

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/229858409>

Uno strumento aggiornato per la misura degli stili di coping: Il Coping Orientation to the Problems Experienced—Nuova Versione Italiana (COPE–NVI)

Article in *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* · January 2008

CITATIONS

80

READS

13,664

7 authors, including:



Claudio Sica

University of Florence

100 PUBLICATIONS 2,817 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Marta Ghisi

University of Padova

113 PUBLICATIONS 1,043 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Gianmarco Altoè

University of Padova

126 PUBLICATIONS 2,157 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Cecilia Sighinolfi

University of Bologna

14 PUBLICATIONS 270 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Assessing attachment in middle childhood: Psychometric evaluation of current self-report measures [View project](#)



THE MEANING OF BEAUTY - Part I: Development and implementation of psychological interventions targeting negative body image [View project](#)

***Coping Orientation to Problems Experienced*-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping**

Claudio Sica^a, Cristina Magni^a, Marta Ghisi^b, Gianmarco Altoè^b, Cecilia Sighinolfi^a, Luigi Rocco Chiri^a e Sandro Franceschini^a

^a Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Firenze

^b Dipartimento di Psicologia Generale – Università degli Studi di Padova

Riassunto

Scopo del presente lavoro è l'aggiornamento della versione italiana del *Coping Orientation to the Problems Experienced* (COPE). Il COPE – Nuova Versione Italiana (COPE-NVI) costituisce infatti un miglioramento della precedente versione italiana del COPE, misura sviluppata originariamente negli Stati Uniti. Il COPE-NVI è stato somministrato a 458 individui (50% femmine) appartenenti alla popolazione generale, assieme a diverse misure di psicopatologia e a una misura di benessere. Un'analisi fattoriale confermativa ha evidenziato che lo strumento è composto da cinque grandi dimensioni sostanzialmente indipendenti: *Sostegno sociale*, *Strategie di evitamento*, *Attitudine positiva*, *Orientamento al problema* e *Orientamento trascendente*. Queste dimensioni si sono rivelate di buona consistenza interna e stabilità temporale; nessuna differenza effettiva è stata riscontrata in rapporto al livello di istruzione, genere ed età. Le *Strategie di evitamento* sono quelle maggiormente correlate con il disagio emotivo, mentre l'*Attitudine positiva* e l'*Orientamento al problema* si associano a un minor disagio e maggior benessere. Infine, il *Sostegno sociale* e l'*Orientamento trascendente* non correlano con il benessere psicologico. Il COPE-NVI può essere considerato uno strumento utile e psicometricamente valido per la misura degli stili di coping nel contesto italiano.

Parole chiave: *coping, questionario, COPE, COPE-NVI, popolazione adulta.*

Summary

Coping Orientation to the *Problems Experienced*-New Italian Version (COPE-NVI)

This study aims to update the Italian version of the *Coping Orientation to the Problems Experienced* (COPE). In fact, the COPE-New Italian Version (COPE-NIV) represents an improvement of the previous Italian version of the COPE, a measure originally developed in the United States. The COPE-NIV was administered to 458 individuals (50% females) belonging to the general community, together with various measures of psychopathology and a measure of psychological well-being. A Confirmative

Factor Analysis showed that the tool consists of five large essentially independent dimensions: *Social support*, *Avoidance strategies*, *Positive attitude*, *Problem solving* and *Turning to religion*. These five dimensions were found to be substantially independent of each other and proved reliable and fairly stable in time; no essential difference was identified in relation to the level of education, gender and age. Avoidance strategies were found to be the conditions largely associated with emotional distress, whereas *Positive attitude* and *Problem solving* were related to less distress and greater psychological well-being. Lastly, *Social support* and *Turning to religion* were not associated with psychological well-being. The COPE-NIV can be considered a useful and psychometrically valid tool for measuring coping styles in the Italian context.

Keywords: *coping, questionnaire, COPE, COPE-NVI, adult population.*

INTRODUZIONE

Il concetto di coping fa riferimento alla modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti. Numerose sono le prospettive che si sono alternate nel tempo nell'analisi di questo concetto (per una introduzione in lingua italiana al concetto si veda Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a e Zani e Cicognani, 1999). Tradizionalmente, il coping è stato considerato una caratteristica relativamente stabile di personalità, la quale determina le differenze individuali nel modo di reagire a eventi di vita traumatici. Il coping è stato anche definito come una modalità che comporta reazioni flessibili e mutevoli a eventi di vita quotidiani stressanti (Eckenrode, 1991). Attualmente, il coping viene considerato un processo che nasce in situazioni che mettono fortemente alla prova le risorse di un soggetto: in questa ottica l'obiettivo consiste nell'identificare la valutazione cognitiva di tali eventi da parte della persona, le eventuali reazioni di disagio, il tipo di risorse personali e sociali, gli sforzi di coping propriamente detti e gli esiti a breve e a lungo termine di tali sforzi. In questo modo viene messa in risalto la natura ciclica e cumulativa del processo, con una influenza reciproca tra gli elementi coinvolti (Lazarus, 1996). Tale processo può inoltre essere analizzato sia a livello individuale che sociale.

Le ricerche sul coping si sono concentrate principalmente su quattro temi: 1) la descrizione delle caratteristiche fondamentali delle strategie di coping (quali e quante sono); 2) la descrizione dei fattori che influenzano l'acquisizione e l'uso di risposte di coping, includendo gli aspetti socio-contestuali e di personalità; 3) cosa rende efficaci o meno gli sforzi di coping e 4) quali aspetti del coping sono modificabili e come (Carver e Scheier, 1982; Endler, 1997; Endler e Parker, 1993; Folkman e Moskowitz, 2004; Lazarus, 1996; Lazarus e Folkman, 1984; Lester, Smart e Baum, 1994; Perrez e Reicherts, 1992).

Per quanto riguarda le questioni che concernono la *validità di costruito* e quindi anche la *misurazione* degli sforzi di coping, ci concentreremo su quattro aspetti: a) l'effettivo numero delle strategie di coping; b) la natura più o meno disposizionale di tali strategie; c) le relazioni tra queste strategie e le variabili demografiche; d) le relazioni tra queste strategie e la psicopatologia e/o il benessere.

LE DIVERSE STRATEGIE DI COPING

Le strategie di coping sono state descritte e classificate in vari modi, e questo dimostra l'effettiva molteplicità delle modalità a disposizione del soggetto. In generale, le risposte di coping comprendono sia tutte le decisioni e le azioni adottate da un individuo di fronte a un evento stressante, sia le emozioni a esse connesse.

Il tentativo di identificare le diverse dimensioni costitutive degli sforzi di coping non ha dato risultati definitivi; tuttavia, un certo numero di dimensioni fondamentali emerge da tutte le ricerche. In primo luogo, la maggior parte degli studi indica che le strategie di coping svolgono due funzioni principali: ridurre il rischio delle conseguenze dannose che potrebbero risultare da un evento stressante (*coping focalizzato sul problema*) e contenere le reazioni emozionali negative (*coping focalizzato sulle emozioni*). Il primo tipo di coping trova espressione in due fattori, denominati generalmente coping attivo e pianificazione. Il secondo tipo trova espressione in quattro fattori: distanziamento (ad esempio, negare l'esistenza del problema o distrarsi), autocontrollo (non lasciarsi trascinare dalle proprie emozioni), assunzione di responsabilità (ritenersi più o meno responsabili della situazione) e rivalutazione positiva (riconoscere i cambiamenti che provengono dalla modificazione di una situazione, vedere la realtà da un punto di vista positivo; si veda, Amirkhan, 1990; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Endler e Parker, 1993; Monat e Lazarus, 1991; Lyne e Roger, 2000; Zani e Cicognani, 1999). Un secondo filone di ricerca ha distinto strategie finalizzate all'approccio rispetto a strategie finalizzate all'evitamento (ad esempio, le dimensioni di «monitoring» e «blunting» studiate da Miller, 1987). In generale, maggiore è il senso di controllo esperito dall'individuo e maggiore è il ricorso a strategie finalizzate all'approccio. C'è una certa concordanza nel considerare la natura del coping finalizzato all'approccio più adattiva rispetto a un coping di evitamento. Quest'ultimo potrebbe essere utile nel breve termine, nel caso di presenza di eventi incontrollabili; tuttavia, è stato rilevato come nel lungo termine le risposte di evitamento non permettano di raccogliere informazioni utili sul problema compromettendo il ricorso a risorse utili (Atala e Carter, 1993; Stanton e Snider, 1993).

