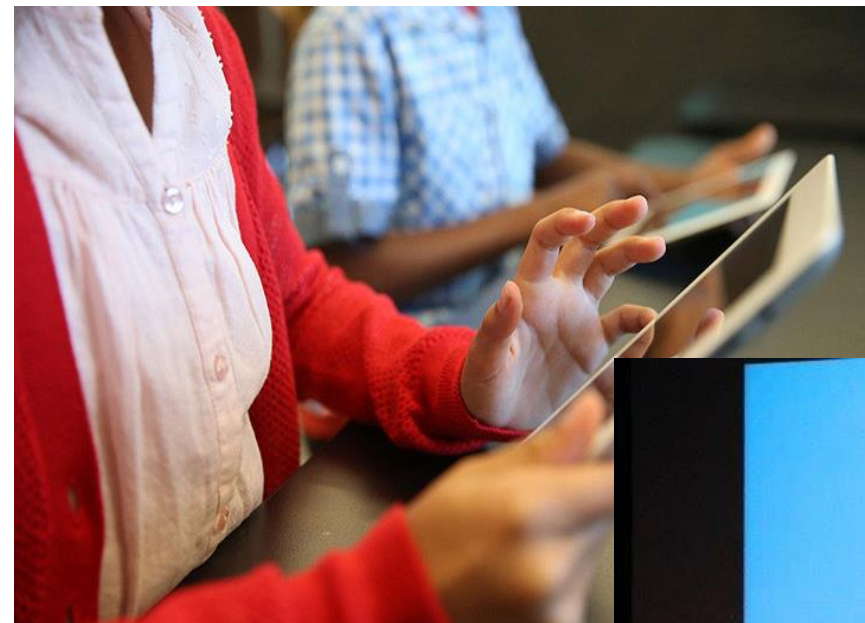




LA RELAZIONE CHE AIUTA:

UN'ANTROPOLOGIA DI BASE PER CHI SI OCCUPA DI ALTRI

(parte 4-finale)



A cura di PaoloGiovanni MONFORMOSO



II COUNSELING: LA RELAZIONE CHE AIUTA

UN'ANTROPOLOGIA PER CHI SI OCCUPA DI ALTRI

(parte 4 - FINALE)

PaoloGiovanni Monformoso

The Global Quality of Life – clinical index

Un nuovo indice clinico per la valutazione della qualità della vita autopercepita.

Ad uso delle relazioni di solidarietà sociale, counseling ed educazione, in ambito professionale come aiuto alla conoscenza dell'altro.

di: Dr. PaoloGiovanni Monformoso

PREMESSA

Dalla nascita della medicina psicosomatica o somatopsichica, come disciplina scientifica, è andata via via crescendo la consapevolezza dell'importanza che i fattori psicosociali rivestono nell'eziopatogenesi delle malattie somatiche. In particolare, il concetto di multifattorialità restituisce dignità ad una branca della medicina messa a dura prova da concezioni ormai logore ed infruttuose, come quella relativa alla psicogenesi delle malattie somatiche. Superate certe visioni di tipo deterministico che intravedevano nei conflitti psichici irrisolti la "causa" di alcune malattie psicosomatiche, il concetto di base della medicina psicosomatica odierna è che un insieme di fattori, (biologici, psicologici, sociali) siano in grado di influenzare l'insorgenza, il decorso e l'esito di ogni malattia, e non solo delle malattie cosiddette "psicosomatiche"; ciò in base alle conoscenze di Psiconeuroendocrinoimmunologia che, a partire dagli studi di Hans Selye alla fine degli anni '30 sulla Risposta Generale di Adattamento (asse HPA-Ipotalamo Ipofisi Surrene) ad oggi, si sono succedute e continuano. Per avere un quadro completo della malattia in atto occorre tenere conto di tutti i fattori possibilmente coinvolti, soppesando il contributo relativo di ciascuno di essi. Per questo si rendono necessari, anche in ambito internistico e nella medicina di base, strumenti che consentano di quantificare le variabili psicosociali, considerando che molte patologie non riconoscono una causa organica specifica e vengono pertanto classificate come disturbi funzionali, secondo una procedura "per esclusione" che lascia spesso perplessi. In effetti, la somatizzazione definita come "tendenza a sperimentare e comunicare il malessere psicologico sotto forma di sintomi fisici e a richiedere per essi l'attenzione del medico" (1), è ormai divenuta un fenomeno clinico piuttosto diffuso.

