

Misurare il vissuto depressivo con uno strumento self-report: il *Differentieller Depressions Fragebogen* (DDF)

Measuring the depressive experience with a self-report measure: the Differentieller Depressions Fragebogen (DDF)

M. Giannini*, A. Gori*,
C. Bocali**, P. Steck***

* Dipartimento di Psicologia,
Università di Firenze; ** Psicologa;
*** Dipartimento di Psicologia,
Università di Konstanz, Germany

Summary

Background

This study aims to test the psychometric properties of the Italian version of a questionnaire developed to assess different aspects of depression: the Differentieller Depressions Fragebogen (DDF). The DDF is a self-report questionnaire consisting of 76 dichotomous (true/false) items distributed over six scales that consent a rapid and accurate assessment of depression. The dimensions of DDF are: 1) phobia; high scores on this scale refer to excessive fear coupled with avoidant behaviour; 2) somatization; high scores indicate the presence of physical symptoms that are not fully explained by a general medical condition; 3) hypochondriasis; subjects with high scores on this scale are characteristically preoccupied with their own bodies; 4) self-defeating; this scale takes into consideration rationalized conviction of guilt, fantasies of loss of approval, and delusion; 5) paranoia; high scores indicate hostility, problem with trust, envy, and shame; 6) obsessive-compulsive scale; patients with high scores on this scale are characterized by persistent intrusive thoughts (obsessions) and inflexible rituals (compulsions) that may be understood as efforts to reduce severe anxiety.

Methods

The sample was composed of 437 subjects (34% male and 66% female) with a mean age of 35.75 years old (SD = 13.71). All participants completed the Italian version of the DDF. To verify some aspects of concurrent validity of the instrument, a part of the sample consisting of 73 patients, completed also the

Italian version of the MMPI-2. Exploratory Factor Analysis (EFA) has been used to verify the factor structure of the instrument. Internal consistency has been verified using Cronbach's alpha coefficient.

Results

*Exploratory Factor Analysis (EFA) showed a structure with one principal factor (Depressive Experience). Second-Order Factor Analysis showed a structure with six factors and confirmed the original study. The six scales showed a good internal consistency ranging from $\alpha = .70$ (Phobia) to $\alpha = .82$ (Self-Defeating) (Tab. III). Correlation between the DDF dimensions and the MMPI-2 scales were statistically significant, in particular with the 1 (Hs) (Hypochondriasis) ($r = .76^{**}$, $p < .01$), 6 (Pa) (Paranoia) ($r = .65^{**}$, $p < .01$), 7 (Pt) (Psychasthenia) ($r = .61^{**}$, $p < .01$), 8 (Sc) (Schizophrenia) ($r = .63^{**}$, $p < .01$), with the Harris and Lingoes (1955) subscales of depression - D3 ($r = .65^{**}$, $p < .01$), D4 ($r = .47^{**}$, $p < .01$), D5 ($r = .48^{**}$, $p < .01$) (Tab. V), and with the MMPI-2 content scales, ANX ($r = .58^{**}$, $p < .01$); OBS ($r = .63^{**}$, $p < .01$); HEA ($r = .85^{**}$, $p < .01$); BIZ ($r = .75^{**}$, $p < .01$) (Tab. VI).*

Conclusions

Results obtained with Exploratory Factor Analysis (EFA) underline the presence of one factor and confirmed the original study. The DDF showed good psychometric properties. High correlation between the DDF dimensions and the MMPI-2 scales indicate the good concurrent validity of the instrument. These findings suggest that the DDF may be useful in the assessment of Depression also in Italy.

Key words

Inventory for Depressive Symptomatology • Internal Validity • Assessment of Depression • Mental Disorders

Corrispondenza

Alessio Gori, Dipartimento di Psicologia Università di Firenze, via Cittadella 7, 50144 Firenze, Italia • Tel. +39 0553346223 • Fax +39 0552345326 • E-mail: alessio_gori@libero.it

Introduzione

Da sempre l'uomo si è trovato ad affrontare le affezioni del tono dell'umore cercando di individuarne le cause nel tentativo di spiegarne e risolverne le problematiche. La depressione è infatti una delle patologie psichiatriche più diffuse; l'incidenza e la prevalenza dei disturbi dell'umore sono state variamente stimate. In tutti i Paesi industrializzati, l'incidenza di depressione, mania, suicidio e disturbi dell'umore con manifestazioni psicotiche è aumentata in ogni generazione a partire dal 1910; si ritiene che il rischio durante la vita di manifestare un episodio depressivo maggiore sia del 6% circa, mentre il rischio di manifestare un disturbo dell'umore sia dell'8%¹. La prevalenza della depressione maggiore varia dal 2,6 al 5,5% negli uomini e dal 6 all'11,8% nelle donne². Nei Paesi occidentali fino al 48% della popolazione ha manifestato nel corso della propria vita uno o più episodi di disturbi dell'umore¹. La depressione e la distimia sono maggiormente presenti nelle donne in un rapporto di 2 a 1 rispetto agli uomini, ma solo dopo l'età puberale³. Il tasso di prevalenza del disturbo depressivo maggiore in età prescolare è attorno allo 0,3%; valore che tende a salire con l'età, arrivando al 2-3% in età scolare e al 6-8% in età adolescenziale³. Secondo il DSM-IV⁴ la prevalenza del disturbo depressivo maggiore in età adulta è del 10-25% nelle donne e del 5-12% negli uomini. Negli ultimi cinquant'anni l'incidenza della sindrome depressiva ha conosciuto un continuo aumento ed allo stesso tempo l'età d'insorgenza è nettamente diminuita³. L'epidemiologia e la gravità del fenomeno hanno indotto la comunità scientifica a cercare di comprendere meglio i diversi aspetti che caratterizzano la sindrome e a dirigersi verso la messa a punto di strumenti che possano dare evidenza statistica al problema.

