 4,0% licenza elementare; 19% licenza media; 31% diploma; 45,2% laurea. Infine, il 23,8% aveva un'età inferiore a 29 anni, il 52,4%, un'età compresa tra 29 e 45 anni, il 23% tra 26 e 65 e lo 0,8% superiore ai 65 anni.

Procedura e risultati. L'analisi fattoriale è stata condotta sui dati ricavati dalla somministrazione del questionario. Per quanto riguarda l'analisi delle componenti principali, essa è riportata nella tabella 6.1, mentre nella tabella 6.2 sono riportate le componenti ruotate con il metodo varimax e i sette fattori estratti, relativi alle teorie della sofferenza. I risultati relativi alle teorie della cura sono riportati nelle tabelle 6.3 e 6.4. I fattori emersi sono sei.

L'alfa di Cronbach sia per le teorie della sofferenza (0,85) sia per le teorie della cura (0,87) è elevata e dimostra una buona affidabilità del questionario.

Gli item che presentano una correlazione molto alta e caricano il loro peso sui fattori sono evidenziati in grassetto nella tabella 6.2.

I risultati di questa seconda analisi fattoriale fanno emergere sette fattori relativi alle teorie della sofferenza.

1. *Cause relative alla propria incapacità/cause cognitivo-comportamentali:* il fattore è composto dagli item V5 («dalla mia mancanza di capacità»), V6 («dalla scarsa fiducia in me stesso»), V7 («dalla mia incapacità di suscitare sostegno e affetto da parte degli altri»), V21 («dal modo di vedere me stesso»), V22 («dal mio modo di valutare ciò che accade»).
2. *Cause relazionali:* gli item con una correlazione significativa sono V1 («dalla mancanza di sostegno e affetto»), V4 («dalla mancanza di una vita sessuale soddisfacente»), V10 («dall'incapacità di gestire le relazioni»).
3. *Cause esterne impersonali:* le affermazioni che compongono il fattore sono V3 («dalla presenza di forze o energie negative intorno a me»), V15 («dal mio segno zodiacale e dagli influssi astrali»).
4. *Cause relazionali:* il fattore è caricato dal peso degli item V8 («da come mi trattano gli altri») e V9 («dai conflitti con le altre persone»).
5. *Cause cognitivo-comportamentali:* le affermazioni che hanno una correlazione elevata sono la V13 («dalla rigidità delle regole cui mi attengo») e la V23 («dal fatto che ho dei vantaggi a star male»).

TABELLA 6.1
Analisi fattoriale. Teorie della sofferenza (metodo di estrazione: analisi delle componenti principali)
(reliability coefficient: $\alpha = 0,85$)

Componente	Autovalori iniziali	Varianza (%)	Varianza cumulata (%)	Pesi dei fattori non ruotati	Varianza (%)	Varianza cumulata (%)	Pesi dei fattori ruotati	Varianza (%)	Varianza cumulata (%)
V1	6,01	25,04	25,04	6,01	25,04	25,04	3,31	13,79	13,79
V2	2,38	9,93	34,97	2,38	9,93	34,97	2,46	10,25	24,04
V3	1,54	6,42	41,40	1,54	6,42	41,40	1,95	8,15	32,19
V4	1,39	5,83	47,23	1,39	5,83	47,23	1,95	8,14	40,34
V5	1,33	5,54	52,77	1,33	5,54	52,77	1,78	7,45	47,79
V6	1,20	5,01	57,77	1,20	5,01	57,77	1,78	7,43	55,22
V7	1,04	4,33	62,10	1,04	4,33	62,10	1,65	6,88	62,10
V8	0,91	3,79	65,90						
V9	0,89	3,72	69,63						
V10	0,86	3,62	73,25						
V11	0,76	3,19	76,44						
V12	0,70	2,94	79,39						
V13	0,64	2,66	82,05						
V14	0,58	2,45	84,51						
V15	0,58	2,41	86,92						
V16	0,49	2,07	89,00						
V17	0,48	2,01	91,00						
V18	0,44	1,83	92,83						
V19	0,39	1,66	94,50						
V20	0,38	1,60	96,10						
V21	0,27	1,14	97,25						
V22	0,25	1,07	98,32						
V23	0,20	0,86	99,19						
V24	0,19	0,80	100,00						

TABELLA 6.2

Matrice dei componenti ruotata (metodo di estrazione: analisi dei componenti principali; metodo di rotazione: varimax con normalizzazione di Kaiser. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 16 iterazioni. Gli item più correlati che compongono i fattori sono evidenziati in grassetto)

Item	Fattori						
	1	2	3	4	5	6	7
V1	0,08	0,69	-0,15	0,32	-0,01	0,02	0,14
V2	-0,02	0,06	0,06	0,13	0,01	0,72	0,06
V3	0,13	0,05	0,71	-0,00	0,06	0,08	0,11
V4	0,06	0,82	0,09	0,03	-0,01	0,09	0,07
V5	0,52	0,38	0,28	-0,19	0,23	0,11	-0,01
V6	0,79	0,27	-0,01	-0,02	0,09	0,18	0,02
V7	0,58	0,34	0,32	0,08	0,02	-0,07	0,06
V8	0,33	0,16	0,00	0,64	0,11	0,09	0,05
V9	0,13	0,20	0,07	0,76	0,10	0,06	0,05
V10	0,30	0,54	0,11	0,17	0,24	-0,20	0,25
V11	-0,17	-0,00	0,45	0,52	0,13	0,26	-0,05
V12	0,26	0,44	0,08	-0,04	0,42	0,21	-0,15
V13	0,05	0,14	-0,11	0,14	0,77	-0,11	0,09
V14	0,48	0,22	-0,05	0,27	0,35	0,03	0,19
V15	0,07	0,04	0,64	0,30	-0,03	-0,01	0,47
V16	0,10	0,15	0,38	0,08	0,06	0,11	0,71
V17	0,16	0,42	0,19	0,12	0,16	0,29	0,17
V18	0,11	0,19	-0,03	-0,04	0,08	0,35	0,75
V19	0,40	-0,10	-0,46	0,16	0,40	-0,08	0,16
V20	-0,04	-0,05	-0,04	0,02	0,06	0,63	0,27
V21	0,79	0,04	0,07	0,17	0,19	-0,07	0,13
V22	0,68	-0,12	-0,08	0,45	0,02	0,06	0,00
V23	0,28	-0,04	0,31	0,08	0,65	0,08	0,02
V24	0,23	0,16	0,20	0,05	-0,18	0,59	-0,01

TABELLA 6.3
Analisi fattoriale. Teorie della cura (metodo di estrazione: analisi delle componenti principali)
(reliability coefficient: $\alpha = 0,87$)

Componente	Autovalori iniziali	Varianza (%)	Varianza cumulata (%)	Pesi dei fattori non ruotati	Varianza (%)	Varianza cumulata (%)	Pesi dei fattori ruotati	Varianza (%)	Varianza cumulata (%)
B1	6,44	26,84	26,84	6,44	26,84	26,84	3,11	12,99	12,99
B2	2,36	9,86	36,70	2,36	9,86	36,70	2,96	12,35	25,34
B3	2,08	8,69	45,40	2,08	8,69	45,40	2,74	11,41	36,76
B4	1,52	6,36	51,76	1,52	6,36	51,76	2,45	10,23	46,99
B5	1,32	5,52	57,29	1,32	5,52	57,29	1,94	8,09	55,08
B6	1,01	4,23	61,53	1,01	4,23	61,53	1,54	6,44	61,53
B7	0,95	3,98	65,51						
B8	0,88	3,69	69,20						
B9	0,85	3,55	72,76						
B10	0,78	3,27	76,04						
B11	0,75	3,14	79,18						
B12	0,69	2,89	82,07						
B13	0,61	2,57	84,64						
B14	0,55	2,31	86,96						
B15	0,52	2,20	89,16						
B16	0,46	1,95	91,11						
B17	0,45	1,87	92,98						
B18	0,33	1,38	94,36						
B19	0,31	1,29	95,66						
B20	0,25	1,06	96,72						
B21	0,23	0,99	97,72						
B22	0,22	0,92	98,64						
B23	0,19	0,79	99,44						
B24	0,13	0,55	100,00						

TABELLA 6.4

Matrice dei componenti ruotata (metodo di estrazione: analisi dei componenti principali; metodo di rotazione: varimax con normalizzazione di Kaiser. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 9 iterazioni. Gli item più correlati che compongono i fattori sono evidenziati in grassetto)

Item	Fattori					
	1	2	3	4	5	6
B1	-0,09	0,18	0,03	0,03	0,79	-0,05
B2	0,27	0,16	0,20	0,13	0,09	0,52
B3	-0,06	0,20	0,73	0,11	-0,06	0,07
B4	0,41	0,16	0,43	0,09	0,38	0,26
B5	0,43	0,36	0,35	-0,07	0,24	0,39
B6	0,32	0,23	0,18	-0,02	0,62	0,03
B7	0,14	0,56	0,31	0,08	0,35	0,10
B8	0,09	0,82	0,05	-0,00	0,25	0,10
B9	0,00	0,75	0,08	0,24	0,13	0,03
B10	0,32	0,48	0,36	-0,00	0,13	0,04
B11	0,09	0,35	0,25	0,24	-0,34	0,36
B12	0,26	0,04	0,72	0,22	0,07	-0,07
B13	0,26	0,28	0,42	0,06	0,04	-0,54
B14	0,73	0,26	0,20	0,05	-0,19	-0,02
B15	-0,06	0,38	0,32	0,45	-0,22	0,13
B16	0,11	0,07	0,06	0,87	0,01	-0,10
B17	0,21	0,24	0,55	0,28	0,12	0,01
B18	0,08	0,11	0,05	0,89	0,03	0,00
B19	0,52	-0,02	0,07	0,08	0,14	-0,53
B20	0,08	0,27	-0,22	0,11	0,45	0,40
B21	0,84	-0,00	0,06	0,02	0,15	0,10
B22	0,82	0,06	0,03	0,06	0,03	-0,03
B23	0,11	0,48	0,41	-0,08	-0,00	-0,15
B24	-0,07	-0,09	0,31	0,58	0,08	0,24

6. *Cause incomprese*: gli item correlati sono V2 («dalla sfortuna»), V20 («dai problemi fisici») e V24 («non so da che cosa sia causata la mia sofferenza»).
7. *Cause relative al funzionamento biochimico e del sistema nervoso*: gli item significativamente correlati sono V16 («dal funzionamento biochimico del mio cervello») e V18 («da un malfunzionamento del mio sistema nervoso»).

Per quanto concerne le teorie della cura, gli item che presentano una correlazione molto alta e caricano il loro peso sui fattori sono evidenziati in grassetto nella tabella 6.4. I fattori emersi sono 6.

1. *Cause cognitivo-comportamentali*: le affermazioni che compongono il fattore sono B14 («se modificherò il modo di comportarmi»), B21 («se modificherò il modo di vedere me stesso») e B22 («se modificherò il mio modo di valutare ciò che accade»).
2. *Cause relazionali*: le affermazioni B8 («se gli altri mi tratteranno bene») e B9 («se non avrò conflitti con le altre persone») etichettano il fattore.
3. *Cause impersonali esterne/relazionali*: il fattore è caricato dal peso degli item B3 («se saranno presenti forze ed energie positive intorno a me») e B12 («se sarò meno introverso»).
4. *Cause relative al funzionamento biochimico e del sistema nervoso*: gli item più correlati non lasciano dubbi sull'interpretazione: B16 («se si modificherà il funzionamento bio-chimico del mio cervello») e B18 («se si modificherà il funzionamento del mio sistema nervoso»).
5. *Cause relative alla propria incapacità/relazionali*: il fattore è composto dagli item B1 («se ci sarà qualcuno che mi darà sostegno e affetto») e B6 («se avrò più fiducia in me stesso»).
6. *Cause impersonali esterne*: un solo item compone il fattore B2 («se avrò fortuna»).

Questa seconda analisi fattoriale, condotta con un campione casuale, conferma i risultati della prima analisi. Emerge, inoltre, un fattore nuovo relativo all'incomprensione delle cause che hanno generato sofferenza.

Alcuni fattori comprendono item relativi a tipologie di causa diverse. Questo dato conferma la possibilità che i soggetti abbiano più teorie circa le cause della loro sofferenza e i fattori di cura.

I partecipanti che hanno compilato il questionario hanno avuto un atteggiamento collaborativo, non hanno trovato particolari difficoltà nella compilazione e hanno mostrato interesse. I risultati dell'analisi fattoriale, d'altra parte, sembrerebbero corroborare la validità di contenuto del questionario.

La validazione non è stata condotta con criteri indipendenti per l'assenza di strumenti analoghi. Adattare e utilizzare in ambiti geografici diversi strumenti costruiti in specifici contesti culturali è, del resto, sempre molto problematico.

Discussione e conclusioni

Questi primi risultati di validazione sembrano attestare che la Naive Ideas Survey è un questionario valido e affidabile per conoscere le teorie del paziente circa il perché sta male e come può guarire. L'alfa di Cronbach presenta valori molto alti e le scale fattoriali sono state costruite con item che presentano correlazioni significative.

Lo strumento permette di identificare le teorie naïf e perciò di trattarle in terapia.

A differenza di altri strumenti che sono utilizzati per ricerche di psicologia del senso comune, la Naive Ideas Survey indaga e rende conto di quegli aspetti della psicologia ingenua legati alla teoria della mente che spingono il paziente a spiegare la propria sofferenza con categorie soggettive. Il terapeuta, svelando le teorie del paziente con la Naive Ideas Survey, assume un atteggiamento maieutico e di confronto sui significati che può portare a una forte alleanza terapeutica sui compiti e sugli scopi e quindi incrementare l'efficacia e l'efficienza del processo (Kelly, 1955; Cartwright e Cartwright, 1958; Goldstein, 1962; Chance, 1959; Gleidman, Gantt e Teitelbaum, 1957; Goldstein, 1962; Strupp, 1995; Mancini, Sassaroli e Semerari, 1984; Safran e Muran, 2000).

La Naive Ideas Survey offre inoltre la possibilità di eseguire ricerche empiriche su temi di particolare importanza per la clinica:

- studi di correlazione tra teorie e sistemi di teorie e categorie diagnostiche;
- determinazione della stabilità o del cambiamento delle teorie;
- valutazione dell'efficacia e dell'evoluzione della terapia in relazione alle teorie che intrattiene il paziente;
- evoluzione dei disturbi trattati in funzione delle teorie naïf.

Il lavoro che abbiamo condotto presenta alcuni limiti. Innanzitutto, la Naive Ideas Survey è stata somministrata soltanto a un campione di soggetti non clinici. Riteniamo che questo limite non vada a inficiare i risultati riguardanti la validità e l'affidabilità, ma sarà necessario effettuare verifiche sull'utilizzazione del questionario con una popolazione clinica e soprattutto con un campione di dimensioni più ampie. La Naive Ideas Survey non è stata sottoposta a una prova test-retest per comprovarne l'affidabilità. Non vanno comunque trascurati i valori significativi dell'alfa di Cronbach.

Bibliografia

Candilera, G., Iliceto, P., & Parisella, U. (2002). *Orientamento e psicoterapia. Test-questionari di orientamento per la psicoterapia (top1; top2)*. Roma: Scipione Editore.

- Caroso, M., De Angelis, F., Ottavi, P., Scarinci, A., Tresca, E., & Vicino, S. (2000). Le teorie psicologiche naïf: una ricerca sull'analisi del contenuto dei messaggi proposti dalla stampa periodica. *Psicoterapia*, 21, 19-26.
- Cartwright, D.S., & Cartwright, R.D. (1958). Faith and improvement in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 5, 11-15.
- Chance, E. (1959). *Families in treatment*. New York: Basic Book.
- Clark, A. (1987). From folk psychology to naive psychology. *Cognitive Science: A Multidisciplinary Journal*, 11, 139-154.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer Psychotherapeutischen Ambulanz, *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 264-278.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer Psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.
- Faller, H. (2000). Therapieziele und Indikation: eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der Psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 50, 292-300.
- Flick, U. (a cura di) (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim, München: Juventa.
- Furnham, A., Callahan, I., & Rawles, R. (2003). Adults' knowledge of general psychology. *European Psychologist*, 8, 101-116.
- Furnham, A., Pereira, E., & Rawles, R. (2001). Lay theories of psychotherapy: perceptions of the efficacy of different cures for specific disorders. *Psychology, Health, Medicine*, 6, 77-84.
- Gleidman, L.H., Gantt, W.H., & Teitelbaum H.A. (1957). Incentives for treatment related to remaining or improving in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 113, 1103-1107.
- Goldstein, A.P. (1962). *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Haslam, N. (2005). Dimensions of folk psychiatry. *Review of General Psychology*, 9, 35-47.
- Heider, F. (1972). *Psicologia delle relazioni interpersonali*. Bologna: Il Mulino.
- Jorm, A.F. Korten, A.E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P.A., Christensen, H., & Jiao, Z. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 143-148.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal construct*. New York: Norton.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F., Sassaroli, S., & Semerari, A. (1984). Teorie psicologiche implicite e soluzioni di problemi nevrotici: un approccio darwinista. In G. Chiari, & M.L. Nuzzo (Eds.), *Crescita e cambiamento della conoscenza individuale*. Milano: FrancoAngeli.
- Meini, C. (2001). *La psicologia ingenua. Una teoria evolutiva*. Milano: McGraw-Hill.
- Parisella, U. (2002). *Orientamento e psicoterapia. Per un linguaggio clinico «comune» agli indirizzi della psicoterapia nella prospettiva dell'orientamento dell'allievo*. Roma: Scipione Editore.

- Phillips, M.R. (2000). Causes of schizophrenia reported by patients' family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 177, 20-25.
- Robbins, J.M., & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Bari: Laterza, 2003.
- Scarinci, A., Lorenzini, R., Ruggiero, G.M., & Sassaroli, S. (2008). Naive Ideas Survey: un questionario per valutare le teorie psicologiche naif. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (3), 47-64.
- Scharloo, M., & Kaptein, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: a review. In J. Weinman, & K.J. Petrie (Eds.), *Perceptions of health and illness. Current research and applications* (pp. 103-154). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Strupp, H.H. (1995). I programmi di ricerca Vanderbilt sulla psicoterapia. *Psicoterapia*, 1, 39-44.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Zenz, H., Bischoff, C., & Hrabal, V. (1996). *Patiententheorienfragebogen (PATEF)*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Naive Ideas Survey – NIS

Perché sto male e come penso di guarire

Scarinci, Lorenzini, Ruggiero e Sassaroli, 2008

Nelle pagine che seguono sono elencate una serie di affermazioni riguardanti la causa della sua sofferenza e i fattori che possono migliorarla.

Per ogni affermazione dovrebbe esprimere una valutazione su una scala graduata che va da fortemente d'accordo a fortemente in disaccordo, apponendo un segno sulla posizione che lei, di volta in volta, sceglierà.

Legga attentamente le affermazioni e proceda lentamente. Rifletta sulla scelta, non ha limiti di tempo. Se cambia opinione è libero/a di cambiare la risposta: cancelli e riscriva.

Il risultato finale mostrerà le cause che possono aver provocato la sua sofferenza e i fattori che ritiene necessari per stare meglio come lei li percepisce.

I risultati potranno essere molto utili per la buona riuscita della terapia.

<i>La mia sofferenza è causata:</i>	Fortemente d'accordo	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
V1. Dalla mancanza di sostegno e affetto					
V2. Dalla sfortuna					
V3. Dalla presenza di forze o energie negative intorno a me					
V4. Dalla mancanza di una vita sessuale soddisfacente					
V5. Dalla mia mancanza di capacità					
V6. Dalla scarsa fiducia in me stesso					
V7. Dalla mia incapacità di suscitare sostegno e affetto da parte degli altri					
V8. Da come mi trattano gli altri					
V9. Dai conflitti con le altre persone					
V10. Dall'incapacità di gestire le relazioni					
V11. Dall'eccessiva estroversione					
V12. Dall'eccessiva introversione					

<i>La mia sofferenza è causata:</i>	Fortemente d'accordo	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
V13. Dalla rigidità delle regole cui mi attengo					
V14. Dal modo di comportarmi					
V15. Dal mio segno zodiacale e dagli influssi astrali					
V16. Dal funzionamento biochimico del mio cervello					
V17. Dal fatto che mi faccio facilmente suggestionare					
V18. Da un malfunzionamento del mio sistema nervoso					
V19. Dalle idee che mi hanno messo in testa i miei genitori quando ero piccolo					
V20. Dai problemi fisici					
V21. Dal modo di vedere me stesso					
V22. Dal mio modo di valutare ciò che accade					
V23. Dal fatto che ho delle convenienze a star male					
V24. Non so da che cosa sia causata la mia sofferenza					

<i>La mia sofferenza può guarire/migliorare:</i>	Fortemente d'accordo	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
B1. Se ci sarà qualcuno che mi darà sostegno e affetto					
B2. Se avrò fortuna					
B3. Se saranno presenti forze ed energie positive intorno a me					
B4. Se avrò una vita sessuale soddisfacente					
B5. Se diventerò più capace					
B6. Se avrò più fiducia in me stesso					

<i>La mia sofferenza può guarire/migliorare:</i>	Fortemente d'accordo	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
B7. Se sarò capace di suscitare sostegno e affetto da parte degli altri					
B8. Se gli altri mi tratteranno bene					
B9. Se non avrò conflitti con le altre persone					
B10. Se sarò capace di gestire le relazioni					
B11. Se sarò meno estroverso					
B12. Se sarò meno introverso					
B13. Se mi atterrò a regole meno rigide					
B14. Se modificherò il modo di comportarmi					
B15. Se cambieranno gli influssi astrali					
B16. Se si modificherà il funzionamento biochimico del mio cervello					
B17. Se non mi farò suggestionare facilmente					
B18. Se si modificherà il funzionamento del mio sistema nervoso					
B19. Se modificherò le idee che mi hanno messo in testa i miei genitori quando ero piccolo					
B20. Se non avrò problemi fisici					
B21. Se cambierò il modo di vedere me stesso					
B22. Se modificherò il mio modo di valutare ciò che accade					
B23. Se non avrò convenienza a star male					
B24. Non so come può guarire/migliorare					

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

La NIS consente, integrata con il colloquio clinico, di svelare le teorie naïf e di applicare protocolli di intervento capaci di modificarle e renderle più compatibili con il modello proposto dallo psicoterapeuta. Nel setting, vanno prese in considerazione le affermazioni su cui il paziente si dichiara fortemente d'accordo, si categorizzano e si avvia il disputing. Non sempre si riscontrano teorie coerenti o univoche. È possibile che vi siano diverse teorie presenti e quindi esse vanno valutate e misurate in relazione all'importanza relativa che hanno per il soggetto. E non è detto che a una teoria della sofferenza corrisponda una teoria della cura coerente.

Gli item che compongono ciascun fattore (e che vanno perciò sommati tra loro per calcolarne il punteggio) sono i seguenti:

- Cause esterne impersonali: V3, V15, B3, B12, B2
- Cause relazionali: V8, V9, B8, B9
- Cause cognitivo-comportamentali: V13, V23, B14, B21, B22
- Cause relative alla propria incapacità: V3, V6, V7, V21, V22, B1, B6
- Cause relative al funzionamento biochimico e del sistema nervoso: V16, V18, B16, B18.

Categorie

CAUSE ESTERNE IMPERSONALI: dalla sfortuna; dalla presenza di forze o energie presenti intorno a me; dalla mancanza di una vita sessuale soddisfacente; dall'eccessiva estroversione; dal mio segno zodiacale e dagli influssi astrali.

CAUSE RELAZIONALI: dalla mancanza di sostegno e affetto; dalla mancanza di una vita sessuale soddisfacente; da come mi trattano gli altri; dai conflitti con le altre persone; dall'incapacità di gestire le relazioni; dall'eccessiva introversione.

CAUSE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI: dalla rigidità delle regole a cui mi attengo; dal modo di comportarmi; dalle idee che mi hanno messo in testa i miei genitori; dal modo di vedere me stesso; dal modo di valutare ciò che accade.

CAUSE RELATIVE ALLA PROPRIA INCAPACITÀ: dalla mia mancanza di capacità; dalla scarsa fiducia in me stesso; dalla mia incapacità di suscitare sostegno e affetto; dall'incapacità di gestire le relazioni; dal modo di comportarmi.

CAUSE RELATIVE AL FUNZIONAMENTO BIOCHIMICO E DEL SISTEMA NERVOSO: dal funzionamento biochimico del mio cervello; dal fatto che mi faccio facilmente suggestionare; da un malfunzionamento del mio sistema nervoso; dai problemi fisici; dal fatto che ho delle convenienze a star male.

Una scala multifattoriale per rilevare la vividezza delle fantasie sessuali

Giovanni Battista Flebus e Luca Barlascini

Università di Milano-Bicocca

Introduzione

La vividezza delle fantasie sessuali, definibile anche come intensità o occorrenza, è una caratteristica a cui sono stati dedicati pochissimi studi, essendo di difficile misurazione e determinazione. La gran parte degli studi, infatti, si è occupata dei contenuti delle fantasie. Tuttavia la vividezza è una componente di indubbio interesse, che può servire a chiarire diversi aspetti del funzionamento mentale riguardo anche ai contenuti stessi.

Una fantasia (o sogno a occhi aperti) può essere definita come uno spostamento di attenzione da un compito fisico o mentale o da una risposta percettiva a stimolazione esterna verso una risposta a uno stimolo interno (Singer, 1966). Alcuni ricercatori ritengono che la fantasia può avere una notevole intensità (Giambra, 1974) e che esserne consapevoli può aiutare a capire i desideri e le paure delle persone (Halderman, Zelhart e Jackson, 1985). Ad esempio, la diminuzione del desiderio, tipica dei disturbi sessuali, molto spesso si accompagna a decremento o assenza di fantasie (Klein, 1997). L'uso di immagini e fantasie è ormai parte integrante delle terapie cognitivo-comportamentali per i disturbi fobici, in particolare nei procedimenti di desensibilizzazione delle ansie e delle paure (Yahnke, Sheikh e Beckman, 2003).

Indipendentemente dal fatto che siano realizzate o meno, le fantasie sono necessarie per lo sviluppo e il funzionamento mentale (Shanor, 1978) e sono direttamente coinvolte nella costruzione sociale del sé (Segal, 2006). Sono parte fondamentale dello sviluppo intellettuale, psicologico e sociale nell'infanzia (Paley, 2004), e in questo senso funzionano come precursori di diversi aspetti della cognizione adulta, ad esempio, l'identificazione e la categorizzazione (Singer e Singer, 2006). Possono essere una strategia alternativa o complementare alle cognizioni, allo scopo di porsi

delle mete e obiettivi per il futuro (Oettingen e Thorpe, 2006). Le fantasie sono strettamente connesse agli atteggiamenti (DeMartino, 1969), alle motivazioni (fantasie positive sono ottimi predittori di buone prestazioni) (Oettingen e Mayer, 2002) e alle emozioni (fantasie positive sono legate alla presenza di reazioni emotive, mentre fantasie negative si accompagnano spesso ad alessitimia; Kreidler e Kreidler, 1991).

Virtualmente, ogni teoria della personalità che si proponga un modello psicoterapeutico ha preso in considerazione l'importanza delle fantasie. Freud le riteneva l'espressione di desideri non realizzati. Nella sua ottica, le fantasie opererebbero al servizio del principio del piacere, per garantire un soddisfacimento irrealizzabile nella realtà. Tuttavia, la vecchia concezione freudiana della fantasia è stata riveduta e aggiornata, tanto da autori di formazione psicanalitica, quanto da quelli ispirati ai modelli cognitivo-comportamentali. Secondo la visione della psicologia cognitiva, la funzione di immaginazione ed elaborazione fantastica è strettamente connessa alla creatività, ma può tradursi in espressioni simboliche, linguistiche o non verbali. Esistono due diversi approcci teorici al fenomeno (Klinger, 1971): uno, legato ancora alla concezione freudiana, denominato «teoria dell'espressione sostitutiva», secondo cui la fantasia sarebbe una forma di esteriorizzazione di bisogni e pulsioni, che non trovano espressione diretta nel comportamento; l'altro, in base al quale le fantasie sarebbero una sorta di comportamento «coperto», in parallelo e in continuità con il comportamento più «esplicito», come quello verbale. Oggi, le fantasie sono considerate prevalentemente in base all'ottica del secondo approccio: non strumenti compensatori o valvole di scarico, ma vere e proprie abilità acquisite nel corso dello sviluppo, con una funzione di attivazione per il raggiungimento di obiettivi (Oettingen e Hagenah, 2005).

In quanto abilità, le fantasie dipendono da una serie di capacità e risorse dell'individuo, la più importante delle quali, dal punto di vista psicologico e psicoterapeutico, è sicuramente la produzione e registrazione di immagini mentali. Si tratta di rappresentazioni visive, uditive, olfattive, cenestesiche, non direttamente provenienti dalla realtà esterna ma facenti riferimento a essa, e derivanti da una produzione interna al soggetto. Le immagini mentali variano in qualità e quantità, a seconda del tipo di rappresentazione e della capacità del soggetto (Marucci, 1994).

Le fantasie sono correlate positivamente al tratto di personalità denominato in inglese «need for cognition» (Cohen, Stotland e Wolf, 1955; Cacioppo e Petty, 1982), che può essere definito come la disposizione a strutturare situazioni rilevanti in schemi integrati di significato e a capire e razionalizzare il mondo delle esperienze. Le fantasie, dunque, agirebbero in sincronia con le più importanti strutture di significato della mente umana (McDaniel, Lee e Lim, 2001).

Data la loro importanza in vari aspetti del funzionamento mentale, le fantasie possono essere un ottimo indicatore di stati patologici. Ad esempio, la frequenza

delle esperienze dissociative è intensamente associata a una spiccata tendenza a generare immagini mentali (Merckelbach e Muris, 2001), soprattutto quando tali immagini riguardano eventi futuri e quando tali eventi hanno un investimento emotivo molto alto (Vannucci e Mazzoni, 2006). Nel disturbo borderline di personalità prevale un deficit metacognitivo, che impedisce ai soggetti di distinguere chiaramente le fantasie dalla realtà, e di integrare le rappresentazioni di sé e degli altri (Semerari et al., 2005). Più in generale, l'eccessiva inclinazione a fantasticare è presente in misura significativamente più elevata in individui con diagnosi presente o passata sull'Asse I del DSM, e con diagnosi passata di depressione maggiore (Rauschenberger e Lynn, 1995; 2003). Quando le fantasie diventano particolarmente ricorrenti, ossessive e intrusive, interferiscono con il normale flusso del pensiero, al pari di ruminazioni e deliri, e si accompagnano a una vasta gamma di disturbi d'ansia e dell'umore (Klinger, 1996).

Dai vari studi effettuati per cercare di stabilire una connessione tra fantasie e patologia, al di là dei diversi punti di vista, degli strumenti utilizzati e dell'interesse maggiormente rivolto ai contenuti piuttosto che all'intensità, emerge abbastanza chiaramente un denominatore comune: le fantasie sono un aspetto fondamentale della personalità, producono significato, agiscono parallelamente e di concerto con altre importanti strutture di significato; perciò, quando l'integrità della mente e della personalità è compromessa dalla patologia, si possono osservare profonde modificazioni nella natura, nel flusso e nella cronologia delle fantasie.

Ci pare utile chiudere questa breve rassegna dei contributi del modello cognitivo-comportamentale alla comprensione delle fantasie, citando gli ultimi studi in questo campo di A.T. Beck. Secondo l'autore, le fantasie si situano in un continuum cognitivo che scaturisce dal dominio del verbale fino a quello visuo-spaziale. I pensieri automatici costituiscono il primo passo di questo continuum, che procede poi attraverso le fantasie, le allucinazioni indotte da stupefacenti e l'attività onirica. Determinati pattern cognitivi sarebbero alla base tanto delle fantasie quanto dei sogni, e il loro scopo non sarebbe di semplice soddisfacimento di un desiderio (Beck, 2002). L'idea del continuum, del resto, rimanda direttamente alla teoria riportata da Klinger (1971).

