

# Ricerche/Research

a cura di Annalucia Morrone

## “Pensiero inconscio e pensiero verbale”, un’analisi esplorativa integrando sogno e disegno

Alessia Carleschi\*, Ilaria D’Angeli°, Stefano Pugliese°

**Riassunto:** Disegnare i sogni può essere utile per la stimolazione di processi creativi, inoltre, si tratta di un’attività intima e personale, che ci consente di costruire nuove ipotesi sul nostro essere e sul nostro carattere, creando nuove connessioni fra parti di quest’ultimo e possibilità inedite nelle relazioni che viviamo. E’ un’attività che può rinforzare un cammino di trasformazioni già precedentemente iniziato, offrendoci risposte a domande che spesso ci portiamo dentro senza una vera e propria consapevolezza, perfezionando, inoltre, la sintesi e l’intuito attraverso il disegno. Ogni lavoro che ha a che fare col sistema simbolico dei nostri sogni può avere una funzione ristrutturante sulla nostra personalità.

**Parole chiave:** Sogno, disegno, pensiero inconscio, pensiero verbale

**Summary:** Drawing dreams can be useful for the stimulation of creative processes, moreover, it is an intimate and personal activity, which allows us to build new hypotheses about our being and our character, creating new connections between parts of the latter and unprecedented possibilities in the relationships we live. It is an activity that can reinforce a path of transformation that has already begun, offering us answers to questions that we often carry inside without real awareness, also perfecting synthesis and intuition through drawing. Any work that has to do with the symbolic system of our dreams can have a restructuring function on our personality.

**Key words:** Dream, drawing, unconscious thinking, verbal thinking

---

\*Psicologa, psicoterapeuta, docente interno IRPPI

°Tirocinanti IRPPI

Il sogno, come il disegno, per alcuni aspetti può rappresentare “la porta di entrata” nel proprio mondo inconscio, Winnicott stesso considerava la natura inconscia degli scarabocchi analoga al disegno di un sogno (Castiglia, Fasoli, 2011). Nella stessa teoria psicoanalitica si ha il concetto di “schermo del sogno”, un luogo in cui e su cui un sogno può essere sognato.

Nel sogno infatti ogni parte è un aspetto, una proiezione di sé, come il disegno che svela aspetti inconsci legati ai bisogni ed emozioni della persona nel rapporto con gli altri.

Storicamente una rilevanza fondamentale è assunta da “L’interpretazione dei sogni” di Freud del 1900. Prima di allora tutti i lavori effettuati sul sogno non avevano assunto una grande rilevanza. Anche Jung (1942) ha trattato questo argomento e ne ha fatto l’aspetto centrale del suo lavoro.

Un’altra importante autrice che ha contribuito è stata Melanie Klein (1932), che invece non si focalizzava sul sogno ma ne esaminava il linguaggio arcaico alle sue radici, chiamandole “fantasia inconscia”.

Come sottolineava anche Salomon (1982), il contributo culturale dato da Freud con *l’interpretazione dei sogni* diventa come “una metafora” per ogni ricerca sulla storia dell’uomo. L’analisi del sogno è la via regia che ci porta nell’avventura estetica ed etica di andare incontro a quello che non ci si aspetta.

Nella stessa definizione di sogno che si trova in “Treccani”, si legge “ogni attività mentale, anche frammentaria, che si svolge durante il sonno; in senso più ristretto e più comune, l’attività più o meno nitida e dettagliata, con una struttura narrativa più o meno coerente, con sensazioni prevalentemente visive e con eventuale partecipazione emotiva da parte del dormiente”.

Nello specifico dai lavori di Freud e Jung si possono distinguere quattro diversi elementi relativamente al processo di interpretazione dei sogni:

- Sogni e sognare;
- Metodi di interpretazione dei sogni;
- Interpretazione attuale;
- Assessment dell'interpretazione.

Ogni sogno è differente da altro materiale riscontrato nella pratica, in quanto avente una sua struttura propria ed è veicolo di un messaggio inconscio, incontaminato dal pensiero razionale (Schon, 2016).

### **Disegnare i propri sogni**

Un limite importante dei nostri sogni è che, appunto, sono solo “nostri”. E' certamente possibile raccontare un sogno ad altri, così come trascriverlo, ma l'immagine del sogno è qualcosa che rimane impressa nella mente del sognatore in modo intimo ed impenetrabile. Per questo motivo potrebbe essere utile la possibilità di disegnare i nostri sogni.

E' noto che lo stesso Federico Fellini fosse un grande disegnatore di sogni, trasformati, nel suo caso, anche in film. Come sottolinea Spizzichino (2015), disegnare i sogni ha diversi effetti:

- fissa le immagini che ci suggerisce il nostro inconscio;
- è uno strumento in più per indagarsi;
- stimola la fantasia e la creazione dei personaggi;
- è un gesto liberatorio in grado di veicolare lo stress e messaggi apparentemente criptici;
- nei creativi di professione, talvolta, svela soluzioni visive che durante il quotidiano è difficile scovare a causa degli eccessivi stimoli a cui si è sottoposti.
- arricchisce i nostri “diari dei sogni” di immagini che ci riportano – come attraverso una fotografia – alle visioni

sognate tempo addietro, ma in maniera molto più specifica di un semplice ricordo.

*Disegnare i sogni può essere utile per la stimolazione di processi creativi, inoltre, si tratta di un'attività intima e personale, che ci consente di costruire nuove ipotesi sul nostro essere e sul nostro carattere, creando nuove connessioni fra parti di quest'ultimo e possibilità inedite nelle relazioni che viviamo. E' un'attività che può rinforzare un cammino di trasformazioni già precedentemente iniziato, offrendoci risposte a domande che spesso ci portiamo dentro senza una vera e propria consapevolezza, perfezionando, inoltre, la sintesi e l'intuito attraverso il disegno. Ogni lavoro che ha a che fare col sistema simbolico dei nostri sogni può avere una funzione ristrutturante sulla nostra personalità.* Gli scenari e i personaggi facenti parte dei nostri sogni permettono di far nascere nuove possibilità per vivere la propria affettività e costruire nuove immagini di sé che ci facciano stare meglio con noi stessi, offrendoci anche la possibilità di richiamarle alla nostra mente con più facilità come simboli di vittoria nello sforzo quando siamo sotto pressione o di radiosità quando siamo attraversati dallo sconforto o da emozioni dolorose (Berio, 2016).

Ogni individuo ha un diverso rapporto coi sogni, basti pensare che esistono persone che ricordano distintamente quasi tutti i loro sogni e persone che hanno difficoltà a ricordarne anche soltanto uno. Come succede molto spesso in terapia il paziente nel momento in cui riporta parte dei propri sogni entra in contatto con elementi inconsci del proprio essere diventando spesso più consapevole di sé stesso o semplicemente sviluppando una migliore conoscenza di sé. Il sogno è costituito da immagini ma viene ricordato e trasmesso dalle parole, tramite il racconto che ne viene fatto. L'analisi non si interessa alle immagini visive del sogno, che sono per altro percepibili solo dal sognatore, essa

prende invece in conto proprio il suo versante narrativo. Nel momento in cui un paziente porta in seduta il proprio sogno si prospetta la possibilità di un potenziamento dell'alleanza terapeutica perché, come affermava Jung, il terapeuta 'sente' il sogno del paziente con tutto sé stesso e lo processa mentalmente rispetto al vissuto comune della coppia terapeutica, assicurando così la propria totale partecipazione (Zambello, 2018).

**CASO:** Analisi esplorativa del paziente S.

Anamnesi

Il paziente S. è un uomo di 48 anni che è stato indirizzato verso la terapia dalla sua compagna. Il motivo per cui si presenta in terapia è principalmente un problema relazionale con la figlia e la compagna che dura da circa 4 anni, per la mancanza del lavoro e per la sua condizione fisica (obesità). Nel 2017 ha seguito un percorso di 6 mesi di intervento di coppia con altro terapeuta.

Il paziente appare di altezza media, con carnagione olivastra e si presenta in seduta sempre con un aspetto piuttosto trasandato e poco curato manifestando segni di affanno per aver fatto le scale o per il caldo. Dalle sedute emergono elementi di dipendenza dalla madre, timore paterno (presenza negata ma supporto economico), triangolazione col femminile (madre-compagna-figlia), aggressività passiva.

Attualmente il supporto economico derivante dalla famiglia di origine è fondamentale per S. che ha da poco cominciato un lavoro dai dubbi proventi economici, consistente nell'effettuare delle consegne di spesa (alimentari) a domicilio prenotabili tramite un'applicazione dello smartphone. Il paziente da circa un mese si è sottoposto a un intervento di bypass gastrico al fine di migliorare la sua condizione fisica di obesità.