Approccio categoriale vs. approccio dimensionale

L'attuale inquadramento dei disturbi viene fatto comunemente risalire ai primi anni del Novecento quando Kraepelin, nel suo *Trattato di Psichiatria*⁵, individuò le due grandi categorie diagnostiche della demenza precoce e della psicosi maniaco-depressiva. In quest'ultima Kraepelin raggruppò la mania, la depressione, la follia circolare e periodica, aggiungendo poi gli stati misti e la melanconia

involutiva. Fu poi Kretschmer⁶ a ricondurre la psicosi ad una esacerbazione dei tratti premorbosi e in seguito Schneider⁷ a descrivere i temperamenti depressivo, ipertimico e ciclotimico, mantenendoli tuttavia separati dalle forme maggiori dei disturbi dell'umore.

Oggi, nello scenario della valutazione psicopatologica, accanto ad una consolidata tradizione psichiatrica, secondo la quale la valutazione della psicopatologia si esprime attraverso i criteri diagnostici standardizzati del DSM⁴, con un'attenzione maggiormente rivolta agli aspetti sintomatologici e comportamentali, è presente una tradizione della psicologia accademica in cui tale valutazione si esprime soprattutto attraverso una misurazione psicometrica e, ancora, una terza prospettiva che nasce dalla tradizione clinica, dove l'interesse è centrato sulla comprensione dei processi interni, del significato e della funzione della personalità⁸. Da qui si comprende l'importanza di considerare gli apporti di tali prospettive e di utilizzare e sviluppare modalità di valutazione che, tenendo conto della complessità dei disturbi, siano in grado di cogliere i vari aspetti del fenomeno analizzato, integrando la letteratura nosografica tradizionale e contemplando allo stesso tempo l'utilizzo delle procedure psicometriche, permettendo così una quantificazione del disagio⁹.

Gli strumenti per misurare la depressione differiscono in rapporto al fatto che facciano riferimento alle teorie eziologiche (biogenesi/psicogenesi), ai modelli di malattia (continuo/discontinuo), alla metodologia della rilevazione (autovalutazione/osservazione comportamentale), agli aspetti sintomatologici presi in considerazione (cognitivi, comportamentali, fisiologici) e, nell'ambito di questi ultimi, se prendono o meno in considerazione uno solo o più aspetti della condizione depressiva (specifici/globali).

Essendo la depressione uno dei disturbi che più frequentemente sono oggetto di studi clinici e psicofarmacologici, il problema che occorre prendere in considerazione in primo modo è quello della diagnosi. Gli attuali sistemi diagnostico-classificatori sono per lo più di tipo categoriale; questo tipo di approccio ha innegabili vantaggi ma comporta, al tempo stesso una certa semplificazione poiché presuppone che i disturbi psichici siano delle entità nettamente separabili le une dalle altre.

A questo tipo di approccio si contrappone quel-

lo dimensionale, che prevede un ordine secondo una dimensione quantitativa delle varie entità, e che evidenzia come la suddivisione in categorie potrebbe fornire la falsa impressione che nel comportamento esista una discontinuità¹⁰. L'approccio dimensionale è infatti, per definizione, antinologico poiché isola, nel contesto dei diversi disturbi, delle dimensioni autonome, indipendenti le une dalle altre, ciascuna delle quali può essere presente in entità nosologiche diverse. Umore depresso, ansia, agitazione, psicotismo e ostilità costituiscono alcuni esempi di dimensioni. L'analisi dimensionale ideale è quella che è in grado di dividere un disturbo psichico in tutte le sue dimensioni fondamentali e a definirle in maniera quanto più specifica possibile. Il limite di tale approccio risiede nel fatto che la scomposizione dei disturbi psichici in singole dimensioni psicopatologiche è artificiosa dal momento che è il clinico a scomporre ciò che in natura è più o meno complessamente e del tutto integrato; ciò nonostante, le scale di valutazione che aiutano in questo processo di scomposizione sono ampiamente utilizzate ed hanno raggiunto una notevole diffusione.

Gli strumenti di misura della depressione: etero-somministrati e auto-somministrati

Probabilmente, nell'area della depressione, la valutazione standardizzata ha ottenuto il massimo sviluppo. Numerose infatti sono le ricerche, di auto ed etero-valutazione, create per lo studio e la quantificazione delle diverse componenti del quadro depressivo.