Le fantasie sessuali. Appare evidente perciò che le fantasie svolgono un ruolo fondamentale in diversi aspetti del funzionamento mentale, e soprattutto le fantasie a contenuto sessuale possono essere considerate un'importante componente della personalità. La fantasia sessuale può essere definita come un'immagine mentale sessualmente eccitante (Leitenberg e Henning, 1995). Essa si riferisce a un'esperienza intima, in cui l'immagine di un'attività sessuale con un partner incrementa l'eccitamento. Le esperienze sessuali precedenti di un individuo incidono sull'intensità delle fantasie e sulla varietà di temi (Plaud e Bigwood, 1997).

Gli approcci allo studio della sessualità si sono focalizzati, di volta in volta: 1) sul comportamento sessuale; 2) sul ciclo della risposta sessuale; 3) sulla personalità e le differenze individuali. In ognuna di queste aree, lo studio delle fantasie ha apportato un contributo rilevante all'elaborazione dei vari modelli esplicativi.

Lo studio dei comportamenti sessuali, le cui radici affondano nelle ricerche pionieristiche di Terman (Terman et al., 1938), ma soprattutto di Kinsey e collaboratori (Kinsey, Pomeroy e Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin e Gebhard, 1953), è profondamente connesso allo studio delle fantasie. L'azione delle fantasie si estende a tutta l'area del comportamento sessuale. Si può affermare che il motore primario del comportamento sessuale è la consapevolezza delle sensazioni interiori di desiderio, caratterizzate da pensieri e fantasie. Ciò è vero soprattutto durante le fasi iniziali di una relazione. La novità, l'incertezza, il gusto della scoperta e del segreto sono fattori preponderanti nell'innescare dell'immaginario erotico e dei comportamenti collegati (Bancroft, Loftus e Long, 2003). In presenza di disturbi sessuali, comportamenti sessuali inadeguati si associano a fantasie sessuali ripetitive o penose (Plaud, 2007).

I diversi modelli proposti per descrivere il ciclo della risposta sessuale concordano sulla suddivisione dell'atto sessuale in una sequenza di eventi, definiti fasi, prevedibili (Rosen e Beck, 1988). La maggior parte dei modelli (Masters e Johnson, 1966; Zuckerman, 1973; Kaplan, 1979) contempla le fasi di desiderio, eccitamento, orgasmo, risoluzione. Le fantasie sessuali rivestono un ruolo fondamentale in quasi tutte le fasi della risposta. Dati i loro legami con le emozioni, le motivazioni e l'affettività, sono un fattore di primaria importanza nell'attivazione del desiderio. Le fantasie influenzano lo stato di eccitamento: gli uomini che ricorrono maggiormente a fantasie eccitanti e che posseggono un'immaginazione più vivida riescono a ottenere più facilmente un'erezione (Smith e Over, 1987) e le donne che generano fantasie sessuali riportano livelli più alti di eccitamento, sia dal punto di vista soggettivo, sia tramite misure oggettive (Laan, Everaerd, Van Aanholt e Rebel, 1993). L'orgasmo è potenziato dalla capacità dell'individuo di immaginare una scena sessuale, tanto più se questa scena è compatibile con i ruoli del soggetto e del partner. La frequenza delle fantasie sessuali è connessa a questa capacità, incrementando il coinvolgimento psicosessuale e la soddisfazione nell'orgasmo (Mosher e White 1980; Holler, 2006).

Infine, per quanto riguarda lo studio della personalità e delle differenze individuali nella sessualità, restano fondamentali gli studi di Eysenck (1971; 1972), basati sul suo modello di personalità a tre fattori (psicoticismo, estroversione e nevroticismo). I risultati suggeriscono che l'emozionalità negativa (ansia e senso di colpa) sia un deterrente per l'attività sessuale, mentre quella positiva, caratteristica dell'estroversione, abbia un ruolo facilitante.

Alcuni studi sulle differenze individuali (Byrne, 1983; Fisher, Byrne, White e Kelley, 1988) prendono in considerazione il ruolo delle fantasie, in rapporto a due dimensioni della sessualità denominate «erotofobia» ed «erotofilia». Erotofobia ed erotofilia sono tendenze a rispondere agli impulsi sessuali lungo un continuum cognitivo-affettivo che si estende dal negativo al positivo. È stata rilevata una correlazione positiva tra i punteggi di erotofilia (emozioni e valutazioni positive riguardo l'atto sessuale e positive risposte di avvicinamento) e la frequenza delle fantasie sessuali. La presenza di fantasie, dunque, sarebbe indice di una sessualità vissuta serenamente.

Un recente studio sugli stili di attaccamento e le fantasie (Birnbbaum, 2007) ha rilevato che l'attaccamento ansioso è correlato con elevata frequenza di fantasie sessuali extraconiugali nelle donne e di fantasie romantiche negli uomini. Al di là del loro contenuto, le ricerche confermano che, durante la fase di eccitamento e i preliminari di un rapporto sessuale, le fantasie sono più frequenti negli uomini che nelle donne (Leitenberg e Henning, 1995).

Vividezza delle fantasie sessuali. Come premesso, la vividezza o intensità è uno degli aspetti meno studiati delle fantasie sessuali. La ricerca scientifica riguardante le fantasie si è occupata principalmente del loro contenuto. Le motivazioni di questo orientamento sono individuabili nel fatto che, in termini di vita psicosessuale, i contenuti posseggono un maggior potenziale esplicativo, e sono più facilmente operazionalizzabili. Poche ricerche, tuttavia, si sono occupate anche di vividezza delle fantasie, tanto dal punto di vista dell'intensità assoluta delle fantasie, quanto dal punto di vista della possibilità di usufruirne per aumentare l'intensità del piacere sessuale. Queste ricerche costituiscono il punto di partenza del nostro studio.

In uno studio (Giambra e Martin, 1977) effettuato su 277 uomini adulti provenienti dalla regione di Baltimora, con età compresa fra 24 e 91 anni, si è utilizzata la scala per la misurazione delle fantasie sessuali (*Sexual Daydreaming Scale*; SDS), tratta dall'*Imaginal Processes Inventory* (IPI) di Singer (1966), un questionario composto da diverse scale che indagano caratteristiche, occorrenza e tipologia delle fantasie. La Sexual Daydreaming Scale, monofattoriale, formata da 12 item, con un'ottima coerenza interna ($\alpha = 0,93$) misura l'intensità delle fantasie, nelle diverse circostanze in cui possono presentarsi quotidianamente (ad esempio, in viaggio, al lavoro, riposando). Lo studio si è avvalso di interviste retrospettive per approfondire alcuni aspetti della vita sessuale dei soggetti, allo scopo di verificarne le relazioni con l'intensità delle fantasie. I risultati indicano che l'intensità delle fantasie sessuali è moderatamente correlata ($r = 0,22$) con il numero di partner con cui si è avuto un rapporto sessuale, con la frequenza dei rapporti sessuali durante il matrimonio ($r = 0,12$) e con la quantità dell'attività sessuale generale (masturbazione, polluzioni notturne, attività erotica omosessuale,

$r = 0,24$). L'intensità delle fantasie, infine, decresce con l'età. Pur tenendo conto della tendenza di alcuni soggetti a enfaticizzare o sottostimare la propria attività sessuale, i risultati appaiono coerenti con l'idea che vi sia un rapporto tra la condotta sessuale e l'occorrenza delle fantasie (Leiman e Epstein, 1961). In altre parole, le fantasie dei maschi sessualmente più attivi sarebbero più vivide e più frequenti. La struttura monofattoriale della Sexual Daydreaming Scale è stata confermata da uno studio successivo (Giambra, 1980), con un'analisi fattoriale effettuata sulle risposte di 1300 adulti a tutti gli item dell'IPI. Il decremento della frequenza delle fantasie con l'età, particolarmente accentuato dopo i 65 anni, è stato confermato da una ricerca successiva (Halderman et al., 1985), che ha utilizzato il questionario suddetto su un campione di un centinaio di uomini e donne. Lo studio ha anche confermato che le fantasie sono molto più vivide e frequenti negli uomini che nelle donne. La scala è stata utilizzata in uno studio sulla sessualità femminile (Purifoy, Grodsky e Giambra, 1992), su un campione di 117 donne, comprese tra i 26 e i 78 anni. L'intensità delle fantasie è stata confrontata con misure dell'attività sessuale, degli atteggiamenti sessuali e della libido, ottenute tramite interviste strutturate. Si sono trovate correlazioni positive con tutti e tre gli aspetti.

L'altra ricerca alla base del nostro studio è stata effettuata da David Hurlbert e Carol Apt (1993) su un campione di 68 donne, eterosessuali e lesbiche. Alcuni studi mostrano che molte donne migliorano la qualità dell'attività sessuale con immagini che inducono la specifica stimolazione e la sensazione necessaria per raggiungere l'orgasmo (Maltz e Boss, 1997). Per esaminare la natura delle fantasie sessuali, gli autori hanno utilizzato il questionario *Hurlbert Index of Sexual Fantasy* (HISF). Il questionario, composto da 25 item, rileva la disposizione alle fantasie e quanto l'individuo sia capace di utilizzarne l'intensità ai fini di una maggior soddisfazione sessuale. L'attendibilità del questionario era stata testata in precedenza (affidabilità test-retest con $r = 0,86$, coerenza interna con alfa = $0,81$). Oltre alle fantasie sessuali, gli autori hanno esaminato, tramite altri questionari, diversi aspetti della sessualità: il desiderio sessuale, la dipendenza interpersonale, l'intimità, l'assertività sessuale, la frequenza dell'attività sessuale, la soddisfazione sessuale, il narcisismo sessuale. I risultati indicano che tutti questi aspetti sono correlati positivamente con la disposizione alle fantasie e con la loro intensità. Inoltre, è emerso che le donne lesbiche sono caratterizzate da una maggior dipendenza interpersonale e intimità, mentre le donne eterosessuali sono più disposte alle fantasie e più assertive, hanno un maggiore desiderio e hanno rapporti sessuali più frequenti. Tuttavia, anche se l'intensità delle fantasie è maggiore nelle donne eterosessuali, non c'è differenza per quanto riguarda l'utilizzo di queste in attività sessuali legate al partner. In uno studio successivo (Covarrubias, 1997), è emerso che l'intensità delle fantasie, misurata tramite l'Hurlbert Index of Sexual Fantasy,

su un campione di un centinaio di donne, alcune delle quali avevano subito abusi sessuali nel corso della loro storia personale, è negativamente correlata con la presenza di disturbi sessuali. Uno studio di Desvarieux, Salamanca, Ortega e Sierra (2005) ha tradotto e validato tale questionario in lingua spagnola, ottenendo una versione ridotta a 10 item, con una struttura a due fattori: disposizione negativa verso le fantasie sessuali e disposizione positiva. La versione spagnola, costruita su un campione di 250 soggetti (110 uomini e 140 donne), si è rivelata altrettanto valida e attendibile.

Metodo

Questo contributo documenta il lavoro di traduzione e adattamento alla popolazione italiana delle due scale precedentemente illustrate, la Sexual Daydreaming Scale di Giambra e Martin e l'Hurlbert Index of Sexual Fantasy di Hurlbert e Apt. Il loro testo completo è riportato nella tabella 7.2. Lo scopo di questo studio non si limita alla traduzione e all'adattamento delle due scale citate, ma si prefigge di esplorare la struttura fattoriale degli item, per evidenziare le eventuali ridondanze e, sfruttando le caratteristiche dell'analisi fattoriale, per mettere a punto una o più scale di misurazioni che abbiano una struttura fattoriale chiara e definita e che posseggano buone caratteristiche psicometriche.

Partecipanti e procedura

Le due scale suddette sono state tradotte in italiano e inserite in un questionario, composto da altri strumenti non utilizzati nella presente descrizione. La traduzione è stata piuttosto laboriosa, per poter rendere in italiano alcuni concetti di natura molto delicata, facilmente suscettibili di distorsioni da parte dei rispondenti, pur cercando di lasciare inalterato il senso dell'item originale. Tre persone, tra cui uno psicologo americano, hanno lavorato alla traduzione e si sono confrontati sul testo finale. Infine, sono stati aggiunti due item elaborati dagli autori, riguardanti l'inclinazione e l'atteggiamento verso le fantasie, che hanno portato a 39 il numero totale degli item da analizzare. Le risposte sono state codificate su scala Likert, da un minimo di 1 («questa frase non mi descrive per niente») a un massimo di 5 («questa frase mi descrive perfettamente»).

Il questionario è stato distribuito a 550 adulti. I questionari utilizzati per le analisi sono stati 516, eliminando quelli con troppe risposte mancanti (più del 10 %).

Riguardo al genere dei rispondenti, c'è una leggera prevalenza di maschi (51%). L'età varia da 18 a 82 anni (media = 31,8, deviazione standard = 11,98). Gli

studenti e gli impiegati sono le categorie professionali più rappresentate. L'85% dei soggetti proviene dalla Lombardia. Le principali caratteristiche sociodemografiche, comunque, sono riassunte in tabella 7.1.

Un gruppo di sette collaboratori ha distribuito il questionario in vari luoghi, ad esempio, università o luogo di lavoro, treno, uno studio medico, locali pubblici come bar e ristoranti. A tutela della riservatezza delle risposte, tutti i questionari sono stati distribuiti e raccolti in busta chiusa.

TABELLA 7.1
Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti

Stato civile	N	%
Coniugato	128	24,81
Celibe/nubile	347	67,25
Separato	10	1,94
Divorziato	8	1,55
Vedovo	3	0,58
Altro	17	3,29
Non risponde	3	0,58
TOTALE	516	100
Titolo di studio	N	%
Licenza elementare	4	0,77
Licenza media	42	8,14
Diploma professionale	28	5,43
Maturità	327	63,37
Laurea	113	21,90
Non risponde	2	0,39
TOTALE	516	100

Risultati

Sulla matrice delle correlazioni tra i 39 item è stata applicata un'analisi fattoriale (metodo di estrazione: fattorializzazione dell'asse principale; metodo di rotazione: varimax). Per fissare il numero di fattori da estrarre si è fatto ricorso all'analisi parallela (Horn, 1965; Lautenschlager, 1989; Velicer, Eaton e Fava, 2000) usando l'applicativo di Watkins (2000) i cui risultati indicavano che vi

erano cinque fattori non casuali da estrarre. Tuttavia, sulla base dello scree-test e dalla matrice ruotata di cinque e sei fattori emergeva che un sesto fattore risultava ugualmente interessante dal punto di vista del contenuto e dei risultati dell'analisi di fedeltà. Ricordando che non sempre l'analisi parallela è un metodo completamente affidabile (Zwick e Velicer, 1986), per un intento esplorativo sono stati estratti e successivamente ruotati sei fattori. La tabella 7.2 riporta le saturazioni degli item nei sei fattori solo quando queste superano il valore di 0,35. Come si vede, la soluzione a sei fattori emerge in modo chiaro e ben interpretabile. Un solo item («Fantastico di eccitare sessualmente qualcuno») non ha saturazioni salienti su nessuna scala ed è stato eliminato.

TABELLA 7.2

Matrice fattoriale ruotata (SDS: item tradotto dalla Sexual Daydreaming Scale; HIS: item tradotto dalla Hurlbert Index of Sexual Fantasy; EXP: item introdotto dagli autori)

Item	Fattore						correlazione item-totale
	1	2	3	4	5	6	
Fattore S1: Intensità delle fantasie sessuali							$\alpha = 0,94$
Nell'ozio di un viaggio in treno, in autobus o in aereo, i miei pensieri si rivolgono al sesso – SDS7	0,81						0,76
Talvolta, durante la giornata, mi vengono in mente scene di rapporti sessuali – SDS9	0,76						0,76
Mentre sono intento a sbrigare qualche compito, la mia mente di solito divaga in pensieri sessuali – SDS3	0,75						0,70
Mentre sto leggendo, spesso il mio pensiero va alla deriva sul fare l'amore con qualcuno – SDS6	0,73						0,68
Qualche volta, andando a lavorare, mi immagino di fare l'amore con qualcuno di attraente – SDS4	0,73						0,71
Nei momenti prima di prendere sonno, i miei pensieri si rivolgono al sesso – SDS11	0,70						0,67

Item	Fattore						correlazione item-totale
	1	2	3	4	5	6	
Quando mi annoio, ho fantasie sul sesso – SDS8	0,69						0,65
I miei sogni a occhi aperti mi provocano eccitazione sessuale – SDS12	0,68						0,69
Sono facilmente eccitato dai pensieri sessuali – HIS5	0,67						0,74
I pensieri sul sesso attraversano la mia mente con facilità – HIS7	0,66						0,71
Fantastico di eccitare sessualmente qualcuno – SDS10	0,62						0,67
Le mie fantasie sessuali sono veramente vive e spiccate nella mia mente – SDS5	0,60						0,65
Se mi masturbo provo gusto nelle fantasie sessuali – HIS4	0,54						0,60
Le mie fantasie erotiche hanno una tale vividezza che mi pare stiano accadendo realmente – SDS1	0,54						0,53
Provo piacere a fantasticare sul sesso – HIS2	0,50	0,45					0,63
Fattore S2: Condivisione con il partner							$\alpha = 0,85$
Trovo eccitanti le fantasie sessuali del partner – HIS9		0,78					0,76
Provo gusto nell'ascoltare le fantasie sessuali del mio partner – HIS6		0,78					0,73
Le fantasie sessuali danno più intensità al piacere sessuale – HIS8		0,54					0,62
Nel fare l'amore, le mie fantasie sessuali mi danno piacere – HIS10		0,51					0,61
Sono a mio agio quando condivido le mie fantasie sessuali col partner – HIS3		0,45					0,56

Una scala multifattoriale per rilevare la vividezza delle fantasie sessuali

Item	Fattore						correlazione item-totale
	1	2	3	4	5	6	
Le fantasie sessuali sono segno di buona salute – HIS1		0,38					0,48
Fattore S3: Senso di colpa e turbamento per le fantasie sessuali							$\alpha = 0,73$
Provo turbamento per le mie fantasie sessuali – HIS23			0,62				0,55
Mi sento colpevole per le mie fantasie sessuali – HIS19			0,57				0,49
Ho sensazioni negative al solo pensiero del sesso – HIS25			0,52				0,47
Un grande fantasticare sul sesso è segno di insoddisfazione personale – EXP2			0,51				0,45
Le mie fantasie sessuali mi sembrano una simulazione – HIS20			0,47				0,42
Trovo che le fantasie sessuali siano un surrogato della soddisfazione sessuale – EXP1			0,43				0,40
Stento a fantasticare sul sesso – HIS22			0,37	0,36			0,41
Fattore S4: Riluttanza alle fantasie							$\alpha = 0,73$
Mi è difficile pensare a cose sessuali nel fare l'amore – HIS15				0,57			0,52
Anche quando ho voglia di fare l'amore, mi è difficile pensare a cose di sesso – HIS11				0,52			0,60
Fatico a concentrarmi sulle mie fantasie sessuali nel fare l'amore – HIS12				0,49			0,51
Le mie fantasie sessuali sono noiose – HIS13				0,39			0,41
Non mi piace pensare al sesso – HIS17				0,37			0,41

Item	Fattore						correlazione item-totale
	1	2	3	4	5	6	
Fattore S5: Esperienze negative							$\alpha = 0,84$
Se dovessi valutare le esperienze sessuali passate, direi che i miei ricordi sono negativi – HIS21					0,81		0,73
I miei ricordi di esperienze sessuali passate sono negativi- HIS14					0,78		0,72
La mia esperienza sessuale è stata piuttosto deludente – HIS24					0,63		0,64
Fattore S6: Difficoltà a comunicare col partner							$\alpha = 0,80$
Non mi sento a mio agio nel parlare delle fantasie sessuali col mio partner – HIS16						0,73	0,67
Provo disagio nel comunicare i miei pensieri di sesso al partner – HIS18						0,69	0,67

Per ogni fattore estratto, riportiamo una breve descrizione, corredata di un item esemplificativo, del numero di item e della misura di coerenza interna.

- *S1: Intensità delle fantasie sessuali* («Nell’ozio di un viaggio in treno, in autobus o in aereo, i miei pensieri si rivolgono al sesso», alfa = 0,94, quindici item). Questo fattore raccoglie tutti gli item della Sexual Daydreaming Scale di Giambra, a cui se ne aggiungono alcuni della scala di Hurlbert e Apt, riguardanti la proclività a ricorrere alla fantasia sessuale. Si parla quindi di facilità al lasciarsi andare, inclinazione, gusto e godimento nel darsi alla fantasia erotica se il momento lo consente. È la scala con più alta affidabilità.
- *S2: Condivisione con il partner* («Trovo eccitanti le fantasie sessuali del partner», alfa = 0,85, sei item). Raccoglie item che indicano partecipazione reciproca alle fantasie con il partner, desiderio di condividere pensieri intimi, utilizzo della fantasia per aumentare il piacere durante il rapporto. Potrebbe rappresentare un buona misura per valutare l’intensità di una relazione di coppia, almeno dal punto di vista sessuale.
- *S3: Senso di colpa e turbamento per le fantasie sessuali* («Provo turbamento per le mie fantasie sessuali», alfa = 0,73, sette item). Raccoglie item che si riferiscono

al senso di colpa o comunque a una sensazione di turbamento e disagio verso le proprie fantasie. Il fantasticare sul sesso è visto come uno sforzo, fondamentalmente inutile. I due item aggiunti dagli autori (indicati con EXP 1 ed EXP 2) saturano questo fattore.

- *S4: Riluttanza alle fantasie.* («Mi è difficile pensare a cose sessuali nel fare l'amore», alfa = 0,73, cinque item). Indica difficoltà, noia, paura di lasciarsi andare, mancanza di piacere connesso con il fantasticare sul sesso. Rispetto al fattore precedente, indica ancora l'uggia e il fastidio per le fantasie sessuali, ma manca la componente relativa alla colpa e al turbamento.
- *S5: Esperienze negative* («Se dovessi valutare le esperienze sessuali passate, direi che i miei ricordi sono negativi», alfa = 0,84, tre item). Indica il permanere di ricordi negativi legati alle attività sessuali, non fa riferimento alla pura fantasia sessuale, ma piuttosto al permanere del fastidio nel rammentare il passato. Raccoglie quindi una valutazione attuale delle esperienze passate.
- *S6: Difficoltà a comunicare col partner* («Non mi sento a mio agio nel parlare delle fantasie sessuali col mio partner», alfa = 0,80, due item). Esprime un atteggiamento tendenzialmente contrario alla scala Condivisione con il partner, pur misurando una dimensione diversa, che non si identifica completamente con il concetto opposto a quello espresso dalla suddetta scala.

Nella tabella 7.2 sono riportati i coefficienti alfa di Cronbach e le correlazioni item-totale tra le subscale. Tutte le subscale hanno coefficiente alfa buono o accettabile.

Nella tabella 7.3 sono presentate le correlazioni fra le sei subscale, calcolate come media (e non come somma) degli item che le compongono, assieme alla media e deviazione standard (per 516 casi).

Le correlazioni sono tutte significative, con la sola eccezione della correlazione fra scala 2 (Condivisione) e 5 (Esperienze negative). Per quanto riguarda la loro capacità discriminativa, abbiamo dimostrato che, pur trattandosi di misurazioni abbastanza simili, e per certi versi sovrapponibili (si pensi, ad esempio, a Senso di colpa e Riluttanza), ognuna rileva aspetti diversi.

La scala Intensità delle fantasie, composta da tutti gli item della Sexual Daydreaming Scale e da alcuni dell'Hurlbert Index of Sexual Fantasy, misura effettivamente la vividezza e la frequenza delle fantasie sessuali. La sua correlazione positiva più elevata è con la scala di Condivisione ($r = 0,59$). L'eccitabilità sessuale, del resto, è legata tanto all'intensità delle fantasie quanto alla possibilità di condividerle con il partner. Coerentemente, la correlazione negativa più elevata ($r = -0,33$) è con Riluttanza.

La subscale Condivisione è correlata negativamente con Senso di colpa ($r = -0,37$), Riluttanza ($r = -0,49$) e Difficoltà a comunicare ($r = -0,40$). Queste scale,

TABELLA 7.3
**Correlazioni fra le scale (*correlazione significativa al livello 0,05 – 2-code;
 correlazione significativa al livello 0,01 – 2-code)

	S1 Intensità delle fantasie	S2 Condivisone con il partner	S3 Senso di colpa e turbamento	S4 Riluttanza alle fantasie	S5 Esperienze negative	S6 Difficoltà a comunicare con il partner	M	DS
S1 Intensità delle fantasie	1	0,595**	-0,217**	-0,328**	0,161**	-0,179**	2,67	0,93
S2 Condivisone con il partner	0,595**	1	-0,375**	-0,488**	-0,016	-0,404**	3,57	0,96
S3 Senso di colpa e turbamento	-0,217**	-0,375**	1	0,527**	0,364**	0,402**	1,85	0,66
S4 Riluttanza alle fantasie	-0,328**	-0,488**	0,527**	1	0,224**	0,472**	1,82	0,74
S5 Esperienze negative	0,161**	-0,016	0,364**	0,224**	1	0,297**	1,91	0,99
S6 Difficoltà a comunicare con il partner	-0,179**	-0,404**	0,402**	0,472**	0,297**	1	2,38	1,18

effettivamente, esprimono diversi aspetti della sessualità (turbamento, inibizione, difficoltà a entrare in relazione), che contrastano con la capacità di vivere serenamente le proprie fantasie e di condividerle col partner.

La scala Senso di colpa ha un'elevata correlazione positiva con Riluttanza ($r = 0,53$). Considerando i dati dell'analisi parallela, che suggeriva un fattore da estrarre di meno, gli item appartenenti a queste scale avrebbero potuto formarne una sola. Quindi, questo valore lascia parzialmente sorpresi, poiché era lecito attendersi che fosse più elevato. Ciò significa che le due entità, per quanto simili, non possono essere confuse: il senso di colpa inibisce le fantasie, ma queste possono essere in qualche modo «naturalmente» poco intense e non particolarmente pregnanti. La scala Senso di colpa presenta una correlazione elevata ($r = 0,40$) anche con Difficoltà a comunicare.

La scala Riluttanza, oltre alle correlazioni già indicate, presenta una correlazione positiva particolarmente elevata con Difficoltà a comunicare ($r = 0,47$).

La scala Esperienze negative presenta la correlazione positiva più elevata con Senso di colpa ($r = 0,36$). Si può ipotizzare che una storia di esperienze sessuali negative contribuisca a rafforzare sensazioni di disagio e turbamento.

La scala Difficoltà a comunicare, come già visto, correla negativamente con Condivisione, positivamente con Senso di Colpa, Riluttanza e in misura minore con Esperienze negative ($r = 0,30$).

Discussione e conclusioni

I due questionari sulle fantasie sessuali sono stati tradotti e proposti a un grande campione di adulti. La struttura fattoriale ha individuato sei fattori, la cui interpretazione è abbastanza chiara e le cui caratteristiche psicometriche sono buone o accettabili. Questo era il principale scopo alla base del nostro studio.

Il primo fattore ricopre interamente la Sexual Daydreaming Scale di Giambra e Martin, a cui però si aggiungono altri cinque item tratti dal questionario di Hurlbert e Apt. Tutti gli altri fattori sono originati dalla Hurlbert Index of Sexual Fantasy. I due item sperimentali sono stati validati nella scala Senso di colpa.

Come si può vedere, i due questionari hanno sovrapposizione parziale. Possiamo affermare che le scale hanno tutte una base comune. Analizzando il segno e la forza delle correlazioni, si può supporre che esse facciano riferimento a due principali polarità. Le scale Intensità e Condivisione correlano positivamente tra di loro e negativamente con le altre quattro scale (tranne Intensità con la scala Esperienze negative, ma si tratta di una correlazione non molto elevata, con $r = 0,16$). Le scale Senso di colpa, Riluttanza, Esperienze negative e Difficoltà a co-

municare presentano correlazioni positive e abbastanza elevate tra di loro. Le due polarità sono relativamente indipendenti. Abbiamo osservato che c'è un'elevata correlazione lineare negativa quando i punteggi sono estremi (ad esempio, a punteggi molto elevati riportati su Intensità e Condivisione corrispondono punteggi molto bassi sulle altre quattro scale), mentre con punteggi intermedi c'è molto più variabilità, con correlazioni trascurabili.

Non abbiamo ritenuto interessante proporre il semplice studio delle due scale separate: come era prevedibile (vedi anche lo studio di Desvarieux et al., 2005), la Hurlbert Index of Sexual Fantasy non è monofattoriale, mentre la scala Sexual Daydreaming Scale mantiene la sua struttura monofattoriale ma può essere proficuamente integrata da alcuni item della prima. Inoltre, il campione utilizzato è numericamente più elevato rispetto a quelli utilizzati negli studi originali, e differenziato per genere, mentre il primo studio della Sexual Daydreaming Scale si basava su un campione maschile, e il primo studio della Hurlbert Index of Sexual Fantasy su un campione femminile.

Bibliografia

- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J.S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behaviour*, 32, 193-204.
- Beck, A.T. (2002). Cognitive patterns in dreams and daydreams. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 23-28.
- Birnbaum, G.E. (2007). Beyond the borders of reality: attachment orientations and sexual fantasies. *Personal Relationships*, 14, 321-342.
- Byrne, D. (1983). The antecedents, correlates, and consequents of erotophobia-erotophilia. In C. Davis (Ed.), *Challenges in sexual science. Current theoretical issues and research advances* (pp. 53-75). Philadelphia: Society for the Scientific Study of Sex.
- Cacioppo, J.T., & Petty, R.E. (1982). The need for cognition. *Journal of Personality & Social Psychology*, 42, 116-131.
- Cohen, A.R., Stotland, E., & Wolfe, D.M. (1955). An experimental investigation of need for cognition. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 291-294.
- Covarrubias, L.D. (1997). The relationships among disposition toward fantasy, force fantasy, sexual dysfunction, satisfaction, and female sex abuse history. *Dissertation Abstracts, International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57, 4700.
- DeMartino, M.F. (1969). *The new female sexuality*. New York: Julian Press.
- Desvarieux, A.R., Salamanca, Y., Ortiega V., & Sierra, J.C. (2005). Validación de la Versión en Castellano del Hurlbert Index of Sexual Fantasy: Una medida de actitud hacia las fantasías sexuales (Validation of a Spanish version of Hurlbert Index of Sexual Fantasy: A measure of attitude toward sexual fantasies). *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 529-539.

- Eysenck, H.J. (1971). Personality and sexual adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 118, 593-608.
- Eysenck, H.J. (1972). Personality and sexual behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 141-152.
- Fisher, W.A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Flebus, G.B., & Barlascini, L. (2009). Una scala multifattoriale per rilevare la vividezza delle fantasie sessuali. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15 (1), 13-32.
- Giambra, L.M. (1974). Daydreaming across the life span: late adolescent to senior citizen. *International Journal of Aging and Human Development*, 5, 115-140.
- Giambra, L.M. (1980). A factor analysis of the items of the Imaginal Processes Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 383-409.
- Giambra, L.M., & Martin, C.E. (1977). Sexual daydreams and quantitative aspects of sexual activity: some relations for males across adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 497-505 .
- Halderman, B.L., Zelhart, P.F., & Jackson, T.T. (1985). A study of fantasy: determinants of fantasy function and content. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 325-330.
- Holler, G.D. (2006). Relations of hypnotic susceptibility, absorption, imagery, sexual fantasy, sexual daydreaming, and social desirability to sexual satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67, 3453.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Hurlbert, D.F., & Apt, C. (1993). Female sexuality: a comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19, 315-327.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.G., Martin, E.C., & Gebhard, R.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Klein, M. (1997). Treating sexual disorders. In R.S. Charlton & I.D. Yalom (Eds.), *Treating sexual disorders. The Jossey-Bass library of current clinical technique* (pp. 201-236). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Klinger, E. (1971). *Structure and functions of fantasy*. New York: Wiley-Interscience.
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. In I.G. Sarason, G.R. Pierce & B.R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference. Theories, methods, and findings. The LEA series in personality and clinical psychology* (pp. 3-23). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kreitler, S., & Kreitler, H. (1991). The psychological profile of the health-oriented individual. *European Journal of Personality*, 5, 35-60.
- Laan, E., Everaerd, W., Van Aanhoud, M.T., & Rebel M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 25-35.