Se si vuole comprendere appieno l'importanza che i fattori stressanti rivestono nell'insorgenza, decorso ed esito delle malattie, occorre fare riferimento alla definizione che del fenomeno stress hanno dato Lazarus e Folkman (2): "lo stress psicologico è caratterizzato dal fatto che l'individuo percepisce le sfide che l'ambiente gli pone come troppo gravose ed eccedenti le sue risorse, come fattori in grado di mettere a rischio il suo benessere" (p.19). Secondo questa ormai celebre definizione, la preconditione affinché si produca il fenomeno stress è che il soggetto sia in relazione con l'ambiente e che vi sia da parte sua una sopravvalutazione dell'evento (3) unitamente ad una sottovalutazione delle proprie capacità di farvi fronte. Queste operazioni cognitive che l'individuo compie nell'elaborare le informazioni relative all'evento stressante producono uno stato di allarme nell'organismo e pertanto una sensazione di precarietà e di diminuito benessere. L'impatto stressogeno di un evento non è quindi determinato esclusivamente dalle condizioni oggettive, ma anche dal modo in cui il soggetto valuta se stesso in



rapporto all'evento (4). Da ciò segue che anche eventi marginali possono essere valutati soggettivamente come gravosi ed eccedenti le proprie capacità di adattamento (3), costituendo quindi un'importante fonte di stress e contribuendo all'insorgenza di disturbi affettivi (5).

Queste considerazioni segnalano semplicemente un'esigenza, quella di integrare e di tenere conto sia delle caratteristiche obiettive (aspetti oggettivi) della situazione stressante, sia del modo di elaborare l'informazione da parte del soggetto (aspetti soggettivi). Diventa quindi fondamentale il metodo di raccolta delle informazioni da parte del clinico. L'intervista si è rivelata il metodo più valido e attendibile (6) e consente al clinico di sondare il significato che un determinato evento riveste per quel dato paziente. Esistono alcuni svantaggi in questo metodo di raccolta delle informazioni, primo fra tutti l'elevato grado di complessità dello strumento che impone la necessità di un training specifico. Inoltre, il considerevole dispendio di tempo che la somministrazione di un'intervista comporta, ne limita fortemente l'uso nella pratica clinica.

Se l'individuazione del metodo ottimale di raccolta delle informazioni è uno specifico campo di indagine nell'ambito della ricerca sugli eventi stressanti, non è però prerogativa di questo settore. Anche nel campo dei disturbi psicologici, gli sforzi maggiori vengono compiuti nel tentativo di mettere a punto strumenti di sempre più facile impiego, idonei a rilevare il disagio psichico in ambito medico dove i disturbi psicologici vengono frequentemente sottodiagnosticati. Almeno il 50% dei pazienti di medici di base, che presentano disturbi psichici frequenti come l'ansia o la depressione, finisce per non ricevere alcuna diagnosi e/o non viene inviato ad alcuno specialista (7). In alternativa all'intervista, che rimane comunque il migliore metodo disponibile (8), è comune il ricorso a questionari di autovalutazione, basati sull'attribuzione di un punteggio. Il punteggio assegnato al paziente viene poi confrontato clinicamente con valori oltre i quali si colloca l'ambito della patologia (8). Anche questo metodo di raccolta dei dati non è esente da limitazioni; in particolare, l'operazione di attribuzione dei punteggi ingenera un certo ritardo nel comunicare eventualmente i risultati del test al paziente (9), privando sia il paziente che il clinico dell'opportunità di chiarire o rettificare le risposte date al questionario. Un valido esempio di questionario di autovalutazione è la Screening List for Psychosocial Problems (SLP), messa a punto da Kellner (10) e costituita da 118 item relativi ad alcuni problemi e sintomi in ambito psichiatrico. La SLP è stata ampiamente validata (10) e si è dimostrata in grado di discriminare tra gruppi diversi, anche nella versione italiana (11). Essa è inoltre sensibile ai cambiamenti.

Lo strumento da noi elaborato ed oggetto in corso di validazione nell'attuale periodo, riprende alcuni items della SLP e di altre scale ampiamente validate, ed è in larga misura basato su principi clinimetrici.

