

A. Giardini<sup>1</sup>, G. Majani<sup>1</sup>, A. Pierobon<sup>1</sup>, P. Gremigni<sup>2</sup>, I. Catapano<sup>1</sup>

## Contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R

<sup>1</sup> Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Istituto Scientifico di Montescano (PV), Servizio di Psicologia

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Bologna

**RIASSUNTO. INTRODUZIONE.** La conoscenza delle opinioni dei pazienti circa la loro malattia è fondamentale nell'intervento di cura interdisciplinare. L'IPQ e la sua versione revisionata (IPQ-R) sono questionari finalizzati alla valutazione delle componenti relative alla rappresentazione mentale di malattia descritta nel modello autoregolatorio di Leventhal.

**SCOPO.** Validare l'IPQ-R sulla popolazione italiana, verificando le sue proprietà psicometriche e focalizzando l'attenzione sulla II parte dello strumento (opinioni circa la malattia).

**METODO.** Sono stati reclutati 277 pazienti (216 maschi e 61 femmine), affetti da infarto miocardio (n=70), by-pass aorto-coronarico (n=52), scompenso cardiaco cronico (n=47), sostituzione valvolare (n=20), sindrome delle apnee notturne associata ad obesità (n=53), e insufficienza respiratoria (n=35). Tutti i pazienti hanno compilato la versione italiana dell'IPQ-R, ottenuta per mezzo di tre traduzioni e di una backversion. I punteggi IPQ-R sono stati inoltre confrontati con i punteggi forniti all'SF-36 e alla scheda AD (per la valutazione dell'ansia e della depressione). Sono state valutate validità e attendibilità (sia interna che test-retest).

**RISULTATI.** La validità della II parte dell'IPQ-R è stata confermata: così come nella forma originale, sono stati estratti 7 fattori; all'ANOVA sono emerse differenze statisticamente significative tra patologie; si sono osservate correlazioni statisticamente significative tra l'IPQ-R e l'SF-36 e la scheda AD rispettivamente, che sono risultate coerenti con i costrutti valutati; infine sono emerse correlazioni statisticamente significative tra i fattori IPQ-R. Inoltre sono state confermate sia l'attendibilità test-retest che la consistenza interna.

**CONCLUSIONE.** Le caratteristiche psicometriche della versione italiana dell'IPQ-R sono state confermate. Il questionario è risultato sovrapponibile alla sua versione originale e potrebbe risultare utile nella valutazione dei fattori cognitivi coinvolti nell'adattamento alle diverse patologie croniche.

**Parole chiave:** IPQ-R, rappresentazione mentale di malattia, validazione italiana.

**ABSTRACT. CONTRIBUTION TO THE ITALIAN VALIDATION OF THE IPQ-R.** Knowledge of patients' opinions and beliefs about their illness is fundamental in interdisciplinary health care interventions. The IPQ and its revised version (IPQ-R) are questionnaires designed to assess components of the mental representation of illness described in Leventhal's self-regulation model.

To validate the IPQ-R in the Italian population, verifying its psychometric properties and focusing on Part II of the instrument (opinions about disease), we enrolled 277 inpatients (216 males and 61 females) affected by myocardial infarction (n=70), coronary artery by-pass graft surgery (n=52), chronic heart failure (n=47), valve replacement (n=20), obstructive sleep

apnoea syndrome associated to obesity (n=53) and respiratory failure (n=35). All patients completed the Italian version of the IPQ-R obtained by means of 3 translations and a back version. IPQ-R scores were compared to patients' scores on the SF-36 and AD schedule (on anxiety and depression). Structural validity and reliability (both internal and test-retest) of the Italian IPQ-R were assessed.

The validity of Part II of the IPQ-R was confirmed. As in the original version, 7 factors were extracted. ANOVA revealed statistically significant differences between the different diseases. Correlations between IPQ-R and, respectively, the SF-36 and AD schedule were statistically significant and coherent with the constructs analyzed. Finally statistically significant correlations emerged between the IPQ-R factors. The test-retest reliability and internal consistency of the questionnaire were confirmed. The psychometric properties of the Italian version of the IPQ-R were demonstrated to be robust.

Hence, the Italian version of the IPQ-R, which resulted homogeneous with the original version, could be useful in assessing the cognitive factors involved in patients' adjustment to various chronic illnesses.

**Key words:** IPQ-R, mental representation of illness, Italian validation.

### Introduzione

L'IPQ (Illness Perception Questionnaire) (1) è un questionario che consente di ottenere un quadro abbastanza completo della rappresentazione mentale della malattia, una sorta di mappa cognitiva ottenuta tramite un'analisi dei meccanismi psicologici e degli atteggiamenti che accompagnano nel paziente la consapevolezza di dover convivere con una malattia cronica e di doverla gestire

L'IPQ costituisce una applicazione pratica della teoria della self-regulation (2), che considera l'individuo come un attivo problem-solver in grado di occuparsi di conservare o ripristinare uno stato di salute equilibrato, e di rispondere alla malattia in maniera dinamica, attraverso una valutazione ed una interpretazione della stessa (3).

L'assunto di base è costituito dalla convinzione che l'individuo disponga di un sistema attivo di acquisizione delle informazioni che lo induce a produrre una rappresentazione mentale della malattia e una risposta emozionale alla patologia.

Le risposte alla malattia si articolano fondamentalmente in tre stadi: rappresentazione, coping e verifica. Attraverso questi tre stadi il sistema si organizza in modo fluido e considera l'opportunità del soggetto, in caso di necessità, di correggere il proprio modo di agire e le proprie strategie di coping. In particolare attraverso la rappresentazione cognitiva, attivata sia da stimoli interni (ad esempio i sintomi) che stimoli esterni (ad esempio informazioni), il soggetto percepisce la minaccia per la salute ed il conseguente significato emozionale. Così, per affrontare la situazione, sia per quel che concerne lo stato di salute che la risposta emozionale, il soggetto sviluppa ed attua piani di azione e strategie di coping. Infine, attraverso la verifica, è possibile controllare i risultati dei comportamenti messi in atto e riattivare il percorso autoregolatorio.

La peculiarità del modello di Leventhal è costituita dalla circolarità, in quanto determina l'interazione tra cognizione e comportamento in un processo dinamico. Inoltre, avendo incluso fattori emozionali di fianco a processi cognitivi, spiega risposte apparentemente irrazionali ad una minaccia per la salute.

In accordo con questo modello la prima sottoscala dell'IPQ misura l'*identità* della malattia, e comprende una lista di dodici sintomi. In particolare è misurato quanto spesso ciascun sintomo è esperito dal paziente, attraverso una scala Likert a 4 punti ("Sempre", "Frequentemente", "Occasionalmente", "Mai"). L'IPQ possiede un numero specifico di item, ai quali risulta possibile aggiungerne altri in riferimento a particolari gruppi di pazienti o di patologie.