### Metodologia

L'obiettivo di questo lavoro di ricerca esplorativa è essenzialmente quello di comprendere la possibile esistenza di un confronto tra l'interpretazione del sogno e l'interpretazione del disegno del sogno. Inoltre, come detto in precedenza, la possibilità di disegnare i sogni offre al paziente la prospettiva di concretizzare in un'immagine qualcosa che fino a qualche momento prima era soltanto un ricordo astratto. L'interpretazione del disegno del sogno inoltre, potrebbe fornire ulteriori informazioni non riscontrabili normalmente dalla semplice interpretazione del sogno. Bisogna altresì tenere in considerazione il fatto che spesso il paziente, alla richiesta di disegnare il proprio sogno, tende a procedere fornendo una personale interpretazione dello stesso, facendo diventare questa attività un vero e proprio elemento di introspezione, narrando la storia definendo anche alcune parti disegnate con maggior chiarezza.

La metodologia del caso è orientata sul modello di psicoterapia psicodinamica integrata (Lago, 2016), mentre per l'interpretazione del disegno si fa riferimento agli studi di Machover (1949) e Castellazzi (2017).

Dopo l'analisi di personalità tramite MMPI-2, segue dunque la descrizione e analisi di tre sogni portati in terapia dal paziente. Al suo racconto è stato richiesto di fare un disegno rappresentativo degli stessi.

### MMPI

Dall'interpretazione delle scale dei punteggi del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 emerge il seguente quadro:

Scale di validità: configurazione L e K < 50, F >65 (configurazione più frequente nei setting clinici. I soggetti con questa configurazione ammettono la loro difficoltà personale ed

emotiva, chiedono aiuto per risolvere i problemi e hanno poca fiducia di poterli risolvere da soli (Abbate, 2014).

Considerando la validità del test, facciamo riferimento ai picchi più alti registrati dalle scale cliniche:

Ma (77) -> Ipomania -> punteggio molto elevato: tra le possibilità interpretative, quella più idonea ci sembra essere un possibile stato confusionale che andrebbe ad avvalorare le ipotesi emerse nelle scale di validità (F);

Pd (72) -> Devianza psicopatica -> punteggio elevato: potrebbe essere collegato a problemi ricorrenti col coniuge e sul lavoro;

Hs (71) -> Ipocondria -> Punteggio alto -> Riferibili al paziente, potrebbero essere considerate le seguenti aree:

Reazione esagerata ad ogni problema reale;

A tratti estremo egocentrismo ed egoismo;

A tratti con atteggiamenti distruttivi.

Dalle sottoscale cliniche di Harris e Lingoës, che ci permettono di identificare le qualità delle singole scale cliniche, possiamo evincere che le sottoscale col punteggio maggiore risultano essere:

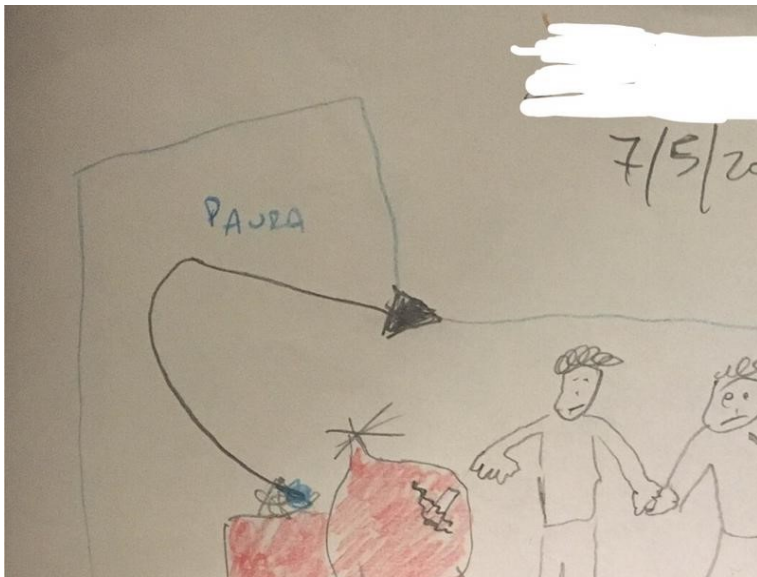
Pd1 (78) che riflette i contrasti familiari, potremmo supporre che l'elevato punteggio possa dipendere dalla presenza di una famiglia critica e controllante;

Ma4: ipertrofia dell'io: relazionabile a comportamenti irritabili quando altri avanzano dalle richieste nei loro confronti.

Alla luce dei punteggi ottenuti il paziente sembrerebbe manifestare segni di ipomania, ipocondria. Sembra inoltre che siano presenti diversi contrasti familiari e ipertrofia dell'io, come dimostrato dai punteggi delle sottoscale cliniche di Harris e Lingoës.

### Sogno 1

Il paziente sogna di essere su un treno in movimento pieno di persone, tra cui alcuni stranieri probabilmente dell'Est, che chiedono aiuto per attraversare il corridoio del treno vista la pesantezza dei loro borsoni. Lui e la sua compagna si offrono per dare il loro aiuto e S. si rende conto che all'interno dei borsoni ci sono molti soldi, tanto che riesce a non farsi vedere mentre infila una mano all'interno di essi estraendone una parte e mettendola subito in tasca. Quando scendono dal treno il paziente riconosce di avere paura sia di queste persone, che etichetta come "mafiose", sia della polizia perché teme che questi soldi siano stati rubati. Ad un certo punto lo scenario cambia e il paziente si trova ad essere interrogato dalla polizia che gli fa notare che sono spariti diversi "milioni" sul treno, che quei soldi sono tutti tracciabili e che il ladro spendendoli verrebbe subito localizzato.



Il paziente e la sua compagna decidono dunque di entrare in una casa e nascondersi al suo interno, dove si sentono al sicuro seppure ancora in preda alla paura di essere scoperti. Solo a questo punto S. estrae dalla tasca i soldi per contarli e si rende conto che si tratta di una valuta straniera che non riconosce; contanti di diverse forme, colori e dimensioni dunque, inutilizzabili.

Il paziente riferisce di svegliarsi nel momento in cui cercava di trovare un modo per cambiare il denaro e renderlo utilizzabile.

Il soggetto comincia la sua rappresentazione con un orientamento orizzontale del foglio e posizionando sé stesso e la compagna all'interno del treno, in una posizione centrale lievemente orientata sulla sinistra, mentre il disegno complessivo occupa l'intera superficie del foglio. Il tratto sembra essere leggero per tutto il disegno ad eccezione delle frecce che sono connotate col sentimento di paura che appaiono invece molto marcate, così come anche quella rossa che porta al rifugio. Nel disegno sono presenti anche dei sacchi di soldi di cui uno strappato, quello più vicino alla mano del paziente, la casa "rifugio" e la caserma di polizia dove è stato interrogato. I vari elementi sono collegati da alcune frecce utili, secondo il paziente ad indicare l'ordine cronologico dei fatti nonché a specificare sentimenti ed emozioni provate. Gli elementi disegnati appaiono di livello elementare e ci sono due fattori che colpiscono particolarmente: il tenersi per mano e l'assenza dei piedi per il paziente. Quest'ultimo punto indica aggressività repressa e una tendenza a eliminare tutto ciò con cui potrebbe essere manifestata verso gli altri, nonché mancanza di aderenza alla realtà e di autonomia nella sfera personale.

La dottoressa, dopo aver ricevuto il disegno del paziente, ha chiesto di colorare di rosso tutte le parti che gli incutevano sentimenti positivi, mentre in blu avrebbe dovuto colorare tutti gli elementi negativi. Nella parte inferiore del disegno S. riporta

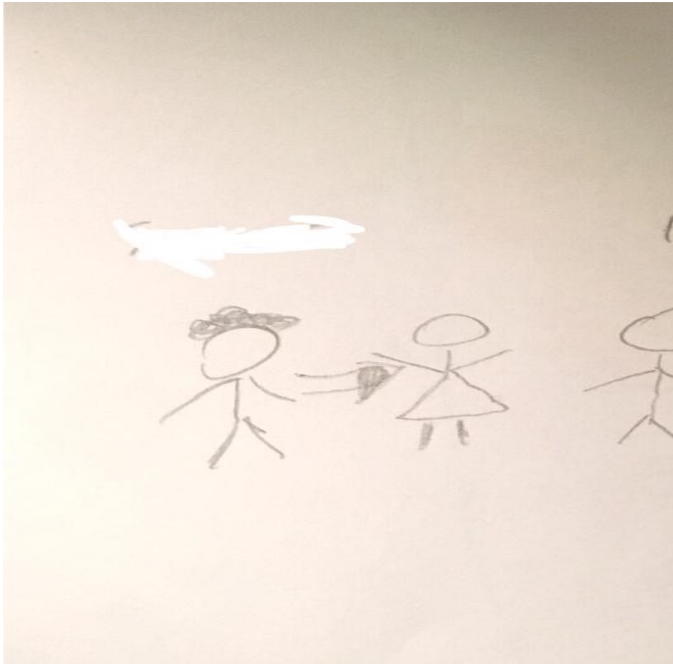
quelle che dovrebbero essere banconote con scritto quel suo interrogativo “di che nazione sono?”.