Infine, una terza prospettiva ha enfatizzato soprattutto il ruolo della ricerca del *sostegno sociale*, che per Lazarus (1996) rappresenta una dimensione comune a molte strategie di coping.

ASPETTI DISPOSIZIONALI DEL COPING

Una seconda questione riguarda la natura più o meno disposizionale delle strategie di coping. Nonostante esista un generale accordo sul fatto che le persone scelgono le strategie di coping in base alla natura della situazione, di fatto la ricerca e gli strumenti di misura hanno enfatizzato la natura disposizionale dei processi di coping (Mc Crae e Costa, 1986; Carver e Scheier, 1994). Enfatizzare la natura disposizionale dei processi di coping significa partire dal presupposto che esistano degli stili di base, cioè delle strategie abituali usate dagli individui indipendentemente dalle situazioni. Gli stili di base sarebbero più o meno diretta espressione di variabili di personalità. Tra queste, due sono state particolarmente

studiate. Kobasa (1979) ha elaborato il concetto di *hardiness* per definire una costellazione di caratteristiche di personalità che proteggono l'individuo dagli effetti dannosi dello stress: controllo (convinzione di poter influenzare gli eventi della propria vita), impegno (senso di risolutezza, coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita) e senso di sfida (aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita). Le persone con un alto livello di *hardiness* sembrano adottare una filosofia di vita che limita l'impatto debilitante di alcuni eventi stressanti. Studi recenti sembrano confermare che le persone con elevato livello di *hardiness* vedano la propria vita con maggior positività e maggior grado di controllo (Beasley, Thompson e Davidson, 2003; Feifel e Strack, 1999). Per quanto riguarda la *propensione all'ottimismo*, Scheier e Carver (1987) hanno ipotizzato che le persone ottimiste hanno una maggiore probabilità di considerare i problemi alla propria portata e quindi di perseverare per raggiungere i propri scopi anche in situazioni di difficoltà. Gli ottimisti, inoltre, hanno maggiori probabilità di impegnarsi in forme di coping focalizzate sul problema, mentre i pessimisti tendono a far ricorso alla negazione e al distanziamento come strategie di coping. Queste relazioni sono state confermate empiricamente, ed è stata riscontrata una diversità negli stili di coping in relazione all'ottimismo. Ad esempio, si è dimostrato che l'ottimismo è correlato positivamente con un coping orientato al compito e alla ricerca di sostegno sociale, mentre è negativamente correlato a un coping orientato alle emozioni e all'evitamento (Hatchett e Park, 2004).

Altri aspetti di personalità che possono favorire uno stile stabile di coping riguardano la propensione a cercare un sostegno sociale; inoltre, certe caratteristiche individuali potrebbero influenzare la stessa percezione che le persone hanno dei livelli di sostegno sociale. Ad esempio, è stato rilevato che persone con alti livelli di nevroticismo tendono a riferire livelli più bassi di sostegno percepito. Inoltre, queste persone hanno maggior probabilità di riferire livelli più elevati di eventi esistenziali stressanti e di sintomi psicologici e somatici.

Costa, Somerfield e Mc Crae (1996) hanno studiato la relazione esistente fra le dimensioni di personalità misurate dai Big Five e il coping: l'instabilità emotiva sembra associarsi con la tendenza ad attribuire colpe a se stessi o agli altri e al coping focalizzato sulle emozioni, l'estroversione con la ricerca di sostegno sociale, l'apertura con la ricerca di nuove informazioni, prospettive e soluzioni, la coscienziosità con la perseveranza negli sforzi e la ricerca di significato personale e, infine, la gradevolezza con la condiscendenza.

In questa prospettiva, quindi, alcune caratteristiche stabili di personalità influenzerebbero l'adozione di determinati stili di coping influenzando la valutazione cognitiva degli eventi da parte dell'individuo (Magnus, Diener, Fujita e Pavot, 1993).

COPING E VARIABILI DEMOGRAFICHE

Tradizionalmente le strategie centrate sulle emozioni sono state attribuite con più frequenza alle donne (Ptacek, Smith, e Dodge 1994), mentre è stato rilevato che gli uomini utilizzano strategie centrate sulla soluzione del problema, negazione e utilizzo di alcol e droga in misura maggiore delle donne (Ben-Zur e Zeidner 1995; Steca, Accardo e Capanna,

2001). In realtà questi risultati vengono considerati come frutto di un artefatto. La differenza di genere nell'adozione delle strategie di coping viene attribuita da diversi autori come il risultato delle differenze nelle situazioni stressanti affrontate dagli uomini e dalle donne. Le donne, infatti, affronterebbero maggiormente situazioni stressanti associate alla famiglia e alla salute, mentre gli uomini, situazioni più legate al lavoro e alla situazione economica (Matud, 2004; Stefani, 2004). Occorre, comunque sottolineare che, parallelamente ai cambiamenti nei ruoli di genere, si stanno appianando anche le differenze nelle strategie di coping utilizzate (Felsen, 1998; Matud, 2004).

Abbiamo invece scarse informazioni circa il rapporto tra l'età e l'utilizzo delle strategie di coping. È stato evidenziato che gli adolescenti utilizzano più comunemente strategie di coping disadattive per fronteggiare situazioni stressanti comuni e, non a caso, costituiscono una popolazione a elevato rischio per lo sviluppo di problemi psicologici e comportamentali (Hampel e Petermann, 2005; Wilson, Pritchard e Revalee, 2005). Non vi è dubbio, comunque, che la relazione tra età e strategie di coping è un settore della ricerca ancora da esplorare.

COPING E PSICOPATOLOGIA O BENESSERE

Per quanto riguarda la psicopatologia, diverse ricerche hanno sottolineato i ruoli delle strategie di coping nei disturbi emozionali. Ad esempio, è stata rilevata una associazione positiva fra la presenza di un disturbo di personalità e l'utilizzo di strategie di evitamento (Bijttebier e Vertommen, 1999). Si è riscontrato che le persone depresse tendono a fare un eccessivo affidamento su strategie di coping centrate sulle emozioni e che esiste una relazione tra particolari stili di coping e gravità dei sintomi (Blalock e Joiner, 2000; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali e Anisman, 2002). Studi sul panico hanno individuato nelle strategie di coping evitante un fattore specifico di vulnerabilità, in quanto tentativi rigidi di evitare stati di attivazione fisica tendono a produrre paura e ansia (Sigmon, Whitcomb-Smith, Rohan e Kendrew, 2004). Di fatto, il coping evitante è risultato collegato alla percezione di sensazioni corporee valutate sgradevoli e ansiogene, anche quando veniva controllato l'effetto di eventuali cognizioni catastrofiche (Spira, Zvolensky, Eifert e Feldner, 2004). In questo studio viene così dimostrato che i processi di coping non dipendono solo da una psicopatologia preesistente, ma funzionano anche da importanti fattori di origine e/o mantenimento di problemi emozionali. Restando nel campo dei disturbi di ansia, Kocovski, Endler, Rector e Flett (2005) hanno rilevato che le persone con fobia o ansia sociale, rispetto a persone senza ansia sociale, utilizzano maggiormente strategie di coping di tipo rimuginativo o di preoccupazione emotiva quando devono affrontare situazioni sociali. Inoltre, il gruppo di persone con fobia sociale adottava più raramente strategie di distrazione. Ancora, persone con disturbi alimentari sono risultate essere più propense a utilizzare strategie di evitamento e sfogo emotivo rispetto a persone senza disturbi alimentari (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller e Meyer, 2007; Troop, Holbrey e Treasure, 1997).

Per sintetizzare, disturbi depressivi, di ansia, alimentari e di personalità sono risultati sistematicamente in relazione positiva con strategie disadattive di coping (evitamento,

negazione, sfogo emotivo, rimuginazione e simili) e in relazione negativa con strategie centrate sul problema. Questi risultati non stupiscono: le strategie di coping vengono utilizzate per regolare emozioni disturbanti e per generare soluzioni per gestire e risolvere la causa dello stress. Gli individui con difficoltà nella regolazione emotiva, tipicamente, adotterebbero strategie di coping disadattive per la riduzione della tensione.