Le dimensioni di *causa*, *durata*, *conseguenze* e *cura/controllo* sono, invece, presentate in ordine casuale all'interno del questionario e valutate dal paziente attraverso una scala Likert a cinque punti ("Fortemente d'accordo", "D'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "In disaccordo", "Fortemente in disaccordo").

Da un punto di vista psicometrico, differenti analisi (1) hanno confermato validità e affidabilità dello strumento, la cui adattabilità a differenti patologie ne ha favorito l'utilizzo in numerose ricerche. È stato ad esempio adottato su pazienti con disturbi cardiaci (4-6), artrite (7, 8), cancro (9), psoriasi (10, 11), broncopneumopatia cronico ostruttiva (12), fatica cronica (13, 14), diabete (15) e malattia di Addison (16).

### La revisione dell'IPQ: l'IPQ-R

Benché l'IPQ abbia permesso di evidenziare diversi aspetti dell'adattamento alla malattia cronica, la ricerca ha evidenziato alcuni limiti dello strumento relativi all'assenza della componente emozionale della rappresentazione della malattia e alle proprietà delle sottoscale esistenti. In particolare, limiti nella consistenza interna delle sottoscale cura/controllo e durata della malattia. Per tale ragione si è ritenuto opportuno apportare delle modifiche allo strumento (17). Attraverso una ulteriore analisi dei dati, in riferimento alla scala che valuta la dimensione cura/controllo, si è trovato che gli item si raggruppano attorno a due distinti fattori: 1) Controllo personale e credenze di auto-efficacia; 2) Credenze nel trattamento o suggerimenti.

Poiché risulta che queste due componenti siano le uniche a possedere una debole correlazione, e ritenendo necessario individuare il ruolo delle credenze sul trattamento (18) esse sono state contemplate in due sottoscale separate.

Per quel che concerne la dimensione della durata, a causa della bassa consistenza interna della relativa sottoscala, è stato ampliato il numero di item e, inoltre, ne sono stati formulati di nuovi riguardo alle credenze sulla durata ciclica, che era stata trascurata nella versione originaria dell'IPQ.

La versione originaria dell'IPQ ha trascurato anche la rappresentazione emozionale nella malattia. Così la revisione dell'IPQ, che prende il nome di IPQ-R, deve poter garantire anche un indicatore dell'umore generale dei pazienti ed attuare una valutazione delle risposte emozionali alla malattia.

Infine, nella revisione dell'IPQ, ci si focalizza sulla eventualità che la rappresentazione della patologia da parte del paziente sia connessa ad una percezione della coerenza della stessa, ossia la possibilità di individuare una sorta di meta-cognizione che rifletta la maniera in cui un soggetto percepisce la coerenza o l'utilità della propria rappresentazione. A tal proposito è stata creata la sottoscala della coerenza della malattia.

La procedura di validazione è stata condotta su pazienti appartenenti ad otto differenti gruppi di patologie, tra cui diabete, HIV, infarto, asma e dolore (17). Più recentemente, il questionario è stato adottato in studi su pazienti con patologia cardiaca acuta in rapporto alla depressione (19), con asma in relazione alla percezione dei sintomi e all'aderenza (20) e con cancro in rapporto alla risposta psicologica al test predittivo genetico (21).

### Descrizione dell'IPQ-R

L'IPQ-R è costituito da tre parti: I. Identità della malattia, II. Opinioni sulla malattia, III. Cause della malattia.

- I. Identità della malattia: gli item riguardano le convinzioni del soggetto circa la natura della malattia. La scheda contiene una lista di quattordici sintomi (vedi Appendice). Al soggetto viene chiesto di stimare se abbia o meno sperimentato, dall'inizio della propria malattia, ciascun sintomo, attraverso una risposta si/no. In seguito, adottando il medesimo sistema di risposta, si indaga la possibilità che ogni sintomo possa specificatamente essere connesso alla propria malattia. La prima parte del questionario non produce uno scoring, bensì un'identificazione dei sintomi presenti, siano essi concomitanti all'inizio della malattia o a questa connessi al momento della somministrazione.
- II. Opinioni sulla malattia: i trentotto item che compongono la scheda indagano il modo in cui, al momento, il paziente percepisce la propria condizione di malattia. Queste componenti sono valutate attraverso una scala Likert a cinque punti: "fortemente in disaccordo", "in disaccordo", "né d'accordo né in disaccordo", "d'accordo", "fortemente d'accordo" (range 1-5).

III. **Cause della malattia:** sono elencate diciotto possibili cause di malattia e al soggetto viene richiesto di esprimere, attraverso la medesima scala Likert utilizzata nella parte precedente, le proprie opinioni personali riguardo ai fattori che possono aver causato la malattia (range 1-5).

Infine, il soggetto è invitato ad elencare, in ordine di importanza, le tre cause principali che, al momento, ritiene alla base della propria malattia, sia scegliendo tra quelle elencate nella III parte del questionario, sia indicandone altre di propria iniziativa.

Allo stato attuale delle conoscenze disponibili, non è ancora stata condotta una validazione italiana dell'IPQ-R. Sono reperibili due lavori applicativi condotti con l'IPQ-R: in uno di questi viene esplicitamente segnalata l'assenza di una versione già validata (22), nell'altro si fa riferimento a una versione validata senza tuttavia fornirne il riferimento bibliografico (23).

Il presente lavoro costituisce un primo contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R, limitatamente alla parte II dello strumento, relativa alle opinioni sulla malattia, alla luce del fatto che l'esperienza clinica individua nelle convinzioni del paziente i processi cognitivi più pregnanti per la strutturazione delle risposte di coping.

Dalle diverse analisi, di seguito descritte, ci si attende sia una verifica della formulazione teorica alla base dello strumento, che la conferma, in contesto italiano, dell'IPQ-R validato da Moss-Morris (14).

## Materiali e Metodi

### Traduzione dell'IPQ-R

Gli item del questionario sono stati tradotti dall'inglese in italiano da tre traduttori indipendenti bilingue di madrelingua italiana, tra cui uno psicologo rifacendosi al processo di adattamento cross-culturale di Beaton. (24)

Dopo un confronto tra le tre versioni e una soluzione delle poche discordanze emerse, si è sottoposta la versione tradotta a una quarta persona bilingue di madrelingua inglese, perché procedesse alla *back version*. Tre psicologi con buona conoscenza dell'inglese hanno infine attuato lievi modifiche finali cercando di approdare a una versione definitiva che rispecchiasse fedelmente nei contenuti il testo originario, ma nel rispetto delle differenze culturali.

