

# **PERCORSO PRELIMINARE DI VALIDAZIONE LINGUISTICA DELLA VERSIONE ITALIANA DEL CHRONIC PAIN COPING INVENTORY-42.**

**(confronto delle strategie di coping in diverse tipologie di soggetti con dolore cronico)**

## **INTRODUZIONE e BACKGROUND**

La valutazione ed il trattamento delle persone affette da dolore cronico devono essere necessariamente di tipo multidisciplinare e prendere spunto dal modello dell'ICF. In questi soggetti infatti si assiste spesso ad un complicato interfacciarsi tra aspetti biologici e psicosociali e, spesso, sono proprio questi ultimi a condizionare in modo determinante la prognosi a lungo termine di questi soggetti.

E' necessario dunque un lavoro d'équipe in cui il fisioterapista potrebbe apportare un contributo più significativo di quanto già avviene.

Il dolore cronico può portare a delle modificazioni della personalità e del comportamento, modificazioni che dipendono anche dalle strategie adottate dalla persona affetta da dolore per far fronte alla patologia. Tali modificazioni possono costituire dei fattori prognostici negativi che condizionano in modo pesante l'evoluzione della patologia instaurando dei circoli viziosi da cui il paziente stenta ad uscire con le sole sue risorse.

Negli ultimi decenni la ricerca si è focalizzata sul ruolo dei fattori cognitivi implicati nello sviluppo della cronicità del dolore, dei disturbi psicologici ad esso associati, nonché sui fattori in grado di influenzare l'intensità del dolore percepito, il grado di disabilità ed i risultati della terapia.

Nella prospettiva cognitivo-comportamentale, il modo in cui il dolore viene soggettivamente percepito ed affrontato viene teorizzato come un processo dinamico, all'interno del quale le convinzioni o credenze (belief) del paziente e il suo stile di pensiero mediano le risposte emozionali e comportamentali.

**Dal punto di vista cognitivo De Good e Shetty 1992 distinguono tre categorie di convinzioni che possono essere rilevanti nell'ambito del dolore cronico:**

- 1) Assunti filosofici di base circa la natura del sé e del mondo;
- 2) Convinzioni sufficientemente generalizzate e stabili da assumere la qualità di tratti di personalità. In questa categoria si trovano costrutti psicologici molto noti quali:
  - a. Il "locus di controllo" (Rotter, 1966). In particolare il locus di controllo interno, definito come la convinzione che il rinforzo (risultato atteso) sia sotto il proprio controllo e legato alle proprie capacità ed abilità; esso sembra in grado di favorire un adattamento migliore all'esperienza di dolore rispetto al locus di controllo esterno (convinzione che il risultato atteso sia controllato dal caso, dalla fortuna o dal potere di altri). I dati sembrano inoltre suggerire un ruolo di mediazione del locus di controllo sulla relazione fra intensità del dolore e depressione;
  - b. Lo "stile attribuzionale" (Abramson, Seligman e Teasdale, 1978). Le caratteristiche principali che segnano negativamente la personalità ed il comportamento di un paziente affetto da dolore cronico sono: un'attribuzione/ cognizione negativa rispetto al dolore e

l'atteggiamento catastrofico nei confronti del problema e del dolore. La catastrofizzazione è la convinzione del paziente di non essere in grado di gestire e sopportare il proprio dolore, che i problemi che si trova ad affrontare lo stanno travolgendo e che il futuro è senza speranza. Questo fattore è risultato associato all'aumento del dolore percepito e ad un incremento dei livelli di disabilità e di distress affettivo-emotivo. Solo i pazienti convinti di poter controllare il proprio dolore, che evitano la catastrofizzazione circa la loro condizione e che ritengono di non avere una grave disabilità, riescono ad avere un adattamento migliore alla propria condizione di dolore.

- c. Gli "errori cognitivi"(Ellis 1962; Beck, 1976);
- d. L'"autoefficacia"(Bandura 1977). Le aspettative di autoefficacia sono definibili come il giudizio riguardante la propria abilità di eseguire uno specifico comportamento per ottenere il risultato desiderato e sono risultate in grado di influenzare l'uso di strategie di coping, il livello di distress psicologico e il grado di disabilità;

3) convinzioni e credenze direttamente associate al dolore e al suo trattamento.

**Da un punto di vista comportamentale alcuni tratti sembrano contraddistinguere la persona affetta da dolore cronico**, tali aspetti psico-sociali a volte assumono un peso più rilevante degli aspetti bio-organici della patologia e possono andare ad intaccare il livello generale delle attività e della partecipazione sociale del soggetto:

- a. il "comportamento da dolore" che si manifesta con atteggiamenti quali il "riguardarsi", lo "sfregarsi" e massaggiarsi di continuo oppure dal produrre smorfie;
- b. il ricorso al consulto di più specialisti, la richiesta di ulteriori esami diagnostici ed accertamenti per risolvere il problema;
- c. il fissarsi mentalmente sulla ricerca di una causa (o più cause) ben precise del problema;
- d. l'eccessivo uso di medicinali;
- e. la mancanza di evidente relazione tra i sintomi riferiti dal paziente (in particolare il dolore) e ciò che in effetti il clinico trova all'esame fisico;
- f. l'impossessarsi di subdiagnosi o comorbidità manifestate da persone in situazione patologica simile;
- g. ricorrere all'autodiagnosi;
- h. intraprendere più tipi di terapia farmacologica contemporaneamente pur essendo incostanti ed approssimativi nell'assunzione della cura intrapresa;
- i. perdere la capacità di giudizio critico nei confronti delle medicine alternative e delle innumerevoli proposte del mercato;
- j. riduzione della capacità di gestione e controllo degli stati emozionali, della depressione, dell'ansia, dello stress...;
- k. ricerca più o meno conscia di compensazioni finanziarie legate a processi assicurativi in corso o di altri tipi di compensazioni come ad esempio affettive (manipolazioni psicoaffettive);
- l. peso delle circostanze familiari e lavorative sulla sintomatologia come pure problemi di partecipazione indotti dalla malattia alla vita familiare e lavorativa (esempio: prolungata assenza dal lavoro ).

**Dal punto di vista motorio e delle abilità** il soggetto affetto da dolore cronico presenta spesso:

- a. La"chinesifobia" = paura del movimento, riduzione del livello delle attività quotidiane e del livello generale delle attività (es. attività sportiva e del tempo libero). In uno studio sui fattori predittivi psicosociali delle prestazioni fisiche in individui disabili affetti da dolore

cronico Rody TE, Lieber SJ hanno messo a confronto due gruppi di disabili con stessa patologia di cui quelli del primo gruppo presentavano anche dolore cronico, mentre quelli del secondo gruppo non presentavano dolore. Gli autori hanno dimostrato che negli individui disabili con dolore cronico esiste una forte correlazione tra performances e fattori psicosociali e che il dolore riduceva significativamente il livello delle performances. Il modello psicosociale del dolore cronico può essere applicato anche ai disabili con risultati simili a quelli ottenuti in altri campioni affetti da dolore cronico.

- b. Una conseguente diminuzione della capacità di carico generale e locale.

## **LE MISURE DEL COPING**

In generale possiamo affermare che tutte le alterazioni sopradescritte possono andare a costituire quelle che sono le strategie di coping adottate dal soggetto malato per adattarsi alla patologia ed all'ambiente circostante. Il coping è stato definito da Lazarus e Folkman (1974) come lo sforzo intenzionale di gestire o attenuare l'impatto negativo dello stress. Nell'ambito del dolore, le strategie di coping sono state distinte principalmente in "attive", ovvero azioni concrete per gestire il dolore (es. l'esecuzione di esercizi) e "passive" quali arrendersi o affidare il controllo ad un agente esterno (es. prendere un farmaco).

A volte le alterazioni del coping costituiscono un inutile dispendio di energie e di risorse, altre volte invece il soggetto si ritrova in uno stato d'insufficienza delle strategie di coping e nella conseguente incapacità ad adottare strategie positive/attive indispensabili per affrontare il dolore. Le abilità di coping, indispensabili per far fronte ad una patologia organica, sono connesse alla percezione del problema ed ad una generale attitudine verso sé stessi e verso la realtà (Miller S.M, 2000). Esistono differenze significative tra i pazienti nel modo di affrontare i diversi aspetti della malattia in funzione della propria "organizzazione cognitiva di significato personale" (Guidano e Liotti, 1983). Nella gestione della patologia organica entrano in gioco schemi di lettura del medesimo fenomeno che possono essere diversi in quanto derivanti da organizzazioni della personalità differenti. Tali schemi di lettura influenzano direttamente o indirettamente l'azione verso strategie di coping più o meno adattive. Ramirez, Maestre et al., studiando un campione di soggetti affetti da dolore cronico hanno evidenziato una relazione positiva tra l'intensità del dolore, una strategia di coping passiva e soggetti con nevrosi. Nello studio di tali autori l'estroversione si associava positivamente con l'utilizzo di strategie di coping attivo ed era negativamente collegata con il livello d'intensità di percezione del dolore. L'età dei soggetti risultava negativamente correlata alle strategie di coping attive e all'intensità del dolore. I maschi evidenziavano un maggior utilizzo di strategie attive rispetto alle femmine, mentre quest'ultime avevano una maggiore percezione del dolore. Il coping ha una relazione diretta con i sintomi depressivi ed una relazione indiretta mediata dal comportamento di "ostilità". Un coping passivo può portare ad un aumento dell'ostilità che determina sintomi depressivi, mentre il coping attivo può avere l'effetto opposto.

Studiare il coping serve a comprendere il modo di adattarsi del paziente al dolore cronico, i modelli comportamentali e cognitivi del dolore cronico e la disfunzione.