Il sogno del paziente sembra essere emblematico rispetto alla dimensione economica che rappresenta il centro focale di molte delle sue sedute di terapia. Nel momento in cui il paziente “ruba” dei soldi dai sacchi comincia ad avere quasi immediatamente sensazioni sgradevoli, a tratti persecutorie, vivendo nel timore che possa essere stato visto, o che la polizia possa arrestarlo dandogli la responsabilità di un intero furto fatto da altri. Bisogna considerare che al momento del sogno il paziente sta lavorando presso un’azienda che si occupa, attraverso un’applicazione per smartphone, di consegnare la spesa alimentare a domicilio a chiunque lo richieda, e il signor S. è uno degli operatori che effettuano questa consegna. Il sistema di pagamento indicato alla terapeuta consiste in una percentuale sul costo complessivo della spesa pagata dal cliente e S. ritiene direttamente il pagamento dai contanti che gli vengono consegnati dai clienti. Quando il cliente paga utilizzando la carta di credito la parcella di S. viene prelevata dal paziente dal successivo pagamento in contanti, così facendo spesso il paziente si trova in possesso di una cifra più alta di quanto effettivamente gli spetti da regolamento, essendo così “debitore” nei confronti dell’azienda. Questo sistema di pagamento, molto complesso e articolato, sembra essere ripreso dal sogno in cui si può osservare come i soldi rubati non fossero spendibili, esattamente come i contanti derivanti dalla spesa, in suo possesso ma non spendibili finché non avrà maturato esattamente la giusta cifra. La presenza dell’autorità nel sogno, intesa come nel colloquio “inquisitorio” con i carabinieri, tende a lasciare spazio di pensare che si tratti di una sorta di colloquio con i propri genitori. Spesso il paziente riferisce che i suoi genitori lo interrogano a proposito dell’uso che viene fatto dei soldi che mensilmente gli spediscono.

**Sogno 2**

Il paziente dopo aver fatto la premessa di fare sempre sogni in cui non riesce a vedere il volto delle persone racconta di aver sognato di essere in compagnia di una ragazza, che non riconosce, e di un suo vecchio amico che in realtà non vede da circa 20 anni.

La particolarità di questo sogno è che S. si comporta in modo galante con la ragazza mentre il suo amico in maniera spavalda, chiedendole talvolta dei baci, ma lei tra i due preferisce quest'ultimo, concedendogli dei baci. Il paziente riferisce di essere irritato dal fatto che a dispetto delle sue gentilezze e dei suoi modi educati nei confronti della donna lui non riceva alcun input da parte di lei.



Il disegno sovrastante è un tipico esempio di quello che generalmente viene detto “omino testone” (Castellazzi, 2017), un tratto tipicamente disegnato nella fascia d’età che va dai due ai quattro anni. La figura umana è rappresentata da un cerchio (testa) da cui partono dei raggi (gambe e braccia). Posizionati nella parte superiore sinistra del foglio le figure indicano che il nostro soggetto è attaccato al passato e manca di fiducia in sé stesso nonché negli altri. La dimensione piccola del disegno complessivo è sinonimo di bassa autopercezione, insicurezza e isolamento con senso di inferiorità. Gli unici elementi evidenziati che differenziano le tre figure all’interno del disegno sono: i capelli dell’amico, la gonna della ragazza e il lieve distacco fisico della figura che rappresenta S. che sembra inoltre essere la rappresentazione più semplice. La presenza dei capelli nella figura del suo amico rappresenterebbe vigore e forza cosa di cui il nostro soggetto, evidentemente, si sente in difetto. Ultimo elemento degno di nota è la freccia che collega l’amico del paziente alla donna come a voler riprendere quell’interazione più passionale tra i due soggetti a discapito del più distante S.

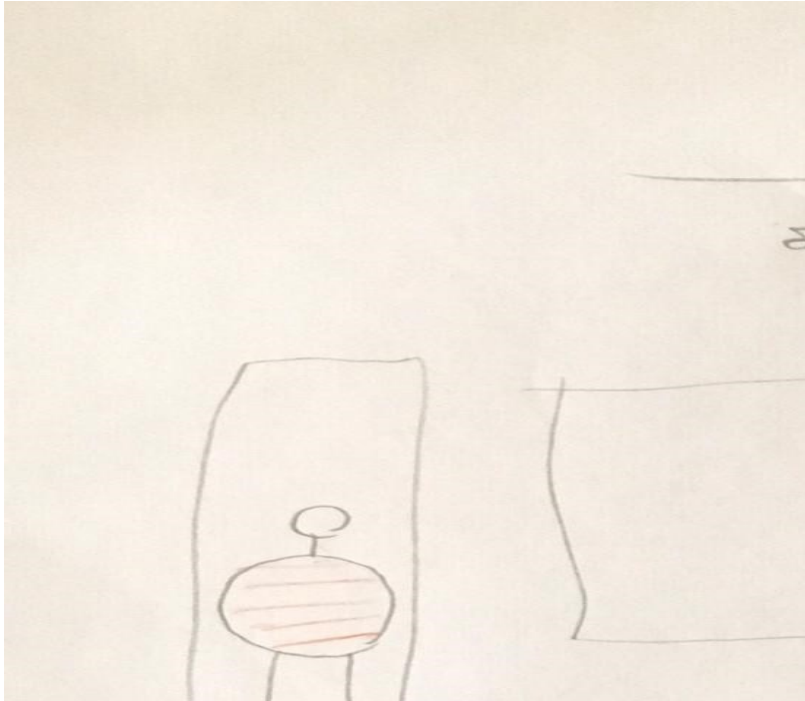
### **Sogno 3**

Il terzo e ultimo sogno riportato dal paziente è decisamente meno dettagliato dei precedenti.

S. sogna di trovarsi seduto sul bordo del proprio letto nuovamente in stato di obesità, proprio ora che, in seguito all’intervento, ha perso molto peso. Guarda la sua immagine allo specchio avendo un riscontro anche visivo del peso recuperato e racconta dunque vissuti di angoscia legati a questa visione.

Il paziente mantiene uno stile di disegno piuttosto elementare, rappresentando un letto lungo quasi tre volte la lunghezza di sé stesso, dotato di cuscini asimmetrici, in particolare quello

corrispondente a quella che sembra essere la propria parte del letto.



Il tratto della matita appare leggero in alcuni punti e molto marcato in altri, in particolare sulla zona dell'addome, e questo denota pulsioni forti e aggressività repressa, probabilmente legata

alla sua condizione di obesità. La figura dell'uomo appare decisamente troppo piccola rispetto al resto degli elementi presenti nel disegno, segno di un'autostima piuttosto bassa oltre a una tendenza all'inibizione e al ripiegamento su di sé. Lo specchio che porta il riflesso del paziente è posizionato all'estrema sinistra, posizione che rimanda al passato, si potrebbe pertanto ipotizzare un'interpretazione di quella figura (che non differisce troppo da quella centrale) come l'immagine di sé appartenente al passato che il paziente conserva. Una differenza a livello formale delle due figure è che il riflesso sembra essere chiaramente più preciso nella sua semplicità in termini di contorno, evidenziando segni lievi di controllo emotivo, iperintellettualizzazione e repressione dei bisogni. Si può anche osservare l'assenza delle braccia nel riflesso, il che denota un'ostilità repressa, sensi di colpa, autoaggressività e problemi riguardanti la sessualità e di contatto.

Nella figura centrale invece il tratto è piuttosto debole, impreciso e irregolare, in particolar modo nella zona genitale evidenziando pulsioni deboli e ansia. Le braccia sono in questo caso presenti ma piuttosto corte rispetto al resto della figura, denotando un'inibizione degli slanci verso il mondo, paura di incontrare l'altro, insicurezza e timidezza.

I piedi sono presenti in entrambe le figure, di forma tondeggianti, sebbene presentino un tratto più lieve nella figura presente, ma in entrambi i casi manca un punto d'appoggio, elemento che potrebbe segnalare uno scarso contatto con la realtà.

In entrambe le rappresentazioni si può osservare la mancanza dei dettagli del viso (occhi, bocca, naso) e ciò sembrerebbe ricondurre ad una difficoltà percettiva a manifestare i propri sentimenti.

### **Conclusione**

Dall'analisi dei sogni e delle rappresentazioni su carta prodotte dal paziente è possibile osservare in primo luogo una più

approfondita raccolta di informazioni che effettivamente trovano riscontro nelle successive sedute terapeutiche di S. Molte parti del sogno, inoltre, non erano particolarmente chiare al solo racconto onirico (esempio: il paziente riferisce di non vedere mai i volti nel sogno solo alla richiesta del disegno), acquisendo però una certa chiarezza, in particolare dal punto di vista del suo vissuto emotivo in un secondo momento, in seguito al disegno, soprattutto davanti alla richiesta della terapeuta di colorare le parti con una connotazione emotiva spiacevole. Il paziente, inoltre, si trova davanti una proiezione concreta di quanto poco prima faceva solo parte di un mondo astratto e inesistente, trovando così la possibilità di proporre personalmente delle possibili spiegazioni del proprio sogno e interpretazioni alternative.

