



Università degli Studi
di Genova

Università degli Studi di Genova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Campus di Savona

In collaborazione con la Libera Università di Bruxelles

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

I QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DELLO STRESS NEI PAZIENTI CON DISTURBI MUSCOLOSCHIELETRICI

Tesi di AMBRA DE CAPITANI
Anno Accademico 2004 - 2005

INDICE

ABSTRACT	pag	1
.....		
INTRODUZIONE	pag	2
MATERIALI E METODI	pag	4
RISULTATI	pag	5
LO STRESS	pag	6
STRESS E SISTEMA ENDOCRINO.....	pag	6
LA RISPOSTA ALLO STRESS	pag	7
VALUTAZIONE COGNITIVA DELLO STRESSOR	pag	9
EVENTI STRESSANTI	pag	10
LOCUS OF CONTROL	pag	11
I QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DELLO STRESS.....	pag	12
IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS)	pag	17
I QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DEL DPTS	pag	19
CONCLUSIONI	pag	22
RINGRAZIAMENTI	pag	23
BIBLIOGRAFIA	pag	24
<u>APPENDICE 1</u>		
QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DELLO STRESS.....	pag	27
ANSRI.....	pag	28
DSI.....	pag	29
GARS.....	pag	30
PSI	pag	32
PSQ	pag	34
SCHEDA 6	pag	36
SRI.....	pag	38
VRS	pag	40
<u>APPENDICE 2</u>		
QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DEL DPTS.....	pag	42
DTS	pag	43
IES	pag	46
MSS-C	pag	48

ABSTRACT

Nell'ottica di una presa in carico del paziente nella "sua" dimensione biopsicosociale, diventa estremamente utile possedere strumenti in grado di misurare variabili che rivestono un'importanza fondamentale nella gestione del rapporto terapeutico quale è lo stress. Questo è modernamente considerato una risposta complessa, di tipo fondamentalmente adattativo, che può essere prodotta da una grande varietà di stimoli, fra i quali rivestono un ruolo fondamentale quelli emozionali e psicosociali. Si tratta di una risposta integrata, che trova riscontro sul piano dell'esperienza soggettiva ed emotiva del soggetto non meno che sul piano comportamentale; ma gli aspetti più rilevanti si hanno, come è noto, sul piano propriamente fisiologico, dove si registrano importanti risposte di tipo neurovegetativo, neuroendocrino ed endocrino.

Obiettivi: Scopo di questo lavoro è quello di verificare attraverso una revisione della letteratura quali siano i questionari per la valutazione dello stress utilizzati che abbiano ricevuto una validazione e, alla luce dei risultati ottenuti, dare indicazioni su quelli che appaiono maggiormente applicabili nella pratica clinica del Fisioterapista che si occupa di problematiche muscoloscheletriche.

Risorse dati: Sono state effettuate ricerche sui database Pedro e Medline, usando le parole chiave "stress assessment" / "stress questionnaire" AND "musculoskeletal pain" e successivamente immettendo i nomi dei questionari al fine di ottenere gli articoli originali di validazione. Ulteriori e più approfondite ricerche sono state effettuate su siti e testi dedicati.

Metodi di revisione: Criterio principale di inclusione è stato quello di prendere in considerazione articoli che mirassero alla validazione del questionario in oggetto, mentre sono stati esclusi questionari non validati.

Risultati: Sono stati reperiti 23 questionari e presi in esame, nello specifico, 8 questionari per la valutazione dello stress in generale e 3 per la valutazione dei disturbi da stress post-traumatico (DPTS).

Conclusioni: Gli studi statistici a supporto della validazione dei questionari presi in esame si rivolgono prevalentemente ad affidabilità, validità per contenuto e validità concorrente. I due questionari che appaiono maggiormente applicabili nella pratica clinica del Fisioterapista sono il PSQ (Perceived Stress Questionnaire) e lo IES (Impact of Event Scale): sono gli strumenti maggiormente citati in letteratura e ne esistono versioni validate in italiano.

Tutti gli strumenti presi in esame mostrano di avere caratteristiche di immediatezza, buona comprensibilità, praticità e velocità di somministrazione.

In accordo con la filosofia dell'EBM, riterremmo auspicabile che ulteriori studi venissero effettuati per la valutazione più accurata dei questionari esistenti al fine di ottenerne i valori di sensibilità, specificità e valore predittivo.

INTRODUZIONE

In questi ultimi anni, nella Medicina in genere ed anche in Riabilitazione, si sta affermando sempre più la filosofia della Evidence Based Medicine (EBM), della Medicina basata sulle evidenze intesa come “coscienzioso, esplicito e giudizioso utilizzo delle migliori prove di efficacia esistenti per prendere decisioni riguardo alla cura del singolo paziente” (Sackett, 1996); ha tra i suoi obiettivi quello di individuare nel modo più oggettivo possibile quali siano le procedure diagnostico-terapeutiche più efficaci a disposizione del paziente. A questo scopo sono stati individuati strumenti e procedure per poter analizzare i dati e renderli oggettivi e confrontabili tra loro.

Nell'intervento terapeutico in generale e riabilitativo in particolare, la persona viene messa al centro. Non più la “malattia” o il “sintomo” in primo piano, ma il soggetto nella sua globalità, inserito nel suo specifico ed unico contesto psicosociale. Il modello di riferimento per questo approccio di tipo olistico è l'International Classification of Functioning (ICF) (www.who.int/icf/icftemplate.cfm), completato dall'utilizzo di un ulteriore modello culturale, fortemente caratterizzante l'azione del Fisioterapista: il modello multidimensionale di carico/capacità di carico (Hagenaars, 2002). Tale strumento interpretativo dello stato di salute fornisce una visione dinamica e di continua integrazione e adattamento dell'organismo in ciascuna area della salute, in funzione delle richieste interne o esterne che giungono all'individuo.

ICF e modello multidimensionale di carico/capacità di carico costituiscono il telaio culturale in cui si inscrivono le azioni valutative del Fisioterapista, miranti alla costruzione del Profilo Prognostico di Salute, un vero e proprio strumento operativo che fornisce anche gli elementi per la scelta dell'outcome (la “misura” del risultato del trattamento) e tutte le informazioni per la definizione degli obiettivi, delle strategie e delle tecniche terapeutiche per il raggiungimento della migliore qualità dell'intervento e della migliore risposta alle aspettative del paziente.

Nell'ottica di una presa in carico del paziente nella “sua” dimensione biopsicosociale, diventa estremamente utile possedere strumenti in grado di misurare variabili che rivestono un'importanza fondamentale sia nella comprensione dell'eziopatogenesi dei problemi del paziente, sia nella gestione del rapporto terapeutico quale è lo stress. Questo è modernamente considerato una risposta complessa, di tipo fondamentalmente adattativo, che può essere prodotta da una grande varietà di stimoli, fra i quali rivestono un ruolo fondamentale quelli emozionali e psicosociali. Si tratta di una risposta integrata, che trova riscontro sul piano dell'esperienza soggettiva ed emotiva del soggetto non meno che sul piano comportamentale; ma gli aspetti più rilevanti si hanno, come è noto, sul piano propriamente fisiologico, dove si registrano importanti risposte di tipo neurovegetativo, neuroendocrino ed endocrino.

All'interno della sfera dei disturbi muscoloscheletrici, livelli elevati di stress rappresentano un elemento fondamentale nella patogenesi e nella cronicizzazione dei disturbi stessi ed un fattore prognostico negativo di cui si deve necessariamente tener conto (si pensi, ad es., allo stress come fattore prognostico nel Chronic Low Back Pain, nei Repetitive Strain Injuries o come fattore favorente o scatenante nella Fibromialgia e nell'Artrite Reumatoide); questo può suggerirci la necessità di inserire, all'interno del nostro trattamento, tecniche specifiche (ad es. tecniche di rilassamento, esercizi di presa di coscienza del corpo, respirazione profonda...) oppure decidere l'invio del paziente ad uno specialista competente in ambito psicologico. Inoltre, rappresentano un fattore di aumento del carico sia a livello locale sulla singola struttura (vedasi ad es. i cambiamenti

organospecifici nella sindrome pseudoradicolare: tutti i tessuti del corpo ricevono un'innervazione autonoma; le disfunzioni a carico del sistema muscoloscheletrico sono spesso associate a fenomeni di vasocostrizione, alterazione della sudorazione, alterazioni trofiche dei tessuti connettivi ed a manifestazioni atipiche di carattere doloroso che si esprimono con modificazioni a carico di cute, muscoli, articolazioni e nervi - Stam, 1996) che a livello generale (ad es. la Over Training Syndrome negli atleti - Lehmann,1993; Cramer,1998; Taunton,2002; Hug,2003; Meeusen,2004).

Scopo di questo lavoro è quello di verificare attraverso una revisione della letteratura quali siano i questionari per la valutazione dello stress utilizzati, quali abbiano ricevuto validazione e, alla luce dei risultati ottenuti, dare indicazioni su quelli che appaiono maggiormente applicabili nella pratica clinica del Fisioterapista che si occupa di problematiche muscoloscheletriche.

MATERIALI E METODI

Una prima ricerca è stata effettuata sui database Pedro e Medline, usando le parole chiave “stress assessment” /”stress questionnaire” AND “musculoskeletal pain”, selezionando numerosi articoli.

Una seconda ricerca è stata quindi effettuata immettendo, sugli stessi database, i nomi dei questionari al fine di ottenere gli articoli originali di validazione.

Criterio principale di inclusione è stato quello di prendere in considerazione articoli che mirassero alla validazione del questionario in oggetto, mentre sono stati esclusi questionari non validati.

Gli studi statistici a supporto della validazione dei questionari presi in esame si rivolgono prevalentemente a:

- affidabilità

Per verificare l’attendibilità delle risposte, cioè la stabilità delle misurazioni delle variabili, è stata applicata la tecnica del test-retest somministrando il questionario due volte a distanza di breve tempo e valutando la correlazione tra i punteggi parziali e totali delle due somministrazioni;

- validità per contenuto

Al fine di quantificare la validità per contenuto, ossia verificare che le scale dello strumento misurino effettivamente la dimensione che viene ipotizzata, gli Autori utilizzano un altro strumento già validato ed impiegato in precedenza, per studiare la correlazione tra le due misurazioni adoperando appositi “coefficienti di correlazione” (ad esempio Pearson, Cronbach’s alpha, ecc)

- validità concorrente

La validità concorrente viene utilizzata molto spesso nella validazione di test e scale psichiatriche. Secondo questa metodologia, per verificare l’effettiva misurazione della variabile ipotizzata, si utilizza un criterio esterno, spesso una diagnosi. Ne è esempio l’infarto acuto del miocardio, evento altamente stressante e di elevata intensità, minaccioso per l’integrità fisica e la sopravvivenza dell’individuo, tale da poter indurre modificazioni strutturali nella vita del soggetto colpito; produce sensazioni dolorose e modificazioni della cenestesi somatica e comporta costantemente un’ospedalizzazione. Evento, quindi, in grado di indurre reazioni psicofisiologiche suscettibili di un controllo sperimentale che consente di studiare le reazioni emozionali individuali allo stress acuto.

Ulteriori ricerche sono state effettuate su siti e testi dedicati (vedi bibliografia).

Ci si è avvalsi, nel reperimento di alcuni articoli, della Biblioteca Universitaria del Campus di Savona.

RISULTATI

Immettendo nei motori di ricerca dei database i termini “stress assessment OR stress questionnaire AND musculoskeletal pain “, sono stati reperiti 118 articoli.

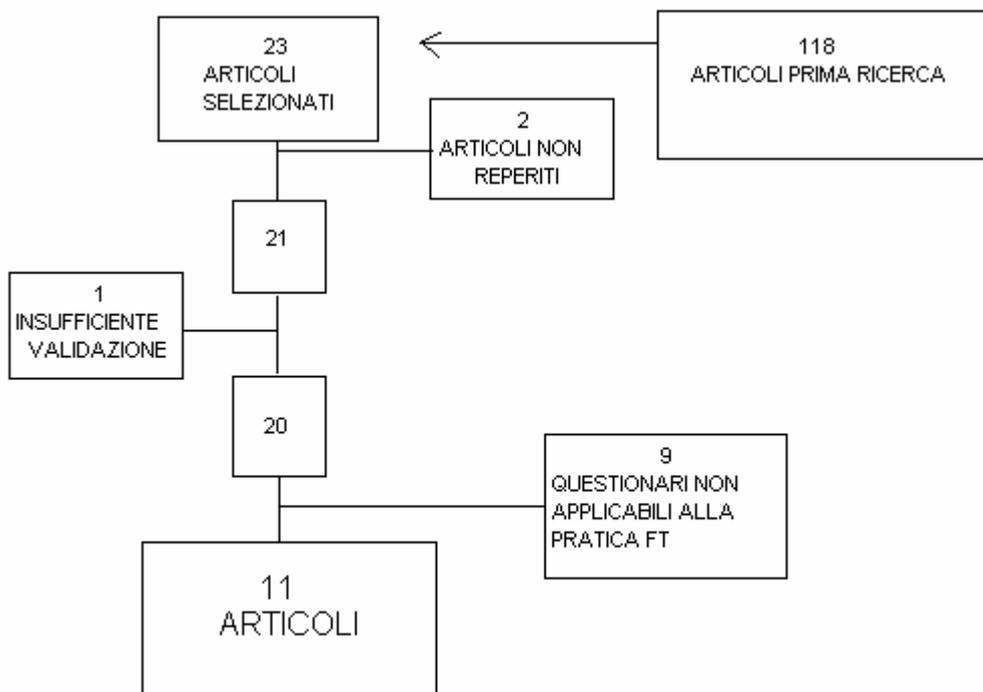
Da questi si è potuti risalire a 13 questionari per la valutazione dello stress in generale e 10 questionari per la valutazione dei disturbi da stress post-traumatico (DPTS).

Una seconda ricerca è stata eseguita immettendo il nome dei questionari per risalire, quando possibile, agli articoli originali di validazione .

Sono quindi stati esclusi 12 questionari, 2 perché non è stato possibile reperire e prendere in esame gli articoli originali, 1 perché non possedeva un’adeguata validazione e 9 perché più indicati per la ricerca in ambito psicologico/psichiatrico e poco applicabili nella pratica clinica del Fisioterapista.

Risultato finale sono 11 articoli, i cui questionari relativi (8 per lo stress in generale e 3 per i DPTS) sono stati analizzati in maniera più approfondita.

