

Validazione della versione italiana delle Scale ISOS e RSQ per lo studio del recovery style nei disturbi psicotici

The Italian version of ISOS and RSQ, two suitable scales for investigating recovery style from psychosis

Dear Editor:

Gli obiettivi terapeutici della psichiatria sono diventati sempre più ampi e, quindi, gli strumenti si sono moltiplicati; da ciò deriva la necessità di Linee Guida, come quelle, ad esempio, del *National Institute for Clinical Excellence* (2003), per il trattamento della schizofrenia – traduzione curata da Carrà *et al.* (2004) – per giungere a pratiche verificabili. Le raccomandazioni delle linee guida sono state, in modo originale, trasformate in indicatori nel Progetto SIEP-DIRECT'S per verificare le discrepanze fra evidenze scientifiche e pratiche di routine (Ruggeri, 2008).

La validazione delle scale RSQ e ISOS può accrescere gli strumenti a disposizione degli operatori per valutare gli esiti degli interventi psichiatrici (Tansella & Thornicroft, 2001; Thornicroft & Tansella, 2008), quantificando gli aspetti soggettivi. La valutazione delle pratiche terapeutiche, momento di riflessione sul fare della psichiatria (Ruggeri *et al.*, 2008), è opportuna perché la crescita dei servizi di salute mentale nella comunità (Vender *et al.*, 1998), consente di avvicinare meglio non solo i familiari ma gli stessi pazienti psicotici, con i loro vissuti nelle situazioni di crisi. Più facilmente si parla con il paziente dell'episodio psicotico acuto, consentendo di conoscere lo stile di recupero dalla malattia.

Il nostro lavoro ha posto l'attenzione sui *recovery styles* (stili di recupero), l'insieme delle risposte individuali prodotte dai meccanismi di *coping* che permettono al paziente di uscire dalla psicosi acuta. I meccanismi di *coping* (Lazarus & Folkman, 1984; Modestin *et al.*, 2004; 2009; Middleboe & Mortensen, 1997; McDonald *et al.*, 1998; Perona Garcelan & Galan Rodriguez, 2002) consentono dapprima al paziente di fronteggiare i sintomi in modo da renderli più tollerabili, poi, nella fase di recupero, indirizzano il modo di uscita dall'acuzie. Il termine

recovery style definisce la strategia con cui il soggetto "esce" dalla malattia riappropriandosi della realtà che lo circonda. È stato introdotto e definito per la prima volta da McGlashan *et al.* (1975). Dal trattamento di numerosi pazienti in fase di remissione, hanno osservato che i diversi *recovery style* tendono a raggrupparsi in due tipi distinti: *integrazione* (processo tramite il quale è riconosciuta una continuità fra pensieri e sensazioni sperimentate durante la psicosi e vita mentale pre e post-psicotica) e *sealing over/passare oltre* (esperienze e sintomi psicotici sono isolati dagli eventi mentali non-psicotici e resi così non disponibili sia dalla soppressione cosciente che dalla rimozione).

È importante sottolineare che i concetti di *integration* e *sealing over* sono considerati gli estremi di uno spettro in cui aspetti dell'uno e dell'altro possono essere presenti insieme. Cogliere i *recovery styles* accresce l'empatia degli operatori nella cura dei pazienti psicotici, migliorando la relazione terapeutica, quindi gli esiti (indipendentemente dalle temporanee ricadute).

SCOPO DELLO STUDIO

Comprendere come una paziente si dispone a superare l'episodio acuto può influire sulle strategie terapeutiche, favorendo o meno, ad esempio, l'*insight* (Vender & Poloni, 2006) che spesso è alla base dell'*outcome* (McGlashan, 1987; Vender *et al.*, 1992; Thompson *et al.*, 2003; Tait *et al.*, 2003; 2004). I terapeuti possono essere aiutati in questo obiettivo da due scale che lo studio ha validato nella versione italiana:

- *Integration/Sealing Over Scale* – ISOS (McGlashan & Levy, 1977) [allegato 1];
- *Recovery Style Questionnaire* (RSQ) (Drayton *et al.*, 1998) [allegato 2].