Considerando invece il rapporto tra coping e benessere, numerosi sono gli studi che hanno dimostrato il ruolo delle strategie di coping nella salute psicologica e fisica (per una rassegna si veda Zani e Cicognani, 1999). Per fare qualche esempio, pensiamo allo studio delle relazioni tra coping, sistema immunitario e sopravvivenza a malattie a decorso fatale (Antoni e Goodkin, 1988; Blaney et al., 1991; Carver et al., 1993; Goodkin, Fuchs, Feaster, Leeka e Rishel, 1992; si veda anche la rassegna di Litman, 2006). In questi studi, le strategie relative all'accettazione e a una interpretazione legata al senso di crescita personale, erano collegate a un migliore reattività del sistema immunitario e a una migliore qualità di vita. Relazioni negative con la qualità della vita e la reattività del sistema immunitario sono state trovate con strategie legate allo sfogo emotivo, al cinismo e all'evitamento. Altri studi (ad esempio, Carver, Scheier e Weintraub, 1989) hanno messo in evidenza che forme di coping focalizzate sui problemi erano positivamente associate con ottimismo, autostima, resistenza, ma anche tendenze ai comportamenti di tipo A. Di fatto è stato sottolineato molte volte che persone tenaci e inclini al cambiamento potrebbero trovarsi in difficoltà in situazioni non modificabili. Infine, in alcuni studi, è risultato che il coping può giocare un ruolo importante nel proteggere o esacerbare le reazioni fisiologiche comunemente ritenute sintomo di stress (Connor-Smith e Compas, 2004). Hardiness e coping attivo hanno in effetti mostrato un legame diretto con lo stress percepito e le malattie, in quanto alti livelli di hardiness in lavoratori sono risultati collegati a bassi livelli di stress percepito e a minor sintomi di malattia (Soderstrom, Dolbier, Leiferman, e Steinhart, 2000).

COPE: LO STRUMENTO

Il *Coping Orientations to Problem Experienced* (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) è un questionario self-report che prende in considerazione diverse modalità di coping. Tali modalità di coping non sono state ricavate a posteriori come spesso avviene nella costruzione di nuovi questionari, ma rappresentano altrettanti domini concettuali sviluppati in diversi anni di ricerche. Il modello concettuale che ha guidato la costruzione dello strumento richiama i processi di auto-regolazione. In breve, si sostiene che le persone tendono a regolare il proprio comportamento in funzione di una gerarchia di obiettivi più o meno consapevole (per una trattazione esaustiva si veda il volume in lingua italiana di Carver e Scheier, 2004). Secondo questi studiosi, le strategie di coping utilizzate dipenderanno sostanzialmente dalle aspettative che le persone hanno di raggiungere i propri obiettivi (ad esempio, di risolvere un dato problema): se le aspettative sono buone, allora le persone tenderanno anche strenuamente di raggiungere il loro obiettivo; se le aspettative sono negative, le persone rinunceranno a raggiungere i propri obiettivi e cercheranno un diverso modo per gestire l'eventuale stress psicologico causato dal mancato raggiungimento dei propri fini.

Nella sua versione finale, il questionario è costituito da 60 item. Il questionario chiede di valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto — nelle situazioni difficili o stressanti — quel particolare processo di coping; le possibilità di risposta sono quattro, da «di solito non lo faccio» a «lo faccio quasi sempre». Nelle istruzioni si sottolinea che il soggetto non deve fare riferimento a uno stress specifico ma pensare piuttosto a come *abitualmente* si comporta nelle situazioni stressanti. I 15 diversi meccanismi di coping presi in considerazione dal questionario sono: a) *Attività*: intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti; b) *Pianificazione*: riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema; c) *Soppressione di attività competitive*: mettere da parte ogni altra attività, evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema; d) *Contenimento*: aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, trattenersi dall'agire impulsivamente; e) *Ricerca di informazioni*: chiedere consigli, assistenza, informazioni; f) *Ricerca di comprensione*: ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione; g) *Sfogo emotivo*: esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti; h) *Reinterpretazione positiva e crescita*: elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana; i) *Accettazione*: accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla; l) *Dedicarsi alla religione*: cercare aiuto o conforto nella religione; m) *Umorismo*: prendersi gioco della situazione, riderci sopra; n) *Negazione*: rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse; o) *Distacco comportamentale*: è una condizione di «helplessness»; si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione (è il comportamento tipico di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento); p) *Distacco mentale*: è il contrario della soppressione di attività competitive: implica distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo, «immergersi» nella televisione, ecc. (è evidente che questo stile di coping presenta numerose sottoarticolazioni che abbastanza arbitrariamente, come gli stessi autori riconoscono, sono state riunite sotto una sola etichetta); q) *Uso di droghe o alcol*: usare alcol o droghe per tollerare lo stress.

Il test originale è stato somministrato a 978 studenti universitari di Miami, Stati Uniti. Le analisi condotte su ciascuna delle scale hanno rivelato una buona consistenza interna delle scale stesse (con un alfa di Cronbach che va da 0,62 a 0,92) ad eccezione della scala di Distacco mentale che presentava un valore di alfa di solo 0,45. Le analisi di fedeltà nel tempo, condotte con il metodo di test-retest a intervallo di due mesi, mostravano una discreta stabilità di tali scale (valori di r da 0,48 a 0,77). Un'analisi fattoriale condotta sui punteggi ottenuti dai soggetti alle diverse scale (quindi un'analisi fattoriale di «secondo ordine») ha messo in evidenza quattro dimensioni di base: strategie orientate alla risoluzione del problema, ricerca di sostegno sociale, strategie di evitamento e visione positiva. Il COPE è stato tradotto e validato in molti Paesi tra cui l'Estonia, l'Italia, la Croazia e la Germania; esiste anche una versione ridotta che è stata validata in Spagna e in Francia. In tutti questi studi, le proprietà psicometriche originarie sono state essenzialmente replicate. Dal punto di vista dimensionale, i diversi studi condotti con il metodo dell'analisi fattoriale hanno dimostrato che le 15 scale del COPE possono essere raggruppate in poche grandi dimensioni, generalmente da tre a cinque (per una rassegna

si veda Litman, 2006). Il numero e la natura delle dimensioni varia nei diversi studi in funzione della versione del COPE utilizzata (in alcune versioni non erano incluse tutte le 15 scale) e delle diverse caratteristiche culturali delle popolazioni prese in esame. Ad esempio, la versione estone ha messo in luce tre fattori (coping orientato al problema, evitamento e sostegno sociale) ma nel fattore evitamento erano anche comprese le scale di contenimento e accettazione, che in genere saturano fattori quali visione positiva o orientamento al problema.

In una versione studiata in Gran Bretagna, invece, i fattori erano 4 poiché, oltre il coping orientato al problema, l'evitamento e il sostegno sociale, era presente un fattore, «visione positiva», saturato dalle scale reinterpretazione positiva e crescita e accettazione. Ancora, si è visto che nella struttura della versione italiana, venivano messe in evidenza cinque dimensioni tra cui spiccavano il sostegno sociale e la religione (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997b).

Infine, dal punto di vista della validità, numerose ricerche hanno confermato l'utilità e la validità del COPE sia su soggetti normali che di interesse clinico (ad esempio, per limitarsi all'ambito italiano, Rinaldi et al., 2006; Sica et al., 2001; Sica, Steketee, Ghisi, Chiri e Franceschini, 2007). Molti degli studi citati nella rassegna precedente sono stati peraltro condotti per mezzo del COPE.

La prima versione italiana del COPE

La prima versione italiana del COPE è stata somministrata a 521 studenti universitari, e le analisi psicometriche eseguite avevano evidenziato una struttura di base formata da 13 scale (le scale Ricerca di informazioni e Ricerca di comprensione saturavano lo stesso fattore; le scale di Attività e Pianificazione saturavano lo stesso fattore; le altre scale corrispondevano a quelle della versione originale).

La consistenza interna delle diverse scale era soddisfacente (tenuto conto della brevità delle scale stesse), ad eccezione delle scale di Distacco mentale, Distacco comportamentale e Attività. L'analisi test-retest a un mese evidenziava una discreta stabilità delle scale del COPE. Infine, un'analisi fattoriale di secondo ordine individuava una struttura formata da cinque dimensioni: Supporto sociale (Ricerca di comprensione + Ricerca di informazioni + Sfogo emotivo), Strategie di evitamento (Negazione + Umorismo + Uso di droga + Distacco comportamentale + Distacco mentale), Attitudine positiva (Accettazione + Contenimento + Reinterpretazione positiva), Orientamento al problema (Soppressione + Pianificazione + Attività) e Religione (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a).