### Soggetti

Il campione è stato reclutato tra i pazienti con infarto miocardico, by pass aorto-coronarico, scompenso cardiaco cronico, apnee notturne associate a obesità e insufficienza respiratoria consecutivamente afflunti in regime di ricovero presso le Divisioni di Cardiologia Riabilitativa e di Pneumologia Riabilitativa dell'Istituto Scientifico di Montescano, della Fondazione Salvatore Maugeri.

Sono stati adottati i seguenti criteri di inclusione: età superiore ai 18 anni, lingua italiana, scolarità almeno elementare, disponibilità a partecipare allo studio (consenso informato), e di esclusione: età superiore ai 75 anni, presenza di evidente compromissione delle funzioni cogniti-

ve, presenza di deficit visivi e uditivi, condizioni cliniche incompatibili con la compilazione dei questionari, presenza di disturbi psichiatrici.

### Strumenti

Per la valutazione della validità dell'IPQ-R sono stati utilizzati la Scheda AD, estratta dal CBA 2.0 (Cognitive Behavioral Assessment 2.0) (25), e l'SF-36 (26, 27).

La Scheda AD (28) è stata utilizzata per la valutazione dell'ansia di stato (STAI-X1) e delle manifestazioni depressive (QD). Entrambe le scale sono dotate di riferimenti normativi e di cut off clinici. La scala di ansia è situazionale e quella delle manifestazioni depressive riflette la compromissione del soggetto più su un piano comportamentale che emotivo e cognitivo.

Il questionario Short Form 36 (SF-36) è una scala di misurazione generica dello stato di salute composta da 36 item, suddivisi in otto sottoscale a risposta multipla. Le dimensioni dell'SF-36 sono: 1) Attività fisica - AF; 2) Limitazioni di ruolo legate a problemi di salute fisica - RF; 3) Dolore fisico - DF; 4) Percezione della salute generale - SG; 5) Vitalità (energia/affaticamento) - VT; 6) Attività sociali - AS; 7) Limitazioni di ruolo legate a problemi emozionali - RE; 8) Salute mentale (sofferenza e benessere psicologico) - SM. Lo SF-36 permette il calcolo di un punteggio totale e otto punteggi relativi alle dimensioni sopra descritte, compresi tra 0 (che indica elevata compromissione dello stato di salute) e 100 (che indica stato di completo benessere). I dati vengono normalizzati in centesimi per meglio eseguire una valutazione comparativa.

### Procedura

I pazienti (da gennaio 2003 ad aprile 2004) sono stati contattati in reparto ed invitati, previo consenso informato e garanzia di anonimato, a compilare i questionari (IPQ-R, SF-36 e Scheda AD) con una procedura di auto-somministrazione assistita. Complessivamente sono stati inclusi nella ricerca 277 pazienti, di cui 216 uomini e 61 donne così distribuiti: Infarto Miocardico Acuto (IMA) n=70; By-Pass aorto-coronarico (BP) n=52, Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) n=47, Sostituzione Valvolare (SV) n=20, Apnee notturne associate ad obesità (OSAS) n=53, Insufficienza Respiratoria (IR) n=35.

Quarantuno pazienti hanno preso parte alla fase test-retest, e hanno compilato due volte, a distanza di una settimana l'una dall'altra, in modalità congiunta e differita, sia l'IPQ-R che l'SF-36; 40 pazienti hanno invece compilato congiuntamente sia l'IPQ-R che la Scheda AD.

### Analisi statistica

L'analisi descrittiva è stata condotta sul campione totale, suddiviso per tipo di patologia. Successivamente si è proceduto a verificare l'omogeneità dei dati socioanagrafici del campione suddiviso per patologie attraverso l'applicazione del test Chi Quadro e del t-test per campioni indipendenti.

La **validità** dell'IPQ-R è stata valutata con le seguenti modalità:

- a) analisi fattoriale (validità di costruito) relativamente alla II parte dell'IPQ-R (Opinioni sulla malattia);
- b) confronto tra i punteggi IPQ-R ottenuti da pazienti con patologie diverse (ANOVA, post hoc secondo il metodo di Bonferroni);
- c) relazione tra i punteggi IPQ-R e quelli del questionario SF-36 su 41 pazienti affetti da SCC (correlazione di Pearson);
- d) relazione tra i punteggi IPQ-R e quelli ottenuti con la Scheda AD su 40 pazienti affetti da IMA (45%), BP (20%), SV (28%), SCC (7%) (correlazione di Pearson);
- e) relazione tra le diverse dimensioni della II parte dell'IPQ-R (correlazione di Pearson);

L'attendibilità dell'IPQ-R è stata valutata con le seguenti modalità:

- f) procedura test-retest, su 41 pazienti con SCC in condizioni di stabilità clinica, a distanza di una settimana (t-test per dati appaiati);
- g) calcolo del coefficiente  $\alpha$  di Cronbach per ciascun fattore della II parte dell'IPQ-R, come misura della consistenza interna dello strumento.

Per la significatività statistica è stato considerato  $p \leq .01$ . Le analisi sono state effettuate con il pacchetto statistico SPSS per Windows versione 13.

In Figura 1 sono presentate in dettaglio la procedura e le analisi statistiche effettuate.

zialmente rispetta la struttura teorica dello strumento e spiega il 52.2% della varianza totale. Osservando la non totale sovrapposibilità fra il modello IPQ-R elaborato da Moss-Morris ed i risultati ottenuti, in particolare per quel che concerne i fattori Conseguenze, Controllo personale e Controllo del trattamento, è stata condotta un'analisi fattoriale limitata a 5 fattori. A causa della diminuzione della percentuale di varianza spiegata (45.0%), dell'aumento della diversità rispetto al modello di Moss-Morris e della dispersione dei valori, si è deciso di adottare il modello a 7 fattori.