La versione italiana di ISOS e RSQ

Due traduttori esperti di inglese e di italiano, con una cultura medica di base, hanno prodotto una prima versione di entrambe le scale. Sono state così formulate dal primo le versioni 1 di RSQ e ISOS, dal secondo le versioni 2 delle stesse; in una sessione di controllo di qualità, hanno discusso gli aspetti culturali, linguistici ed emozionali fino a ottenere un consenso finale espresso nella versione 3 di entrambe le scale. Fin da subito si è riscontrata una certa difficoltà nel trasporre items per i quali una traduzione letterale non avrebbe ottenuto la stessa efficacia della versione iniziale. Due altri medici bilingue esperti hanno revisionato la versione 3, stilando la 4. Infine un traduttore bilingue, di madrelingua inglese, ha ritradotto dall'italiano all'inglese la versione 4; le differenze sono state discusse con i medici bilingue autori della versione 4, fino al consenso sulla definitiva versione 5.

MATERIALI E METODI

La ISOS si compone di 13 items, ognuno dei quali esprime due ipotesi antitetiche che rimandano all'*integration* e al *sealing over*. Il medico fa riferimento a questa scala come guida per un'intervista semistrutturata, nella quale possono alternarsi domande mirate e momenti in cui è lasciato spazio alla libera espressione del paziente. Alla fine dell'intervista il medico definisce lo stile di recupero del paziente scegliendo tra sei possibilità differenti: valori tra 1 e 3 identificano il paziente come appartenente alla categoria *integration*, valori tra 4 e 6 invece come appartenente alla categoria *sealing-over*.

Il RSQ sviluppato nel 1998 da Drayton et al. (1998), ha utilizzato come modello l'ISOS. Il questionario, compilato dal paziente, ha lo scopo di rendere più rapida la valutazione del modo di recupero dalla psicosi e costituisce uno strumento di valutazione diretta. È composto di 39 proposizioni che, a gruppi di 3, si rifanno ai 13 concetti dell'ISOS, cui il paziente può concedere o meno il proprio accordo. Tali concetti, e le tre preposizioni che ad essi si riferiscono, sono definiti dagli Autori come *Continuity* (continuità), *Ownership* (appartenenza), *Responsibility* (responsabilità), *Curiosity* (curiosità), *Education* (educazione), *Help-seeking* (ricerca di aiuto), *Blame* (colpa), *Cause* (causa), *Optimism* (ottimismo), *Impact* (impatto), *Fear* (paura), *Liking* (apprezzamento), *Satisfaction* (soddisfazione). Per ognuno di essi il paziente è catalogato come *sealer* o *integrator*; se almeno due

delle tre risposte corrispondono al *sealing over*, quest'ultimo è lo stile assegnato al paziente per il concetto in esame e viceversa. La somma dei punti ottenuti può andare da un minimo di 0 ad un massimo di 13, e deve essere trasposta in percentuale.

La somministrazione della scala ISOS e la compilazione del RSQ da parte del paziente dovrebbero avvenire nello stadio di convalescenza dopo la fase acuta o a distanza di tempo da quest'ultima, facendo appello alla capacità del soggetto di ritornare con la memoria al momento dell'acuzie.

ISOS è stata somministrata da specialisti psichiatri, mentre RSQ è stata compilata in loro presenza. Le scale sono state somministrate in ospedale, in comunità e in ambulatorio a 106 pazienti, di cui sono stati raccolti dati socio-anagrafici (età, sesso, stato civile, titolo di studio, attività lavorativa), informazioni relative a caratteristiche psicopatologiche potenzialmente correlate al *recovery style* (modalità d'esordio, età al momento del primo trattamento, durata della malattia, numero di ospedalizzazioni, sintomi dell'ultimo episodio psicotico acuto) e diagnosi secondo l'ICD-10.

Dopo la raccolta dei dati, è stato creato un database che includeva variabili socio-demografiche, informazioni psicopatologiche e punteggi degli items delle 2 scale.

Per procedere ad una razionalizzazione delle elaborazioni statistiche è stata eseguita una ricodifica di alcune variabili:

- ISOS binaria → le 6 categorie della versione originale sono state ridotte a 2. Tutti i pazienti con punteggi da 1 a 3 (integrazione, tendenza verso l'integrazione, quadro misto in cui predomina l'integrazione) sono stati classificati come *integrators*; i pazienti con punteggi da 4 a 6 (quadro misto in cui predomina il *sealing over*, tendenza verso il *sealing over*) come *sealers*;
- RSQ binaria → i pazienti con punteggi standard da 0/13 a 6/13 sono stati classificati come *sealers*, quelli con punteggi standard da 7/13 a 13/13 come *integrators*;
- RSQ ricodificata in base all'*integration* → per ognuno dei 39 item della scala, se la risposta data (vero/falso) corrispondeva all'integrazione, è stato assegnato il punteggio 1, se la risposta corrispondeva al *sealing over* punteggio 0;
- Corrispondenza *integration* ISOS e RSQ: questa ricodifica valuta se entrambe le *rating scales* sono concordi nella valutazione psicopatologica; se la risposta è SI viene dato 1 come punteggio, se non c'è concordanza il punteggio è 0.