Fra le scale di etero-valutazione della depressione, la più nota è sicuramente la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD o HAM-D)¹¹. La HRSD è senza dubbio una delle scale più utilizzate a livello internazionale ed è considerata parametro di riferimento per qualsiasi studio sulla depressione. Nella sua formulazione originale del 1960, era composta da 17 item, successivamente portati a 21 nella versione seguente¹². Gli item sono variamente valutati: alcuni (10) su una scala a 5 punti, altri (2) su una scala a 4 punti (che va da 0 a 3) ed i rimanenti (9) su una scala a 3 punti (che va da 0 a 2); ogni livello di gravità è associato ad una definizione piuttosto precisa ed esauriente. La scelta degli item ed il diverso peso attribuito a ciascuno di essi, indica con chiarezza che l'obiettivo della scala è la valutazione della depressione grave, eventualmente con componente psicotica. Altro

strumento di etero-valutazione molto diffuso è la *Depression Rating Scale* (DRS)¹³ che esplora separatamente ciò che è riferito al paziente senza integrazioni da parte dell'osservatore e ciò che è oggettivamente rilevabile, con netta prevalenza del "vissuto" rispetto alla valutazione obiettiva (17 item contro 11). La quantificazione dei 28 item è basata su di una graduazione di aggettivi o avverbi che va da 1 a 3 per alcuni item e da 1 a 6 per gli altri. Lo spettro sintomatologico coperto dalla DRS è più ristretto rispetto alla HAM-D (per esempio, mancano gli aspetti somatici dell'ansia) e c'è un evidente sbilanciamento (17 item su 28) a favore dei sintomi di tipo "deficitario" (inibizione, rallentamento, decadimento fisico). Un'altra scala di etero-valutazione molto conosciuta è la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS)¹⁴. La MADRS è nata dalla collaborazione della Scuola Inglese con quella Svedese ed è stata creata con l'intento di ottenere uno strumento sensibile alle variazioni della sintomatologia che si verificano nel corso del trattamento. In particolare, gli autori si proponevano di ottenere uno strumento in grado di rilevare le differenze, non solo tra farmaco attivo e placebo, ma anche tra due o più farmaci attivi con meccanismo di azione di verso. La MADRS è stata costruita isolando, in un campione di oltre 100 pazienti (per metà inglesi e per l'altra metà svedesi), i 17 item della scala che ricorrevano più di frequente; fra questi item, sono stati selezionati i 10 che, nel corso di una ricerca psicofarmacologica clinica, si erano dimostrati più sensibili al cambiamento. Questi 10 item esplorano l'umore depresso, la tensione, i disturbi del sonno e dell'appetito, la difficoltà di concentrazione, l'astenia, la perdita dei sentimenti, i pensieri pessimistici e quelli suicidari. Il punteggio globale, ovvero la somma dei punteggi dei dieci item, esprime la gravità generale della sintomatologia. Gli item vengono valutati su di una scala a 7 punti (da 0 = assente, a 6 = massima gravità), di cui 4 definiti e 3 intermedi. La MADRS è adatta per la valutazione di pazienti adulti con sintomatologia depressiva di qualsiasi natura; è da prendersi in considerazione ciò che il paziente riferisce ed il suo comportamento manifesto durante l'intervista. La scala è stata costruita per la valutazione delle modificazioni della sintomatologia sotto trattamento ed è perciò adatta ad essere impiegata almeno al pre ed al post-trattamento; ulteriori valutazioni intermedie sono a discrezione del clinico.

Nell'ambito degli strumenti auto-somministrati tra i più utilizzati ricordiamo il *Beck Depression Inventory* (BDI; BDI-II)^{15 16} e la *Zung Depression Rating Scale* (ZSDS)¹⁷.

Il BDI nasce dall'esigenza di realizzare uno strumento volto a misurare l'intensità della depressione; secondo l'autore la depressione è determinata da un modo di pensare viziato da una generale propensione a interpretare gli eventi in modo negativo. Le modificazioni del tono dell'umore sono quindi secondarie a quelle che Beck definisce come "distorsioni cognitive". Gli schemi negativi e le distorsioni cognitive portano a quella che Beck definisce "triade negativa" vale a dire una visione negativa di sé, del mondo e del futuro. A partire da queste elaborazioni teoriche l'autore arriva a definire un raggruppamento nosografico della sindrome depressiva; tale raggruppamento è formato da 21 aree d'indagine, che corrispondono ai 21 item che compongono il BDI. Gli aspetti indagati dal test sono: tristezza, pessimismo, senso di fallimento, insoddisfazione, senso di colpa, aspettativa di punizione, delusione verso se stessi, autoaccusa, idee suicidarie, pianto, irritabilità, indecisione, dubbio, ritiro sociale, svalutazione della propria immagine corporea, calo dell'efficienza lavorativa, disturbo del sonno, faticabilità, calo dell'appetito, calo ponderale, preoccupazioni somatiche, calo della libido.

Il punteggio complessivo del test è un indice di stato in quanto al soggetto si chiede, nel dare le risposte, di fare riferimento a come si è sentito nell'ultima settimana. Per questa caratteristica il test è risulta particolarmente utile nel monitoraggio delle variazioni dell'intensità della depressione nel tempo. Il BDI-II presenta una elevata corrispondenza con la versione precedente, e rispetto a questa risulta ancor più sensibile.