La Tabella III riporta i risultati dell'analisi fattoriale nella soluzione a 7 fattori. Per una descrizione dettagliata

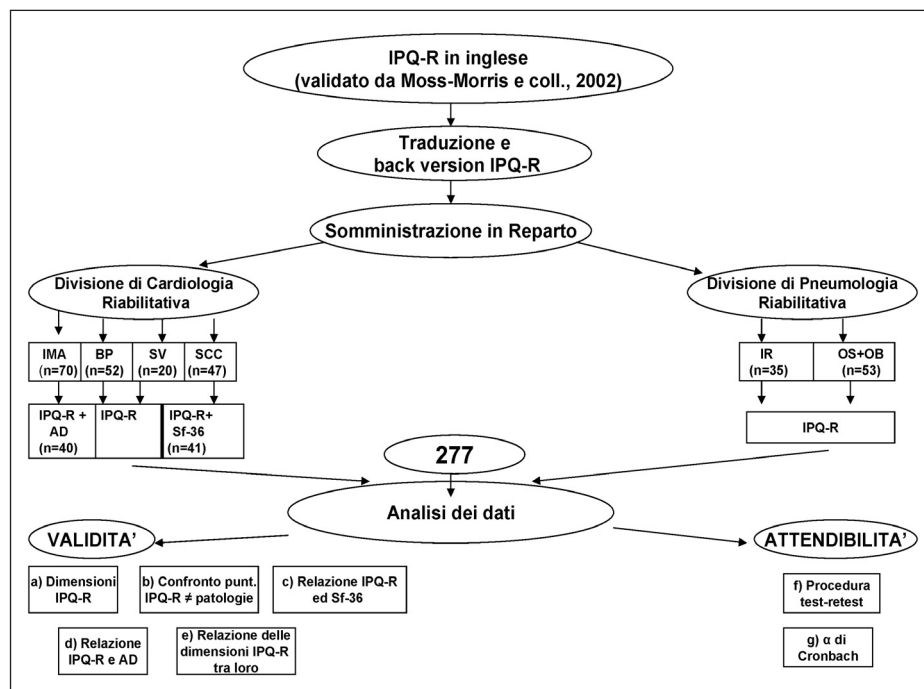


Figura 1. Procedura di validazione

Tabella I. Caratteristiche socioanagrafiche del campione esaminato

	Sesso n (%)			Età	N. familiari conviventi
	M+F	M	F	M (DS)	M (DS)
IMA	70	61 87.1%	9 12.9%	57.79 (10.57)	2.04 (1.23)
BP	52	46 88.5%	6 11.5%	61.67 (10.62)	1.32 (0.69)
SV	20	16 80.0%	4 20.0%	58.30 (11.88)	1.65 (1.11)
SCC	47	44 93.6%	3 6.4%	57.15 (11.68)	1.87 (1.06)
OSAS	53	32 60.4%	21 39.6%	50.51 (11.51)	1.66 (1.22)
IR	35	17 48.6%	18 51.4%	56.49 (13.94)	1.51 (1.09)
TOT	277	216 78.0%	61 22.0%	56.89 (11.94)	1.69 (1.11)

## Risultati

Le caratteristiche socioanagrafiche del campione sono sintetizzate nelle Tabelle I e II.

Dall'applicazione del Chi quadrato emergono differenze significative tra i pazienti con differenti patologie relativamente a professione ( $p = 0.003$ ) e sesso ( $p = 0.0001$ ). Per le altre variabili considerate (stato civile e scolarità) il valore di  $p$  non è risultato significativo.

## Validità

- a) Analisi fattoriale.

Sono state condotte tre analisi fattoriali con il metodo di estrazione delle componenti principali con la rotazione di Varimax (normalizzazione di Kaiser) (fattori non limitati, fattori limitati a 7, fattori limitati a 5) sull'intera casistica. L'analisi non limitata con Eigenvalue  $>1$  ha fornito 10 fattori. Limitando il numero di fattori a 7, in accordo con la validazione di Moss-Morris, si è raggiunta una soluzione che sostan-

Tabella II. *Caratteristiche socioanagrafiche del campione esaminato*

	Stato civile n (%)				Professione n (%)				Scolarità n (%)		
	Celibe Nubile	Con/ Conv	Vedov o	Sep/ Div	Occ	Pens	Cas	Dis	Lic elem	Med Inf	Sup/ Lau
<b>IMA</b>	10 14.3%	53 75.7%	6 8.6%	1 1.4%	39 55.7%	28 40.0%	3 4.3%	0 .0%	20 29.9%	20 29.9%	27 40.3%
<b>BP</b>	3 5.9%	42 82.4%	3 5.9%	3 5.9%	21 40.4%	28 53.8%	3 5.8%	0 .0%	13 25.5%	18 35.3%	20 39.2%
<b>SV</b>	2 10.5%	15 78.9%	1 5.3%	1 5.3%	14 70.0%	6 30.0%	0 .0%	0 .0%	2 10.0%	9 45.0%	9 45.0%
<b>SCC</b>	3 6.4%	35 74.5%	3 6.4%	6 12.8%	16 34.0%	23 48.9%	5 10.6%	3 6.4%	11 23.4%	18 38.3%	18 38.3%
<b>OSAS</b>	10 18.9%	40 75.5%	1 1.9%	2 3.8%	23 43.4%	18 34.0%	10 18.9%	2 3.8%	13 24.5%	20 37.7%	20 37.7%
<b>IR</b>	7 20.0%	20 57.1%	2 5.7%	6 17.1%	12 34.3%	13 37.1%	7 20.0%	3 8.6%	7 20.0%	9 25.7%	19 54.3%
<b>TOT</b>	35 12.6%	205 74.0%	16 5.8%	19 6.9%	125 45.1%	116 41.9%	28 10.1%	8 2.9%	66 23.8%	94 33.9%	113 41.4%

dei sette fattori (opinioni circa durata, conseguenze, controllo, coerenza e rappresentazione emozionale della malattia) si rimanda alla Tabella IV che riporta anche i range di punteggi e suggerimenti per la loro interpretazione.

b) Confronto tra i punteggi IPQ-R ottenuti dai pazienti con diverse patologie.

All'ANOVA (Tabella V) sono emerse differenze significative per i fattori: Durata acuta/cronica ( $p = .0001$ ), Durata ciclica ( $p = .004$ ), Controllo personale ( $p = .007$ ), Controllo del trattamento ( $p = .014$ ) e Rappresentazioni emozionali ( $p = .004$ ). Vengono inoltre riportati i risultati dell'analisi post hoc.

Tabella III. *Analisi fattoriale limitata a 7 fattori e consistenza interna (a di Cronbach) relative all'IPQ-R - Parte II - Opinioni sulla malattia*