Tabella 1
Risultati



LO STRESS

Il termine “stress” - che letteralmente significa sforzo, tensione, sollecitazione - definisce la risposta con cui l'organismo reagisce a qualsiasi tipo di stimolo (stressor) che tenda a modificarne l'omeostasi, ossia l'equilibrio.

Oggi si tende a dare molto rilievo allo stress quale fattore di fondamentale importanza nella insorgenza di molti disturbi, da quelli nevrotici a quelli così detti “psicosomatici”, ma si tende a trascurare l'importanza dello stress quale fonte di benessere psicofisico; infatti, quando la sua “dose” è fisiologicamente accettabile si può parlare di “eustress” per differenziarlo dallo stress dannoso o “distress”. Lo stress, dunque, può avere valenze positive (quando non risulti eccessivo rispetto alle capacità di tolleranza individuali).

Hans Selye, ai primi del '900, definì la risposta di adattamento allo stress (GAS- Sindrome Generale di Adattamento) in tre fasi: una di allarme, una di resistenza o adattamento e - qualora lo stimolo perduri e non venga rimosso- una fase di esaurimento.

La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) e la medicina psicosomatica sono le discipline che maggiormente, negli ultimi decenni, si sono occupate di approfondire le ricerche sullo stress e sui suoi effetti.

STRESS E SISTEMA ENDOCRINO

Il sistema endocrino è uno strumento importante di comunicazione tra mente e corpo. Tutto il pool ormonale rappresenta il risultato dell'azione di trasformazione effettuata dall'ipotalamo: questo riceve lo stimolo e sintetizza neuropeptidi che danno inizio ad una cascata di eventi lungo l'asse ipotalamo-ipofisi-surrenalico (HPA).

Stimoli chimici, fisici, emozionali ecc. sono percepiti dal nostro organismo attraverso le informazioni raccolte dai cinque organi di senso convenzionali: questi eventi, recepiti ed interpretati dal sistema nervoso centrale, costituiscono gli “stimoli cognitivi”. Il sistema immunitario, in grado di riconoscere particolari sostanze endogene ma estranee all'organismo, quali virus, batteri, ecc. elabora a sua volta “stimoli non cognitivi”, (stimoli antigenici). I vari tipi di stimoli, esogeni ed endogeni, afferiscono in ultima analisi all'ipotalamo, zona che li relaziona con il resto dell'organismo.

Nel sistema nervoso centrale non esistono aree delle quali sia possibile dimostrare anatomicamente ed istologicamente il coinvolgimento nella regolazione di una specifica secrezione ipotalamica. Quasi tutte le sostanze per le quali è stato proposto il ruolo di neurotrasmettitore, (catecolamine, indolamine, acetilcolina, istamina, GABA ecc.) sono state identificate a livello ipotalamico e specialmente a livello dell'eminenza mediana, ma a tutt'oggi non esiste un accordo completo riguardo agli effetti di uno specifico neurotrasmettitore su uno specifico “fattore” od “ormone” ipofisiotropo.

La stimolazione ipotalamica sembra essere la conseguenza degli effetti integrati di vari neurotrasmettitori e neuropeptidi, stimolatori od inibitori, influenzati dal pH, dalla concentrazione locale di diversi ioni e dai livelli degli ormoni delle ghiandole bersaglio, nonché dagli ormoni ipofisari.

Comunque tanto gli stimoli cognitivi che quelli endogeni, non cognitivi, convergono verso l'ipotalamo e sono in grado di provocare da parte delle cellule secernenti ipotalamiche, prevalentemente localizzate nelle regioni parvicellulari dei nuclei paraventricolari, la liberazione di ormoni ipofisiotropi.

A questi secreti ipotalamici è stato dato il nome di “releasing” perché sono in grado di promuovere la liberazione degli ormoni ipofisari, ma, di fatto intervengono anche nella sintesi di questi ed hanno un effetto trofico sulle cellule ipofisarie. I vari releasing sono polipeptidi composti da un numero variabile di aminoacidi e sono indicati con la lettera F, fattore, quando la loro struttura non è perfettamente definita e con la lettera H, ormone,

quando al contrario la loro struttura è nota.

Il sistema immunitario, riconoscendo gli stimoli antigenici, non cognitivi, non soltanto elabora le risposte di difesa relative (ad es. produzione di anticorpi e varie sostanze citotossiche) ma, attraverso la produzione di particolari sostanze (le citochine ed altri peptidi), contatta la filiera ipotalamo-ipofisaria e la stimola alla produzione dei relativi ormoni che a loro volta, attraverso le ghiandole endocrine periferiche quali il surrene (cortisolo), modulano la risposta immunitaria.

Un'altra ghiandola endocrina, l'epifisi o ghiandola pineale, attraverso la sintesi di melatonina, modula tanto la secrezione ipotalamica, interferendo nei ritmi circadiani ed infradiani, che la risposta immunitaria.

Che il sistema nervoso centrale possa influenzare la risposta immunitaria è largamente dimostrato. La distruzione sperimentale dell'innervazione sensitiva delle articolazioni riduce l'intensità del processo infiammatorio articolare indicando che peptidi o neurotrasmettitori rilasciati localmente possono modificare il processo infiammatorio.

Il sistema nervoso può modulare il sistema immunitario in molti modi. Ciascuno degli ormoni dell'ipofisi anteriore è controllato dall'ipotalamo e la loro secrezione può essere influenzata da stimoli di origine sopra-ipotalamica come ad esempio il ritmo del sonno e stimoli fisici ed emozionali. D'altra parte ciascuno di questi ormoni ha un effetto, diretto o indiretto, sulla risposta immunitaria attraverso la secrezione delle rispettive ghiandole dipendenti.

Una seconda via di regolazione nervosa della funzione immunitaria è quella che si realizza attraverso il sistema nervoso simpatico mediante liberazione di catecolamine a livello delle terminazioni nervose autonome e della midollare del surrene. L'attivazione del sistema nervoso simpatico o l'iniezione di adrenalina causa leucocitosi, linfopenia (per sequestro) e inibizione dell'attività delle cellule natural-killer (NK). I principali organi immunoregolatori (linfonodi, timo, milza e placche intestinali di Peyer) sono abbondantemente innervati da fibre del sistema autonomo.

I neuroni sensitivi contengono una varietà di neurotrasmettitori e neuropeptidi che possono influenzare la funzione linfocitaria, la sostanza P, il polipeptide intestinale vasoattivo (VIP), l'angiotensina II, la somatostatina ed infine il peptide calcitonina gene-correlato. Il timo secreta anche molti peptidi immunoregolatori e la secrezione di alcuni di essi è direttamente regolata dal sistema nervoso autonomo (o indirettamente attraverso gli ormoni ipofisari). La sostanza P e la sostanza K, secrete dalle terminazioni delle vie afferenti sensitive, stimolano le cellule immunocompetenti a secernere le citochine infiammatorie.

L'integrazione, a livello ipotalamico, di stimoli provenienti dal sistema nervoso, da quello endocrino e da quello immunitario è dunque evidente: l'ipotalamo è il crocevia attraverso il quale gli stimoli cognitivi possono influenzare vari aspetti della patologia (Palagi, 1996)

LA RISPOSTA ALLO STRESS

Lo stress è la risposta dell'organismo a particolari stimoli indicati come stressors. Si tratta di stimoli cognitivi e non cognitivi in grado di evocare, attraverso la produzione ipotalamica dei vari releasing, un aumento della produzione e della liberazione ipofisaria di varie tropine tra le quali soprattutto l'ACTH (ormone che stimola la zona corticale delle ghiandole surrenali).

Da una review che raccoglie una rassegna di 43 studi sperimentali di psicoimmunologia condotti sull'uomo dal 1992 al 1998 (Biondi e Marino, 1999), è risultato che, all'analisi strettamente riguardante il sistema immunitario, viene associata in molti lavori una valutazione neuroendocrina sulla produzione di cortisolo, di catecolamine, sulla concentrazione plasmatica di GH e di prolattina. Tutto questo a conferma delle interazioni

esistenti tra sistemi endocrino, immunitario e nervoso. Sotto stress vi è una attivazione simpatica ed adrenomedullare e molte ricerche, condotte sia in vivo che in vitro, hanno mostrato l'attività svolta sul sistema immunitario da adrenalina e noradrenalina. In particolare la liberazione di catecolamine sotto uno stress acuto si è dimostrata essere correlata ad un incremento delle cellule NK (Grazzi,1993; Bretznitz,1998; Schmid-Ott, 1998).

Naturalmente accanto a ciò non si può non osservare come emerga, allo stato attuale delle conoscenze, l'ipotesi che lo stress induca una attivazione di tutto l'asse ipotalamo-ipofisario con aumento della cortisolemia, della prolattinemia e della produzione di altri ormoni e determini molte delle modificazioni immunitarie presenti nei risultati.

In condizioni normali (di "non-stress") l'attività dell'asse HPA è organizzata in forma di oscillazioni periodiche che descrivono un ritmo circadiano, in condizioni di stress si verifica un'ulteriore attivazione del sistema, che comincia con il riconoscimento dello stimolo (fisico, psico-sociale o metabolico) nel SNC. Lo stimolo viene quindi tradotto, a livello dell'ipotalamo medio-basale, in un segnale neurochimico specifico per la secrezione di ACTH dall'ipofisi.

Le variabili in grado di condizionare la risposta agli stressors sono la durata e la qualità dello stimolo e la valutazione cognitiva che ne viene fatta dal sistema nervoso centrale: la risposta può essere di breve durata (acuta) o, al contrario, persistere nel tempo (cronica). Nel corso della risposta acuta, il releasing corticotropinico (CRH), provoca attraverso la stimolazione del locus ceruleo, la liberazione di importanti quantità di noradrenalina, il neurotrasmettitore responsabile di caratteristiche modificazioni comportamentali (attivazione adrenergica): ipervigilanza, abbassamento della soglia dei riflessi, anoressia, riduzione della libido, tachicardia, ipertensione arteriosa sistemica.

La principale azione del CRH è tuttavia quella di determinare la secrezione da parte dell'ipofisi della corticotropina ipofisaria o ormone adeno-cortico-tropo, ACTH, l'ormone che induce la zona corticale delle ghiandole surrenali alla produzione di cortisolo ed altri steroidi e di altri derivati.

Il cortisolo, raggiunto un determinato livello ematico, inibisce la produzione di ACTH e quindi la stimolazione della corteccia surrenalica (feed-back negativo). La stimolazione surrenalica, in molte condizioni assume un aspetto persistente nel tempo; le conseguenze a medio e lungo termine dell'ipercorticosurrenalismo, oltre alla riduzione delle difese alle aggressioni esterne, sono rappresentate da alterazioni vascolari, ipertensione arteriosa, alterazioni metaboliche complesse ecc.. Sui meccanismi attraverso i quali particolari stimoli cognitivi, ad esempio psicosociali, possono sostenere una stimolazione persistente (cronica) del sistema ipofisi- surrene, può essere interessante ricordare l'ipotesi di Laborit, secondo il quale l'inibizione dell'azione avrebbe da sola questa capacità. L'inibizione dell'azione si realizza quando una pulsione non può arrivare ad esprimersi per una mancata identificazione sia degli stimoli che dei modelli cognitivi di riferimento. Afferma Laborit "quando non si possono realizzare né ricompense, né fuga, né lotta ... si ha un incremento a feed-back positivo di ACTH e cortisolo, che si mantiene fin tanto che non interviene l'atto gratificante in grado di spezzare il circolo vizioso".

Il feed-back positivo tra ACTH e cortisolo, e pertanto la persistente condizione di ipercortisolemia, sarebbe responsabile, attraverso l'inibizione delle interleuchine, della riduzione delle difese immunitarie, dell'ipertensione arteriosa sistemica oltre che di complesse alterazioni metaboliche.

VALUTAZIONE COGNITIVA DELLO STRESSOR

Uno stimolo può essere valutato come potenzialmente minaccioso e determinare un'attivazione emozionale da stress per diversi motivi: perché troppo intenso (quantitativamente eccessivo); perché insolito (qualitativamente anormale); perché agisce per troppo tempo (temporalmente esorbitante). Quando lo stimolo si dimostra soverchiante rispetto alle capacità di risposta adattiva esso diventa talmente nocivo da provocare manifestazioni morbose.

Negli animali si può evidentemente escludere una "mediazione cognitiva", perché mancano una coscienza di Sé e delle funzioni psichiche paragonabili a quelli umani; pertanto, negli animali, gli stimoli fisici (prevalentemente) e ambientali e sociali (meno frequentemente) si mobilitano innate risposte biologiche e comportamentali di adattamento, anche se le ricerche avviate da Ivan P. Pavlov hanno consentito di accertare che determinati organi viscerali dell'animale possano "apprendere" un riflesso/risposta in seguito non soltanto a condizionamenti esterni ma anche in seguito a stimoli provenienti esclusivamente dall'interno dell'organismo. Tali risposte sono le più varie: dalla reazione neurovegetativa, alle modificazioni metaboliche, alla risposta immunitaria.

Dunque, oltre ai fattori fisici, ambientali, alimentari, infettivi - che costituiscono le principali minacce per il mondo animale - la risposta di stress nell'essere umano trova motivi di complicazione nei fattori psicologici e sociali che lo contraddistinguono. Lo stress psicosociale deriva da alcune peculiari caratteristiche della psiche umana che sarà bene sintetizzare brevemente.

La condizione psicofisica dell'individuo è il risultato di tutte le influenze che su di esso hanno agito più o meno direttamente sino al quel momento (percorso esperienziale) in connessione con i fattori genetici e costituzionali nel loro intreccio dinamico con i fattori culturali, ambientali, educativi, e così via. Il fatto saliente è che qualsiasi accadimento esterno - che però "appartenga" ad un individuo perché in qualche modo lo riguarda o fa parte della sua vita - diventa un avvenimento soggettivo quale contenuto psichico; ciò in virtù dell'elaborazione psicologica che, però, risente delle disposizioni personologiche basiche del soggetto. In altri termini, l'evento oggettivo nel diventare soggettualizzato, dunque nel divenire evento psichico interno, subisce un'azione plasmatrice che risente dell'interezza delle caratteristiche psichiche specifiche di quell'individuo. Infine, bisogna considerare che l'elaborazione cognitiva da parte dell'individuo (la sua personale valutazione cognitiva dello stimolo) è un'operazione mentale che, per quanto breve, richiede pur sempre, perché si completi, un certo lasso di tempo. Pertanto, la risposta psico-comportamentale allo stressor è non-sincronica rispetto all'immediatezza con cui avviene la risposta a livello biologico. Inoltre, va considerata l'importanza, anche simbolica, che per l'essere umano hanno le istituzioni, la gerarchia, il potere, lo status sociale, il contesto ambientale, gli avvenimenti relazionali, le situazioni affettive: è per questo motivo che l'uomo trova proprio nell'ecosistema sociale, che si è costruito, alcune fondamentali e continuative cause di stress. Infine, bisogna tenere presente che alcune facoltà psichiche tipicamente umane - come il ricordare, il fantasticare o il creare simboli - costituiscono a loro volta fonti continue di stimoli, potenzialmente stressanti, non derivanti dal mondo esterno (Anania, 2005).