La possibilità di rendere tangibile l'immagine del proprio sogno sembra anche avere un effetto stimolante per quanto riguarda l'introspezione del paziente che potrebbe essere più portato a pensare a dettagli ritenuti poco rilevanti durante il racconto (o addirittura non emersi) che acquisiscono però rilevanza nel momento del disegno.

La possibilità di rendere visibili i dettagli del sogno narrato facilita in terapia anche il lavoro dei temi portanti per integrare i livelli di analisi e di elaborazione.

Il lavoro del sogno, come sottolineano Castiglia e Fasoli (2011) ha una funzione elaborativa per la coscienza che rende gli elementi nucleari di base della percezione disponibili alla rappresentazione.

In conclusione il disegno dei sogni e il suo utilizzo in terapia può rappresentare una fonte in più di informazioni e può essere utile al paziente ma, soprattutto allo psicoterapeuta per orientare il percorso di analisi che si sta svolgendo o si ha intenzione di iniziare a svolgere per meglio sostenere le risorse del paziente.

**BIBLIOGRAFIA**

- Abbate L., Roma P. (2014) *MMPI-2 Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Berio, G. (2016) <https://psiche.org/articoli/disegnare-i-propri-sogni/> (Ultima modifica: 4 novembre 2016)
- Castellazzi, V. L. (2017) *Il test del disegno della figura umana*. Las, Roma.
- Castiglia G., Fasoli D. (2011) *Interrogarsi sul sogno*. Alpes Italia, Roma.
- Freud, S. (1900) *The interpretation of dreams*. Harmondsworth: Penguin, 1976.
- Jung, C.G. (1942) *Il problema dell'inconscio nella psicologia moderna*. Einaudi, Torino 1994.
- Klein M. (1932) *La psicoanalisi dei bambini*. Trad. it. Martinelli, Firenze
- Lago G., a cura di (2016) *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*. Franco Angeli, Milano.
- Machover, K. (1949) *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure: A Method of Personality Investigation*. Charles C. Thomas, Springfield.
- Salomon R. (1982) *Il teatro del sogno*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Schon, J. (2016) *Dream interpretation in theory: Drawing on the contributions of Freud, Jung and kleinians*. Psychoanalytic psychotherapy in South Africa, 24(1), 76-108.
- Spizzichino R. (2015) <https://24hdrawinglab.wordpress.com/2015/08/21/disegnare-i-sogni-2> (Ultima modifica: 21 agosto 2015)

- Zambello, R. (2018) *Ricordi e riflessioni di uno psicoanalista*. Kimerik. Messina

## Analisi esplorativa della Cyberchondria Severity Scale forma breve (CSS-12) nel contesto Italiano

*P. Soraci<sup>14</sup>, F. Lagattolla<sup>15</sup>, G. Parente<sup>16</sup>, E. Guaitoli<sup>17</sup>,  
R. Cimaglia<sup>18</sup>, E. Del Fante<sup>19</sup>, C. Puoti<sup>20</sup>*

**Riassunto:** Simile all'ipocondria per la caratteristica portante, ovvero la paura di essere affetti da patologie generalmente gravi e non realmente presenti, la cyberchondria è ormai un costrutto a sé stante. Al fine di perfezionare la diagnosi è stata creata una scala specifica, Cyberchondria Severity Scale (CSS), già sottoposta a varie revisioni. L'analisi della forma breve di questa scala (CSS-12) tradotta in italiano, è stata oggetto di questo studio in cui abbiamo eseguito una prima indagine esplorativa tramite analisi delle proprietà psicometriche. Basandoci su 200 risultati studiati, riteniamo l'utilizzo della scala CSS-12 a una dimensione un potenziale valido strumento (quantitativo) a disposizione della ricerca in territorio italiano.

**Parole chiave:** Cyberchondria, Internet, Ipocondria, CSS-12 Scala di misura

**Summary:** Similar to hypochondria for its main feature, or the fear of being affected by generally serious and not really present pathologies, cyberchondria is now a construct in its own right. In order to refine the diagnosis, a specific scale has been created, Cyberchondria Severity Scale (CSS), which has already undergone various revisions. The analysis of the short form of this scale (CSS-12) translated into Italian, was the subject of this study in which we carried out a first exploratory investigation through analysis of the psychometric properties. Based on 200 results studied, we believe the use of the CSS-12 scale in one dimension is a potential valid (quantitative) tool available for research in Italy.

**Key words:** Cyberchondria, Internet, Hypochondria, CSS-12 Scale

---

<sup>14</sup>Associazione Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Gruppo, Rome, Italy

<sup>15</sup>Servizio di psiconcologia, IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari, Italy

<sup>16</sup>Ricercatrice Indipendente

<sup>17</sup>Department of Surgery, A. Perrino Hospital, Brindisi, Italy

<sup>18</sup>Ricercatrice Indipendente, allieva IRPPI

<sup>19</sup>Department of Psychology, Università degli Studi di Torino – UNITO, Turin, Italy

<sup>20</sup>Infectivologist- Hepatologist, Liver Unit, INI Research Institute and Clinics - Grottaferrata, Rome

## Introduzione

La tendenza a fare autodiagnosi tramite la ricerca su internet è una pratica recente e correlata con l'aumento della disponibilità di massicce infodemie presenti in rete (Fox S., Duggan M., 2013). Questo fenomeno ha portato a modificare le modalità di acquisizione delle condizioni del proprio stato di salute, sostituendo alla relazione medico paziente la ricerca in autonomia di informazioni via internet. Ciò può avere come conseguenza l'acquisizione di dati opinabili e imprecisi e, a volte, lontani dalla realtà, originando ansia e preoccupazione negli utenti (Rennis L., et al., 2015; Manganello J. et al., 2017). I risultati di uno studio condotto a livello nazionale da Washington, DC: Pew Internet & American Life Project hanno evidenziato che fino al 35% degli intervistati hanno utilizzato internet per autodiagnosticare il proprio stato di salute nell'ultimo anno. Come ulteriore conferma, la SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica - una rara malattia degenerativa e invalidante), benché abbia una incidenza annuale sulla popolazione di 1 su 55.000 individui, risulta essere il primo risultato se si effettua una ricerca sui sintomi, come le "rigidità muscolare" (Starcevic V., Berle D., 2013).

La ricerca ingenua di informazioni online circa il proprio stato di salute, in modalità talvolta approssimative correla con la comparsa di stati di preoccupazione, angoscia e ansia (Starcevic V., Berle D., 2013). Tra gli individui che si affidano a informazioni provenienti da fonti non attendibili, emergono le persone affette da ipocondria (White RW, Horvitz E., 2009). La preoccupazione sproporzionata e persistente per il proprio stato di salute è un disturbo noto come ipocondria (APA, 2013) i cui sintomi sono riconducibili a criteri diagnostici riferibili al Disturbo da sintomi somatici e al Disturbo da ansia di malattia.

Le condizioni di questo disturbo possono essere aggravate dall'utilizzo di internet per la ricerca di informazioni non affidabili

e con scarsa o nulla evidenza scientifica (Muse K, McManus F, Leung C, et al., 2012). Infatti, chi è affetto da ipocondria non riesce a valutare obiettivamente la validità di un'informazione ricavata online, a causa dello stato ansioso che lo caratterizza (Muse K, McManus F, Leung C, et al., 2012).

La manifestazione del disturbo ipocondriaco nella realtà online viene denominata Cybercondria, un neologismo che connette le due parole “cyber” ed “ipocondria”. Cyber è un confisso ricavato dal sostantivo inglese cybernetics (in italiano, cibernetica) di origini greche (κυβερνήτης [kybernetes]) e caratterizza tutto ciò che è relativo all'era virtuale, la cibernetica e internet. Ipocondria, invece, è un termine derivante dal greco (ὑποχόνδρια), composta dal suffisso υπό (sotto) e χονδρίον (cartilagine del diaframma costale). Quest'espressione indicava un malessere localizzato nella fascia addominale e definisce lo specifico disturbo da Ansia di malattia o Ipocondria o Disturbo da ansia di malattia, come definito nel DSM-5 (APA, 2013).