FATTORI ITEM	I	II	III	IV	V	VI	VII
<b>I. DURATA ACUTA/CRONICA (<math>\alpha = .76</math>)</b>							
IP1 - La mia malattia durerà poco (r)	<b>.520</b>	.011	.366	-.043	-.136	.097	-.043
IP2 - È più probabile che la mia malattia sia permanente piuttosto che temporanea	<b>.662</b>	.074	-.100	.061	-.024	.036	.137
IP3 - La mia malattia durerà a lungo	<b>.830</b>	.157	-.007	.020	-.056	-.069	.040
IP4 - *Questa malattia passerà velocemente (r)	<b>.528</b>	-.029	.305	-.014	-.102	.004	-.026
IP5 - *Mi aspetto di avere questa malattia per il resto della mia vita	<b>.756</b>	.159	.108	-.075	.069	.005	.000
IP18 - *La mia malattia migliorerà col tempo (r)	<b>.389</b>	.262	.212	-.300	<u>-.456</u>	.129	-.018
<b>II. DURATA CICLICA (<math>\alpha = .73</math>)</b>							
IP29 - I sintomi della mia malattia cambiano molto da un giorno all'altro	.172	<b>.729</b>	.196	-.031	.043	-.165	.085
IP29 - I sintomi della mia malattia cambiano molto da un giorno all'altro	.172	<b>.729</b>	.196	-.031	.043	-.165	.085
IP30 - *I miei sintomi vanno e vengono ciclicamente	.037	<b>.778</b>	.119	-.097	.138	.111	.010
IP31 - *La mia malattia è molto imprevedibile	.153	<b>.605</b>	-.137	-.177	-.097	.007	.146
IP32 - *lo passo attraverso fasi in cui la mia malattia migliora e peggiora	.167	<b>.600</b>	-.102	-.073	.071	-.090	.223
<b>III. CONSEGUENZE (<math>\alpha = .64</math>)</b>							
IP6 - La mia malattia è una condizione seria	<u>.596</u>	.193	<b>-.291</b>	.026	.099	.100	.267
IP7 - La mia malattia ha conseguenze importanti sulla mia vita	<u>.583</u>	.183	<b>-.094</b>	.078	.171	.041	.352
IP8 - La mia malattia non ha un grande effetto sulla mia vita (r)	.100	.076	<b>.540</b>	.229	-.024	.207	.158
IP9 - La mia malattia influenza fortemente il modo in cui gli altri mi vedono	.205	.307	<b>-.034</b>	.168	-.040	.010	<u>.507</u>
IP10 - La mia malattia ha serie conseguenze finanziarie	<u>.379</u>	.335	<b>-.104</b>	-.045	-.062	.005	.277
IP11 - *La mia malattia causa difficoltà a chi mi è vicino	.098	<u>.443</u>	<b>-.006</b>	.163	-.023	.057	.245
<b>IV. CONTROLLO PERSONALE (<math>\alpha = .50</math>)</b>							
IP12 - Posso fare molto per controllare i miei sintomi	.052	.053	.085	<b>.169</b>	<u>.581</u>	-.071	-.089
IP13 - Quello che faccio può determinare se la mia malattia migliorerà o peggiorerà	.276	.022	-.278	<b>.185</b>	<u>.455</u>	.021	.083
IP14 - *Il decorso della mia malattia dipende da me	-.056	.078	-.351	<b>.140</b>	<u>.588</u>	.042	-.124
IP15 - *Niente di quello che faccio condiziona la mia malattia (r)	.053	-.159	.291	<b>.752</b>	-.009	.037	-.028
IP16 - *Io ho il potere di influire sulla mia malattia	.032	-.126	-.223	<b>-.004</b>	<u>.484</u>	.120	.001
IP17 - *Le mie azioni non avranno alcun effetto sugli esiti della mia malattia (r)	-.039	-.020	-.085	<b>.710</b>	-.021	.199	-.091

(segue)

(segue Tabella III)

FATTORI ITEM	I	II	III	IV	V	VI	VII
<b>V. CONTROLLO DEL TRATTAMENTO (<math>\alpha=.59</math>)</b>							
IP19 - Si può fare ben poco per migliorare la mia malattia (r)	<u>-.408</u>	-.193	-.004	.377	<b>.222</b>	.117	-.212
IP20 - *La terapia che seguo sarà efficace nel curare la mia malattia	-.191	.016	-.031	-.220	<b>.612</b>	.102	-.128
IP21 - *Gli effetti negativi della mia malattia possono essere evitati o prevenuti con la terapia che seguo	.008	.175	.082	-.031	<b>.683</b>	.053	-.021
IP22 - *La terapia che seguo può tenere sotto controllo la mia malattia	-.093	-.084	.268	-.301	<b>.673</b>	.113	.050
IP23 - *Non c'è niente che possa aiutare la mia condizione (r)	-.143	-.138	-.198	.209	<b>.214</b>	<u>.540</u>	-.215
<b>VI. COERENZA DELLA MALATTIA (<math>\alpha=.73</math>)</b>							
IP24 - I sintomi della mia condizione mi lasciano perplesso (r)	-.175	-.274	-.016	.072	.091	<b>.347</b>	-.473
IP25 - La mia malattia è un mistero per me (r)	.006	-.051	.193	.032	.020	<b>.721</b>	-.296
IP26 - *Io non comprendo la mia malattia (r)	-.004	-.036	.147	.024	-.002	<b>.810</b>	-.196
IP27 - *La mia malattia non ha alcun senso per me (r)	.062	-.139	.053	.097	.084	<b>.690</b>	-.064
IP28 - *Ho un'immagine o una comprensione chiara della mia malattia	.204	.027	-.310	-.057	.126	<b>.501</b>	.018
<b>VII. RAPPRESENTAZIONI EMOZIONALI (<math>\alpha=.82</math>)</b>							
IP33 - Mi deprimi quando penso alla mia malattia	-.049	.147	.106	.003	-.049	-.148	<b>.794</b>
IP34 - *Mi irrita quando penso alla mia malattia	.020	.014	.130	-.045	-.034	-.075	<b>.855</b>
IP35 - *La mia malattia mi fa sentire arrabbiato	-.035	.094	.100	-.051	.002	-.111	<b>.855</b>
IP36 - *La mia malattia non mi preoccupa (r)	.038	.124	.136	.159	-.188	<u>.335</u>	<b>.292</b>
IP37 - *Avere questa malattia mi fa sentire in ansia	.178	.092	-.133	-.121	-.071	-.116	<b>.697</b>

\* = Item nuovi non inclusi nella versione originaria. ® = Item con punteggio da girare.

Legenda: in grassetto i valori corrispondenti al modello fattoriale indicato da Moss-Morris. Sottolineati i valori che non fittano con il modello di Moss-Morris e che fittano meglio con il modello secondo l'analisi fattoriale condotta in questo studio.