- Lautenschlager, G.J. (1989). A comparison of alternatives to conducting Montecarlo analyses for determining parallel analysis criteria. *Multivariate Behavioral Research*, 24, 365- 395.
- Leiman A.H., & Epstein, S. (1961). Thematic sexual responses as related to sexual drive and guilt. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 63, 169-175.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469-496.
- Maltz, W., & Boss, S. (1997). *Nel giardino del desiderio. Il mondo segreto delle fantasie erotiche femminili*. Milano: Frassinelli Editore.
- Marucci, F. (1994). *Le immagini mentali*. Roma: N.I.S.
- Masters, W.H., & Johnson, J.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown
- McDaniel, S.R., Lee, S.C., & Lim, C. (2001). Re-examining the relationship between fantasy and optimum stimulation levels. *Imagination, Cognition and Personality*, 20, 347-354.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behavior Research Therapy*, 39, 245-254.
- Mosher, D.L., & White, B.B. (1980). Effects of committed or casual erotic guided imagery on females' subjective sexual arousal and emotional response. *Journal of Sex Research*, 16, 273- 299.
- Oettingen, G., & Hagenah, M. (2005). Fantasies and the self-regulation of competence. In A.J. Elliot & C.S. Dweck (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 647-665). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Oettingen, G., & Mayer, D. (2002). The motivating function of thinking about the future: expectations versus fantasies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1198-1212.
- Oettingen, G., & Thorpe, J. (2006). Judgments over time: the interplay of thoughts, feelings, and behaviors. In L.J. Sanna & E.C. Chang (Eds.), *Judgments over time. The interplay of thoughts, feelings, and behaviors* (pp. 120-142). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Paley, V.G. (2004). *A child's work. The importance of fantasy play*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Plaud, J.J. (2007). Sexual disorders. In P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment. Practical resources for the mental health professional* (pp. 357-377). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Plaud, J.J., & Bigwood, S.J. (1997). A multivariate analysis of the sexual fantasy themes of college men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23, 221-230.
- Purifoy, F. E., Grodsky, A., & Giambra, L. M. (1992). The relationship of sexual daydreaming to sexual activity, sexual drive, and sexual attitudes for women across the life-span. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 369-385.
- Rauschenberg, S.L., & Lynn, S.J. (1995). Fantasy proneness, DSM-III-r axis I psychopathology, and dissociation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 373-380.
- Rauschenberg, S.L., & Lynn, S.J. (2003). Fantasy-proneness, negative affect, and psychopathology. *Imagination, Cognition and Personality*, 22, 239-255.

- Rosen, R.C., & Beck, J.G. (1988). *Patterns of sexual arousal. Psychophysiological processes & clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Segal, H.G. (2006). Possible selves, fantasy distortion, and the anticipated life history: exploring the role of the imagination in social cognitions. In C. Dunkel & J. Kerpelman (Eds.), *Possible selves. Theory, research and applications* (pp. 79-96). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690-710.
- Singer, J.L. (1966). *Daydreaming*. New York: Random House.
- Singer, J.L. & Singer, D.G. (2006). Preschoolers' imaginative play as precursor of narrative consciousness. *Imagination, Cognition and Personality*, 25, 97-117.
- Shanor, K. (1978). *The Shanor study. The sexual sensitivity of the American male*. New York: Dial Press.
- Smith, D., & Over, R. (1987). Male sexual arousal as a function of the content and the vividness of erotic fantasy. *Psychophysiology*, 24, 334-339.
- Terman, L.M., Bittenwieser, P., Ferguson, L.W., Johnson, W.B., & Wilson, D.R. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. New York: McGraw-Hill.
- Vannucci, M., & Mazzoni, G. (2006). Dissociative experiences and mental imagery in undergraduate students: when mental images are used to foresee uncertain future events. *Personality and Individual Differences*, 41, 1143-1153.
- Velicer, W.F., Eaton, C.A., & Fava, J.L. (2000). Construct explication through factor or component analysis: a review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components. In R.D. Goffin & E. Helmes (Eds.), *Problems and solutions in human assessment. Honoring Douglas N. Jackson at seventy* (pp. 4171). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Watkins, M.W. (2000). *Montecarlo PCA for parallel analysis* [computer software]. State College, PA: Ed & Psych Associates.
- Yahnke, B.H., Sheikh, A.A., & Beckman, H.T. (2003). Imagery and the treatment of phobic disorders. In A.A. Sheikh (Ed.), *Healing images. The role of imagination in health. Imagery and human development series* (pp. 312-342). Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co.
- Zuckerman, M. (1973). Scales for sexual experience for males and females. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 27-29.
- Zwick, W.R., & Velicer, W.F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.

Scala per rilevare la vividezza delle fantasie sessuali

Flebus e Barlascini, 2009

Indichi in che misura le seguenti frasi descrivono la sua persona o il suo modo di sentire e vedere, utilizzando i numeri da:

1 *non mi descrive per niente, è il contrario della mia situazione*

a **5** *mi descrive bene, si adatta molto bene a me*

Faccia un cerchietto attorno alla cifra già stampata.

1. Le fantasie sessuali sono segno di buona salute	1	2	3	4	5
2. Provo piacere a fantasticare sul sesso	1	2	3	4	5
3. Sono a mio agio quando condivido le mie fantasie sessuali col partner	1	2	3	4	5
4. Se mi masturbo provo gusto nelle fantasie sessuali	1	2	3	4	5
5. Sono facilmente eccitato dai pensieri sessuali	1	2	3	4	5
6. Provo gusto nell'ascoltare le fantasie sessuali del mio partner	1	2	3	4	5
7. I pensieri sul sesso attraversano la mia mente con facilità	1	2	3	4	5
8. Le fantasie sessuali danno più intensità al piacere sessuale	1	2	3	4	5
9. Trovo eccitanti le fantasie sessuali del partner	1	2	3	4	5
10. Nel fare l'amore, le mie fantasie sessuali mi danno piacere	1	2	3	4	5
11. Anche quando ho voglia di fare l'amore, mi è difficile pensare a cose di sesso	1	2	3	4	5
12. Fatico a concentrarmi sulle mie fantasie sessuali nel fare l'amore	1	2	3	4	5
13. Le mie fantasie sessuali sono noiose	1	2	3	4	5
14. I miei ricordi di esperienze sessuali passate sono negativi	1	2	3	4	5
15. Mi è difficile pensare a cose sessuali nel fare l'amore	1	2	3	4	5
16. Non mi sento a mio agio nel parlare delle fantasie sessuali col mio partner	1	2	3	4	5
17. Non mi piace pensare al sesso	1	2	3	4	5
18. Provo disagio nel comunicare i miei pensieri di sesso al partner	1	2	3	4	5
19. Mi sento colpevole per le mie fantasie sessuali	1	2	3	4	5
20. Le mie fantasie sessuali mi sembrano una simulazione	1	2	3	4	5

21. Se dovessi valutare le esperienze sessuali passate, direi che i miei ricordi sono negativi	1	2	3	4	5
22. Stento a fantasticare sul sesso	1	2	3	4	5
23. Provo turbamento per le mie fantasie sessuali	1	2	3	4	5
24. La mia esperienza sessuale è stata piuttosto deludente	1	2	3	4	5
25. Ho sensazioni negative al solo pensiero del sesso	1	2	3	4	5
26. Trovo che le fantasie sessuali siano un surrogato della soddisfazione sessuale	1	2	3	4	5
27. Un grande fantasticare sul sesso è segno di insoddisfazione personale	1	2	3	4	5
28. Le mie fantasie erotiche hanno una tale vividezza che mi pare stiano accadendo realmente	1	2	3	4	5
29. Fantastico di eccitare sessualmente qualcuno	1	2	3	4	5
30. Mentre sono intento a sbrigare qualche compito, la mia mente di solito divaga in pensieri sessuali	1	2	3	4	5
31. Qualche volta, andando a lavorare, mi immagino di fare l'amore con qualcuno di attraente	1	2	3	4	5
32. Le mie fantasie sessuali sono veramente vive e spiccate nella mia mente	1	2	3	4	5
33. Mentre sto leggendo, spesso il mio pensiero va alla deriva sul fare l'amore con qualcuno	1	2	3	4	5
34. Nell'ozio di un viaggio in treno, in autobus o in aereo, i miei pensieri si rivolgono al sesso	1	2	3	4	5
35. Quando mi annoio, ho fantasie sul sesso	1	2	3	4	5
36. Talvolta, durante la giornata, mi vengono in mente scene di rapporti sessuali	1	2	3	4	5
37. Nei momenti prima di prendere sonno, i miei pensieri si rivolgono al sesso	1	2	3	4	5
38. I miei sogni a occhi aperti mi provocano eccitazione sessuale	1	2	3	4	5

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

I trentotto item del questionario compongono sei subscale. Ogni scala viene calcolata facendo la media degli item che la compongono.

S1: Intensità delle fantasie sessuali ($\alpha = 0,94$, 15 item, media = 2,67, DS = 0,93, asimmetria = 0,29, curtosi = -0,05)

Item: 2, 4, 5, 7, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

S2: Condivisione con il partner ($\alpha = 0,85$, 6 item, media = 3,57, DS = 0,96, asimmetria = -0,48, curtosi = -0,37)

Item: 1, 3, 6, 8, 9, 10

S3: Senso di colpa e turbamento per le fantasie sessuali ($\alpha = 0,73$, 7 item, media = 1,84, DS = 0,66, asimmetria = 1,07, curtosi = 1,33)

Item: 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27

S4: Riluttanza alle fantasie ($\alpha = 0,73$, 5 item, media = 1,82, DS = 0,74, asimmetria = 1,05, curtosi = 1,13)

Item: 11, 12, 13, 15, 17

S5: Esperienze negative ($\alpha = 0,84$, 3 item, media = 1,91, DS = 0,99, asimmetria = 1,03, curtosi = 0,29)

Item: 14, 21, 24

S6: Difficoltà a comunicare con il partner ($\alpha = 0,80$, 2 item, media = 2,38, DS = 1,18, asimmetria = 0,43, curtosi = -0,80)

Item: 16, 18

I punteggi mancanti vengono sostituiti dalla media della scala.

	Percentili					
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
1	1,07	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2	1,13	1,33	1,00	1,00	1,00	1,00
5	1,20	1,83	1,00	1,00	1,00	1,00
10	1,40	2,33	1,14	1,00	1,00	1,00
20	1,73	2,67	1,28	1,20	1,00	1,00
25	2,00	2,83	1,28	1,20	1,00	1,00
30	2,13	3,00	1,43	1,40	1,00	1,50
40	2,40	3,33	1,57	1,40	1,33	2,00

Una scala multifattoriale per rilevare la vividezza delle fantasie sessuali

	Percentili					
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
50	2,60	3,67	1,71	1,60	1,67	2,00
60	2,87	3,87	1,86	1,80	2,00	3,00
70	3,13	4,17	2,14	2,20	2,33	3,00
75	3,33	4,33	2,14	2,20	2,67	3,00
80	3,47	4,50	2,43	2,40	2,67	3,50
90	3,93	4,83	2,71	2,80	3,33	4,00
95	4,33	5,00	3,02	3,20	4,00	4,50
98	4,78	5,00	3,62	3,93	4,33	5,00
99	4,99	5,00	4,00	4,20	5,00	5,00

Ansia sociale: presentazione di un questionario

Giovanni Michelini, Annalisa Pelosi e Marina Pinelli

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Parma

Introduzione

La timidezza e l'ansia sociale sono stati oggetto di studio fin dall'antichità. Già Ippocrate nel V secolo a.C. raccontava di un suo paziente che «a causa della timidezza e della incertezza eccessive non usciva mai di casa; per il timore di essere giudicato non frequentava nessuno; per il terrore di sbagliare non parlava mai e, infine, riteneva di essere sempre osservato da tutti». A cavallo tra l'800 e il '900 si trovano i lavori di Dugas (1898), Hartenberg (1901) e, in particolare, Janet (1903) che per primo parlò di «fobia delle situazioni sociali».

Più recentemente si sono occupati di ansia sociale gli studi clinici ed epidemiologici degli anni Sessanta e Settanta (Marks e Gelder, 1966; Weissman, Myers e Hardings, 1978); la terza edizione del DSM (APA, 1980), che ha fornito i criteri diagnostici della Fobia Sociale (FS); gli studi degli anni Ottanta (Fara-velli, Degl'Innocenti Aiazzi, Incerpi e Pallanti, 1989; Pollard e Henderson, 1988; Regier et al., 1984); il National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994) negli anni Novanta, fino al National Comorbidity Survey Replication Study (NCS-R – Kessler et al., 2005). Resta, tuttavia, irrisolto anche nel DSM-IV-TR il problema della sovrapposizione tra Fobia Sociale, tipo Generalizzato, e il Disturbo Evitante di Personalità (DEP).

Un'analisi dei principali studi (Amies, Gelder e Shaw, 1983; Chapman, Mannuzza e Fyer, 1995; Davidson, Hughes, George e Blazer, 1993; Gelernter et al., 1991; Kessler et al., 2005; Lieb, Isensee, von Sydow e Wittchen, 2000; Lelliot, Mc Namee e Marks, 1991; Lépine, Wittchen e Essau, 1993; Marks, 1969; Nichols, 1974; Ohman, Dimberg e Öst, 1984; Perugi et al., 1990; Rapee, Sanderson e Barlow, 1988; Scheiner, Johnson, Horning, Liebowitz e Weissman, 1992; Shafar, 1976; Solyom, Ledwige e Solyom, 1986; Stein, Walker e Forde, 1994; Thyer, Parrish, Curtis, Nesse e Cameron, 1985) ha evidenziato un'età d'esordio del disturbo tra i 13 e i 24 anni e una prevalenza compresa tra il 7,3% e il 12,1% sulla popolazione

statunitense, dati che indicano la Fobia Sociale come il secondo disturbo d'ansia (dopo le fobie specifiche) e il quarto disturbo in assoluto, preceduto dall'abuso di alcol e dal Disturbo Depressivo Maggiore. Sia pure con molte discordanze tra gli studi riportati, i soggetti con Fobia Sociale risultano essere in maggioranza non coniugati, con bassi livelli di istruzione e status socioeconomico; risultati contrastanti sono stati rilevati anche per la prevalenza di genere.

Sebbene la letteratura internazionale offra numerosi test per la valutazione della timidezza e dell'ansia sociale, come il *Social Phobia Inventory* (SPIN – Connor, Davidson, Churchill, Sherwood e Weisler, 2000), la *Brief Social Phobia Scale* (BSPS – Davidson, Miner e DeVeugh-Geiss, 1997), il *Social Interaction Self-Statement Test* (SISST – Glass, Merluzzi, Biever e Larsen, 1982), la *Social Reticence Scale* (SRS – Jones e Russell, 1982), la *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS – Liebowitz, 1987), la *Social Phobia Scale* e la *Social Interaction Anxiety Scale* (SPS e SIAS – Mattick e Clarke, 1988) e il *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI – Turner, Beidel e Dancu, 1996), nel panorama italiano non si rilevano questionari standardizzati per l'assessment clinico, facendo emergere la necessità di sviluppare un test orientato alla valutazione di quello che gli studi epidemiologici statunitensi più recenti riportano come il quarto disturbo mentale più diffuso (Kessler et al., 2005).

Il presente contributo si pone come obiettivo la creazione di un questionario di autovalutazione per la misura dell'ansia sociale e una sua prima standardizzazione in due formati: il classico «carta e matita» e una modalità di autosomministrazione via internet. Verranno verificati l'attendibilità interna e test-retest, oltre alla validità di costrutto, indagata tramite la valutazione della validità concorrente con un questionario sull'ansia sociale (*Social Interaction Anxiety Scale* – Mattick e Clarke, 1998) e della validità discriminante, con un test per la valutazione dell'ansia generalizzata (*State-Trait Anxiety Inventory* – Spielberger, Gorsuch, e Lushene, 1970), con uno strumento per la valutazione della depressione (*Clinic Depression Questionnaire* – Krug e Laughlin, 1976), scelto per la presenza di un fattore di correzione che riduce la correlazione con misure d'ansia, e con un confronto preliminare con pazienti con diagnosi psichiatrica di Fobia Sociale.

Metodo

Partecipanti

Il campione era composto da:

- 108 soggetti adulti, di età media pari a 25,67 (DS = 9,32) anni, che hanno compilato una prima versione della *Social Anxiety Scale* a 59 item nel corso

- dello studio pilota. Rispetto al genere, 39 erano maschi (36,1%) e 69 femmine (63,9%), in maggioranza diplomati (69,4%) e studenti (38%). Questi soggetti non sono stati utilizzati per il successivo studio sulla scala a 30 item.
- 600 soggetti adulti, di età media pari a 25,93 (DS = 9,37) anni, che hanno compilato il questionario nella versione definitiva a 30 item nel formato «carta e matita». Di questi, 193 erano maschi (32,3%) e 405 femmine (67,7%); in maggioranza diplomati (74%) e studenti (51,8%). Tra questi soggetti, 106 hanno compilato anche il Clinic Depression Questionnaire (CDQ – Krug e Laughlin, 1976); 112 lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI – Spielberger et al., 1970) e 100 la Social Interaction Anxiety Scale (SIAS – Mattick e Clarke, 1998).
 - 287 soggetti adulti, di età media pari a 27,30 (DS = 8,81) anni, che hanno compilato il questionario nella versione definitiva a 30 item via internet. Di questi, 198 erano maschi (69%) e 89 femmine (31%); in maggioranza diplomati (64,8%) e lavoratori dipendenti (33,1%). Tutti questi soggetti hanno compilato, sempre via internet, anche il Clinic Depression Questionnaire.
 - 52 soggetti minorenni, di età media pari a 15,94 (DS = 1,13) anni, che hanno compilato il questionario nella versione definitiva a 30 item via internet. Di questi, 48 erano maschi (90,6%) e 5 femmine (9,4%); in maggioranza in possesso di licenza di scuola secondaria inferiore (92,5%) e studenti (98,1%). Tutti questi soggetti hanno compilato, sempre via internet, anche il Clinic Depression Questionnaire.
 - 6 soggetti adulti, di età media pari a 33,53 (DS = 6,66) anni (4 maschi e 2 femmine), reclutati presso un Dipartimento di Salute Mentale, per i quali una valutazione psichiatrica indipendente ha posto in Asse I la diagnosi di Fobia Sociale e nessuna comorbilità in asse II.

Procedura

Sono stati utilizzati quattro questionari: lo State-Trait Anxiety Inventory di Spielberger (1970); il Clinic Depression Questionnaire di Krug e Laughlin (1976); la Social Interaction Anxiety Scale di Mattick e Clarke (1998) oltre alla Social Anxiety Scale – Scala dell'Ansia Sociale (SAS), lo strumento oggetto di indagine.

Lo State-Trait Anxiety Inventory Forma Y di Spielberger (versione italiana: Pedrabissi e Santinello, 1989) è un questionario costruito allo scopo di misurare le due componenti di «stato» e di «tratto» dell'ansia tramite due scale indipendenti, ciascuna composta da 20 item.

Il Clinic Depression Questionnaire (CDQ – Krug e Laughlin, 1976) è uno strumento di misura della depressione costruito con lo scopo di essere raffinato dal punto di vista psicometrico, facile da usare e quanto più possibile valido nel misurare la depressione. Il test è composto da 40 item, ognuno dei quali può as-

sumere tre valori (a, b, c) che, a seconda dell'item, possono corrispondere, in fase di scoring, al valore di 0, 1 o 2. Sono stati calcolati i punteggi grezzi non corretti, i punteggi grezzi corretti e la trasformazione in punti sten. Il «fattore di correzione» del questionario è ottenuto attraverso l'introduzione di 4 item (precisamente gli item 19, 20, 39, 40) che riducono la correlazione con le misure di ansia. Gli item saturano su un unico fattore, tranne gli item di correzione che saturano su un secondo fattore («ansia»), fortemente correlato al primo ($r = 0,500$). Gli autori hanno inoltre dimostrato una buona capacità discriminativa dello strumento (Krug e Laughlin, 1976) nel differenziare pazienti con diagnosi clinica di depressione da pazienti con diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato e dalla popolazione di controllo, unitamente a un'elevata coerenza interna ($\alpha > 0,95$).

La Social Interaction Anxiety Scale (SIAS – Mattick e Clarke, 1998) è stata sviluppata con lo scopo di misurare l'ansia derivante dall'interazione sociale, definita come il disagio di incontrare e parlare con altre persone. La scala è composta da 20 item (Heimberg, Mueller, Holt, Hope e Liebowitz, 1992) e ha mostrato buone proprietà psicometriche (coerenza interna: alfa di cronbach = 0,894; stabilità test-retest a 13 settimane: $r > 0,90$) e discriminanti, in particolare tra fobia sociale, normalità, agorafobia e fobie semplici (Rapee, Brown, Antony e Barlow, 1992; Brown, Turovsky, Heimberg, Juster, Brown e Barlow, 1997).

La SAS (Social Anxiety Scale – Scala dell'Ansia Sociale) è lo strumento esaminato in questa ricerca e si propone di misurare l'ansia sociale.

Per la scelta degli item sono stati esaminati i principali modelli teorici sullo sviluppo dell'ansia sociale (tra i principali: Cacioppo, Glass e Merluzzi, 1979; De Paulo, Stone e Lassiter, 1985; Heimberg, Liebowitz, Hope e Schneier, 1995; Ickes, 1984; Ingraham e Wright, 1987; Kagan, Reznick e Sindman, 1987; 1988; Kagan, Reznick e Gibbon, 1989; Malloy e Kenny, 1986) e i questionari già in uso in ambito internazionale. Su queste basi è stato stilato un primo elenco comprendente 116 potenziali item. Da questo elenco iniziale, su indicazione di un giudice competente, sono stati scartati quelli ritenuti ambigui o poco chiari, mentre si sono mantenuti quelli reputati più adatti a indagare le varie dimensioni del costrutto e i vari sintomi che compongono il quadro clinico della fobia associata.

Ne è risultato un questionario composto da 59 item su scala tipo Likert (1 – assolutamente falso, 2 – abbastanza falso, 3 – né vero né falso, 4 – abbastanza vero, 5 – assolutamente vero), posti in prima persona sotto forma di affermazione ed equamente distribuiti tra item formulati positivamente e negativamente. Lo scoring è ottenuto tramite la somma dei punteggi di ogni item.

La versione a 59 item è stata somministrata nel corso dello studio pilota; nella fase successiva della ricerca è stata utilizzata la versione a 30 item della Social Anxiety Scale, ottenuta tramite analisi fattoriale esplorativa.

I diversi questionari (Social Anxiety Scale; State-Trait Anxiety Inventory; Clinic Depression Questionnaire e Social Interaction Anxiety Scale) sono stati tutti autosomministrati in forma anonima e, nella modalità «carta e matita», il somministratore era presente per domande e chiarimenti. Questo non è stato ovviamente possibile nella modalità di somministrazione via internet.

I dati socio-anagrafici richiesti sono stati il genere, l'età, il titolo di studio e la professione.

Per la modalità di somministrazione via internet è stata predisposta una pagina web dove poter rispondere ai singoli item scegliendo l'opzione desiderata attraverso un clic del mouse. A compilazione ultimata i risultati venivano inviati mediante posta elettronica. Si è cercato di rimanere il più possibile fedeli alla forma grafica e alle istruzioni originali, anche se alcuni lievi cambiamenti sono stati inevitabili (ad esempio la sostituzione delle frasi che richiedevano di «porre una X nella casella» con «selezionare la casella»).

Il protocollo somministrato via internet comprendeva i 40 item del Clinic Depression Questionnaire e i 30 della Social Anxiety Scale.

Nel formato «carta e matita» il questionario è stato risomministrato a distanza di 5 mesi a 143 soggetti.

STUDIO PILOTA

Nel corso dello studio pilota, il punteggio medio totale del questionario Social Anxiety Scale a 59 item è risultato pari a 149,89 (DS = 24,8); i punteggi di asimmetria e curtosi sono risultati rispettivamente -,076 e -,268. L'attendibilità, calcolata con il coefficiente alfa di Cronbach, è risultata pari a 0,910.

Tramite il coefficiente rho di Spearman si è calcolata la correlazione dei singoli item con il punteggio totale del questionario ed è emerso che cinque item presentavano un coefficiente di correlazione inferiore a 0,300, insoddisfacente ancorché significativo.

Una serie di analisi fattoriali, condotte sui 54 item rimasti, ha permesso di eliminare via via tutti gli item insoddisfacenti a causa di saturazioni plurifattoriali o omogeneamente inferiori al valore minimo di accettabilità (0,300), o perché rivelatisi item non pertinenti al costrutto indagato. La coerenza della versione a 30 item così ottenuta è risultata pari a $\alpha = 0,871$.

Risultati

Le medie del punteggio totale alla Social Anxiety Scale 30 item degli adulti cui il questionario è stato somministrato in formato «carta e matita», degli adulti

che hanno compilato il questionario via internet e degli adolescenti non si discostano di molto (tabella 8.1).

TABELLA 8.1
Punteggio totale medio SAS 30 item

	Adulti – Carta e matita	Adulti – Internet	Adolescenti
Media	76,06	74,38	79,13
DS	17,2	20,0	19,2

In particolare, il confronto tra le due modalità di somministrazione, tramite il test di Mann-Whitney (la violazione del prerequisito dell'omoschedasticità non ha consentito, qui e in seguito, di operare un confronto tramite analisi della varianza), non ha evidenziato differenze statisticamente significative, né sono risultate significative le differenze tra gli adulti, considerati nel loro complesso, e gli adolescenti, sebbene vada tenuta in considerazione la scarsa numerosità di questi ultimi (887 adulti e 52 adolescenti).

Questo ha permesso di considerare tutti i 940 soggetti cui è stata somministrata la Social Anxiety Scale come un unico campione, con un'età media corrispondente di 25,44 (DS = 9,3) anni, composto da 439 soggetti maschi (46,8%) e 499 femmine (53,2%; per due soggetti il dato era mancante), in maggioranza diplomati (67,3%) e studenti (48,6%).

Il punteggio totale medio è risultato uguale a 75,72 (DS = 18,2), l'asimmetria pari a 0,327 e la curtosi a 0,004; la distribuzione dei punteggi totali è risultata essere omogenea alla distribuzione normale (test di Kolmogorov-Smirnov: $Z = 1.233$, $p > 0,05$) ed è illustrata nella figura 8.1.

Le femmine (media 78,58, DS = 17,3) hanno ottenuto un punteggio significativamente ($U = 87554,5$, $p < 0,001$) più alto dei maschi ($M = 72,41$, DS = 18,7).

Rispetto al titolo di studio, senza tenere conto dei 7 soggetti che avevano conseguito la licenza di scuola primaria, data l'esiguità del loro numero, il confronto tramite il test di Kruskal-Wallis tra i soggetti in possesso di licenza di scuola secondaria inferiore, diploma o laurea ha prodotto differenze significative ($\chi^2 = 15,259$, $p < 0,001$): in particolare, dai confronti a coppie tramite il test di Mann-Whitney, è emerso che i laureati ($M = 69,70$, DS = 15,4) hanno ottenuto punteggi significativamente inferiori rispetto ai diplomati ($U = 32191,00$, $p < 0,001$), e ai soggetti con licenza di scuola secondaria inferiore ($U = 8307,50$, $p < 0,001$).

Medie e deviazioni standard sono riportati in tabella 8.2.

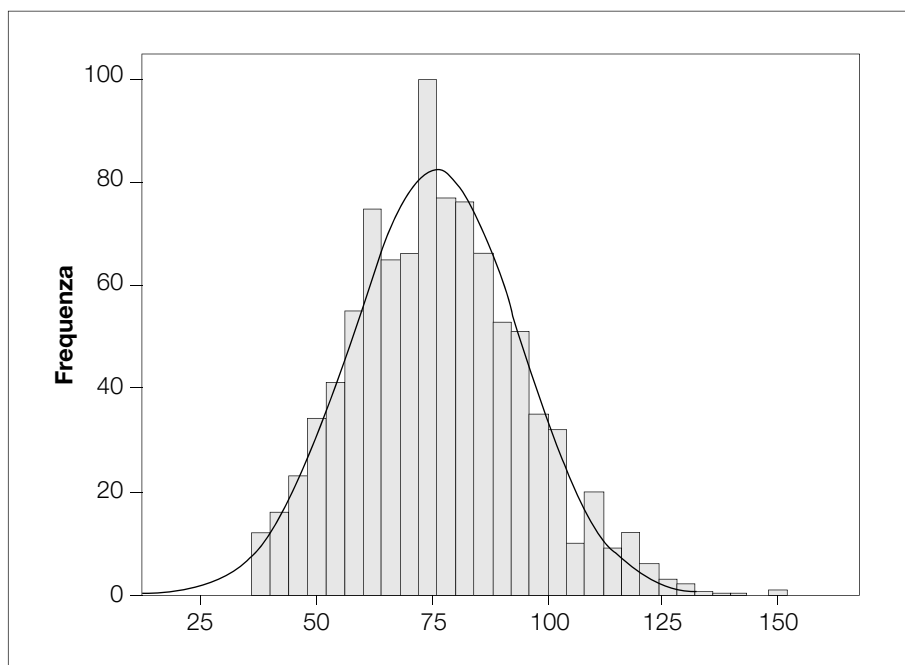


Fig. 8.1 Distribuzione dei punteggi totali SAS 30 item.

TABELLA 8.2
Punteggio totale medio per titolo di studio

	Licenza secondaria inferiore	Diploma secondaria superiore	Laurea
Media	78,01	76,14	69,70
DS	19,6	18,1	15,4

Sono emerse differenze anche nel confronto tra le diverse professioni ($\chi^2 = 34,21$, $p < 0,001$), escludendo i lavoratori saltuari, le casalinghe e i pensionati in ragione della loro esigua numerosità. In particolare, confrontando le diverse professioni a coppie, è emerso che i lavoratori autonomi hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi degli studenti ($U = 11988,00$, $p < 0,001$), degli studenti lavoratori ($U = 2850,00$, $p < 0,001$) e dei lavoratori dipendenti ($U = 8208,50$, $p < 0,05$). Sono emerse differenze significative anche tra gli studenti e i lavoratori dipendenti ($U = 46252,50$, $p < 0,001$). Medie e deviazioni standard sono riportate in tabella 8.3.

TABELLA 8.3
Punteggi totali suddivisi per professione

	Studente	Studente lavoratore	Lavoratore dipendente	Lavoratore autonomo	Lavoratore saltuario	Pensio- nato	Casalinga
Media	78,43	77,31	72,71	66,68	79,29	74,40	74,75
DS	17,3	18,1	18,3	17,3	23,0	18,6	20,0

Inoltre, il punteggio totale presentava una correlazione modesta, ma altamente significativa ($\rho = -,178$, $p < 0,001$) con l'età.

Prima di procedere all'analisi fattoriale esplorativa, si sono verificati i pre-requisiti di applicabilità dell'analisi stessa. Per garantirci rispetto alla normalità delle distribuzioni dei punteggi dei singoli item sono stati accertati i valori di asimmetria e curtosi, i cui valori assoluti sono risultati, in tutti gli item, inferiori a 1,5. L'adeguatezza della matrice di correlazione è stata garantita dal determinante della matrice diverso da 0, dall'ottimo valore della misura di adeguatezza campionaria KMO (0,932) e dalla significatività del test di sfericità di Bartlett ($\chi^2 = 8620,06$; $p < 0,001$).

La scelta del numero di fattori da estrarre, con il metodo dell'analisi dei fattori principali, è stata verificata tramite il metodo della massima correlazione residua (McDonald, 1985): la matrice dei residui è risultata composta da valori assoluti inferiori a 0,05 al termine dell'estrazione di sette fattori. L'estrazione di un numero inferiore di fattori ha determinato matrici riprodotte insoddisfacenti; l'estrazione di otto fattori ha prodotto la comparsa di valori di comunaltà superiori a 1 (*Heywood case*), indicativa di una soluzione con troppi fattori. Poiché le correlazioni tra i fattori sono risultate $> 0,300$, si è scelto di operare una rotazione obliqua (oblimin, $\delta = 0$). La matrice dei modelli così ruotata è illustrata nella tabella 8.4.

Date le differenze emerse nei punteggi totali di maschi e femmine, la stessa analisi fattoriale (analisi dei fattori principali, rotazione obliqua oblimin $\delta = 0$) è stata eseguita anche separatamente nei due generi.

Nella tabella 8.5 sono riportate le saturazioni degli item sui fattori nei maschi (gli item 11 e 24 sono riportati in corsivo, in quanto saturano su fattori diversi rispetto all'analisi svolta sul campione globale), mentre la tabella 8.6 riguarda le femmine, dove gli item a saturare su fattori diversi sono il 7, 8, 18, 20, 22, 24 e 26.