La *Zung Depression Rating Scale* (ZSDS)¹⁷ è una scala di autovalutazione della depressione utilizzata nell'attività di diagnosi in ambito clinico, ma anche come strumento epidemiologico di ricerca. La scala è stata costruita attraverso un'analisi fattoriale condotta su un insieme di sintomi raccolti dalla letteratura nosografia e integrati da interviste con pazienti. Il questionario è composto da 20 item, su scala Likert a quattro punti, che indagano sintomi fisiologici e concomitanti psicologiche della sindrome depressiva.

Descrizione della versione originale del Differentieller Depressions Fragebogen

Un questionario di autovalutazione clinica finalizzato all'analisi rapida e precisa degli stati depressivi che privilegia la classificazione dimensionale è il *Differentieller Depressions Fragebogen* (DDF)¹⁸. Nella costruzione dello strumento, l'autore e la sua équipe di ricercatori della Facoltà di Psicologia dell'Università di Konstanz, hanno fatto riferimento ad un modello multidimensionale della sindrome depressiva, prendendo in considerazione e confrontando numerosi studi sull'analisi fattoriale della depressione realizzati a partire dagli anni Sessanta. Dal confronto di questi studi e da un'indagine empirica effettuata dall'autore su 570 pazienti psichiatrici depressi sono emerse sei dimensioni stabili che corrispondono alle sei scale del DDF: fobia, somatizzazione, ipocondria, autolesionismo, paranoia, ossessioni e compulsioni.

Nel DDF viene privilegiata una classificazione dimensionale, poiché le classificazioni categoriali – come quelle su cui si basano DSM e ICD –, permettono unicamente una somma dei sintomi presenti senza dare indicazioni sulla gravità degli stessi; tuttavia nel test è presente anche un approccio di tipo categoriale, in quanto per ogni dimensione è indicato un valore di soglia di allarme clinico. Lo strumento è quindi il risultato dell'integrazione di un modello di tipo dimensionale e di uno di tipo categoriale.

Il DDF si compone di 76 item distribuiti in sei scale che individuano sintomi descrittivi degli stati depressivi e permettono una valutazione globale della sindrome. La modalità di risposta è dicotomica (V/F). Al soggetto è richiesto di rispondere ad una serie di affermazioni relative a disagio fisico e psichico e in particolare, per ogni affermazione il paziente deve valutare se questa lo descriva o meno. È indicata la somministrazione individuale che di solito richiede circa venti minuti.

Il significato dei punteggi ottenuti nelle singole scale può essere così riassunto:

Scala fobia: punteggi elevati possono essere ricondotti a comportamenti di evitamento mediati dalla paura. L'elevazione del punteggio della scala può essere determinata anche dalla presenza di sintomi vegetativi come tachicardia o tremori.

Esempi di item appartenenti a questa scala sono:

- ho spesso incubi;
- talvolta non riesco a parlare in modo fluido e inizio a balbettare.

Scala somatizzazione: punteggi elevati in questa scala sono frequentemente associati a sintomi dolorifici localizzati a livello della testa, della schiena e del collo. Predominanti possono essere sensazioni di vertigini, o problemi di equilibrio. In pazienti dove i sintomi fisici risultano essere predominanti, l'attenzione è interamente focalizzata sul malessere corporeo.

Esempi di item appartenenti a questa scala sono:

- talvolta la schiena mi fa male ad ogni movimento;
- non accade raramente che mi fischino o mi facciano male le orecchie.

Scala ipocondria: punteggi elevati sono riconducibili alla presenza di una forte preoccupazione per la propria salute. Frequente è la paura di avere una malattia incurabile come per esempio un tumore maligno. Vi possono essere anche concomitanti sintomi somatici che per il soggetto costituiscono segni patognomici della propria malattia. I sistemi che sembrano essere più frequentemente coinvolti sono quello respiratorio e quello cardio-circolatorio.

Esempi di item appartenenti a questa scala sono:

- ultimamente soffro di dolori al petto;
- quando leggo o sento qualcosa su una malattia ho immediatamente la sensazione di averla anche io.

Scala autolesionismo: punteggi elevati evidenziano una predominanza di sentimenti di colpa. Il soggetto si autocolpevolizza per la sua mancata guarigione e tende ad attribuire la responsabilità di eventuali accadimenti negativi a se stesso. Ne derivano profondi sentimenti di colpa e vergogna anche nei confronti dei propri familiari. Tali sentimenti aggravano ancor più lo stato depressivo di questi pazienti.

Esempi di item appartenenti a questa scala sono:

- credo che la mia malattia sia una punizione;
- sono deluso di me stesso.

Scala paranoia: punteggi elevati in questa scala sono indicativi di sentimenti di persecuzione e sfiducia verso le altre persone. Questi soggetti tendono ad isolarsi e chiudersi in se stessi, evitando qualunque contatto interpersonale.

Esempi di item appartenenti a questa scala sono:

- non poche persone si rallegrerebbero di ogni disgrazia che mi potrebbe accadere;

- talvolta ho avuto la sensazione che qualcuno mi avesse detto qualcosa, quando vicino a me non c'era nessuno.

Scala ossessioni e compulsioni: punteggi elevati sono riconducibili alla presenza di pensieri persistenti e incontrollabili o comportamenti che l'individuo si sente costretto a ripetere incessantemente.

