

P. Chiambretto<sup>1</sup>, L. Moroni<sup>2</sup>, C. Guarnerio<sup>1</sup>, G. Bertolotti<sup>2</sup>

## Validazione italiana del Questionario Prolonged Grief Disorder (PG-12)

<sup>1</sup> Servizio di Psicologia Clinica e della Salute; I Vitaresidence, Guanzate (CO), Legnano (MI)

<sup>2</sup> Servizio di Psicologia; Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS, Tradate (VA)

**RIASSUNTO.** La morte di una persona cara o una sua condizione di grave invalidità, quale lo stato vegetativo, confrontano le persone ad essa più vicine con un importante distress emotivo. In molti casi l'elaborazione del lutto conseguente alla perdita avviene in tempi e modi fisiologici permettendo di reagire alla separazione e di riprendere la propria quotidianità. In alcuni casi invece si evidenzia una incapacità di reagire e il caregiver rimane imprigionato in una condizione che non sa elaborare fatta di ricordi, rimpianti, sensi di colpa che lo portano a isolarsi e gli impediscono di condurre una vita piena e paragonabile a quella precedente l'evento luttuoso. Questa condizione, che non sempre può essere inquadrabile in un disturbo depressivo maggiore, trova, secondo un recente dibattito, una più completa descrizione nel "Prolonged Grief Disorder" (tradotto in italiano come Disturbo da Sofferenza Prolungata).

Il Prolonged Grief Disorder è una nuova categoria diagnostica oggetto di approfondito studio in America per un suo inserimento nel DSM V al fine di fornire ai clinici un quadro che meglio descriva la condizione di questi caregiver. Il PG-12 è un questionario di semplice e rapida somministrazione e scoring che può guidare il clinico nella diagnosi. Il presente lavoro descrive la metodologia seguita per la traduzione di questo strumento e i dati emersi rispetto alla sua validità e applicabilità. Il campione a cui è stato somministrato lo strumento è costituito da 45 familiari di pazienti in stato vegetativo. Si è ottenuto un adeguato valore di consistenza interna (Cronbach  $\alpha = 0.88$ ) e l'analisi fattoriale rivela la presenza di un unico fattore.

**Parole chiave:** sofferenza prolungata, lutto, familiari.

**ABSTRACT.** ITALIAN VALIDATION OF THE PROLONGED GRIEF DISORDER QUESTIONNAIRE (PG-12). Death or severe invalidity (e.g. vegetative state) of a family member causes deep emotional distress to the caregiver. In most cases elaboration of mourning at the loss unfolds in physiological times and modes, enabling the caregiver to react to the separation and resume their own daily life. In some cases, however, there is an incapacity to react and caregivers remain imprisoned in a condition they are unable to elaborate consisting of memories, regrets and a sense of guilt, that leads to their self isolation and prevents them from leading a full life as prior to the grief-causing event. This condition, not always classifiable as a major depressive disorder, is, according to a recent debate, more adequately described as the "Prolonged Grief Disorder". The Prolonged Grief Disorder is a new diagnostic category, currently under examination in America for inclusion in the DSM V in order to give clinicians a picture that better describes the condition of these caregivers. The PG-12 is a questionnaire that is easy and quick to administer and score which can guide the clinician in the diagnosis of this condition. The present paper presents the methodology followed for the translation into Italian of this instrument and the data that emerged concerning its validity and applicability. 45 caregivers of vegetative state patients were enrolled. The PG-12 Italian version showed good internal consistency (Cronbach alpha = 0.88) and a mono factorial structure.