La coerenza interna, calcolata sui 30 item del test tramite il coefficiente α di Cronbach, è risultata pari a $\alpha = 0,904$. Anche la correlazione tra test e retest è risultata soddisfacente e altamente significativa ($\rho = 0,883$, $p < 0,001$).

Per quanto riguarda la validità discriminante, il punteggio totale della Social Anxiety Scale ha mostrato una correlazione significativa, ma moderata, con lo State-Trait Anxiety Inventory, sia con la scala di stato ($\rho = 0,495$, $p < 0,001$) sia

con quella di tratto ($p = 0,607$, $p < 0,001$), mentre la correlazione con il Clinic Depression Questionnaire è risultata negativa e del tutto trascurabile con il punteggio non corretto ($p = -0,121$, $p < 0,05$) e addirittura non significativa con il punteggio corretto per l'ansia ($p = -0,053$, $p > 0,05$). Molto più forte è risultata la correlazione con la Social Interaction Anxiety Scale, lo strumento utilizzato per la validità concorrente ($p = 0,767$, $p < 0,001$). La tabella 8.7 riassume i coefficienti di correlazione e la loro significatività.

Le correlazioni parziali tra i punteggi totali ottenuti dai vari soggetti, tenendo come variabili di controllo l'età e il genere, non differiscono sostanzialmente dalle correlazioni di ordine zero, come illustrato in tabella 8.8.

TABELLA 8.4
Saturazioni fattoriali: gruppo totale

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
28. Ho paura di non essere all'altezza della situazione	0,763						
23. La paura mi impedisce di raggiungere i miei obiettivi	0,703						
25. Non prendo iniziative per paura di sbagliare	0,632						
30. La paura di essere giudicato mi ha fatto rinunciare a delle occasioni importanti	0,625						
18. Ho paura di sbagliare	0,584				-0,233		
29. Mi capita di sentirmi inadeguato	0,574						
14. Ho paura che quello che dico venga giudicato	0,327						
20. Mi capita di sentirmi bloccato quando sono in compagnia di qualcuno	0,245			0,226			
19. Mi soddisfano le attività che mi pongono al centro dell'attenzione		0,635					
1. Mi piace parlare in pubblico		0,550					
26. Sono contento quando mi presentano altre persone		0,272				0,246	
8. Mi sento a mio agio quando parlo con una persona di un altro sesso		0,210					
13. Credo che agli altri non interessi quello che ho da dire			0,559	0,205			
21. Penso che la gente desideri la mia compagnia		0,228	0,532				
17. Credo che gli altri non mi capiscano			0,520			0,221	

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
5. Gli altri mi accettano per quello che sono			0,509				
10. Ho paura che gli altri mi trattino con indifferenza		-0,242	0,289		-0,274		
27. Durante una conversazione mi trema la voce				0,682			
15. Mi capita di balbettare in pubblico				0,555			
4. Quando sto con gli altri mi capita di sentire la gola secca				0,375			
9. Provo imbarazzo quando qualcuno mi guarda mentre sto facendo qualcosa					-0,687		
12. Mi dà fastidio essere osservato					-0,664		
3. Quando qualcuno mi guarda negli occhi mi imbarazzo				0,220	-0,393		
11. Quando mi sento a disagio mi capita di arrossire					-0,349		
16. Mi imbarazza andare a cambiare un acquisto						0,485	
6. Provo disagio a parlare al telefono con persone che non conosco					-0,241	0,243	
24. Cerco di farmi notare dalla persona che mi piace		0,217				-0,231	
7. Tra la folla mi sento tranquillo							-0,622
22. Sono a mio agio a mangiare in pubblico							-0,493
2. Quando entro in una stanza affollata mi batte forte il cuore				0,304			-0,309

TABELLA 8.5
Saturazioni fattoriali: maschi

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
28. Ho paura di non essere all'altezza della situazione	0,789						
23. La paura mi impedisce di raggiungere i miei obiettivi	0,697						
29. Mi capita di sentirmi inadeguato	0,649						
30. La paura di essere giudicato mi ha fatto rinunciare a delle occasioni importanti	0,643						

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
18. Ho paura di sbagliare	0,613						
25. Non prendo iniziative per paura di sbagliare	0,613						
14. Ho paura che quello che dico venga giudicato	0,323			-0,208			
20. Mi capita di sentirmi bloccato quando sono in compagnia di qualcuno	0,307			-0,252			
19. Mi soddisfano le attività che mi pongo al centro dell'attenzione		0,667					
1. Mi piace parlare in pubblico		0,590					
24. <i>Cerco di farmi notare dalla persona che mi piace</i>		0,323					
8. Mi sento a mio agio quando parlo con una persona di un altro sesso		0,313					
26. Sono contento quando mi presentano altre persone		0,283					
21. Penso che la gente desideri la mia compagnia		0,281	0,510				
5. Gli altri mi accettano per quello che sono			0,505				
17. Credo che gli altri non mi capiscano			0,490				0,246
13. Credo che agli altri non interessi quello che ho da dire			0,455	-0,242			
10. Ho paura che gli altri mi trattino con indifferenza			0,408		-0,217		
27. Durante una conversazione mi trema la voce				-0,597			
15. Mi capita di balbettare in pubblico				-0,556			
4. Quando sto con gli altri mi capita di sentire la gola secca				-0,330			
11. <i>Quando mi sento a disagio mi capita di arrossire</i>							
9. Provo imbarazzo quando qualcuno mi guarda mentre sto facendo qualcosa					-0,809		
12. Mi dà fastidio essere osservato					-0,686		
3. Quando qualcuno mi guarda negli occhi mi imbarazzo				-0,273	-0,295		
7. Tra la folla mi sento tranquillo						-0,773	
22. Sono a mio agio a mangiare in pubblico						-0,438	

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
2. Quando entro in una stanza affollata mi batte forte il cuore				-0,210		-0,285	0,216
16. Mi imbarazza andare a cambiare un acquisto							0,512
6. Provo disagio a parlare al telefono con persone che non conosco					-0,233		0,347

In corsivo gli item che saturano su una componente diversa rispetto all'analisi fattoriale sul campione globale

TABELLA 8.6
Saturazioni fattoriali: femmine

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
30. La paura di essere giudicato mi ha fatto rinunciare a delle occasioni importanti	0,742						
23. La paura mi impedisce di raggiungere i miei obiettivi	0,686						
25. Non prendo iniziative per paura di sbagliare	0,648						
28. Ho paura di non essere all'altezza della situazione	0,538	0,216					
29. Mi capita di sentirmi inadeguato	0,474						
14. Ho paura che quello che dico venga giudicato	0,242	0,232					
17. Credo che gli altri non mi capiscano		0,681					
13. Credo che agli altri non interessi quello che ho da dire		0,507					-0,205
10. Ho paura che gli altri mi trattino con indifferenza		0,292	-0,207				
19. Mi soddisfano le attività che mi pongono al centro dell'attenzione	0,223		0,555				-0,204
1. Mi piace parlare in pubblico			0,518		0,201		
27. Durante una conversazione mi trema la voce				0,793			
15. Mi capita di balbettare in pubblico				0,561			
4. Quando sto con gli altri mi capita di sentire la gola secca	0,210		-0,211	0,324			

	Fattore						
	1	2	3	4	5	6	7
2. Quando entro in una stanza affollata mi batte forte il cuore				0,308		0,220	
9. Provo imbarazzo quando qualcuno mi guarda mentre sto facendo qualcosa					0,611		
12. Mi dà fastidio essere osservato					0,605		
11. Quando mi sento a disagio mi capita di arrossire					0,443		
3. Quando qualcuno mi guarda negli occhi mi imbarazzo					0,435		
18. <i>Ho paura di sbagliare</i>	0,288	0,360			0,372		
20. <i>Mi capita di sentirmi bloccato quando sono in compagnia di qualcuno</i>					0,226		
16. Mi imbarazza andare a cambiare un acquisto						0,489	
7. <i>Tra la folla mi sento tranquillo</i>						0,413	
6. Provo disagio a parlare al telefono con persone che non conosco						0,349	
26. <i>Sono contento quando mi presentano altre persone</i>			0,260			0,340	
8. <i>Mi sento a mio agio quando parlo con una persona di un altro sesso</i>						0,203	
21. Penso che la gente desideri la mia compagnia		0,291					-0,427
5. Gli altri mi accettano per quello che sono		0,286			-0,234		-0,373
24. <i>Cerco di farmi notare dalla persona che mi piace</i>							-0,369
22. <i>Sono a mio agio a mangiare in pubblico</i>						0,222	-0,299

In corsivo gli item che saturano su una componente diversa rispetto all'analisi fattoriale sul campione globale

TABELLA 8.7
Correlazioni con altri test (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

		Totale STAI-Stato	Totale STAI-Tratto	CDQ totale non corretto	CDQ totale corretto	Totale SIAS
Totale SAS	Coefficiente di correlazione	0,495**	0,607**	-0,121*	-0,053	0,767**
	N	112	112	446	446	100

TABELLA 8.8
Correlazioni parziali con altri test (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

	Variabile di controllo	Totale STAI-Stato	Totale STAI-Tratto	CDQ totale non corretto	CDQ totale corretto	Totale SIAS
Totale SAS	Età	0,489**	0,646**	-0,061	-0,022	0,806**
Totale SAS	Genere	0,462**	0,632**	-0,044	-0,005	0,803**
Totale SAS	Età e genere	0,468**	0,634**	-0,058	-0,019	0,801**

La scarsa numerosità dei soggetti con diagnosi clinica permette valutazioni solo preliminari. Sebbene, infatti, il confronto effettuato tramite il test di Mann-Whitney tra i soggetti adulti «normali» e quelli «clinici» rilevi una differenza statisticamente significativa ($U = 441,5$; $p < 0,01$), la numerosità dei due gruppi suggerisce di interpretare questo dato con molta cautela. Rispetto alle medie, i soggetti «clinici» hanno ottenuto punteggi molto più alti (102,17, $DS = 15,35$) del campione normale (75,72, $DS = 18,2$), anche considerando solo i soggetti adulti (73,28, $DS = 18,56$). Inoltre, quattro dei sei soggetti si collocano al di sopra del novantesimo percentile, uno al di sopra dell'ottantesimo e solamente un soggetto con diagnosi in comorbidità di Disturbo Ossessivo-Compulsivo ottiene un punteggio che lo colloca entro il sessantesimo percentile.

Discussione

Nella forma iniziale a 59 item il test ha subito dimostrato un'elevata coerenza interna e un buon potere discriminante: in accordo con gli studi epidemiologici (Scheiner et al., 1992; Davidson et al., 1993a; Kessler et al., 1994; Stein et al., 1994; Chapman et al., 1995) le femmine hanno ottenuto punteggi più alti dei maschi.

Anche la correlazione negativa con l'età è in accordo con quanto emerge dalla letteratura: Perugi (2001) rileva una maggior incidenza della Fobia Sociale nelle coorti di popolazione nate dopo gli anni Settanta e propone due interpretazioni. La prima imputa questo dato alle fluttuazioni relative a coorti differenti di soggetti, la seconda alla difficoltà nei soggetti anziani di riportare tratti e disturbi a esordio precoce come la Fobia Sociale, ai quali si sono adattati nel tempo.

Più delicata è l'interpretazione del dato che vede i lavoratori autonomi presentare livelli di ansia sociale più bassi rispetto a quelli rilevati nelle altre professioni.

L'*Epidemiologic Catchment Area* (ECA – Regier et al., 1984) riporta come i soggetti affetti da Fobia Sociale presentino bassi livelli di status socio-economico, ma potrebbe rappresentare una forzatura imputare ai lavoratori autonomi uno status maggiore rispetto agli studenti. Le differenze in merito al titolo di studio, dove i laureati ottengono i punteggi più bassi, sono in accordo con quanto rilevato da tale studio (Regier et al., 1984).

Le qualità psicometriche del test sono altamente soddisfacenti: l'attendibilità è eccellente sia come coerenza interna degli item, sia come stabilità del punteggio nel tempo. Per quanto riguarda la validità discriminante, sono molto confortanti i risultati ottenuti rispetto al Clinic Depression Questionnaire. Con l'introduzione del fattore di correzione per l'ansia dello strumento, la correlazione tra i due punteggi totali non è significativa nonostante la numerosità del campione (445 soggetti hanno compilato sia la Social Anxiety Scale che il questionario). Tenendo sotto controllo le variabili età e genere non è significativa nemmeno la correlazione parziale con il punteggio totale del questionario non corretto. Questi dati garantiscono rispetto all'influenza della depressione, nonostante la sovrapposizione di sintomi tra i disturbi di carattere ansioso e depressivo.

L'interpretazione dei dati della correlazione con i due punteggi dello State-Trait Anxiety Inventory sembrerebbe più complicata. Positivo è il fatto che la Social Anxiety Scale mostri un coefficiente di correlazione maggiore con la scala di tratto rispetto a quella di stato, mentre, riguardo alla significatività della correlazione, va tenuto presente che entrambi gli strumenti si propongono di misurare l'ansia: lo State-Trait Anxiety Inventory nella sua accezione generale, la Social Anxiety Scale nella specificità della sua componente sociale. È pertanto lecito attendersi una certa concordanza tra i due strumenti, come, effettivamente, è stato rilevato.

Questa ipotesi sembra essere rafforzata dalla maggiore correlazione mostrata con la Social Interaction Anxiety Scale, strumento di misurazione dell'ansia sociale utilizzato per valutare la validità concorrente.

L'analisi fattoriale esplorativa ha evidenziato come gli item si dispongano su sette componenti, di cui proponiamo la seguente interpretazione, che comprende quasi tutti gli aspetti del costrutto: 1 – Paura; 2 – Evitamento Sociale; 3 – Autoefficacia; 4 – Difficoltà nella Comunicazione; 5 – Essere Osservati; 6 – Rapporto Diadico con l'Estraneo; 7 – Demofobia. La Paura di sbagliare è uno dei criteri diagnostici del DSM-IV per la Fobia Sociale, così come l'Evitamento Sociale, che è anche una delle tre subscale della *Brief Social Phobia Scale* (Davidson et al., 1997). Il rapporto tra Autoefficacia e Ansia Sociale è ampiamente studiato in letteratura (si vedano, a titolo di esempio: Alden, Teschuk e Tee, 1992; Bandura, 1997; Moe e Zeiss, 1982): il senso di autoefficacia ha, infatti, una funzione importante nella regolazione della risposta emozionale e comportamentale in una situazione

problematica (Mineka e Thomas, 1999), tanto che le due dimensioni sono viste come dipendenti (Alden, Bieling e Wallace, 1994).

La Difficoltà nella Comunicazione è stata indagata sia in rapporto alla timidezza (Manning e Gray, 1993), tanto da essere anche uno dei costrutti su cui si basa la Social Reticence Scale (Jones e Russell, 1982), sia rispetto all'ansia sociale, in particolare in relazione alla comunicazione di tipo autobiografico (Leary, Knight e Johnson, 1987; Reno e Kenny, 1992): i problemi potrebbero dipendere dai pensieri sull'impressione che si sta dando agli altri (Schlenker e Leary, 1985). L'ansia sociale sembra, inoltre, essere legata al mancato rispetto dei turni di comunicazione (Natale, Entin e Jaffe, 1979). L'Essere Osservati rientra già nella descrizione di Ippocrate citata in apertura e, più recentemente, nei fattori della Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987), nella definizione di Fobia Sociale alla base della Brief Social Phobia Scale (Mattick e Clarke, 1998), ed è una delle aree indagate dallo Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000).

Rispetto al Rapporto Diadico con l'Estraneo, esso è assimilabile al fattore Social Interaction trovato nell'esplorazione della struttura fattoriale della Liebowitz Social Anxiety Scale (Safren et al., 1999); esiste, inoltre, un filone di ricerche sulla percezione dei soggetti con alti livelli di ansia sociale da parte di sconosciuti, che verrebbero valutati come meno attraenti e meno amichevoli rispetto agli altri (Jones e Russell, 1982); in particolare, numerose sono le ricerche sulla percezione, da parte degli adulti, dei bambini con alti livelli di ansia sociale (si veda, ad esempio, Greco e Morris, 2002).

Poco studiato in letteratura, infine, sembra essere il rapporto tra ansia sociale e Demofobia o paura della folla.

I primi risultati su un piccolo gruppo di soggetti con diagnosi clinica sono confortanti, con risultati che collocano più dell'80% dei pazienti oltre l'ottantesimo percentile della distribuzione.

Conclusioni

Fin dallo studio pilota e dalla sua versione a 59 item, la Social Anxiety Scale è stata caratterizzata da un'eccellente attendibilità interna: $\alpha = 0,910$ nella prima versione e $\alpha = 0,871$ nella versione a 30 item, risultata dall'eliminazione degli item scarsamente correlati con il punteggio totale e di quelli che, in una serie di analisi fattoriali esplorative, sono risultati plurifattoriali o saturanti su un fattore indipendente dal costrutto indagato. Questi risultati ci hanno spinto a proseguire la ricerca su un campione più ampio, utilizzando la versione più breve dello strumento, che, dimezzando quasi il numero di item, non mostrava una perdita consistente di attendibilità.

La modalità di somministrazione e l'età dei soggetti (adulti e minorenni) non sono risultate variabili significative, e questo ci ha permesso di analizzare i 940 soggetti a cui è stata somministrata la Social Anxiety Scale come un unico campione.

L'attendibilità interna del test, nella versione a 30 item, è rimasta molto soddisfacente ($\alpha = 0,904$), così come lo sono stati i risultati relativi all'attendibilità test-retest e alla validità dello strumento, sia nel confronto con lo State-Trait Anxiety Inventory (dove sono emerse correlazioni significative ma moderate con entrambe le scale), sia nel confronto con il Clinic Depression Questionnaire (dove addirittura non è risultata significativa la correlazione con il punteggio corretto per l'ansia, mentre quella con il punteggio non corretto è risultata davvero moderata), sia nel confronto con la Social Interaction Anxiety Scale (dove è stato riscontrato il coefficiente di correlazione maggiore). Questi dati, che sembrano essere confermati dalle correlazioni parziali con genere e/o età come variabili di controllo, ci confortano rispetto alla validità del nostro strumento.

L'analisi fattoriale esplorativa ha estratto 7 componenti di cui è stata proposta questa interpretazione: 1 – Paura; 2 – Evitamento Sociale; 3 – Autoefficacia; 4 – Difficoltà nella Comunicazione Verbale; 5 – Essere Osservati; 6 – Rapporto Diadico con l'Estraneo; 7 – Demofobia.

Il test ha, inoltre, permesso di rilevare differenze interessanti nei punteggi totali rispetto al genere, alla professione e al titolo di studio: le femmine hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori dei maschi; i lavoratori autonomi minori delle altre categorie (studenti, studenti lavoratori e lavoratori dipendenti) e i lavoratori dipendenti minori degli studenti; i laureati inferiori alle altre categorie (licenza di scuola secondaria inferiore e superiore). Il punteggio totale del test ha mostrato una correlazione negativa moderata, seppure altamente significativa, con l'età.

La possibilità di somministrare il questionario a soggetti adulti e minorenni anche via internet lo rende molto fruibile. Non può certo sfuggire la comodità di un metodo di somministrazione che non prevede la presenza di personale specializzato e che consente un tranquillo svolgimento da casa propria. In particolare, nell'ambito della ricerca, il *medium* consente di raggiungere un grande numero di soggetti, anche di aree geografiche lontane, oltre ad azzerare la possibilità di errori nella immissione dei dati.

L'eccellente attendibilità interna, la capacità di non essere influenzata dalla depressione e, in misura accettabile, dall'ansia generale, la stabilità dell'analisi fattoriale, la coerente eterogeneità dei fattori proposti e la relativa brevità dello strumento, sembrerebbero rendere la Social Anxiety Scale un valido e utile strumento di misurazione per l'ansia sociale.

Sebbene i primi risultati ottenuti su soggetti con diagnosi clinica siano nel complesso decisamente confortanti, gli sviluppi futuri della ricerca sulla Scala dell'Ansia Sociale si andranno a concentrare proprio in questo campo.

Bibliografia

- Alden, L.E., Bieling, P.J., & Wallace, S.T. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: a self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 297-316.
- Alden, L.E., Teschuk, M., & Tee, K. (1992). Public self-awareness and withdrawal from social interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 249-267.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: Author. Trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association. Trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Masson, 1996.
- Amies, P.L., Gelder, M.G., & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., & Morris, T.L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Hamlin K., & Morris, T.L. (2000). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): external and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31, 75-87.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Stanley, M.A., & Dacu, C.V. (1989). The social phobia and anxiety inventory: concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417-427.
- Brown, E.J., Turovsky, J., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21-27.
- Cacioppo, J.T., Glass, C.R., & Merluzzi, T.V. (1979). Self-statements and self-evaluations: a cognitive-response analysis of social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 249-262.
- Chapman, T.F., Mannuzza, S., & Fyer, A.J. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Connor, K.M., Kobak, K.A., & Churchill, L.E. (1999). *The Mini-SPIN: a brief screening assessment for social phobia*. Presentato al dodicesimo congresso annuale dello European College of Neuropsychopharmacology, 21-25 settembre, Londra.

- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Davidson, J.R.T., Miner, C.M., & DeVaugh-Geiss, J. (1997). The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161-166.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.L., George, L.K., & Blazer, D.G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke epidemiological catchment area study. *Psychological Medicine*, 23, 709-713.
- DePaulo, B.M., Stone, J.I., & Lassiter, G.D. (1985). Deceiving and detecting deceit. In B.R. Schlenker, *The self and social life*. New York: McGraw-Hill.
- Dugas, M. (1898). *Timidité*. Paris: Alcan.
- Faravelli, C., Degl'Innocenti, B.G., Aiazzi, L., Incerpi, G., & Pallanti, S. (1989). Epidemiology of anxiety disorder in Florence. *Journal of Affective Disorders*, 19, 1-5.
- Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimbolio, P., Arknoff, D.D., Vittone, B.J., Tancer, M.E., & Bartko, J.J. (1991). Cognitive behavioral and pharmacological treatments for social phobia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., & Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 6, 37-55.
- Greco, L.A., & Morris, T.L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 260-267.
- Hartemberg, P. (1901). *Les timides et la timidité*. Paris: Alcan.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., & Schneier, E.R. (1995). *Social phobia. Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Mueller, G.P., Holt, C.S., Hope, D.A., & Liebowitz, M.R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Heimberg, R.G., Corner, K.J., Juster, H.R., Safer, S.A., Brown, E.J., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1999). Psychometric properties of Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Herbert, J.D., Bellack, A.S., & Hope, D.A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-369.
- Ickes, W. (1984). Compositions in black and white: determinants of interaction in interracial dyads. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 443-453.
- Ingraham, L.J., & Wright, T.L. (1987). A social relations model test of Sullivan's anxiety hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1212-1218.
- Janet, P. (1903). *Les obsession et la psychasténie*. Paris: Alcan.
- Jones, W.H., & Russell, D. (1982). The Social Reticence Scale: an objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment*, 46, 629-631.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Gibbon, J. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 60, 838-845.

- Kagan, J., Reznick, J.S., & Sindman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Sindman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kashdan, T.B., & Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
- Kessler, R.C., Berglund, P.D., Demler, O., Olga, J.R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krug, S.E., & Laughlin, J.E. (1976). *Handbook for the IPAT Depression Scale*. Champaign: Institute for Personality and Ability Testing.
- Leary, M.R., & Schlenker, B.R. (1985). Social anxiety and communication about the self. *Journal of Language and Social Psychology*, 4, 171-192.
- Leary, M.R., Knight, P.D., & Johnson, K.A. (1987). Social anxiety and dyadic conversation: a verbal response analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 34-50.
- Lelliot, P., McNamee, G., & Marks, I. (1991). Features of agor-social and related phobias and validation of the diagnoses. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 313-322.
- Lépine, J.P., Wittchen, H.U., & Essau, C.A. (1993). Lifetime and current comorbidity of anxiety and affective disorders: results from the international WHO/ADAMHA CIDI field trials. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 67-77.
- Lieb, R., Isensee, B., von Sydow, K., & Wittchen, H.U. (2000). The Early Developmental Stages of Psychopathology study (EDSP). *European Addiction Research*, 6, 170-182.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Malloy, T.F., & Kenny, D.A. (1986). The social relations model: an integrative method for personality research. *Journal of Personality*, 54, 199-225.
- Manning, P., & Gray, G. (1993). Shyness, self-confidence, and social interaction. *Social Psychology Quarterly*, 56, 178-192.
- Marks, I.M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.
- Marks, I.M., & Gelder, M.G. (1966). Different age of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Masia-Warner, C., Storch, E.A., Pincus, D.B., Klein, R.G., Heimberg, R.G., & Liebowitz, M.R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: an initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1076-1084.
- Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.

- McDonald, R.P. (1985). *Factor analysis and related methods*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Michellini, G., Pelosi, A. & Pinelli, M. (2009). Ansia Sociale: presentazione di un questionario. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15 (3), 281-305.
- Mineka, S., & Thomas, C. (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 613-636). Chichester: John Wiley and Sons.
- Moe, K.O., & Zeiss, A.M. (1982). Measuring self-efficacy expectations for social skills: a methodological inquiry. *Cognitive Therapy and Research*, 6-2, 191-205.
- Natale, M., Entin, E., & Jaffe, J. (1979). Vocal interruptions in dyadic communication as a function of speech in social anxiety. *Journal of Personal and Social Psychology*, 6, 865-878.
- Nichols, K. (1974). Sever social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 301-306.
- Oakman, J., Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2002). A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 149-161.
- Ohman, A., Dimberg, U., & Öst, L.G. (1984). Animal and social phobias: biological constraints on learned fear responses. In S. Reiss & R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academy Press.
- Pedrabissi, L., & Santinello, M. (1989). *Manuale dell'adattamento italiano dello STAI forma Y*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Perugi, G. (2001). *Oltre la timidezza*. Roma: Carrocci.
- Perugi, G., Simonini, E., Savino, M., Mengali, F., Cassano, G.B., & Akiskal, H.S. (1990). Primary and secondary social phobia: psychopathologic and familial differentiations. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 245-242.
- Pollard, C.A., & Henderson, J.G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 176, 440-445.
- Rapee, R.M., Sanderson, W.C., & Barlow, D.H. (1988). Social phobia features across the DSM III-R anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 287-299.
- Rapee, R.M., Brown, T.A., Antony, M.A., & Barlow, D.H. (1992). Response to hyper-ventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538-552.
- Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Blazer, D.G., Hough, R.L., Eaton, W.W., & Locke, B.Z. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.
- Reno, R.R., & Kenny, D.A. (1992). Effects of self-consciousness and social anxiety on self-disclosure among unacquainted individuals: an application of the social relations model. *Journal of Personality*, 60, 79-94.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., Corner, K.J., Juster, H.R., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1999). Factor structure of social fears: the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 253-270.

- Scheiner, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R., & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: comorbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schlenker, B.R., & Leary, M.R. (1985). Social anxiety and communication about the self. *Journal of Language and Social Psychology*, 4, 171-192.
- Shafar, S. (1976). Aspects of phobic illness – a study of 90 personal cases. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 221-236.
- Solyom, L., Ledwige, B., & Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 464-470.
- Stein, M.B., Walker, J.R., & Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Thyer, B.A., Parrish, R.T., Curtis, G.C., Nesse, R.M., & Cameron, O.G. (1985). Ages of onset of DSM III anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 113-122.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Dancu, C.V. (1996). *Social Phobia and Anxiety Inventory: Manual*. Toronto: Multi-Health System Inc.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 3, 448-457.
- Weissman, M.M., Myers, J.K., & Hardings, P.S. (1978). Psychiatric disorders in a US urban community: 1975-1976. *American Journal of Psychiatry*, 134, 459-462.
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness*. Reading, Massachussets: Addison-Wesley.

Social Anxiety Scale – SAS

Michellini, Pelosi e Pinelli, 2009

Nella pagina seguente le verrà chiesto di esprimere un'opinione su alcune affermazioni; barri con una crocetta la casella che esprime meglio il suo grado di accordo, da 1 a 5. Il test non prevede risposte giuste o sbagliate.

Prima di riconsegnare il foglio, controlli di avere risposto a tutte le domande.

1	2	3	4	5
Assolutamente falso	Abbastanza falso	Né vero, né falso	Abbastanza vero	Assolutamente vero

1. Mi piace parlare in pubblico	1	2	3	4	5
2. Quando entro in una stanza affollata mi batte forte il cuore	1	2	3	4	5
3. Quando qualcuno mi guarda negli occhi mi imbarazzo	1	2	3	4	5
4. Quando sto con gli altri mi capita di sentire la gola secca	1	2	3	4	5
5. Gli altri mi accettano per quello che sono	1	2	3	4	5
6. Provo disagio a parlare al telefono con persone che non conosco	1	2	3	4	5
7. Tra la folla mi sento tranquillo	1	2	3	4	5
8. Mi sento a mio agio quando parlo con una persona di un altro sesso	1	2	3	4	5
9. Provo imbarazzo quando qualcuno mi guarda mentre sto facendo qualcosa	1	2	3	4	5
10. Ho paura che gli altri mi trattino con indifferenza	1	2	3	4	5
11. Quando mi sento a disagio mi capita di arrossire	1	2	3	4	5
12. Mi dà fastidio essere osservato	1	2	3	4	5
13. Credo che agli altri non interessi quello che ho da dire	1	2	3	4	5
14. Ho paura che quello che dico venga giudicato	1	2	3	4	5
15. Mi capita di balbettare in pubblico	1	2	3	4	5
16. Mi imbarazza andare a cambiare un acquisto	1	2	3	4	5
17. Credo che gli altri non mi capiscano	1	2	3	4	5
18. Ho paura di sbagliare	1	2	3	4	5

19. Mi soddisfano le attività che mi pongono al centro dell'attenzione	1	2	3	4	5
20. Mi capita di sentirmi bloccato quando sono in compagnia di qualcuno	1	2	3	4	5
21. Penso che la gente desideri la mia compagnia	1	2	3	4	5
22. Sono a mio agio a mangiare in pubblico	1	2	3	4	5
23. La paura mi impedisce di raggiungere i miei obiettivi	1	2	3	4	5
24. Cerco di farmi notare dalla persona che mi piace	1	2	3	4	5
25. Non prendo iniziative per paura di sbagliare	1	2	3	4	5
26. Sono contento quando mi presentano altre persone	1	2	3	4	5
27. Durante una conversazione mi trema la voce	1	2	3	4	5
28. Ho paura di non essere all'altezza della situazione	1	2	3	4	5
29. Mi capita di sentirmi inadeguato	1	2	3	4	5
30. La paura di essere giudicato mi ha fatto rinunciare a delle occasioni importanti	1	2	3	4	5

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

Il SAS-30 prevede solamente un punteggio totale, senza subscale. Tale punteggio si ottiene sommando i valori indicati in corrispondenza dei singoli item, previa inversione di alcuni di essi.

Per ottenere l'inversione del punteggio, basta sottrarre a 6 il punteggio indicato dal soggetto.

Gli item da invertire sono: 1, 5, 7, 8, 19, 21, 22, 24 e 26.

Per cui se, per esempio, all'item 1 «Mi piace parlare in pubblico» il soggetto ha risposto «4», il punteggio da considerare al fine del calcolo del punteggio totale sarà $6 - 4 = 2$.

Sommando il punteggio dei 9 item invertiti a quello dei restanti 21 si ottiene il punteggio grezzo totale, che può variare da un minimo di 30 a un massimo di 150. A punteggi più alti, corrisponde un maggiore livello di ansia sociale.

Il punteggio grezzo può essere convertito in punteggi standardizzati (z, T) e percentili facendo riferimento alla tabella seguente.