Questo studio, tuttavia, presentava alcuni limiti: 1) il campione era formato da soli studenti universitari; 2) alcuni item della versione italiana del COPE risultavano di significato incerto o ambiguo; 3) mancavano studi di correlazione con altre misure (Sanavio e Sica, 1999). Così, il sempre maggiore interesse verso i processi di coping da parte degli studiosi italiani e le lacune di questo studio ci hanno spinto al lavoro di modifica, aggiornamento e completa ritaratura della versione italiana dello strumento.

METODO

Scopo di questo articolo è quello di presentare una nuova versione del COPE (COPE-NVI, Nuova Versione Italiana; nell'Appendice è presentato il questionario) che possa ovviare ai limiti della versione attuale dello strumento. Così, nel presente lavoro vogliamo verificare:

1. la struttura fattoriale del COPE-NVI
2. la consistenza interna e la stabilità nel tempo del questionario
3. se il genere, l'età e il livello di istruzione influenzano i punteggi del COPE-NVI
4. la relazione tra il COPE-NVI e misure di psicopatologia
5. la relazione tra il COPE-NVI e una misura di qualità della vita.

In particolare, si ipotizza che la struttura fattoriale del COPE-NVI non sia troppo dissimile da quella della versione precedente dello strumento; qualche differenza potrebbe comunque emergere dato l'utilizzo di un campione differente e la parziale modifica del questionario. Ci aspettiamo inoltre una buona consistenza interna delle diverse scale, ad eccezione di quelle che fanno riferimento alle strategie di evitamento, poiché tutti gli studi precedenti tendono a sottolineare l'eterogeneità di questa dimensione (ad esempio, Carver, Scheier e Weintraub, 1989). Per quanto riguarda la stabilità temporale, poiché lo strumento indaga dimensioni più simili a dei «tratti» (le istruzioni fanno riferimento a come «abituamente» ci si comporta nelle situazioni stressanti), è logico aspettarsi una buona stabilità nel tempo dei diversi punteggi.

In linea con gli studi riportati, non ci aspettiamo di trovare relazioni particolarmente significative tra genere e strategie di coping. Per quanto riguarda l'età, gli studi precedenti ci suggeriscono che soggetti più giovani presentano strategie meno adattive di coping rispetto agli adulti; di riflesso, anche se non evidenziato in letteratura, ipotizziamo che gli anziani possano riportare strategie differenti rispetto agli adulti e ai giovani. Infine, è difficile fare delle ipotesi circa il rapporto tra livello di istruzione e strategie di coping poiché non vi sono praticamente studi a riguardo; tuttavia, ipotizziamo che il livello di istruzione non debba influenzare le strategie poiché è presumibile che i meccanismi di apprendimento che riguardano queste abilità abbiano poco a che fare con l'istruzione formale.

Infine, dalle rassegne presentate nei paragrafi precedenti, ci aspettiamo relazioni positive significative tra strategie di evitamento e psicopatologia e relazioni negative tra strategie orientate al problema, strategie orientate all'accettazione/reinterpretazione positiva e psicopatologia. Per converso, ci attendiamo che le strategie di evitamento siano in relazione negativa con la qualità della vita e che le strategie orientate al problema e le strategie orientate all'accettazione/reinterpretazione positiva siano associate positivamente con la qualità della vita. Non ci aspettiamo invece relazioni significative tra altre dimensioni del COPE e psicopatologia o qualità della vita.

RIFORMULAZIONE DEGLI ITEM DEL COPE

Come evidenziato nel lavoro originario del 1997 e successivamente osservato con l'utilizzo quotidiano dello strumento, alcuni item del COPE erano formulati in modo

ambiguo, mentre altri erano poco aderenti alla traduzione originale. Per ovviare a questi problemi, tutti gli item del COPE originale sono stati tradotti nuovamente in lingua italiana da due ricercatori indipendenti che non avevano partecipato allo sviluppo della versione italiana precedente. I ricercatori hanno prestato particolare attenzione affinché la loro traduzione non contenesse colloquialismi e termini tecnici che avrebbero potuto causare difficoltà interpretative. Nella fase successiva, le due versioni italiane sono state tradotte in inglese (back-translation o retro-traduzione) da una persona bilingue con una estesa conoscenza del lessico psicologico. Dal confronto delle due retro-traduzioni è scaturita la nuova versione italiana del COPE, il COPE-NVI. Come passo finale, gli item del COPE-NVI sono stati valutati da 5 psicologi esperti. Ciascun esperto ha valutato la misura in cui gli item erano formulati con chiarezza su una scala a 5 punti (1 = per niente chiaro, 5 = del tutto chiaro); le valutazioni degli esperti hanno indicato che gli item del COPE-NVI erano formulati in maniera ottimale (media delle valutazioni = 4,6; DS = 0,3).

Il COPE-NVI si può considerare una versione aggiornata dello strumento, poiché il 60% degli item è risultato differente rispetto alla precedente versione italiana.

PARTECIPANTI E PROCEDURA

Il COPE-NVI è stato somministrato a 458 individui (50% femmine) appartenenti alla popolazione generale. Metà del campione è stato reclutato nel Nord Italia e metà nel Sud Italia. Le caratteristiche del campione sono le seguenti: età media = 49,2 (DS = 16,2), range 20-80; scolarità media = 13 anni (DS = 4,3); stato civile = 30% single, 59% coniugati o conviventi, 4% separati o divorziati, 7% vedovi; occupazione = 6% studenti, 47% occupati a tempo pieno, 7% occupati part-time, 7% casalinghe, 26% pensionati, 2% disoccupati; 5% altro.

Un sottocampione di 50 partecipanti (50% femmine; età media = 50,6; scolarità media = 13 anni; 75% coniugati), ha completato il COPE in due occasioni a distanza di un mese.

I partecipanti sono stati reclutati in occasione di alcuni incontri rivolti al pubblico (a partecipazione libera) su tematiche psicologiche di generale interesse. In ogni sito, alcuni psicologi hanno preso contatto con ciascun partecipante, chiedendo la disponibilità a compilare una batteria di questionari all'interno dei quali erano presenti gli strumenti oggetto di questo studio. L'anonimato è stato garantito così come la libertà di rifiutare la richiesta. Gli psicologi sono stati presenti tutto il tempo della compilazione per chiarire eventuali dubbi. A ciascun soggetto i questionari sono stati consegnati in ordine casuale, per evitare che le risposte dei partecipanti fossero sistematicamente influenzate dall'ordine in cui venivano compilati i questionari stessi.

I partecipanti scelti per compilare un seconda volta il questionario hanno fornito il consenso scritto alla partecipazione allo studio.

STRUMENTI DI MISURA

Oltre al COPE-NVI e a una scheda contenente delle domande di tipo demografico, i partecipanti hanno compilato una batteria di self-report contenente le seguenti misure:

1. *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996): è un questionario self-report di 21 item utilizzato per misurare la presenza e la gravità della depressione. La versione italiana del BDI-II è stata estesamente studiata su studenti, persone appartenenti alla popolazione normale e pazienti (Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio e Sica, 2006). I risultati hanno dimostrato una ottima consistenza interna (alfa di Cronbach superiore a 0,80) e una buona stabilità temporale (0,76 al retest condotto a distanza di 30 giorni). Anche la validità convergente, discriminante e di criterio hanno dimostrato l'adeguatezza della versione italiana dello strumento.
2. *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck e Steer, 1993): è un *self-report* costituito da 21 item, che valuta la gravità dell'ansia. La versione italiana del BAI è stata estesamente studiata su studenti, persone appartenenti alla popolazione normale e pazienti (Sica, Coradeschi, Ghisi e Sanavio, 2006). I risultati hanno dimostrato una ottima consistenza interna (alfa di Cronbach superiore a 0,80) e una buona stabilità temporale (0,62 al retest condotto a distanza di 30 giorni). Anche la validità convergente, discriminante e di criterio hanno dimostrato l'adeguatezza della versione italiana dello strumento.
3. *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990): è un inventario composto da 16 item, che rileva le caratteristiche generali, eccessive e incontrollabili dei processi di preoccupazione patologica (*worry*). La coerenza interna della versione italiana del PSWQ (Morani, Pricci e Sanavio, 1999) è risultata buona (alfa di Cronbach = 0,85). Altri studi hanno riportato una stabilità test-retest condotto a distanza di 2-10 settimane che varia da 0,74 a 0,93 (Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990).
4. *Obsessive Compulsive Inventory* (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles e Amir, 1998): è un *self report* costituito da 42 item, in cui il paziente valuta separatamente la frequenza e il disagio di particolari ossessioni e compulsioni. Lo strumento genera un punteggio totale e punteggi per sette diverse sottoscale. La versione italiana dell'OCI ha mostrato buone proprietà psicometriche (Sica, Ghisi, Altoè, Chiri, Franceschini, Coradeschi, Melli, 2007). Nel presente studio è stato utilizzato il punteggio totale relativo al disagio e alla frequenza.
5. *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick e Clarke, 1998): è uno strumento utilizzato per valutare la paura delle interazioni sociali. È costituito da 19 item che descrivono reazioni cognitive, affettive e comportamentali che la persona esperisce in situazioni sociali. La versione Italiana del SIAS si è dimostrata uno strumento stabile e affidabile; la validità convergente è stata confermata da significative associazioni con misure di comportamento assertivo e di psicopatologia (Sica, Musoni, Bisi, Lolli e Sighinolfi, 2007).
6. *Satisfaction Profile* (SAT-P; Majani e Callegari, 1998): è un self-report italiano di 32 item che valuta il livello di soddisfazione soggettiva relativa a diversi aspetti della vita quotidiana, facendo riferimento all'ultimo mese. Il sistema di risposta utilizza l'analogo visivo. A un maggior punteggio corrisponde una maggiore soddisfazione percepita. Le proprietà psicometriche sono buone. L'analisi fattoriale ha messo in