**Key words:** prolonged grief, mourning, caregiver.

### Introduzione

Benché la sofferenza in risposta ad una perdita faccia inevitabilmente parte della vita umana, psichiatri (1; 2), psicologi (3), oncologi (4), geriatri (5), infermieri (6), amici e familiari (7) di persone che stanno affrontando un lutto riconoscono che tale sofferenza, in certe circostanze, può determinare un distress tale da modificare profondamente il normale funzionamento della persona. Tuttavia nel DSM-IV (8) il lutto è spesso citato come un criterio di potenziale esclusione per la diagnosi di disturbi mentali, ad esempio per il Disturbo Depressivo Maggiore o per il disturbo dell'adattamento, e non è considerato come una forma di malattia mentale in sé e per sé. Quando nel DSM-IV si parla di "lutto" ci si focalizza esclusivamente sui sintomi depressivi (es. rallentamento psicomotorio, senso di colpa, pensieri di morte..) conseguenti alla perdita di una persona significativa e questo porta i clinici a diagnosticare un disturbo depressivo maggiore solo se colui che soffre per un lutto sperimenta specifici sintomi depressivi nei mesi successivi l'evento. I criteri per una diagnosi di sofferenza grave, prolungata e maladattiva rimangono quasi del tutto assenti dal DSM-IV. È tuttavia esperienza comune cogliere delle differenze importanti tra una reazione depressiva ad un evento, diagnosticabile come episodio depressivo maggiore, e una condizione di sofferenza prolungata che determina una specifica forma di patologia correlata al distress psichico derivato dalla perdita, chiamata "Prolonged Grief Disorder (PGD)" (9, 10).

Tra i principali autori che in America stanno dando vita ad un appassionato dibattito sul Grief Disorder, Holly Prigerson, della Harvard University, è forse una delle più illustri ricercatrici che, con i suoi numerosi lavori, contribuisce alle riflessioni su questo tema (11, 12). Le evidenze che stanno emergendo probabilmente porteranno ad individuare una nuova categoria diagnostica che troverà spazio nella prossima edizione del DSM (13, 14).

Per fare chiarezza a livello terminologico utilizzeremo, condividendo le ipotesi di Prigerson et al. (9,10), la dizione "Prolonged Grief Disorder" (tradotto in "disturbo da sofferenza prolungata"), anziché "Complicated Grief" (15) o "Traumatic Grief" (16), perché meglio cattura la natura del disturbo, costituito da una persistente sintomatologia emozionale in risposta alla perdita di una persona cara. Il ter-

mine *prolonged* non implica che la durata in termini temporali sia il principale elemento indicatore della sintomatologia, ma che la percezione di aver perso, per diversi motivi, una persona cara, sia un evento stressante con conseguenze che si ripercuotono anche per lungo tempo non solo sulla salute emotiva e psichica ma anche su quella fisica.

Le caratteristiche distintive del "Prolonged Grief Disorder" si caratterizzano per l'evento critico riferito di perdita (non necessariamente morte) di una persona significativa, la presenza di distress da separazione, la presenza di sintomi cognitivi, emotivi e comportamentali quali ruminazioni mentali, isolamento sociale, pensieri intrusivi e rimpianti, e la percezione di una riduzione importante nello stile di vita della persona. Partendo da tali caratteristiche, Holly Prigerson et al. (17), hanno lavorato alla costruzione di un questionario che potesse permettere, in modo semplice e rapido, di guidare il clinico nella diagnosi di tale condizione psicologica. Dopo numerose revisioni (11) è stato realizzato lo strumento PG-12, che si compone di 12 item. Il questionario, nella sua forma originaria, è in lingua inglese; l'autrice ha autorizzato gli autori del presente lavoro alla traduzione in lingua italiana e al suo utilizzo a scopo di ricerca.

Ogni questionario, quando deve essere impiegato in una lingua diversa da quella in cui è stato realizzato, deve sottostare ad un attento lavoro che preveda una corretta retro-traduzione (back version), che mantenga la capacità di chiedere in modo comprensibile ed "equivalente" (18) i contenuti delle affermazioni inserite nella versione originale, ovvero che nulla aggiunga o sottragga alle eventuali differenze di giudizio imputabili a culture di nazioni o gruppi etnici diversi (19; 20).

Scopo del presente lavoro è descrivere lo sviluppo della versione validata del Prolonged Grief 12 (PG-12) per il suo utilizzo in Italia, sia per scopi di ricerca sia per applicazioni cliniche, quali la verifica degli esiti di un trattamento psicologico.