Analizzati alcuni degli aspetti squisitamente fisiologici degli effetti dello stress sull'organismo, se si vuole comprendere appieno l'importanza che i fattori stressanti rivestono nell'insorgenza, decorso ed esito delle malattie, occorre fare riferimento alla definizione che del fenomeno stress hanno dato Lazarus e Folkman: "lo stress psicologico è caratterizzato dal fatto che l'individuo percepisce le sfide che l'ambiente gli pone come troppo gravose ed eccedenti le sue risorse, come fattori in grado di mettere a rischio il suo benessere" (Lazarus, 1984). Secondo questa ormai celebre definizione, la

precondizione affinché si produca il fenomeno stress è che il soggetto sia in relazione con l'ambiente e che vi sia da parte sua una sopravvalutazione dell'evento unitamente ad una sottovalutazione delle proprie capacità di farvi fronte. Queste operazioni cognitive che l'individuo compie nell'elaborare le informazioni relative all'evento stressante producono uno stato di allarme nell'organismo e pertanto una sensazione di precarietà e di diminuito benessere. L'impatto stressogeno di un evento non è quindi determinato esclusivamente dalle condizioni oggettive, ma anche dal modo in cui il soggetto valuta se stesso in rapporto all'evento. Da ciò segue che anche eventi marginali possono essere valutati soggettivamente come gravosi ed eccedenti le proprie capacità di adattamento, costituendo quindi un'importante fonte di stress e contribuendo all'insorgenza di disturbi. Queste considerazioni segnalano semplicemente un'esigenza, quella di integrare e di tenere conto sia delle caratteristiche obiettive (aspetti oggettivi) della situazione stressante, sia del modo di elaborare l'informazione da parte del soggetto (aspetti soggettivi). Infatti, qualsiasi stressor, prima di indurre un'attivazione emozionale, dev'essere sottoposto al filtro della valutazione cognitiva che dà l'individuo in base alla sua storia, alle sue esperienze ed alle sue aspettative (Sonino, 1998)

EVENTI STRESSANTI

Gli eventi stressanti sono valutabili secondo il loro grado di intensità (basso, leggero, rilevante, intenso, grave, estremo) pertanto, variano, secondo una scala che varia anche in rapporto all'età in cui si deve compiere lo sforzo di adattamento. Dal punto di vista dello stress lavorativo possiamo considerare, secondo una scala crescente, i seguenti esempi:

- lievi contrarietà, piccoli problemi da affrontare e risolvere, variazioni dalla routine (ad esempio, affrontare un viaggio di lavoro o, per un minore, iniziare un nuovo anno scolastico; ecc.);
- piccoli cambiamenti esistenziali (ad esempio, un trasloco in una nuova sede lavorativa, l'aumento di responsabilità lavorative, un lavoro notturno abituale o, per un minore, il cambiare scuola; ecc.);
- significativi cambiamenti esistenziali, problemi acuti o continuativi, situazioni di perdita non irreparabile (ad esempio, l'inizio di nuova attività lavorativa, un costante insuccesso nel lavoro, ambiente e/o condizioni di lavoro continuativamente disagiati od opprimenti, incidente nel lavoro, perdita di un collega o, per un minore, costante insuccesso scolastico, emarginazione da parte dei compagni, vessazioni da parte di un insegnante; perdita di un compagno di classe; ecc.);
- eventi esistenziali acuti o cronici intensamente subiti (ad esempio, subire mobbing, licenziamento, pensionamento, malattia invalidante, emigrazione, o, per un minore, disabilità, il subire abuso o sottostare ad educazione severa, istituzionalizzazione; ecc.);
- lutto, gravi perdite o situazioni irreparabili (ad esempio, dissesto finanziario, totale perdita della capacità lavorativa o, per un minore, il subire aggressione fisica menomante o violenza sessuale; ecc.);
- situazioni annichilenti o catastrofiche (sciagure, calamità naturali; terremoto, maremoto; ecc.).

LOCUS OF CONTROL

L'espressione locus of control designa la percezione da parte dell'individuo di riuscire o meno ad operare in modo significativo sulla propria realtà sociale. Il locus of control interno si riferisce alla sensazione di possedere la capacità di incidere sugli avvenimenti e, pertanto, di poterli controllare attivamente; al contrario, il locus of control esterno, come già detto, è la sensazione che gli avvenimenti si realizzino in modo del tutto estraneo alla capacità di influenzarli.

Sotto quest'ottica, di estremo interesse risulta la capacità delle persone, quando sono sottoposte a eventi stressanti, di adottare adeguate strategie di coping sia ricercando un nuovo equilibrio in relazione alle mutate condizioni, sia evitando di perdere l'autostima. Non va trascurata, tra le risorse esterne di coping, l'importanza sia del supporto sociale sia delle risorse finanziarie, tenuto conto dell'alto costo economico che ha oggi la tutela della salute individuale; chiaramente, quanto maggiori sono le risorse finanziarie tanto maggiori saranno le possibilità di adottare anche modelli di coping alternativi a quelli non strettamente medicali.

I QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DELLO STRESS

L'elemento che forse meglio caratterizza tutto il settore delle scienze è quello della misurazione: Galilei, se da un lato affermava che "senza fantasia non si può fare matematica", dall'altro sosteneva anche che "tutto ciò che è scientifico deve essere anche misurabile", riducibile cioè ad un dato numerico. L'uomo, in effetti, ha sempre cercato di identificare e definire delle unità di misura capaci di dar conto, in termini assoluti e relativi, delle caratteristiche dei fenomeni naturali.

La misurazione è fondamentale anche nelle scienze mediche, tanto nella ricerca quanto nella pratica clinica, poiché:

- contribuisce in maniera sostanziale alla definizione dei problemi e degli obiettivi da raggiungere;
- aiuta a standardizzare e ad obiettivare l'oggetto del nostro interesse;
- consente una verifica affidabile degli effetti del trattamento in modo da apportare i cambiamenti che si possano rendere necessari;
- fornisce, attraverso l'uso di procedure che possono essere condivise da altri, una base per confrontare i risultati di differenti strategie di intervento.

I pazienti forniscono, di solito, descrizioni globali o mal definite dei loro disturbi ed una valutazione obiettiva risulta possibile soltanto se si ridefiniscono tali problemi in termini più analitici, se si riconducono, cioè, ai loro elementi costitutivi. Su questa base sono nate le Rating Scale (RS) ed i Questionari, strumenti, cioè, capaci di fornire una rappresentazione quantitativa dei fenomeni psichici e del comportamento, che hanno consentito di standardizzare parametri e criteri di valutazione al fine di ridurre al massimo la soggettività dell'osservazione e di ottenere dati confrontabili, riproducibili ed analizzabili con le comuni analisi statistiche (Conti, 2002).

Il presupposto essenziale che sta alla base di queste forme di indagine è che, ferma restando la soggettività del vissuto umano normale e patologico, sia possibile tradurre l'osservazione in forma numerica, quantitativa, in modo tale da poterla analizzare con le tecniche di analisi statistica.

Reazioni emozionali ed attivazione psicofisiologica dell'organismo possono essere valutate in modo obiettivo mediante tecniche appropriate: si tratta di dosaggi del livello plasmatico degli ormoni circolanti, di dosaggi delle catecolamine libere urinarie, di registrazioni dell'attività elettrodermica, della risposta vascolare periferica, della risposta cardiocircolatoria, dell'attività elettromiografica... Esami di laboratorio, quindi, più o meno raffinati, a volte costosi e comunque non di competenza di un Fisioterapista.

Il questionario, appunto, rappresenta una valida alternativa: uno strumento affidabile, pratico, economico, facilmente proponibile al paziente e di rapida somministrazione.

Le nostre conoscenze sull'autovalutazione della reazione di stress sono dovute, in gran parte, allo Stress Inventory-5, un questionario di 98 item che riportano le più comuni manifestazioni fisiche di stress che i soggetti riportano (Smith e Seidel, 1958). Tali item sono stati selezionati in varie fasi a partire da un pool di circa 1500.

Nella risposta di stress comunemente riportata,

- si possono identificare 18 fattori, interpretabili con sufficiente chiarezza (v. Tabella 2)
- si riscontrano, tra maschi e femmine, solo alcune ovvie e banali differenze;

- le manifestazioni che presentano la massima preminenza sono quelle relative al cosiddetto “distress gastrico” (disturbi e dolori di stomaco, bruciori, pesantezza, acidità...);
- le manifestazioni ulteriori, di maggior rilievo, si riferiscono a difficoltà a livello cardiorespiratorio, a tensione muscolare ed irrequietezza psicomotoria, a cefalea.

Tabella 2
Reazioni di stress

Reazioni di stress comunemente riportate Stress Inventory-5 Da Smith e Seidel, 1982
1- distress gastrico 2- attività cardiorespiratoria 3- irrequietezza motoria 4- tensione ed eccessiva consapevolezza 5- sensazioni di fatica e mancanza di energia 6- mal di testa 7- problemi di traspirazione e temperatura 8- sensazioni di pesantezza e cattiva forma 9- mal di schiena 10- tensione nelle spalle, nel collo e nella schiena 11- problemi della pelle 12- problemi evacuativi 13- percezioni di incoordinazione motoria 14- occhi lacrimosi 15- tensioni muscolari 16- tremori 17- sensazioni di secchezza 18- (fattore non interpretabile) 19- cambiamenti di appetito

Il prototipo dei questionari in tale ambito è stato fornito storicamente dall'Autonomic Perception Questionnaire (Mandler, Mandler e Uviller, 1958); oggi però è evidente che l'APQ misura una variabile piuttosto specifica, e cioè il livello di capacità che un soggetto possiede nella discriminazione fine delle reazioni neurovegetative più comuni, in particolare quelle connesse ad ansia.

Un questionario più evoluto ed ampio è l'Autonomic Nervous System Response Inventory (Waters et al., 1984). L'ANSRI richiede al soggetto di immaginare situazioni esemplificative di diverse condizioni emozionali (paura, rabbia, tristezza e gioia); il soggetto risponde agli item dell'inventario più volte, in relazione alle diverse condizioni immaginative.

Diversi questionari di carattere generale prevedono alcuni item che indagano la risposta psicofisiologica del soggetto. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) contiene diversi item riferentesi a reazioni psicofisiologiche: essi sono distribuiti tra più scale ma, a quanto riportano gli autori, possono venire raccolti in un unico fattore di “reazione somatica” (Dahlstrom, Welsh e Dahlstrom, 1972). Item che indagano reazioni e disturbi psicofisiologici sono presenti di regola nei vari inventari per l'ansia e la depressione. Voci analoghe si ritrovano nella scala N dell'Eysenck Personality

Questionnaire, non diversamente che nei questionari che furono precursori di tale test.

Si rivolgono al problema dello stress alcuni questionari più specifici che sono stati introdotti anche in Italia; si tratta di scale per la valutazione degli eventi stressanti come la Schedule of Recent Experience e la Social Reajustment Rating Scale (Holmes e Rahe, 1967), la Life Experience Survey (Sarason, Johnson e Siegel, 1978) e la "Scala Paykel" (Paykel, Prusoff e Uhlenhuth, 1971; Fava e Osti, 1982): esse tendono tutte ad evidenziare la presenza nella storia del soggetto di eventi stressanti, i quali possono costituire fattori di rischio e concorrere all'insorgenza di una condizione di distress e/o di disturbo psicologico.

Sulla base dei risultati di una serie di studi, Holmes e Rahe avevano proposto, nel 1967, una sorta di "standardizzazione" del peso dei life events nel senso che il "significato totale" di un evento sarebbe composto da una quota "di gruppo" (il significato, cioè, che sia l'individuo che gli altri membri del suo gruppo sociale attribuiscono all'evento), che è abbastanza stabile e che rappresenta mediamente i 2/3 del significato totale, e da una quota "personale", molto più variabile e polimorfa. Secondo Faravelli (1985), nei pazienti psichiatrici la quota "personale" dei life events aumenta nettamente a discapito di quella "di gruppo", fino addirittura all'inversione delle proporzioni.

Le scale di life events più diffuse sono di due tipi, scale normative e scale soggettive.

Le scale normative hanno alla base la tecnica utilizzata da Holmes e Rahe e che abbiamo appena descritto: agli eventi ritenuti mediamente più importanti e più frequenti è stato assegnato un "peso" derivandolo da studi sulla popolazione generale e su campioni di pazienti psichiatrici, peso che rappresenta il potenziale impatto medio dell'evento sul soggetto. Per quanto un procedimento di questo genere possa apparire superficiale o grossolano (uno stesso evento, ad esempio, può avere significato diverso per soggetti diversi o addirittura per lo stesso soggetto in tempi diversi!), è anche vero però che, a parte l'esistenza di una sorta di gerarchia spontanea di importanza degli eventi, nello studio dei gruppi le differenze interindividuali tendono ad annullarsi portando ad un valore medio che non si discosta significativamente dai valori di taratura. Peraltro, la validità di queste metodiche è stata dimostrata dai numerosi studi sul rapporto tra life events e malattia, sia psichica che somatica.

Alla tecnica normativa, si contrappone quella soggettiva nella quale è il soggetto che, individuato l'evento stressante, ne valuta l'importanza che ha avuto per lui in quella circostanza.

Questa tecnica si presta, peraltro, al rischio che la ricerca degli eventi sia pesantemente condizionata dal fatto di avere (o avere avuto) la malattia: il soggetto che ha una faringite darà valore di evento all'aver preso freddo, mentre l'amico, che pure ha preso freddo assieme a lui ma non ha accusato alcun disturbo, darà dell'evento una valutazione completamente diversa.