Analisi statistica

Per la valutazione della validità interna o di costruito della RSQ è stata utilizzata la misura della α di Cronbach. Si è proceduto alla valutazione della *test-retest reliability* (scale ISOS ed RSQ) e della *concurrent validity* (scale ISOS vs RSQ) con la rho di Spearman ($\rho > 0.70$; $p < 0.05$) essendo queste ultime dotate di sistemi di misura categoriali. Per i dati di natura categoriale si è fatto ricorso al test χ^2 ($p < 0.05$) per la valutazione dell'esistenza di associazione tra variabili. Le elaborazioni sono state eseguite con SPSS ver. 13 (SPSS Inc. Chicago, USA).

RISULTATI

Sono stati arruolati 106 pazienti, 40 femmine (37.7%) e 66 maschi (62.3%) di età compresa tra i 25 e i 74 anni (media di 41.02 ± 10.64).

Al questionario RSQ non è emersa nessuna correlazione significativa tra età e utilizzo di un particolare *recovery style*; da segnalare solo una tendenza all'integrazione dei pazienti con età maggiore di 45 anni, riscontro confermato anche dalla somministrazione di ISOS. Non sono emersi dati statisticamente significativi tra *recovery style* e sesso, ma vi è una tendenza all'integrazione nelle donne evidente soprattutto alla ISOS: 28 (70%) sono *integrators*, 12 (30%) sono *sealers*. Nei 66 maschi, 36 (54,5%) sono *integrators* e 30 (45,5%) *sealers*.

Raggruppando i pazienti in due categorie diagnostiche, 68 (64.2%) appartengono al gruppo diagnostico compreso tra F.20 e F.29 (schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti), 38 (35.8%) al gruppo tra F.30 e F.39 (sindromi affettive). Dei 68 pazienti appartenenti al gruppo diagnostico F 20-F 29, che hanno compilato il RSQ, 48 (70,6%) sono risultati *integrators*, 20 (29,4%) *sealers*. Dei restanti 38 soggetti con patologia affettiva, 36 (94,7%) adottano l'*integration* e 2 (5,3%) il *sealing over*. La maggior parte delle integrazioni sono nei pazienti con diagnosi F.30 (94,7%) rispetto a quelli con diagnosi F.20 (70,6%).

Non risulta alcuna correlazione statisticamente significativa tra sede di compilazione e prevalenza di un determinato stile di recupero dalla psicosi acuta, né per ISOS né per RSQ.

Proprietà psicometriche di ISOS e RSQ

- Internal reliability RSQ
Valutata con α di Cronbach, è $\alpha = 0.735$ (0.734 se basata su items standardizzati). Escludendo ad uno ad

uno ogni singolo item del RSQ, non ci sono valori che scendono sotto 0.71 quindi non discostandosi molto dal valore medio.

- Test-retest reliability RSQ
54 pazienti hanno ricompilato il questionario dopo 6 mesi. La correlazione è risultata pari a $r = 0.716$; $p < 0.001$ (RSQ totale vs RSQ 2 totale). Confrontando invece RSQ binaria con RSQ 2 binaria la rho di Spearman è stata $r = 0.505$; $p < 0.001$.
- Test-retest reliability ISOS
Il livello di concordanza tra le valutazioni effettuate in due tempi, come per RSQ, nella somministrazione della scala ISOS allo stesso paziente è risultato pari a $r = 0.533$; $p < 0.001$.
- *Concurrent validity*

La *concurrent validity*, ovvero la misura della correlazione tra le due scale di valutazione, è risultata $r = 0.536$; $p < 0.01$. In nessuna sottopopolazione di pazienti, divisi per sede, si è raggiunto un valore di *concurrent validity* tra ISOS e RSQ maggiore rispetto al valore del campione totale, tranne che nei pazienti ambulatoriali ($r = 0.634$; $p < 0.001$).