### Descrizione dello strumento PG-12

Il PG-12 è costituito da 12 item che descrivono sentimenti, pensieri, azioni che possono essere provate da chi ha perso una persona cara per un lutto o ne sente la mancanza a causa di una grave malattia, quale ad esempio la condizione di Stato Vegetativo. Il PG-12 può essere somministrato con intervista o auto-compilato. Ogni domanda richiede che sia completato l'apposito spazio destinato al nome proprio della persona verso la quale sono rivolti i pensieri o i sentimenti di perdita che prova il caregiver. Le affermazioni sono raggruppate in tre parti (si veda in Allegato): la prima parte del questionario è costituita da 4 items che indagano la frequenza con cui nell'ultimo mese il soggetto ha sperimentato vissuti emotivi inerenti la malattia del proprio caro; in particolare si chiede se ha desiderato ardentemente che egli fosse di nuovo in salute, se ha provato intense sensazioni di sofferenza emotiva legate alla malattia del proprio caro, se ha cercato di evitare di ricordare che egli è malato e se si è sentito stordito, scioccato e confuso dalla malattia. Nella seconda parte del questionario si chiede di indicare se vi sono attualmente dei cambiamenti o delle limitazioni importanti nella propria

vita in relazione alla condizione di malattia o morte del proprio caro. In particolare si chiede se la persona sente di aver perso una parte di sé, se ha avuto problemi ad accettare la malattia del proprio caro, se si sente amareggiato per tale malattia, se sente la difficoltà di andare avanti (es: coltivando nuovi amici), se si sente emotivamente svuotato o raggelato da quando il proprio caro si è ammalato e se sente che la propria vita sia vuota o priva di significato. Le risposte possibili variano da 1 (mai) a 5 (insopportabilmente, più di quanto potessi immaginare). La terza parte del questionario è costituita da una sola domanda in cui si chiede se la persona ha sperimentato una riduzione significativa in ambito sociale, lavorativo, o in altre aree importanti di vita. Tale domanda è discriminante per la diagnosi.

Il PG-12, nella sua semplicità e sinteticità, consente di indagare alcuni aspetti specifici delle reazioni di un soggetto alla perdita di un proprio caro, sia che essa derivi da un lutto, da una condizione di grave malattia o da altre situazioni di vita. Esso consente di ottenere un risultato in termini diagnostici di presenza/assenza del disturbo da sofferenza prolungata. Per poter formulare diagnosi di Prolonged Grief Disorder devono essere presenti i seguenti criteri (10, 15):

- **Criterio evento:** per la somministrazione del PG-12 si assume che colui che risponde abbia vissuto la perdita di una persona cara.
- **Distress da separazione:** colui che risponde deve sperimentare le domande n° 1 o n° 2 del PG-12 almeno una volta al giorno (risposta 4 oppure 5).
- **Sintomi cognitivi, emozionali, e comportamentali:** il soggetto deve rispondere 4 ("almeno una volta al giorno" o "molto") o 5 ("più volte al giorno" o "insopportabilmente/più di quanto potessi immaginare") ad almeno cinque delle domande comprese tra 3 e 11.
- **Criterio di danno:** il soggetto deve sperimentare una riduzione significativa in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti di vita (es. responsabilità domestiche quali cucinare, fare lavori di manutenzione, fare la spesa). Alla domanda 12 deve quindi rispondere "SI".

### Materiali e metodi

Per condurre la validazione italiana del questionario PG-12 è stata seguita la metodologia proposta nelle linee guida di Beaton et al. (21) e da Acquadro et al. (22), oltre che le indicazioni suggerite da Eremenco et al. (23) e approvate dall'autrice del PG-12.

La procedura dello studio si è articolata nelle seguenti fasi.

**Prima fase:** traduzione iniziale. Sono state effettuate due traduzioni indipendenti da due psicologi clinici esperti e competenti nella lingua inglese.

**Seconda fase:** sintesi delle traduzioni. Le due traduzioni sono state confrontate ed è stata costruita una versione condivisa.