Strumento normativo per eccellenza è la Social Readjustment Rating Scale - SRRS di Holmes e Rahe (1967), una lista dei 43 eventi considerati più importanti e più frequenti nella vita di un uomo, ai quali è assegnato, in base a studi condotti sulla popolazione generale e su gruppi di interesse psichiatrico, un punteggio che esprime la potenzialità di impatto medio di ciascun evento.

La scala di life events probabilmente più conosciuta e di più largo impiego è l'Interview for Recent Life Events - IRLE di Paykel e collaboratori (1971), anch'essa di tipo normativo, che può essere considerata come una radicale revisione della SRRS, i cui item sono stati portati a 61. La scala di Paykel prende in considerazione gli ultimi sei mesi e suddivide gli eventi in 10 categorie (lavoro, educazione, problemi economici, salute, lutto, emigrazione, vita sentimentale, problemi legali, relazioni familiari ed area coniugale) e di ciascun evento richiede di valutare (su una scala da 1 a 5) l'indipendenza dalla malattia e l'impatto oggettivamente negativo; la valutazione viene effettuata mediante un'intervista

semistrutturata e validata successivamente mediante un punteggio liberamente attribuito dal paziente stesso. Abbiamo riportato nella Tabella 2 gli item della scala di Paykel con il loro valore normativo. Nella versione italiana, curata da Fava e Osti (1982), gli eventi sono stati portati a 63.

Fra le liste di life events che si basano sul metodo soggettivo, quello cioè che richiede che la valutazione dell'importanza dell'evento sia fatta dal soggetto stesso, ricordiamo il Recent Life Change Questionnaire - RLCQ (Rahe et al., 1974), il Life Experience Survey - LES (Sarason et al., 1978) ed il Life Events Questionnaires - LEQ (Horowitz et al., 1977).

Il Life Experience Survey propone una serie di item per ciascuno dei quali il paziente deve valutare, su di una scala a 7 punti (da -3= evento estremamente negativo, a +3= evento estremamente positivo, passando per 0= nessun effetto), l'impatto psicoemotivo; in questo modo si ottengono due distinti punteggi, uno per il cambiamento positivo ed uno per il cambiamento negativo.

Il Life Events Questionnaires di Horowitz e collaboratori è un'ulteriore evoluzione rispetto ai due precedenti: nell'ipotesi che la distanza di tempo tra il verificarsi dell'evento e l'insorgenza del disturbo psichiatrico modifichi il peso dell'evento stesso, tiene conto dell'intervallo di tempo trascorso dal verificarsi dell'evento al fine di assegnargli un punteggio diversificato. Così, ad esempio, la morte di un figlio o del coniuge "pesa" 90 se è avvenuta entro il mese precedente, 81 fino a 6 mesi, 67 fino ad un anno, 50 fino a 2 anni e 32 oltre 2 anni, mentre la morte di un genitore, di un fratello o di una sorella pesa, rispettivamente, 79, 70, 51, 34 e 22.

Non possiamo chiudere questo paragrafo senza fare un breve cenno ai cosiddetti fattori protettivi verso i quali, negli ultimi anni, si è appuntata l'attenzione di alcuni Autori. L'ipotesi è che, accanto ai life events ed in loro contrapposizione, alcuni eventi psicosociali possano avere un ruolo protettivo. Secondo gli Autori che hanno avanzato questa ipotesi, determinate condizioni psicosociali, come la presenza di figure di riferimento efficienti a cui rivolgersi in particolari momenti della vita, l'esistenza di una "rete sociale", costituita da legami significativi di vario tipo (affettivi, culturali, professionali, eccetera), l'acquisizione di adeguate strategie di coping, cioè di gestione della situazione, potrebbero antagonizzare con maggiore o minore efficacia l'azione di esperienze e di eventi psicotraumatici. Questi fattori potrebbero entrare in gioco anche quando la patologia si è comunque manifestata contribuendo alla sua risoluzione.

Alcuni eventi positivi, definiti come Positive Life Change (PLC), favorirebbero la guarigione dei disturbi depressivi ed ansiosi. Si tratta di eventi che comportano importanti cambiamenti, o che neutralizzano life events, o che consentono la realizzazione di progetti o il raggiungimento di uno scopo, o che producono stabilità, eccetera. Questi PLC sarebbero più frequenti nei 3 mesi precedenti la guarigione di un episodio depressivo o ansioso.

PLC che favoriscono l'aumento di speranza, la possibilità di ricominciare, agirebbero di più sulla depressione, quelli che consentono maggiore sicurezza e stabilità agirebbero di più sull'ansia (Needles e Ambramson, 1990).

Tabella 3

LISTA DEGLI EVENTI STRESSANTI DELLA INTERVIEW FOR RECENT LIFE EVENTS
DI PAYKEL CON IL LORO VALORE NORMATIVO

	EVENTO	VALORE		EVENTO	VALORE
1	Morte di un figlio	19,33	31	Conflitti con familiari non conviventi	12,11
2	Morte del coniuge	18,76	32	Trasferimento in un altro paese	11,37
3	Sentenza di carcerazione	17,60	33	Menopausa	11,02
4	Morte di un familiare stretto	17,21	34	Difficoltà finanziarie moderate	10,91
5	Infedeltà del coniuge	16,78	35	Separazione da una persona significativa	10,68
6	Grosse difficoltà finanziarie	16,57	36	Sostenere un esame importante	10,44
7	Crollo negli affari	16,46	37	Separazione dal coniuge non conflitt. conflitt	10,33
8	Licenziamento	16,45	38	Cambiamento negli orari di lavoro	9,96
9	Aborto o figlio nato morto	16,34	39	Nuova persona in casa	9,71
10 00	Divorzio	15,93	40	Pensionamento	9,33
11	Separazione coniug.dovuta a conflitti	15,93	41	Cambiamento condizioni di lavoro	9,23
12	Chiamata in giudizio per violaz. legge	15,79	42	Cambiamento nel tipo di lavoro	8,84
13	Gravidanza non desiderata	15,57	43	Rottura con il/la ragazzo/a	8,80
14	Ricovero in ospedale di un familiare	15,30	44	Cambiamento di residenza (nuova città)	8,53
15 5	Disoccupazione per un mese	15,26	45	Cambiamento nella scuola	8,15
16	Morte di un caro amico	15,18	46 4	Termine degli studi	7,61
17	Retrocessione nel lavoro	15,05	47	Un figlio lascia la casa	7,20
18	Grave malattia fisica personale	14,61	48	Riconciliazione coniugale	6,95
19	Inizio di relazione extraconiugale	14,09	49	Violazione della legge di grado lieve	6,05
20	Perdita di oggetti personali di valore	14,07	50	Nascita di un figlio vivo (per la madre)	5,91
21	Causa legale	13,78	51	Gravidanza della moglie	5,67
22	Insuccesso accademico	13,52	52	Matrimonio	5,61
23	Matrimonio del figlio senza consenso	13,24	53	Promozione	5,39
24	Rottura di fidanzamento o relazione	13,23	54	Malattia fisica personale minore	5,20
25	Aumento dei conflitti coniugali	13,02	55	Trasloco (nella stessa città)	5,14
26	Aumento dei conflitti con familiari	12,83	56	Nascita di un bambino (per il padre),adoz.	5,13
27	Aumento dei conflitti con fidanzato/a	12,66	57	Inizio della scuola	5,09
28	Grosso debito	12,64	58	Fidanzamento del figlio	4,53
29	Partenza del figlio per serv.militare	12,32	59	Fidanzamento	3,79
30	Conflitto con il capo o collaboratori	12,21	60	Gravidanza desiderata	3,56
			61	Matrimonio figlio con consenso	2,94

IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

Una trattazione a sé stante merita la valutazione dei disturbi correlati ad eventi traumatici importanti ed allo stress che da questi può derivare (vedasi ad es. la sintomatologia stress-correlata nei WAD - whiplash associated disorders).

L'idea che catastrofi o esperienze di notevole impatto emotivo possano determinare sintomi caratteristici è nota da tempo. Le descrizioni non mediche di questi fenomeni sono certamente più antiche delle varie categorie diagnostiche. Solo nel 1980, con la stesura del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), è stata introdotta una categoria diagnostica specifica per tali quadri clinici, il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) sulla base di un'ipotesi sostenuta da vari studi, in particolare da quelli condotti sui reduci della guerra del Vietnam. I disturbi psichici conseguenti all'esperienza di un evento estremo (aggressioni, guerre, disastri naturali e tecnologici, ma anche postumi di incidenti stradali) risultavano abbastanza caratteristici, specifici e costanti, sia sul piano eziologico che su quello fenomenologico, per giustificare la costruzione di una rubrica nella classificazione dei disturbi mentali.

Il concetto di DPTS ha preso così il posto di quello più vecchio di nevrosi traumatica o nevrosi post-traumatica: la ripetuta esperienza di rivivere l'evento (ricordi ricorrenti ed intrusivi, flashback, sogni angoscianti ricorrenti), l'evitamento degli stimoli associati al trauma (luoghi, attività, conversazioni sull'argomento), il distacco emotivo dall'ambiente, i sintomi persistenti di ipervigilanza (disturbi del sonno, irritabilità, esagerate risposte d'allarme), i disturbi della concentrazione e della memoria, costituiscono le manifestazioni tipiche del disturbo.

Contrariamente a quanto ritenuto in passato, l'esposizione ad uno stressor estremo non costituisce la "conditio sine qua non" per lo sviluppo del DPTS. Nel DSM-IV non sussiste più la soglia quantitativa "catastrofica" nel criterio che definisce l'evento traumatico. Per porre diagnosi di DPTS non è più necessaria l'esposizione ad un evento "al di fuori dell'esperienza umana consueta".

Una crescente mole di dati ha infatti sottolineato l'importanza di fattori di rischio quali predisposizione genetica, familiarità psichiatrica, età all'epoca dell'esposizione allo stressor, tratti di personalità, pregressi problemi comportamentali e psicologici, esposizione a precedenti eventi stressanti.

Non entreremo qui nello specifico dei criteri diagnostici del DPTS né nel dibattito tuttora aperto sulla specificità diagnostica del disturbo, ma non possiamo sottrarci dal farne un breve cenno.

Per quanto attiene ai criteri diagnostici, il DSM IV prende in considerazione quattro cluster sintomatologici:

- i sintomi legati alla ri-presentazione del vissuto traumatico;
- l'evitamento degli stimoli associati al trauma;
- l'attenuazione della reattività generale;
- le manifestazioni di ipervigilanza.

L'elemento più caratteristico del DPTS è la ri-presentazione del vissuto traumatico che più frequentemente si manifesta sotto forma di ricordi dell'evento, con carattere invasivo e ricorrente, esperiti con partecipazione affettiva più o meno intensa e reminiscenza sensitivo-sensoriale di grado variabile

Di fronte ad uno stressor, l'organismo reagisce con un'attivazione autonoma che consente al soggetto di affrontare in maniera efficace la situazione; una volta che lo stressor è stato affrontato e superato, l'organismo ritorna al livello basale di arousal. Nei pazienti con DPTS questo meccanismo adattivo appare compromesso.

Poiché gli stimoli che possono risvegliare, anche solo in parte, il ricordo del trauma

provocano intenso disagio, i pazienti con DPTS si sforzano di evitare gli stimoli associati al trauma (pensieri, situazioni, oggetti o attività). In certi casi, l'impegno profuso nell'evitamento di qualsiasi stimolo associato al trauma, finisce per interferire pesantemente con l'attività quotidiana.

Nel paziente con DPTS è presente un'attenuazione della reattività generale, uno stato di intorpidimento, insensibilità o paralisi emozionale-affettiva ("numbing") che porta ad una limitazione della gamma affettiva, al disinvestimento dalla famiglia, al ritiro sociale, al distacco ed all'estraneamento dall'ambiente.

In studi sugli individui a rischio, la probabilità di sviluppare un DPTS varia in funzione del trauma subito: si va dal 30% dei casi che hanno subito traumi emozionali gravi generici, al 100% dei bambini vittime di un incidente stradale (Terr, 1983).

Pertanto, oltre alla valutazione dell'evento traumatico e del suo specifico impatto emotivo, è essenziale, per evitare una sottostima del disturbo, una corretta e circostanziata analisi della sintomatologia, che, nella sua tipicità, contribuisce alla diagnosi in misura quanto meno equivalente alle caratteristiche del trauma.

I QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DEL DPTS

Dal momento in cui il DPTS è stato definito come entità clinica autonoma, sono stati approntati strumenti standardizzati per la sua diagnosi e per la sua valutazione.

La diagnosi di DPTS può essere fatta utilizzando strumenti diagnostici standardizzati.

La Structured Interview for PTSD - SI-PTSD (Davidson, 1989), basata sui criteri diagnostici del DSM-III, rende possibile la distinzione tra i sintomi legati al trauma specifico preso in considerazione e quelli dovuti ad altri traumi non strettamente correlati. La scala registra la presenza e la gravità dei 17 criteri diagnostici del DSM-III per il DPTS: 4 item valutano la ri-presentazione dell'esperienza traumatica, 7 i sintomi di evitamento e 6 i sintomi di ipervigilanza. La diagnosi può essere fatta se sono presenti, nel mese precedente la valutazione, almeno un sintomo di ri-presentazione dell'esperienza, tre di evitamento e due di ipervigilanza.

Diretta derivazione della SI-PTSD è la Self-Rating Scale for PTSD - SRSPTSD (Carlier et al., 1998), una scala diagnostica di autovalutazione i cui 17 item corrispondono ai 17 criteri diagnostici del DSM.

Più recente e interessante è la Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS (Blake et al., 1990), basata sul DSM-III-R, che valuta ogni sintomo sia per frequenza che per intensità. La scala, messa a punto presso il National Center for PTSD, oltre ai 17 sintomi compresi nei criteri diagnostici del DSM-III-R, valuta altre otto caratteristiche comunemente associate al DPTS. Nel 1997 la scala è stata adattata al DSM-IV (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV). Due sono le forme disponibili, una valuta i sintomi presenti durante l'ultima settimana (One Week Symptom Status Version - CAPS SX) ed una quelli presenti attualmente o manifestatisi durante tutto l'arco della vita (Current and Lifetime Diagnostic Version - CAPS-DX); nel secondo caso viene chiesto al soggetto intervistato se c'è mai stato, dopo il trauma, un periodo durante il quale i sintomi si sono presentati e sono stati presenti per almeno un mese. Un manuale fornisce, per ogni item della CAPS, domande predefinite ed illustra caratteristiche comportamentali.