**Tabella IV. Descrizione dei fattori IPQ-R - Parte II - Opinioni sulla malattia**

FATTORI	Significato clinico	Note interpretative dei punteggi
<b>Durata acuta/cronica</b>	Concerne le aspettative, da parte dei pazienti, riguardo alla percezione del decorso della malattia, e sul fatto che la patologia si configuri come acuta o cronica.	Range: 6-30 ALTI: Percezione di durata cronica BASSI: Percezione di durata acuta
<b>Durata ciclica</b>	Aspettative sul decorso della malattia e sul fatto che si configuri come ciclica.	Range: 4-20 ALTI: Percezione di alta ciclicità BASSI: Percezione di bassa ciclicità
<b>Conseguenze</b>	Riflettono la percezione degli effetti a breve e a lungo termine della malattia, e le implicazioni in termini fisici, psicologici e sociali delle credenze individuali sulla gravità della patologia.	Range: 6-30 ALTI: Percezione di conseguenze gravi BASSI: Percezione di conseguenze meno gravi
<b>Controllo personale</b>	Si riferisce alle convinzioni personali sulla possibilità di controllo dell'andamento della malattia e della guarigione. Quindi concerne la possibilità di considerare le credenze dei soggetti circa la possibilità di poter esercitare una influenza positiva sullo sviluppo del proprio quadro clinico.	Range: 6-30 ALTI: Percezione di alto controllo BASSI: Percezione di basso controllo
<b>Controllo del trattamento</b>	Si riferisce alle convinzioni dei pazienti di poter esercitare un controllo sulla terapia seguita, e di poter eventualmente influire su di essa.	Range: 5-25 ALTI: Alta fiducia nel trattamento BASSI: Bassa fiducia nel trattamento
<b>Coerenza della malattia</b>	Riguarda le caratteristiche con cui i pazienti comprendono la propria patologia.	Range: 5-25 ALTI: Alta coerenza e comprensione della malattia. BASSI: Bassa coerenza e comprensione della malattia.
<b>Rappresentazioni Emozionali</b>	Riguarda le rappresentazioni emozionali e cognitive che i soggetti sviluppano in risposta a malattia o a gravi minacce per la salute.	Range: 5-25 ALTI: Prevalenza di emozioni negative BASSI: Prevalenza di emozioni positive

**Tabella V. Confronto tra punteggi IPQ-R - Parte II - Opinioni sulla malattia:  
M (DS) ottenuti dai diversi gruppi**

FATTORI	F (gl=5)	P	GRUPPO 1 IMA	GRUPPO 2 BP	GRUPPO 3 SV	GRUPPO 4 SCC	GRUPPO 5 OSAS	GRUPPO 6 IR
<b>Durata acuta/cronica</b> (Range: 6-30)	8.563	.0001	<b>4</b> 19.94 (4.39)	20.60 (5.31)	20.00 (4.92)	<b>1-5</b> 23.04 (3.38)	<b>4-6</b> 17.66 (5.19)	<b>5</b> 22.91 (5.20)
<b>Durata ciclica</b> (Range: 4-20)	3.589	.004	11.27 (3.07)	11.76 (2.99)	12.35 (3.67)	12.04 (2.93)	<b>6</b> 10.13 (3.08)	<b>5</b> 12.57 (3.33)
<b>Conseguenze</b> (Range: 6-30)	2.295	ns	19.12 (3.85)	18.93 (3.97)	20.25 (6.23)	20.48 (4.33)	19.00 (4.29)	21.34 (3.94)
<b>Controllo personale</b> (Range: 6-30)	3.262	.007	21.49 (2.65)	21.05 (2.67)	20.45 (3.48)	19.68 (3.67)	20.24 (3.59)	19.34 (3.46)
<b>Controllo del trattamento</b> (Range: 5-25)	2.897	.014	18.83 (2.15)	18.87 (2.36)	19.35 (2.51)	17.95 (2.35)	19.43 (3.29)	17.71 (3.07)
<b>Coerenza della malattia</b> (Range: 5-25)	1.203	Ns	17.79 (3.23)	18.34 (3.21)	17.35 (4.06)	17.87 (2.93)	18.90 (3.66)	17.42 (4.25)
<b>Rappresentazioni Emozionali</b> (Range: 5-25)	3.553	.004	17.58 (4.74)	<b>6</b> 16.44 (4.14)	16.86 (6.07)	18.34 (4.73)	17.20 (5.50)	<b>2</b> 20.54 (3.98)

Legenda: i numeri sopra le medie indicano i gruppi nel confronto con i quali l'analisi post hoc ha riscontrato differenze significative.

c) Relazione tra i punteggi IPQ-R e SF-36.

Sono emerse le seguenti correlazioni significative (per  $p \leq 0.01$ ) tra i punteggi IPQ-R e SF-36: Durata acuta/cronica e Salute in generale ( $r = -.44$ ), Durata ciclica e Attività fisica ( $r = -.41$ ), Conseguenze e Attività sociali ( $r = -.40$ ), Controllo personale e Attività fisica ( $r = .49$ ), Rappresentazioni emozionali e Vitalità ( $r = -.49$ ), Rappresentazioni emozionali e Salute mentale ( $r = -.61$ ).

d) Relazione tra i punteggi IPQ-R e Scheda AD.

Sono emerse le seguenti correlazioni significative (per  $p \leq 0.01$ ) tra i punteggi IPQ-R e Scheda AD: Conseguenze e Depressione ( $r = .40$ ), Coerenza della malattia e Ansia di stato ( $r = -.40$ ), Rappresentazioni emozionali e Ansia di stato ( $r = .43$ ).

e) Relazione delle dimensioni IPQ-R tra loro.

Sono emerse le seguenti correlazioni significative (per  $p \leq 0.01$ ): Coerenza della malattia e Durata ciclica ( $r = -.41$ ), Coerenza della malattia e Controllo del trattamento ( $r = .48$ ), Rappresentazioni emozionali e Conseguenze ( $r = .50$ ).

### Attendibilità

f) Test-retest

Dall'analisi non emergono differenze significative tra le due valutazioni in nessuno dei 7 fattori dell'IPQ-R.

g) Coefficiente  $\alpha$  di Cronbach.

I coefficienti  $\alpha$  di Cronbach per ogni singolo fattore sono i seguenti: Durata acuta/cronica (.76), Durata ciclica (.73), Conseguenze (.64), Controllo personale (.50), Controllo del trattamento (.59), Coerenza della malattia (.73), Rappresentazioni emozionali (.82), (Tabella IV).

### Discussione

Una prima riflessione riguarda l'accettazione da parte dei pazienti della somministrazione del questionario e la disponibilità con cui hanno accolto la possibilità di esprimere considerazioni e pareri personali circa la loro malattia in un contesto, quale quello ospedaliero, in cui la priorità è di necessità accordata agli aspetti oggettivi della condizione di malato. A fronte di ciò, vanno tuttavia segnalate le difficoltà che alcuni pazienti hanno incontrato nella compilazione che si è rivelata talora lunga e complicata per la sottigliezza concettuale delle domande.

I risultati relativi all'analisi fattoriale confermano che anche la versione italiana dello strumento si articola negli stessi sette fattori riscontrati da Moss-Morris, rendendo possibili studi transculturali su temi fortemen-

te soggetti all'influenza della cultura di riferimento.

L'attendibilità test-retest è risultata soddisfacente, come pure il livello di consistenza interna.