**Terza fase:** back translation. La versione italiana condivisa è stata sottoposta ad un traduttore di madrelingua inglese che, senza conoscere il testo originale, ha provveduto a tradurlo in inglese.

**Quarta fase:** un gruppo di psicologi ha valutato il lavoro svolto, con particolare attenzione alle equivalenze semantiche, alla comprensibilità dei termini scelti e alla condivisibilità delle espressioni utilizzate per esprimere le diverse sfumature dei concetti e delle accezioni psicologiche presenti nel questionario.

**Quinta fase:** è stato organizzato un focus group di 6 partecipanti a cui è stato sottoposto il questionario item per item chiedendo loro di indicare le affermazioni che apparissero poco chiare o la cui lettura consentisse possibili fraintendimenti. Sono state quindi apportate alcune piccole modifiche che hanno permesso di esprimere alcuni concetti con una terminologia di uso più comune (es: item 2, inizialmente tradotto come “fitte di angoscia” poi modificato in “fitte di dolore”).

**Sesta fase:** la versione definitiva è stata impaginata mantenendo una grafica analoga a quella originale. La traduzione in italiano, la retro-traduzione in inglese e le osservazioni emerse dal focus group sono state inviate all'autrice per l'approvazione.

La versione definitiva in lingua italiana è stata quindi somministrata ad un campione di familiari di pazienti ricoverati in due strutture di lungodegenza situate rispettivamente nel nord e nel sud Italia. Ogni partecipante è stato contatto personalmente da uno psicologo che conosce e che opera nella struttura; il clinico ha presentato lo strumento e le motivazioni della ricerca, ha ottenuto il consenso alla ricerca e al trattamento dei dati e ha somministrato il questionario.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata mediante il software SPSS 13.0.

## Risultati

### Descrizione del campione

Il campione è costituito da 45 familiari di pazienti in stato vegetativo o in una condizione di minima responsività ricoverati presso strutture di lungodegenza. Le caratteristiche del campione sono riportate in Tabella I.

**Tabella I. Caratteristiche del campione di pazienti e di familiari**

Caratteristiche dei familiari (N = 45)		N	%	Range	Media ( $\pm ds$ )
Sesso	Maschi	16	35.6%		
	Femmine	29	64.4%		
Età (in anni)		45	100%	28-82	56.13 $\pm$ 11.72
Grado di parentela	Coniuge o compagno	17	37.8%		
	Genitore	17	37.8%		
	Altro	11	24.4%		
Caratteristiche dei pazienti (N = 41)		N	%	Range	Media ( $\pm ds$ )
Sesso	Maschi	26	63.4%		
	Femmine	15	36.6%		
Età (in anni)		41	100%	19 - 72	47.20 $\pm$ 16.14
Tempo trascorso dall'evento (in mesi)		41	100%	1 - 168	48.41 $\pm$ 42.40
Diagnosi	Minima Responsività	11	26.8%		
	Stato Vegetativo	30	73.2%		

### Analisi dell'affidabilità della versione italiana del PG-12

Per valutare la concordanza interna della versione italiana del PG-12 è stato utilizzato l' $\alpha$  di Cronbach (24). Si è ottenuto un valore di  $\alpha$  pari a 0.88, che indica un'ottima capacità discriminativa dello strumento (24). Il Tabella II sono riportate le correlazioni di ogni item con il costrutto misurato dal questionario, e il valore di  $\alpha$  se l'item viene escluso dal questionario.

**Tabella II. Analisi dell'affidabilità del questionario PG-12 mediante  $\alpha$  di Cronbach**

Item PG-12	Correlazione del totale item corretta	Alpha di Cronbach se l'item è escluso
1	0.320	0.878
2	0.558	0.867
3	0.561	0.868
4	0.708	0.857
5	0.559	0.867
6	0.633	0.862
7	0.273	0.883
8	0.689	0.859
9	0.656	0.861
10	0.709	0.856
11	0.720	0.858
12	0.583	0.873

### Analisi fattoriale della versione italiana del PG-12

È stata condotta un'analisi fattoriale con metodo di estrazione degli assi principali dei 12 item che compongono il PG-12, per un campione di 45 soggetti. La misura di Kaiser-Meyer-Olkin, pari a 0.749, indica che l'analisi fattoriale è applicabile. Osservando il valore di significatività del test di Barlett ( $p < 0.001$ ) si può concludere che la matrice di correlazione differisce dalla matrice di identità, è che quindi l'analisi fattoriale è accettabile.