luce cinque dimensioni: Funzionalità psicologica, Funzionalità fisica, Lavoro, Sonno e alimentazione, Funzionalità sociale. In questo studio è stata utilizzata la scala di Funzionamento psicologico costituita da 10 item che valutano aspetti quali il tono dell'umore, l'efficienza mentale, la stabilità emotiva, la fiducia in sé stessi, ecc.

È importante sottolineare che le misure prese in considerazione sono tra quelle che, in ambito italiano, sono risultate più attendibili e valide per la misura della psicopatologia ansiosa e depressiva e per la qualità della vita. Questi aspetti, come abbiamo visto nella rassegna precedente, sono quelli più sistematicamente messi in relazione con le strategie di coping. Ci sembrava quindi che l'utilizzo di tali questionari fosse coerente con un procedimento rigoroso volto a verificare le ipotesi precedentemente formulate.

ANALISI STATISTICA

La maggior parte delle analisi è stata effettuata con il pacchetto statistico SPSS versione 11.0. Per le analisi di consistenza interna si è fatto riferimento all'indice alfa di Cronbach, mentre per evidenziare possibili correlazioni si è utilizzato il coefficiente «prodotto-momento» di Pearson. Le variabili demografiche sono state valutate tramite l'analisi della varianza o della covarianza. L'analisi fattoriale esplorativa è stata condotta con il metodo delle componenti principali con rotazione ortogonale varimax.

Per quanto riguarda l'analisi fattoriale confermativa (CFA), abbiamo utilizzato il pacchetto statistico LISREL 9.0. L'analisi è stata condotta con il metodo di massima verosimiglianza e la corrispondenza tra il modello testato e la struttura ipotizzata del COPE-NVI (goodness of fit) è stata valutata per mezzo di una pluralità di indici come raccomandato da Cole (1987): *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), Non-Normed Fit Index (NNFI), il *Comparative Fit Index* (CFI), l'*Incremental Fit Index* (IFI) e il rapporto chi-quadrato/gradi di libertà (gdl) (Cole, 1987; Kline, 1998). Inoltre, per scegliere il modello migliore, abbiamo utilizzato il criterio di Akaike (AIC) (Akaike, 1987); secondo questo criterio, il modello che ottiene il valore minore di AIC è considerato il migliore.

RISULTATI

STRUTTURA FATTORIALE DEL COPE-NVI

Un'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) è stata condotta prendendo innanzitutto in considerazione le cinque dimensioni di secondo ordine che caratterizzavano la prima versione italiana del COPE (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a). Questa struttura non è stata confermata dagli appositi indici di goodness of fit. Seguendo le classiche indicazioni della letteratura psicometrica (ad esempio, Gorsuch, 1997), abbiamo allora diviso il campione dei partecipanti in due gruppi di uguale numerosità, mediante una procedura randomizzata. Sulla prima metà dei soggetti abbiamo eseguito un'analisi fattoriale esplorativa per individuare la struttura «semplice» del questionario; sull'altra metà dei soggetti abbiamo eseguito una CFA per verificare la bontà della soluzione individuata

con l'analisi fattoriale precedente. In continuità con la letteratura precedente sul COPE, abbiamo utilizzato come dati grezzi per l'analisi fattoriale esplorativa i punteggi che ciascun soggetto ha ottenuto alle 15 scale di base del COPE-NVI. Dall'analisi fattoriale esplorativa sono emerse tre possibili soluzioni, rispettivamente a tre, quattro e cinque fattori che spiegavano il 47%, 57% e 63% della varianza totale dei punteggi. Queste tre soluzioni sono state quindi sottoposte a CFA, utilizzando l'altra metà dei soggetti del campione. Nella tabella 1 è possibile osservare che la soluzione che meglio esprime la struttura interna del COPE-NVI è quella che raggruppa le scale di base in *cinque fattori*: *Sostegno sociale* (gli item fanno riferimento alla ricerca di comprensione, di informazioni e allo sfogo emotivo), *Strategie di evitamento* (scala molto eterogenea che comprende l'utilizzo di negazione, uso di sostanze, distacco comportamentale e mentale), *Attitudine positiva* (atteggiamento di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva degli eventi), *Orientamento al problema* (utilizzo di strategie attive e di pianificazione) e *Orientamento trascendente* (gli item fanno riferimento alla religione e all'assenza di umorismo).¹ Nella tabella 2 è possibile osservare che i valori di inter-correlazione tra i diversi fattori sono trascurabili con la prevedibile eccezione della relazione tra *Attitudine positiva* e *Orientamento al problema*.

Tabella 1 – Riepilogo delle statistiche di *goodness of fit* per i diversi modelli fattoriali proposti per il COPE-NVI nel campione italiano

COPE	RMSEA	NNFI	CFI	IFI	χ^2/df	AIC
5 fattori	0,08	0,82	0,83	0,83	2,12	4267,00
4 fattori	0,08	0,81	0,82	0,82	2,20	4643,47
3 fattori	0,09	0,76	0,77	0,77	2,56	5323,46

Tabella 2 – Interrelazioni tra le cinque dimensioni del COPE-NVI

	SS	SE	AP	OP
<i>Sostegno sociale (SS)</i>	–	0,05	0,09	0,25
<i>Strategie di evitamento (SE)</i>		–	0,04	-0,17
<i>Attitudine positiva (AP)</i>			–	0,50
<i>Orientamento al problema (OP)</i>				–
<i>Orientamento trascendente</i>	0,07	0,06	0	-0,02

¹ La soluzione standardizzata completa della CFA è disponibile su richiesta al primo autore.

CONSISTENZA INTERNA E STABILITÀ NEL TEMPO DELLE CINQUE DIMENSIONI DEL COPE

La consistenza interna per le cinque dimensioni individuate (alfa di Cronbach), la media delle correlazioni item-totale e il relativo range e la stabilità nel tempo con l'intervallo di un mese sono riportati nella tabella 3. Tutti i valori ottenuti si possono considerare soddisfacenti, tenendo conto della composizione eterogenea di alcune scale come quella delle Strategie di evitamento e Attitudine positiva. La stabilità nel tempo delle diverse scale è in linea con quella dei classici costrutti di personalità.

Tabella 3 – Consistenza interna, media dei coefficienti di correlazione item-totale e relativo range e valori di test-retest per le 5 dimensioni del COPE-NVI (intervallo un mese)

	alfa	r_{tot} medio	r_{tot} range	test retest*
<i>Sostegno sociale</i>	0,91	0,64	0,26-0,81	0,85
<i>Strategie di evitamento</i>	0,70	0,30	0,15-0,42	0,68
<i>Attitudine positiva</i>	0,76	0,40	0,27-0,48	0,78
<i>Orientamento al problema</i>	0,83	0,50	0,25-0,65	0,82
<i>Orientamento trascendente</i>	0,85	0,56	0,24-0,82	0,93

PUNTEGGI E ASSOCIAZIONE CON ETÀ, ISTRUZIONE E GENERE

Le correlazioni tra le diverse scale e il livello di istruzione sono mostrate nella tabella 4. Valutando l'effettiva grandezza delle correlazioni («effect size»: piccola per valori fino a 0,29; media da 0,30 a 0,49 e grande da 0,50; Cohen, 1988) possiamo notare che non vi sono valori degni di nota.