La clinimetria, definita nel 1982 dall'epidemiologo Alvan R. Feinstein come "disciplina medica finalizzata allo sviluppo e validazione delle valutazioni cliniche" (12), applica i metodi quantitativi alla raccolta ed analisi di informazioni relative a fenomeni clinici, quali gravità della malattia, andamenti sintomatologici, effetti della comorbidità, successione temporale dei sintomi e loro rapidità di progressione, capacità funzionale, qualità della vita. Per la raccolta ed analisi delle informazioni la clinimetria si avvale di indici clinimetrici. Il termine "indice clinimetrico" si riferisce ad una serie di informazioni cliniche che è espressa in una scala di categorie (12). Le informazioni possono riguardare la presenza/assenza di una particolare diagnosi, la gravità di una malattia, la prognosi, o altri fenomeni clinici. La raccolta dati in clinimetria avviene attraverso due canali (l'autovalutazione e l'eterovalutazione), ma più spesso attraverso entrambe le forme. La scelta tra autovalutazione ed eterovalutazione dipende in larga misura dal tipo di fenomeno che si intende indagare. Ad esempio, volendo raccogliere informazioni in



merito alla qualità di vita, l'autovalutazione può essere una scelta appropriata, mentre può non esserlo qualora si vogliono raccogliere dati sui sintomi di una malattia.

I principi ispiratori della clinimetria differiscono notevolmente da quelli della psicomетria (8;12), in particolare per quanto concerne la ricerca dell'omogeneità tra gli items di una stessa scala, principio fondamentale della psicomетria. Le stesse proprietà che conferiscono ad un indice un elevato punteggio di omogeneità, recano infatti spesso con sé una ridondanza di attribuzioni, che riducono la sua capacità di individuare uno stato alterato (12), e sono pertanto ritenute indesiderabili in clinimetria, dove la completezza delle aree psicologiche suscettibili di cambiamento è di gran lunga più importante di una loro eventuale omogeneità.

Sulla scorta delle indicazioni clinimetriche dunque, l'indice oggetto di questa indagine è caratterizzato da brevità, semplicità e facilità d'impiego ed è quindi particolarmente adatto a setting ambulatoriali. Esso si compone di una parte autovalutativa ed una eterovalutativa (basata sull'attribuzione del punteggio e della valutazione clinica effettuata dall'osservatore): la parte autovalutativa deve essere integrata dal giudizio del clinico, che così raccoglie informazioni sui fattori psicosociali, nonché dell'attribuzione ad essa fatta dal paziente medesimo, implicati sempre nella malattia.

I POTESI E AVVIO DEL PROGETTO

I metodi per valutare il ruolo dei fattori stressanti nell'aumentare la vulnerabilità alle malattie sono spesso molto complessi, richiedono un training specifico e sono difficili da usare nella pratica clinica. Abbiamo pertanto messo a punto un breve indice, di facile impiego, in grado di fornire informazioni accurate e particolarmente adatto ad essere usato in setting ambulatoriali. Il GLOBAL QUALITY OF LIFE – CLINICAL INDEX (GQoL-CI) è stato in larga parte derivato da strumenti ampiamente validati, come di seguito delineato, e consente di formulare, sulla base delle risposte fornite dai pazienti, un giudizio relativamente a **5 dimensioni** psicosociali: lo **stress**, il senso di **benessere**, il disagio psicologico vissuto come **ansia**, il comportamento di affrontamento della situazione di malattia (**coping**), la **forza** ed energia **per vivere**. In generale si ha che mentre stress e ansia abbassano il senso di Qualità della Vita (ed anche il suo punteggio ponderato nel questionario), coping e senso di benessere lo innalzano; ma per il coping il discorso è più complesso. Se, in linea generale un buon comportamento di affrontamento delle situazioni negative è un fattore positivo, in presenza di ansia e di particolari caratteristiche di personalità un coping elevato (“devo farcela, non posso permettermi di sbagliare, o fallire...”) può paradossalmente aumentare la percezione personale, e dunque il valore numerico, del fattore stress, peggiorando la sensazione globale di GQoL. Il GQoL-CI è stato inizialmente somministrato a 139 pazienti con disturbi medici funzionali, per valutarne la leggibilità e comprensione, e presto aggiustato nelle parole che non consentivano una risposta immediata.

I questionari compilati sono stati valutati da un internista e da uno psicologo, indipendentemente. Il grado di accordo inter-rater è stato calcolato attraverso il coefficiente di correlazione intraclasse. I coefficienti di correlazione intraclasse sono risultati rispettivamente pari a 0.88 per la scala dello stress; 0.94 per la scala del benessere; 0.89 per la scala dell'ansia; 0.90 per la scala relativa al comportamento di malattia, suggerendo pertanto un eccellente accordo inter-rater. Un aspetto particolare del GQoL-CI è il diverso peso che può essere attribuito agli items, in base ai principi clinimetrici. Il clinico ha la possibilità di esprimere attraverso il questionario, il colloquio e l'osservazione, un giudizio globale relativamente all'area considerata, senza essere vincolato dal punteggio numerico assegnato al paziente nelle varie scale.