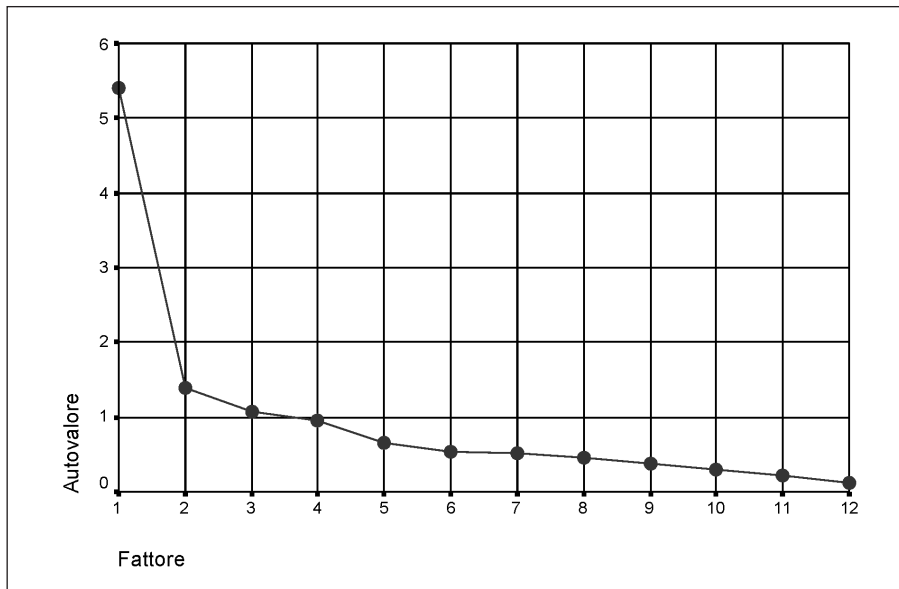


Figura 1. Grafico decrescente degli autovalori

Tabella III. Matrice della soluzione monofattoriale. Sono indicate in tabella le saturazioni di ciascun item con il fattore estratto

Item PG-12	Saturazione con il fattore
1	< 0.350
2	0.574
3	0.585
4	0.750
5	0.625
6	0.656
7	< 0.350
8	0.725
9	0.726
10	0.778
11	0.763
12	0.616

Sulla base dello scree test (Figura 1) è stato considerato un fattore che spiega il 45% della varianza.

In Tabella III sono riportati i pesi fattoriali (saturazioni) di ciascun item rispetto al fattore estratto, che coincide con il costrutto misurato dal questionario. I pesi fattoriali di due item, in particolare della domanda 1 “Nell’ultimo mese, quanto spesso ha desiderato ardentemente che \_\_\_\_\_ (il paziente) fosse di nuovo in salute?” e della domanda 7 “è stato difficile per lei avere fiducia negli altri (amici, parenti ecc.) da quando \_\_\_\_\_ (il paziente) si è ammalato?”, non sono rilevanti, in quanto inferiori a 0.35. Tali domande rappresentano poco il costrutto indagato.

Il peso fattoriale elevato della domanda 10, “si sente emotivamente svuotato (raggelato) da quando \_\_\_\_\_ (il paziente) si è ammalato?”, indica che tale item rappresenta maggiormente il Prolonged Grief Disorder.

## Conclusioni

Nel dibattito internazionale sono sempre più numerosi gli studi che evidenziano come il lutto, inteso non solo come sofferenza per la morte di una persona cara ma anche come esperienza di perdita dell’autonomia che un soggetto vive, debba essere considerato come concetto più articolato ed essere riconosciuto come una categoria diagnostica a sé.