Conversione in punteggi standardizzati e ranghi percentili

Punteggio grezzo	Percentile	Punti z	Punti T
30	-	-2.51	25
31	-	-2.46	25
32	-	-2.40	26
33	-	-2.35	27
34	-	-2.29	27
35	-	-2.24	28
36	-	-2.18	28
37	-	-2.13	29
38	1	-2.07	29
39	1	-2.02	30
40	2	-1.96	30
41	2	-1.91	31
42	3	-1.85	31
43	3	-1.80	32
44	4	-1.74	33
45	4	-1.69	33
46	5	-1.63	34
47	6	-1.58	34
48	6	-1.52	35
49	7	-1.47	35

Punteggio grezzo	Percentile	Punti z	Punti T
50	9	-1.41	36
51	9	-1.36	36
52	10	-1.30	37
53	11	-1.25	38
54	12	-1.19	38
55	14	-1.14	39
56	15	-1.08	39
57	16	-1.03	40
58	18	-0.97	40
59	20	-0.92	41
60	21	-0.86	41
61	23	-0.80	42
62	25	-0.75	43
63	28	-0.69	43
64	29	-0.64	44
65	31	-0.58	44
66	33	-0.53	45
67	35	-0.47	45
68	36	-0.42	46
69	38	-0.36	46
70	40	-0.31	47
71	42	-0.25	47
72	45	-0.20	48
73	48	-0.14	49
74	50	-0.09	49
75	52	-0.03	50
76	55	0.02	50
77	57	0.08	51
78	58	0.13	51
79	60	0.19	52
80	62	0.24	52
81	64	0.30	53
82	66	0.35	54
83	68	0.41	54
84	70	0.46	55
85	71	0.52	55

Punteggio grezzo	Percentile	Punti z	Punti T
86	73	0.57	56
87	75	0.63	56
88	76	0.68	57
89	78	0.74	57
90	79	0.79	58
91	81	0.85	58
92	82	0.90	59
93	84	0.96	60
94	85	1.01	60
95	86	1.07	61
96	87	1.12	61
97	88	1.18	62
98	89	1.23	62
99	90	1.29	63
100	91	1.34	63
101	92	1.40	64
102	93	1.45	65
103	93	1.51	65
104	94	1.57	66
105	94	1.62	66
106	94	1.68	67
107	94	1.73	67
108	95	1.79	68
109	96	1.84	68
110	96	1.90	69
111	97	1.95	70
112	97	2.01	70
113	97	2.06	71
114	97	2.12	71
115	98	2.17	72
116	98	2.23	72
117	98	2.28	73
118	99	2.34	73
119	99	2.39	74
120	99	2.45	74

Punteggio grezzo	Percentile	Punti z	Punti T
121	99	2.50	75
122	99	2.56	76
123	100	2.61	76
124	100	2.67	77
125	100	2.72	77
126	100	2.78	78
127	100	2.83	78
128	100	2.89	79
129	100	2.94	79
130	100	3.00	80
131	100	3.05	81
132	100	3.11	81
133	100	3.16	82
134	100	3.22	82
135	100	3.27	83
136	100	3.33	83
137	100	3.38	84
138	100	3.44	84
139	100	3.49	85
140	100	3.55	85
141	100	3.60	86
142	100	3.66	87
143	100	3.71	87
144	100	3.77	88
145	100	3.83	88
146	100	3.88	89
147	100	3.94	89
148	100	3.99	90
149	100	4.05	90
150	100	4.10	91

Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping

Claudio Sica^a, Cristina Magni^a, Marta Ghisi^b, Gianmarco Altoè^b, Cecilia Sighinolfi^a, Luigi Rocco Chiri^a e Sandro Franceschini^a

^a Dipartimento di Psicologia – Università degli Studi di Firenze

^b Dipartimento di Psicologia Generale – Università degli Studi di Padova

Introduzione

Il concetto di coping fa riferimento alla modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti. Numerose sono le prospettive che si sono alternate nel tempo nell'analisi di questo concetto (per una introduzione in lingua italiana al concetto si veda Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a e Zani e Cicognani, 1999). Tradizionalmente, il coping è stato considerato una caratteristica relativamente stabile di personalità, la quale determina le differenze individuali nel modo di reagire a eventi di vita traumatici. Il coping è stato anche definito come una modalità che comporta reazioni flessibili e mutevoli a eventi di vita quotidiani stressanti (Eckenrode, 1991). Attualmente, il coping viene considerato un processo che nasce in situazioni che mettono fortemente alla prova le risorse di un soggetto: in questa ottica l'obiettivo consiste nell'identificare la valutazione cognitiva di tali eventi da parte della persona, le eventuali reazioni di disagio, il tipo di risorse personali e sociali, gli sforzi di coping propriamente detti e gli esiti a breve e a lungo termine di tali sforzi. In questo modo viene messa in risalto la natura ciclica e cumulativa del processo, con una influenza reciproca tra gli elementi coinvolti (Lazarus, 1996). Tale processo può inoltre essere analizzato sia a livello individuale che sociale.

Le ricerche sul coping si sono concentrate principalmente su quattro temi: 1) la descrizione delle caratteristiche fondamentali delle strategie di coping (quali e quante sono); 2) la descrizione dei fattori che influenzano l'acquisizione e l'uso

di risposte di coping, includendo gli aspetti socio-contestuali e di personalità; 3) cosa rende efficaci o meno gli sforzi di coping e 4) quali aspetti del coping sono modificabili e come (Carver e Scheier, 1982; Endler, 1997; Endler e Parker, 1993; Folkman e Moskowitz, 2004; Lazarus, 1996; Lazarus e Folkman, 1984; Lester, Smart e Baum, 1994; Perrez e Reicherts, 1992).

Per quanto riguarda le questioni che concernono la *validità di costruito* e quindi anche la *misurazione* degli sforzi di coping, ci concentreremo su quattro aspetti: a) l'effettivo numero delle strategie di coping; b) la natura più o meno disposizionale di tali strategie; c) le relazioni tra queste strategie e le variabili demografiche; d) le relazioni tra queste strategie e la psicopatologia e/o il benessere.

Le diverse strategie di coping

Le strategie di coping sono state descritte e classificate in vari modi, e questo dimostra l'effettiva molteplicità delle modalità a disposizione del soggetto. In generale, le risposte di coping comprendono sia tutte le decisioni e le azioni adottate da un individuo di fronte a un evento stressante, sia le emozioni a esse connesse.

Il tentativo di identificare le diverse dimensioni costitutive degli sforzi di coping non ha dato risultati definitivi; tuttavia, un certo numero di dimensioni fondamentali emerge da tutte le ricerche. In primo luogo, la maggior parte degli studi indica che le strategie di coping svolgono due funzioni principali: ridurre il rischio delle conseguenze dannose che potrebbero risultare da un evento stressante (*coping focalizzato sul problema*) e contenere le reazioni emozionali negative (*coping focalizzato sulle emozioni*). Il primo tipo di coping trova espressione in due fattori, denominati generalmente coping attivo e pianificazione. Il secondo tipo trova espressione in quattro fattori: distanziamento (ad esempio, negare l'esistenza del problema o distrarsi), autocontrollo (non lasciarsi trascinare dalle proprie emozioni), assunzione di responsabilità (ritenersi più o meno responsabili della situazione) e rivalutazione positiva (riconoscere i cambiamenti che provengono dalla modificazione di una situazione, vedere la realtà da un punto di vista positivo; Amirkhan, 1990; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Endler e Parker, 1993; Monat e Lazarus, 1991; Lyne e Roger, 2000; Zani e Cicognani, 1999). Un secondo filone di ricerca ha distinto strategie finalizzate all'approccio rispetto a strategie finalizzate all'evitamento (ad esempio, le dimensioni di «monitoring» e «blunting» studiate da Miller, 1987). In generale, maggiore è il senso di controllo esperito dall'individuo e maggiore è il ricorso a strategie finalizzate all'approccio. C'è una certa concordanza nel considerare la natura del coping finalizzato all'approccio più adattiva rispetto a un coping di evitamento. Quest'ultimo potrebbe essere utile nel breve termine, nel caso di presenza di eventi incontrollabili; tuttavia, è

stato rilevato come nel lungo termine le risposte di evitamento non permettano di raccogliere informazioni utili sul problema compromettendo il ricorso a risorse utili (Atala e Carter, 1993; Stanton e Snider, 1993).

Infine, una terza prospettiva ha enfatizzato soprattutto il ruolo della ricerca del *sostegno sociale*, che per Lazarus (1996) rappresenta una dimensione comune a molte strategie di coping.

Aspetti disposizionali del coping

Una seconda questione riguarda la natura più o meno disposizionale delle strategie di coping. Nonostante esista un generale accordo sul fatto che le persone scelgono le strategie di coping in base alla natura della situazione, di fatto la ricerca e gli strumenti di misura hanno enfatizzato la natura disposizionale dei processi di coping (Mc Crae e Costa, 1986; Carver e Scheier, 1994). Enfatizzare la natura disposizionale dei processi di coping significa partire dal presupposto che esistano degli stili di base, cioè delle strategie abituali usate dagli individui indipendentemente dalle situazioni. Gli stili di base sarebbero più o meno diretta espressione di variabili di personalità. Tra queste, due sono state particolarmente studiate. Kobasa (1979) ha elaborato il concetto di *hardiness* per definire una costellazione di caratteristiche di personalità che proteggono l'individuo dagli effetti dannosi dello stress: controllo (convinzione di poter influenzare gli eventi della propria vita), impegno (senso di risolutezza, coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita) e senso di sfida (aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita). Le persone con un alto livello di *hardiness* sembrano adottare una filosofia di vita che limita l'impatto debilitante di alcuni eventi stressanti. Studi recenti sembrano confermare che le persone con elevato livello di *hardiness* vedono la propria vita con maggior positività e maggior grado di controllo (Beasley, Thompson e Davidson, 2003; Feifel e Strack, 1999). Per quanto riguarda la *propensione all'ottimismo*, Scheier e Carver (1987) hanno ipotizzato che le persone ottimiste hanno una maggiore probabilità di considerare i problemi alla propria portata e quindi di perseverare per raggiungere i propri scopi anche in situazioni di difficoltà. Gli ottimisti, inoltre, hanno maggiori probabilità di impegnarsi in forme di coping focalizzate sul problema, mentre i pessimisti tendono a far ricorso alla negazione e al distanziamento come strategie di coping. Queste relazioni sono state confermate empiricamente, ed è stata riscontrata una diversità negli stili di coping in relazione all'ottimismo. Ad esempio, si è dimostrato che l'ottimismo è correlato positivamente con un coping orientato al compito e alla ricerca di sostegno sociale, mentre è negativamente correlato a un coping orientato alle emozioni e all'evitamento (Hatchett e Park, 2004).

Altri aspetti di personalità che possono favorire uno stile stabile di coping riguardano la propensione a cercare un sostegno sociale; inoltre, certe caratteristiche individuali potrebbero influenzare la stessa percezione che le persone hanno dei livelli di sostegno sociale. Ad esempio, è stato rilevato che persone con alti livelli di nevroticismo tendono a riferire livelli più bassi di sostegno percepito. Inoltre, queste persone hanno maggior probabilità di riferire livelli più elevati di eventi esistenziali stressanti e di sintomi psicologici e somatici.

Costa, Somerfield e Mc Crae (1996) hanno studiato la relazione esistente fra le dimensioni di personalità misurate dai Big Five e il coping: l'instabilità emotiva sembra associarsi con la tendenza ad attribuire colpe a se stessi o agli altri e al coping focalizzato sulle emozioni, l'estroversione con la ricerca di sostegno sociale, l'apertura con la ricerca di nuove informazioni, prospettive e soluzioni, la coscienziosità con la perseveranza negli sforzi e la ricerca di significato personale e, infine, la gradevolezza con la condiscendenza.

In questa prospettiva, quindi, alcune caratteristiche stabili di personalità influenzerebbero l'adozione di determinati stili di coping influenzando la valutazione cognitiva degli eventi da parte dell'individuo (Magnus, Diener, Fujita e Pavot, 1993).

Coping e variabili demografiche

Tradizionalmente le strategie centrate sulle emozioni sono state attribuite con più frequenza alle donne (Ptacek, Smith, e Dodge 1994), mentre è stato rilevato che gli uomini utilizzano strategie centrate sulla soluzione del problema, negazione e utilizzo di alcol e droga in misura maggiore delle donne (Ben-Zur e Zeidner 1995; Steca, Accardo e Capanna, 2001). In realtà questi risultati vengono considerati come frutto di un artefatto. La differenza di genere nell'adozione delle strategie di coping viene attribuita da diversi autori come il risultato delle differenze nelle situazioni stressanti affrontate dagli uomini e dalle donne. Le donne, infatti, affronterebbero maggiormente situazioni stressanti associate alla famiglia e alla salute, mentre gli uomini, situazioni più legate al lavoro e alla situazione economica (Matud, 2004; Stefani, 2004). Occorre, comunque sottolineare che, parallelamente ai cambiamenti nei ruoli di genere, si stanno appianando anche le differenze nelle strategie di coping utilizzate (Felsen, 1998; Matud, 2004).

Abbiamo invece scarse informazioni circa il rapporto tra l'età e l'utilizzo delle strategie di coping. È stato evidenziato che gli adolescenti utilizzano più comunemente strategie di coping disadattive per fronteggiare situazioni stressanti comuni e, non a caso, costituiscono una popolazione a elevato rischio per lo sviluppo di problemi psicologici e comportamentali (Hampel e Petermann, 2005; Wilson,

Pritchard e Revallee, 2005). Non vi è dubbio, comunque, che la relazione tra età e strategie di coping è un settore della ricerca ancora da esplorare.

Coping e psicopatologia o benessere

Per quanto riguarda la psicopatologia, diverse ricerche hanno sottolineato i ruoli delle strategie di coping nei disturbi emozionali. Ad esempio, è stata rilevata una associazione positiva fra la presenza di un disturbo di personalità e l'utilizzo di strategie di evitamento (Bijttebier e Vertommen, 1999). Si è riscontrato che le persone depresse tendono a fare un eccessivo affidamento su strategie di coping centrate sulle emozioni e che esiste una relazione tra particolari stili di coping e gravità dei sintomi (Blalock e Joiner, 2000; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali e Anisman, 2002). Studi sul panico hanno individuato nelle strategie di coping evitante un fattore specifico di vulnerabilità, in quanto tentativi rigidi di evitare stati di attivazione fisica tendono a produrre paura e ansia (Sigmon, Whitcomb-Smith, Rohan e Kendrew, 2004). Di fatto, il coping evitante è risultato collegato alla percezione di sensazioni corporee valutate sgradevoli e ansiogene, anche quando veniva controllato l'effetto di eventuali cognizioni catastrofiche (Spira, Zvolensky, Eifert e Feldner, 2004). In questo studio viene così dimostrato che i processi di coping non dipendono solo da una psicopatologia preesistente, ma funzionano anche da importanti fattori di origine e/o mantenimento di problemi emozionali. Restando nel campo dei disturbi di ansia, Kocovski, Endler, Rector e Flett (2005) hanno rilevato che le persone con fobia o ansia sociale, rispetto a persone senza ansia sociale, utilizzano maggiormente strategie di coping di tipo rimuginativo o di preoccupazione emotiva quando devono affrontare situazioni sociali. Inoltre, il gruppo di persone con fobia sociale adottava più raramente strategie di distrazione. Ancora, persone con disturbi alimentari sono risultate essere più propense a utilizzare strategie di evitamento e sfogo emotivo rispetto a persone senza disturbi alimentari (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller e Meyer, 2007; Troop, Holbrey e Treasure, 1997).

Per sintetizzare, disturbi depressivi, di ansia, alimentari e di personalità sono risultati sistematicamente in relazione positiva con strategie disadattive di coping (evitamento, negazione, sfogo emotivo, rimuginazione e simili) e in relazione negativa con strategie centrate sul problema. Questi risultati non stupiscono: le strategie di coping vengono utilizzate per regolare emozioni disturbanti e per generare soluzioni per gestire e risolvere la causa dello stress. Gli individui con difficoltà nella regolazione emotiva, tipicamente, adotterebbero strategie di coping disadattive per la riduzione della tensione.

Considerando invece il rapporto tra coping e benessere, numerosi sono gli studi che hanno dimostrato il ruolo delle strategie di coping nella salute psicolo-

gica e fisica (per una rassegna si veda Zani e Cicognani, 1999). Per fare qualche esempio, pensiamo allo studio delle relazioni tra coping, sistema immunitario e sopravvivenza a malattie a decorso fatale (Antoni e Goodkin, 1988; Blaney et al., 1991; Carver et al., 1993; Goodkin, Fuchs, Feaster, Leeka e Rishel, 1992; si veda anche la rassegna di Litman, 2006). In questi studi, le strategie relative all'accettazione e a una interpretazione legata al senso di crescita personale, erano collegate a un migliore reattività del sistema immunitario e a una migliore qualità di vita. Relazioni negative con la qualità della vita e la reattività del sistema immunitario sono state trovate con strategie legate allo sfogo emotivo, al cinismo e all'evitamento. Altri studi (ad esempio, Carver, Scheier e Weintraub, 1989) hanno messo in evidenza che forme di coping focalizzate sui problemi erano positivamente associate con ottimismo, autostima, resistenza, ma anche tendenze ai comportamenti di tipo A. Di fatto è stato sottolineato molte volte che persone tenaci e inclini al cambiamento potrebbero trovarsi in difficoltà in situazioni non modificabili. Infine, in alcuni studi, è risultato che il coping può giocare un ruolo importante nel proteggere o esacerbare le reazioni fisiologiche comunemente ritenute sintomo di stress (Connor-Smith e Compas, 2004). Hardiness e coping attivo hanno in effetti mostrato un legame diretto con lo stress percepito e le malattie, in quanto alti livelli di hardiness in lavoratori sono risultati collegati a bassi livelli di stress percepito e a minori sintomi di malattia (Soderstrom, Dolbier, Leiferman e Steinhardt, 2000).

COPE: lo strumento

Il *Coping Orientations to Problem Experienced* (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) è un questionario self-report che prende in considerazione diverse modalità di coping. Tali modalità di coping non sono state ricavate a posteriori come spesso avviene nella costruzione di nuovi questionari, ma rappresentano altrettanti domini concettuali sviluppati in diversi anni di ricerche. Il modello concettuale che ha guidato la costruzione dello strumento richiama i processi di autoregolazione. In breve, si sostiene che le persone tendono a regolare il proprio comportamento in funzione di una gerarchia di obiettivi più o meno consapevole (per una trattazione esaustiva si veda il volume in lingua italiana di Carver e Scheier, 2004). Secondo questi studiosi, le strategie di coping utilizzate dipenderanno sostanzialmente dalle aspettative che le persone hanno di raggiungere i propri obiettivi (ad esempio, di risolvere un dato problema): se le aspettative sono buone, allora le persone tenteranno anche strenuamente di raggiungere il loro obiettivo; se le aspettative sono negative, le persone rinunceranno a raggiungere i propri obiettivi e cercheranno un diverso modo per gestire l'eventuale stress psicologico causato dal mancato raggiungimento dei propri fini.

Nella sua versione finale, il questionario è costituito da 60 item. Il questionario chiede di valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto — nelle situazioni difficili o stressanti — quel particolare processo di coping; le possibilità di risposta sono quattro, da «di solito non lo faccio» a «lo faccio quasi sempre». Nelle istruzioni si sottolinea che il soggetto non deve fare riferimento a uno stress specifico ma pensare piuttosto a come *abitualmente* si comporta nelle situazioni stressanti. I 15 diversi meccanismi di coping presi in considerazione dal questionario sono: a) *Attività*: intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti; b) *Pianificazione*: riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema; c) *Soppressione di attività competitive*: mettere da parte ogni altra attività, evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema; d) *Contenimento*: aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, trattenersi dall'agire impulsivamente; e) *Ricerca di informazioni*: chiedere consigli, assistenza, informazioni; f) *Ricerca di comprensione*: ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione; g) *Sfogo emotivo*: esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti; h) *Reinterpretazione positiva e crescita*: elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana; i) *Accettazione*: accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla; l) *Dedicarsi alla religione*: cercare aiuto o conforto nella religione; m) *Umorismo*: prendersi gioco della situazione, riderci sopra; n) *Negazione*: rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse; o) *Distacco comportamentale*: è una condizione di «helplessness»; si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione (è il comportamento tipico di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento); p) *Distacco mentale*: è il contrario della soppressione di attività competitive: implica distrarsi, sognare a occhi aperti, dormire più a lungo, «immergersi» nella televisione, ecc. (è evidente che questo stile di coping presenta numerose sottoarticolazioni che abbastanza arbitrariamente, come gli stessi autori riconoscono, sono state riunite sotto una sola etichetta); q) *Uso di droghe o alcol*: usare alcol o droghe per tollerare lo stress.

Il test originale è stato somministrato a 978 studenti universitari di Miami, Stati Uniti. Le analisi condotte su ciascuna delle scale hanno rivelato una buona consistenza interna delle scale stesse (con un alfa di Cronbach che va da 0,62 a 0,92) ad eccezione della scala di Distacco mentale che presentava un valore di alfa di solo 0,45. Le analisi di fedeltà nel tempo, condotte con il metodo di test-retest a intervallo di due mesi, mostravano una discreta stabilità di tali scale (valori di *r* da 0,48 a 0,77). Un'analisi fattoriale condotta sui punteggi ottenuti dai soggetti alle diverse scale (quindi un'analisi fattoriale di «secondo ordine») ha messo in evidenza quattro dimensioni di base: strategie orientate alla risoluzione del problema, ricerca di sostegno sociale, strategie di evitamento e visione positiva. Il COPE è stato tra-

dotto e validato in molti Paesi tra cui l'Estonia, l'Italia, la Croazia e la Germania; esiste anche una versione ridotta che è stata validata in Spagna e in Francia. In tutti questi studi, le proprietà psicometriche originarie sono state essenzialmente replicate. Dal punto di vista dimensionale, i diversi studi condotti con il metodo dell'analisi fattoriale hanno dimostrato che le 15 scale del COPE possono essere raggruppate in poche grandi dimensioni, generalmente da tre a cinque (per una rassegna si veda Litman, 2006). Il numero e la natura delle dimensioni varia nei diversi studi in funzione della versione del COPE utilizzata (in alcune versioni non erano incluse tutte le 15 scale) e delle diverse caratteristiche culturali delle popolazioni prese in esame. Ad esempio, la versione estone ha messo in luce tre fattori (coping orientato al problema, evitamento e sostegno sociale) ma nel fattore evitamento erano anche comprese le scale di contenimento e accettazione, che in genere saturano fattori quali visione positiva o orientamento al problema.

In una versione studiata in Gran Bretagna, invece, i fattori erano 4 poiché, oltre il coping orientato al problema, l'evitamento e il sostegno sociale, era presente un fattore, «visione positiva», saturato dalle scale reinterpretazione positiva e crescita e accettazione. Ancora, si è visto che nella struttura della versione italiana, venivano messe in evidenza cinque dimensioni tra cui spiccavano il sostegno sociale e la religione (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997b).

Infine, dal punto di vista della validità, numerose ricerche hanno confermato l'utilità e la validità del COPE su soggetti sia normali che di interesse clinico (ad esempio, per limitarsi all'ambito italiano, Rinaldi et al., 2006; Sica et al., 2001; Sica, Steketee, Ghisi, Chiri e Franceschini, 2007). Molti degli studi citati nella rassegna precedente sono stati peraltro condotti per mezzo del COPE.

LA PRIMA VERSIONE ITALIANA DEL COPE

La prima versione italiana del COPE è stata somministrata a 521 studenti universitari, e le analisi psicometriche eseguite hanno evidenziato una struttura di base formata da 13 scale (le scale Ricerca di informazioni e Ricerca di comprensione saturavano lo stesso fattore; le scale Attività e Pianificazione saturavano lo stesso fattore; le altre scale corrispondevano a quelle della versione originale).

La consistenza interna delle diverse scale era soddisfacente (tenuto conto della brevità delle scale stesse), ad eccezione delle scale Distacco mentale, Distacco comportamentale e Attività. L'analisi test-retest a un mese evidenziava una discreta stabilità delle scale del COPE. Infine, un'analisi fattoriale di secondo ordine individuava una struttura formata da cinque dimensioni: Supporto sociale (Ricerca di comprensione + Ricerca di informazioni + Sfogo emotivo), Strategie di evitamento (Negazione + Umorismo + Uso di droga + Distacco comportamentale + Distacco mentale), Attitudine positiva (Accettazione + Contenimento + Reinterpretazione

positiva), Orientamento al problema (Soppressione + Pianificazione + Attività) e Religione (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a).

Questo studio, tuttavia, presentava alcuni limiti: 1) il campione era formato da soli studenti universitari; 2) alcuni item della versione italiana del COPE risultavano di significato incerto o ambiguo; 3) mancavano studi di correlazione con altre misure (Sanavio e Sica, 1999). Così, il sempre maggiore interesse verso i processi di coping da parte degli studiosi italiani e le lacune di questo studio ci hanno spinto al lavoro di modifica, aggiornamento e completa ritaratura della versione italiana dello strumento.

Metodo

Scopo di questo lavoro è presentare una nuova versione del COPE (COPE-NVI, Nuova Versione Italiana; il questionario è presentato in appendice) che possa ovviare ai limiti della versione attuale dello strumento. Così, vogliamo verificare:

1. la struttura fattoriale del COPE-NVI
2. la consistenza interna e la stabilità nel tempo del questionario
3. se il genere, l'età e il livello di istruzione influenzano i punteggi del COPE-NVI
4. la relazione tra il COPE-NVI e misure di psicopatologia
5. la relazione tra il COPE-NVI e una misura di qualità della vita.

In particolare, si ipotizza che la struttura fattoriale del COPE-NVI non sia troppo dissimile da quella della versione precedente dello strumento; qualche differenza potrebbe comunque emergere dato l'utilizzo di un campione differente e la parziale modifica del questionario. Ci aspettiamo inoltre una buona consistenza interna delle diverse scale, ad eccezione di quelle che fanno riferimento alle strategie di evitamento, poiché tutti gli studi precedenti tendono a sottolineare l'eterogeneità di questa dimensione (ad esempio, Carver, Scheier e Weintraub, 1989). Per quanto riguarda la stabilità temporale, poiché lo strumento indaga dimensioni più simili a dei «tratti» (le istruzioni fanno riferimento a come «abituamente» ci si comporta nelle situazioni stressanti), è logico aspettarsi una buona stabilità nel tempo dei diversi punteggi.

In linea con gli studi riportati, non ci aspettiamo di trovare relazioni particolarmente significative tra genere e strategie di coping. Per quanto riguarda l'età, gli studi precedenti ci suggeriscono che soggetti più giovani presentano strategie meno adattive di coping rispetto agli adulti; di riflesso, anche se non evidenziato in letteratura, ipotizziamo che gli anziani possano riportare strategie differenti rispetto agli adulti e ai giovani. Infine, è difficile fare delle ipotesi circa il rapporto

tra livello di istruzione e strategie di coping poiché non vi sono praticamente studi a riguardo; tuttavia, ipotizziamo che il livello di istruzione non debba influenzare le strategie poiché è presumibile che i meccanismi di apprendimento che riguardano queste abilità abbiano poco a che fare con l'istruzione formale.

Infine, dalle rassegne presentate nei paragrafi precedenti, ci aspettiamo relazioni positive significative tra strategie di evitamento e psicopatologia e relazioni negative tra strategie orientate al problema, strategie orientate all'accettazione/reinterpretazione positiva e psicopatologia. Per converso, ci attendiamo che le strategie di evitamento siano in relazione negativa con la qualità della vita e che le strategie orientate al problema e le strategie orientate all'accettazione/reinterpretazione positiva siano associate positivamente con la qualità della vita. Non ci aspettiamo invece relazioni significative tra altre dimensioni del COPE e psicopatologia o qualità della vita.

Riformulazione degli item del COPE

Come evidenziato nel lavoro originario del 1997 e successivamente osservato con l'utilizzo quotidiano dello strumento, alcuni item del COPE erano formulati in modo ambiguo, mentre altri erano poco aderenti alla traduzione originale. Per ovviare a questi problemi, tutti gli item del COPE originale sono stati tradotti nuovamente in lingua italiana da due ricercatori indipendenti che non avevano partecipato allo sviluppo della versione italiana precedente. I ricercatori hanno prestato particolare attenzione affinché la loro traduzione non contenesse colloquialismi e termini tecnici che avrebbero potuto causare difficoltà interpretative. Nella fase successiva, le due versioni italiane sono state tradotte in inglese (back-translation o retro-traduzione) da una persona bilingue con una estesa conoscenza del lessico psicologico. Dal confronto delle due retro-traduzioni è scaturita la nuova versione italiana del COPE, il COPE-NVI. Come passo finale, gli item del COPE-NVI sono stati valutati da 5 psicologi esperti. Ciascun esperto ha valutato la misura in cui gli item erano formulati con chiarezza su una scala a 5 punti (1 = per niente chiaro, 5 = del tutto chiaro); le valutazioni degli esperti hanno indicato che gli item del COPE-NVI erano formulati in maniera ottimale (media delle valutazioni = 4,6; DS = 0,3).

Il COPE-NVI si può considerare una versione aggiornata dello strumento, poiché il 60% degli item è risultato differente rispetto alla precedente versione italiana.

Partecipanti e procedura

Il COPE-NVI è stato somministrato a 458 individui (50% femmine) appartenenti alla popolazione generale. Metà del campione è stato reclutato nel Nord

Italia e metà nel Sud Italia. Le caratteristiche del campione sono le seguenti: età media = 49,2 (DS = 16,2), range 20-80; scolarità media = 13 anni (DS = 4,3); stato civile = 30% single, 59% coniugati o conviventi, 4% separati o divorziati, 7% vedovi; occupazione = 6% studenti, 47% occupati a tempo pieno, 7% occupati part-time, 7% casalinghe, 26% pensionati, 2% disoccupati, 5% altro.

Un sottocampione di 50 partecipanti (50% femmine; età media = 50,6; scolarità media = 13 anni; 75% coniugati) ha completato il COPE in due occasioni a distanza di un mese.

I partecipanti sono stati reclutati in occasione di alcuni incontri rivolti al pubblico (a partecipazione libera) su tematiche psicologiche di generale interesse. In ogni sito, alcuni psicologi hanno preso contatto con ciascun partecipante, chiedendo la disponibilità a compilare una batteria di questionari all'interno dei quali erano presenti gli strumenti oggetto di questo studio. L'anonimato è stato garantito così come la libertà di rifiutare la richiesta. Gli psicologi sono stati presenti tutto il tempo della compilazione per chiarire eventuali dubbi. A ciascun soggetto i questionari sono stati consegnati in ordine casuale, per evitare che le risposte dei partecipanti fossero sistematicamente influenzate dall'ordine in cui venivano compilati i questionari stessi.

I partecipanti scelti per compilare un seconda volta il questionario hanno fornito il consenso scritto alla partecipazione allo studio.

Strumenti di misura

Oltre al COPE-NVI e a una scheda contenente delle domande di tipo demografico, i partecipanti hanno compilato una batteria di self-report contenente le seguenti misure:

1. *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996): è un questionario self-report di 21 item utilizzato per misurare la presenza e la gravità della depressione. La versione italiana del BDI-II è stata estesamente studiata su studenti, persone appartenenti alla popolazione normale e pazienti (Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio e Sica, 2006). I risultati hanno dimostrato una ottima consistenza interna (alfa di Cronbach superiore a 0,80) e una buona stabilità temporale (0,76 al retest condotto a distanza di 30 giorni). Anche la validità convergente, discriminante e di criterio hanno dimostrato l'adeguatezza della versione italiana dello strumento.
2. *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck e Steer, 1993): è un self-report costituito da 21 item, che valuta la gravità dell'ansia. La versione italiana del BAI è stata estesamente studiata su studenti, persone appartenenti alla popolazione normale e pazienti (Sica, Coradeschi, Ghisi e Sanavio, 2006). I risultati hanno dimostrato

una ottima consistenza interna (alfa di Cronbach superiore a 0,80) e una buona stabilità temporale (0,62 al retest condotto a distanza di 30 giorni). Anche la validità convergente, discriminante e di criterio hanno dimostrato l'adeguatezza della versione italiana dello strumento.