In uno studio sui fattori predittivi psicosociali delle prestazioni fisiche in individui disabili affetti da dolore cronico Rody TE, Lieber SJ et al. hanno messo a confronto due gruppi di disabili con stessa patologia di cui quelli del primo gruppo presentavano anche dolore cronico mentre quelli del secondo gruppo non presentavano dolore. Il dolore cronico riduce significativamente le performances ed esiste quindi una forte correlazione tra performances e fattori psicosociali in individui disabili con dolore cronico. Il modello psicosociale del dolore cronico può essere applicato anche ai disabili con risultati simili a quelli ottenuti in altri campioni affetti da dolore cronico.

Da un punto di vista clinico è dunque evidente quanto sia necessario tener in considerazione l'importanza delle abilità di coping, delle strategie che il nostro paziente mette in atto e dello stimare quanta "rabbia" vive ed esprime.

Proprio a causa dell'impatto potenziale che il coping ha sulla regolazione del dolore cronico e sulla gestione di eventuali sintomi depressivi (Mao WC- Bardwell WA), di "ostilità" e di "nevrosi", si è assistito a livello internazionale ad un crescente interesse allo sviluppo di misure legate al dolore ed al coping, anche al fine di comprendere come il coping sia correlato al funzionamento in individui con dolore cronico.

Il concetto di coping è tuttavia ancora oggetto di discussione perché mescola aspetti derivanti dalla psicologia cognitivista con alcuni derivanti dalla psicologia comportamentale.

La valutazione delle strategie di coping avviene in maniera rigorosa attraverso la somministrazione di appositi questionari.

I questionari che analizzano il coping nelle persone affette da dolore cronico all'estero sono numerosi; in Italia manca ancora un set completo di scale di valutazione che tengano conto sia degli aspetti cognitivi che comportamentali; inoltre una buona parte dei questionari a disposizione per la valutazione del coping sono stati ideati per la valutazione del bambino. La misura di coping del dolore che è stata in un recente passato più ampiamente utilizzata per gli adulti con sindromi dolorose croniche aspecifiche (ad esempio nel dolore cronico muscoloscheletrico) è il Coping Strategies Questionnaire CSQ (Rosenstiel e Keefe, 1983). Tale questionario, pur essendo associato con l'adattamento al dolore cronico, è risultato avere un maggior peso verso la misurazione delle strategie di coping cognitivo piuttosto che quelle di tipo comportamentale. Inoltre sebbene molti studi abbiano dimostrato una forte relazione tra la scala di catastrofizzazione e l'adattamento del paziente, per le altre sottoscale del CSQ non sono state trovate forti associazioni e con le misure di adattamento.

Per questi motivi tale questionario è stato un po' abbandonato, da qui la necessità di individuare questionari più validi e recenti.

In ambito internazionale hanno recentemente assunto importanza le tre versioni del "Chronic Pain Coping Inventory":

il "CPCI - Patient Version" (versione originale a 65 items), il "CPCI-42" e il "CPCI significant-other version".

I costrutti di coping delle scale del CPCI sono concettualmente diversi da quelle del CSQ e molte sottoscale del CPCI chiariscono i valori significativi ed unici della varianza nelle misurazioni dell'adattamento anche quando vengono prese in considerazione le variabili demografiche e quelle legate al dolore ed i punteggi del CSQ. Sebbene il CPCI non spieghi la varianza nei punteggi di depressione rispetto a quelli spiegati dalle scale CSQ (in particolare con la scala di "catastrofizzazione"), le scale del CPCI relative al "guarding"(riguardarsi) e alla "ricerca di sostegno sociale" chiariscono i valori unici nella varianza dei punteggi di disabilità e le scale di "guarding" e "inattività-riposo" contribuiscono anche, in maniera unica, alla spiegazione della varianza della gravità del dolore.

La versione inglese del CPCI-42 è stata solo recentemente validata da J.M. Romano, M.P. Jensen, J.A. Turner, autori riconosciuti a livello internazionale come decisamente esperti nello studio del coping ed è una sintesi a 42 items dell'originale "Chronic Pain Coping Inventory". Gli autori del questionario hanno scelto di proporre una versione ridotta del CPCI originale basato su 65 items per renderne più semplice, veloce ed accettabile la somministrazione ai pazienti sia a scopo di ricerca che per motivi clinici. Per la validazione hanno correlato le scale del CPCI-42 con quelle della versione integrale, hanno inoltre utilizzato altri questionari per misurare il livello di disabilità fisica (RDQ modificato), il grado di depressione, la stima soggettiva del dolore medio nei 14 giorni precedenti su una scala da 0 a 10 (NPRS), l'intensità del dolore.

I risultati ottenuti dagli autori dimostrano altissime correlazioni tra le scale abbreviate e quelle originali del CPCI; sono paragonabili anche la consistenza interna, la stabilità test-retest e coefficiente di validità. I risultati sostengono l'affidabilità e la validità del CPCI abbreviato e

suggeriscono che potrebbe sostituire il CPCI senza sacrificarne l'affidabilità e la validità in situazioni dove è preferibile una misura più breve di coping con il dolore cronico. Informazioni più dettagliate sul lavoro riguardante l'affidabilità e la validazione della versione inglese del CPCI-42 possono essere trovate nell'allegato 1.

Gli items proposti dal CPCI-42 analizzano sia le strategie di coping di tipo psicologico, intese come propensioni, sia pure il coping da un punto di vista comportamentale-motorio.

Le scale del CPCI- 42 sono:

- il riguardarsi;
- il riposo-inattività;
- la richiesta di assistenza;
- rilassamento;
- persistenza nel compito;
- esercizio/strech;
- ricerca di supporto sociale;
- autoaffermazione di coping.

Certi tipi di coping come l'auto-affermazione di coping sono risultati essere associati con un migliore funzionamento fisico e psicologico in pazienti con dolore cronico, mentre altre strategie di coping come l'inattività legata al dolore o il guarding (proteggersi-riguardarsi) risultano essere collegate ad un peggiore funzionamento.

Nei pazienti l'evidente comportamento da dolore è evidenziato da atteggiamenti di "riguardarsi", dallo "sfregarsi" e massaggiarsi e dal produrre smorfie. Il particolare il "guarding" è analizzato dal CPCI. Strategie di coping di "guarding" ed inattività e la richiesta di assistenza focalizzate sulla malattia sono state associate positivamente con un livello maggiore di depressione ed angoscia legate al dolore, mentre le strategie concentrate sull'insistere su un compito da eseguire sono risultate avere un maggior livello di attività e minore angoscia e depressione.

Si riporta di seguito la traduzione del CPCI-42 mentre la versione "CPCI Patient Version (a 65 items)" è riportata in allegato.

L'autore della tesi ha scelto d' intraprendere la validazione della versione italiana del CPCI-42, in quanto convinto della necessità di avere uno strumento di misurazione del coping che tenga presente anche degli aspetti comportamentali del paziente e che permetta anche al fisioterapista di entrare in maniera più attiva nel processo di valutazione delle sindromi dolorose croniche e delle alterazioni di funzionamento ad esse connesse. La "misurazione del coping" risulta indispensabile per impostare un corretto piano di trattamento che, come indicato dalle recenti linee guida riguardanti il dolore cronico, dovrebbe basarsi sull'implementare il più possibile le strategie attive e nel limitare l'utilizzo di "cure passive" quali terapie fisiche e massaggi. Il programma di trattamento del dolore enfatizza l'aiutare i pazienti a ridurre il guarding (riguardarsi) e ad impegnarsi in tecniche di rilassamento, esercizio fisico e stretching quotidiani. Se i pazienti utilizzano correttamente e costantemente queste strategie il CPCI con le sue scale sarà uno strumento utile per evidenziare anche il cambiamento post-trattamento. Un trattamento che includa il training delle abilità di coping non solo migliora il coping del paziente, ma dà migliori risultati globali.

La traduzione e l'adattamento in italiano del CPCI-42, come detto sopra, viene proposta dal dott. Pianegonda Sergio Fisioterapista, dipendente della Fondazione Bressan di Isola Vicentina – Vicenza in collaborazione con Carlassara Pinuccia Laureata in lingue e letterature straniere, traduttrice nello studio Prontoestero snc Santorso – Vicenza e con la dott. Renata Ferrari, psicologa dipendente del reparto di Terapia Antalgica OC San Bortolo Vicenza. Da sottolineare il fatto che la dott. Ferrari ha già curato la validazione linguistica di alcuni questionari che saranno ora utilizzati per la validazione del CPCI-42. Si presenta di seguito la traduzione del questionario.

## THE CHRONIC PAIN COPING INVENTORY-42

Traduzione e adattamento a cura di Pianegonda Sergio\*, Carlassara Pinuccia\*\*, Renata Ferrari\*\*\*

Nella scorsa settimana per quanti giorni ha usato ciascuna delle seguenti strategie, almeno una volta al giorno, per affrontare il dolore? (nota: può avere usato alcune di queste strategie in giorni in cui non aveva dolore per prevenirlo o minimizzarlo in futuro). Indichi il numero dei giorni in cui ha usato ciascuna strategia per il dolore sia che provasse dolore o meno in quel momento.