Qualche commento in più merita la valutazione della validità, soprattutto in rapporto alle correlazioni con gli altri strumenti utilizzati.

Le correlazioni negative tra le dimensioni Durata acuta/cronica (IPQ-R) e Salute in Generale (SF-36) e tra le dimensioni Durata ciclica (IPQ-R) e Attività fisica (SF-36) suggeriscono che i pazienti connettono l'andamento nel tempo della loro malattia alla percezione della propria salute, sia in generale che più specificatamente fisica, ritenendo la cronicità e la ciclicità della malattia come caratteristiche in grado di condizionare negativamente salute e attività. Per contrasto, la percezione di un alto controllo sull'andamento della malattia (Controllo personale dell'IPQ-R) si associa positivamente alla possibilità di svolgere ogni tipo di attività (Attività fisica dell'SF-36).

La correlazione negativa tra la dimensione Conseguenze (IPQ-R) sia con Attività sociali (SF-36) sia con il punteggio di Depressione (Scheda AD) stabilisce un collegamento tra convinzioni di gravità delle conseguenze della malattia, restringimento del repertorio delle attività sociali e flessione del tono dell'umore, riportandoci al significato globale che l'impatto della malattia riveste nella percezione del paziente.

La dimensione Rappresentazioni emozionali (IPQ-R) si lega negativamente alla dimensione Salute mentale (SF-36) e positivamente alla dimensione Vitalità (SF-36), suggerendo che la prevalenza di emozioni negative associate alla malattia si connette a bassi livelli di vitalità e alti livelli di stanchezza e nervosismo.

Infine, l'ansia di stato (Scheda AD) si lega positivamente alla dimensione Rappresentazioni emozionali (IPQ-R) e negativamente alla dimensione Coerenza della malattia (IPQ-R), confermando lo stretto rapporto tra un basso livello di conoscenza della malattia, ansia e prevalenza di emozioni negative.

Le intercorrelazioni tra le diverse dimensioni dell'IPQ-R sono risultate significative allo 0.01 solo in tre casi, e cioè con una frequenza molto inferiore a quanto riscontrato nella versione inglese. Un commento contenutistico a questo dato non è prudente, poiché alla sua origine potrebbero stare la disparità numerica tra le due casistiche e la loro differente composizione.

I dati relativi al confronto tra le differenti patologie ci suggeriscono che l'IPQ-R è uno strumento in grado di discriminare tra patologie acute e croniche e, nell'ambito di queste, tra malattie con prognosi differenti. Ad esempio, i pazienti con insufficienza respiratoria e con scompenso cardiaco cronico considerano la loro malattia come connessa a una prognosi ingravesciente in misura superiore rispetto ai pazienti con apnee notturne associate a obesità, in cui la lunga durata di malattia non esclude tuttavia, di fatto, l'applicazione di metodiche riabilitative e propriamente terapeutiche.

Immaginando l'impiego dell'IPQ-R nella pratica clinica, si può affermare che si presta ad aggiungere un ulteriore codice di comunicazione tra lo psicologo della salute e gli altri operatori del team, poiché identifica e mette in evidenza aspetti psicologici della malattia del paziente la cui condivisione è funzionale al lavoro interdisciplinare.

L'impiego congiunto dell'IPQ-R, della Scheda AD e dell'SF-36 ha permesso di rilevare diversi punti di contatto tra rappresentazione mentale della malattia, percezione dello stato di salute e salute mentale, laddove in letteratura queste tre dimensioni sono spesso state approcciate separatamente. Questa visione allargata dell'esperienza di malattia può costituire un valore aggiunto alla strutturazione di interventi clinici cognitivo comportamentali mirati e in grado di arrivare alla fonte del disagio proprio soprattutto della malattia cronica.

La ricerca futura sull'IPQ-R può prendere due direzioni: una prevede l'estensione delle procedure di validazione anche alla parte III dell'IPQ-R relativa alle cause di malattia, l'altra può invece rivolgersi alla validazione della forma Brief (29) che forse viene maggiormente incontro alle esigenze operative imposte dagli attuali tempi di lavoro in ambito ospedaliero.

## Bibliografia

- 1) Weiman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health* 1996; 17: 431-45.
- 2) Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and problem of compliance. *Patient Education and Counselling* 1987; 10: 117-38.
- 3) Majani G. Introduzione alla psicologia della salute. Trento: Erickson, 1999.
- 4) Cooper A, Lloyd GS, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999; 82: 234-6.
- 5) Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *British Medical Journal* 1996; 312: 1191-4.
- 6) Steed L, Newman SP, Hardman SMC. An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation. *British Journal of Health Psychology* 1999; 4: 337-47.
- 7) Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 155-64.
- 8) Pimm TJ, Weinman J. Applying Leventhal's self-regulation model to adaptation and intervention in rheumatic disease. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1998; 5: 62-75.
- 9) Buick DL. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In: Petrie KJ and Weinman J, Eds. Perceptions of health and illness: Current research and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997: 379-409.
- 10) Fortune GD, Richards H, Main CJ, Griffiths CEM. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology* 2000; 5: 71-82.
- 11) Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HG. Patient's illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology* 2000; 142: 899-907.
- 12) Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA, Willems LN, Rooijmans HG. Physical and psychological correlates of functioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma* 2000; 37: 17-29.
- 13) Heijmans M. Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 45: 39-51.
- 14) Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology* 1996; 1: 15-25.
- 15) Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescent and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health* 2000; 15: 733-50.
- 16) Heijmans MJWM. The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology* 1999; 4: 137-49.
- 17) Moss-Morris R, Weiman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17: 1-16.
- 18) Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47: 555-67.
- 19) Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Arthur H, Scholey P, Suskin N, Jaglal S, Abramson BL, Stewart DE. Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *J Psychosom Res* 2005; 59: 153-60.
- 20) Ohm R, Aaronson LS. Symptom perception and adherence to asthma controller medications. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38: 292-7.
- 21) van Oostrom I, Meijers-Heijboer H, Duivenvoorden HJ, Brocker-Vriend AH, van Asperen CJ, Sijmons RH, Seynaeve C, Van Gool AR, Klijn JG, Tibben A. The common sense model of self-regulation and psychological adjustment to predictive genetic testing: a prospective study. *Psychooncology* 2007 Feb 27, Epub ahead of print.
- 22) Bianconi G, Poggioli E, Morelli E, Razzaboni E, Pomelli D. Aspetti psicologici della sclerosi multipla. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28, Suppl Psicologia 1: 22-8.
- 23) Trovato GM, Catalano D, Martines GF, Spadaro D, Garufi G, Di Corrado D, Di Nuovo S. Illness perception questionnaire (IPQ-r): an useful paradigm in chronic disease. *Recenti Prog Med* 2006; 97: 129-33.
- 24) Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 15;25: 3186-91.
- 25) Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.
- 26) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
- 27) Apolone G, Mosconi P, Ware JE. Questionario sullo stato di salute SF-36. Verona: Guerini e Associati, 1997.
- 28) Vedana L, Baiardi P, Sommaruga M, Galli M, Neri M, Pedretti RF, Tramari R, Bertolotti G. Clinical validation of an anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis* 2002 58: 101-6.
- 29) Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-7.