Dal confronto tra maschi e femmine, emergono delle differenze statisticamente significative per quanto riguarda le dimensioni di Sostegno sociale ($F_{(2,453)} = 15,7, p < 0,0001$) e Orientamento trascendente ($F_{(2,453)} = 17,8, p < 0,0001$): le femmine presentano punteggi più elevati dei maschi in queste due dimensioni. Abbiamo quindi calcolato la dimensione effettiva di queste differenze tramite l'indice η^2 . Secondo Cohen (1988), $\eta^2 = 0,1$ corrisponde a una dimensione minima di effetto, $\eta^2 = 0,6$ a una dimensione media e $\eta^2 = 1,4$ a una dimensione ampia. I valori di η^2 ottenuti per le due dimensioni (rispettivamente 0,06 e 0,07) suggeriscono che l'ampiezza della differenze tra i sessi risulta trascurabile.

Per confrontare le età seguendo le ipotesi formulate, abbiamo diviso il campione in tre fasce: giovani adulti (20-30 N = 75), adulti (31-65 N = 298), anziani (oltre i 65, N = 85).

Desideriamo precisare che siamo consapevoli che queste divisioni corrispondono solo molto approssimativamente alla intenzione di confrontare adolescenti, adulti e anziani; tuttavia, nonostante questa limitazione data dalla composizione del campione, ci sembrava comunque importante fornire dei dati in relazione all'età. Dal confronto tra queste tre fasce di età emergono delle differenze statisticamente significative per quanto riguarda le dimensioni di Orientamento al problema ($F_{(2, 455)} = 3,8, p < 0,02$), Sostegno sociale ($F_{(2, 455)} = 7, p < 0,001$) e Orientamento trascendente ($F_{(2, 455)} = 19, p < 0,0001$). Più in dettaglio, gli anziani hanno ottenuto punteggi più bassi degli altri due gruppi nella dimensione di Orientamento al problema e Sostegno sociale; inoltre, i tre gruppi differiscono tra loro nell'Orientamento trascendente, presentando punteggi progressivamente più elevati con il crescere dell'età. Il calcolo tramite l'indice η^2 ha messo in luce che l'ampiezza dei risultati ottenuti è comunque trascurabile (rispettivamente, 0,02, 0,03 e 0,07).

Infine nella tabella 5 riportiamo le medie e le deviazioni standard dell'intero campione per le cinque dimensioni del COPE-NVI. I risultati appena riportati non forniscono giustificazioni per presentare norme disaggregate per livello di istruzione, genere o età.

Tabella 4 – Correlazioni prodotto-momento tra le diverse dimensioni del COPE-NVI, l'età e gli anni di istruzione (* $p < 0,01$; $N = 457$)

	Istruzione
<i>Sostegno sociale</i>	0,16*
<i>Strategie di evitamento</i>	-0,22*
<i>Attitudine positiva</i>	0,03
<i>Orientamento al problema</i>	0,16*
<i>Orientamento trascendente</i>	-0,28*

Tabella 5 – Media e deviazioni standard per le cinque dimensioni del COPE-NVI ($N = 457$)

	M	DS
<i>Sostegno sociale</i>	27,7	8,4
<i>Strategie di evitamento</i>	23,5	5,1
<i>Attitudine positiva</i>	30,9	6
<i>Orientamento al problema</i>	32	6,7
<i>Orientamento trascendente</i>	22,7	5,6

RELAZIONI CON ALTRE MISURE

Sono state esaminate le correlazioni prodotto-momento tra il COPE-NVI e una serie di misure (tabella 6). Coerentemente alle ipotesi formulate, l'Attitudine positiva e l'Orientamento al problema si confermano strategie che sembrano proteggere dal disagio psicologico e facilitare il benessere, al contrario di quelle orientate all'evitamento. Le strategie di Sostegno sociale e di Orientamento alla trascendenza si presentano più debolmente associate con le misure prese in considerazione, ad eccezione di quelle che riguardano le preoccupazioni e i sintomi ossessivi. Ciò non deve sorprendere poiché queste due dimensioni riguardano aspetti molto complessi del comportamento umano, al di là del loro significato di strategie di coping. Ciò nondimeno è interessante notare che, quando utilizzate nel processo di coping, queste due dimensioni non paiono favorire il benessere.

Tabella 6 – Correlazioni prodotto-momento tra il COPE-NVI, alcune misure di psicopatologia e una misura di benessere psicologico (tutte le correlazioni superiori a 0,10 sono statisticamente significative al livello $p < 0,01$; $N = 457$)

	BAI	BDI-II	PSWQ	SIAS	OCI-D	OCI-F	SAT-P (FP)
<i>Sostegno sociale</i>	0,10	0,09	0,30	0,03	0,16	0,12	-0,05
<i>Strategie di evitamento</i>	0,26	0,33	0,18	0,19	0,29	0,30	-0,15
<i>Attitudine positiva</i>	-0,20	-0,18	-0,05	-0,20	-0,04	-0,03	0,30
<i>Orientamento al problema</i>	-0,16	-0,22	0,03	-0,18	-0,01	0	0,34
<i>Orientamento trascendente</i>	0,25	0,19	0,30	0,05	0,21	0,31	0,02

Nota: BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; PSWQ= Penn State Worry Questionnaire; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; OCI-D = Obsessive-Compulsive Inventory – Disagio; OCI-F = Obsessive-Compulsive Inventory – Frequenza; SAT-P (FP): Satisfaction Profile, scala di funzionamento psicologico.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il vasto utilizzo del processo di coping in psicologia richiede misure dalle caratteristiche psicometriche rigorose. Lo strumento presentato in questo studio è caratterizzato da: 1) un campione eterogeneo e di numerosità adeguata; 2) una struttura interna nota, testata con un'analisi fattoriale confermativa; 3) dimensioni non sovrapposte tra loro, quindi tutte potenzialmente utilizzabili e informative; 4) dimensioni stabili nel tempo e sufficientemente omogenee al loro interno; 5) dimensioni correlate a misure di disagio emotivo o di benessere in linea con la vasta ricerca internazionale sul coping.

Tre dimensioni (Strategie di evitamento, Attitudine positiva, Orientamento al problema) del COPE-NVI possono essere considerate specifiche dei processi di coping e, non a caso, i principali risultati in letteratura si riferiscono a queste strategie di coping. Ottimismo, accettazione, diverse modalità di evitamento e di problem solving emergono costantemente in associazione con svariate misure di disagio o benessere psicologico e comportamenti associati. Il Sostegno sociale e l'Orientamento trascendente costituiscono invece atteggiamenti e comportamenti «multifaccettati» che ovviamente riguardano molteplici aspetti dell'agire umano. In generale, da questo studio non è emerso che queste due strategie siano in connessione con il benessere psicologico. Questo risultato è interessante perché suggerisce che, quando utilizzate in condizioni di stress, queste modalità di comportamento non sono sufficienti *da sole* a garantire una condizione di benessere. In effetti, affidarsi esclusivamente al sostegno sociale e/o alla religione potrebbe rinforzare una certa passività da parte dell'individuo. Questa ipotesi sarebbe corroborata dal fatto che sia il Sostegno sociale che l'Orientamento trascendente sono associati in modo importante con i processi di *worry*, misurati dal PSWQ. Notoriamente, tali processi sono visti come modalità passive di gestione dell'ansia e delle preoccupazioni (per una rassegna, si veda Chiri e Sica, 2007). In effetti, anche nel caso di situazioni non modificabili (calamità, malattie fatali, ecc.) è sempre possibile *costruire attivamente* un comportamento o una diversa filosofia di vita che aiuti la persona a tollerare meglio le difficoltà. Naturalmente, queste ipotesi vanno testate con disegni di ricerca che superino la natura correlazionale dei nostri risultati. Inoltre, poiché non erano attese relazioni specifiche tra il Sostegno sociale, l'Orientamento trascendente e gli aspetti ossessivi e di *worry*, non è da escludere che tali risultati possano essere dovuti al caso.

Un altro aspetto degno di nota è la mancanza di differenze importanti nell'utilizzo delle strategie di coping rispetto al livello di istruzione, genere ed età. I primi due risultati erano attesi: in particolare, per quanto riguarda il genere, si moltiplicano le ricerche su vari aspetti del comportamento umano che non evidenziano differenze tra sessi (per una rassegna si veda Hyde, 2005). Di fatto, è già da tempo che gli psicologi clinici sottolineano che le differenze di genere in molte variabili psicologiche e psicopatologiche costituiscono più un artefatto statistico che una caratteristica reale (ad esempio, Davison e Neale, 2000). Circa l'età, invece, non escludiamo che ricerche che coinvolgano giovani adolescenti possano documentare differenze rispetto agli adulti nelle strategie di coping.