	Numero di giorni
1. Ho pensato ad un'immagine calmante o di distrazione per aiutarmi a rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
2. Ho ignorato il dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
3. Mi sono riposato	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
4. Ho avuto un sostegno da un amico	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
5. Ho chiesto a qualcuno di fare qualcosa per me	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
6. Ho ricordato a me stesso che le cose potrebbero andare peggio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
7. Ho evitato di usare parte del corpo (ad esempio mano, braccio, gamba)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
8. Mi sono concentrato sul rilassare i muscoli	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
9. Mi sono seduto a terra, ho fatto stretch e ho mantenuto l'allungamento per almeno dieci secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
10. Mi son detto che le cose miglioreranno	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
11. Mi sono fatto dare un sostegno da un familiare	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
12. Mi sono riposato il più possibile	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
13. Ho parlato con una persona cara	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
14. Ho telefonato ad un amico che mi aiutasse a sentirmi meglio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
15. Ho pensato a tutte le cose belle che ho	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
16. Ho chiesto aiuto per un lavoro domestico o per un altro lavoro	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
17. Mi son detto che il mio dolore migliorerà	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
18. Non ho lasciato che il dolore interferisse con le mie attività	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
19. Ho fatto esercizio di tipo aerobico (esercizio che aumenta i battiti cardiaci) per almeno 15 minuti	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
20. Ho ridotto il camminare a causa del dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
21. Non ho prestato attenzione al dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
22. Ho camminato zoppicando per ridurre il dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
23. Ho considerato la possibilità di rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
24. Mi sono sdraiato sulla schiena, ho fatto stretch e ho mantenuto l'allungamento per almeno dieci secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
25. Ho mantenuto parte del corpo (esempio braccio) in una posizione particolare	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
26. Ho chiesto aiuto nel portare, sollevare o spingere qualcosa	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
27. Ho fatto esercizio per migliorare le mie condizioni fisiche generali per almeno 5 minuti	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
28. Ho parlato con un amico o un familiare per un sostegno	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
29. Ho ricordato a me stesso che c'è chi sta peggio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
30. Ho limitato il tempo in cui sto in piedi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
31. Mi sono sdraiato a letto	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
32. Ho evitato alcune attività fisiche (sollevare, spingere portare)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7

33. Ho usato l'autoipnosi per rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
34. Sono andato avanti ugualmente	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
35. Ho fatto stretch ai muscoli che mi dolevano e ho mantenuto l'allungamento per almeno 10 secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
36. Ho evitato di fare attività	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
37. Sono andato a riposarmi da solo in una stanza	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
38. Ho respirato profondamente e lentamente per rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
39. Ho fatto esercizio per allungare i muscoli della schiena per almeno un minuto	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
40. ho chiesto a qualcuno di portarmi qualcosa (esempio medicine, cibo, da bere)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
41. Non ho lasciato che il dolore influisse su quello che stavo facendo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
42. Mi sono sdraiato su un divano	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7

## PUNTEGGIO

Per ciascuna scala sommate le risposte agli items (elencati di seguito) a cui si è data risposta e dividete per il numero di items a cui si è risposto.

### SCALE:

- stare in guardia, proteggersi (Guarding):  $(7+20+22+25+30+32+36)/7$
- riposo:  $(3+12+31+37+42)/5$
- richiesta di assistenza:  $(5+16+26+40)/4$
- rilassamento:  $(1+8+23+33+38)/5$
- persistenza nell'eseguire un compito:  $(2+18+21+34+41)/5$
- esercizio/stretch:  $(9+19+24+27+35+39)/6$
- ricerca di sostegno sociale:  $(4+11+13+14+28)/5$
- autoaffermazione di coping:  $(6+10+15+17+29)/5$

In allegato 2 si presenta la traduzione della "Patient Version" a 65 items del CPCI. In una tabella, inoltre si comparano gli items del CPCI- Patient Version (65 items) con quelle del CPCI-42. vengono infine brevemente illustrate le caratteristiche psicometriche del CPCI-42 e le conclusioni dello studio di raffronto tra le due versioni.

In allegato 3 si presentano altri strumenti utili per la valutazione dei disturbi psicologici e dell'impatto della fibromialgia.

## **IPOTESI DI PARTENZA ED OBIETTIVI PRINCIPALI DELLA TESI**

Il percorso di validazione linguistica di un questionario è in realtà molto complicato e prevede pertanto una fase di analisi preliminare ed alcune tappe successive.

Tale percorso, solo iniziato dall'autore della tesi, ha previsto:

- lo studio delle letterature e delle caratteristiche di validità del CPCI-42 Vs e del CPCI originale a 65 items;
- l'individuazione e la traduzione in italiano della versione originale del CPCI-42. Il questionario è stato tradotto separatamente da due traduttrici professioniste, dalle due traduzioni l'autore della tesi ha elaborato una sintesi;
- lo studio della ripetibilità, della riproducibilità e della validità della traduzione in italiano del CPCI-42;

- l'individuazione di altri questionari da somministrare assieme al CPCI-42 per consentirne la validazione e per arricchire la raccolta dati. Una limitazione dello studio della versione inglese del CPCI-42 è costituita dal fatto che tale versione non è stata paragonata con altre misure obiettive di coping come ad esempio osservazioni comportamentali del coping o reports di coping cognitivo in situazioni strutturate e standardizzate;
- la configurazione e l'inizio di un piano di ricerca individuando 3 gruppi di soggetti a cui applicare la batteria di test e da mettere a confronto tramite successiva analisi statistica. Questo obiettivo nasce anche dal fatto che nello studio della versione inglese del CPCI-42 il campione dei soggetti che hanno partecipato allo studio può risultare poco rappresentativo di tutti gli individui con dolore cronico in quanto questi pazienti sono stati reclutati da una clinica specialistica e sono stati esaminati per poter essere inseriti in un programma intensivo di riabilitazione. La ricerca inerente la versione italiana del CPCI-42 prevede pertanto il reclutamento di 3 gruppi:
  - o Gruppo 1 = fibromialgici;
  - o Gruppo 2 = soggetti affetti da dolore cronico locale ( soprattutto rachialgie);
  - o Gruppo 3 di controllo = soggetti privi di dolore cronico.
- L'individuazione di strumenti statistici e di correlazioni da far applicare ad un centro d'analisi statistica una volta completata la raccolta dei dati.
- La prosecuzione della ricerca e la pubblicazione, alla fine, dei risultati su qualche rivista specializzata.

Dieci mesi di osservazione e partecipazione attiva ad una mailing list per fibromialgici ha permesso all'autore della tesi d'ipotizzare che in tali soggetti potessero esservi pattern di coping peculiari nei confronti del dolore.

E' possibile delineare dei tratti comuni nei soggetti fibromialgici per quel che concerne il coping, il livello di interferenza del dolore nelle attività della vita quotidiana, la capacità di controllo del soggetto, la ricerca o meno di sostegno, il livello generale di attività, la tendenza alla catastrofizzazione?

L'esperienza della lista ha permesso di capire che tale "ambiente" autogestito può essere pericoloso perché spesso amplifica la tendenza alla catastrofizzazione, a prendere posizioni drastiche nei riguardi della medicina "ufficiale" che, a detta di molti, non sa capire, ad improvvisare sempre nuovi piani terapeutici. In sostanza la mailing list può diventare una prigione, una trappola a cui è difficile sottrarsi. I miglioramenti fisici soggettivamente descritti dai fibromialgici in lista si sono verificati in genere solo nei soggetti che sono stati disposti a modificare le loro strategie di approccio al dolore, a mettere in discussione la loro psiche/personalità. In tali soggetti il desiderio-necessità di staccarsi per periodi più o meno lunghi dalla lista di autosostegno è stato concomitante con il miglioramento del dolore. Dalla raccolta dei dati necessaria per la validazione linguistica del CPCI-42 potranno essere analizzate attentamente le ipotesi sopraesposte riguardo ai soggetti fibromialgici in particolare mettendo a confronto il gruppo di fibromialgici con il gruppo di soggetti affetti da dolore cronico "localizzato" (rachialgie) e con il terzo gruppo di controllo di soggetti privi di dolore cronico.

## **LA SCELTA DEI PARTECIPANTI ALLO STUDIO: CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE.**

Per la scelta dei soggetti affetti da dolore cronico da sottoporre alla ricerca sono stati applicati alcuni semplici criteri d'inclusione:

- a. Il soggetto doveva soffrire di dolore cronico( per dolore cronico si è inteso, per convenzione, un dolore con durata superiore ai 6 mesi;
- b. Per i soggetti del gruppo 1, ovvero i fibromialgici, un altro criterio di selezione è stato che la diagnosi fosse posta da uno o più specialisti ed in particolare dal reumatologo, dal fisiatra e dunque, in base ai criteri internazionalmente riconosciuti (Multicenter Criteria Committee-1991). Il campione dei fibromialgici è stato reclutato attingendo ad una mailing list di autosostegno per fibromialgici. I soggetti sono geograficamente domiciliati in modo casuale in tutto il territorio italiano;
- c. Nei soggetti del gruppo 2 sono state inserite persone con dolore cronico muscoloscheletrico regionale spesso dovuto ad attività lavorative particolari (addetti all'assistenza di anziani-movimentazione di carichi);
- d. La scelta dei partecipanti e la griglia di ricerca non prevede un confronto tra i sessi, la suddivisione per classi di età, la distinzione tra soggetto disabile e soggetto privo di disabilità. La scelta dei soggetti fibromialgici e di soggetti affetti da mal di schiena cronico in genere fa sì che naturalmente il numero delle femmine sia superiore a quello dei maschi rendendo così impossibile un confronto tra i risultati ottenuti dai maschi e dalle femmine. Anche per quanto riguarda l'età si è vincolati alle fasce d'età in cui più frequentemente si manifesta la fibromialgia ed alla fascia d'età in cui più frequentemente il dolore alla schiena si cronicizza. Alcuni autori hanno già compiuto studi sul coping in cui si paragonavano i risultati ottenuti a seconda delle diverse fasce d'età; per ogni fascia d'età l'attendibilità è comunque risultata essere ottimale. La versione inglese del CPCI-42 è applicabile sia a soggetti privi di disabilità affetti da dolore cronico, sia a soggetti disabili con dolore cronico. Esiste una forte correlazione tra performance e fattori psicosociali in individui disabili con dolore cronico. I modelli psicosociali di dolore cronico può essere applicato anche ai disabili con risultati simili a quelli di altri campioni di dolore cronico (Rudy TE, Lieber SJ et all.)