La sua attendibilità, la sua coerenza interna e validità, valutate sui veterani del Vietnam, sono risultate più che adeguate. Queste stesse caratteristiche sono state convalidate anche per una versione olandese messa a punto per la valutazione di soggetti traumatizzati durante l'infanzia, l'adolescenza o la giovinezza (CAPS-C) (Hovens et al., 1994). La CAPS è uno strumento particolarmente adatto per la ricerca piuttosto che per la pratica clinica.

Uno strumento molto agile è la Eight-item Treatment-Outcome Post-Traumatic Stress Disorder - TOP-8 (Davidson e Colket, 1997), messa a punto allo scopo di valutare il DPTS mediante una breve intervista. La scala è stata formulata a partire da una più ampia scala di valutazione che prendeva in considerazione gli item che più frequentemente ricorrono in una popolazione di soggetti traumatizzati che, nel tempo, rispondevano positivamente al trattamento. Gli 8 item sono espressione di tutti e tre i cluster del DPTS e si sono dimostrati altamente sensibili nel cogliere le differenze negli studi di confronto tra farmaco e placebo.

Nella stessa linea si colloca anche la Short Screening Scale for DSM-IV PTSD, che è un'intervista diagnostica strutturata ricavata, con poche modifiche, dalle sezioni dedicate al DPTS della DIS e del CIDI. La scala si propone di valutare i sintomi, l'andamento durante l'intero arco della vita, la durata e la compromissione funzionale di soggetti esposti ad eventi traumatici secondo la definizione del DSM-IV. Detta anche "scala dei sette sintomi", è composta da 7 item, 5 appartenenti al sottogruppo dell'evitamento/ottundimento e 2 a quello dell'arousal; è caratterizzata da alti valori di previsione, sia positiva che negativa, e da elevata specificità e sensibilità. Per queste sue caratteristiche permette di distinguere con buona precisione pazienti con DPTS da quelli

non affetti dal disturbo (il cutoff è stato stabilito a 4 punti). È stato suggerito l'impiego dello strumento anche in funzione della possibilità di prevedere che, in soggetti sottoposti a traumi, si manifesti il DPTS.

Numerose sono le scale di autovalutazione; fra queste ricordiamo la Impact of Event Scale - IES (Horowitz et al., 1979), forse una delle prime, che valuta mediante 15 item, la sintomatologia correlata allo stress durante la settimana precedente la valutazione. La scala prende in considerazione specificamente l'intrusione e l'evitamento del trauma, caratteristici del DPTS, come modalità di risposta ad eventi di vita stressanti, ma non rispecchia i sintomi del DSM anche perché, a quel momento, non era stata pubblicata la terza edizione del DSM e quindi il DPTS non era neppure un'ipotesi diagnostica.

Uno strumento di elevata attendibilità e validità è la Mississippi Scale - MSS (Keane et al., 1988), di cui esistono due versioni, una, quella originale, messa a punto per i veterani del Vietnam, la Mississippi Scale for Combat-related PTSD, e quella più recente adatta per l'uso con i civili, la Civilian Mississippi Scale. La prima, di 35 item, rispecchia i criteri del DSM-III per il DPTS e valuta, inoltre, caratteristiche aggiuntive. Prende in considerazione sei dimensioni: il rivivere il trauma, i problemi affettivi ed interpersonali, le alterazioni del tono dell'umore e della cognitivtà, la memoria e la concentrazione, l'aggressività ed i problemi di sonno. La seconda, derivata direttamente dalla prima, è composta anch'essa da 35 item, per ciascuno dei quali la valutazione si basa su una scala a 5 punti. Gli stessi Autori hanno proposto anche la Minnesota Multiphasic Personality Inventory PTSD Scale - MMPIPTDS (Keane et al., 1984), una scala di 49 item che deriva dall'MMPI e che è risultata un valido strumento per la valutazione del DPTS nei giovani veterani del Vietnam. Anche la Purdue Post-traumatic Stress Scale fa riferimento ai criteri diagnostici del DSM-III; è composta da 15 item ed è perciò uno strumento di misura veloce e di facile somministrazione nelle reazioni di tipo psicologico ad un evento traumatico. Ha mostrato un alto grado di coerenza interna ed una solida validità di struttura prendendo in considerazione i tre fattori dell'arousal, dell'evitamento e della percezione globale dello stress. La validità di questa scala nella valutazione delle durature reazioni da stress nei veterani americani del Vietnam giustifica il suo utilizzo come strumento di ricerca della stima dell'impatto a lungo termine di un evento traumatico (Hendrix et al., 1994).

Di origine europea, olandese per la precisione, è il Self-rating Inventory for Post-traumatic Stress Disorder - SIP (Hovens et al., 1994), un questionario composto da 51 item di cui 22 corrispondono ai sintomi centrali del DPTS e consentono di fare direttamente diagnosi, ed i restanti 29 corrispondono alla categoria dei disturbi da eventi di vita stressanti non altrimenti classificati. L'entità di ogni sintomo è valutata su una scala a 4 punti. La scala consente di discriminare, non solo i soggetti affetti da DPTS da quelli sani, ma anche i soggetti traumatizzati che non rientrano nella categoria del DPTS rispetto ai soggetti sani. Interessante è la Post-traumatic Stress Diagnostic Scale - PDS (Foa, 1995), una scala di autovalutazione composta da 49 item suddivisi in 4 parti:

- la parte 1 (item 1-13) indaga la presenza e la natura dell'evento stressante (o degli eventi stressanti); nel caso che non venga riportato alcun evento, la valutazione viene interrotta a questo punto;
- la parte 2 (item 14-21) chiede che, in caso di più eventi, venga indicato e descritto l'evento che il soggetto considera il più traumatizzante. Vengono poi richieste alcune specifiche relative all'evento (per es., quando è avvenuto, se ha comportato danni fisici per il paziente o per altri, se ha messo a rischio la vita, le reazioni emotive suscitate a quel momento);
- la parte 3 (item 22-40) esplora la frequenza (da 0 = mai a 3 = sempre o almeno 5 volte alla settimana) con cui si sono manifestati, nell'ultimo mese, i sintomi tipici del DPTS;
- la parte 4 (item 41-49) chiede, infine, su quali aree della vita (lavoro, rapporti sociali, vita sessuale, eccetera) i sintomi indicati nella parte precedente hanno maggiormente influito

negativamente nel mese precedente.

Oltre a fornire i criteri diagnostici, la PDS consente di stabilire la gravità della compromissione funzionale sulla base del numero delle aree compromesse (lieve: 1-2 aree; moderata: 3-6 aree; grave: 7-9 aree), e del quadro clinico, sulla base del punteggio degli item 22-38 (lieve: 1-10; moderata: 11-20; grave: 21-35; gravissima: 36-51). Per le sue caratteristiche, la scala si presta anche alla valutazione del cambiamento in funzione del trattamento.

Fedelmente strutturata secondo le definizioni sintomatologiche del DPTS secondo il DSM-IV la Davidson Trauma Scale - DTS (Davidson et al., 1997) è specificamente designata per valutare i sintomi del DPTS in soggetti con una storia di uno o più eventi traumatici estremi. I suoi scopi primari sono quelli di misurare la frequenza e la gravità dei sintomi e di valutare gli effetti del trattamento psicologico-psichiatrico .

Presso la Cattedra di Psichiatria dell'Università degli Studi di Siena è stato elaborato un questionario in autovalutazione per il DPTS. Il questionario è composto da 87 item suddivisi in due parti:

- nella prima parte del test sono concentrati gli item relativi alle seguenti dimensioni:

1. Reazione Soggettiva all'Evento (EV, 8 item);
2. Sintomi legati al "Rivivere" l'Evento (RI), in forma di ricordi ricorrenti, sogni, flashback, disagio di fronte a stimoli collegati all'evento (8 item);
3. Evitamento delle situazioni collegate all'Evento (AV, 4 item).

- nella seconda parte del test sono valutati gli item relativi alle rimanenti dimensioni:

4. Sintomi di "Numbing" (NU), ossia attenuazione della reattività generale, in forma di distacco dall'ambiente, dalle persone care, perdita di interesse in attività significative, sensazione di un futuro già abbreviato (22 item);
5. Iperarousal (IP), comprendente ipervigilanza, esagerate risposte d'allarme (9 item);
6. Sintomi Neurovegetativi (NV, 12 item);
7. Irritabilità (IR, 6 item);
8. Disturbi del Sonno (SO, 5 item);
9. Sintomi Dissociativi (DI): depersonalizzazione, derealizzazione (13 item).

Gli item sono valutati su una scala a quattro punti: "per niente", "un poco", "molto" e "moltissimo".

CONCLUSIONI

I questionari per la valutazione dello stress presi in considerazione sono rivolti ad esaminare reazioni emozionali e risposte adattative da un lato ed attivazione fisiologica dall'altro, o, ancora, a ricercare la presenza di eventi stressanti nella vita del soggetto, valutandone gli effetti.

Per quanto riguarda il paragone tra genere maschile e femminile all'interno dei campioni normativi, la maggior parte degli studi riscontra una più alta percezione, valutazione e descrizione delle reazioni emozionali agli stressor nel sesso femminile e questo è un fattore di cui si deve tener conto in ambito diagnostico-valutativo.

Gli studi statistici a supporto della validazione dei questionari presi in esame si rivolgono prevalentemente ad affidabilità, validità per contenuto e validità concorrente.

Soltanto un questionario ha fornito precisi dati di sensibilità, specificità e valore predittivo: si tratta dello SRI (Stress Response Inventory). I valori riportati, però, si riferiscono alla versione coreana. La traduzione inglese qui riportata non ha ancora ottenuto una propria validazione.

Ciò è dovuto al fatto che la maggioranza degli studi presi in considerazione è piuttosto datata: gli studi sulla potenza e sulla performance dei test sono infatti frutto delle ricerche più recenti, mentre fino a pochi anni orsono non venivano espressi valori in maniera standardizzata.

Per quanto riguarda la misurazione dello stress in ambito muscoloscheletrico, una scala ben utilizzabile è il PSQ (Perceived Stress Questionnaire), disponibile in versione italiana, strumento piuttosto diffuso e citato in letteratura.

Per quanto concerne invece la valutazione dello stress post-traumatico (DPTS), una scala di pratico utilizzo e frequentemente adoperata in letteratura è lo IES (Impact of Event Scale), di cui abbiamo riportato una versione validata e modificata per la nostra lingua.

Tutti gli strumenti presi in esame mostrano di avere caratteristiche di immediatezza, buona comprensibilità, praticità e velocità di somministrazione.

Risultano quindi facilmente utilizzabili anche nella ricerca in ambito riabilitativo, all'interno del percorso diagnostico-terapeutico e del ragionamento clinico del Fisioterapista che si occupa di problematiche muscoloscheletriche.

In accordo con la filosofia dell'EBM, riterremmo auspicabile che ulteriori studi venissero effettuati per la valutazione più accurata dei questionari esistenti al fine di ottenerne i valori di sensibilità, specificità e valore predittivo.

RINGRAZIAMENTI

Dedico questo lavoro al mio compagno Marco ed ai miei figli Marta e Gabriele, che ringrazio infinitamente per la pazienza, la collaborazione ed il sostegno ricevuti in questi mesi di impegno e fatica.

Ringrazio tutto lo staff dei docenti del Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici per l' alta professionalità, la grande competenza e la profonda passione messe a disposizione degli studenti, offrendo un' opportunità di crescita umana e professionale unica nel suo genere.

Un particolare ringraziamento va al dott. Gabriele Traverso, psicologo, per l'impagabile disponibilità ed il preziosissimo aiuto offertomi nella raccolta del materiale bibliografico.

Grazie alla dott. Paola Risiglione, responsabile della Biblioteca Universitaria del Campus di Savona, per la velocità con cui è riuscita a reperire articoli quasi "introvabili".

Grazie, infine, al collega ed amico dott. Marco Testa - relatore di questa tesi - che molte volte mi ha regalato tempo e consigli, coraggioso ideatore ed instancabile motore di questo Master, un progetto che ha dato alla Nostra Professione una nuova dignità.

Ambra De Capitani

Alassio, giugno 2006

BIBLIOGRAFIA

- Anania A
"Si può prevenire la sindrome da Burn-out?"
Psicologia Dinamica, 2005
- Biondi M, Marino V
"Stress e sistema immunitario: una rassegna di 43 studi sperimentali di psicoimmunologia condotti nell'uomo tra il 1992 e il 1998"
"Stress and immune system: a review of 43 experimental studies in psychoimmunology carried out in the human between 1992 and 1998"
Med. Psicosom., 1999; vol. 44 n°1
- Blake DD, Weathers FW et al.
"A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: theCAPS-1"
Behav. Therapist, 1990; 18: 187
- Brantley PJ, Waggoner CD, Jones GN, Rappaport NB
"A Daily Stress Inventory: development, reliability and validity"
. Behav. Med. 1987; 10: 259-267
- Breslau N, Peterson EL et al.
"Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder"
Am. J. Psychiatry, 1999; 156: 908 .
- Carlier IVE, Lamberts RD et al.
"Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder"
Psychosom. Med, 1998; 60: 42 .
- Conti L
"Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria"
SEE Editrice Firenze, 2002
- Davidson JRT, Book SW et al..
"Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder"
Psychol. Med, 1997; 27: 153 .
- Davidson JRT, Colket JT
"The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale: a brief measure to assess treatment outcome in post-traumatic stress disorder"
Int. Clin. Psychopharmacol, 1997; 12: 41.
- Davidson JRT, Foa EB
"Posttraumatic Stress Disorder.DSM IV and Beyond"
APP, Washington, DC, 1992
- Davidson JRT, Smith R, Kudler H
"Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumaticstress disorder"
J. Nerv. Ment .Dis, 1989; 177: 336 .
- Foa EB
"Posttraumatic Stress Diagnostic Scale"
NCN, Minneapolis, MN, 1995.
- Fusco A, Foglia A, Musarra F, Testa M_
"La spalla nello sportivo"
Ed. Masson, 2005_
- Hagens LHA, Bernards ATM, Oostendorp R
"The Multidimensional Load/Carriability Model"
Nederlands Paramedisch Instituut
1st. English Ed.
Amersfoort, 2002
- Hendrix CC, Anelli LM et al.