La correlazione tra ISOS e RSQ nei pazienti con disturbi dell'umore è $r = 0.699$; $p < 0.001$. Considerando solo i pazienti ambulatoriali con diagnosi ricodificata F.30, la *concurrent validity* scende a $r = 0.680$; $p < 0.001$. Esaminando tutti i pazienti ambulatoriali (sia con diagnosi di "spettro delle schizofrenie" che con diagnosi di "disturbi dell'umore") la correlazione tra ISOS ed RSQ è $r = 0.598$; $p < 0.001$.

- Tendenza del RSQ a sovrastimare l'integrazione rispetto alla ISOS.

Utilizzando le ricodifiche delle scale nella loro forma binaria è emerso che, sul totale di 106 pazienti, nella scala ISOS, 64 soggetti adottano l'*integration* e 42 il *sealing over*. Dei 64 *integrators*, 60 sono risultati tali anche nella valutazione con RSQ; dei 42 *sealers*, 18 lo sono anche al RSQ.

Utilizzando il RSQ, al contrario, 84 pazienti sono risultati *integrators*, 22 *sealers*. Degli 84 soggetti che usano l'integrazione, 60 sono *integrators* anche alla ISOS; invece dei 22 pazienti che usano il *sealing over*, 18 sono tali anche usando la ISOS. Questi risultati sono statisticamente significativi ($p < 0.001$).

DISCUSSIONE

La validazione della versione italiana delle scale ISOS (Integration/Sealing Over Scale) di McGlashan & Levy, e RSQ (*Recovery Style Questionnaire*) di Drayton,

Birchwood e Trower è l'obiettivo principale dello studio. Per interpretare i dati e confrontarli con quelli già presenti in letteratura sull'argomento, è bene tenere conto dei seguenti aspetti:

- 1) Riguardo al genere, sono soprattutto le donne ad adottare l'*integration* come *recovery style*, così come rilevato da Thompson *et al.* (2003);
- 2) I pazienti esaminati hanno un'età media di 41.02 (\pm 10.64) mentre in altri studi (Drayton *et al.*, 1998) il campione era composto di soggetti più giovani (età media di 34 ± 10 anni);
- 3) A proposito delle proprietà psicometriche si può affermare che la internal reliability del RSQ del presente studio è $\alpha = 0.735$, sovrapponibile allo 0.73 ottenuto da Drayton *et al.* (1998);
- 4) Il valore dell' α di Cronbach, escludendo ad uno ad uno ogni singolo costrutto del RSQ, si avvicina al valore medio; questo significa che la versione italiana ottenuta ha mantenuto un livello di validità accettabile e ben ripartito fra loro;
- 5) Il livello di concordanza tra le valutazioni effettuate in due tempi nella somministrazione della scala ISOS al medesimo paziente è stato piuttosto basso ($r = 0.533$; $p < 0.001$). Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che sono spesso presenti, insieme, aspetti sia dell'integrazione che del *sealing over*; inoltre un soggetto può integrare selettivamente alcuni aspetti della malattia ed isolarne altri;
- 6) La correlazione tra ISOS ed RSQ (*concurrent validity*) è risultata $r = 0.536$; $p < 0.001$; non sovrapponibile a $r = 0.92$; $p < 0.001$ (Drayton *et al.*, 1998). Tale differenza è probabilmente dovuta all'uso di un diverso metodo di comparazione delle due scale;
- 7) la *concurrent validity* delle due scale è massima nei pazienti affetti da disturbi dell'umore;
- 8) Il RSQ sovrastima l'integrazione, in linea con quanto osservato da Drayton *et al.* (1998).

Le differenze di concordanza rilevate nelle somministrazioni a distanza di tempo della ISOS e la scarsa correlazione tra ISOS ed RSQ segnalano un limite della ISOS: i processi mentali valutati facilmente possono dipendere dall'esaminatore. Infatti, i primi dati sono stati

raccolti dagli psichiatri che da anni trattavano quei pazienti in comunità (McGlashan & Levy, 1977).