## **PROCEDURE PER LA VALIDAZIONE LINGUISTICA DEL CPCI-42 : QUANTO FATTO FINORA**

- 1) Innanzitutto si sono selezionati degli articoli presi in particolare da PubMed sulla validazione dei due questionari CPCI e CPCI-42, inoltre si sono approfondite le conoscenze relative alle possibili modificazioni biopsicosociali indotte dal dolore cronico con particolare attenzione A ciò che attiene alla fibromialgia. Si è individuata la versione originale del Chronic Pain Coping Inventory-42. Tale questionario è stato tradotto in italiano separatamente da due traduttrici professioniste (studio Prontoestero), la traduzione finale è stata supervisionata dall'autore della tesi (dottore in fisioterapia) e dalla relatrice (dottore in psicologia).
- 2) Per la validazione del CPCI-42, è stato preliminarmente necessario individuare e somministrare contemporaneamente al CPCI-42 alcune altre scale di valutazione che misurano aspetti simili. Pertanto i soggetti del campione sono stati sottoposti ad una batteria di test di cui esiste già una versione in italiano validata: il Multidimensional Pain Inventory (MPI), il Pain Related Self-Statement Scale (PRSS) e il Pain Related Control Scale (PRCS) (dott. Ferrari psicologa reparto di terapia antalgica O.C. San Bortolo- Vicenza). La scelta dell'MPI è stata quasi d'obbligo infatti già nella fase di validazione della versione inglese del CPCI-42; l'MPI è risultato essere uno strumento di comparazione indispensabile. L'MPI è semplice da compilare, dà una visione complessiva della gestione del dolore da parte del paziente, è uno strumento completo ed

economico. Il dubbio nella scelta è sorto rispetto al “The coping Strategies Questionnaire”-CSQ. Tale questionario è stato per molto tempo il questionario più utilizzato in assoluto per la valutazione del coping a livello internazionale; tuttavia appare oggi datato, risalendo al 1983 e probabilmente non può più essere considerato il miglior strumento di valutazione del coping. La scelta di non utilizzare il famoso CSQ, come strumento per la validazione, è rinforzata anche dai risultati del lavoro pubblicato da Gabriel Tan et al. che hanno tentato il paragone diretto tra le misure del Chronic Pain Coping Inventory ed , appunto, il sopracitato CSQ. Le conclusioni dello studio sono che al CSQ sono da preferirsi il PRSS e il PRCS. Il PRSS evidenzia l’atteggiamento mentale generale del paziente nei confronti del dolore. Il PRSS analizza cognizioni specificamente messe in atto nella situazione di dolore, le quali possono promuovere o inibire le risposte di coping. composta di 18 items e due sottoscale denominate “catastrofizzazione” e “coping attivo”. Le sottoscale presentano una buona fedeltà e correlazioni significative; esse sono in grado di spiegare una porzione di varianza maggiore di dolore riferito, di disabilità e numero di visite mediche rispetto a variabili fisiche quali diagnosi e indagini strumentali. Wells 1994 conferma la capacità delle due scale PRSS e PRCS di spiegare una quota significativa di varianza del distress e della disabilità nel dolore cronico. La versione italiana dei questionari PRCS e del PRSS è stata ottenuta dalla traduzione dalle scale originali di Flor e Turk (1988) in lingua tedesca, back version esaminata da uno degli autori. Il PRSS (credenze situazionali- specifiche di controllo) contiene 18 items con risposte su scala Likert a 6 punti da “quasi mai” a “quasi sempre”. Ciascuna delle 4 scale si dimostra in grado di discriminare i pazienti dai controlli, con significatività maggiore per le scale “catastrofizzazione” e “coping attivo”. I risultati della ricerca sulla versione italiana del PRSS indicano proprietà psicometriche soddisfacenti, sia per quanto riguarda la struttura fattoriale che la fedeltà; i dati ottenuti rispecchiano complessivamente quanto emerso nelle analisi sulla versione originale del questionario. Più in particolare, nel PRSS, la struttura della sottoscala “catastrofizzazione” viene confermata e presenta una buona fedeltà; tutti gli items rientrano nel modo soddisfacente nel modello atteso. Gli items che saturano maggiormente la sottoscala coping attivo appaiono invece collegati all’uso di strategie più concrete per combattere il dolore, quali il rilassamento e la distrazione. Per quanto concerne la consistenza interna delle scale, i dati di questa ricerca rispecchiano quelli riscontrati nelle precedenti indagini psicometriche, con valori adeguati per le sottoscale Catastrofizzazione ed Helplessness, sufficienti per la sottoscala coping attivo. In conclusione, nonostante la necessità di ulteriori approfondimenti, i dati del presente studio, uniti alla brevità e facilità di somministrazione delle scale, incoraggiano ad inserire il PRSS e il PRCS in una batteria di assessment multidimensionale del dolore cronico..

3) Ai soggetti del gruppo 1 e 2 è stata fornita una dispensa da compilare a casa per autosomministrazione accompagnata da un foglio di spiegazione del lavoro di cui la tesi. I dati raccolti con la dispensa comprendono:

- i principali tratti socio-demografici;
- il tipo di diagnosi, da quanti e quali specialisti è stata posta;
- le caratteristiche del dolore come la durata, l’intensità calcolata facendo una media tra le varie parti del corpo doloranti ed espressa in VAS da 0 a 10; la localizzazione tramite il disegno dell’area di corpo interessata dal dolore;
- se il soggetto percepisce o no pensione d’invalidità o premi d’assicurazione;
- tramite un piccolo sondaggio d’opinione si può evincere se tali pazienti preferiscono, per la cura del loro dolore, affidarsi alla medicina ufficiale, alle terapie non convenzionali e/o alla fisioterapia classica;
- ogni soggetto ha firmato l’autorizzazione all’utilizzo dei propri dati ad uso esclusivo della ricerca che gli è stata presentata e ad uso esclusivo dell’autore della tesi di cui nutrono massima stima e fiducia;
- tutti i punteggi relativi al CPCI-42, all’ MPI, al PRCS ed al PRSS.

- 4) Al gruppo di soggetti sani di controllo verrà fatto compilare solo la traduzione del CPCI-42 ed i dati raccolti con i principali dati sociodemografici;
- 5) a distanza di almeno 15 giorni dalla compilazione della batteria di test, ai soggetti del gruppo 1 e 2 è stato chiesto inoltre di ricompilare il CPCI-42 per la prova del **test-retest**. Tale operazione permette di valutare la stabilità dei risultati del questionario da validare a distanza di tempo. Oltre al questionario sono state presentate alcune nuove domande quali:
  - ha assunto farmaci antidolorifici nell'ultimo mese: ( si / no)
  - ha usufruito di cure fisioterapiche o ha partecipato a programmi multidisciplinari per la cura del dolore nell'ultimo mese?( si / no).
- 6) Si è iniziato un grosso lavoro di raccolta dei dati. Finora è stato raccolto il materiale di 48 soggetti di cui 34 fibromialgici ed il rimanente di soggetti con dolore cronico di altra natura.

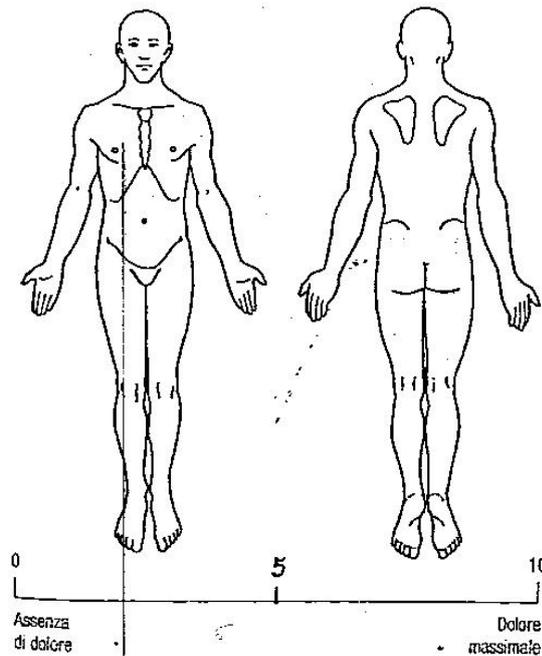
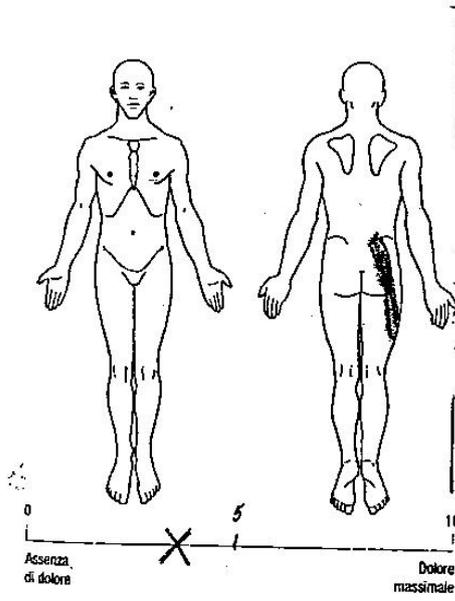
## BATTERIA DI QUESTIONARI SOMMINISTRATI E LORO SCORING