Esempi di item appartenenti a questa scala sono:

- devo pensare spesso a determinate parole, frasi o immagini dalle quali difficilmente riesco a staccarmi;
- rispetto alle altre persone ho più paura di essere colpito da una grave malattia (se per es. tocco soldi, maniglie di porte di estranei, maniglie di sostegno negli autobus, in treno, ecc.).

Il campione normativo tedesco è costituito da 363 pazienti (247 donne e 116 uomini) con diagnosi di disturbo dell'umore effettuata in base ai criteri dell' ICD-9, con un'età compresa tra 17 e 87 anni ($M = 44,8$, $DS = 24,76$).

L'analisi fattoriale sulle scale del DDF ha permesso di individuare la presenza di un fattore generale, chiamato dall'autore "vissuto depressivo"¹⁸ organizzato in sei fattori principali riconducibili alle sei scale del questionario. La consistenza interna, verificata mediante il coefficiente α di Cronbach, è stata calcolata per le singole scale e ha evidenziato valori compresi tra ,75 e ,88.

Versione italiana del Differentieller Depressions Fragebogen

La versione italiana del DDF è stata effettuata con il metodo della *back-translation* da Bocali e Gianini¹⁹. Inizialmente il questionario originale è stato tradotto dal tedesco all'italiano. Questa versione è stata poi confrontata con quella ottenuta da due madrelingua tedesco, che hanno provveduto alla retro-traduzione della prima versione. Le diverse versioni sono state poi confrontate per ottenere la versione definitiva utilizzata per la ricerca.

Questa tecnica ha permesso di ottenere una traduzione estremamente fedele alla versione iniziale e allo stesso tempo garantisce la possibilità di realizzare una traduzione chiara e leggibile.

Obiettivo

Obiettivo di questa ricerca è quello di verificare le proprietà psicometriche della versione italiana

del DDF¹⁸ per valutare la possibilità di una sua applicazione nel contesto italiano.

Materiale e metodi

Partecipanti

Il campione coinvolto in questa ricerca è di 437 soggetti (66% femmine e 34 % maschi) con età compresa tra 18 e 71 anni ($M = 35,75$, $DS = 13,71$). Dei 437 soggetti, 364 sono stati reperiti accidentalmente in Toscana. Di questi ultimi, più del 70% possiede un diploma di scuola media superiore, il 20% possiede la licenza media inferiore, e il 10% è in possesso di una laurea. La parte restante del campione ($n = 73$) è composta da pazienti reperiti presso diverse strutture di salute mentale; 1) 10 pazienti del Centro diurno della ASL di Lastra a Signa (FI); 2) 27 soggetti ricoverati in regime di day-hospital presso il Centro di Alcologia dell'Ospedale di Careggi (FI); 3) 36 pazienti dell'Ambulatorio Psicologico della ASL di Scandicci (FI). Il gruppo di pazienti è costituito da 47 femmine (64%) e 26 maschi (36%), di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con un'età media pari a 42 anni circa ($M = 41,85$, $DS = 19,55$). Tutti i pazienti presentavano problematiche legate allo spettro dell'umore.

Strumenti

Sono stati utilizzati due diversi strumenti di misura: la versione italiana del DDF¹⁸, tradotto con il metodo della *back-translation* da Bocali e Giannini¹⁹ e la versione italiana del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2)²⁰.

Il DDF è basato su un modello della sindrome depressiva articolato su due livelli integrati dal fattore umore depresso. Il livello superiore è costituito da fattori che discriminano la sindrome depressiva da altre patologie psichiatriche: rallentamento cognitivo e motorio, paura, sintomi somatici. Il livello inferiore è invece composto da sintomi descrittivi della depressione: ossessioni e compulsioni; agitazione; paure e fobie; perdita di interessi ed apatia; ostilità; ipocondria; sentimenti di colpa; sintomi vegetativi. Il DDF affronta infatti aspetti diversi del vissuto depressivo; analizza i comportamenti mediati dalla paura, i possibili sintomi somatici, le preoccupazioni eccessive per la propria salute fisica, nonché sentimenti di colpa o sentimenti di sfiducia verso le altre persone, e la presenza di comportamenti o pensieri ossessivo-compulsivi.

L'MMPI-2 è il questionario di personalità *self-report* più utilizzato al mondo utilizzato nel processo di *assessment* clinico per ottenere informazioni diagnostiche e per formulare delle previsioni cliniche^{21,22}. È formato da 567 item dicotomici che permettono di ricavare un profilo della personalità psicopatologica del soggetto attraverso 10 scale cliniche, 7 scale di validità, 15 scale supplementari, 15 scale di contenuto e varie sottoscale.

Procedura

L'eterogeneità del campione ha richiesto una diversificazione delle procedure di somministrazione.

Ai partecipanti reperiti accidentalmente è stata somministrata la versione italiana del DDF a piccoli gruppi. Il tempo medio di compilazione è stato di circa 10 minuti.

Ai pazienti, a cui è stato somministrato individualmente sia il DDF che l'MMPI-2, è stato chiesto di completare in un'unica seduta entrambi i questionari: la durata media di ogni somministrazione è stata di circa 90 minuti. Tutti i partecipanti alla ricerca hanno sottoscritto il consenso informato.