3. *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990): è un inventario composto da 16 item, che rileva le caratteristiche generali, eccessive e incontrollabili dei processi di preoccupazione patologica (*worry*). La coerenza interna della versione italiana del PSWQ (Morani, Pricci e Sanavio, 1999) è risultata buona (alfa di Cronbach = 0,85). Altri studi hanno riportato una stabilità test-retest condotto a distanza di 2-10 settimane che varia da 0,74 a 0,93 (Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990).
4. *Obsessive Compulsive Inventory* (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles e Amir, 1998): è un self-report costituito da 42 item, in cui il paziente valuta separatamente la frequenza e il disagio di particolari ossessioni e compulsioni. Lo strumento genera un punteggio totale e punteggi per sette diverse subscale. La versione italiana dell'OCI ha mostrato buone proprietà psicometriche (Sica, Ghisi, Altoè, Chiri, Franceschini, Coradeschi e Melli, 2007). Nel presente studio è stato utilizzato il punteggio totale relativo al disagio e alla frequenza.
5. *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick e Clarke, 1998): è uno strumento utilizzato per valutare la paura delle interazioni sociali. È costituito da 19 item che descrivono reazioni cognitive, affettive e comportamentali che la persona esperisce in situazioni sociali. La versione italiana del SIAS si è dimostrata uno strumento stabile e affidabile; la validità convergente è stata confermata da significative associazioni con misure di comportamento assertivo e di psicopatologia (Sica, Musoni, Bisi, Lolli e Sighinolfi, 2007).
6. *Satisfaction Profile* (SAT-P; Majani e Callegari, 1998): è un self-report italiano di 32 item che valuta il livello di soddisfazione soggettiva relativa a diversi aspetti della vita quotidiana, facendo riferimento all'ultimo mese. Il sistema di risposta utilizza l'analogo visivo. A un maggior punteggio corrisponde una maggiore soddisfazione percepita. Le proprietà psicometriche sono buone. L'analisi fattoriale ha messo in luce cinque dimensioni: Funzionalità psicologica, Funzionalità fisica, Lavoro, Sonno e alimentazione, Funzionalità sociale. In questo studio è stata utilizzata la scala di Funzionamento psicologico costituita da 10 item che valutano aspetti quali il tono dell'umore, l'efficienza mentale, la stabilità emotiva, la fiducia in se stessi, ecc.

È importante sottolineare che le misure prese in considerazione sono tra quelle che, in ambito italiano, sono risultate più attendibili e valide per la misura della psicopatologia ansiosa e depressiva e per la qualità della vita. Questi aspetti, come abbiamo visto nella rassegna precedente, sono quelli più sistematicamente

messi in relazione con le strategie di coping. Ci sembrava quindi che l'utilizzo di tali questionari fosse coerente con un procedimento rigoroso volto a verificare le ipotesi precedentemente formulate.

Analisi statistica

La maggior parte delle analisi è stata effettuata con il pacchetto statistico SPSS versione 11.0. Per le analisi di consistenza interna si è fatto riferimento all'indice alfa di Cronbach, mentre per evidenziare possibili correlazioni si è utilizzato il coefficiente «prodotto-momento» di Pearson. Le variabili demografiche sono state valutate tramite l'analisi della varianza o della covarianza. L'analisi fattoriale esplorativa è stata condotta con il metodo delle componenti principali con rotazione ortogonale varimax.

Per quanto riguarda l'analisi fattoriale confermativa (CFA), abbiamo utilizzato il pacchetto statistico LISREL 9.0. L'analisi è stata condotta con il metodo di massima verosimiglianza e la corrispondenza tra il modello testato e la struttura ipotizzata del COPE-NVI (goodness of fit) è stata valutata per mezzo di una pluralità di indici come raccomandato da Cole (1987): Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Non-Normed Fit Index (NNFI), Comparative Fit Index (CFI), Incremental Fit Index (IFI) e rapporto chi-quadrato/gradi di libertà (gdl) (Cole, 1987; Kline, 1998). Inoltre, per scegliere il modello migliore, abbiamo utilizzato il criterio di Akaike (AIC) (Akaike, 1987); secondo questo criterio, il modello che ottiene il valore minore di AIC è considerato il migliore.

Risultati

Struttura fattoriale del COPE-NVI

Un'analisi fattoriale confermativa (CFA) è stata condotta prendendo innanzitutto in considerazione le cinque dimensioni di secondo ordine che caratterizzavano la prima versione italiana del COPE (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a). Questa struttura non è stata confermata dagli appositi indici di goodness of fit. Seguendo le classiche indicazioni della letteratura psicometrica (ad esempio, Gorsuch, 1997), abbiamo allora diviso il campione dei partecipanti in due gruppi di uguale numerosità, mediante una procedura randomizzata. Sulla prima metà dei soggetti abbiamo eseguito un'analisi fattoriale esplorativa per individuare la struttura «semplice» del questionario; sull'altra metà dei soggetti abbiamo eseguito una CFA per verificare la bontà della soluzione individuata con l'analisi fattoriale precedente. In continuità con la letteratura precedente sul COPE, abbiamo utilizzato

come dati grezzi per l'analisi fattoriale esplorativa i punteggi che ciascun soggetto ha ottenuto alle 15 scale di base del COPE-NVI. Dall'analisi fattoriale esplorativa sono emerse tre possibili soluzioni, rispettivamente a tre, quattro e cinque fattori che spiegavano il 47%, 57% e 63% della varianza totale dei punteggi. Queste tre soluzioni sono state quindi sottoposte a CFA, utilizzando l'altra metà dei soggetti del campione. Nella tabella 9.1 è possibile osservare che la soluzione che meglio esprime la struttura interna del COPE-NVI è quella che raggruppa le scale di base in *cinque fattori*: Sostegno sociale (gli item fanno riferimento alla ricerca di comprensione, di informazioni e allo sfogo emotivo), Strategie di evitamento (scala molto eterogenea che comprende l'utilizzo di negazione, uso di sostanze, distacco comportamentale e mentale), Attitudine positiva (atteggiamento di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva degli eventi), Orientamento al problema (utilizzo di strategie attive e di pianificazione) e Orientamento trascendente (gli item fanno riferimento alla religione e all'assenza di umorismo).¹ Nella tabella 9.2 è possibile osservare che i valori di inter-correlazione tra i diversi fattori sono trascurabili con la prevedibile eccezione della relazione tra Attitudine positiva e Orientamento al problema.

TABELLA 9.1

Riepilogo delle statistiche di goodness of fit per i diversi modelli fattoriali proposti per il COPE-NVI nel campione italiano

COPE	RMSEA	NNFI	CFI	IFI	χ^2/df	AIC
5 fattori	0,08	0,82	0,83	0,83	2,12	4267,00
4 fattori	0,08	0,81	0,82	0,82	2,20	4643,47
3 fattori	0,09	0,76	0,77	0,77	2,56	5323,46

TABELLA 9.2

Intercorrelazioni tra le cinque dimensioni del COPE-NVI

	SS	SE	AP	OP
Sostegno sociale (SS)	–	0,05	0,09	0,25
Strategie di evitamento (SE)		–	0,04	-0,17
Attitudine positiva (AP)			–	0,50
Orientamento al problema (OP)				–
Orientamento trascendente	0,07	0,06	0	-0,02

¹ La soluzione standardizzata completa della CFA è disponibile su richiesta al primo autore: claudio.sica@unifi.it.

Consistenza interna e stabilità nel tempo delle cinque dimensioni del COPE

La consistenza interna per le cinque dimensioni individuate (alfa di Cronbach), la media delle correlazioni item-totale e il relativo range e la stabilità nel tempo con l'intervallo di un mese sono riportati nella tabella 9.3. Tutti i valori ottenuti si possono considerare soddisfacenti, tenendo conto della composizione eterogenea di alcune scale come Strategie di evitamento e Attitudine positiva. La stabilità nel tempo delle diverse scale è in linea con quella dei classici costrutti di personalità.

TABELLA 9.3
Consistenza interna, media dei coefficienti di correlazione item-totale e relativo range e valori di test-retest per le 5 dimensioni del COPE-NVI (intervallo un mese)

	alfa	r_{tot} medio	r_{tot} range	test retest*
Sostegno sociale	0,91	0,64	0,26-0,81	0,85
Strategie di evitamento	0,70	0,30	0,15-0,42	0,68
Attitudine positiva	0,76	0,40	0,27-0,48	0,78
Orientamento al problema	0,83	0,50	0,25-0,65	0,82
Orientamento trascendente	0,85	0,56	0,24-0,82	0,93

Punteggi e associazione con età, istruzione e genere

Le correlazioni tra le diverse scale e il livello di istruzione sono mostrate nella tabella 9.4. Valutando l'effettiva grandezza delle correlazioni («effect size»: piccola per valori fino a 0,29; media da 0,30 a 0,49 e grande da 0,50; Cohen, 1988) possiamo notare che non vi sono valori degni di nota.

TABELLA 9.4
Correlazioni prodotto-momento tra le diverse dimensioni del COPE-NVI, l'età e gli anni di istruzione (* $p < 0,01$; $N = 457$)

	Istruzione
Sostegno sociale	0,16*
Strategie di evitamento	-0,22*
Attitudine positiva	0,03
Orientamento al problema	0,16*
Orientamento trascendente	-0,28*

Dal confronto tra maschi e femmine, emergono delle differenze statisticamente significative per quanto riguarda le dimensioni di Sostegno sociale ($F_{(2, 453)} = 15,7, p < 0,0001$) e Orientamento trascendente ($F_{(2, 453)} = 17,8, p < 0,0001$): le femmine presentano punteggi più elevati dei maschi in queste due dimensioni. Abbiamo quindi calcolato la dimensione effettiva di queste differenze tramite l'indice η^2 . Secondo Cohen (1988), $\eta^2 = 0,1$ corrisponde a una dimensione minima di effetto, $\eta^2 = 0,6$ a una dimensione media e $\eta^2 = 1,4$ a una dimensione ampia. I valori di η^2 ottenuti per le due dimensioni (rispettivamente 0,06 e 0,07) suggeriscono che l'ampiezza delle differenze tra i sessi risulta trascurabile.

Per confrontare le età seguendo le ipotesi formulate, abbiamo diviso il campione in tre fasce: giovani adulti (20-30, $N = 75$), adulti (31-65, $N = 298$), anziani (oltre i 65, $N = 85$). Desideriamo precisare che siamo consapevoli che queste divisioni corrispondono solo molto approssimativamente alla intenzione di confrontare adolescenti, adulti e anziani; tuttavia, nonostante questa limitazione data dalla composizione del campione, ci sembrava comunque importante fornire dei dati in relazione all'età. Dal confronto tra queste tre fasce di età emergono delle differenze statisticamente significative per quanto riguarda le dimensioni di Orientamento al problema ($F_{(2, 455)} = 3,8, p < 0,02$), Sostegno sociale ($F_{(2, 455)} = 7, p < 0,001$) e Orientamento trascendente ($F_{(2, 455)} = 19, p < 0,0001$). Più in dettaglio, gli anziani hanno ottenuto punteggi più bassi degli altri due gruppi nelle dimensioni Orientamento al problema e Sostegno sociale; inoltre, i tre gruppi differiscono tra loro nell'Orientamento trascendente, presentando punteggi progressivamente più elevati con il crescere dell'età. Il calcolo tramite l'indice η^2 ha messo in luce che l'ampiezza dei risultati ottenuti è comunque trascurabile (rispettivamente, 0,02, 0,03 e 0,07).

Infine nella tabella 9.5 riportiamo le medie e le deviazioni standard dell'intero campione per le cinque dimensioni del COPE-NVI. I risultati appena riportati non forniscono giustificazioni per presentare norme disaggregate per livello di istruzione, genere o età.

TABELLA 9.5

Media e deviazioni standard per le cinque dimensioni del COPE-NVI (N = 457)

	M	DS
Sostegno sociale	27,7	8,4
Strategie di evitamento	23,5	5,1
Attitudine positiva	30,9	6
Orientamento al problema	32	6,7
Orientamento trascendente	22,7	5,6

Relazioni con altre misure

Sono state esaminate le correlazioni prodotto-momento tra il COPE-NVI e una serie di misure (tabella 9.6). Coerentemente alle ipotesi formulate, l'Attitudine positiva e l'Orientamento al problema si confermano strategie che sembrano proteggere dal disagio psicologico e facilitare il benessere, al contrario di quelle orientate all'evitamento. Le strategie di Sostegno sociale e di Orientamento alla trascendenza si presentano più debolmente associate con le misure prese in considerazione, ad eccezione di quelle che riguardano le preoccupazioni e i sintomi ossessivi. Ciò non deve sorprendere poiché queste due dimensioni riguardano aspetti molto complessi del comportamento umano, al di là del loro significato di strategie di coping. Ciò nondimeno è interessante notare che, quando utilizzate nel processo di coping, queste due dimensioni non paiono favorire il benessere.

TABELLA 9.6

Correlazioni prodotto-momento tra il COPE-NVI, alcune misure di psicopatologia e una misura di benessere psicologico (tutte le correlazioni superiori a 0,10 sono statisticamente significative al livello $p < 0,01$; $N = 457$)

	BAI	BDI-II	PSWQ	SIAS	OCI-D	OCI-F	SAT-P (FP)
Sostegno sociale	0,10	0,09	0,30	0,03	0,16	0,12	-0,05
Strategie di evitamento	0,26	0,33	0,18	0,19	0,29	0,30	-0,15
Attitudine positiva	-0,20	-0,18	-0,05	-0,20	-0,04	-0,03	0,30
Orientamento al problema	-0,16	-0,22	0,03	-0,18	-0,01	0	0,34
Orientamento trascendente	0,25	0,19	0,30	0,05	0,21	0,31	0,02

Nota: BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; PSWQ= Penn State Worry Questionnaire; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; OCI-D = Obsessive-Compulsive Inventory – Disagio; OCI-F = Obsessive-Compulsive Inventory – Frequenza; SAT-P (FP): Satisfaction Profile, scala di funzionamento psicologico.

Discussione e conclusioni

Il vasto utilizzo del processo di coping in psicologia richiede misure dalle caratteristiche psicometriche rigorose. Lo strumento presentato in questo studio è caratterizzato da: 1) un campione eterogeneo e di numerosità adeguata; 2) una struttura interna nota, testata con un'analisi fattoriale confermativa; 3) dimensioni non sovrapposte tra loro, quindi tutte potenzialmente utilizzabili e informative; 4) dimensioni stabili nel tempo e sufficientemente omogenee al loro interno; 5)

dimensioni correlate a misure di disagio emotivo o di benessere in linea con la vasta ricerca internazionale sul coping.

Tre dimensioni (Strategie di evitamento, Attitudine positiva, Orientamento al problema) del COPE-NVI possono essere considerate specifiche dei processi di coping e, non a caso, i principali risultati in letteratura si riferiscono a queste strategie di coping. Ottimismo, accettazione, diverse modalità di evitamento e di problem solving emergono costantemente in associazione con svariate misure di disagio o benessere psicologico e comportamenti associati. Il Sostegno sociale e l'Orientamento trascendente costituiscono invece atteggiamenti e comportamenti «multifaccettati» che ovviamente riguardano molteplici aspetti dell'agire umano. In generale, da questo studio non è emerso che queste due strategie siano in connessione con il benessere psicologico. Questo risultato è interessante perché suggerisce che, quando utilizzate in condizioni di stress, queste modalità di comportamento non sono sufficienti *da sole* a garantire una condizione di benessere. In effetti, affidarsi esclusivamente al sostegno sociale e/o alla religione potrebbe rinforzare una certa passività da parte dell'individuo. Questa ipotesi sarebbe corroborata dal fatto che sia il Sostegno sociale che l'Orientamento trascendente sono associati in modo importante con i processi di worry, misurati dal PSWQ. Notoriamente, tali processi sono visti come modalità passive di gestione dell'ansia e delle preoccupazioni (per una rassegna, si veda Chiri e Sica, 2007). In effetti, anche nel caso di situazioni non modificabili (calamità, malattie fatali, ecc.) è sempre possibile *costruire attivamente* un comportamento o una diversa filosofia di vita che aiuti la persona a tollerare meglio le difficoltà. Naturalmente, queste ipotesi vanno testate con disegni di ricerca che superino la natura correlazionale dei nostri risultati. Inoltre, poiché non erano attese relazioni specifiche tra il Sostegno sociale, l'Orientamento trascendente e gli aspetti ossessivi e di worry, non è da escludere che tali risultati possano essere dovuti al caso.

Un altro aspetto degno di nota è la mancanza di differenze importanti nell'utilizzo delle strategie di coping rispetto al livello di istruzione, genere ed età. I primi due risultati erano attesi: in particolare, per quanto riguarda il genere, si moltiplicano le ricerche su vari aspetti del comportamento umano che non evidenziano differenze tra sessi (per una rassegna si veda Hyde, 2005). Di fatto, è già da tempo che gli psicologi clinici sottolineano che le differenze di genere in molte variabili psicologiche e psicopatologiche costituiscono più un artefatto statistico che una caratteristica reale (ad esempio, Davison e Neale, 2000). Circa l'età, invece, non escludiamo che ricerche che coinvolgano giovani adolescenti possano documentare differenze rispetto agli adulti nelle strategie di coping.

Per quanto riguarda i limiti del presente studio, è importante notare che vi è la necessità che i dati da noi ottenuti siano ampliati e replicati su altri campioni.

La numerosità dei soggetti da noi considerata non può essere considerata adeguata per un campione normativo, anche se ci ha permesso di offrire delle preziose indicazioni circa le proprietà dello strumento.

Abbiamo anche visto che la scala riguardante le strategie di evitamento presenta coefficienti di consistenza interna inferiori (ancorché accettabili) rispetto alle altre dimensioni. In accordo a DeVellis (1991), questo è un risultato tipico per scale cosiddette «multifaccettate» (le strategie di evitamento rappresentate da questa dimensione sono davvero molte e diverse tra loro) e va valutato in relazione all'utilità della scala stessa e non solo rispetto al dato psicometrico. Dalla letteratura (e anche dai risultati qui presentati) emerge in effetti che questa dimensione del COPE è una delle più utili; in ogni caso, studi futuri potrebbero indicare se questa scala può essere abbreviata e resa più omogenea, rimuovendo alcune strategie meno utilizzate dagli individui.

Ancora, poiché il nostro lavoro non si focalizza su uno strumento totalmente nuovo, ma sulla modifica di un questionario ormai da anni utilizzato anche in Italia, non abbiamo effettuato indagini che mettessero in relazione il COPE-NVI con altri strumenti concettualmente simili. In effetti, gli studi italiani citati offrono chiari ed espliciti dati sulle proprietà del questionario e ci sembrava ridondante offrire altri dati che dimostrassero che il COPE-NVI «misura il coping». Abbiamo quindi ritenuto che fosse più importante mostrare, seppure in via preliminare, le potenzialità dello strumento quando messo in relazione con altri costrutti. In ogni caso, senza dubbio sono necessari studi futuri che forniscano dati anche su questo aspetto.

Infine, studi su popolazioni cliniche potrebbero fornire preziosi suggerimenti sul funzionamento del COPE-NVI.

In conclusione, con il COPE-NVI confidiamo di avere presentato uno strumento che possa essere utile sia per l'assessment clinico sia per la ricerca in psicologia della personalità, clinica e della salute.

Bibliografia

- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317-332.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: the Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Antoni, M.H. & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia. I. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.
- Atala, K.D., & Carter, B.D. (1993). Pediatric limb amputation: aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 117-130.
- Beasley, M., Thompson, & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.

- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1995). Coping patterns and affective reactions under community crisis and daily routine conditions. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*, 8, 185-201.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown G.K. (1996). *Beck Depression Inventory Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Blalock, J., & Joiner, T.E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 47-65.
- Blaney, N.T., Morgan, R.O., Feaster, D., Millon, C., Szapocznik, J.E., & Eisendorfer, C. (1991). Cynical hostility: a risk factor in HIV-1 infection? *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 668-695.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. Jr. & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-391.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1982). «Control theory»: a useful conceptual framework for personality—social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping disposition in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2004). *Autoregolazione del comportamento*. Trento: Erickson.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chiri, L.R., & Sica, C. (2007). Aspetti psicologici, fisiologici e psicopatologici del costrutto di «worry». *Giornale Italiano di Psicologia*, 34, 531-552.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, D.A. (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 584-594.
- Connor-Smith, J.K., & Compas, B.E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.
- Corstorphine E., Mountford V., Tomlinson S., Waller G., & Meyer C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (2000). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.
- Costa, P.T., Somerfield M.R., & McCrae R.R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In M. Zeidner, & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 44-61). Oxford, England: Wiley and sons.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development*. New York: Sage
- Eckenrode, J. (1991). *The social context of coping*. New York: Plenum.

- Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38, 136-153.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: concepts, issues, and measurement. In L.G. van Heck, P. Bonaiuto, I.J. Deary, & W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 309-319). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Feifel, H., & Strack, S. (1999). Coping with conflict situations: middle-aged and elderly men. *Psychology and aging*, 4, 26-33.
- Felsten G. (1998). Gender and coping: use of distinct strategies and association with stress and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 289-309.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 740-745.
- Foa, E., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive compulsive disorder scale: the Obsessive Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica (2006). *Beck Depression Inventory-II. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J., & Dickson Rishel, D. (1992). Life stressor and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection. A preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 155-172.
- Gorsuch, R.L. (1997). Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68, 532-560.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping on children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83.
- Hatchett, G.T., & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36, 1755-1769.
- Hyde, J.S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60, 581-592.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kocovski, N.L., Endler, N.S., Rector, N.A., & Flett, G.L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 971-984.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, R.S. (1996). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology and Health*, 9, 409-424.
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 273-284.
- Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.

- Majani, G., & Callegari, S. (1998). *SAT-P. Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson.
- Mc Crae, R.R., & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 384-405.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life event: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping style. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping. An anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Morani, S., Pricci, D., & Sanavio, E. (1999). «Penn State Worry Questionnaire» e «Worry Domains Questionnaire»: presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 195-209.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behavior approach: theory, methods, applications*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Ptacek J., Smith R., & Dodge K. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisal do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 421-430.
- Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71, 121-130.
- Rinaldi, S., Ghisi, M., Iaccarino, L., Zampieri, S., Ghirardello, A., Sarzi-Puttini, P., Ronconi, L., Perini, G., Todesco, S., Sanavio, E., & Doria, A. (2006). Influence of coping skills on health related quality of life in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis and Rheumatism*, 55, 427-433.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Sanavio, E., & Sica, C. (1999). *I test di personalità*. Bologna: Il Mulino
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M. e Sanavio, E. (2006). *Beck Anxiety Inventory. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Sica, C., Ghisi, M., Altoè, G., Chiri, L.R., Franceschini, S., Coradeschi, D., & Melli, G. (2007). La versione italiana dell'Obsessive Compulsive Inventory (OCI). Caratteristiche psicometriche studiate sulla popolazione generale e su campioni clinici.

- XIV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Analisi e la Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva, Genova, 8-11/11/2007.
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R. & Franceschini, S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced – Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (1), 27-53.
- Sica, C., Musoni, I., Bisi, B., Lolli, V., & Sighinolfi, C. (2007). Social Phobia Scale (SPS) e Social Interaction Anxiety Scale (SIAS): traduzione ed adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 252, 59-71.
- Sica, C., Novara, C., Carosi, G., Casari, S., Dorz, S., Nasta, P., Sanavio, E. (2001). Predicting health distress and at-risk sexual behavior in a group of Italian asymptomatic HIV - infected people. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 49-58.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997a). Coping Orientations to Problems Experienced: traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997b). Coping strategies: evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the Italian version of Coping Orientations to the Problems Experienced. *Personality and Individual Differences*, 23, 1025-1029.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian non clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.
- Sigmon, S.T., Whitcomb-Smith, S.R., Rohan, K.J., & Kendrew J.J. (2004). The role of anxiety level, coping styles, and cycle phase in menstrual distress. *Anxiety Disorders*, 18, 177-191.
- Soderstrom, M., Dolbier, K., Leiferman, J., & Steinhardt, M., (2000). The relationship of hardiness, coping strategies and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 311-328.
- Spira, A.P., Zvolensky, M.J., Eifert, J.H., & Feldner, M.T. (2004). Avoidance-oriented coping as a predictor of panic-related distress: a test using biological challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 309-323.
- Stanton, A.L., & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 16-23.
- Steca, P., Acardo, A., & Capanna, C. (2001). La misura del coping: differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.
- Stefani, D. (2004). Gender and coping style in old age. *Interdisciplinaria, Numero Especial*, 109-125.
- Troop, N.A., Holbrey, A., & Treasure, J.L. (1997). *Stress, coping, and crisis support in eating disorders*. London: Wiley.
- Wilson, G.S., Pritchard, M.E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effect of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.
- Zani, B., & Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci.

Coping Orientation to Problems Experienced Nuova Versione Italiana – COPE-NVI

Carver, Scheier e Weintraub, 1989

Adattamento italiano a cura di Sica, Magni, Ghisi, Altoè,
Sighinolfi, Chiri e Franceschini, 2008

Siamo interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita. Ci sono molti modi per cercare di fronteggiare lo stress. Questo questionario le chiede di indicare *che cosa generalmente fa* e *che cosa generalmente sente* quando fa esperienza di eventi o situazioni stressanti. Ovviamente, eventi diversi portano ad agire in modi in qualche misura differenti, ma pensi a che cosa *generalmente* fa quando è sottoposto/a a un notevole stress. Per favore risponda a ciascuna delle seguenti affermazioni segnando il numero che corrisponde alla sua risposta. I numeri vanno interpretati in questo modo:

- 1 = di solito non lo faccio
- 2 = lo faccio qualche volta
- 3 = lo faccio con una certa frequenza
- 4 = lo faccio quasi sempre.

Per favore cerchi di rispondere a una domanda per volta e *non tenga conto delle risposte che ha dato precedentemente*. Scelga con attenzione la risposta che meglio descrive il suo modo di comportarsi. Per favore risponda a ogni affermazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, perciò scelga la risposta più appropriata per lei e non quella che la maggior parte delle persone, secondo lei, darebbe. In sintesi, dica che cosa *di solito* fa quando affronta un'esperienza stressante.

1. Cerco di utilizzare questa esperienza per crescere come persona.	1	2	3	4
2. Mi dedico al lavoro o ad altre attività per non pensare a ciò che mi preoccupa.	1	2	3	4
3. Mi preoccupo e do sfogo alle mie emozioni.	1	2	3	4
4. Cerco di farmi consigliare da qualcuno sul da farsi.	1	2	3	4
5. Mi impegno al massimo per agire sulla situazione.	1	2	3	4
6. Dico a me stesso/a che sto vivendo qualcosa di irreali.	1	2	3	4
7. Ripongo la mia speranza in Dio.	1	2	3	4
8. Rido della situazione.	1	2	3	4
9. Riconosco che non posso farci niente e abbandono ogni tentativo di agire.	1	2	3	4

10. Mi trattengo dall'agire troppo in fretta.	1	2	3	4
11. Parlo dei miei sentimenti con qualcuno.	1	2	3	4
12. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per sentirmi meglio.	1	2	3	4
13. Cerco di abituarmi all'idea che ciò è successo.	1	2	3	4
14. Parlo con qualcuno per capire di più sulla situazione.	1	2	3	4
15. Non mi faccio distrarre da altri pensieri o attività.	1	2	3	4
16. Tendo a fantasticare per distrarmi.	1	2	3	4
17. Mi rendo conto di preoccuparmi molto.	1	2	3	4
18. Cerco aiuto in Dio.	1	2	3	4
19. Preparo un piano d'azione.	1	2	3	4
20. Ci scherzo sopra.	1	2	3	4
21. Accetto che ciò sia accaduto e che non possa essere cambiato.	1	2	3	4
22. Mi trattengo dal fare qualsiasi cosa fino a che la situazione lo permetta.	1	2	3	4
23. Cerco sostegno morale dagli amici e dai parenti.	1	2	3	4
24. Semplicemente rinuncio a raggiungere i miei obiettivi.	1	2	3	4
25. Mi sforzo più del solito per tentare di liberarmi dal problema.	1	2	3	4
26. Cerco di distrarmi per un momento bevendo alcool o prendendo droghe o farmaci.	1	2	3	4
27. Mi rifiuto di credere che ciò sia accaduto.	1	2	3	4
28. Do libero sfogo ai miei sentimenti.	1	2	3	4
29. Cerco di vedere le cose in una luce diversa, per farle sembrare più positive.	1	2	3	4
30. Parlo con qualcuno per fare qualcosa di concreto per risolvere il problema.	1	2	3	4
31. Dormo più del solito.	1	2	3	4
32. Cerco di escogitare una strategia sul da farsi.	1	2	3	4
33. Mi concentro nel trattare questo problema, e se necessario metto da parte le altre cose.	1	2	3	4
34. Cerco la comprensione e la solidarietà di qualcuno.	1	2	3	4
35. Bevo alcool o prendo droghe o farmaci per pensarci di meno.	1	2	3	4

36. Mi prendo gioco di quello che è successo.	1	2	3	4
37. Rinuncio a ogni tentativo di ottenere ciò che voglio.	1	2	3	4
38. Cerco qualcosa di positivo in ciò che sta accadendo.	1	2	3	4
39. Penso a come potrei gestire al meglio il problema.	1	2	3	4
40. Faccio finta che non sia veramente accaduto.	1	2	3	4
41. Mi accerto di non peggiorare le cose agendo troppo presto.	1	2	3	4
42. Cerco strenuamente di impedire che le altre cose interferiscano coi miei sforzi di fronteggiare il problema.	1	2	3	4
43. Vado al cinema o guardo la televisione per pensarci di meno.	1	2	3	4
44. Accetto la realtà dei fatti.	1	2	3	4
45. Chiedo alle persone come hanno agito di fronte ad esperienze simili.	1	2	3	4
46. Mi sento molto stressato/a e lascio andare i miei sentimenti.	1	2	3	4
47. Agisco senza indugio per sbarazzarmi del problema.	1	2	3	4
48. Tento di trovare conforto nella mia religione.	1	2	3	4
49. Mi sforzo di aspettare il momento giusto per fare qualcosa.	1	2	3	4
50. Tento di ridicolizzare la situazione.	1	2	3	4
51. Non mi impegno più di tanto per risolvere il problema.	1	2	3	4
52. Parlo con qualcuno di come mi sento.	1	2	3	4
53. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per aiutarmi ad uscirne.	1	2	3	4
54. Imparo a convivere con il problema.	1	2	3	4
55. Metto da parte le altre attività per concentrarmi sulla situazione.	1	2	3	4
56. Rifletto intensamente su quali mosse fare.	1	2	3	4
57. Mi comporto come se non fosse mai accaduto.	1	2	3	4
58. Faccio quello che deve essere fatto, un passo alla volta.	1	2	3	4
59. Tento di imparare qualcosa dall'esperienza.	1	2	3	4
60. Prego più del solito.	1	2	3	4

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

Per ottenere il punteggio complessivo per ogni scala del COPE-NVI, sommare i valori segnati da colui che ha compilato il questionario, secondo lo schema seguente.

Sostegno sociale = item 4, 14, 30, 45, 11, 23, 34, 52, 3, 17, 28, 46

Strategie di evitamento = item 6, 27, 40, 57, 9, 24, 37, 51, 2, 16, 31, 43, 12, 26, 35, 53

Attitudine positiva = item 10, 22, 41, 49, 1, 29, 38, 59, 13, 21, 44, 54

Orientamento al problema = item 5, 25, 47, 58, 19, 32, 39, 56, 15, 33, 42, 55

Orientamento trascendente = item 8, 20, 36, 50, 7, 18, 48, 60

ATTENZIONE! Il punteggio agli item 8, 20, 36 e 50 va invertito secondo il seguente schema: il punteggio corrispondente a 1 va contato come 4; il punteggio corrispondente a 2 va contato come 3; il punteggio corrispondente a 3 va contato come 2; il punteggio corrispondente a 4 va contato come 1.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano

Cecilia Sighinolfi^a, Andrea Norcini Pala^b, Luigi Rocco Chiri^c, Igor Marchetti^c e Claudio Sica^c

^a Istituto di Psichiatria «P. Ottonello», Università di Bologna

^b Dipartimento di Psicologia, Università Milano-Bicocca

^c Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

Introduzione

L'interazione con l'ambiente circostante richiede agli individui la continua capacità di regolare le proprie emozioni e la relativa espressione. La cronica incapacità di modulare l'attivazione emozionale può generare numerosi problemi psicologici, difficoltà relazionali e un ridotto benessere fisico (Gross, 2007).