Al fine di diagnosticare il disturbo ipocondriaco, devono essere soddisfatti i seguenti criteri stabiliti dall'APA (American Psychiatric Association):

- A. Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia;
- B. I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono solo di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla, la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata;
- C. È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo il proprio stato di salute;
- D. L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (per es., controlla ripetutamente il proprio corpo cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (per es., evita visite mediche e ospedali);

E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo;

F. La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante, tipo somatico.

I pazienti con ipocondria sono costantemente alla ricerca di informazioni per identificare la malattia temuta. Per questo pongono molta attenzione alle proprie sensazioni corporee o segni fisici, come il battito cardiaco, la peristalsi, la temperatura corporea o la sudorazione, e anche delle lievi alterazioni fisiche, come una piccola ferita. Gli ipocondriaci sono in un perenne stato di allerta per il loro stato di salute, anche a seguito di opportune rassicurazioni da parte dei medici, di esami diagnostici negativi e di un decorso benigno. Il soggetto ipocondriaco è, infatti, sempre intento ad ascoltare sia le sensazioni che le funzioni del proprio corpo, dalla piccola ferita, alla temperatura del corpo, al battito cardiaco con la sola finalità di identificare dei sintomi una malattia (Goldberg RJ, 2007). Sono, inoltre, alla continua ricerca di rassicurazioni, poiché riferiscono una generale insoddisfazione dalle cure mediche ricevute, spesso considerate inutili, e percepiscono di non essere adeguatamente considerati dai medici (Goldberg RJ, 2007). La perseveranza nella ricerca di una risposta al proprio disagio caratterizza il soggetto ipocondriaco che, costantemente preoccupato ed insoddisfatto delle informazioni e delle cure mediche ricevute, spesso non si sente rassicurato dalla classe medica. Al fine di rassicurarsi e così controllare la propria paura della morte, l'ipocondriaco riversa la sua eccessiva ansia nella spasmodica ricerca di conferme alla propria sintomatologia

mediante la ricerca online nella speranza di allontanare fantasie e paure inerenti all'umana vulnerabilità (Avia MD, Ruiz MA, 2005).

Il costrutto della cybercondria ha una identità a sé, sebbene possa richiamare quella della ipercondria. La differenza consiste nel fatto che anche persone non caratterizzate da tratti ansiosi arrivano a provare molta angoscia a causa della ricerca di risposte ad un sintomo o malattia online (Starcevic V., 2017).

Il costrutto diagnostico della cybercondria può essere, quindi, assimilabile a quello dell'ansia e dell'ipocondria (Baumgartner SE, Hartmann T., 2011). I tratti caratterizzanti i cybercondriaci sono: la tendenza ad utilizzare internet per fare autodiagnosi con il correlato emotivo di una aumentata inquietudine per il proprio stato di salute; l'utilizzo eccessivo del proprio tempo per inserire la giusta parola chiave relativa al proprio sintomo nel motore di ricerca, per attribuirne un significato medico. (Starcevic V., 2017).

Riguardo ai sintomi dell'ansia è stata evidenziata una correlazione tra le credenze metacognitive, come predittori indipendenti e al di sopra di sintomi ansiogeni, e altri costrutti correlati quali il nevroticismo, interpretazioni catastrofiche, amplificazione somatosensoriale e cognizioni disfunzionali (Bailey & Wells, 2013; 2016; Melli, Carraresi, Poli, & Bailey, 2016). Questo è un aspetto molto importante, poiché il costrutto dell'ansia è fortemente correlato alla cybercondria. (Bailey & Wells, 2013; 2016; Melli, Carraresi, Poli, & Bailey, 2016). Diversi studi hanno inoltre, mostrano che sia le convinzioni che i pensieri incontrollabili sono correlati ai sintomi dell'ansia (ad es. Bailey & Wells, 2013; 2016; Melli et al., 2016; Melli, Bailey, Carraresi e Poli, 2018).

Per colmare l'ambiguità riguardante il costrutto della cybercondria in letteratura, alcuni autori hanno ideato una scala specifica, multidimensionale, per misurarla: la Cyberchondria Severity Scale (CSS) (McElroy E, Shevlin M. 2014). La CSS è

stata validata e tradotta in diverse lingue; ne sono state validate sia le proprietà psicometriche che la struttura mediante studi di follow up (Selvi Y, Turan SG, Sayin AA, et al. 2018). La CSS self-report è costruita su 5 domini correlati, esaminati con 33 item:

(i) eccessività (crescente / ripetuta natura delle ricerche), (ii) compulsività / costrizione (ricerche web che interferiscono con altri aspetti di on / offline vita), (iii) angoscia (risposta emotiva negativa), (iv) rassicurazione (ricerche che spingono gli individui a cercare un parere medico professionale) (v) diffidenza (non credere alla diagnosi di un medico specializzato).

Per aumentarne le capacità psicometriche, alcuni autori hanno suggerito una ottimizzazione della stessa (Norr AM, Allan NP, Boffa JW, et al. 2015). Sulla scia di queste considerazioni il quinto fattore “diffidenza” mostra una ambiguità teorica per la quale dovrebbe essere eliminato dalla CSS, così come per la bassa correlazione con i rimanenti 4 fattori e la sua mancanza nel colmare efficacemente un fattore di cybercondria generale. (Fergus TA. 2014). Un limite della scala è anche dovuto alla presenza di item diversi che sembrano non essere molto specifici per la descrizione dei soggetti cybercondriaci e, inoltre, si aggiunge la lunghezza della scala stessa. Barke et al., utilizzando l'analisi dei componenti principali (PCA) e l'analisi fattoriale di conferma, hanno strutturato la versione CSS-15 riducendo il numero degli item per ciascuno dei 5 fattori al numero di 3 (Barke A., Bleichhardt G., Rief W., & Doering B. K. 2016) The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *International journal of behavioral medicine*). Un'ulteriore riduzione (McElroy E. et al., 2019) ha portato alla creazione di una scala composta da 12 item con un fattore generale e 4 possibili sottoscale costruite con 3 item ciascuno (anche se la ricerca stessa non giunge ad una conclusione definitiva sul numero fattori da considerare). In questo modo, la

scala è correlata ad un costrutto unitario generale al fine di accertare il livello di gravità della cybercondria (McElroy E. et al., 2019). L'elaborazione, traduzione ed analisi di una versione italiana della scala ridotta per la Cybercondria, nasce da più motivazioni: (i) sta crescendo l'interesse da parte del Servizio Sanitario Nazionale Italiano (ad es. Ibsa Foundation for Scientific Research, 2017) per le informazioni mediche on line per estendere la conoscenza dei soggetti potenzialmente affetti da cybercondria; (ii) valutare le proprietà psicometriche della versione italiana della CSS-12 (McElroy E. et al., 2019) che potrebbe essere utile utilizzarla in studi futuri per indagare la cybercondria nel territorio Italiano, ed infine (iii) per poter eventualmente utilizzare tale strumento per future ricerche quantitative.

Questo studio si pone l'obiettivo di:

(i) esaminare le proprietà psicometriche della scala italiana del CSS-12 utilizzando l'analisi fattoriale confermativa (CFA) ed esplorativa (EFA);

(ii) valutare il test CSS-12 in un campione italiano usando il test CSS-12 tradotto in italiano;

(iii) confermare se il test CSS-12 italiano sia unidimensionale, bidimensionale o a quattro dimensioni;

(iv) verificare che il CSS-12 sia correlato positivamente al test dell'Ansia, al test dell'Health Anxiety Inventory e al Test della depressione.

## **Materiali e Metodi**

È stato sviluppato e somministrato un questionario che risultava così composto:

- domande socio-demografiche, in cui tre domande erano relative agli aspetti sociodemografici dei partecipanti;

- domande specifiche sull'ipocondria/ricerca di informazioni/malattie, costruite ad-hoc per indagare la ricerca di informazioni sulle malattie, sullo stato di salute e su alcuni comportamenti dei soggetti. Esse si articolavano come segue:

1. “Consulti spesso siti web, forum o social network per informarti su determinate malattie?” (misurata su scala Likert da 1 a 5, dove 1 è mai e 5 è molto spesso);

2. “Quando hai dei sintomi (ad esempio dolori di qualche tipo) prima di consultare il medico, ricerchi spesso informazioni sui social network, siti web etc, per capire a quale malattia possano corrispondere?” (misurata su scala Likert da 1 a 5, dove 1 è mai e 5 è molto spesso);

3. “Hai paura delle malattie?” (misurata su scala Likert da 1 a 5, dove 1 è mai e 5 è molto spesso);

4. “Hai avuto o hai una grave malattia (diagnosticata dal Medico, ad esempio SLA, Sclerosi multipla, Tumori etc.)?” misurata con un tipo di risposta dicotomica (Sì o No).

5. “Ti è stata mai diagnosticato un disturbo d'ansia o un disturbo depressivo (da un medico, da uno psicologo etc)?”. misurata con un tipo di risposta dicotomica (Sì o No).