Analisi dei dati

Per verificare la struttura fattoriale del test è stato ritenuto opportuno effettuare una serie di analisi fattoriali esplorative (AFE) con il metodo degli assi principali (Principal Axis Factoring) mentre per la verifica dell'attendibilità del DDF è stato utilizzato il coefficiente alpha di Cronbach.

È stato utilizzato infine il coefficiente di correlazione di Pearson in relazione ai risultati ottenuti con il DDF e l'MMPI-2 per valutare aspetti di validità concorrente.

Risultati

L'AFE ha messo in evidenza la presenza di un fattore generale, che ha permesso di ricondurre le scale del questionario ad una unica dimensione definita dall'autore – nella versione originale – come vissuto depressivo (Tab. I).

Di seguito viene presentata la matrice fattoriale (Tab. II).

I risultati mostrano come l'attendibilità del test, ottenuta attraverso il calcolo dell' α di Cronbach, sia buona, in quanto oscilla tra ,70 (scala fobia) e ,82 (scala autolesionismo) (Tab. III): lo strumento possiede una buona coerenza interna.

Le correlazioni tra le sei scale cliniche del DDF

TABELLA I.

Analisi fattoriale esplorativa (AFE): autovalori. *Exploratory factor analysis (EFA): scores obtained through self rating.*

Fattori	Autovalori		
	Totale	% di varianza	% di varianza cumulata
Primo fattore	3,82	63,67	63,67
Secondo fattore	0,66	10,94	74,62
Terzo fattore	0,48	8,06	82,67
Quarto fattore	0,43	7,17	89,84
Quinto fattore	0,36	6,03	95,87
Sesto fattore	0,25	4,13	100,00

TABELLA II.

Analisi fattoriale esplorativa (AFE): matrice fattoriale. *Exploratory factor analysis (EFA): factorial matrix.*

Matrice Fattoriale	
Dimensioni	Fattore 1
Fobia	0,83
Ipocondria	0,77
Ossessioni e compulsioni	0,77
Paranoia	0,73
Autolesionismo	0,71
Somatizzazione	0,69

TABELLA III.

Attendibilità. *Reliability.*

Attendibilità	
Dimensioni	α di Cronbach
Fobia	0,70
Ipocondria	0,76
Ossessioni e compulsioni	0,79
Paranoia	0,79
Autolesionismo	0,82
Somatizzazione	0,80

ed le scale cliniche dell'MMPI-2 sono indicate in Tabella IV.

Come atteso sono emerse delle correlazioni significative tra le sei scale del DDF, la scala D dell'MMPI-2 e le relative cinque sottoscale di Harris e Lingoes²³: depressione soggettiva (D1), rallentamento psicomotorio (D2), disfunzioni fisiche (D3),

inefficienza mentale (D4), rimuginazione (D5) (Tab. V).

Infine, vengono riportate le correlazioni presenti tra le scale del DDF e le quindici scale di contenuto dell'MMPI-2 (Tab. VI).

Riassumendo i valori più elevati possono essere riassunti nel modo seguente: per la dimensione fobia le correlazioni più significative sono emerse con le scale cliniche Pt ($r = ,61^{**}$) e Sc ($r = ,63^{**}$) e con le sottoscale per la depressione D3 ($r = ,54^{**}$) e D4 ($r = ,53^{**}$). L'elevazione del punteggio della scala fobia sembra quindi associato alla presenza di confusione mentale nonché ad una lieve ansia accompagnata da preoccupazione per la propria salute fisica. Questi dati trovano conferma anche dalle elevate correlazioni tra la scala fobia e le scale di contenuto ANX e HEA.

Per la dimensione somatizzazione le correlazioni più importanti sono emerse con le scale cliniche Hs ($r = ,76^{**}$), Hy ($r = ,66^{**}$) ed Sc ($r = ,63^{**}$), con la sottoscala per la depressione D3 ($r = ,65^{**}$) relativa alle disfunzioni fisiche e con la scala HEA ($r = ,85^{**}$). Un elevato punteggio alla scala Somatizzazione può quindi essere ricondotto alla presenza di disturbi organici o ad una eccessiva preoccupazione per la propria salute. Questi risultati sono confermati anche dalla elevata correlazione tra la dimensione somatizzazione e la scala di contenuto HEA.

Per la dimensione ipocondria si osserva una covarianza con la scala clinica Hs ($r = ,57^{**}$) e con le scale di contenuto ANX ($r = ,58^{**}$), FRS ($r = ,49^{**}$), e HEA ($r = ,66^{**}$). Questo risultato indica la buona sovrapposibilità con le scale dell'MMPI-2 che misurano la sintomatologia ipocondriaca.

TABELLA IV.

Aspetti di validità concorrente: correlazioni tra dimensioni del DDF e le scale cliniche dell'MMPI-2. *Aspects of concurrent validity: correlations between DDF dimensions and clinical scales of the MMPI-2.*

	Coefficiente r di Pearson									
	1(Hs)	2(D)	3(Hy)	4(Pd)	5(Mf)	6(Pa)	7(Pt)	8(Sc)	9(Ma)	0(Si)
Fobia	,40*	,36*	,30	,30	,03	,44*	,61**	,63**	,19	,26
Somatizzazione	,76**	,28	,66**	,48**	-,17	,51**	,38*	,63**	,38*	-,02
Ipocondria	,57**	,32	,46**	,35*	-,16	,39*	,51**	,45**	,04	,07
Autolesionismo	,29	,37*	,41*	,41*	-,14	,53**	,48**	,55**	,03	,18
Paranoia	,08	,32	,02	,39*	-,40	,65**	,45*	,51**	,32	,18
Ossessioni e compulsioni	,18	,28	,17	,13	-,17	,40*	,61**	,52**	,20	,26

* p < ,05, ** p < ,01.
La Tabella mette in evidenza le correlazioni fra le dimensioni del DDF e le scale cliniche dell'MMPI-2.