❖ Data		
❖ Cognome e nome (anche solo le iniziali):		
❖ Luogo e data di nascita:		
❖ Et�:		
❖ Sesso:	Maschio	Femmina
❖ Scolarit�:		
❖ Professione:		
❖ Stato civile:	Sposato/a	Celibe/nubile
❖ Percepisce una pensione d'invalidit�?	SI	NO
❖ Ha in corso trattative per l'assegnazione di premi assicurativi o pensioni inerenti il suo stato di salute?	SI	NO
❖ Quando � iniziato il suo dolore	Mese:	Anno:
❖ Qual'� la sua diagnosi medica?		
❖ Da quanti e quali specialisti � stata posta tale diagnosi?		
❖ Sta seguendo in questo periodo un programma multidimensionale di trattamento del dolore?	SI	NO
❖ La scorsa settimana ha assunto farmaci antinfiammatori e/o antidolorifici?	SI	NO
❖ Quali farmaci ha assunto la scorsa settimana?		
❖ Per il trattamento del suo disturbo preferisce fare ricorso alla medicina ufficiale?	SI	NO
❖ Per il trattamento del suo disturbo preferisce fare ricorso alla medicina non convenzionale?	SI	NO
❖ Per la cura dei suoi disturbi ritiene opportuno utilizzare contemporaneamente cure della medicina ufficiale e rimedi non convenzionali?	SI	NO
❖ Le tecniche fisioterapiche le sembrano utili per la cura dei suoi disturbi?	SI	NO

- ❖ Colori le aree del corpo dove avverte attualmente il dolore ed indichi con un tratto l'intensità del suo dolore sulla linea graduata da 0 a 10 posta sotto la figura. Dove 0 è dolore nullo e 10 il massimo dolore sopportabile

**ESEMPIO**

**COLORARE L'AREA E SEGNARE L'INTENSITA'**



- ❖ Se desidera ricevere i punteggi dei questionari da lei compilati? SI / NO
- ❖ Se ha risposto si alla precedente scriva il suo indirizzo e-mail in stampatello: \_\_\_\_\_

❖ FIRMA per l'autorizzazione dell'utilizzo dei suoi dati personali in base alle legge sulla privacy e per l'unico utilizzo inerente la ricerca presentata.

\_\_\_\_\_

## THE CHRONIC PAIN COPING INVENTORY-42:

Traduzione e adattamento a cura di :Pianegonda Sergio\*, Carlassara Pinuccia\*\*,  
Renata Ferrari\*\*\*

Nella scorsa settimana quanti giorni ha usato ciascuna delle seguenti strategie almeno una volta al giorno per affrontare il dolore (nota: puoi avere usato alcune di queste strategie in giorni in cui non avevi dolore per prevenirlo o minimizzarlo in futuro. Indica il numero dei giorni che hai usato ciascuna strategia per il dolore sia che probassi dolore o meno in quel momento)

	Numero di giorni
1. Ho pensato ad un'immagine calmante o di distrazione per aiutarmi a rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
2. Ho ignorato il dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
3. Mi sono riposato	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
4. Ho avuto un sostegno da un amico	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
5. Ho chiesto a qualcuno di fare qualcosa per me	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
6. Ho ricordato a me stesso che le cose potrebbero andare peggio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
7. Ho evitato di usare parte del corpo (ad esempio mano, braccio, gamba)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
8. Mi sono concentrato sul rilassare i muscoli	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
9. Mi sono seduto a terra, ho fatto stretch e ho mantenuto l'allungamento per almeno dieci secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
10. Mi son detto che le cose miglioreranno	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
11. Mi sono fatto dare un sostegno da un familiare	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
12. Mi sono riposato il più possibile	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
13. Ho parlato con una persona cara	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
14. Ho telefonato ad un amico che mi aiutasse a sentirmi meglio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
15. Ho pensato a tutte le cose belle che ho	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
16. Ho chiesto aiuto per un lavoro domestico o per un altro lavoro	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
17. Mi son detto che il mio dolore migliorerà	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
18. Non ho lasciato che il dolore interferisse con le mie attività	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
19. Ho fatto esercizio di tipo aerobico (esercizio che aumenta i battiti cardiaci) per almeno 15 minuti	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
20. Ho ridotto il camminare a causa del dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
21. Non ho prestato attenzione al dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
22. Ho camminato zoppicando per ridurre il dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7

23. Ho considerato la possibilità di rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
24. Mi sono sdraiato sulla schiena, ho fatto stretch e ho mantenuto l'allungamento per almeno dieci secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
25. Ho mantenuto parte del corpo (esempio braccio) in una posizione particolare	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
26. Ho chiesto aiuto nel portare, sollevare o spingere qualcosa	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
27. Ho fatto esercizio per migliorare le mie condizioni fisiche generali per almeno 5 minuti	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
28. Ho parlato con un amico o un familiare per un sostegno	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
29. Ho ricordato a me stesso che c'è chi sta peggio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
30. Ho limitato il tempo in cui sto in piedi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
31. Mi sono sdraiato a letto	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
32. Ho evitato alcune attività fisiche (sollevare, spingere portare)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
33. Ho usato l'autoipnosi per rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
34. Sono andato avanti ugualmente	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
35. Ho fatto stretch ai muscoli che mi dolevano e ho mantenuto l'allungamento per almeno 10 secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
36. Ho evitato di fare attività	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
37. Sono andato a riposarmi da solo in una stanza	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
38. Ho respirato profondamente e lentamente per rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
39. Ho fatto esercizio per allungare I muscoli della schiena per almeno un minuto	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
40. ho chiesto a qualcuno di portarmi qualcosa (esempio medicine, cibo, da bere)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
41. Non ho lasciato che il dolore influisse su quello che stavo facendo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
42. Mi sono sdraiato su un divano	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7

\*Pianegonda Sergio: Fisioterapista Laureato, dipendente Fondazione Bressan Isola Vicentina - Vicenza

\*\*Carlassara Pinuccia: Laureata in lingue e letterature straniere, traduttrice studio Prontoestero snc Santorso - Vicenza

R.D. KERNS, D.C. TURK, T.E. RUDY

**MPI**  
**Multidimensional Pain Inventory**

Adattamento italiano a cura di R. Ferrari, C. Novara, E. Sanavio e F. Zerbini

DATA _____	
COGNOME _____	NOME _____
INDIRIZZO _____ _____	
TELEFONO _____	
DATA DI NASCITA _____	ETA' _____
SESSO <input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	
QUANDO È' INIZIATO IL SUO DOLORE? MESE _____ ANNO _____	

**Istruzioni** - Una parte importante della nostra valutazione del dolore comprende l'esame del dolore dal suo punto di vista; questo perché lei conosce il suo dolore meglio di chiunque altro. Le seguenti domande ci aiuteranno a capire di più il suo dolore e come il dolore stesso ha modificato la sua vita. Sotto ciascuna domanda c'è una scala, dove segnare la sua risposta. Legga attentamente ogni domanda e quindi segni un numero della scala sottostante per indicare quanto la domanda appena letta descriva il suo abituale modo di essere o di comportarsi.

Esempio

Quanto è nervoso quando guida la macchina nel traffico intenso?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla nervoso						Molto nervoso

Se non è affatto nervoso quando guida nel traffico intenso, dovrebbe segnare il numero 0. Se lei è molto nervoso quando guida nel traffico intenso, dovrebbe allora segnare il numero 6. Userà numeri più bassi quando il nervosismo è minore, e numeri più alti quando è maggiore.



9. Quanto riesce a prevedere quando il suo dolore inizierà, migliorerà o peggiorerà?

0	1	2	3	4	5	6
Non in grado di prevedere						Molto abile a prevedere

10. Quanto il suo dolore ha cambiato la sua capacità di partecipare ad attività di svago o ad altre attività sociali?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun cambiamento						Massimo cambiamento

11. Quanto limita le sue attività per non peggiorare il suo dolore?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla						Molto

12. Quanto il suo dolore ha cambiato il grado di soddisfazione o piacere che ricava dalle attività familiari?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun cambiamento						Massimo cambiamento

13. Quanto il suo coniuge (o un'altra persona per lei importante) si preoccupa per lei a causa del suo dolore?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla preoccupato						Molto preoccupato

14. Durante l'ultima settimana quanto controllo ha sentito di avere sulla sua vita?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun controllo						Molto controllo

15. Di solito, quanto varia il suo dolore (aumenta o diminuisce) durante la giornata?

0	1	2	3	4	5	6
Resta lo stesso						Cambia molto

16. Quanta sofferenza prova per il suo dolore?

0	1	2	3	4	5	6
Nessuna sofferenza						Molta sofferenza

17. Quanto spesso riesce a fare qualcosa che la aiuti a diminuire il suo dolore?

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

18. Quanto il suo dolore ha cambiato la sua relazione con il coniuge, la famiglia o un'altra persona per lei importante?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun cambiamento						Massimo cambiamento

19. Quanto il suo dolore ha cambiato il grado di soddisfazione o piacere che ricava dal suo lavoro?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun cambiamento						Massimo cambiamento

\_\_\_\_\_ Segni qui con una crocetta se lei attualmente non lavora.