Non è facile inquadrare la condizione emotiva sperimentata dal familiare che ha vissuto la perdita di una persona cara. La depressione o il disturbo di adattamento, a volte diagnosticabili, spesso non esauriscono o

non permettono di comprendere la reale condizione del paziente. Il Prolonged Grief Disorder individua una specifica categoria diagnostica con il suo set di sintomi descrivendo una condizione clinica prima non evidenziata.

Il PG-12 è un questionario di facile somministrazione e rapido nello scoring, che permette di guidare il clinico nella raccolta di tutti quei sintomi che più frequentemente si accompagnano al Prolonged Grief, permettendo una diagnosi di presenza/assenza. La consistenza interna decisamente buona ne garantisce la qualità anche sotto il profilo statistico psicometrico.

## Bibliografia

- 1) Freud S. Mourning and melancholia. Standard Edition 1917; 14: 305-7.
- 2) Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am J Psychiatry* 1994; 151(6 Suppl): 155-60.
- 3) Marwit SJ. DSM III-R, grief reactions, and a call for revision. *Professional Psychology: Research and Practice* 1991; 22: 75-9.
- 4) Penson RT, Green KM, Chabner BA, Lynch TJ. When does the responsibility of our care end: bereavement. *Oncologist* 2002; 7: 251-8.
- 5) Berezin MA. The psychiatrist and the geriatric patient. Partial grief in family members and others who care for elderly patient. *J Geriatr Psychiatry* 1970; 4: 53-70.
- 6) Dunne K. Grief and its manifestations. *Nurs Stand* 2004; 18: 45-51.
- 7) Swarte NB, van der Lee ML, van der Bom JG, van den Bout J, Heintz AP. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 189-92.
- 8) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th-R ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2000. (Trad. It. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. 4-R ed. Milano: Masson, 2002).
- 9) Morina N, Prigerson HG, Rudari V. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors. *American J Psychiatry* (in press).
- 10) Boelen PA, Prigerson HG. The influence of Symptoms of Prolonged Grief Disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*, 2007, 257; 444-52.
- 11) Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med* 2006; 9: 1188-203.



- 12) Zhang B, Mitchell SL, Bambauer KZ, Jones R, Prigerson HG. Depressive symptom trajectories and associated risks among bereaved Alzheimer disease caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 145-55.
- 13) Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Complicated Grief as a Mental Disorder: Inclusion in DSM. In: Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Stroebe HS, eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press, 2007: Chapter 8.
- 14) Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Raphael B, Marwit SJ, Wortman CB, Goodkin K, Neimeyer RA, Bonanno G, Block S, Kissane D, Boelen P, Maercker A, Litz B, Johnson JG, First MB, Maciejewski PK. Field Trial of Consensus Criteria for Prolonged Grief Disorder Proposed for DSM-V Archives of General Psychiatry (in press).
- 15) Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 904-10.
- 16) Jacobs S, Mazure C, Prigerson HG. Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Stud* 2000; 24: 185-99.
- 17) Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF 3rd, Maciejewski PK, Davidson JR, Rosenheck R, Pilkonis PA, Wortman CB, Williams JB, Widiger TA, Frank E, Kupfer DJ, Zisook S. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 67-73.
- 18) Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323-35.
- 19) Keith KD, Heal LW, Schalock RL. Cross-cultural measurement of critical quality of life concepts. *J Intellect Dev Disabil* 1996; 21: 273-293.
- 20) Anderson RT, Aaronson NK, Lepègè AP, Wilkin D. International use and application of generic health-related quality of life instruments. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996: 613-32.
- 21) Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186-91.
- 22) Acquadro C, Jambon B, Ellis D, Marquis P. Language and translation issues. In: Spilker B, eds. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996: 575-85.
- 23) Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Eval Health Prof* 2005; 28: 212-32.
- 24) SPSS, Statistical Package for the Social Sciences 13.0. Chicago, IL, USA, 2005.
- 25) Bland JM, Altman DG. Statistic notes. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314: 572.