Con il termine «regolazione emotiva» si fa riferimento a una serie di processi, dipendenti dagli obiettivi di un individuo, che consistono nell'attenuazione, intensificazione e/o mantenimento di una determinata emozione (Gross, 2007). I processi regolatori possono essere automatici o controllati, consapevoli o inconsapevoli; in ogni caso coinvolgono cambiamenti dinamici che durano nel tempo (Gross, 2007). È importante non trascurare la distinzione tra la modulazione degli stati emotivi acuti (uno stato generato dalla elicitazione di uno stimolo specifico) e la modulazione degli stati affettivi durevoli. Le ricerche hanno suggerito che la regolazione emotiva adattiva si caratterizza per l'alterazione della durata (o dell'intensità) dell'emozione piuttosto che per il cambiamento del tipo di emozione esperita. In altre parole, una regolazione adattiva comprende la *modulazione* dell'esperienza emotiva piuttosto che la completa *eliminazione* di alcune emozioni. Questo significa che, di fronte a emozioni negative e disorganizzanti, la modulazione dell'attivazione facilita il calo dell'urgenza e della tendenza d'azione associata all'emozione, consentendo all'individuo di controllare il proprio comportamento in linea con gli obiettivi personali e le richieste dell'ambiente (Linehan, 1993; Melnick e Hinshaw, 2000). Inoltre, alcune concettualizzazioni hanno enfatizzato la natura funzionale delle emozioni (positive e negative) suggerendo che la mancata capacità di esperire,

differenziare e rispondere all'intera gamma dell'esperienza emotiva sia disadattiva quanto la ridotta abilità di attenuare e modulare le emozioni negative rilevanti (Cole, Michel e Teti, 1994; Gross e Munoz, 1995).

In letteratura vengono sottolineati sistematicamente gli effetti negativi degli sforzi di controllo dell'esperienza e dell'espressione emozionale basati sull'evitamento. Per esempio, Hayes, Wilson, Gifford, Follette e Strosahl (1996) hanno suggerito che i tentativi di evitare le esperienze interne, come i pensieri o le emozioni non desiderati, possano essere la causa di diversi disturbi psicologici. La vasta letteratura sul coping ha da tempo sottolineato il ruolo deleterio dell'evitamento (si veda ad esempio Sica et al., 2008). Di conseguenza, ai fini del benessere psicologico, assumono un ruolo centrale le concettualizzazioni della regolazione emotiva che enfatizzano l'importanza dell'accettazione e della valorizzazione delle risposte emotive (Linehan, 1993; Cole, Michel e Teti, 1994). In effetti, i dati emersi hanno evidenziato come la tendenza a provare emozioni negative in risposta a una propria reazione emotiva precedente (indice questo di una mancata accettazione dell'esperienza emotiva stessa) risulti disadattiva e associata a maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999).

Regolazione delle emozioni e psicopatologia

Campbel-Sills e Barlow (2007) suggeriscono che le persone con problemi di ansia e depressione impiegano delle strategie di regolazione degli stati affettivi controproducenti. Queste azioni hanno infatti il duplice effetto di accentuare l'intensità e la frequenza delle emozioni indesiderate (regolazione delle emozioni inefficace) e di contribuire all'intensificazione e alla persistenza dell'umore negativo (regolazione dell'umore inefficace). Più specificamente, gli individui con disturbi d'ansia e/o depressivi evidenziano una serie di difficoltà nel fronteggiamento dei vissuti emotivi: scarsa conoscenza delle emozioni e delle relative componenti, elevata tendenza a reagire negativamente alle esperienze emozionali e difficoltà nel recupero dalle emozioni negative (Mennin, Heimberg, Turk e Fresco, 2005). All'interno dell'ampia categoria delle sindromi caratterizzate dall'ansia, il disturbo d'ansia generalizzata (DAG) è quello che più di tutti è stato descritto in relazione alle difficoltà nella regolazione emotiva (si veda Mennin, Turk, Heimberg e Carmin, 2004). In breve, in questa specifica condizione, gli stati emotivi vengono vissuti in maniera intensa e confusa e modulati in maniera spesso disadattiva attraverso l'utilizzo massiccio del *worry* che, a sua volta, risulta in grado di ostacolare la sperimentazione di un'esperienza emotiva intensa (Borkovec, Alcaine e Behar, 2004). Proprio l'utilizzo cronico del worry come strategia disfunzionale di regolazione

degli stati affettivi negativi potrebbe spiegare le difficoltà evidenziate dalle persone con disturbo d'ansia generalizzata di rispondere in maniera adattiva alle richieste dell'ambiente (Cicchetti, Ackerman e Izard, 1995).

Un crescente corpus di ricerche suggerisce l'esistenza di una correlazione tra l'uso di alcool e la presenza di difficoltà nella regolazione emotiva. Alcune teorie sostengono che il consumo di questa sostanza rappresenti una strategia di regolazione emotiva in grado di facilitare il raggiungimento di uno stato emotivo desiderato. Altre posizioni sottolineano l'esistenza di un circolo vizioso in cui il pesante consumo di alcool ha effetti cronici sugli affetti e sulle cognizioni che, a loro volta, potrebbero creare una maggiore disregolazione. In ogni caso, sembra che la forza con cui uno stimolo emotivamente saliente elicit il bisogno di bere sia mediata anche dalla disponibilità di strategie di regolazione emotiva alternative (Sher e Grekin, 2007). Anche gli studi effettuati attraverso l'utilizzo di diari quotidiani e del metodo *ecological momentary assessment* (EMA) hanno indicato che spesso il consumo di alcool è associato a stati affettivi positivi e negativi (Armeli, Carney, Tennen, Affleck e O'Neill, 2000); questo avviene in particolar modo quando le emozioni sono «forti» (Hussong, Hicks, Levy e Curran, 2001). In sintesi, alcuni individui usano l'alcool per regolare le proprie emozioni e questa strategia sembra dipendere da particolari fattori situazionali e/o disposizionali.

Nel disturbo borderline di personalità (DBP) è possibile rilevare numerose difficoltà nella regolazione degli stati affettivi. Questo particolare pattern disfunzionale, che potrebbe essere dovuto a un'aumentata vulnerabilità verso le emozioni, comprende le seguenti caratteristiche: un eccesso di esperienze emozionali avverse, l'incapacità di regolare l'intenso *arousal* fisiologico, la difficoltà a distogliere l'attenzione dallo stimolo emozionale, la presenza di distorsioni cognitive e di difetti nell'elaborazione delle informazioni, un insufficiente controllo dei comportamenti impulsivi correlati a emozioni positive e negative, la difficoltà a coordinare e organizzare le attività utili al raggiungimento di un obiettivo non coerente con l'umore in condizioni di forte attivazione, e la tendenza a «congelare» o dissociare i vissuti emotivi in condizioni di forte stress (Linehan, Bohus e Lynch, 2007).

Un ristretto ma sempre maggiore corpo di evidenze indica che le difficoltà nella regolazione emotiva potrebbero rendere conto delle problematiche di scarsa inibizione nel disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) e potrebbero rappresentare il meccanismo chiave nello sviluppo di alcune forme di comportamento antisociale (Olson, Sameroff, Kerr, Lopez e Wellman, 2005). Alcuni studi hanno rilevato un'elevata reattività emozionale (sia per le emozioni positive sia per quelle negative) nei bambini con ADHD rispetto agli altri coetanei (Maedgen e Carlson, 2000; Walcott e Landau, 2004). Cadesky, Mota e

Schachar (2000) hanno identificato un deficit nel riconoscimento delle emozioni in bambini con ADHD, attribuibile al fallimento nella valutazione appropriata degli stimoli emozionali.

Il ruolo della regolazione emotiva sta raccogliendo un consenso sempre maggiore anche nella descrizione della bulimia (Telch, Agras e Linehan, 2000; Markey e Vander Wal, 2007). Effettivamente, l'affettività negativa risulta il fattore scatenante più citato per le abbuffate le quali, a loro volta, sembrano associate a una riduzione delle emozioni indesiderate (Engelberg, Steiger, Gauvin e Wonderlich, 2007). A questo proposito, una considerevole percentuale di persone affette da alimentazione incontrollata riportano che almeno il 50% delle loro abbuffate è riconducibile alla presenza di emozioni di natura negativa (Wilson, Fairburn e Agras, 1997; Waters, Hill e Waller, 2001). Come nel caso di altri comportamenti disfunzionali (ad esempio il bere come automedicazione o il worry nel disturbo d'ansia generalizzato), l'ipotesi è che l'abbuffata funzioni da rinforzo negativo, riducendo o anestetizzando temporaneamente le emozioni negative o distraendo la persona da questi stati emotivi avversivi (Telch et al., 2000).

La misurazione della regolazione emotiva

Malgrado negli ultimi anni il ruolo dei deficit nella regolazione delle emozioni nello sviluppo e nel mantenimento delle difficoltà cliniche sia stato ampiamente indagato, appare ancora lontana una concettualizzazione realmente condivisa del fenomeno. Probabilmente, proprio questo stato dell'arte ha parzialmente ostacolato la messa a punto di una misura realmente esaustiva e capace di valutare la complessità e i differenti aspetti del costrutto. In effetti, ciascuno dei numerosi self-report attualmente presenti prende in considerazione aspetti diversi della regolazione emotiva.

In letteratura una delle misure della regolazione emotiva più utilizzate è il *Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation* (NMR; Catanzaro e Mearns, 1990). Questo test misura le credenze secondo cui alcuni comportamenti o pensieri possono alleviare uno stato negativo o indurne uno positivo. Uno dei limiti del questionario riguarda l'implicazione secondo cui alcune strategie di regolazione emotiva possono risultare adattive indipendentemente dal contesto; tale assunto appare poco in linea con le più recenti e condivise concettualizzazioni della regolazione emotiva. Un altro strumento utilizzato in letteratura è il *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey e Palfai, 1995), che valuta le differenze individuali nella capacità di gestire e riflettere sulle proprie emozioni. Sebbene questa scala valuti alcuni aspetti della regolazione emotiva

assenti dal Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation (come ad esempio la comprensione e la consapevolezza emotiva), non comprende la valutazione della capacità di mantenere i comportamenti desiderati quando si provano emozioni negative, abilità questa che sembra possedere importanti implicazioni cliniche. Un terzo strumento, altrettanto utilizzato in letteratura per la valutazione della regolazione emotiva, è il *Berkeley Expressivity Questionnaire* (BEQ; Gross e John, 1997), che misura sia la forza della tendenza delle risposte emotive sia il grado in cui questi impulsi vengono espressi apertamente (Mennin, Heimberg, Turk e Fresco, 2005; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin e Fresco, 2005). Anche in questo caso, non vengono prese in considerazione difficoltà specifiche nei processi di regolazione emotiva. L'*Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Hayes et al., 2004) e l'*Affective Control Scale* (ACS; Williams et al., 1997) sono altri due strumenti particolarmente utilizzati per rilevare aspetti differenti della regolazione delle emozioni: il primo è composto da 16 item e permette di ottenere informazioni riguardo al controllo e all'evitamento esperienziale, alla valutazione negativa delle esperienze interne, all'accettazione psicologica e alla tendenza ad agire senza tener conto del distress emotivo, mentre i 42 item del secondo misurano la paura delle emozioni e il conseguente tentativo di controllare l'esperienza emotiva. Nello specifico le subscale dello strumento rilevano la paura dell'ansia, la paura della depressione e la paura delle emozioni positive. In ultimo, appare importante citare l'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross e John, 2003), strumento ampiamente utilizzato e composto da 10 item che rilevano l'utilizzo di due differenti strategie di regolazione emotiva che hanno un peso rilevante nella psicopatologia: la soppressione e il *re-appraisal*; ne esiste una versione italiana che ha evidenziato buone proprietà psicometriche (si veda Balzarotti, John e Gross, 2010).

Altri strumenti di misurazione delle strategie di regolazione emotiva includono la registrazione di parametri fisiologici (ad esempio elettrocardiogramma, respirazione e conduttanza cutanea; Campbell-Sills, Barlow, Brown e Hofmann, 2006) e l'utilizzo di diari giornalieri di registrazione dei vissuti emotivi a seguito dell'esposizione a scene traumatiche (si veda ad esempio Dunn, Billotti, Murphy e Dalgleish, 2009). Questi strumenti, spesso adottati in esperimenti eseguiti in laboratorio, hanno preso in considerazione un ristretto numero di strategie di regolazione emotiva. Infine, altri studi che hanno indagato una particolare strategia di regolazione emotiva sono quelli sulla tolleranza al distress emotivo (*distress tolerance*). Il focus di queste ricerche ha riguardato la rilevazione della presenza o meno della capacità, da parte degli individui, di sopportare e accettare l'affettività negativa (Linehan, 1993; Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller e Meyer, 2007).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz e Roemer, 2004) è un questionario self-report che misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni di natura negativa. A differenza di altre misure, esso è stato sviluppato sulla base di un modello teorico della regolazione emotiva integrato ed esaustivo. Questo strumento permette infatti di ottenere delle misurazioni riguardo alla presenza di potenziali difficoltà nelle seguenti dimensioni: (a) la consapevolezza e la comprensione delle emozioni; (b) l'accettazione delle emozioni; (c) l'abilità di controllare le condotte impulsive e di comportarsi in accordo con i propri obiettivi; (d) la capacità di utilizzare strategie flessibili di regolazione emotiva appropriate al contesto e alle richieste situazionali. Mentre le ultime due componenti fanno riferimento ad abilità pratiche e specifiche e il loro coinvolgimento nella regolazione emotiva è piuttosto intuitivo, appare invece utile chiarire e descrivere in cosa consistono (e che tipo di risvolto hanno nella regolazione emotiva) la consapevolezza e l'accettazione delle emozioni.

La consapevolezza emotiva è stata definita da Lane e Nadel (2000) come la capacità di un individuo di riconoscere e descrivere le emozioni proprie e altrui. Questa dimensione è diversa sia dalla semplice abilità di percepire un'emozione sia dalla pura espressione emotiva (Croyle e Waltz, 2002). Essere consapevoli delle proprie emozioni significa dare all'emozione una funzione comunicativa e motivazionale, significa decifrarne il feedback al fine di ottenere informazioni sull'efficacia di un comportamento in una determinata situazione (Clore, Schwarz e Conway, 1994). Un alto livello di consapevolezza permette agli individui di sapere quello che stanno provando; questo risulta fondamentale ai fini dell'individuazione delle strategie di coping necessarie per far fronte alle proprie emozioni e alle richieste del contesto.

L'importanza dell'accettazione delle emozioni è confermata da una letteratura sempre più ampia che pone l'accento sulla disfunzionalità della soppressione (tentativo di negare ed evitare il contatto con alcuni elementi dei vissuti negativi). L'accettazione della componente affettiva consente di avviare una serie di strategie di regolazione emotiva funzionali, tra cui vale la pena citare la rivalutazione. John e Gross (2004) hanno fornito un'ampia rassegna dei dati sperimentali a sostegno dei maggiori effetti benefici, sia nel breve sia nel lungo termine, dell'utilizzo della rivalutazione rispetto all'uso della soppressione emotiva. Altri autori hanno evidenziato l'effetto paradossale derivante dall'evitamento o dalla soppressione dei pensieri e delle emozioni non desiderate. In questi casi, infatti, è stato registrato un aumento della gravità e della frequenza delle sensazioni o dei pensieri indesiderati nonché un peggioramento nella sintomatologia psicopatologica (Wenzlaff e Wegner,

2000). Quindi, l'accettazione dell'emozione sembra essere parte fondamentale di una regolazione emotiva funzionale. La capacità di accettare il provare delle emozioni negative come parte integrante della propria vita (Gratz e Roemer, 2004) è la premessa per lo sviluppo della conseguente capacità di mantenere il controllo sui propri comportamenti anche in presenza di emozioni negative.

La struttura e le proprietà psicometriche del questionario

La Difficulties in Emotion Regulation Scale è composta da 36 item a risposta multipla che misurano caratteristici pattern individuali di regolazione delle emozioni. Contiene sei scale: (1) *Non acceptance* (non accettazione delle risposte emotive), formata dagli item che riflettono la tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle proprie emozioni negative, oppure ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio; (2) *Goals* (difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo), che comprende gli item che riflettono le difficoltà nel concentrarsi e nell'eseguire un compito quando si provano emozioni negative; (3) *Impulse* (difficoltà nel controllo degli impulsi), che rileva la difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento quando si provano emozioni negative; (4) *Awareness* (mancanza di consapevolezza emotiva), che contiene item che sottolineano la tendenza a prestare attenzione alle emozioni e la relativa capacità di riconoscerle (per questo motivo le risposte fornite devono essere invertite nella fase di calcolo del punteggio); (5) *Strategies* (accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva), che riflette la credenza secondo cui risulta particolarmente difficile regolare efficacemente le emozioni una volta che queste si sono manifestate; (6) *Clarity* (mancanza di chiarezza emotiva), che comprende gli item che riflettono il grado in cui le persone riescono a comprendere distintamente quale emozione stanno sperimentando.

Nella versione originale questo strumento è stato somministrato a 357 studenti di psicologia con un'età compresa tra i 18 e i 55 anni ($M = 23,10$ e $DS = 5,67$; femmine 73%). L'analisi fattoriale è stata effettuata su 36 dei 40 item originali e ha evidenziato una soluzione a sei fattori che spiegava il 55,68% della varianza. Nel complesso il questionario ha evidenziato una buona consistenza interna ($\alpha = 0,93$), una variabilità delle correlazioni item-totale compresa tra $r = 0,16$ e $r = 0,69$ e un'adeguata affidabilità delle subscale con una $\alpha > 0,80$ per ciascuna di esse. L'affidabilità test-retest a 4-8 settimane è stata calcolata su un campione di 21 persone. Il punteggio totale ha mostrato una buona affidabilità (0,88) e adeguata è risultata la stabilità delle subscale (Gratz e Roemer, 2004; Whiteside et al., 2007; Gratz, Tull, Baruch, Bornovalova e Lejuez, 2008).

Scopo di questo lavoro è presentare una versione e una validazione preliminare del questionario nel contesto italiano.

Metodo

Sviluppo della versione italiana

Tre ricercatori indipendenti con ottima conoscenza della lingua inglese e del lessico psicologico hanno tradotto il questionario dall'inglese all'italiano e hanno successivamente concordato una versione comune. In questa fase è stata prestata una particolare cura e attenzione al fine di evitare la presenza di espressioni colloquiali, gergali o frasi poco comprensibili o ambigue. Nella seconda fase la versione comune è stata tradotta in inglese (*back-translation*) da una persona bilingue con un'estesa conoscenza del lessico psicologico. La back-translation è stata poi inviata a una delle Autrici (Kim Gratz) per un confronto con la versione originale. Dopo aver apportato piccole modifiche a due item è stata stesa la versione italiana definitiva.

I test somministrati insieme alla Difficulties in Emotion Regulation Scale comprendevano:

1. *State-Trait Anxiety Inventory-X2* (STAI-X2; Spielberger et al., 1970; ed. it. a cura di Lazzari e Pancheri, 1980): un self-report costituito da 20 item che valutano l'ansia come caratteristica e disposizione personale, su una scala di frequenza 1-4 (1 = «Quasi mai», 2 = «A volte», 3 = «Spesso», 4 = «Quasi sempre»). Relativamente alla stabilità test-retest, il coefficiente r ha riportato valori che variano da 0,65 a 0,86 a seconda dell'intervallo di tempo considerato. La validità concorrente è stata indagata calcolando i valori di correlazione con altri strumenti che misurano l'ansia di tratto: sono risultati valori di correlazione che variano da 0,52 a 0,80 (si veda anche Spielberger et al., 1970).
2. *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996; ed. it. a cura di Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio e Sica, 2006): un questionario self-report costituito da 21 item utilizzato per misurare la presenza e la gravità della depressione secondo i criteri del DSM-IV (APA, 1994). La versione italiana è stata estesamente studiata su studenti, persone appartenenti alla popolazione normale e campioni di rilevanza clinica (Ghisi et al., 2006). La stabilità test-retest è risultata adeguata ($r = 0,62$ a distanza di 30 giorni) così come la coerenza interna ($\alpha = 0,80$). La validità convergente (0,77) è stata indagata calcolando i valori di correlazione con un altro strumento di rilevazione della sintomatologia depressiva. In generale la validità convergente, discriminante e di criterio hanno dimostrato l'adeguatezza della versione italiana dello strumento.
3. *Positive and Negative Affect Scale – State* (PANAS; Watson, Clark e Tellegen, 1988; ed. it. a cura di Terracciano, McRae e Costa, 2003): un questionario self-report costituito da 20 item che misurano l'affettività positiva (PA, positive affect) e negativa (NA, negative affect), sia come tratto stabile che come stato

contingente. In un ampio campione tratto dalla popolazione generale americana esso ha dimostrato buone proprietà psicometriche ($\alpha = 0,89$ per PA e $0,85$ per NA; Crawford e Henry, 2004). La versione italiana è stata validata su un ampio campione ($N = 600$) tratto dalla popolazione generale e ha ottenuto buone/eccellenti proprietà psicometriche. La consistenza interna si è rivelata eccellente, sia nella versione di tratto ($\alpha = 0,83$ per PA e $0,87$ per NA) sia nella versione di stato ($\alpha = 0,83$ per PA e $0,85$ per NA). Inoltre, la stabilità test-retest si è dimostrata buona nella versione di tratto ($r = 0,76$ per PA e $r = 0,73$ per NA), accettabile in quella di stato ($r = 0,65$ per PA e $r = 0,52$ per NA). Questo strumento è stato inoltre utilizzato in altri studi per la valutazione dell'affettività e della regolazione emotiva (Campbell-Sills, Barlow, Brown e Hofmann, 2006).

Partecipanti e procedura

La Difficulties in Emotion Regulation Scale è stata distribuita a 190 persone (69,5% femmine) reclutate in ambienti di lavoro, università e in occasione di incontri a carattere psicologico aperti al pubblico.

Le caratteristiche del campione sono le seguenti: età media 30,8 ($DS = 9,7$; range = 18-67 anni); livello di istruzione: 48,9% laurea di secondo livello o laurea del vecchio ordinamento, 46,3% diploma di scuola secondaria di II grado, 1,6% laurea di primo livello, 2,1% diploma di scuola secondaria di I grado e 1,1% diploma di scuola professionale; stato civile: 62,1% nubile o celibe, 31,6% sposato/a o convivente, 4,2% separato/a o divorziato/a e 2,1% vedovo/a.

Oltre al questionario e a una scheda per la raccolta delle informazioni di tipo demografico, un sottogruppo di partecipanti ($N = 81$) ha ricevuto anche una batteria di self-report consegnati in ordine controbilanciato per evitare un errore sistematico nella compilazione. Tutti i soggetti sono stati informati verbalmente e per iscritto sulle finalità dello studio e hanno partecipato volontariamente. L'anonimato è stato garantito così come la libertà di rifiutare la richiesta.

Analisi statistica

Il pacchetto statistico SPSS versione 15.0 è stato utilizzato per la maggior parte delle analisi. Abbiamo scelto di utilizzare test non parametrici (ad esempio test di Mann-Whitney, test di Kruskal-Wallis e coefficiente r_s di Spearman) per l'analisi dei dati in quanto richiedono poche assunzioni sulle caratteristiche della popolazione, sono meno sensibili alla presenza di *outlier* (valori anomali) e, se usati su variabili ordinali, aumentano la potenza del test diminuendo la probabilità di commettere l'errore di primo tipo (Barbaranelli, 2006).

Risultati

Struttura fattoriale

Un'analisi fattoriale confermativa (AFC) è stata inizialmente condotta per verificare la corrispondenza tra i dati ottenuti e la struttura fattoriale proposta dagli autori (Gratz e Roemer, 2004). Dato che i valori degli indici ottenuti ($\chi^2_{(579)} = 1265,765$, $p < 0,001$; $\chi^2/df = 2,19$; RMSEA = 0,08; SRMR = 0,10; CFI = 0,78; AIC = 17502,22; TLI = 0,76) supportavano debolmente la struttura fattoriale originale (si veda ad esempio Schermelleh-Engel, Moosbrugger e Müller, 2003), è stata eseguita un'analisi fattoriale esplorativa con il metodo di estrazione della fattorializzazione dell'asse principale e con una rotazione obliqua promax, seguendo il modello di analisi fattoriale utilizzata dagli autori nella versione originale (Gratz e Roemer, 2004). Preliminarmente è stata esaminata la distribuzione delle risposte a tutti gli item della DERS ed è emerso che alcune variabili mostravano dei valori per asimmetria e curtosi superiori a $|1,0|$. Di conseguenza è stata effettuata la trasformazione in logaritmo per le variabili elevate per curtosi e la trasformazione in radice quadrata per le variabili elevate nell'asimmetria (Barbaranelli, 2006). Inoltre, secondo la prassi dell'*item analysis*, sono state calcolate le correlazioni corrette item-totale; gli item che correlavano meno di 0,30 col totale della scala — gli item 17 «Quando sono turbato credo che i miei sentimenti siano validi e importanti» (0,03) e 34 «Quando sono turbato mi prendo del tempo per riflettere su quello che sto provando» (-0,11) — sono stati eliminati a causa del loro scarso potere discriminativo.

Seguendo le indicazioni di Floyd e Widaman (1995), abbiamo utilizzato il metodo dello scree test degli autovalori, ritenuto più adeguato rispetto alla scelta degli autovalori $> 1,00$ (Barbaranelli, 2006). Il metodo ha suggerito una soluzione da 4 a 6 fattori; l'ispezione puntuale della interpretabilità delle diverse soluzioni ha fatto propendere per la scelta di una struttura a 6 fattori che spiegava il 62,96% della varianza. Per quanto riguarda la selezione degli item, si è scelto di considerare come significativi gli item con saturazioni $\geq 0,40$. Questa soluzione ha portato all'esclusione dell'item 35 «Quando sono turbato mi serve molto tempo per sentirmi meglio»; quindi è stata effettuata una seconda analisi fattoriale esplorativa. Presa visione dello scree plot (figura 10.1), abbiamo nuovamente adottato un modello esafattoriale simile alla versione originale che rende conto del 63,36% della varianza (tabelle 10.1 e 10.2). Da notare che tutte le saturazioni secondarie sono inferiori a 0,30 e non assumono valori superiori alla metà del valore della saturazione principale, a riconferma della bontà della soluzione ottenuta.

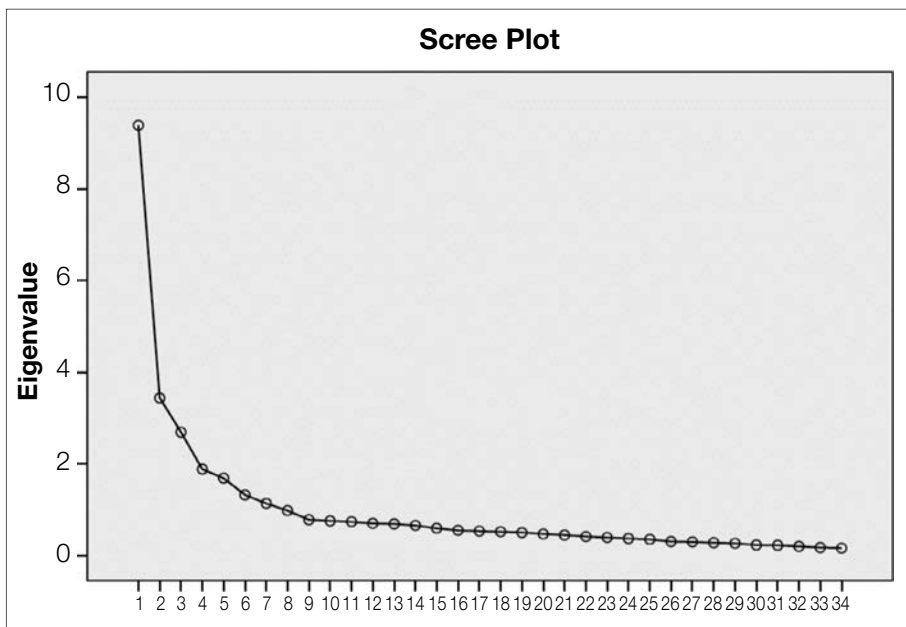


Fig. 10.1 Scree-plot relativo alla seconda analisi fattoriale esplorativa effettuata sui punteggi ottenuti al DERS.

TABELLA 10.1

Varianza spiegata dai 6 fattori estratti per mezzo della seconda analisi fattoriale esplorativa effettuata sui punteggi ottenuti alla DERS

Fattori	Varianza %	Cumulata %
1	28,19	28,19
2	10,68	38,87
3	7,48	46,35
4	6,11	52,46
5	5,53	57,99
6	5,37	63,36

TABELLA 10.2

Saturazione dei fattori per i 33 item inclusi nella seconda analisi fattoriale (N = 190)

DERS Item 29	0,85	-0,04	0,08	-0,06	0,09	0,07
DERS Item 11	0,82	-0,06	-0,21	0,15	0,00	0,05

DERS Item 12	0,79	0,09	-0,03	-0,13	0,04	0,00
DERS Item 21	0,77	-0,07	0,05	0,04	0,08	0,02
DERS Item 25	0,76	0,04	-0,01	0,07	0,05	-0,02
DERS Item 30	0,46	0,11	0,22	-0,05	-0,04	0,10
DERS Item 26	-0,04	0,97	-0,09	0,00	0,05	-0,04
DERS Item 18	0,04	0,88	0,02	0,00	0,04	0,02
DERS Item 13	0,01	0,84	-0,10	0,13	0,06	0,00
DERS Item 23	0,13	0,61	0,07	-0,04	0,03	-0,05
DERS Item 33	0,06	0,59	0,03	0,05	-0,06	-0,10
DERS Item 22	-0,08	-0,02	0,98	-0,02	0,06	0,10
DERS Item 28	-0,03	-0,16	0,70	0,13	-0,01	0,14
DERS Item 15	0,01	0,07	0,66	0,05	0,07	-0,19
DERS Item 31	-0,04	-0,26	0,64	0,27	0,00	-0,13
DERS Item 1	-0,01	-0,04	0,62	-0,12	-0,06	0,13
DERS Item 16	0,05	0,16	0,46	0,12	-0,10	0,03
DERS Item 24	-0,05	0,19	0,44	0,09	-0,05	-0,02
DERS Item 20	-0,12	0,22	0,44	-0,12	-0,04	0,01
DERS Item 3	0,04	-0,17	-0,21	0,93	0,07	-0,02
DERS Item 14	0,06	0,02	-0,01	0,73	-0,06	-0,02
DERS Item 32	-0,11	-0,11	0,12	0,70	-0,05	-0,02
DERS Item 19	0,19	0,17	0,03	0,63	0,05	0,04
DERS Item 27	0,01	0,19	-0,06	0,63	0,04	0,09
DERS Item 36	0,02	0,17	0,00	0,61	0,05	0,05
DERS Item 4	0,07	-0,12	-0,07	-0,04	0,80	0,13
DERS Item 5	0,06	-0,07	0,00	0,04	0,75	-0,14
DERS Item 10	-0,28	0,08	0,05	0,03	0,62	0,02
DERS Item 9	0,16	0,11	0,04	0,02	0,56	-0,02
DERS Item 7	-0,02	0,21	0,05	-0,07	0,55	0,03
DERS Item 2	0,05	-0,02	0,09	-0,06	0,16	0,88
DERS Item 6	0,09	0,06	-0,06	0,07	0,13	0,88
DERS Item 8	0,00	-0,08	0,04	0,08	-0,18	0,79

Anche se si rilevano alcune differenze rispetto agli item che compongono le diverse subscale, i sei fattori finali riflettono largamente la concettualizzazione

di regolazione emotiva suggerita da Gratz e Roemer (2004). In questa versione (tabella 10.3), il primo fattore corrisponde al primo della versione originale e differisce nella composizione per un solo item (item 30 anziché 23); è formato da item che riflettono la tendenza a provare emozioni negative in risposta a un'emozione negativa primaria, nonché le difficoltà della persona nell'accettare l'emozione negativa provata. Come per la versione originale, in questo caso è possibile mantenere l'etichetta di Mancanza di accettazione della risposta emotiva (Mancanza di accettazione). Il secondo fattore è formato da item che riflettono la difficoltà nel completare il proprio lavoro o a concentrarsi quando si provano emozioni negative a causa dell'arousal da cui sono caratterizzate e della conseguente tendenza a monopolizzare tutte le risorse attentive della persona. Anche in questo caso la corrispondenza con il fattore originale differisce per solo un item (il numero 23 anziché il 20). Considerato il significato degli item è possibile porre l'etichetta Difficoltà a distrarsi dall'emozione e a eseguire comportamenti alternativi (Difficoltà nella distrazione). Per essere precisi, l'impossibilità di perseguire un comportamento volto a un obiettivo sembra essere la conseguenza di un deficit in questa specifica dimensione. La capacità di distrarsi è comunque un processo rilevante in grado di predire il coping adattivo orientato alla soluzione e all'accettazione dei problemi (Sica, Steketee, Ghisi, Chiri e Franceschini, 2007) e costituisce un fattore di protezione dallo stress (Reynolds e Wells, 1999). Naturalmente, la capacità di distrarsi deve essere accompagnata dalla presenza di un buon livello di autoconsapevolezza emotiva che rifletta l'abilità della persona di esplorare facilmente i propri pensieri ed emozioni.