Per quanto riguarda i limiti del presente studio, è importante notare che vi è la necessità che i dati da noi ottenuti siano ampliati e replicati su altri campioni. La numerosità dei soggetti da noi considerata non può essere considerata adeguata per un campione normativo, anche se ci ha permesso di offrire delle preziose indicazioni circa le proprietà dello strumento.

Abbiamo anche visto che la scala riguardante le strategie di evitamento presenta coefficienti di consistenza interna inferiori (ancorché accettabili) rispetto alle altre dimensioni. In accordo a DeVellis (1991), questo è un risultato tipico per scale cosiddette «multifaccettate» (le strategie di evitamento rappresentate da questa dimensione sono davvero molte e diverse tra loro) e va valutato in relazione all'utilità della scala stessa e

non solo rispetto al dato psicometrico. Dalla letteratura (e anche dai risultati qui presentati) emerge in effetti che questa dimensione del COPE è una delle più utili; in ogni caso, studi futuri potrebbero indicare se questa scala può essere abbreviata e resa più omogenea, rimuovendo alcune strategie meno utilizzate dagli individui.

Ancora, poiché il nostro lavoro non si focalizza su uno strumento totalmente nuovo, ma sulla modifica di un questionario ormai da anni utilizzato anche in Italia, non abbiamo effettuato indagini che mettessero in relazione il COPE-NVI con altri strumenti concettualmente simili. In effetti, gli studi italiani citati offrono chiari ed espliciti dati sulle proprietà del questionario e ci sembrava ridondante offrire altri dati che dimostrassero che il COPE-NVI «misura il coping». Abbiamo quindi ritenuto che fosse più importante mostrare, seppure in via preliminare, le potenzialità dello strumento quando messo in relazione con altri costrutti. In ogni caso, senza dubbio sono necessari studi futuri che forniscano dati anche su questo aspetto.

Infine, studi su popolazioni cliniche potrebbero fornire preziosi suggerimenti sul funzionamento del COPE-NVI.

In conclusione, con il COPE-NVI confidiamo di avere presentato uno strumento che possa essere utile sia per l'assessment clinico e sia per la ricerca in psicologia della personalità, clinica e della salute.

APPENDICE

Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana

Siamo interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita. Ci sono molti modi per cercare di fronteggiare lo stress. Questo questionario le chiede di indicare **che cosa generalmente fa** e **che cosa generalmente sente** quando fa esperienza di eventi o situazioni stressanti. Ovviamente, eventi diversi portano ad agire in modi in qualche misura differenti, ma pensi a che cosa **generalmente** fa quando è sottoposto/a a un notevole stress. Per favore risponda a ciascuna delle seguenti affermazioni segnando il numero che corrisponde alla sua risposta. I numeri vanno interpretati in questo modo:

- 1 = Di solito non lo faccio.
- 2 = Lo faccio qualche volta.
- 3 = Lo faccio con una certa frequenza.
- 4 = Lo faccio quasi sempre.

Per favore cerchi di rispondere a una domanda per volta e **non tenga conto delle risposte che ha dato precedentemente**. Scegli con attenzione la risposta che meglio descrive il suo modo di comportarsi. Per favore risponda a ogni affermazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, perciò scelga la risposta più appropriata per lei e non quella che la maggior parte delle persone, secondo lei, darebbe. In sintesi, dica che cosa **di solito** fa quando affronta un'esperienza stressante.

- 1 = Di solito non lo faccio.
 - 2 = Lo faccio qualche volta.
 - 3 = Lo faccio con una certa frequenza.
 - 4 = Lo faccio quasi sempre.

1. Cerco di utilizzare questa esperienza per crescere come persona. ① ② ③ ④
2. Mi dedico al lavoro o ad altre attività per non pensare
a ciò che mi preoccupa. ① ② ③ ④
3. Mi preoccupa e do sfogo alle mie emozioni. ① ② ③ ④

- | | |
|--|---------|
| 4. Cerco di farmi consigliare da qualcuno sul da farsi. | ① ② ③ ④ |
| 5. Mi impegno al massimo per agire sulla situazione. | ① ② ③ ④ |
| 6. Dico a me stesso/a che sto vivendo qualcosa di irreal. | ① ② ③ ④ |
| 7. Ripongo la mia speranza in Dio. | ① ② ③ ④ |
| 8. Rido della situazione. | ① ② ③ ④ |
| 9. Riconosco che non posso farci niente e abbandono ogni tentativo di agire. | ① ② ③ ④ |
| 10. Mi trattengo dall'agire troppo in fretta. | ① ② ③ ④ |
| 11. Parlo dei miei sentimenti con qualcuno. | ① ② ③ ④ |
| 12. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per sentirmi meglio. | ① ② ③ ④ |
| 13. Cerco di abituarli all'idea che ciò è successo. | ① ② ③ ④ |
| 14. Parlo con qualcuno per capire di più sulla situazione. | ① ② ③ ④ |
| 15. Non mi faccio distrarre da altri pensieri o attività. | ① ② ③ ④ |
| 16. Tendo a fantasticare per distrarmi. | ① ② ③ ④ |
| 17. Mi rendo conto di preoccuparmi molto. | ① ② ③ ④ |
| 18. Cerco aiuto in Dio. | ① ② ③ ④ |
| 19. Preparo un piano d'azione. | ① ② ③ ④ |
| 20. Ci scherzo sopra. | ① ② ③ ④ |
| 21. Accetto che ciò sia accaduto e che non possa essere cambiato. | ① ② ③ ④ |
| 22. Mi trattengo dal fare qualsiasi cosa fino a che la situazione lo permetta. | ① ② ③ ④ |
| 23. Cerco sostegno morale dagli amici e dai parenti. | ① ② ③ ④ |
| 24. Semplicemente rinuncio a raggiungere i miei obiettivi. | ① ② ③ ④ |
| 25. Mi sforzo più del solito per tentare di liberarmi dal problema. | ① ② ③ ④ |
| 26. Cerco di distrarmi per un momento bevendo alcool o prendendo droghe o farmaci. | ① ② ③ ④ |
| 27. Mi rifiuto di credere che ciò sia accaduto. | ① ② ③ ④ |
| 28. Do libero sfogo ai miei sentimenti. | ① ② ③ ④ |
| 29. Cerco di vedere le cose in una luce diversa, per farle sembrare più positive. | ① ② ③ ④ |
| 30. Parlo con qualcuno per fare qualcosa di concreto per risolvere il problema. | ① ② ③ ④ |

- | | |
|--|---------|
| 31. Dormo più del solito. | ① ② ③ ④ |
| 32. Cerco di escogitare una strategia sul da farsi. | ① ② ③ ④ |
| 33. Mi concentro nel trattare questo problema, e se necessario metto da parte le altre cose. | ① ② ③ ④ |
| 34. Cerco la comprensione e la solidarietà di qualcuno. | ① ② ③ ④ |
| 35. Bevo alcool o prendo droghe o farmaci per pensarci di meno. | ① ② ③ ④ |
| 36. Mi prendo gioco di quello che è successo. | ① ② ③ ④ |
| 37. Rinuncio a ogni tentativo di ottenere ciò che voglio. | ① ② ③ ④ |
| 38. Cerco qualcosa di positivo in ciò che sta accadendo. | ① ② ③ ④ |
| 39. Penso a come potrei gestire al meglio il problema. | ① ② ③ ④ |
| 40. Faccio finta che non sia veramente accaduto. | ① ② ③ ④ |
| 41. Mi accerto di non peggiorare le cose agendo troppo presto. | ① ② ③ ④ |
| 42. Cerco strenuamente di impedire che le altre cose interferiscano coi miei sforzi di fronteggiare il problema. | ① ② ③ ④ |
| 43. Vado al cinema o guardo la televisione per pensarci di meno. | ① ② ③ ④ |
| 44. Accetto la realtà dei fatti. | ① ② ③ ④ |
| 45. Chiedo alle persone come hanno agito di fronte ad esperienze simili. | ① ② ③ ④ |
| 46. Mi sento molto stressato/a e lascio andare i miei sentimenti. | ① ② ③ ④ |
| 47. Agisco senza indugio per sbarazzarmi del problema. | ① ② ③ ④ |
| 48. Tento di trovare conforto nella mia religione. | ① ② ③ ④ |
| 49. Mi sforzo di aspettare il momento giusto per fare qualcosa. | ① ② ③ ④ |
| 50. Tento di ridicolizzare la situazione. | ① ② ③ ④ |
| 51. Non mi impegno più di tanto per risolvere il problema. | ① ② ③ ④ |
| 52. Parlo con qualcuno di come mi sento. | ① ② ③ ④ |
| 53. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per aiutarmi ad uscirne. | ① ② ③ ④ |
| 54. Imparo a convivere con il problema. | ① ② ③ ④ |
| 55. Metto da parte le altre attività per concentrarmi sulla situazione. | ① ② ③ ④ |
| 56. Rifletto intensamente su quali mosse fare. | ① ② ③ ④ |
| 57. Mi comporto come se non fosse mai accaduto. | ① ② ③ ④ |
| 58. Faccio quello che deve essere fatto, un passo alla volta. | ① ② ③ ④ |
| 59. Tento di imparare qualcosa dall'esperienza. | ① ② ③ ④ |
| 60. Prego più del solito. | ① ② ③ ④ |

GRIGLIA DI CORREZIONE

Per ottenere il punteggio complessivo per ogni scala del COPE-NVI, sommare i valori segnati da colui che ha compilato il questionario, secondo lo schema seguente.