20. Quanta attenzione le presta il suo coniuge (o un'altra persona per lei importante) a causa del suo dolore?

0	1	2	3	4	5	6
Nessuna attenzione						Massima attenzione

21. Durante l'ultima settimana, quanto si è sentita in grado di gestire i suoi problemi?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla						Molto

22. Quanto controllo sente di avere sul suo dolore?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun controllo						Molto controllo

23. Quanto il suo dolore ha cambiato la sua capacità di fare i lavori domestici?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun cambiamento						Massimo cambiamento

24. Durante l'ultima settimana, quanto è riuscito ad affrontare adeguatamente le situazioni stressanti della sua vita?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla						Molto

25. Quanto il suo dolore ha interferito con la sua capacità di programmare delle attività?

0	1	2	3	4	5	6
Nessuna interferenza						Massima interferenza

26. Durante l'ultima settimana, quanto si è sentito irritabile?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla irritabile						Molto irritabile

27. Quanto il suo dolore ha cambiato o ha interferito con i suoi rapporti di amicizia?

0	1	2	3	4	5	6
Nessun cambiamento						Massimo cambiamento

28. Durante l'ultima settimana, quanto si è sentito teso o ansioso?

0	1	2	3	4	5	6
Per nulla teso o ansioso						Molto teso o ansioso

## PARTE 2

Con questa parte, vorremmo conoscere come il suo coniuge (o un'altra persona per lei importante\*\*) si comporta con lei quando sa che sta provando dolore. Segni un numero della scala riportata sotto ogni domanda per indicare quanto spesso il suo coniuge (o un'altra persona per lei importante) le risponde in quel particolare modo quando lei prova dolore. Per favore, risponda a tutte le 14 domande.

\*\* Per favore, indichi la relazione esistente fra lei e la persona a cui si riferisce

1. Mi ignora.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

2. Mi chiede cosa può fare per aiutarmi.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

3. Mi legge qualcosa.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

4. Si irrita con me.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

5. Si fa carico dei miei lavori ed impegni.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

6. Mi parla di qualcos'altro per non farmi pensare al dolore.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

7. Si scoraggia con me.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

8. Cerca di farmi stare a riposo.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

9. Cerca di coinvolgermi in qualche attività.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

10. Si arrabbia con me.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

11. Mi porta qualche farmaco per alleviare il dolore.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

12. Mi incoraggia ad impegnarmi in qualche passatempo.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

13. Mi porta qualcosa da mangiare o da bere.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

14. Accende la TV per distrarmi dal dolore.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

### PARTE 3

*Qui sotto trova elencate 19 attività quotidiane. Per favore, indichi quanto spesso lei svolge queste attività, segnando un numero nella scala riportata sotto ogni attività. Per favore, risponda a tutte le 19 domande.*

1. Lavare i piatti.

0 1 2 3 4 5 6  
Mai Molto spesso

2. Tagliare l'erba del prato.

\_\_\_\_\_ Segni qui se non ha un prato da tagliare.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

3. Andare a mangiare fuori.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

4. Giocare a carte o a qualche altro gioco.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

5. Andare a fare la spesa.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

6. Lavorare in giardino.

\_\_\_\_\_ Segni qui se non ha un giardino.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

7. Andare al cinema.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

8. Fare visita ad amici.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

9. Aiutare nelle pulizie di casa.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

10. Fare piccoli lavori nell'automobile.

\_\_\_\_\_ Segni qui se non ha un'automobile.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

11. Andare a fare un giro in macchina o in autobus.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

12. Fare visita ai parenti.

\_\_\_\_\_ Segni qui se non ha parenti che abitino nel raggio di 100 chilometri.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

13. Preparare un pasto.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

14. Lavare la macchina.

\_\_\_\_\_ Segni qui se non ha la macchina.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

15. Fare una gita o un viaggio.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

16. Andare al parco o passeggiare in centro.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

17. Fare il bucato.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

18. Fare delle riparazioni necessarie in casa.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

19. Praticare attività sessuali.

0	1	2	3	4	5	6
Mai						Molto spesso

PRSS  
PAIN RELATED SELF-STATEMENT SCALE

Traduzione e adattamento a cura di  
R. Ferrari, E. Fipaldini, N. Birbaumer

*Non intratteniamo costantemente un dialogo interiore con noi stessi. Per esempio: incoraggiamo noi stessi a fare determinate cose, ci rimproveriamo quando sbagliamo, o ci lodiamo per i nostri successi.*

*Anche quando sentiamo dolore ci passano determinati pensieri per la testa, diversi da quelli che abbiamo quando stiamo bene. Di seguito troverà dei pensieri tipici di persone che hanno dolore.*

*Per favore legga ciascuna delle seguenti affermazioni ed indichi la frequenza con cui tali pensieri le vengono in mente quando ha dolore, mettendo una croce sul numero della scala sotto riportata che va da 0 (= quasi mai) a 5 (= quasi sempre).*

	Quasi mai	0	1	2	3	4	5	Quasi sempre
1) Se rimango calmo e mi rilasso mi sento meglio.	0	1	2	3	4	5		
2) Questo dolore non lo sopporto più.	0	1	2	3	4	5		
3) Io stesso posso fare qualcosa contro il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
4) Qualsiasi cosa io faccia, non posso comunque modificare il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
5) Adesso mi devo rilassare.	0	1	2	3	4	5		
6) In qualche modo lo fronteggerò.	0	1	2	3	4	5		
7) Devo prendere subito un analgesico.	0	1	2	3	4	5		
8) Tra poco starò meglio.	0	1	2	3	4	5		
9) Non finisce proprio più.	0	1	2	3	4	5		
10) Sono un caso disperato.	0	1	2	3	4	5		
11) Ci sono cose peggiori del mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
12) So che ce la farò.	0	1	2	3	4	5		
13) Quando peggiorerà di nuovo il dolore?	0	1	2	3	4	5		
14) Il dolore mi sfinisce.	0	1	2	3	4	5		
15) Non ne posso più.	0	1	2	3	4	5		
16) Questo dolore mi fa impazzire.	0	1	2	3	4	5		
17) Distrammi è la cosa che più mi aiuta.	0	1	2	3	4	5		
18) Io stesso posso aiutarmi.	0	1	2	3	4	5		

PRCS  
PAIN RELATED CONTROL SCALE

Traduzione e adattamento a cura di  
R. Ferrari, E. Fipaldini, N. Birbaumer

*Di seguito troverà alcuni atteggiamenti e reazioni, riferiti da alcuni pazienti in relazione al dolore cronico.*

*Per favore indichi, di volta in volta, se l'affermazione corrisponde oppure no al suo atteggiamento, cerchiando il numero corrispondente della sottostante scala che va da 0 (= non corrisponde per niente) a 5 (= corrisponde perfettamente).*

	Non corrisponde per niente	0	1	2	3	4	5	Corrisponde perfettamente
1) Posso prevedere il mio dolore. Ci sono segnali premonitori.	0	1	2	3	4	5		
2) Qualsiasi cosa faccia, non sono in grado di influenzare il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
3) Tensioni emotive peggiorano il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
4) Io stesso posso ridurre il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
5) Quando ho dolore, mi aiutano solamente i farmaci o una visita dal medico.	0	1	2	3	4	5		
6) Considero il mio dolore come una sfida.	0	1	2	3	4	5		
7) Non mi lascio sopraffare dal mio dolore e lo combatto.	0	1	2	3	4	5		
8) Di fronte al mio dolore sono impotente.	0	1	2	3	4	5		
9) Il dolore è una fatalità del destino che bisogna sopportare.	0	1	2	3	4	5		
10) Non credo di poter fare qualcosa io stesso contro il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
11) Tento di dimenticare il mio dolore il più spesso possibile.	0	1	2	3	4	5		
12) Mi preoccupa del futuro a causa del mio dolore.	0	1	2	3	4	5		
13) Ho cercato, in passato di fare qualcosa contro il mio dolore, ma poi ho rinunciato perché non ottenevo alcun risultato.	0	1	2	3	4	5		
14) Il miglior modo per tentare di fronteggiare il mio dolore è tentare di distrammi.	0	1	2	3	4	5		
15) Ho imparato a convivere con il mio dolore.	0	1	2	3	4	5		

**QUESTO QUESTIONARIO VA COMPILATO A DISTANZA DI UN MESE DI TEMPO DALLA COMPILAZIONE DEL PRIMO GRUPPO DI QUESTIONARI**

**THE CHRONIC PAIN COPING INVENTORY-42: TEST-RETEST**

- NOME e COGNOME (almeno iniziali): \_\_\_\_\_
- LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_
- SESSO: M / F
- HA ASSUNTO FARMACI ANTIDOLORIFICI NELL'ULTIMO MESE: SI / NO
- HA USUFRUITO DI CURE FISIOTERAPICHE O HA PARTECIPATO A PROGRAMMI MULTIDISCIPLINARI PER LA CURA DEL DOLORE NELL'ULTIMO MESE? SI / NO

Nella scorsa settimana per quanti giorni ha usato ciascuna delle seguenti strategie, almeno una volta al giorno, per affrontare il dolore? (nota: può avere usato alcune di queste strategie in giorni in cui non aveva dolore per prevenirlo o minimizzarlo in futuro). Indichi il numero dei giorni in cui ha usato ciascuna strategia per il dolore sia che provasse dolore o meno in quel momento.