Per la dimensione autolesionismo le correlazioni più importanti sono emerse con le scale cliniche Pa ($r = ,53^{**}$), Pt ($r = ,48^{**}$) ed Sc ($r = ,55^{**}$) e con le sottoscale per la depressione D3 ($r = ,50^{**}$), D4 ($r = ,47^{**}$) e D5 ($r = ,53^{**}$). Dalle analisi condotte emergono anche correlazioni significative con le scale di contenuto DEP ($r = ,59^{**}$) e LSE ($r = ,62^{**}$). Un elevato punteggio nella Dimensione autolesionismo può quindi essere ricondotto alla presenza di confusione mentale e ad una certa tendenza a rimuginare. Dalle analisi condotte emergono anche correlazioni significative con le scale di contenuto DEP e LSE.

Per la dimensione paranoia le correlazioni più significative si hanno con le scale cliniche Pa ($r =$

$,65^{**}$) e Sc ($r = ,51^{**}$) e con le sottoscale D3 ($r = ,59^{**}$) e D5 ($r = ,48^{**}$). Questi risultati trovano conferma anche nell'elevata correlazione con la scala di contenuto BIZ ($r = ,75^{**}$), relativa all'ideazione bizzarra. Questi risultati trovano conferma anche nell'elevata correlazione con la scala di contenuto BIZ, relativa all'ideazione bizzarra.

Infine, per la dimensione ossessioni-compulsioni le correlazioni più importanti sono emerse con le scale cliniche Pt ($r = ,61^{**}$) e Sc ($r = ,52^{**}$) e con le scale di contenuto ANX ($r = ,48^{**}$) ed OBS ($r = ,63^{**}$). Elevati punteggi a questa scala possono quindi essere ricondotti alla presenza di rimuginazioni mentali o compulsioni.

TABELLA V.

Aspetti di validità concorrente: correlazioni tra dimensioni del DDF, la scala della depressione dell'MMPI-2 e le sottoscale di Harris e Lingoës (1955) derivate dalla scala della depressione del MMPI. *Aspects of concurrent validity: correlations between DDF dimensions, the depression scale of the MMPI-2 and the Harris and Lingoës subscales (1955) of the depression scale of the MMPI.*

	Coefficiente r di Pearson					
	D	D1	D2	D3	D4	D5
Fobia	,36*	,41*	,16	,54**	,53**	,27
Somatizzazione	,28	,30	,02	,65**	,43*	,17
Ipocondria	,32	,31	,08	,43*	,35*	,21*
Autolesionismo	,37*	,45*	,24	,50**	,47**	,53**
Paranoia	,32	,36*	-,02	,59**	,36*	,48**
Ossessioni e compulsioni	,28	,35	,07	,35*	,49**	,34

* p < ,05, ** p < ,01.
La Tabella mette in evidenza le correlazioni fra le dimensioni del DDF, la scala depressione e le sottoscale di Harris e Lingoës (1955) della scala Depressione dell'MMPI-2.

TABELLA VI.

Aspetti di validità concorrente: correlazioni tra dimensioni del DDF e le scale di contenuto dell'MMPI-2. *Aspects of concurrent validity: correlations between DDF dimensions and the content scales of the MMPI-2.*

	Coefficiente r di Pearson					
	Fobia	Somatizzazione	Ipocondria	Autolesionismo	Paranoia	Osessioni e compulsioni
ANX	,59**	,60**	,58**	,54**	,54**	,48**
FRS	,44*	,38*	,49**	,23	,15	,39*
OBS	,50**	,42*	,40*	,39*	,55**	,63**
DEP	,38*	,39*	,38*	,59**	,55**	,32*
HEA	,59**	,85**	,66**	,49**	,37*	,42*
BIZ	,40*	,46**	,20	,37*	,75**	,37*
ANG	,33	,48**	,20	,18	,23	,44**
CYN	,40*	,40*	,22	,18	,60**	,15
ASP	,27	,45*	,20	,06	,36*	,07
TPA	,23	,16	,07	,08	,47**	,34
LSE	,43*	,40*	,22	,62**	,45*	,42*
SOD	,23	,00	,11	,18	,11	,09
FAM	,38*	,49**	,40*	,48*	,66**	,27
WRK	,53**	,48**	,40*	,50**	,52**	,47**
TRT	,48**	,40*	,43*	,63**	,45**	,37*

* p < ,05, ** p < ,01.
La Tabella mette in evidenza le correlazioni fra le dimensioni del DDF e le scale di contenuto dell'MMPI-2.

Discussione e conclusioni

Questa ricerca ha permesso di verificare le proprietà psicometriche della versione Italiana del DDF, per constatare la possibilità di una sua applicazione anche in Italia.