Si auspica lo strumento possa fornire un valido contributo alla ricerca e alla pratica in medicina, e nell'attività clinica e terapeutica in senso lato.

LO STRUMENTO

Il GQoL-CI è costituito da una parte autovalutativa. La parte autovalutativa comprende 25 items a risposta chiusa (SI, NO); un item indipendente individua numericamente, secondo una scala Likert, il punteggio che il paziente si attribuisce in relazione alla quantità "soggettiva" di benessere provato. Nell'ipotesi che quantità di benessere e buona GQoL siano proporzionali, la risposta a questa domanda può risultare un'interessante indice di comparazione con la quantità di GQoL risultante dal questionario (a risposte chiuse); una sorta di cartina al tornasole. Nella Scheda di Valutazione (effettuata dal clinico) tale indice appare come QoL-Percepita, mentre l'altro valore è indicato come QoL-Reale. Esso viene ricavato dal clinico attribuendo un punteggio a ciascuno dei 25 items, ed effettuando una somma dei valori ponderati. Il paziente, dunque, non sa cosa il clinico estrarrà dalle sue risposte, ed è perciò meno inficiato da meccanismi psicologici di difesa o proiettivi. E' infatti interessante osservare che la maggior parte delle schede valutate riportano una GQoL-Percepita inferiore a quanto indirettamente ricavato dalle risposte ai 25 items ove il dato è invece ricavato dall'osservatore, ad insaputa del paziente (come a dire che avviene un fenomeno psicologico del tipo: a domanda diretta si afferma di stare peggio di quanto non sia in realtà -NdA).

I 25 items per la valutazione del GQoL e delle sottoscale di tendenza per ansia (di stato e di tratto secondo Spielberger), stress (nelle situazioni familiari, relazionali, lavorative e del tempo libero), benessere (nelle arie situazioni esistenziali) e coping (attraverso la comprensione dell'autoprogettualità nel futuro, dei valori attesi, della presenza di scopi esistenziali) sono tratte da Questionari e Scale ampiamente usate in letteratura e clinica psicologica, psichiatrica ed internistica.

Esse sono:

- la SLP di Kellner;
- lo Psychosocial Index di Fava e Sonino; (17)
- l'Inventario dell'Ansia di Stato e di Tratto (STAI) di Spielberger; (20)
- li LOGO-TEST di Elisabeth Lukas; (19)
- il Meaning in Suffering Test (MIST) di Crumbaugh; (21)
- il Seeking of Noetic Goals (SONG) e il Purpose in Life Test (PIL) di Crumbaugh; (21)
- la Ryff's Scale of Psychological Well-Being;
- la Stress Profile di Wheatly.

VALIDAZIONE DELLO STRUMENTO

Una volta completata la raccolta dati, la fase di valutazione delle 5 dimensioni psicosociali è, allo stato attuale di ricerca esperienziale e fenomenologica, dipendente dalla loro provenienza da strumenti già ampiamente validati.

DISCUSSIONE

Il Global Quality of Life-Clinical Index è uno strumento in larga misura destinato a popolazioni mediche che può essere utilizzato come mezzo per uno screening sintomatologico da approfondire durante il colloquio con il paziente, facilitando in questo la stessa valutazione medica. Attraverso un rapido esame delle risposte, il GQoL-CI consente al clinico di esprimere un giudizio in merito a 4 dimensioni: lo stress, il



benessere, il disagio psicologico vissuto come ansia, il comportamento di malattia. La valutazione delle 5 variabili psicosociali avviene in maniera diretta da parte del valutatore. Il nuovo indice, che fa riferimento a principi clinimetrici (12), consente al clinico di assegnare un peso diverso ai vari items, ed una individuale valutazione in rapporto all'oggetto in esso contenuto, in contrasto con la psicomtria che invece tende ad attribuire lo stesso peso a tutti gli items di una scala, non tenendo conto del fatto che i sintomi (item) non hanno tutti la stessa rilevanza, né da un punto di vista prognostico, né da un punto di vista terapeutico (12). Inoltre, il giudizio complessivo che il clinico è chiamato a formulare per ognuna delle 5 aree di interesse, non è vincolato al punteggio numerico eventualmente assegnato ai diversi items. La rapidità con cui il clinico prende visione delle risposte date dal paziente ai vari items, senza l'obbligo di attribuire necessariamente un punteggio, produce immediatamente un altro vantaggio: la possibilità di chiarire insieme al paziente il significato personale delle sue risposte.