## APPENDICE

### **Prolonged Grief Disorder (PG - 12) ©** *Disturbo da sofferenza prolungata*

**Holly G. Prigerson, Ph.D., Paul K. Maciejewski, Ph.D.**

Traduzione italiana a cura di: Chiambretto P., Guarnerio C., Bollini S., Opizzi C., Bertolotti G.

#### PARTE I

*Istruzioni: per ogni item, indichi con un segno la sua risposta. Si raccomanda di completare lo spazio vuoto in ogni domanda con il nome proprio del paziente.*

1. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha desiderato ardentemente che \_\_\_\_\_ (il paziente) fosse di nuovo in salute?  
\_\_\_\_\_ 1 = Mai  
\_\_\_\_\_ 2 = Almeno una volta  
\_\_\_\_\_ 3 = Almeno una volta alla settimana  
\_\_\_\_\_ 4 = Almeno una volta al giorno  
\_\_\_\_\_ 5 = Più volte al giorno
2. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha provato intense sensazioni di sofferenza emotiva, dispiacere o fitte di dolore legate alla malattia di \_\_\_\_\_ (paziente)?  
\_\_\_\_\_ 1 = Mai  
\_\_\_\_\_ 2 = Almeno una volta  
\_\_\_\_\_ 3 = Almeno una volta alla settimana  
\_\_\_\_\_ 4 = Almeno una volta al giorno  
\_\_\_\_\_ 5 = Più volte al giorno
3. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha cercato di evitare il pensiero che \_\_\_\_\_ (il paziente) è malato?  
\_\_\_\_\_ 1 = Mai  
\_\_\_\_\_ 2 = Almeno una volta  
\_\_\_\_\_ 3 = Almeno una volta alla settimana  
\_\_\_\_\_ 4 = Almeno una volta al giorno  
\_\_\_\_\_ 5 = Più volte al giorno
4. Nell'ultimo mese, quanto spesso si è sentito stordito, scioccato o confuso dalla malattia di \_\_\_\_\_ (il paziente)?  
\_\_\_\_\_ 1 = Mai  
\_\_\_\_\_ 2 = Almeno una volta  
\_\_\_\_\_ 3 = Almeno una volta alla settimana  
\_\_\_\_\_ 4 = Almeno una volta al giorno  
\_\_\_\_\_ 5 = Più volte al giorno

<b>PARTE II</b>  <i>Istruzioni: per ogni item indichi come si sente attualmente. Metta un cerchio sul numero a destra che corrisponde alla sua risposta. Si raccomanda di completare lo spazio vuoto in ogni domanda con il nome proprio del paziente.</i>	Mai	Un po'	Abbastanza	Molto	Insopportabilmente / Più di quanto potessi immaginare
5. Si sente confuso riguardo al suo ruolo nella vita o ha avuto la sensazione di aver perso una parte di sé (es.: il sentire che una parte di sé è morta)?	1	2	3	4	5
6. Ha avuto problemi ad accettare la malattia di _____ (il paziente)?	1	2	3	4	5
7. È stato difficile per lei avere fiducia negli altri (amici, parenti ecc.) da quando _____ (il paziente) si è ammalato?	1	2	3	4	5
8. Si sente amareggiato per la malattia di _____ (il paziente)?	1	2	3	4	5
9. Le sembra che andare avanti (es.: farsi nuovi amici, coltivare nuovi interessi) sia difficile per lei adesso?	1	2	3	4	5
10. Si sente emotivamente svuotato (raggelato) da quando _____ (il paziente) si è ammalato?	1	2	3	4	5
11. Sente che la vita è vuota o priva di significato, inutile da quando _____ (il paziente) si è ammalato?	1	2	3	4	5

### PARTE III

*Istruzioni: indichi con un segno la sua risposta.*

12. Ha sperimentato una riduzione significativa in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti di vita (es. responsabilità domestiche quali cucinare, fare lavori di manutenzione, fare la spesa)?

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ Si