CONCLUSIONI

L'osservazione e la valutazione dei *recovery styles* sono state poco oggetto di attenzione, pur avendo a nostro parere importante rilievo: infatti il modo di ricezione, memorizzazione, ricordo e uso delle informazioni da parte del paziente dovrebbero essere fondamentali nelle decisioni terapeutiche e nell'atteggiamento degli operatori onde evitare, ad es., una scarsa adesione alle cure. Partendo dal presupposto che ogni paziente fronteggia la propria psicosi in modo personale, l'utilizzo delle scale di valutazione del *recovery style* (più complessa e con alcuni limiti la ISOS, il questionario RSQ è facilmente applicabile e attendibile) rappresenta uno strumento importante per il terapeuta per affrontare con il paziente vissuti, emozioni e angosce che hanno segnato la sua vita e che possono essere superate solo all'interno di una relazione terapeutica sintonizzata sugli specifici meccanismi di *coping*.

Nicola Poloni*
Camilla Callegari*
Aldo Buzzi*
Francesca Aletti*
Federico Baranzini*
Francesca Vecchi*
Simone Vender*

*Dipartimento di Medicina Clinica,
Università degli Studi dell'Insubria
Varese e Como
Professor S. Vender
Università degli Studi dell'Insubria
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina Clinica
Via O. Rossi 9, 21100 Varese
Fax +39-0332-270667
E-mail: simone.vender@uninsubria.it

Received 20.01.2010

Revised version received 06.05.2010

Accepted 15.05.2010

Allegato 1 – ISOS (*Integration/Sealing-Over Scale*).

Integrazione	Sealing over
L'individuo è consapevole del collegamento tra pensieri e sentimenti provati durante la psicosi e i conflitti emotivi precedenti e successivi al suo episodio psicotico	L'individuo separa pensieri e sentimenti provati durante la psicosi dagli aspetti della propria vita emotiva che precedono e seguono l'episodio psicotico
The individual is aware of the continuity between his thoughts and feelings during the psychosis and his emotional conflicts prior and subsequent to his psychotic episode	The individual isolates the thoughts and feelings experienced during the psychosis from his view of his emotional life prior and subsequent to his psychotic episode
La psicosi è vissuta dall'individuo come qualcosa di proprio piuttosto che come qualcosa di estraneo o impostogli da qualche agente esterno	La psicosi è vissuta dall'individuo come evento isolato, circoscritto, distinto da quella parte della sua vita mentale che considera come propria
The psychosis is experienced by the individual as personal, rather than as alien or visited upon him by some outside forces	The psychosis is seen as an encapsulated, circumscribed event which is alien to, and distinct from, that part of his mental life which the individual calls his own
Durante l'episodio psicotico l'individuo si sente responsabile dei suoi pensieri e delle sue azioni	Durante l'episodio psicotico l'individuo non si sente responsabile di suoi pensieri e delle sue azioni
The individual feels responsible for his psychotic thoughts and acts	The individual does not feel responsible for his psychotic thoughts and acts
L'individuo è incuriosito dalle esperienze vissute durante la psicosi ed è interessato a comprenderle con partecipazione emotiva	L'individuo non è incuriosito dalle esperienze vissute durante la psicosi e non è interessato a comprenderle
The individual is curious about his psychotic experiences and is emotionally invested in understanding them	The individual is not curious about his psychotic experiences and is not emotionally invested in understanding them
L'individuo considera la psicosi una fonte di nuove informazioni riguardo se stesso, che utilizza per modificare i propri giudizi e comportamenti	L'individuo non considera la psicosi come fonte di nuove informazioni riguardo se stesso e tende a mantenere giudizi e comportamenti precedenti la malattia
The individual treats the psychosis as a source of new information about himself which he uses to modify his opinions and behaviour	The individual does not treat the psychosis as a source of new information about himself and seeks to return to his premorbid opinions and behaviour
L'individuo tende a ricercare l'aiuto di altre persone per gestire i conflitti derivanti dalla sua psicosi e/o dalle difficoltà della vita	L'individuo tende a non ricercare l'aiuto di altre persone per gestire i conflitti derivanti dalla sua psicosi e/o dalle difficoltà della vita
The individual enlists the help of others in mastering the conflicts related to his psychosis and/or life difficulties	The individual tends not to enlist the help of others in mastering the conflicts related to his psychosis and/or life difficulties
L'individuo ritiene che la sua malattia derivi dalle sue difficoltà nell'adattarsi ai problemi della vita	L'individuo ritiene che la sua malattia sia colpa di altre persone o di eventi ambientali
The individual blames his illness on his own difficulties in coping with his life problems	The individual blames his illness on other persons or environment events
L'individuo ritiene di aver avuto un esaurimento emotivo o nervoso	L'individuo ritiene di aver avuto una malattia di tipo medico
The individual views himself as having had an emotional or nervous breakdown	The individual views himself as having fallen prey to a medical or medical-like illness
L'individuo può riconoscere degli aspetti positivi nell'aver avuto un episodio psicotico	L'individuo non riconosce alcun aspetto positivo nell'aver avuto un episodio psicotico
The individual is able to see positive aspects to having had a psychotic episode	The individual is unable to see any positive aspect to having had a psychotic episode
L'individuo ritiene che la sua psicosi abbia avuto un forte impatto sulla sua vita	L'individuo minimizza l'importanza o l'impatto della psicosi sulla sua vita
The individual feels his psychotic experience has had a strong impact on his life	The individual minimizes the importance or impact of his psychotic experience on his life
L'individuo ha un'opinione meno negativa e terribile riguardo la malattia mentale rispetto al periodo precedente la sua psicosi	L'opinione dell'individuo riguardo la malattia mentale rimane negativa e di intolleranza
The individual's attitude toward mental illness is less fearful and negative than prior to his psychosis	The individual's attitude toward mental illness remains fearful and intolerant
All'individuo sono piaciuti alcuni degli insoliti pensieri e sentimenti provati durante la sua psicosi	L'individuo rifiuta quei pensieri e sentimenti insoliti provati durante la psicosi