Health Anxiety Questionnaire (HAQ; Lucock e Morley, 1996): è un questionario che misura le principali manifestazioni di natura ipocondriaca discriminando ipocondriaci e individui con disturbi d'ansia (versione italiana e descrizione test a cura di Melli, Gabriele & Coradeschi, D. & Smurra, R., 2007). Esso è composto da 21 item che sono valutati su una scala Likert a quattro punti, dove 0 è mai e 4 è uguale alla maggior parte del tempo. Il punteggio minimo è zero (assenza di ipocondria), il punteggio massimo è 84 (ipocondria severa) (L'alfa di Cronbach .96, ottima validità convergente).

Scala di autovalutazione dell'ansia (Zung, W. W., 1971): essa misura l'ansia di stato relativa al periodo attuale (adattamento

italiano a cura di Innamorati M., Lelli M., Aiello S., Di Lorenzo del Casale F.L., Russo S., Ferrari V., 2006). È una misura self-report composta da 20 item la quale utilizza un sistema di scoring di tipo Likert (da 0 a 4 punti, dove 0 è mai e 4 è molto spesso), con un punteggio che va da un minimo di 0 (ansia assente) ad un massimo di 80 (ansia maggiore) (l'alfa di Cronbach .90).

Beck Depression Inventory II (Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K., 1996; versione Italiana a cura di Ghisi M. et al., 2006): è uno strumento self-report capace di valutare la gravità della depressione, sintomo spesso associato con l'ipocondria. Nello specifico, il BDI-II è stato sviluppato come un indicatore della presenza e dell'intensità dei sintomi della depressione. Il test è composto da 21 item definenti la condizione depressiva, che il soggetto valuta secondo il suo stato recente, valutati da 0 a 3 punti, dove 0 indica generalmente mai e 4 indica generalmente molto spesso (l'alfa di Cronbach.94).

Cyberchondria Severity Scale short form (CSS-12; McElroy E. et al., 2019): misura il livello di gravità di ansia per il proprio stato di salute a causa di una eccessiva ricerca di informazione online. È formata da 12 item misurata su scala Likert a 5 punti, dove 1 è mai e 5 è molto spesso con un punteggio minimo di 20 ed un punteggio massimo di 60, dove un punteggio più elevato indica una gravità della Cyberchondria più elevata.

La scala può essere utilizzata come test unidimensionale (facendo riferimento allo scoring totale), ma permette anche di ricavare quattro sotto-fattori: 1)Eccessività (natura crescente / ripetuta delle ricerche, che è data la somma degli item 1,3,6); 2) Angoscia (ansia / angoscia a seguito di ricerche, che è data la somma degli item 4,8,9); 3) Rassicurazione (ricerche che spingono le persone a cercare un consiglio medico professionale, che è data la somma degli item 5,11,12); 4) Costrizione (ricerche sul web che interferiscono con altri aspetti della vita online / offline, che è data

la somma degli item 2,7,10). Per il CSS-12 italiano gli item sono stati tradotti indipendentemente da due traduttori madrelingua e sono state impiegate pratiche di traduzione accettate a livello internazionale (Beaton et al., 2000). Nello specifico, un traduttore madrelingua inizialmente ha tradotto gli item dall'inglese all'italiano e, successivamente, gli item sono stati nuovamente tradotti dall'italiano all'inglese da un secondo traduttore madrelingua per il confronto. Dopo la traduzione, un medico e Professore Universitario esperto Italiano ha adattato la scala al contesto Italiano. Inoltre, il CSS-12 italiano è stato pilotato su 15 partecipanti di età e diversi livelli di istruzione per indagare se ci fossero stati problemi nella comprensione degli item stessi (vedi appendice 1).

### **Analisi descrittive**

Prima di analizzare i dati ottenuti dal campione, la normalità univariata dei dati è stata verificata utilizzando le linee guida proposte (Muthén e Kaplan, 1985), vale a dire asimmetria e curtosi nel range di  $-1$ ;  $+1$  o comunque nessun item con asimmetria e curtosi maggiori rispettivamente di  $>3$  e  $>8$ . Per i dati categoriali sono stati calcolati gli indici statistici più comuni (ad esempio frequenze percentuali), così come per i dati continui (ad esempio media e deviazione standard [SD]). Per la relazione tra le variabili invece, sono stati utilizzati diversi indici, tra i quali, ad esempio, il coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson ( $r$ ), il rho di Spearman ( $\rho$ ), il coefficiente di determinazione ( $R^2$ ). Per la validità nomologica convergente e di criterio del CSS-12 tradotto comprendeva la verifica dell'affidabilità tramite la varianza estratta (AVE) e l'affidabilità composita (CR) che verifica se i rispettivi valori si situavano al di sopra della soglia desiderata (valori di AVE maggiore di 0,5 e valori di CR maggiori di 0,7 sono

associati a una forte affidabilità del test (Fornell & Larcker, 1981). Inoltre abbiamo determinato la bontà di adattamento dell'analisi fattoriale esplorativa (AFE) e confermativa (CFA) per confermare una struttura del modello a fattore singolo, attraverso diversi indici, tra i quali il test del Chi-quadrato ( $\chi^2$ ), il test root mean square residuals (RMSEA), il test standardized root mean square residual (SRMR), l'indice di Tucker-Lewis (TLI), l'indice di adattamento comparativo (CFI) e l'indice di bontà di adattamento (GFI). Un buon modello dovrebbe avere quanto segue: GFI > .90, CFI e TLI > .95, RMSEA < .06 e SRMR < .08. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando i seguenti pacchetti statistici: FACTOR v. 10.10.01 (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017), SPSS Statistics v.25 (IBM Corporation, 2017), "R" software (R Core Team, 2014) con il lavaan package (Rosseel Y., 2012).

## **Etica**

La partecipazione allo studio è stata volontaria ed è stato ottenuto il consenso informato da tutti i soggetti. È stato garantito, inoltre, l'anonimato delle persone e delle organizzazioni partecipanti alla ricerca. Infine, tutti gli individui erano pienamente consapevoli dello scopo dello studio. Tutte le procedure eseguite in questo studio che coinvolgono partecipanti umani erano conformi alla Dichiarazione di Helsinki del 1975 e conformi agli standard etici della Psicologia Italiana.

## **Partecipanti e procedura**

I partecipanti (n=200) sono stati reclutati pubblicando un sondaggio online nei forum online italiani e nelle comunità dei social network (ad esempio Facebook). Un totale di 200 partecipanti volontari (dai 18 ai 69 anni) ha risposto al sondaggio online che ha richiesto circa 10-15 minuti per essere completato. Il periodo di raccolta dei dati si è protratto dal 25 maggio 2020 al 5

giugno 2020. I criteri di inclusione utilizzati per partecipare alla ricerca sono stati: (i) avere almeno 18 anni e (ii) comprendere la lingua Italiana.

## **Risultati**

### Statistiche descrittive del campione

In un primo momento sono state analizzate le caratteristiche socio-demografiche (di seguito approssimate all'unità) del campione (n=200) ed i partecipanti nel nostro studio erano così distribuiti: 74 partecipanti di genere maschile, 125 di genere femminile e 1 di genere altro. L'età media era di 37.7 con deviazione standard di  $\pm 12.9$ . Il livello di istruzione dei partecipanti era di 85 partecipanti con titolo Universitario, 104 con un titolo di Scuola Superiore e 11 partecipanti con un titolo di Scuola Media. Le statistiche descrittive degli item sono state le seguenti: BDI2 (depressione) media 22.4 con SD di  $\pm 14.30$  – CCS-12 (Cybercondria) con media di 26.5 con SD di  $\pm 10.6$ , - Scala di autovalutazione dell'ansia di Zung (Ansia) media di 25.7 con SD di 14 – HAQ (Ipocondria) media 29.6 con SD di  $\pm 19.6$ .

### Analisi Fattoriale Esplorativa (EFA)

Per eseguire sia EFA che CFA, è stato diviso il campione in 2 sotto-gruppi casuali (100 per l'EFA e 100 per la CFA). Il primo è stato utilizzato per l'EFA, il secondo per la CFA. Inizialmente è stata eseguita una EFA (Howard, 2016) per capire il numero dei fattori da estrarre seguendo diverse linee guida, tra le quali: (i) gli autori maggiore di 1, (ii) la ECV (explained common variance); (iii) gli indici di buon adattamento al modello (come ad esempio Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA]); (iv) se vi fossero item che saturavano su più fattori e (v) la saturazione degli item sui/sul fattore  $> .40$ ; (vi) communalities ( $h^2$ )  $> .40$ ; (vii) se in un fattore è la percentuale di varianza osservata supera la percentuale di varianza casuale, il fattore viene mantenuto (Hair

JR, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL, 2014; Tabachnick BG, Fidell LS, 2013; Baglin, J., 2014); (vii) ispezione dello scree plot. Vista la natura non-normale della scala (ad esempio molti degli item andavano fuori dell'intervallo  $\pm 1$  di asimmetria e curtosi (Mardia KV, 1970), abbiamo utilizzato la Polychoric correlation con il metodo Parallel Analysis (PA) e Unweighted Least Squares (ULS) (Timmerman ME, Lorenzo-Seva U, 2011). L'unidimensionalità della scala, viene stabilita anche da altri criteri, come ad esempio, se sono stati soddisfatti i seguenti criteri: UNICO (congruenza unidimensionale  $> .95$ ), ECV (varianza comune spiegata  $> .80$ ) e MIREAL (media assoluti residui  $< 0,30$ ). L'affidabilità dei dati è stata valutata da due indicatori: Alpha di Cronbach (1951) e Omega di McDonald (1999) e la replicabilità del costrutto e la qualità della soluzione fattoriale sono state valutate dall'indice G-H generalizzato con cut-off di  $.70$  (Hancock GR, Mueller RO., 2001).