- “Validation of the Purdue post-traumatic stress scale on a sample of Vietnam veterans”
J.Trauma Stress, 1994; 7: 311 .
- Holmes TH, Rahe RH
“ The Social Readjustment Rating Scale“
J Psychosom Res,1967; 11: 213-218
 - Horowitz M, Schefer C et al.
“ Life Events Questionnaires for measuring presuntive stress”
Psychosom Med,1977; 39: 413-431
 - Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W
“Impact of Event Scale: a measure of subjective stress”
Psychosom. Med, 1979; 41: 209-218
 - Hovens JE, Van der Ploeg HM et al.
“The development of the self-rating inventory for posttraumatic stress disorder”
Acta Psychiat. Scand, 1994; 90: 172
 - Keane TM, Caddell JM, Taylor KL
“Mississippi scale for combact-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity”
J. Consult. Clin. Psychol, 1988; 56: 85
 - Keane TM, Malloy PF, Fairbank JA
“Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder”
J. Consult. Clin. Psychol, 1984; 52: 888
 - Koh KB, Park JK, Kim CH, Cho S
“Development of the Stress Response Inventory and its application in clinical practice”
Psychosom. Med. 2001; 63: 668-678
 - Lazarus RS, Folkman S
“Stress, appraisal and coping”
Springer, New York, 1984
 - Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, Andreoli A
“Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research”
J. Psychosom. Research 1993; 37: 19-32
 - Linn M
“A Global Assessment of Recent Stress (GARS) Scale”
Int. J. Psychiatry Med. 1985; 15: 47-59
 - Palagi L, Paoletti ML
“Psiconeuroendocrinologia”
A.M.P. Seminari 1996-'97
 - Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH
“Scaling of life events”
Arch Gen Psychiatry,1971; 25: 340-347
 - Rahe HL et al.
“A model for life changes and illness research”
Arch Gen Psychiatry,1974; 31: 172
 - Sackett DL, Rosenberg W, Gray M, Haynes B, Richardson S
“Evidence Based Medicine: what is it and what it isn't”
BMJ, 1996; 312: 71-72
 - Sallavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM
“CBA: Cognitive Behavioural Assessment 2.0”
Manuale, 2° edizione
OS Firenze, 1997

- Sarason JG, Johnson JH, Siegel JM
“Assessing the impact of life changes: development of the Life Experience Survey”
J Consult Clin Psychol, 1978; 46: 932-946
- Sonino N, Soldani L, Rafanelli C, Fava GA
“Validazione di un nuovo indice clinico per la valutazione dello stress in ambito medico”
“A simple instrument for assessing stress in clinical practice”
Medicina Psicosomatica 1998; vol.43, n.1
- Tarsitani L, Biondi M
“Development and validation of the VRS, a rating scale for rapid stress assessment”
“Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione Rapida dello Stress)”
Med. Psicosom. 1999; vol.44(3): 163-177
- Terr LC
“Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping”
Am. J. Psychiatry, 1983; 140: 1
- Waters WF, Cohen RA, Bernard BA, Bucu SM, Dreger RM
“The Autonomic Nervous System Response Inventory (ANSRI): scaling, reliability and cross validation”
J. Behav. Med. 1984; 7: 315-341

- www.embase.com/58k
- www.who.int/icf/icftemplate.cfm
- www.ncbi.nlm.gov/entrez/
- www.pedro.fhs.usyd.edu/au/-2k
- www.pol-it.org
- www.psicologia-dinamica.it
- www.psicologiasalute.it
- www.psychomedia.it
- www.psychosomaticmedicine.org

APPENDICE 1

Tabella 4

QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DELLO STRESS

Questionario	Autore	Anno	N°item	Caratteristiche principali
ANSRI	Waters	1993	51	Misura la risposta fisiologica periferica agli stressors da stimoli provocati dalle emozioni
DSI	Brantley	1987	58	Valutazione delle origini quotidiane dello stress e dell'impatto sul soggetto dei minori eventi stressanti
GARS	Linn	1985	8	Stima dello stress corrente percepito dal soggetto in relazione a diverse aree ed in generale
PSI	Sonino	1998	55	Valutazione relativa a stress (quotidiano, lavorativo, interpersonale), disagio psicologico, comportamento di malattia e benessere
PSQ (Generale e Recente)	Levenstein	1993	30	Misura dello stress soggettivo percepito durante l'ultimo anno (generale) o mese (recente) dal soggetto
Scheda 6	Sallavio	1997	30	Valutazione complessiva dello stress e dei disturbi psicofisiologici esperiti dal soggetto
SRI	Koh	2001	39	Inventario delle risposte emozionali, somatiche, cognitive e comportamentali allo stress
VRS	Tarsitani	1999	15	Misura dell'aspetto soggettivo dello stress sia acuto che cronico- al momento della compilazione e negli ultimi 6 mesi

ANSRI

Autonomic Nervous System Response Inventory

Autore

Waters WF et al.

Anno

1984

Descrizione

L'ANSRI è uno strumento di autovalutazione creato per investigare i patterns di risposta somatica periferica dell'individuo agli stressors emozionali.

I 51 item dell'ANSRI descrivono altrettante specifiche risposte fisiologiche periferiche ottenute da stimoli relativi a 4 situazioni emozionali diverse: paura, rabbia, tristezza e gioia e di una condizione di intensa attività fisica.

Ogni item è valutato come assente o presente in vari gradi con una scala Likert (da 1= per nulla a 5= molto forte) durante un particolare stato emozionale o situazione ricostruita nella mente.

Ai soggetti viene chiesto di richiamare alla mente una situazione esemplificativa di paura e di prendere nota delle risposte fisiologiche evocate; la stessa procedura si attua relativamente a situazioni di rabbia, tristezza e gioia.

Le risposte sono valutate per ognuna delle 4 emozioni, quindi viene fatta una media usando 11 scale fisiologiche ("Physiological Scales" o "P Scales": cardiaca, cardiovascolare, cutanea, sudomotoria, piloerettiva, di tensione muscolare, respiratoria, gastrointestinale, escretoria, oculare e sull'attivazione dell'energia) e da 7 a 9 scale fattoriali ("Factor Scales"), che differiscono per ogni emozione ma generalmente ricalcano le scale P.

Affidabilità e validità

L'ANSRI ha proprietà psicometriche accettabili ed affidabili

BIBLIOGRAFIA

- Waters WF, Cohen RA, Bernard BA, Bucu SM, Dreger RM
"The Autonomic Nervous System Response Inventory (ANSRI): scaling, reliability and cross validation"
J. Behav. Med. 1984; 7: 315-341
- Waters WF, Cohen RA, Bernard BA, Bucu SM
"The Autonomic Nervous System Response Inventory (ANSRI): prediction of psychophysiological response"
J. Psychosom. Res. 1989; 33: 347-362
- Waters WF, Rubman S, Hurry MJ
"The prediction of somatic complaints using the Autonomic Nervous System Response Inventory (ANSRI) and the Daily Stress Inventory (DSI)"
J. Psychosom. Res. 1993; 37: 117-126

DSI

Daily Stress Inventory

Autore

Brantley PJ et al.

Anno

1987

Descrizione

La frequenza, intensità e durata degli stressors provati dall'individuo giocano un ruolo nella malattia e nei disturbi somatici. Una serie crescente di studi suggerisce che gli eventi minori della vita abbiano maggior peso sulle variazioni della malattia rispetto ad eventi maggiori.

Il DSI costituisce uno strumento di autovalutazione per la frequenza e l'impatto dei minori stressors quotidiani.

Comprende 58 item riferiti a comuni eventi minori stressanti concepiti per valutare la fluttuazione quotidiana dello stress. Il soggetto indica la presenza o l'assenza di ogni evento nelle passate 24 ore ed assegna un punteggio al grado di stress percepito con una scala Likert a 7 punti.

Il DSI fornisce informazioni riguardo agli eventi (il numero di eventi esperiti), all'impatto di questi sul soggetto (il grado di stress provocato dagli eventi) ed al rapporto tra impatto ed evento.

Affidabilità e validità

Le proprietà psicometriche del DSI sono accettabili e ben documentate ed è stata dimostrata ampia evidenza della validità.

BIBLIOGRAFIA

- Brantley PJ, Waggoner CD, Jones GN, Rappaport NB
"A daily stress inventory: development, reliability and validity"
J. Behav. Med. 1987; 10: 259-267
- Brantley PJ, Jones GN
"Daily Stress Inventory Manual"
Odessa: Assessment Resources Inc: 1990
- Brantley PJ, Dietz LS, Mc Knight GT, Jones GN, Tulley R
"Convergences between the Daily Stress Inventory and endocrine measures of stress"
J. Consult of Clin. Psychol 1988; 4: 549-551
- Brantley PJ, Cake TB, Jones GN, Goreczny AJ
"The Daily Stress Inventory: validity and effect of repeated administration"
J. Psychopat. Behav. Assess. 1988; 10: 75-81
- Waters WF, Rubman S, Hurry MJ
"The prediction of somatic complaints using the Autonomic Nervous System Response Inventory (ANSRI) and the Daily Stress Inventory (DSI)"
J. Psychosom. Res. 1993; 37: 117-126

GARS

Global Assessment of Recent Stress

Autore

Linn

Anno

1985

Descrizione

Il Global Assessment of Recent Stress (GARS) è uno strumento di autovalutazione sviluppato per valutare la percezione dello stress corrente.

Gran parte delle misurazioni in questo campo sono derivate da scale sugli eventi stressanti riferite ad avvenimenti occorsi in periodi antecedenti (da 6 a 24 mesi).

Il GARS è una scala che provvede ad una stima più immediata dello stress presente al momento della compilazione.

Al soggetto viene chiesto di immaginare una situazione di stress e di disagio estremo e quindi, al contrario, una situazione ottimale, libera da qualsiasi problema od evento stressante.

Per ognuno degli 8 item del questionario (7 riferiti ad altrettante aree specifiche - lavoro/scuola, relazioni interpersonali, cambiamenti nelle relazioni, malattia/trauma, finanze, avvenimenti insoliti, modifiche della routine quotidiana e uno ad un'area generale complessiva), si chiede di definire il grado di "pressione" percepito su una scala graduata da 0 a 9 (0= per nulla; 9= massimo) nell'ultima settimana trascorsa.

Affidabilità e validità

Il GARS ha dimostrato di essere strumento valido ed affidabile

BIBLIOGRAFIA

- Linn M
"A Global Assessment of Recent Stress (GARS) Scale"
Int. J. Psychiatry Med. 1985; 15: 47-59

PSI

Psychosocial Index

Autore

Sonino N et al.

Anno

1998

Descrizione

Lo PSI è uno strumento caratterizzato da brevità, semplicità e facilità di impiego, particolarmente adatto ad essere usato in setting ambulatoriali.

E' costituito da una parte autovalutativa che comprende 55 item (appendice I) e da una parte eterovalutativa (appendice II).

La prima parte prende spunto da alcuni strumenti già ampiamente validati, quali la Screening List for Psychosocial Problems (SLP) di Kellner, le Ryff's Scales of Psychological Well-being e il Wheatley Stress Profile.

La maggior parte delle 55 domande che compongono lo PSI sono domande chiuse che prevedono risposte dicotomiche del tipo "sì/no"; alcune richiedono risposte specifiche, mentre altre richiedono risposte graduate secondo una scala Likert da 0 a 3 (da "no per niente" a "moltissimo"); un unico item prevede 5 possibilità di risposta.

Sulla base delle risposte date dal paziente al questionario, il clinico fornisce una valutazione relativa a 4 dimensioni: lo stress, il disagio psicologico (compresi i disturbi del sonno), il comportamento di malattia ed il benessere (appendice II).

La valutazione relativa allo stress avverrà pertanto sulla base di risposte con item relativi allo stress quotidiano, allo stress lavorativo e a quello interpersonale.

Le dimensioni psicosociali comprese nello PSI hanno una notevole rilevanza clinica. In particolare, per quanto riguarda la valutazione dello stress, vengono presi in considerazione sia gli aspetti oggettivi, sia la percezione soggettiva delle situazioni stressanti da parte del soggetto. Oltre agli eventi stressanti di maggior entità, come i cambiamenti di vita, l'indice tiene conto degli eventi minori della vita quotidiana. La valutazione relativa al livello di stress sperimentato dal paziente può essere fatta congiuntamente alla valutazione relativa alla capacità di coping e al sostegno sociale di cui il soggetto dispone, aspetti questi compresi nella più vasta categoria del benessere. Il concetto di benessere si sovrappone in parte a quello di qualità di vita, senza, tuttavia, risentire dei problemi di definizione che interessano quest'ultimo. L'area del disagio psicologico raccoglie al suo interno i disturbi del sonno, la somatizzazione, l'ansia, la depressione e l'irritabilità. Il comportamento anormale di malattia - una modalità persistente e inadeguata di percepire, sperimentare, valutare il proprio stato di salute e di rispondere ad esso, comprese l'ipocondria e le preoccupazioni somatiche - riguarda un altro aspetto fondamentale della somatizzazione e della relazione terapeuta-paziente.

Lo PSI permette al clinico di acquisire maggiore consapevolezza del livello di stress al quale un paziente è sottoposto, facilitando la diagnosi di disturbo funzionale, che solitamente viene posta solo dopo aver escluso un fattore organico. Rappresenta uno strumento preliminare per la messa a fuoco di aree problematiche nella vita del paziente, aree che necessitano di ulteriore esplorazione per mezzo di domande specifiche che consentano di approfondire l'indagine e di pervenire a decisioni diagnostiche e terapeutiche, oppure di inviare il paziente ad uno specialista.

Affidabilità e validità

Lo PSI possiede proprietà di affidabilità e validità più che soddisfacenti.

BIBLIOGRAFIA

- Sonino N, Soldani L, Rafanelli C, Fava GA
“Validazione di un nuovo indice clinico per la valutazione dello stress in ambito medico”
“A simple instrument for assessing stress in clinical practice”
Medicina Psicosomatica 1998; vol.43, n.1

PSQ **Perceived Stress Questionnaire**

Autore

Levenstein et al.

Anno

1993

Descrizione

Il PSQ è uno strumento di autovalutazione di 30 item- valutati con un punteggio da 1 (quasi mai) a 4 (quasi sempre)- disegnato per accertare lo stress percepito sia nel lungo periodo che nel breve: lo stesso questionario viene infatti proposto in versione "Generale", riferito agli ultimi uno o due anni trascorsi- più utile per identificare lo stato di salute generale del soggetto-, ed in versione "Recente", che, prendendo in considerazione soltanto l'ultimo mese, diventa uno strumento sensibile alle fluttuazioni temporali nell'esperienza di stress.