L'AFE effettuata sulle sei scale del DDF con il metodo degli assi principali (*Principal Axis Factoring*) ha permesso di evidenziare la presenza di un fattore generale che spiega complessivamente il 64% della varianza totale.

Questo dato sembra confermare i risultati ottenuti dall'autore dello strumento, che aveva individuato un unico fattore generale che spiegava il 63% della varianza complessiva.

Le sei scale del questionario possono quindi essere ricondotte ad un'unica dimensione definita dall'autore vissuto depressivo che evidenzia l'eterogeneità degli aspetti che contribuiscono a determinare la gravità della sindrome depressiva²⁴ e conferma l'esigenza di studiare i disturbi dell'umore avvalendosi di modelli teorici multidimensionali. Come indice di attendibilità del questionario è sta-

to utilizzato il coefficiente *alpha* di Cronbach i cui valori sono compresi tra ,70 e ,82. Questi dati ci consentono di affermare che le sei scale cliniche del DDF sono caratterizzate da una buona coerenza interna e indicano una buona intercorrelazione fra gli item.

Infine, le correlazioni tra le sei scale del DDF e l'MMPI-2 ci consentono di affermare che lo strumento presenta una buona validità concorrente. Tali dati sono da ricondursi alla sovrapponibilità dei questionari somministrati; sia il DDF che l'MMPI-2 sono infatti strumenti costruiti su base empirica, a partire cioè da interviste condotte su campioni piuttosto vasti di pazienti psichiatrici. Le correlazioni più elevate fra le Dimensioni del DDF e le scale dell'MMPI-2 sono risultate quelle con le scale Hs, Pa, Pt, Sc, e con le sottoscale della scala depressione di Harris e Lingoes²³.

Queste prime analisi indicano le buone proprietà psicometriche del questionario che può essere utilizzato anche in Italia per un'analisi rapida ed allo stesso tempo precisa degli stati depressivi. L'interesse per questo strumento nasce infatti dalle sue

numerose possibilità di impiego; che può essere utilizzato sia come ausilio diagnostico, che come strumento di valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici e farmacologici.

Bibliografia

- ¹ Cassem EH. *Depressive disorders in the medically ill: an overview*. Psychosomatics 1995;36:S2-10.
- ² Fava M, Davidson KG. *Definition and epidemiology of treatment resistant depression*. Psychiatr Clin North Am 1996;19:179-95.
- ³ Guidetti V. *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino 2005.
- ⁴ American Psychiatric Association (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. DSM-IV-TR*. Tr. it. Milano: Masson 2002.
- ⁵ Kraepelin E (1904). *Trattato di Psichiatria Generale*. Tr. it. Milano: Vallardi 1907.
- ⁶ Kretschmer E. *Physique and character*. New York: Harcourt Brace 1925.
- ⁷ Schneider K (1967). *Psicopatologia clinica*. Tr. it. Roma: Città Nuova Editrice 1983.
- ⁸ Westen D, Shedler J, Lingardi V. *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2003.
- ⁹ Zennaro A, Lis A. *L'uso dei test proiettivi nella ricerca in psicoterapia: vantaggi e limiti*. In Dazzi N, Lingardi V, Colli A, e cura di. *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006, pp. 659-71.
- ¹⁰ Davison GC, Neale JN. *Abnormal Psychology*. 7th edn. New York: J. Wiley & Sons Press 1998 (tr. it. *Psicologia Clinica*. Bologna: Zanichelli 2000).
- ¹¹ Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-61.
- ¹² Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Br J Soc Clin Psychol 1967;6:278-96.
- ¹³ Montgomery S, Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br J Psychiatry 1979;134:382-9.
- ¹⁴ Wechsler H, Grosser GH, Busfield LB Jr. *The Depression Rating Scale*. Arch Gen Psychiatry 1963;9:334-43.
- ¹⁵ Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry 1961;5:53-63.
- ¹⁶ Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory Manual*. 2nd edn. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1996.
- ¹⁷ Zung WWK. *A Self-Rating Depression Scale*. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.
- ¹⁸ Steck P. *Differentieller Depressions Fragebogen (DDF) Handanweisung*. Frankfurt: Swets Test Service 1997.
- ¹⁹ Bocali C, Giannini M. *Misurare la depressione: proprietà psicometriche del Differentieller Depressions Fragebogen (DDF)*. Tesi di Laurea 2005 (manoscritto non pubblicato).
- ²⁰ Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. *MMPI-2: Manual for administration, scoring and interpretation. Revised*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1989 (adattamento italiano di Pancheri P, Sirigatti S. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1995).
- ²¹ Butcher JN. *The MMPI-2 in psychological treatment*. Oxford: Oxford University Press 1990 (tr. it. *MMPI-2 e trattamento psicologico*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1996).
- ²² Greene RL. *MMPI-2/MMPI: an interpretive manual*. Massachusetts: Allyn & Bacon 1991.
- ²³ Harris RE, Lingoes JC. *Subscales for the MMPI: an aid to profile interpretation*. University of California 1955 (unpublished manuscript).
- ²⁴ Steck P. *Sind endogene und neurotische depression psychopathologisch unterscheidbar? Ergebnisse statistischer Analysen*. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 1988;36:337-56.