Tra tutti i diversi modelli che abbiamo esplorato nella nostra analisi, basandoci sui riferimenti descritti in precedenza, l'unico modello trovato che soddisfa i nostri requisiti è un modello ad un fattore, con i seguenti risultati: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test =  $.84$ ; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) =  $.12$ ; Chi Square with 54 degrees of freedom =  $67.471$  ( $p = 0.10$ ); Non-Normed Fit Index (NNFI; Tucker & Lewis) =  $.96$ ; Comparative Fit Index (CFI) =  $.97$ ; Goodness of Fit Index (GFI) =  $.98$ ; Factor Determinacy Index =  $.98$ ; Root Mean Square of Residuals (RMSR) =  $.10$ ; Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) =  $.11$ ; con saturazioni  $>.50$  sul fattore. Gli indici per l'utilizzo unidimensionale per la scala comunque rimangono validi (UniCo =  $0.97$ , ECV =  $0.86$ , MIREAL =  $0.25$ ) e suggeriscono la possibilità di utilizzare la scala come unidimensionale (nello specifico, avere una somma degli item per misurare un fattore generale, in questo caso la Cybercondria). Questa struttura

differisce dalla versione originale presa come riferimento (McElroy et al., 2019) ma, ad esempio, anche nella versione tedesca di questa scala era differente dalla versione inglese (Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W. et al., 2016). Questo indica che ancora il costrutto e gli item, nelle versioni brevi della scala per la Cybercondria, non sono ancora ben definiti.

#### Analisi Fattoriale Confermativa (CFA):

Successivamente all'EFA, abbiamo eseguito la CFA (metodo ULS) sul secondo sotto-campione con i seguenti risultati: Comparative Fit Index (CFI) = 1.0; Tucker-Lewis Index (TLI)= 1.0, RMSEA 0.0 ( p-value RMSEA =0.95, 90 Percent confidence interval - lower 0.00 - 90 Percent confidence interval - upper 0.048 ); Chi Square = 39.01 df =44 p=0.68, con covarianza nei seguenti termini di errore (dove x è la variabile): x1 e x3, x1 e x10, x3 e x6 , x3 e x10, x4 e x9, x5 e x12, x7 e x10, x8 e x10, x9 e x11, x11 e x12. Gli indici ottenuti erano sufficienti e tutti i caricamenti dei fattori erano elevati su tutti gli item ( $\lambda_{ij} \geq 0.50$ ). Il modello tutto sommato funziona sufficientemente bene (vedi immagini 1).

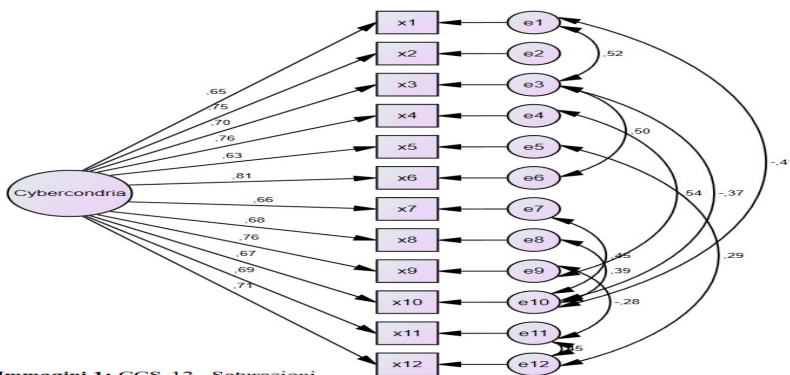


Immagine 1: CCS-12, Saturazioni

### **Validità di costrutto, criterio, nomologica ed Attendibilità del test**

Dopo l'analisi del fattore di conferma, sono stati studiati diversi tipi di affidabilità (cioè coerenza interna) e validità (ovvero costrutto e validità convergente). In primo luogo, sono state testate la validità di costrutto e criterio (Cronbach, L. J., & Meehl, P. E., 1955). Il Test CCS-12 è correlato in maniera positiva e significativa al Test dell'Ansia con  $r = .563$ , con il test della Depressione con  $r = .501$  e con il test dell'Ipocondria  $r = .731$ . Il test CSS-12, inoltre, è correlato in maniera positiva e significativa alla frequenza di ricerca di malattie sul web con  $r = .417$  e con la ricerca dei propri sintomi sul web per capire a quale malattia possano corrispondere con  $r = .592$ . Tra l'altro è correlato in maniera molto debole alla qualità del sonno con  $r = -.089$ . Il Test CSS-12 è correlato in maniera negativa e significativa all'età con  $r = -.215$  e con la qualità della vita percepita, con  $r = -.287$ . L'attendibilità del test è stata valutata tramite due indicatori: McDonald's ordinal Omega = 0.90, e Standardized Cronbach's alpha = 0.93. Tutti questi indicatori e relazioni sono sufficienti per avvalorare, in via esplorativa, la scala CSS-12 in italiano con una sola dimensione.

### **Discussione**

Lo scopo del presente studio è stato di effettuare una prima indagine esplorativa sulla scala di misura denominata Cyberchondria Severity Scale short form (CSS-12; McElroy et al., 2019). Nello specifico, sono state esaminate le proprietà psicometriche mediante le Analisi Fattoriale Esplorativa e Confermativa su un campione di 200 persone rispetto al modello originale, dai nostri risultati mediante l'Analisi fattoriale, si evince come il miglior modello (rispetto al nostro campione reclutato) è stato quello composto da un solo fattore con aggiunta della

covarianza tra i termini di errore per alcuni variabili presenti (vedi sezione CFA per dettagli). Questa differenza esiste anche nella versione tedesca della scala (Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K., 2016), la quale è composta da 15 item e 5 fattori. Nel nostro caso, abbiamo solo un fattore, riconducibile alla misura della Cybercondria.

Valutando la scala nel suo complesso, tutti gli indici di attendibilità e di costruito risultano molto soddisfacenti. Infatti, il test CCS-12 a un fattore correla positivamente al test dell'Ansia, della Depressione in maniera significativa e con la frequenza di ricerca di informazioni di sintomi e malattie su Internet. Questo dato era stato già confermato da diverse ricerche (ad esempio, Vismara et al., 2020). La continua ricerca dei sintomi o delle malattie online, infatti, può innescare nel tempo dei pattern comportamentali che possono aumentare sia i livelli di ansia che quelli di depressione, andando ad interferire con la vita quotidiana senza che il soggetto ne sia inizialmente consapevole (Vismara et al., 2020). Difatti, il disturbo della Cybercondria è stato concettualizzato piuttosto di recente e uno dei suoi aspetti più importanti è quello metacognitivo, dove si evidenziano credenze di positività ed utilità, sia di pericolosità e incontrollabilità (Fergus TA, Spada MM., 2018). Inoltre, la correlazione con l'Ipercondria è medio-alta, anche se non perfetta. Questo indica che, come già sottolineato da Eoin McElroy et al. (2019), ipercondria e cybercondria sono, in quanto ad aspettative, due costrutti correlati ma possono essere studiati e quantificati in maniera differente.

Questo studio presenta, tuttavia, alcuni limiti: (i) la numerosità ridotta del campione, sia per quanto concerne l'AFE che la CFA; (ii) la natura self report dei test presentati tramite form online; (iii) l'assenza di una analisi fattoriale confermativa. Possibili future ricerche, con la selezione di un

campione più rappresentativo, potranno prendere in considerazione le altre possibili soluzioni fattoriali trovate e verificarle tramite analisi fattoriale confermativa.