Il PSQ indaga lo stress nell'ambito di 7 sottoscale: persecuzione, sovraccarico, irritabilità, mancanza di gioia, fatica, preoccupazioni e tensione.

A differenza delle scale che descrivono gli eventi della vita, il PSQ è francamente soggettivo. Non cerca di elencare specifici "problemi", ma indaga soltanto se il soggetto si sente sotto pressione per questi, ossia il comune denominatore finale dello stress.

Questo rende il questionario uno strumento più valido rispetto ad una rigorosa intervista sugli eventi della vita negli studi che mirano a comprendere gli antecedenti del disturbo corrente; è una scala che enfatizza maggiormente la percezione cognitiva piuttosto che gli stati emozionali o gli specifici eventi della vita.

Affidabilità e validità

Il PSQ possiede alta coerenza interna ed affidabilità.

BIBLIOGRAFIA

- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, Andreoli A
"Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research"
J. Psychosom. Research 1993; 37: 19-32
- Consoli SM, Taine P, Szabazon F, Lacour C, Metra PC
"Development and validation of a Perceived Stress Questionnaire recommended as a follow-up indicator in occupational medicine"
Encephale, 1997; May- Jun; 23(3): 184- 193
- Fliege H, Rose M, Arck P, Walter OB, Kocalevent RD, Weber C, Klapp BF
"The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples"
Psychosom Med 2005; 67: 78-88

Tabella 6

II PSQ

APPENDIX

The Perceived Stress Questionnaire

Instructions for the General questionnaire

For each sentence, circle the number that describes how often it applies to you in general, *during the last year or two*. Work quickly, without bothering to check your answers, and be careful to describe your life *in the long run*.

	Almost never	Sometimes	Oftcn	Usually
1. You feel rested	1	2	3	4
2. You feel that too many demands are being made on you	1	2	3	4
3. You are irritable or grouchy	1	2	3	4
4. You have too many things to do	1	2	3	4
5. You feel lonely or isolated	1	2	3	4
6. You find yourself in situations of conflict	1	2	3	4
7. You feel you're doing things you really like	1	2	3	4
8. You feel tired	1	2	3	4
9. You fear you may not manage to attain your goals	1	2	3	4
10. You feel calm	1	2	3	4
11. You have too many decisions to make	1	2	3	4
12. You feel frustrated	1	2	3	4
13. You are full of energy	1	2	3	4
14. You feel tense	1	2	3	4
15. Your problems seem to be piling up	1	2	3	4
16. You feel you're in a hurry	1	2	3	4
17. You feel safe and protected	1	2	3	4
18. You have many worries	1	2	3	4
19. You are under pressure from other people	1	2	3	4
20. You feel discouraged	1	2	3	4
21. You enjoy yourself	1	2	3	4
22. You are afraid for the future	1	2	3	4
23. You feel you're doing things because you have to not because you want to	1	2	3	4
24. You feel criticized or judged	1	2	3	4
25. You are lighthearted	1	2	3	4
26. You feel mentally exhausted	1	2	3	4
27. You have trouble relaxing	1	2	3	4
28. You feel loaded down with responsibility	1	2	3	4
29. You have enough time for yourself	1	2	3	4
30. You feel under pressure from deadlines	1	2	3	4

Instructions for the Recent questionnaire

For each sentence, circle the number that describes how often it applied to you *during the last month*. Work quickly, without bothering to check your answers, and be careful to consider *only the last month*.

Score 5—circled number for items 1, 7, 10, 13, 17, 21, 25, 29

Score circled number for all other items

PSQ Index = (raw score-30)/90.

SCHEDA 6

CBA - Cognitive Behavioural Assessment

Autore

Sallavio E et al.

Anno

1997

Descrizione

La Cognitive Behavioural Assessment è una batteria di più test a vasto spettro, che mira a molteplici scopi: fornire una precisa valutazione dei problemi che il soggetto lamenta; fornire indicazioni sugli approfondimenti più appropriati per una loro comprensione; raccogliere in modo uniforme un'anamnesi psicosociale del soggetto; dare un ampio ventaglio di misurazioni iniziali, rispetto alle quali valutare l'evoluzione del caso e l'esito di un eventuale trattamento; fornire misurazioni di alcuni costrutti psicologici di primaria importanza quali l'ansia di stato, la depressione, le paure, le ossessioni, le compulsioni, i disturbi psicofisiologici; dare una valutazione di alcune variabili di tratto costituenti indici prognostici riferiti al rischio del soggetto di sviluppare, in presenza di determinate pressioni ambientali, disturbi e disadattamento; suggerire ipotesi relative alle relazioni funzionali che possono intercorrere tra problemi e disturbi attuali ed eventuali manifestazioni disadattive presenti nell'ambito familiare e socioprofessionale del soggetto. Il CBA-2.0 è stato pensato come sussidio per lo psicologo nel corso delle diverse operazioni di valutazione iniziale del caso e come fonte di suggerimenti, ipotesi ed informazioni aggiuntive.

La batteria è composta da dieci schede, ciascuna comprendente degli item omogenei per aspetto formale o per derivazione storica, che vanno a sondare uno specifico aspetto del soggetto. Le schede 1 e 4, valutando la storia personale e i problemi attuali del soggetto, sono delle cartelle autobiografiche che integrano il colloquio psicodiagnostico.

Le schede 2, 3 e 10 valutano l'ansia del soggetto riprendendo il test STAI-X.

La scheda 5 (EPQ/R) l'Eysenck Personality Questionnaire, valuta alcune dimensioni stabili della personalità quali l'introversione-estroversione, la stabilità emotiva, il disadattamento e l'antisocialità, la simulazione e l'ingenuità sociale.

La scheda 6, derivata dal questionario psicofisiologico di Pancheri e Chiari (1984), risulta composta di 30 item, i quali elencano reazioni e disturbi psicofisiologici che un individuo può esperire con diversa frequenza. Tale frequenza viene valutata in base ad una scala a 4 punti (1= quasi mai; 4= quasi sempre), da cui si ottiene un "punteggio totale", teoricamente compreso tra 30 e 120, che offre - ovviamente - una valutazione di tipo complessivo.

Affidabilità e validità

La scheda 6 ha dimostrato di possedere valori di consistenza interna, stabilità nel tempo ed affidabilità pienamente soddisfacenti.

BIBLIOGRAFIA

- Sallavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM
"CBA: Cognitive Behavioural Assessment 2.0"
Manuale, 2° edizione
OS Firenze, 1997

Tabella 7

La Scheda 6

Istruzioni:

Qui di seguito troverà un elenco dei disturbi più comuni.

Indichi la frequenza di tali disturbi in questo periodo, scegliendo la sua risposta tra

1= mai o quasi mai; 2= qualche volta; 3= spesso; 4= quasi sempre

Elenco dei disturbi più comuni	1	2	3	4
Sento la necessità di andare frequentemente al bagno				
Soffro di tic nervosi				
Mi sento battere forte il cuore				
Mi capita di balbettare o mi si inceppano le parole				
Ho mal di testa				
Mi capita di sentire ronzii o rumori nelle orecchie				
Soffro di dolori alla regione del cuore o del petto				
Ho una sensazione di peso e di stretta allo stomaco				
Soffro di vampate di calore improvvise				
Soffro di bruciori o acidità allo stomaco				
Sudo facilmente e senza motivo				
Mi sento gonfio				
Ho difficoltà a respirare				
Ho dolori addominali				
Ho la sensazione che il mio cuore perda dei battiti				
Soffro di nausea				
Sento un cerchio o un peso intorno alla testa				
Provo un senso di vuoto o di confusione alla testa				
Devo urinare frequentemente				
Ho crisi di vertigini				
Vomito facilmente				
Mi capita di arrossire facilmente				
In alcune parti del corpo ho sensazione di formicolio o me le sento come addormentate				
Ho un senso di sbandamento				
Ho un senso di vuoto allo stomaco				
Ho dei tremori				
Soffro di contrazioni o scosse muscolari				
Ho le mani sudate				
Soffro di svenimenti				
Mi sento un nodo in gola				

SRI STRESS RESPONSE INVENTORY

Autore

Koh KB et al.

Anno

2001

Descrizione

Riguardo agli effetti degli stressors sulla salute e sulla progressione della malattia, sempre maggiore enfasi viene data alla valutazione cognitiva dell'individuo, alle strategie di coping, al comportamento di malattia ed al supporto sociale piuttosto che ai recenti cambiamenti di vita.

In particolare, i processi cognitivi - quali ad esempio il coping- e gli stati emozionali - ansia, depressione...- vengono considerati preminenti nella definizione dello stress.

Lo Stress Response Inventory (SRI), sviluppato in Corea, è uno strumento che valuta le risposte allo stress riguardanti 7 sottoscale relative ad altrettanti stati emozionali: tensione, aggressività, somatizzazione, rabbia, depressione, fatica e frustrazione.

Dei 39 item di cui è composto il questionario, assegnando un punteggio secondo una scala Likert da 0 ("per nulla") a 4 ("del tutto"), 8 sono dedicati ad indagare risposte di tipo emozionale, 11 somatico, 8 cognitivo e 3 un insieme di cognitivo ed emozionale.

Affidabilità e validità

Lo SRI ha dimostrato di essere uno strumento affidabile e valido per la misurazione dello stress.

Sensibilità 0.57

Specificità 0.74

PVP 0.71

BIBLIOGRAFIA

- Koh KB, Park JK, Kim CH, Cho S
"Development of the Stress Response Inventory and its application in clinical practice"
Psychosom. Med. 2001; 63: 668-678

Tabella 8
Lo SRI

0= not at all; 1= somewhat; 2= moderately; 3= very much; 4= absolutely

Items	0	1	2	3	4
1. I make many mistakes at work					
2. I don't feel like talking					
3. My chest feel tight					
4. I feel angry					
5. I feel agitated and restless					
6. I suffer from indigestion					
7. My stomach hurts					
8. I feel like screaming					
9. I often sigh					
10. I feel dizzy					
11. Evrything bothers me					
12. I have distracting thoughts					
13. I am easily fatigued					
14. I feel totally exhausted					
15. I have lost my self-confidence					
16. I feel tense					
17. My body trembles					
18. I feel like hitting someone					
19. I have lost incentive to do anything					
20. I feel like crying					
21. I feel on edge					
22. I have no future in my current work					
23. I often stare blankly					
24. I hate someone					
25. I can't get that thought out of my head					
26. My voice is louder than it usually is					
27. I easily get impatient					
28. I act violently (such as reckless driving, cursing, fighting)					
29. I feel like breaking something					
30. I talk less than I use to do					
31. My head hurts or it feels heavy					
32. My heart throbs					
33. I feel like killing someone					
34. My face get flushed or it feels hot					
35. I feel bored					
36. I have post my patience					
37. My face looks rigid					
38. I am useless (or unworthy)					
39. I don't like moving any part of my body					

VRS

Valutazione Rapida dello Stress

Autore

Tarsitani L et al.

Anno

1999

Descrizione

Quando le richieste ambientali vengono percepite come eccessive rispetto alla capacità di affrontarle, gli individui si autoclassificano come “stressati” ed esperiscono una risposta emozionale negativa. Pertanto gli eventi influenzano soltanto i soggetti che percepiscono e rilevano lo stress. Ne consegue che l’attenzione sia focalizzata sulla valutazione dello stress che dipende dallo stimolo, dalla tipologia di risposta e dall’interpretazione soggettiva della relazione stimolo-ambiente; la percezione rappresenta quindi un prodotto delle interpretazioni del significato dello stimolo in sé e delle risorse individuali per affrontarlo.

Il VRS uno strumento di valutazione di veloce compilazione ed elaborazione, autosomministrato, che consente di quantificare e determinare qualitativamente le risposte di stress in diversi contesti e su diverse popolazioni.

Il questionario scompone la valutazione dello stress in 5 aree: ansia, depressione, somatizzazione, aggressività e supporto sociale.

Un totale di 15 item - 9 riferiti allo stato della persona al momento della compilazione ed i restanti 6 riguardanti gli ultimi 6 mesi - che presentano un formato di risposta a 4 posizioni (0= per nulla; 3= molto); il punteggio totale, da 0 a 45, quantifica il grado di risposta agli stressors.

Il VRS è quindi uno strumento focalizzato sull’aspetto soggettivo dello stress, in grado di misurare l’autovalutazione e la percezione del danno subito a causa di un’esperienza ambientale; è specifico, duttile, estremamente pratico e veloce nella somministrazione ed elaborazione.

Affidabilità e validità

Il VRS si è dimostrato sufficientemente attendibile e valido.

BIBLIOGRAFIA

- Tarsitani L, Biondi M

“Development and validation of the VRS, a rating scale for rapid stress assessment”

“Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione Rapida dello Stress)”

Med. Psicosom. 1999; vol.44(3): 163-177

Tabella 9

Il VRS

Istruzioni:

Leggerà alcune frasi che rispecchiano comuni stati d'animo o reazioni fisiche.

Per ogni frase segni con una croce sulla colonna destra del foglio la risposta che meglio descrive come si sente al momento della compilazione.

1= per nulla; 2= lievemente; 3=abbastanza; 4= molto

Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

		1	2	3	4
1	Mi sento irrequieto				
2	Mi sento scoraggiato				
3	Mi sento irritabile				
4	Sono un po' giù di morale				
5	Sono preoccupato				
6	Mi sento infastidito				
7	Mi sento di buon umore				
8	Sono arrabbiato				
9	Ho proprio bisogno di riposarmi				

Adesso segni con una croce sulla colonna destra del foglio la risposta che meglio la descrive negli ultimi 6 mesi della sua vita.