	Numero di giorni
1. Ho pensato ad un'immagine calmante o di distrazione per aiutarmi a rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2. Ho ignorato il dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3. Mi sono riposato	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
4. Ho avuto un sostegno da un amico	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5. Ho chiesto a qualcuno di fare qualcosa per me	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6. Ho ricordato a me stesso che le cose potrebbero andare peggio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
7. Ho evitato di usare parte del corpo (ad esempio mano, braccio, gamba)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8. Mi sono concentrato sul rilassare i muscoli	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9. Mi sono seduto a terra, ho fatto stretch e ho mantenuto l'allungamento per almeno dieci secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
10. Mi son detto che le cose miglioreranno	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11. Mi sono fatto dare un sostegno da un familiare	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12. Mi sono riposato il più possibile	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
13. Ho parlato con una persona cara	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14. Ho telefonato ad un amico che mi aiutasse a sentirmi meglio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15. Ho pensato a tutte le cose belle che ho	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
16. Ho chiesto aiuto per un lavoro domestico o per un altro lavoro	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
17. Mi son detto che il mio dolore migliorerà	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
18. Non ho lasciato che il dolore interferisse con le mie attività	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
19. Ho fatto esercizio di tipo aerobico (esercizio che	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

aumenta i battiti cardiaci) per almeno 15 minuti	
20. Ho ridotto il camminare a causa del dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
21. Non ho prestato attenzione al dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
22. Ho camminato zoppicando per ridurre il dolore	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
23. Ho considerato la possibilità di rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
24. Mi sono sdraiato sulla schiena, ho fatto stretch e ho mantenuto l'allungamento per almeno dieci secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
25. Ho mantenuto parte del corpo (esempio braccio) in una posizione particolare	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
26. Ho chiesto aiuto nel portare, sollevare o spingere qualcosa	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
27. Ho fatto esercizio per migliorare le mie condizioni fisiche generali per almeno 5 minuti	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
28. Ho parlato con un amico o un familiare per un sostegno	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
29. Ho ricordato a me stesso che c'è chi sta peggio	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
30. Ho limitato il tempo in cui sto in piedi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
31. Mi sono sdraiato a letto	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
32. Ho evitato alcune attività fisiche (sollevare, spingere portare)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
33. Ho usato l'autoipnosi per rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
34. Sono andato avanti ugualmente	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
35. Ho fatto stretch ai muscoli che mi dolevano e ho mantenuto l'allungamento per almeno 10 secondi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
36. Ho evitato di fare attività	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
37. Sono andato a riposarmi da solo in una stanza	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
38. Ho respirato profondamente e lentamente per rilassarmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
39. Ho fatto esercizio per allungare i muscoli della schiena per almeno un minuto	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
40. ho chiesto a qualcuno di portarmi qualcosa (esempio medicine, cibo, da bere)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
41. Non ho lasciato che il dolore influisse su quello che stavo facendo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7
42. Mi sono sdraiato su un divano	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5- 6 - 7

Per info : [sergiopiane@libero.it](mailto:sergiopiane@libero.it)

# SCHEDE DI SCORING

## THE CHRONIC PAIN COPING INVENTORY-42:

### PUNTEGGIO

Per ciascuna scala sommate le risposte agli items (elencati di seguito) a cui si é data risposta e dividete per il numero di items a cui si é risposto.

### SCALE:

- Guarding:  $(7+20+22+25+30+32+36)/7$
- riposo:  $(3+12+31+37+42)/5$
- richiesta di assistenza:  $(5+16+26+40)/4$
- rilassamento:  $(1+8+23+33+38)/5$
- persistenza nell' eseguire un compito:  $(2+18+21+34+41)/5$
- esercizio/stretch:  $(9+19+24+27+35+39)/6$
- ricerca di sostegno sociale:  $(4+11+13+14+28)/5$
- autoaffermazione di coping:  $(6+10+15+17+29)/5$

R.D. KERNS, D.C. TURK, T.E. RUDY

### MPI Multidimensional Pain Inventory

Adattamento italiano a cura di R. Ferrari, C. Novara, E. Sanavio e F. Zerbini

SCHEDA DI SCORING														
PARTE I					PARTE II			PARTE III						
SC 1	SC 2	SC 3	SC 4	SC 5	SC 6	SC 7	SC 8	SC 9	SC 10	SC 11	SC 12	SC 13		
1	2	14	6	5	1	2	3	1	2	3	4			
8	3	21	26	13	4	5	6	5	6	7	8			SC 9
16	4	22	28	20	7	8	9	9	10	11	12			SC 11
	10	24			10	11	12	13	14	15	16			SC 12
	11					13		17	18					
	12					14								
	18													
	15													
	23													
	25													
	27													
Tot.														
3	11	4	3	3	4	6	4	5	5	4	4	4		
<input type="checkbox"/>														
Intensità del dolore	Interferenza	Controllo	Distress	Sostegno	Reazioni punitive	Reazioni d'aiuto	Reazioni di distrazione	Lavori domestici	Lavori di manutenzione	Attività lontane	Attività sociali	Livello gen. di attività		

\* Invertire item 6 (6-x)

IL PRSS: "PAIN RELATED SELF-STATEMENT SCALE" ED IL  
PRCS: "PAIN RELATED CONTROL SCALE"

C.S. 200 10/01

<b>FSS</b>		<b>FSK</b>	
<b>Catastroffizzazione</b>	<b>Coping attivo</b>	<b>Mancanza di risorse</b>	<b>Presenza di risorse</b>
2 _____	1 _____	2 _____	1 _____
4 _____	3 _____	5 _____	3 _____
7 _____	5 _____	8 _____	4 _____
9 _____	6 _____	9 _____	6 _____
10 _____	8 _____	10 _____	7 _____
13 _____	11 _____	12 _____	11 _____
14 _____	12 _____	13 _____	14 _____
15 _____	17 _____		15 _____
16 _____	18 _____		
Tot. _____ 9		Tot. _____ 7	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tot. _____ 9		Tot. _____ 8	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## LA RACCOLTA DEI DATI

Per ogni soggetto preso in esame è stata compilata una griglia di sintesi unitaria con lo scoring di tutti i questionari proposti. I dati sono poi stati raccolti in modo sistematico in un foglio excel per una successiva analisi statistica. Di seguito si riporta la “scheda unitaria di scoring” dei questionari.

### SCHEDA UNITARIA DI SCORING

1) **CPCI-42**: Inventario delle strategie di coping utilizzate nell’arco di una settimana per prevenire e/o minimizzare gli effetti del dolore cronico. Valutazione settimanale.

- L’atteggiamento dello stare in guardia, proteggersi (guarding)	/ 7 =	TR= / 7
- Il riposo	/ 5 =	TR= / 5
- La richiesta di assistenza	/ 4 =	TR= / 4
- Il rilassamento	/ 5 =	TR= / 5
- La persistenza nell’eseguire un compito	/ 5 =	TR= / 5
- L’esercizio/stretch	/ 6 =	TR= / 6
- La ricerca di sostegno sociale	/ 5 =	TR= / 5
- L’autoaffermazione di coping	/ 5 =	TR= / 5

2) **MPI-PARTE 1**: esame del dolore dal punto di vista del paziente: come il dolore modifica il modo di essere e di comportarsi del paziente.

- L’intensità del dolore	/ 3 =
- L’interferenza	/ 11 =
- Il controllo	/ 4 =
- la preoccupazione, l’angoscia (distress)	/ 3 =
- Il sostegno	/ 3 =

3) **MPI PARTE 2**: come e quanto spesso il coniuge (o una persona cara) si comporta in un certo modo quando il soggetto prova dolore, permette di evidenziare:

- reazioni punitive	/ 4 =
- reazioni d’aiuto	/ 6 =
- reazioni di distrazione	/ 4 =

4) **MPI PARTE 3**: quanto spesso il soggetto pratica una serie di attività della vita quotidiana raggruppabili in queste macrofamiglie:

- lavori domestici	/ 5 =
- lavori di manutenzione	/ 5 =
- attività lontane	/ 4 =
- attività sociali	/ 4 =
- livello generale di attività	/ 4 =

5) **PRSS**: il dialogo interiore con se stessi: pensieri che passano per la testa in situazione di dolore, permette di evidenziare:

- la tendenza alla catastrofizzazione	/ 9 =
- il coping attivo	/ 9 =

6) **PRCS**: corrispondenza tra l’atteggiamento del soggetto analizzato rispetto ad atteggiamenti-reazioni tipiche di soggetti con dolore cronico; permette di evidenziare:

- la mancanza di risorse	/ 7 =
- la presenza di risorse	/ 8 =

## OBIETTIVI A LUNGO TERMINE DELLA RICERCA :

Per concludere la ricerca è necessario compiere ancora alcune importanti operazioni:

- 1) Far elaborare la “back version” (=versione ritradotta in inglese del CPCI-42 italiano) da una terza traduttrice assolutamente estranea al lavoro, controllare poi la coerenza con la versione originale e spedire la back version agli autori del questionario per chiederne l’approvazione;
- 2) E’ necessario proseguire con la raccolta dei dati. Tale attività sarà portata avanti da una neolaureata in psicologia, tirocinante presso il reparto di Terapia Antalgica O.C. Vicenza con l’appoggio dell’autore della tesi e della relattrice;
- 3) Proporre una tabella riassuntiva socio-demografica e la tabella del sondaggio sulle scelte del trattamento proposta con i tests;
- 4) Quando la raccolta dei dati sarà completata (almeno 40 soggetti per gruppo preso in esame) si potrà eseguire un’analisi statistica ed in particolare potranno essere compiute tali operazioni:
  - a. Tabella delle medie e della deviazione standard per tutte le scale come pure per i punteggi VAS distinguendo i tre gruppi presi in esame;
  - b. Consistenza interna degli items del CPCI-42 ed affidabilità della versione italiana del test tramite:
    - L’ $\alpha$  di Cronbach;
    - Analisi della stabilità test- retest tramite coefficiente R di Pearson;
    - confrontare i risultati ottenuti (differenze tra le medie) nelle sottoscale del CPCI-42 nei 3 gruppi con test non parametrici : Kruseal-Wallis e Wilcosan;
  - c. Validità del criterio in relazione alla ricerca di correlazioni statisticamente significative tra CPCI-42 con le misure di dolore del paziente, depressione e disabilità che ci si aspetta siano collegate al coping del paziente;
  - d. cercare di delineare dei tratti cognitivo-comportamentali di gestione del dolore nei soggetti fibromialgici ed eseguire altre osservazioni correlando i dati del CPCI-42 con le altre scale di valutazione utilizzate come ad esempio:
    - correlazioni tra CPCI e PRSS;
    - correlazioni tra CPCI , l’adjustment dell’MPI ed il livello generale delle attività dell’MPI:

Sarà interessante, analizzando i dati, cercare di capire se effettivamente al disagio espresso in lista dal gruppo di fibromialgici corrisponde un’ effettiva richiesta di aiuto e di sostegno sociale. Al momento è solo un pregiudizio da dimostrare ritenere che non tutti i soggetti affetti di fibromialgia vogliono essere realmente aiutati e stare meglio. Certo invece è il fatto che spesso tali soggetti provano pudore e timore a chiedere aiuto perché non sanno spiegare e spiegarsi cosa succede loro e temono, come spesso accade, di essere tacciati per ipocondriaci o depressi.
- 5) Spedire ad ogni soggetto che ha partecipato allo studio (che lo abbia richiesto) la sua scheda personale di scoring allegando una generica spiegazione riguardo il significato delle varie scale ed indicando i valori medi di riferimento
- 6) Probabilmente un lavoro ulteriore che dovrà essere fatto con la versione italiana del CPCI-42 sarà comunque quello del confronto tra diverse fasce d’età.
- 7) Cercare di trarre delle conclusioni dal lavoro e pubblicare i risultati in qualche rivista specializzata.