## Conclusioni

Il rapido sviluppo delle nuove tecnologie ha portato inevitabilmente alla luce nuove patologie dovute all'eccessivo o erraneo utilizzo delle fonti documentali disponibili. La cybercondria, ad oggi, rappresenta una delle varianti più diffuse di ipocondria e i sintomi ad essa correlati possono definirsi invalidanti. Lo studio di questa patologia è ancora in corso, soprattutto in Italia. Sebbene l'osservazione clinica, la valutazione ed il colloquio orientino per la diagnosi, la necessità di una valutazione testologica si è resa imprescindibile. La Cyberchondria Severity Scale (CSS), nella sua forma estesa (Marino, C, Fergus, TA, Vieno, A, Bottesi, G, Ghisi, M, Spada, MM, 2020) è, al momento, la scala più utilizzata, seppur soggetta a numerose revisioni. Nel nostro Paese, la forma italiana è ancora oggetto di studio. Il nostro lavoro, analizzando la forma ridotta del CSS, ha supportato l'utilizzo della scala CSS-12 a una dimensione basandosi su 200 risultati ottenuti tramite selezione casuale dei partecipanti e al momento, quindi, riteniamo il CSS-12 un iniziale e potenziale valido strumento (quantitativo) a disposizione della ricerca in territorio italiano. Future ricerche dovranno approfondire e chiarire quanto trovato in questa prima analisi ed indagare quale modello sia il più appropriato con una dimensione campionaria più elevata.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

*DSM 5*. Arlington, VA. Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Cortina, Milano 2014.

- Avia MD, Ruiz MA (2005) "Recommendations for the Treatment of Hypochondriac Patients". *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 35 (3): 301–13. doi:10.1007/s10879-005-4322-3.
- Baglin, J. (2014) Improving Your Exploratory Factor Analysis for Ordinal Data: A Demonstration Using Factor. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 19(5), 2.
- Bailey, R., & Wells, A. (2013) Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 327-337.
- Bailey, R., & Wells, A. (2015) Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 34, Pages 8-14, doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.005.
- Bailey, R., & Wells, A. (2016). Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 78, 43-50.
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K. (2016) The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International journal of behavioral medicine*, 23(5), 595-605. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9549-8>
- Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011) The role of health anxiety in online health information search.

Cyberpsychology, behavior, and social networking, 14(10), 613-618.

- Beaton, Dorcas & Bombardier, Claire & Guillemin, Francis & Ferraz, Marcos (2000) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*. 25. 3186-91. [10.1097/00007632-200012150-00014](https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996) Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 78(2), 490-498.
- Cronbach L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16:297–334.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955) Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Fergus, T. A. (2014) The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*; 28:504–510.
- Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2018) Moving toward a metacognitive conceptualization of cyberchondria: Examining the contribution of metacognitive beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders*, 60, 11-19.
- Ferrando, P., & Lorenzo-Seva, U. (2017) Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, 29, 236–240. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981) Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.

- Fox, S., Duggan, M. (2013) Health online. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Ghisi, M., Flebus, G., B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006) Beck Depression Inventory – II (BDI-II) Manuale. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali.
- Goldberg, R. J. (2007) Practical guide to the care of the psychiatric patient (3rd ed.). St. Louis, Mosby.
- Hair JR, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. (2014) Multivariate data analysis. 6th. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hancock G., R., Mueller R., O. Rethinking construct reliability within latent variable systems. In Cudek R, Du Toit S, Sörbom D (Eds.). Structural equation modeling: Present and future. Lincolnwood: Scientific Software, 2001.
- Howard M. C., (2016) A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? International Journal of Human–Computer Interaction, 32:1, 51-62, DOI: 10.1080/10447318.2015.1087664.
- IBM Corporation (2017) IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Innamorati, M., Lelli, M., Aiello, S., Di Lorenzo del Casale, F. L., Russo, S., & Ferrari, V. (2006) Validazione convergente e discriminante della versione italiana della Zung Self-Rating Depression Scale. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 12(3), 343.
- Lucock, M. P., & Morley, S. (1996) The health anxiety questionnaire. British journal of health psychology, 1(2), 137-150. doi:10.1111/j.2044-8287. 1996. tb00498.x

- Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A., Strogatz, D., (2017) The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. *J Public Health Manag Pract.*; 23(4):380-387. doi:10.1097/PHH.0000000000000366.
- Mardia, K., V. (1970) Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*; 57: 519–530.
- Marino, C., Fergus, T., A., Vieno A., Bottesi G., Ghisi, M., Spada, M., (2020) Testing the Italian version of the Cyberchondria Severity Scale and a metacognitive model of cyberchondria. *Clin Psychol Psychother.*; 1– 16. <https://doi.org/10.1002/cpp.2444>.
- McDonald R., P., (1999) *Test Theory: a unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McElroy E., Shevlin M. (2014) The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*; 28:259–265.
- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019) The CSS-12: Development and Validation of a Short-Form Version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology, behavior and social networking*,22(5),330–335.doi.org/10.1089/cyber.2018.0624.
- Melli G., Bailey R., Carraresi C., Poli A. (2018) Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Volume25, Issue2 March/April, Pages 263-271. doi.org/10.1002/cpp.2159.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Bailey, R., (2016) The role of metacognitive beliefs in health anxiety, *Personality*

and Individual Differences, Volume 89 Pages 80-85  
[doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.006](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.006).

- Melli, G., Coradeschi, D., Smurra, R. (2007) The Italian version of Health Anxiety Questionnaire: Reliability and factorial analysis. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. 13. 37-48.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., et al. (2012) Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*; 26:189–196.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985) A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171-189.
- Norr, A. M., Allan, N. P., Boffa, J. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015) Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *Journal of anxiety disorders*, 31, 58-64.
- R Core Team. (2014) R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing.
- Rennis, L., McNamara, G., Seidel, E., et al. (2015) Google it!: urban community college students' use of the internet to obtain self-care and personal health information. *College Student Journal*; 49:414–426.
- Rosseel, Y. (2012) Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of statistical software*, 48(2), 1-36.<https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Selvi, Y., Turan, S. G., Sayin, A. A., Boysan, M., & Kandeger, A. (2018) The Cyberchondria Severity Scale

(CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. *Sleep and Hypnosis (Online)*, 20(4), 241-246.

- Starcevic, V. (2017) Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133.
- Starcevic, V., Berle, D. (2013) Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*; 13(2):205-213. doi:10.1586/ern.12.162.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013) *Using Multivariate Statistics*, 6th Edn. Northridge. CA: California State University.
- Timmerman, M., E., & Lorenzo-Seva, U. (2011) Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209.
- Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020) Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 99, 152-167.
- White, RW., Horvitz, E., (2009) Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*; 27:23 doi.org/10.1145/1629096.1629101.
- Zung, W., W., (1969) A cross-cultural survey of symptoms in depression. *American Journal of Psychiatry*, 126(1), 116-121.
- Zung, W., W., (1971) A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 12(6), 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0).

## FrancoAngeli

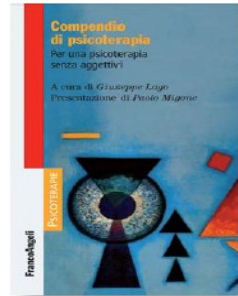
La passione per le conoscenze

A cura di *Giuseppe Lago*

### COMPENDIO DI PSICOTERAPIA

Per una psicoterapia  
senza aggettivi

Presentazione di *Paolo Migone*



Per saperne di più clicchi qui

Finalmente un testo di psicoterapia senza aggettivi.

Pensiamo che nel terzo millennio sia venuto il momento di offrire agli addetti ai lavori, ma anche alle persone interessate e impegnate in discipline affini, uno strumento di orientamento generale e di lavoro di base.

Per realizzare questo obiettivo, abbiamo cercato di impostare un *common ground* di nozioni e conoscenze, il più condivisibile da parte dei principali indirizzi della psicoterapia attuale. Ci siamo proposti di presentare una metodologia il più possibile trasversale, senza dimenticare il paradigma di provenienza di molti di noi, cioè la psicoanalisi. L'influenza di cui abbiamo tenuto conto, però, riguarda la stessa influenza che ciascuno psicoterapeuta riceve durante la sua formazione, dal più antico metodo di cura attraverso la relazione. Sullo sfondo del percorso storico della psicoanalisi, abbiamo assimilato tutto il meglio che ci può derivare da altri indirizzi nati dopo di essa.

Questo libro vuole essere un manuale di agile consultazione per lo psicoterapeuta clinico del nostro tempo. Non siamo interessati a occupare lo spazio limitato di un'appartenenza a un paradigma. Siamo altresì impegnati nell'espone le basi metodologiche dell'intervento di psicoterapia, a cominciare da una solida impostazione diagnostica della personalità e da una necessaria verifica dell'*outcome*, ovvero dei risultati di un intervento che vorremmo contribuire a sottrarre all'autoreferenzialità dei metodi carismatici e allo schematismo dei metodi riduzionisti.

**Giuseppe Lago**, psichiatra, psicoterapeuta, dirige dal 2004 l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicomotricità Integrata (IRPPI) ([www.irppiscuolapsicoterapia.it](http://www.irppiscuolapsicoterapia.it)), scuola di specializzazione riconosciuta dal MIUR. Nel 2006, ha pubblicato *La psicoterapia psicomotricità integrata: le basi e il metodo* (Alpes Italia). Nel 2014, ha pubblicato, per Castelvevchi, *L'illusione di Mesmer*. È vicedirettore della rivista dell'IRPPI *Mente e Cura* ([www.menteecura.it](http://www.menteecura.it)).