(segue)

Allegato 1 – Segue

Integrazione		Sealing over			
The individual likes some of the unusual feelings and ideas that he experienced during his psychosis		The individual is repelled by the unusual feelings and ideas that he experienced during his psychosis			
L'individuo avverte che la sua psicosi lo abbia aiutato ad avere una vita più soddisfacente		L'individuo ritiene che la psicosi lo abbia ostacolato nel raggiungimento di una vita soddisfacente			
The individual feels that his psychosis helped him come closer to obtaining satisfaction in real life		The individual feels that his psychosis has made it harder for him to obtain satisfaction in real life			
VALUTAZIONE GLOBALE: basandosi sul Suo giudizio clinico ed utilizzando le proposizioni precedenti come guida, scelga il numero (da 1 a 6) della scala sottostante che meglio descrive la strategia di adattamento del paziente al suo episodio psicotico più recente.					
Integrazione	Tendenza verso l'integrazione	Quadro misto in cui predomina l'integrazione	Quadro misto in cui predomina il sealing over	Tendenza verso il sealing over	Sealing over
1	2	3	4	5	6

Allegato 2 – RSQ (Recovery Style Questionnaire).

Le proponiamo una lista di affermazioni che riguardano la Sua malattia. Le legga con attenzione ed esprima la Sua opinione barrando la casella corrispondente.

	Vero	Falso
Mi sono ammalato gradualmente. There was a gradual build-up to me becoming ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia non fa parte della mia personalità. My illness is not part of my personality.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando sono malato sono responsabile dei miei pensieri. I am responsible for what I think when I am ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono interessato alla mia malattia. I am not interested in my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia mi ha insegnato cose nuove riguardo a me stesso. My illness taught me new things about my self.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho bisogno di aiuto per risolvere i problemi causati dalla mia malattia. I need help to solve the problems caused by my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia è stata causata dalle mie difficoltà nell'affrontare la vita. My illness was caused by my difficulties in coping with life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto un esaurimento nervoso. I have had a nervous breakdown.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesco a vedere aspetti positivi nella mia malattia. I can see positive aspect to my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia ha avuto un forte impatto sulla mia vita. My illness has had a strong impact on my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono spaventato dalle malattie mentali. I am not frightened of mental illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sono piaciute alcune delle esperienze che ho vissuto quando sono stato malato. I liked some of the experiences I had when I was ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia mi ha aiutato a trovare una vita più soddisfacente. My illness has helped me find a more satisfying life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia è comparsa improvvisamente e se ne è andata improvvisamente. My illness came on suddenly and went suddenly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia è una parte di me. My illness is part of me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(segue)