Sostegno sociale = cope4 + cope14 + cope30 + cope45 + cope11 + cope23 + cope34 + cope52 + cope3 + cope17 + cope28 + cope46

Strategie di evitamento = cope6 + cope27 + cope40 + cope57 + cope9 + cope24 + cope37 + cope51 + cope2 + cope16 + cope31 + cope43 + cope12 + cope26 + cope35 + cope53

Attitudine positiva = cope10 + cope22 + cope41 + cope49 + cope1 + cope29 + cope38 + cope59 + cope13 + cope21 + cope44 + cope54

Orientamento al problema = cope5 + cope25 + cope47 + cope58 + cope19 + cope32 + cope39 + cope56 + cope15 + cope33 + cope42 + cope55

Orientamento trascendente = cope8 + cope20 + cope36 + cope50 + cope7 + cope18 + cope48 + cope60

ATTENZIONE! IL PUNTEGGIO AGLI ITEM 8, 20, 36 e 50 va invertito secondo il seguente schema: il punteggio corrispondente a 1 va contato come 4; il punteggio corrispondente a 2 va contato come 3; il punteggio corrispondente a 3 va contato come 2; il punteggio corrispondente a 4 va contato come 1.

BIBLIOGRAFIA

- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317-332.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Antoni, M.H. & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia. I. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.
- Atala, K.D., & Carter, B.D. (1993). Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 117-130.
- Beasley, M., Thompson, & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1995). Coping patterns and affective reactions under community crisis and daily routine conditions. *Anxiety, Stress, and coping: An International Journal*, 8, 185-201.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown G.K. (1996). *Beck Depression Inventory Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Blalock, J., & Joiner, T.E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 47-65.
- Blaney, N.T., Morgan, R.O., Feaster, D., Millon, C., Szapocznik, J.E., & Eisendorfer, C. (1991). Cynical hostility: A risk factor in HIV-1 infection? *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 668-695.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A. S., Moffat, F.L. Jr. E Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-391.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1982). «Control theory»: A useful conceptual framework for personality – social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational Coping and Coping Disposition in a Stressful Translation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2004). *Autoregolazione del Comportamento*. Trento: Erickson.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chiri, L.R., & Sica, C. (2007). Aspetti psicologici, fisiologici e psicopatologici del costrutto di «worry». *Giornale Italiano di Psicologia*, 34, 531-552.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, D.A. (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 584-594.
- Connor-Smith, J.K., & Compas, B.E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.
- Corstorphine E., Mountford V., Tomlinson S., Waller G., & Meyer C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (2000). *Psicologia Clinica*. Bologna: Zanichelli.
- Costa, P.T., Somerfield M.R., & Mc Crae R.R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). Oxford, England: Wiley and sons.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development*. New York: Sage
- Eckenrode, J. (1991). *The social context of coping*. New York: Plenum.
- Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38, 136-153.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and measurement. In L.G. van Heck, P. Bonaiuto, I.J. Deary, W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 309-319). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Feifel, H., & Strack, S. (1999). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. *Psychology and aging*, 4, 26-33.
- Felsten G. (1998). Gender and coping: use of distinct strategies and association with stress and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 289-309.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 740-745.
- Foa, E., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive compulsive disorder scale: The Obsessive Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica (2006). *Beck Depression Inventory-II. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J., & Dickson Rishel, D. (1992). Life stressor and coping style are associated with immune measures in hiv-1 infection. Preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 155-172.
- Gorsuch, R.L. (1997). Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68, 532-560.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping on children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83.
- Hatchett, G.T., & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36, 1755-1769.

- Hyde, J.S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60, 581-592.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kocovski, N.L., Endler, N.S., Rector, N.A., & Flett, G.L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 971-984.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, R.S. (1996). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychoogy and Health*, 9, 409-424.
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 273-284.
- Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the Cope questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.
- Majani, G., & Callegari, S. (1998). SAT-P. Satisfaction Profile. *Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson.
- Mc Crae, R.R., & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 384-405.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life event: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping style. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An Anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Morani, S., Pricci, D., & Sanavio, E. (1999). «Penn State Worry Questionnaire» e «Worry Domains Questionnaire»: presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 195-209.

- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health: A situation-behavior approach theory, methods, applications*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Ptacek J., Smith R., & Dodge K. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisal do not differ. *Society for Personality and Social Psychology*, 20, 421-430.
- Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71, 121-130.
- Rinaldi, S., Ghisi, M., Iaccarino, L., Zampieri, S., Ghirardello, A., Sarzi-Puttini, P., Ronconi, L., Perini, G., Todesco, S., Sanavio, E., & Doria, A. (2006). Influence of coping skills on health related quality of life in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis and Rheumatism*, 55, 427-433.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Sanavio, E., & Sica, C. (1999). *I test di Personalità*. Bologna: Il Mulino
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M. e Sanavio, E. (2006). *Beck Anxiety Inventory. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Sica, C., Ghisi, M., Altoè, G., Chiri, L.R., Franceschini, S., Coradeschi, D., & Melli, G. (2007). La versione italiana dell'Obsessive Compulsive Inventory (OCI). Caratteristiche psicometriche studiate sulla popolazione generale e su campioni clinici. *XIV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Analisi e la Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva*, Genova, 8-11/11/2007.
- Sica, C., Musoni, I., Bisi, B., Lolli, V., & Sighinolfi, C. (2007). Social Phobia Scale (SPS) e Social Interaction Anxiety Scale (SIAS): traduzione ed adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 252, 59-71.
- Sica, C., Novara, C., Carosi, G., Casari, S., Dorz, S., Nasta, P., Sanavio, E. (2001). Predicting health distress and at-risk sexual behavior in a group of Italian asymptomatic HIV - infected people. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 49-58.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997a). Coping Orientations to Problems Experienced: traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997b). Coping strategies: Evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the Italian version of Coping Orientations to the Problems Experienced. *Personality and Individual Differences*, 23, 1025-1029.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.
- Sigmon, S.T., Whitcomb-Smith, S.R., Rohan, K.J., & Kendrew J.J. (2004). The role of anxiety level, coping styles, and cycle phase in menstrual distress. *Anxiety Disorders*, 18, 177-191.

- Soderstrom, M., Dolbier, K., Leiferman, J., & Steinhardt, M., (2000). The relationship of hardiness, coping strategies and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 311-328.
- Spira, A.P., Zvolensky, M.J., Eifert, J.H., & Feldner, M.T. (2004). Avoidance-oriented coping as a predictor of panic-related distress: A test using biological challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 309-323.
- Stanton, A.L., & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 16-23.
- Steca, P., Acardo, A., & Capanna, C. (2001). La misura del coping: differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.
- Stefani, D. (2004). Gender and coping style in old age. *Interdisciplinaria, Numero Especial*, 109-125.
- Troop, N.A., Holbrey, A., & Treasure, J.L. (1997). *Stress, coping, and crisis support in eating disorders*. London: Wiley
- Wilson, G.S., Pritchard, M.E., & Revalee, B. (2005). Individual Differences in Adolescent health Symptoms: the effect of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.
- Zani, B., & Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci.

Corrispondenza

Claudio Sica
Dipartimento di Psicologia
Università di Firenze
Via San Niccolò 93 - 50125 - Firenze
Fax: 055-2345326
e-mail: claudio.sica@unifi.it