		1	2	3	4
10	Avverto dei malesseri fisici (mal di testa,dolori muscolari,palpitazioni)				
11	Passo bene il mio tempo libero				
12	Mangio male o in modo disordinato				
13	Ho persone con cui parlare che capiscono le mie difficoltà				
14	Faccio fatica a ricordarmi le cose				
15	Vivo un po' isolato dagli altri				

APPENDICE 2

Tabella 10

QUESTIONARI PER LA VALUTAZIONE DEL DPTS

Questionario	Autore	Anno	N°item	Caratteristiche principali
DTS	Davidson	1997	17	Valutazione della gravità e della frequenza dei sintomi del DPTS
IES	Horowitz	1979	15	Valutazione della sintomatologia correlata al DPTS relativamente ad intrusione ed evitamento
MSS-C	Keane	1988	35	Valutazione della sintomatologia dei soggetti che hanno subito gravi traumi; non indicata per la diagnosi

DTS

DAVIDSON TRAUMA SCALE

Autore

Davidson JRT

Anno

1997

Descrizione

La scala è stata organizzata in modo da rispecchiare fedelmente le definizioni sintomatologiche del DPST secondo il DSM-IV. È stata specificamente pensata per la valutazione dei sintomi del DPTS in soggetti con una storia di uno o più eventi traumatici estremi. I suoi scopi primari sono quelli di misurare la frequenza e la gravità dei sintomi e di valutare gli effetti del trattamento psicologico/psichiatrico. Secondo l'Autore, la DTS, oltre a misurare i cambiamenti sintomatologici nel tempo, dovrebbe essere in grado di predire la risposta al trattamento e di valutare le differenze tra diverse strategie terapeutiche in un setting di ricerca.

È composta da 17 item che corrispondono ad ognuno dei 17 sintomi del DSM-IV. Gli item possono essere suddivisi in:

- esperienze di tipo intrusivo (5 item)
- evitamento ed ottundimento (7 item)
- ipervigilanza (5 item)

Gli item dell'intrusività e dell'evitamento sono riferiti all'evento, mentre gli item dell'ottundimento, del ritiro e dell'ipervigilanza sono valutati come presenti o assenti indipendentemente dall'esistenza di un legame diretto con l'evento.

Per ogni item il soggetto valuta (su una scala da 0 a 4) sia la frequenza che la gravità dei sintomi nel corso della settimana precedente. Il punteggio totale può oscillare, perciò, da 0 a 68 tanto per la frequenza che per la gravità del disturbo e, globalmente, da 0 a 136. La scala è corredata di uno score sheet che consente di valutare separatamente i diversi subtotali.

Affidabilità e validità

La scala ha dimostrato di possedere delle buone caratteristiche psicometriche e di essere uno strumento valido ed affidabile.

BIBLIOGRAFIA

- Davidson JRT, Book SW et al.

“Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder.”
Psychol. Med, 1997; 27: 153.

Tabella 11a

La DTS

DAVIDSON TRAUMA SCALE DTS - # 800		
Cognome e Nome.....		Data di nascita.....
Codice Paziente.....		Valutatore.....
		Data valutazione.....
Indichi, per favore, l'evento traumatico che per lei è più disturbante: _____		
<p>Ciascuna delle domande seguenti indaga un sintomo specifico. Per ogni domanda, valuti la <i>frequenza</i> con cui quel sintomo lo ha disturbato nel corso della settimana passata e quanto era <i>grave</i>. Nelle due caselle alla destra di ogni domanda, scriva un numero da 0 a 4 per indicare la <i>frequenza</i> e la <i>gravità</i> del sintomo.</p>	FREQUENZA	GRAVITÀ
	0 = Mai 1 = Solo una volta 2 = 2-3 volte 3 = 4-6 volte 4 = Tutti i giorni	0 = Nessun disturbo 1 = Disturbo minimo 2 = Disturbo moderato 3 = Disturbo marcato 4 = Disturbo estremo
1. Ha mai avuto immagini, ricordi o pensieri dolorosi relativi all'evento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ha mai fatto sogni angoscianti legati all'evento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Ha mai avuto la sensazione che l'evento si ripresentasse? È stato come se lo rivivesse?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. È stato turbato da qualcosa che le ha riportato alla mente l'evento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. È stato fisicamente disturbato dai ricordi dell'evento? (ad es., sudorazione, tremori, tachicardia, mancanza di respiro, nausea o diarrea)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Ha evitato ogni pensiero o sentimento legato all'evento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Ha evitato di fare cose o di affrontare situazioni che le ricordavano l'evento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Si è sentito incapace di ricordare aspetti importanti dell'evento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Ha avuto difficoltà a provar piacere nelle cose?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Si è sentito distante o isolato dalle altre persone?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Si è sentito incapace di provare sentimenti di tristezza o di affetto?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Le è sembrato difficile pensare di avere una lunga aspettativa di vita e di portare a termine i suoi obiettivi?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Ha avuto problemi nell'addormentarsi o nel mantenere il sonno?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Si è sentito irritabile o ha avuto scoppi d'ira?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Ha avuto difficoltà a concentrarsi?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Si è sentito irascibile, facilmente turbato, o di dovere stare in guardia?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Si è sentito nervoso o facilmente spaventato?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tabella 11b

La DTS - Score Sheet

DAVIDSON TRAUMA SCALE DTS - # 800 Score Sheet																																																
L'evento traumatico più disturbante per il paziente è: _____																																																
<p>ISTRUZIONI</p> <ol style="list-style-type: none"> Sommare i punteggi di ogni cluster nelle colonne "F" ed "G" e riportare i totali nelle caselle dei punteggi parziali (a sinistra della colonna "A"). Sommare i punteggi parziali di ciascun cluster e riportare il totale nella colonna A. Sommare le colonne "F" ed "G" per ottenere il totale della Frequenza e della Gravità. Sommare questi due punteggi per ottenere il punteggio totale del DTS. Il risultato deve essere uguale alla somma delle caselle della colonna "A". 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">FREQUENZA COLONNA "F"</th> <th style="text-align: left;">GRAVITÀ COLONNA "G"</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>F1</td><td>G1</td><td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CLUSTER INTRUSIONE</td></tr> <tr><td>F2</td><td>G2</td></tr> <tr><td>F3</td><td>G3</td></tr> <tr><td>F4</td><td>G4</td></tr> <tr><td>F5</td><td>G5</td></tr> <tr><td>F6</td><td>G6</td><td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CLUSTER EVITAMENTO/ OTTUNDIMENTO</td></tr> <tr><td>F7</td><td>G7</td></tr> <tr><td>F8</td><td>G8</td></tr> <tr><td>F9</td><td>G9</td></tr> <tr><td>F10</td><td>G10</td></tr> <tr><td>F11</td><td>G11</td></tr> <tr><td>F12</td><td>G12</td></tr> <tr><td>F13</td><td>G13</td><td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CLUSTER IPERVIGILANZA</td></tr> <tr><td>F14</td><td>G14</td></tr> <tr><td>F15</td><td>G15</td></tr> <tr><td>F16</td><td>G16</td></tr> <tr><td>F17</td><td>G17</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Frequenza Totale (somma di F1-F17)</td> <td style="text-align: center;">Gravità Totale (somma di G1-G17)</td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	FREQUENZA COLONNA "F"	GRAVITÀ COLONNA "G"		F1	G1	CLUSTER INTRUSIONE	F2	G2	F3	G3	F4	G4	F5	G5	F6	G6	CLUSTER EVITAMENTO/ OTTUNDIMENTO	F7	G7	F8	G8	F9	G9	F10	G10	F11	G11	F12	G12	F13	G13	CLUSTER IPERVIGILANZA	F14	G14	F15	G15	F16	G16	F17	G17	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Frequenza Totale (somma di F1-F17)</td> <td style="text-align: center;">Gravità Totale (somma di G1-G17)</td> </tr> </table>				Frequenza Totale (somma di F1-F17)	Gravità Totale (somma di G1-G17)	
FREQUENZA COLONNA "F"	GRAVITÀ COLONNA "G"																																															
F1	G1	CLUSTER INTRUSIONE																																														
F2	G2																																															
F3	G3																																															
F4	G4																																															
F5	G5																																															
F6	G6	CLUSTER EVITAMENTO/ OTTUNDIMENTO																																														
F7	G7																																															
F8	G8																																															
F9	G9																																															
F10	G10																																															
F11	G11																																															
F12	G12																																															
F13	G13	CLUSTER IPERVIGILANZA																																														
F14	G14																																															
F15	G15																																															
F16	G16																																															
F17	G17																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Frequenza Totale (somma di F1-F17)</td> <td style="text-align: center;">Gravità Totale (somma di G1-G17)</td> </tr> </table>				Frequenza Totale (somma di F1-F17)	Gravità Totale (somma di G1-G17)																																											
Frequenza Totale (somma di F1-F17)	Gravità Totale (somma di G1-G17)																																															
<p>Punteggi Parziali:</p> <p>Intrusione Frequenza (Somma di F1-F5) <input type="text"/> →</p> <p>Gravità (Somma di G1-G5) <input type="text"/> →</p> <p>Evitamento/ Ottundimento Frequenza (Somma di F6-F12) <input type="text"/> →</p> <p>Gravità (Somma di G6-G12) <input type="text"/> →</p> <p>Ipervigilanza Frequenza (Somma di F13-F17) <input type="text"/> →</p> <p>Gravità (Somma di G13-G17) <input type="text"/> →</p> <p style="text-align: center;">Somma dei punteggi Colonna "A" <input type="text"/></p> <p>Punteggio Totale DTS <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Somma del Totale "Frequenza" e del Totale "Gravità"</p>	<p style="text-align: center;">COLONNA "A"</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Punteggio Intrusione</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Punteggio Evitamento/ Ottundimento</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Punteggio Ipervigilanza</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Somma dei punteggi Colonna "A"</td></tr> </table>	Punteggio Intrusione	Punteggio Evitamento/ Ottundimento	Punteggio Ipervigilanza	Somma dei punteggi Colonna "A"																																											
Punteggio Intrusione																																																
Punteggio Evitamento/ Ottundimento																																																
Punteggio Ipervigilanza																																																
Somma dei punteggi Colonna "A"																																																

IES IMPACT OF EVENT SCALE

Autore

Horowitz et al.

Anno

1979

Descrizione

E' uno strumento di autovalutazione che misura lo stress soggettivo secondario ad un evento traumatico relativamente a sintomi di intrusione (idee intrusive, immagini, sensazioni o sogni) ed evitamento (evitamento riconosciuto di certe idee, sensazioni o situazioni).

Consta di 15 item derivati dalla terminologia più frequentemente usata per descrivere episodi di stress da persone che hanno subito recenti e repentini cambiamenti nella vita.

Indaga le due categorie di esperienza più comunemente riportate in risposta ad eventi stressanti: intrusione ed evitamento.

Il punteggio dello IES ha dimostrato di essere ben correlato alla salute fisica e fisiologica conseguente ad un evento traumatico.

Una nuova versione, con item aggiunti per la valutazione del terzo componente del DPTS, l'iper-arousal, è stata proposta da Weiss e Marmar (IES-R, 1997).

La versione italiana è stata validata nel 2003 da Pietrantonio et al.

Affidabilità e validità

Lo IES ha dimostrato di essere uno strumento valido ed affidabile per la valutazione dello stress post-traumatico.

Bibliografia

- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W
"Impact of Event Scale: a measure of subjective stress"
Psychosom. Med. 1979; 41: 209-218
- Ilberg NJ, Weiss D, Horowitz MJ
"Impact of Event Scale: a cross-validation study and some empirical evidence supporting conceptual model of stress response syndromes"
J. Consult. Clin. Psychol. 1982; 50: 407-414
- Pietrantonio F, De Gennaro L, Di Paolo MC, Solano L
"The Impact of Event Scale: validation of an Italian version"
J. Psychosom. Res. 2003; 55: 389-393

Tabella 12

Lo IES

TAB. 21.1 - REVISED IMPACT OF EVENT SCALE - IES (da Horowitz et al, 1979, modificata)				
<p>Qui di seguito è riportata una lista di affermazioni fatte da persone che hanno vissuto eventi di vita traumatici. Controlli ogni affermazione indicando, per ciascuna, con quale frequenza lo ha pensato anche lei NEGLI ULTIMI SETTE GIORNI. Se durante questo periodo non lo ha pensato, faccia una crocetta nella colonna contraddistinta da "mai".</p>	FREQUENZA			
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso
1. Ho ripensato all'evento traumatico sebbene non avessi l'intenzione di farlo.				
2. Ho cercato di non lasciarmi prendere dal turbamento quando ci ho ripensato o l'ho ricordato.				
3. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria.				
4. Ho avuto difficoltà nell'addormentarmi o nel mantenere il sonno, a causa di immagini o di pensieri relativi all'evento traumatico che mi ritornavano alla mente.				
5. Ho provato forti emozioni ricorrenti legate ad esso.				
6. Ho fatto sogni che riguardavano quell'evento.				
7. Ho cercato di evitare ciò che me lo avrebbe potuto ricordare.				
8. Ho avuto la sensazione che non fosse accaduto o non fosse reale.				
9. Ho cercato di non parlarne.				
10. Immagini dell'evento sono entrate improvvisamente nella mia mente.				
11. Altri pensieri mi hanno portato a pensarci.				
12. Mi sono accorto di avere ancora molte emozioni legate ad esso, ma non le ho prese in considerazione.				
13. Ho cercato di non pensarci.				
14. Ogni ricordo mi ha richiamato alla memoria emozioni legate a quell'evento.				
15. Le emozioni legate ad esso erano come una specie di stordimento.				
Sintomi intrusivi = 1,4,5,6,10,11,14; Sintomi di evitamento = 2,3,7,8,9,12,13,15				

MSS-C

Civilian Mississippi Scale

Autore

Keane et al.

Anno

1988

Descrizione

Il gruppo di Keane, del Post-traumatic Stress Disorder Center, Veteran Administration Medical Center di Boston, ha acquisito una notevole esperienza nel campo del DPTS grazie al trattamento dei reduci dal Vietnam ed è in questo contesto (e per questi soggetti) che è stata messa a punto la versione originale della MSS - la Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder - , che è stata successivamente modificata per l'uso con i civili che abbiano subito un grave trauma come Civilian Mississippi Scale (MSS-C).

Il questionario è composto da 35 item, misurati su una scala a 5 punti, che valutano i sintomi correlati con il DPTS appartenenti a 4 categorie:

- Ripetizione dell'esperienza ed evitamento della situazione
- Distacco ed attenuazione della reattività generale
- Manifestazioni di ipervigilanza e di mancanza di controllo
- Autoaggressività

La scala è stata messa a punto per la valutazione della sintomatologia dei soggetti che hanno subito gravi traumi e soffrono perciò di un DPTS.

La MSS-C non è indicata per la diagnosi.

Affidabilità e validità

La scala ha solide proprietà psicometriche: elevata la consistenza interna e ottima l'affidabilità al test-retest; buona anche la validità.

Bibliografia

- Keane TM, Caddell JM, Taylor KL
"Mississippi scale for combact-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity"
J. Consult. Clin. Psychol, 1988; 56: 85