## APPENDICE

## ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R)

## VERSIONE ITALIANA

## I. PARTE: IDENTITÀ DELLA MALATTIA

Di seguito troverà una serie di sintomi che Lei potrebbe aver provato dall'inizio della sua malattia. Per favore indichi, facendo una croce sul *Sì* o sul *No*, se Lei ha provato uno di questi sintomi dall'inizio della sua malattia, e se ritiene che questi siano collegati alla malattia.

	Io ho avuto questo sintomo dall'inizio della mia malattia		_____	Questo sintomo è legato alla mia malattia	
	Sì	No		Sì	No
Dolore	Sì	No	_____	Sì	No
Mal di gola	Sì	No	_____	Sì	No
Nausea	Sì	No	_____	Sì	No
Affanno	Sì	No	_____	Sì	No
Perdita di peso	Sì	No	_____	Sì	No
Stanchezza	Sì	No	_____	Sì	No
Rigidità articolare	Sì	No	_____	Sì	No
Arrossamento degli occhi	Sì	No	_____	Sì	No
Respiro affannoso	Sì	No	_____	Sì	No
Mal di testa	Sì	No	_____	Sì	No
Disturbi allo stomaco	Sì	No	_____	Sì	No
Disturbi del sonno	Sì	No	_____	Sì	No
Capogiri	Sì	No	_____	Sì	No
Perdita di energia	Sì	No	_____	Sì	No

## II. PARTE: OPINIONE SULLA MALATTIA

Siamo interessati a sapere in che modo Lei vede ora la sua malattia.

Per favore indichi, segnando con una crocetta la casella appropriata, in che misura Lei è d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni che riguardano la sua malattia.

	OPINIONI SULLA SUA MALATTIA	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo
IP1	La mia malattia durerà poco					
IP2	È più probabile che la mia malattia sia permanente piuttosto che temporanea					
IP3	La mia malattia durerà a lungo					
IP4	Questa malattia passerà velocemente					
IP5	Mi aspetto di avere questa malattia per il resto della mia vita					

(segue)

	<b>OPINIONI SULLA SUA MALATTIA</b>	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo
IP6	La mia malattia è una condizione seria					
IP7	La mia malattia ha conseguenze importanti sulla mia vita					
IP8	La mia malattia non ha un grande effetto sulla mia vita					
IP9	La mia malattia influenza fortemente il modo in cui gli altri mi vedono					
IP10	La mia malattia ha serie conseguenze finanziarie					
IP11	La mia malattia causa difficoltà a chi mi è vicino					
IP12	Posso fare molto per controllare i miei sintomi					
IP13	Quello che faccio può determinare se la mia malattia migliorerà o peggiorerà					
IP14	Il decorso della mia malattia dipende da me					
IP15	Niente di quello che faccio condiziona la mia malattia					
IP16	Io ho il potere di influire sulla mia malattia					
IP17	Le mie azioni non avranno alcun effetto sugli esiti della mia malattia					
IP18	La mia malattia migliorerà col tempo					
IP19	Si può fare ben poco per migliorare la mia malattia					
IP20	La terapia che seguo sarà efficace nel curare la mia malattia					
IP21	Gli effetti negativi della mia malattia possono essere evitati o prevenuti con la terapia che seguo					
IP22	La terapia che seguo può tenere sotto controllo la mia malattia					
IP23	Non c'è niente che possa aiutare la mia condizione					
IP24	I sintomi della mia condizione mi lasciano perplesso					
IP25	La mia malattia è un mistero per me					
IP26	Io non comprendo la mia malattia					
IP27	La mia malattia non ha alcun senso per me					
IP28	Ho un'immagine o una comprensione chiara della mia malattia					
IP29	I sintomi della mia malattia cambiano molto da un giorno all'altro					
IP30	I miei sintomi vanno e vengono ciclicamente					
IP31	La mia malattia è molto imprevedibile					
IP32	Io passo attraverso fasi in cui la mia malattia migliora e peggiora					
IP33	Mi deprimi quando penso alla mia malattia					
IP34	Mi irrita quando penso alla mia malattia					
IP35	La mia malattia mi fa sentire arrabbiato					
IP36	La mia malattia non mi preoccupa					
IP37	Avere questa malattia mi fa sentire in ansia					
IP38	La mia malattia mi fa provare paura					

**III. PARTE: CAUSE DELLA MALATTIA**

Siamo interessati a sapere quale Lei ritiene possa essere stata la causa della sua malattia. Poiché le persone sono molto diverse, non c'è una risposta corretta a questa domanda. Noi siamo più interessati alle sue opinioni personali sui fattori che hanno causato la sua malattia piuttosto che a quanto gli altri, compresi i medici o i suoi familiari, possono averle detto.

Qui sotto è riportata una lista di possibili cause della sua malattia. Per favore indichi, segnando con una crocetta la casella appropriata, quanto è d'accordo o in disaccordo che queste siano state le cause per Lei.

	<b>POSSIBILI CAUSE</b>	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo
C1	Stress o preoccupazioni					
C2	Ereditarietà - è presente nella mia famiglia					
C3	Un germe o un virus					
C4	Abitudini alimentari					
C5	Caso o sfortuna					
C6	Cure mediche inadeguate nel mio passato					
C7	Inquinamento ambientale					
C8	Il mio comportamento					
C9	Il mio atteggiamento mentale, ad esempio pensare alla vita in modo negativo					
C10	Preoccupazioni o problemi familiari					
C11	Troppo lavoro					
C12	Il mio stato emotivo, ad esempio sentirsi giù, solo, in ansia, vuoto					
C13	L' invecchiamento					
C14	L'alcool					
C15	Fumo di sigarette					
C16	Incidenti o lesioni					
C17	La mia personalità					
C18	Alterazioni del sistema immunitario					

Per favore, nella tabella sottostante elenchi, in ordine dal più importante al meno importante, i tre fattori principali che lei ora crede abbiano causato la SUA malattia.

Può usare qualunque delle possibili cause elencate sopra o può indicarne altre di sua iniziativa.

**Le cause più importanti per me sono:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Richiesta estratti:** Giardini Anna, Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto Scientifico di Montescano, via per Montescano, 27040, Montescano (PV), Italy - E-mail: agiardini@fsm.it