Allegato 2 – Segue

	Vero	Falso
Non sono responsabile delle mie azioni quando sono malato. I am not responsible for my actions when I am ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono curioso di conoscere la mia malattia. I am curious about my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho conosciuto meglio me stesso a causa della mia malattia. I understand myself better because of my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posso gestire da solo i problemi causati dalla mia malattia. I can manage the problems caused by my illness, alone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La colpa della mia malattia è di altre persone. Others are to blame for my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto una malattia fisica. I have had a medical illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho avuto nulla di buono dalla mia malattia. Nothing good came from my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia ha avuto un piccolo effetto sulla mia vita. My illness has had little effect on my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono spaventato dalle malattie mentali. I am frightened of mental illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non mi sono piaciute le strane esperienze che ho vissuto quando sono stato malato. I didn't like any of the unusual experiences I had when I was ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da quando sono stato malato è difficile trovare soddisfazione dalla vita. It's hard to find satisfaction with life, since I was ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia è comparsa improvvisamente. My illness came on very suddenly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia non ha nulla a che vedere con me. My illness is alien to me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono responsabile dei miei pensieri e dei miei sentimenti quando sono malato. I am responsible for my thoughts and feelings when I am ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ora che sto meglio non sono per nulla preoccupato per la mia malattia. I don't care about my illness, now that I am well.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voglio essere la persona che ero prima della mia malattia. I want to be the person I was before my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le altre persone possono aiutarmi a risolvere i miei problemi. Others can help me solve my problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia malattia è stata causata dallo stress della mia vita. My illness was caused by stress in my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto uno shock emotivo. I have suffered an emotional breakdown.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere stato malato ha avuto degli aspetti vantaggiosi. Being ill had good parts too.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non sono per nulla interessato alla mia malattia. I am not really interested in my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sono piaciuti alcuni degli strani pensieri che ho vissuto quando sono stato malato. I liked some of the unusual ideas I had when I was ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mia vita è più soddisfacente dopo la malattia. My life is more satisfying since my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il mio atteggiamento verso le malattie mentali è migliore rispetto a prima di essere stato malato. My attitude to mental illness is better now, than before I was ill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFIA

- Carrà G., Barale F. & Marinoni A. (Eds.) (2004). *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche Complete per gli Interventi Fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Drayton M., Birchwood M. & Trower P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology* 37, 269-284.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). Coping and adaptation. In *Handbook of Behavioural Medicine* (by W.D. Gentry). Guilford Press: New York.
- McDonald E.M., Pica S., McDonald S., Hayes R.L. & Baglioni A.J. (1998). Stress and coping in early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 172, Suppl. 33, 122-127.
- McGlashan T.H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 681-685.
- McGlashan T.H. & Levy S.T. (1977). Sealing over in a therapeutic community. *Psychiatry* 40, 55-65.
- McGlashan T.H., Levy S.T. & Carpenter W.T. (1975). Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 32, 1269-1272.
- Middleboe T. & Mortensen E.L. (1997). Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 188-194.
- Modestin J., Soult J. & Malti T. (2004). Correlates of coping styles in psychotic illness. *Psychopatologia* 37, 175-180.
- Modestin J., Caveng I., Wehrli M.V. & Malti T. (2009). Correlates of coping styles in psychotic illness- An extension study. *Psychiatry Research* 168, 50-56.
- National Institute for Clinical Excellence (2003). *Schizophrenia. Full national Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care*. Gaskell, Royal College of Psychiatrist and the British Psychological Society: London.
- Perona Garcelan S. & Galan Rodriguez A. (2002). Coping strategies in psychotics: conceptualization and research results. *Psychology in Spain* 6, 26-40.
- Ruggeri M. (2008). Guideline for treating mental illness: love them, hate them. Can the SIEP-DIRECT'S Project serve in the search a happy medium? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 270-277.
- Ruggeri M., Lora A. & Semisa D. (2008). The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of main findings and practical implications for the future of community based mental health services. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 358-368.
- Tait L., Birchwood M. & Trower P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry* 182, 123-128.
- Tait L., Birchwood M. & Trower P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry* 185, 410-415.
- Tansella M. & Thornicroft G. (Ed.) (2001). *Mental Health Outcome Measures*, 2nd ed. Gaskell: London.
- Thompson K.N., McGorry P.D. & Harrigan S.M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 62, 31-36.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2008). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press: London.
- Vender S. & Poloni N. (2006). L'insight è un fattore prognostico favorevole nella cura della malattia mentale? *Recenti Progressi in Medicina* 97, 565-570.
- Vender S., Bianchi Loconte S. & Merckling D. (1992). Die Erinnerung an die akute psychotische Erfahrung. *Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie* 143, 265-274.
- Vender S., Callegari C. & Poloni N. (1998). Recent modification of the perception of psychiatry. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 8, 119-121.