## CONCLUSIONI e DISCUSSIONE

- 1) Punti di debolezza del lavoro svolto finora:
  - a. la casistica raccolta non ha permesso ancora un'analisi fattoriale;
  - b. la scelta di mantenere in inglese il termine "stretching", presente in molti items del CPCI-42, è giustificabile dal fatto che oramai tale termine è diventato d'uso comune e dal fatto che generalmente i soggetti affetti da dolore cronico muscoloscheletrico, in particolare i fibromialgici, conoscono bene questo tipo di terapia. Permane il dubbio comunque che tale termine non possa essere compreso dalle persone più anziane e con basso livello culturale;
  - c. dallo scoring dei questionari è emerso che molti soggetti non hanno segnato un punteggio agli items 2 e 6 della terza parte dell' MPI (tagliare l'erba e lavorare in giardino), secondo il parere dell'autore tali items non sono adatti per chi vive nelle grandi città;
  - d. risulta macchinoso, per chi compie lo scoring dell'MPI, dover invertire il punteggio segnato all'item 6 della prima parte.
- 2) Punti di forza del lavoro svolto:
  - a. Gli items del CPCI-42, così come sono stati tradotti, sono stati abbastanza ben compresi da tutti i soggetti presi in esame;
  - b. vi sono le risorse ed il bacino di pazienti per poter proseguire la ricerca;
  - c. la quantità di dati raccolti per ogni paziente permetterà di compiere interessanti considerazioni e correlazioni.

In conclusione, il lavoro svolto finora ha permesso di gettare le basi su cui sviluppare una seria ricerca che avrà diversi obiettivi tra cui, il prioritario, sarà quello di concludere la validazione linguistica del CPCI-42.

Sono stati individuati le procedure e gli strumenti della ricerca e selezionati i campioni da analizzare. La raccolta dei dati è attualmente ancora in atto e sarà conclusa dall'autore grazie alla collaborazione di due psicologhe all'interno di un reparto di terapia antalgica.

Dall'analisi dei dati raccolti potranno essere ricavate interessanti osservazioni per quanto riguarda le strategie di coping nei soggetti affetti da dolore cronico ed in particolare si potrà compiere un raffronto tra soggetti fibromialgici e soggetti affetti da dolore cronico muscoloscheletrico regionale/locale. Potranno altresì essere individuate le linee per altre future ricerche.

## RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per la preziosa collaborazione in particolare la relatrice di tesi, dott. Ferrari; lo studio di traduzione Prontoestero ed in particolare la dott. Carlassara Pinuccia; Paola Giovannetti moderatrice della mailing list per fibromialgici e i fisioterapisti del gruppo GRT (riabilitazione territoriale).

Infine l'autore esprime la sua riconoscenza al coordinatore ed al corpo docenti del Master in "riabilitazione dei disordini neuromuscoloscheletrici" per aver saputo fornire gli strumenti per affrontare tale ricerca.

# BIBLIOGRAFIA

Med

Pagina 1 di 3



Entrez PubMed Nucleotide Protein Genome Structure OMIM PMC Journals  
Search PubMed for [ ] Go Clear  
Limits Preview/Index History Clipboard Det

About Entrez

Display Summary Show: 20 Sort Send to Text

Text Version

Items 1-20 of 1408

Page 1 of 71

Entrez PubMed  
Overview  
Help | FAQ  
Tutorial  
New/Noteworthy  
E-Utilities

PubMed Services  
Journals Database  
MeSH Database  
Single Citation Matcher  
Batch Citation Matcher  
Clinical Queries  
LinkOut  
Cubby

Related Resources  
Order Documents  
NLM Gateway  
TOXNET  
Consumer Health  
Clinical Alerts  
ClinicalTrials.gov  
PubMed Central

Privacy Policy

- 1: [Romano JM, Jensen MP, Turner JA.](#) Related Article  
 **The Chronic Pain Coping Inventory-42: reliability and validity.**  
Pain. 2003 Jul;104(1-2):65-73.  
PMID: 12855315 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 2: [Tan G, Jensen MP, Robinson-Whelen S, Thornby JI, Monga TN.](#) Related Article  
 **Coping with chronic pain: a comparison of two measures.**  
Pain. 2001 Feb 1;90(1-2):127-33.  
PMID: 11166978 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 3: [Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Strom SE.](#) Related Article  
 **The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary valid**  
Pain. 1995 Feb;60(2):203-16.  
PMID: 7784106 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 4: [Hadjistavropoulos HD, MacLeod FK, Asmundson GJ.](#) Related Article  
 **Validation of the Chronic Pain Coping Inventory.**  
Pain. 1999 Apr;80(3):471-81.  
PMID: 10342409 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 5: [Jensen MP, Keefe FJ, Lefebvre JC, Romano JM, Turner JA.](#) Related Article  
 **One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies.**  
Pain. 2003 Aug;104(3):453-69.  
PMID: 12927618 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 6: [Snow-Turek AL, Norris MP, Tan G.](#) Related Article  
 **Active and passive coping strategies in chronic pain patients.**  
Pain. 1996 Mar;64(3):455-62.  
PMID: 8783309 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 7: [Stewart MW, Harvey ST, Evans JM.](#) Related Article  
 **Coping and catastrophizing in chronic pain: a psychometric analysis and comparison of two measures.**  
J Clin Psychol. 2001 Jan;57(1):131-8.  
PMID: 11211281 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 8: [Turner JA, Jensen MP, Romano JM.](#) Related Article  
 **Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict function in patients with chronic pain?**  
Pain. 2000 Mar;85(1-2):115-25.  
PMID: 10692610 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 9: [Arathuzik D.](#) Related Article  
 **Preliminary assessment: the Pain Inventory and the Pain Coping Tool.**  
Am J Hosp Palliat Care. 1994 Sep-Oct;11(5):25-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Link&db=PubMed&dbFrom=Pub... 05/05/2004

PMID: 7880645 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 10: Brown GK, Nicassio PM. Related Article

 Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients.  
Pain. 1987 Oct;31(1):53-64.  
PMID: 3696743 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 11: Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Related Article

 Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain.  
J Consult Clin Psychol. 1994 Feb;62(1):172-9.  
PMID: 8034820 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 12: Jensen MP, Nielson WR, Turner JA, Romano JM, Hill ML. Related Article

 Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain.  
Pain. 2003 Aug;104(3):529-37.  
PMID: 12927625 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 13: Kraaimaat FW, Evers AW. Related Article

 Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI).  
Int J Behav Med. 2003;10(4):343-63.  
PMID: 14734263 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 14: Robinson ME, Riley JL 3rd, Myers CD, Sadler JJ, Kvaal SA, Geisser ME, Keefe FJ. Related Article

 The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis.  
Clin J Pain. 1997 Mar;13(1):43-9.  
PMID: 9084951 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 15: Keefe FJ, Williams DA. Related Article

 A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different groups.  
J Gerontol. 1990 Jul;45(4):P161-5.  
PMID: 2365972 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 16: Williams DA, Keefe FJ. Related Article

 Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies.  
Pain. 1991 Aug;46(2):185-90.  
PMID: 1749641 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 17: Nielson WR, Jensen MP, Hill ML. Related Article

 An activity pacing scale for the chronic pain coping inventory: development in a sample of patients with fibromyalgia syndrome.  
Pain. 2001 Jan;89(2-3):111-5.  
PMID: 11166466 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 18: Jensen MP, Karoly P, Harris P. Related Article

 Assessing the affective component of chronic pain: development of the Discomfort Scale.  
J Psychosom Res. 1991;35(2-3):149-54.  
PMID: 2046049 [PubMed - indexed for MEDLINE]

- 19: Riley JL 3rd, Robinson ME, Geisser ME. Related Article

 Empirical subgroups of the Coping Strategies Questionnaire-Revised: multisample study.

- 20) “La valutazione del controllo percepito sul dolore: la versione italiana del Pain Related Self-Statement Scale (PRSS) e del Pain Related Control Scale (PRCS)” R. Ferrari, E. Fipaldini e N. Birbaumer. Servizio di Terapia del Dolore e Cure Palliative Ospedale “S. Bortolo” – ULSS 6 – Vicenza, Università di Padova e Università di Tubigen.
- 21) Pain Medecine Vol. 1 number 2/2002 R.Ferrari, C.Novara, E.Sanavio, F. Zerbini“Internal structure and validity of the Multidimensional Pain Inventory, Italian Language Version”
- 22) Lorena Zanus “il Dolore Cronico: Psicologia e Psicoterapia”. Ed. TecnoScuola 1997