TABELLA 10.3
Composizione dei fattori della versione finale della DERS

Fattori	Item
1. Mancanza di accettazione	29. Quando sono turbato, mi irrita con me stesso perché mi sento in quel modo
	11. Quando sono turbato, mi arrabbio con me stesso perché mi sento in quel modo
	12. Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo
	21. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso perché mi sento in quel modo
	25. Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo
	30. Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto male con me stesso

Fattori	Item
2. Difficoltà nella distrazione	26. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a concentrarmi
	18. Quando sono turbato, faccio fatica a focalizzarmi su altre cose
	13. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro
	23. Quando sono turbato, mi sento debole
	33. Quando sono turbato, faccio fatica a pensare a qualcosa di diverso
3. Mancanza di fiducia	22. Quando sono turbato, so che alla fine posso trovare un modo per sentirmi meglio (r)
	28. Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio
	15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo
	31. Quando sono turbato, credo che crogiolarmi in questa emozione sia l'unica cosa che io possa fare
	1. Sono sereno riguardo a ciò che provo (r)
	16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi depresso
	24. Quando sono turbato, sento di potere avere ancora il controllo dei miei comportamenti (r)
	20. Quando sono turbato, posso comunque finire le cose che devo fare (r)
4. Mancanza di controllo	3. Vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo
	14. Quando sono turbato, perdo il controllo
	32. Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti
	19. Quando sono turbato, mi sento senza controllo
	27. Quando sono turbato, ho delle difficoltà nel controllare i miei comportamenti
	36. Quando sono turbato, le mie emozioni sono travolgenti
5. Difficoltà nel riconoscimento	4. Non ho idea di come mi sento
	5. Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo
	10. Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni (r)
	9. Sono confuso riguardo a ciò che provo
	7. So esattamente come mi sento (r)
6. Ridotta autoconsapevolezza	2. Presto attenzione a come mi sento (r)
	6. Presto attenzione alle mie emozioni (r)
	8. Mi interessa come mi sento (r)

La (r) indica gli item che hanno punteggio invertito

Per quanto riguarda la composizione degli item, il terzo fattore emerso non ha trovato esatta corrispondenza con il fattore Strategies (il quinto) della versione originale (gli item 1, 20 e 24 sono presenti al posto degli item originali 30, 31 e 36). In ogni caso, gli item riflettono il livello di fiducia della persona riguardo le capacità personali di gestire e modulare le proprie emozioni negative. Questa scala può essere quindi nominata Mancanza di fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva (Mancanza di fiducia). Il quarto fattore differisce per un item rispetto al terzo (Impulse) della versione originale (36 al posto di 24) e comprende affermazioni che riflettono la difficoltà nel mantenere il controllo sui propri comportamenti quando si provano emozioni negative. In questa versione può essere suggerita l'etichetta Difficoltà nel controllo dei comportamenti (Mancanza di controllo). Il quinto fattore è composto da un item in più (10) rispetto alla versione originale e differisce per un altro item (il 4 al posto dell'1). Complessivamente, riflette il grado in cui una persona riconosce l'emozione che sta provando. Pertanto, l'etichetta assegnata a questo fattore è Difficoltà nel riconoscimento dell'emozione esperita (Difficoltà nel riconoscimento). Infine il sesto fattore riflette la consapevolezza emotiva, ovvero il grado di attenzione prestata al proprio stato emotivo. Considerata la plausibile corrispondenza con il fattore originale (in questa versione gli item sono tre anziché sei), è stato etichettato come Ridotta autoconsapevolezza emotiva (Ridotta autoconsapevolezza).

Consistenza interna e analisi descrittive

Nella tabella 10.4 sono riportati i valori della consistenza interna (alfa di Cronbach) calcolati per ciascuna scala fattoriale e per il totale. Come si può vedere i risultati indicano che la Difficulties in Emotion Regulation Scale ha un'elevata consistenza interna ($\alpha = 0,90$) e che anche le sei scale hanno un'adeguata consistenza interna con un valore di α compreso tra 0,74 e 0,88. Le correlazioni tra ogni item e il totale sono comprese in un range che varia da $r_s = 0,59$ a $r_s = 0,90$; le correlazioni inter-item variano da un minimo $r_s = 0,21$ a un massimo $r_s = 0,76$. Le correlazioni tra le scale e il punteggio totale della DERS sono tutte significative.

Nella tabella 10.5 sono riportate le statistiche descrittive per i punteggi del campione generale e divise per genere. I punteggi alla DERS totale e alle scale ottenuti dal campione complessivo sono stati confrontati anche in base alla variabile «genere» ed è emerso che i due gruppi non differiscono in modo statisticamente significativo se non per i punteggi relativi alla scala Mancanza di fiducia, dove le femmine hanno ottenuto punteggi più elevati. La dimensione effettiva di questa differenza (effect size = 0,25) è però da considerarsi piccola (Barbaranelli e D'Olimpo, 2007).

TABELLA 10.4

Consistenza interna per le scale della DERS e il punteggio totale (N = 190)

Scale	N. item	Alfa	Range correlazione inter-item	Range correlazione corretta item-totale	r _s totale
Mancanza di accettazione	6	0,88	0,45-0,67	0,66-0,81	0,530**
Difficoltà nella distrazione	5	0,85	0,40-0,70	0,77-0,83	0,753**
Mancanza di controllo	6	0,85	0,45-0,76	0,69-0,84	0,670**
Ridotta autoconsapevolezza	3	0,83	0,53-0,75	0,82-0,90	0,254**
Mancanza di fiducia	8	0,81	0,33-0,50	0,59-0,75	0,774**
Difficoltà nel riconoscimento	5	0,74	0,35-0,56	0,71-0,72	0,619**
<i>Totale</i>	33	0,90	0,21-0,75		

TABELLA 10.5

Statistiche descrittive del campione totale e diviso per genere

Scale	Totale (N = 190)		Maschi (N = 58)		Femmine (N = 132)		Sign.*
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
Mancanza di accettazione	11,59	4,89	11,52	5,56	11,63	4,59	0,385
Difficoltà nella distrazione	12,83	4,61	12,36	5,12	13,03	4,37	0,302
Mancanza di controllo	10,55	4,52	10,34	4,51	10,64	4,53	0,662
Ridotta autoconsapevolezza	5,80	2,76	6,27	3,07	5,59	2,60	0,201
Mancanza di fiducia	10,89	3,71	9,62	3,49	11,45	3,69	0,001*
Difficoltà nel riconoscimento	8,05	2,80	8,45	3,37	7,87	2,50	0,478
<i>Totale</i>	61,38	15,37	60,38	15,44	61,81	15,38	0,468

* differenze confrontate tramite il test Mann-Whitney

Relazioni con le altre misure

Le caratteristiche del sottogruppo (N = 81) che ha accettato di completare anche gli altri questionari somministrati (Positive and Negative Affect Scale – State, State-Trait Anxiety Inventory-X2 e Beck Depression Inventory-II) sono le seguenti: l'età media è di 33 anni, il 63% del gruppo è composto da femmine (N = 51), il 79% ha un alto livello di istruzione e il 48% convive o è sposato.

Al fine di ottenere dei dati preliminari in merito alla validità di costrutto della Difficulties in Emotion Regulation Scale, sono state calcolate le correlazioni tra i punteggi di quest'ultima (sia i punteggi totali che quelli relativi a ogni scala) e quelli della Positive and Negative Affect Scale – State (ovvero una misura dell'affettività positiva e negativa), dello State-Trait Anxiety Inventory-X2 (ansia di tratto) e del Beck Depression Inventory-II (la depressione; si veda tabella 10.6).

TABELLA 10.6
Correlazioni tra le diverse dimensioni della DERS e altre misure

	STAI-X2	BDI-II	PN	PP	DT	DMA	DDD	DMC	DRA	DMF
BDI-II	0,31(**)	-								
PN	0,26(*)	0,35(**)	-							
PP	-0,00	0,00	0,07	-						
DTOT	0,24(*)	0,28(*)	0,35(**)	-0,16	-					
DMA	0,18	0,16	0,28(**)	-0,17	0,48(**)	-				
DDD	0,32(**)	0,16	0,20	-0,38(**)	0,69(**)	0,13	-			
DMC	0,19	0,22(*)	0,38(**)	-0,27(*)	0,72(**)	0,31(**)	0,57(**)	-		
DRA	-0,11	-0,12	-0,07	-0,07	0,39(**)	-0,05	0,02	0,12	-	
DMF	0,20	0,41(**)	0,32(**)	-0,18	0,69(**)	0,13	0,43(**)	0,44(**)	0,19	-
DDR	-0,02	0,03	0,15	0,11	0,65(**)	0,26 (*)	0,25(*)	0,27(*)	0,35(**)	0,30(**)

PN: PANAS Negativo; PP: PANAS Positivo; DT: DERS Totale; DMA: DERS Mancanza di accettazione; DDD: DERS Difficoltà nella distrazione; DMC: DERS Mancanza di controllo; DRA: DERS Ridotta autoconsapevolezza; DMF: DERS Mancanza di fiducia; DDR: DERS Difficoltà nel riconoscimento

Il punteggio totale della Difficulties in Emotion Regulation Scale correla significativamente con le misure di ansia, depressione e affettività negativa, e questo significa che una difficoltà nella regolazione delle emozioni può comportare la presenza di umore depresso, di uno stato ansioso e di una generale instabilità emotiva. Sebbene il valore di correlazione tra il punteggio totale e l'affettività positiva non sia statisticamente significativo, esso risulta inverso e dunque in linea con le ipotesi formulate. Comunque, la Positive and Negative Affect Scale

– State Positiva presenta delle correlazioni negative statisticamente significative con le scale DERS Difficoltà nella distrazione e Mancanza di controllo. Questo ultimo dato evidenzia che la percezione di controllo sui propri comportamenti nei momenti caratterizzati da affettività negativa e una maggiore capacità di gestire le emozioni negative tramite la distrazione potrebbero associarsi a una maggiore affettività positiva. Le scale relative alla Mancanza di controllo e Mancanza di fiducia correlano entrambe con le misure di depressione e affettività negativa. In questo senso la percezione di uno scarso controllo sui propri comportamenti e un ridotto livello di fiducia nelle strategie di regolazione emotiva risultano associati a un basso tono dell'umore e a instabilità emotiva.

L'affettività negativa presenta una correlazione significativa anche con la scala Mancanza di accettazione, mentre la Difficoltà nella distrazione è correlata alla misura di ansia. Infine, le uniche due scale della DERS che non presentano correlazioni significative con le misure di ansia, depressione o affettività positiva o negativa sono la Difficoltà nel riconoscimento e la Ridotta autoconsapevolezza. Quest'ultima scala non presenta inoltre correlazioni significative con le altre scale del questionario, fatta eccezione per la scala Difficoltà nel riconoscimento e il punteggio totale. Al contrario, la Difficoltà nel riconoscimento mostra correlazioni significative con tutte le subscale e con il punteggio totale.

Discussione e conclusioni

È ormai accettata l'idea che la presenza di difficoltà nella regolazione emotiva sia trasversalmente presente nella maggior parte dei disturbi psicologici (disturbi d'ansia e dell'umore, disturbo borderline di personalità, abuso di alcool e di sostanze, bulimia e *binge eating*, ecc.). La ricerca sul ruolo dei deficit nella regolazione emotiva nello sviluppo e nel mantenimento delle difficoltà di rilevanza clinica incontra alcuni ostacoli soprattutto a causa della mancanza di una concettualizzazione condivisa del costrutto e della conseguente difficoltà a individuare una misura esaustiva della regolazione emotiva. Inoltre, nel panorama italiano gli strumenti a disposizione sono pochi e ancora incompleti. Per tale ragione, lo scopo di questo lavoro era fornire la traduzione e una validazione preliminare di una misura della regolazione emotiva costruita sulla base delle principali dimensioni del costrutto.

I risultati da noi ottenuti confermano la capacità della DERS di rilevare in modo affidabile differenti dimensioni riconducibili alle principali problematiche legate alla regolazione delle emozioni negative. Il campione considerato per la validazione del questionario, pur non particolarmente numeroso, è risultato più

articolato e variegato di quello impiegato dalle autrici dello strumento, le quali avevano standardizzato la DERS su di un campione composto esclusivamente da studenti di psicologia.

La struttura originale del questionario non è stata confermata: differenze culturali, linguistiche e di composizione campionaria potrebbero spiegare questo risultato. In ogni caso, la struttura evidenziata attraverso le analisi fattoriali esplorative non si discosta molto dalla struttura teorica ipotizzata dagli autori e spiega una percentuale maggiore di varianza rispetto alla soluzione proposta dallo studio originale (63,36% vs 55,68%). Non c'è dubbio che saranno necessarie ulteriori indagini con campioni più ampi ed eterogenei per valutare la struttura interna della versione italiana.

Per quanto riguarda le associazioni con le misure di psicopatologia, in linea con le aspettative teoriche, il punteggio totale del questionario è risultato positivamente correlato all'affettività negativa. Altrettanto coerentemente, esso è apparso negativamente correlato (sebbene non sempre in maniera statisticamente significativa) con l'affettività positiva. Anche se sono opportune ulteriori evidenze, sembra che a elevati punteggi si associno sia una generale instabilità emotiva sia la difficoltà a esperire stati emozionali positivi.

L'ansia di tratto è risultata connessa al punteggio totale del questionario, e in modo particolare alla subscale Difficoltà nella distrazione (DDD). Questo indica che livelli elevati di ansia potrebbero essere caratterizzati da una maggiore difficoltà nella gestione delle risorse attentive e conseguentemente dell'attività cognitiva. Secondo Wells (2002), proprio la reiterazione di specifiche risposte cognitivo-attentive appare fortemente associata alla sofferenza psicologica in generale e a molti disturbi d'ansia nello specifico.

Infine, rilevanti sono anche le associazioni con la misura di depressione. La mancanza di aspettative positive verso le proprie capacità di affrontare efficacemente uno stato emotivo negativo, unita alle difficoltà nel controllo delle proprie condotte, potrebbe determinare nell'individuo uno stato di impotenza e di *hopelessness*. Proprio tali condizioni potrebbero costituire alcuni fattori di vulnerabilità a specifici episodi di deflessione dell'umore.

È opportuno discutere in dettaglio alcune delle correlazioni emerse dalla tabella 10.6. La subscale Difficoltà nel riconoscimento è l'unica a palesare delle associazioni con tutte le altre dimensioni del questionario. Questo dato sottolinea l'importanza per la persona di riconoscere e dare un nome e un significato ai propri vissuti emotivi. Infatti, l'incapacità di comprendere e interpretare le situazioni scatenanti e la valenza delle proprie emozioni potrebbe costituire un elemento in grado di generare delle difficoltà nella regolazione delle emozioni a più livelli: accettazione, capacità di controllare le proprie condotte, fiducia riguardo

l'efficacia delle proprie abilità di regolazione emotiva. La rilevanza dell'abilità di riconoscere e avere chiarezza delle emozioni esperite è confermata anche da alcuni dati presenti in letteratura. Ad esempio: (a) la mancanza di chiarezza emotiva è risultata associata con i sintomi post-traumatici di rilevanza clinica (Tull, Barrett, McMillan e Roemer, 2007); (b) gli individui che abusano di cocaina sembrano meno capaci di avere una chiara comprensione delle proprie emozioni (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper e Sinha, 2007); (c) le persone con punteggi più elevati nelle misure relative al disturbo borderline di personalità riportano una minore capacità di riconoscere con chiarezza l'attivazione emozionale (Leible e Snell, 2004); (d) nei disturbi di personalità del cluster A (paranoide, schizoide e schizotipico) emerge la difficoltà ad avere una percezione chiara dei vissuti emotivi personali (Leible e Snell, 2004). In effetti, la capacità di riconoscere le emozioni rappresenta uno dei primissimi processi alla base della competenza emotiva (si veda ad esempio Salovey, Stroud, Woolery e Epel, 2002). In questa ottica, gli interventi di alfabetizzazione emotiva (con adulti e/o minori) potrebbero rivelarsi delle strategie necessarie per l'accrescimento delle abilità di regolazione emotiva.

La dimensione Ridotta autoconsapevolezza ha mostrato un'unica correlazione significativa con la subscale Difficoltà nel riconoscimento. Nella Difficulties in Emotion Regulation Scale la consapevolezza è intesa come la capacità di prestare attenzione ai propri vissuti emotivi; questa attenzione al proprio mondo interiore (pensieri, sensazioni, ecc.) è risultata predittiva di un coping orientato alla soluzione e all'accettazione dei problemi (Sica et al., 2007). Sorprende quindi che la presenza di difficoltà in questa dimensione non si associ né ad alcuna misura di patologia né ad altre subscale del questionario. È possibile ipotizzare che il ridotto numero degli item della scala Ridotta autoconsapevolezza, così come la loro formulazione (sono tutti item a punteggio invertito), possano impedire di rilevare completamente la reale valenza della dimensione autoconsapevolezza ostacolando una concreta distinzione tra gli aspetti funzionali e quelli disadattivi (attenzione caratterizzata da rimuginazione e/o worry).

La subscale Mancanza di controllo, che misura le difficoltà nel mantenere il controllo sui propri comportamenti quando si provano emozioni negative e il conseguente rischio di emettere delle condotte impulsive, è apparsa correlata con i self-report rilevanti alcuni elementi affettivi e con quasi tutte le subscale del questionario. L'importanza di questa dimensione è confermata da molti studi presenti in letteratura secondo cui le carenze in questa abilità si associano alla dipendenza da alcool (Fox, Hong e Sinha, 2008), ai sintomi post-traumatici di rilevanza clinica (Tull et al., 2007) e all'abuso di cocaina (Fox et al., 2007). In generale, si può affermare che la problematicità nel controllo del comportamento e la maggior probabilità di compiere gesti impulsivi sono un elemento

piuttosto frequente nelle difficoltà legate all'abuso di sostanze (Kisa, Yildirim, e Goka, 2005).

Per quanto riguarda i limiti del presente lavoro è importante notare innanzitutto la numerosità e la composizione del campione. Infatti, nonostante la numerosità fosse sufficiente per la validazione nella popolazione italiana non può essere considerata adeguata per un campione normativo. Inoltre, un campione più numeroso ed eterogeneo (gli individui rappresentano quasi esclusivamente strati di istruzione elevata e la proporzione dei due generi è troppo a favore del genere femminile) permetterebbe una maggiore generalizzabilità dei risultati. In secondo luogo, non è stato possibile effettuare una misurazione test-retest poiché solo 5 soggetti avevano acconsentito a una seconda compilazione del questionario a distanza di un mese. Anche gli autori della versione originale avevano ottenuto una risposta esigua ($N = 21$), ma riteniamo indispensabile un'ampia numerosità per valutare la stabilità nel tempo del questionario. La ridotta presenza nel panorama italiano di strumenti per la misura delle emozioni — in particolare della regolazione emotiva — al momento dell'effettuazione della ricerca non ha permesso inoltre un confronto più approfondito con altri strumenti concettualmente simili.

Studi futuri dovrebbero concentrarsi sulla conferma dei nostri risultati su di un campione più ampio e sulle relazioni tra il questionario e altre misure di risposta emotiva (non solo in formato self-report, ma anche, per esempio, le risposte fisiologiche).

Più in generale, sebbene le problematiche di tipo esternalizzante siano state spesso concettualizzate come dovute a difficoltà comportamentali e cognitive piuttosto che affettive (Quay e Hogan, 1999), nei prossimi anni la ricerca dovrà favorire una migliore comprensione del ruolo della regolazione emotiva nello sviluppo di questi pattern disorganizzati, esplosivi e provocatori di comportamenti ed emozioni, che interferiscono con l'apprendimento, la maturazione sociale e il rispetto dei diritti degli altri (APA, 2000). Inoltre, come notato in precedenza, la Difficulties in Emotion Regulation Scale misura solo la difficoltà di regolazione delle emozioni negative, mentre sarebbe importante sapere di più anche sulle modalità di regolazione delle emozioni positive.

La ricerca futura, infine, potrebbe concentrarsi sulla rilevazione delle influenze delle variabili emozionali situazionali e delle differenze individuali nella determinazione della regolazione emotiva.

Bibliografia

APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

- APA – American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Armeli, S., Carney, M.A., Tennen, H., Affleck, G., & O'Neill, T.P. (2000). Stress and alcohol use: a daily process examination of the stressor-vulnerability model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 979-994.
- Balzarotti, S., John, O.P., & Gross, J.J. (2010). An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61-67.
- Barbaranelli, C. (2006). *Analisi dei dati con SPSS II. Le analisi multivariate*. Milano: LED.
- Barbaranelli, C., & D'Olimpo, F. (2007). *Analisi dei dati con SPSS I. Le analisi di base*. Milano: LED.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (4th ed.). San Antonio: Psychological Corporation. Trad. it. *Manuale Beck Depression Inventory II*. A cura di M. Ghisi, G.B. Flebus, A. Montano, E. Sanavio, C. Sica. Firenze: Organizzazioni Speciali, 2001.
- Borkovec, T.D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R.G. Heimberg, C.L. Turk & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Bornoalova, M.A., Gratz, K.L., Daughters, S.B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, T.R., Cadesky, E.B., Mota, V.L., & Schachar, R.J. (2000). Beyond words: how do problem children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1160-1167.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D.H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J.J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: The Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., & Hofmann, S.G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Catanzaro, S.J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., & Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: risk factors and prevention. In V.M. Follette, J.I. Ruzek, & F.R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 278-304). New York: The Guilford Press.
- Clore, G.L., Schwarz, N., & Conway, M. (1994). Affective causes and consequences of social information processing. In R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (pp. 323-417). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Cole, P.M., Michel, M.K., & Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 73-100.
- Cooper, M.L., Frone, M.R., Russell, M., & Mundar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990-1005.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97.
- Crawford, J.R., & Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Croyle, K.L., & Waltz, J. (2002). Emotional awareness and couples' relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 435-444.
- Dingemans, A.E., Spinhoven, P., & Van Furth, E.F. (2007). Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2551-2562.
- Dunn, B.D., Billotti, D., Murphy, V., & Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material: a comparison of suppression and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 761-773.
- Engelberg, M.J., Steiger, H., Gauvin, L., & Wonderlich, S.A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: an examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 531-536.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk & D. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide* (pp. 277-314). Oxford: Oxford University Press.
- Floyd, F.J., & Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Fox, H.C., Hong, K.A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 388-394.
- Fox, H.C., Axelrod, S.R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-301.
- Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). *Beck Depression Inventory II. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Gratz, K.L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Gratz, K.L., & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the

- difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K.L., Tull, M.T., Baruch, D.E., Bornovalova, M.A., & Lejuez, C.W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the role of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 603-15.
- Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Gross, J.J., & John, O.P. (1997). Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gross, J.J., & Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hussong, A.M., Hicks, R.E., Levy, S.A., & Curran, P.J. (2001). Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 449-461.
- John, O.P., & Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-34.
- Kisa, C., Yildirim, S.G., & Goka, E. (2005). Impulsivity and mental disorders. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16, 46-54.
- Kosson, D., & Lejuez, C.W. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 717-726.
- Lane, R.D., & Nadel, L. (2000). *Cognitive neuroscience of emotion*. New York: Oxford University Press.
- Leible, T.L., & Snell, W.E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001.
- Linehan, M.M., Bohus, M., & Lynch, T.R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: theoretical and practical underpinnings. In J.J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). New York: The Guilford Press.
- Maedgen, J.W., & Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 29, 30-42.
- Markey, M.A., & Vander Wal, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 458-464.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845-863.
- Melnick, S.M., & Hinshaw, S.P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 73-86.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mennin, D.S., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Carmin, C.N. (2004). Focusing on the regulation of emotion: a new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In M.A. Reinecke & D.A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan. Theory, research and practice* (pp. 60-89). New York: Wiley.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H. Hoek, M. Katzman & J. Treasure (Eds.), *The neurobiological basis of eating disorders* (pp. 271-289). Chichester: Wiley.
- Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., & Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences*, 44, 1356-1368.
- Novick-Kline, P., Turk, C.L., Mennin, D.S., Hoyt, E.A., & Gallagher, C.L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 557-572.
- Olson, S.L., Sameroff, A.J., Kerr, D.C., Lopez, N.L., & Wellman, H.M. (2005). Developmental foundations of externalizing problems in young children: the role of effortful control. *Development and Psychopathology*, 17, 25-45.
- Pedrabissi, L., & Santinello, M. (1989). *Inventario per l'ansia di stato e di tratto (forma Y)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Quay, H.C., & Hogan, A.E. (1999). *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The thought control questionnaire-psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29, 1089-1099.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., & Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 611-627.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J.W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: APA Books.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23-74.
- Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Sher, K.J., & Grekin, E.R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J.J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560-580). New York: The Guilford Press.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2008). Uno strumento aggiornato per la misura degli stili di coping: il Coping Orientation to the Problems Experienced – Nuova Versione Italiana (COPE-NVI). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14, 37-63.
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Rocco Chiri, L., Marchetti, I. & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16 (2), 141-170.
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760-771.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1970). *The State Trait Anxiety Inventory (STAI). Test manual for form X*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. Trad. It. S.T.A.I. *Questionario di autovalutazione dell'ansia di stato e di tratto*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1980.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Linehan, M.M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.
- Terracciano, A., McCrae, R.R., & Costa, P.T.Jr. (2003). Factorial and construct validity of the Italian positive and negative affect schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 131-141.

- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 24-52.
- Tull, M.T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38, 378-391.
- Tull, M.T., Barrett, H.M., McMillan, E.S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and post-traumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38, 303-313.
- Tull, M.T., Stipelman, B.A., Salters-Pedneault, K., & Gratz, K.L. (2009). An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 275-82.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Luterek, J.A., Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.
- Walcott, C.M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 772-782.
- Waters, A., Hill, A., & Waller, G. (2001). Bulimics' responses to food cravings: is binge eating a product of hunger or emotional state? *Behaviour Research And Therapy*, 39, 877-886.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1063-1070.
- Wells, A. (2002). *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*. Trento: Erickson.
- Wenzlaff, R.M., & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. In S.T. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 59-91). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-69.
- Williams, K.E., Chambless, D.L., & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear concept. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 239-248.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G., & Agras, W.S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D.M. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York: The Guilford Press.

Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS

Gratz, 2004

Adattamento italiano a cura di Sighinolfi,
Norcini Pala, Chiri, Marchetti e Sica, 2010

Utilizzando la seguente scala di valori, le chiediamo di segnare quanto spesso le seguenti affermazioni possono essere applicate alla sua esperienza, cercando il numero appropriato a fianco di ogni item.

1	2	3	4	5
Quasi mai (0-10%)	A volte (11-35%)	Circa la metà delle volte (36-65%)	Molte volte (66-90%)	Quasi sempre (91-100%)

1. Sono sereno riguardo a ciò che provo	1	2	3	4	5
2. Presto attenzione a come mi sento	1	2	3	4	5
3. Vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo	1	2	3	4	5
4. Non ho idea di come mi sento	1	2	3	4	5
5. Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo	1	2	3	4	5
6. Presto attenzione alle mie emozioni	1	2	3	4	5
7. So esattamente come mi sento	1	2	3	4	5
8. Mi interessa come mi sento	1	2	3	4	5
9. Sono confuso riguardo a ciò che provo	1	2	3	4	5
10. Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni	1	2	3	4	5
11. Quando sono turbato, mi arrabbio con me stesso perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
12. Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
13. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro	1	2	3	4	5
14. Quando sono turbato, perdo il controllo	1	2	3	4	5
15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo	1	2	3	4	5
16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi depresso	1	2	3	4	5
17. Quando sono turbato, faccio fatica a focalizzarmi su altre cose	1	2	3	4	5

18. Quando sono turbato, mi sento senza controllo	1	2	3	4	5
19. Quando sono turbato, posso comunque finire le cose che devo fare	1	2	3	4	5
20. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
21. Quando sono turbato, so che alla fine posso trovare un modo per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
22. Quando sono turbato, mi sento debole	1	2	3	4	5
23. Quando sono turbato, sento di potere avere ancora il controllo dei miei comportamenti	1	2	3	4	5
24. Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
25. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a concentrarmi	1	2	3	4	5
26. Quando sono turbato, ho delle difficoltà nel controllare i miei comportamenti	1	2	3	4	5
27. Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
28. Quando sono turbato, mi irrita con me stesso perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
29. Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto male con me stesso	1	2	3	4	5
30. Quando sono turbato, credo che crogiolarmi in questa emozione sia l'unica cosa che io possa fare	1	2	3	4	5
31. Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti	1	2	3	4	5
32. Quando sono turbato, faccio fatica a pensare a qualcosa di diverso	1	2	3	4	5
33. Quando sono turbato, mi ci vuole molto tempo per sentirmi meglio	1	2	3	4	5

Istruzioni di scoring e interpretazione dei punteggi

La DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale è uno strumento self-report che misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni di natura negativa. Il questionario è composto da 33 item a risposta multipla, raggruppabili in 6 fattori: Mancanza di accettazione, Difficoltà nella distrazione, Mancanza di fiducia, Mancanza di controllo, Difficoltà nel riconoscimento e Ridotta autoconsapevolezza. Il DERS fornisce quindi un punteggio complessivo (compreso tra un range di 33 e 132), ottenuto tramite la somma di tutti e trentatré gli item e che rappresenta la misura delle difficoltà generali nella regolazione emotiva e un punteggio per ciascuna delle sei subscale che fornisce una misura delle difficoltà presentate nelle specifiche dimensioni della regolazione emotiva. Il calcolo dei punteggi a ogni singolo fattore si ottiene sommando gli item che compongono ciascuno di essi (si veda la tabella successiva). In entrambi i casi occorre prestare attenzione agli item a punteggio invertito.

Gli item che compongono ciascun fattore; gli item da invertire sono indicati con la lettera «r»

Fattori	Item
1. Mancanza di accettazione	28. Quando sono turbato, mi irrita con me stesso perché mi sento in quel modo
	11. Quando sono turbato, mi arrabbio con me stesso perché mi sento in quel modo
	12. Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo
	20. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso perché mi sento in quel modo
	24. Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo
	29. Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto male con me stesso
2. Difficoltà nella distrazione	25. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a concentrarmi
	17. Quando sono turbato, faccio fatica a focalizzarmi su altre cose
	13. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro
	22. Quando sono turbato, mi sento debole
	32. Quando sono turbato, faccio fatica a pensare a qualcosa di diverso

3. Mancanza di fiducia	21. Quando sono turbato, so che alla fine posso trovare un modo per sentirmi meglio (r)
	27. Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio
	15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo
	30. Quando sono turbato, credo che crogiolarmi in questa emozione sia l'unica cosa che io possa fare
	1. Sono sereno riguardo a ciò che provo (r)
	16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi depresso
	23. Quando sono turbato, sento di potere avere ancora il controllo dei miei comportamenti (r)
	19. Quando sono turbato, posso comunque finire le cose che devo fare (r)
4. Mancanza di controllo	3. Vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo
	14. Quando sono turbato, perdo il controllo
	31. Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti
	18. Quando sono turbato, mi sento senza controllo
	26. Quando sono turbato, ho delle difficoltà nel controllare i miei comportamenti
	33. Quando sono turbato, mi ci vuole molto tempo per sentirmi meglio
5. Difficoltà nel riconoscimento	4. Non ho idea di come mi sento
	5. Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo
	10. Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni (r)
	9. Sono confuso riguardo a ciò che provo
	7. So esattamente come mi sento (r)
6. Ridotta autoconsapevolezza	2. Presto attenzione a come mi sento (r)
	6. Presto attenzione alle mie emozioni (r)
	8. Mi interessa come mi sento (r)