Le dimensioni psico-cliniche comprese nel GQoL-CI hanno una notevole rilevanza. In particolare, per quanto riguarda la valutazione dello stress, vengono presi in considerazione sia gli aspetti oggettivi, sia la percezione soggettiva della situazione stressante da parte del soggetto. Oltre agli eventi stressanti di maggiore entità, come i cambiamenti di vita, l'indice tiene conto degli eventi minori della vita quotidiana. La valutazione relativa al livello di stress sperimentato dal paziente può essere fatta congiuntamente alla valutazione relativa alla capacità di coping e al sostegno sociale di cui il soggetto dispone, aspetti questi compresi nella più vasta categoria del benessere. Il concetto di benessere si sovrappone in parte a quello di qualità di vita, senza, tuttavia, risentire dei problemi di definizione che interessano quest'ultimo. L'area dell'ansia raccoglie al suo interno i disturbi correlati sia all'ansia come tratto di personalità, sia all'ansia come stato del momento. Il comportamento abnorme di malattia - una modalità persistente e inadeguata di percepire, sperimentare, valutare il proprio stato di salute e di rispondere ad esso, comprese l'ipocondria e le preoccupazioni somatiche (18) - riguarda un altro aspetto fondamentale della somatizzazione e della relazione medico-paziente.

Sebbene il GQoL-CI possa generare dei punteggi autovalutativi, non lo si considera destinato ad un tale uso, ma come mezzo per identificare lo stress e il disagio in popolazioni mediche. Esso permette al clinico di acquisire maggiore consapevolezza del livello di stress al quale un paziente è sottoposto, facilitando la diagnosi di disturbo funzionale, che solitamente viene posta solo dopo aver escluso un fattore organico. Il questionario può rappresentare uno strumento preliminare per la messa a fuoco di aree problematiche nella vita del paziente, aree che necessitano di ulteriore esplorazione per mezzo di domande specifiche che consentano di approfondire l'indagine e di pervenire a decisioni diagnostiche e terapeutiche, oppure di inviare il paziente ad uno specialista.



BIBLIOGRAFIA

1. Lipowski ZJ: Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 160-167, 1987.
2. Lazarus RS, Folkman S: *Stress, appraisal, and coping*. New York, 1984.
3. Wagner BM: Major and daily stress and psychopathology. *Stress Medicine*, 6, 217-266, 1990.
4. Peacock EJ, Wong PTP: The stress appraisal measure (SAM). *Stress Medicine*, 6, 227-236, 1990.
5. Endler NS, Parker JDA: Stress and anxiety. *Stress Medicine*, 6, 243-248, 1990.
6. Paykel ES: Methodology of life events research. In Fava GA, Wise TN (a cura di), *Research Paradigms in Psychosomatic Medicine*. Karger, Basel, 1987.
7. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, De Gruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG: Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA*, 272, 1749-1756, 1994
8. Fava GA: Screening and diagnosis of depression. *Disease Management and Health Outcomes*, 2, 1-7, 1997.
9. Whitfield M: Giving feedback to questionnaire responders - an essential task? *British Journal of General Practice*, 47, 241-243, 1997.
10. Kellner R: A problem list for clinical work. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 125-136, 1991.
11. Sonino N, Fava GA, Mani E, Belluardo P: Quality of life of hirsute women. *Postgraduate Medical Journal*, 69, 186-189, 1993.
12. Fava GA, Sonino N, Pesarin F (a cura di): *Clinimetria*. Patron, Bologna, 1995.
13. Wheatley D: The Stress Profile. *British Journal of Psychiatry*, 156, 658-688, 1990.
14. Ryff CD, Singer B: Psychological well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23, 1996.
15. Gill TM, Feinstein AR: A clinical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272, 619-626, 1994.
16. Fleiss JL: *The design and analysis of clinical experiments*. Wiley, New York, 1986
17. Sonino N, Fava GA, Fallo F, Boscaro M: Psychological distress and quality of life in endocrine disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 140-144, 1990.
18. Fava GA, Freyberger H (a cura di): *Handbook of psychosomatic medicine*. International Universities Press, Madison, CT, 1997.
19. Spielberger CD: *Inventario per l'ansia di stato e di tratto, Forma Y*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1994.
20. Lukas E: *Logo-Test, Manuale*, Ed. Cittadella, Assisi, 1989.
21. Crumbaugh J: *SONG, PIL, MIST tests*, Harvardpress, HMS, Boston, 1988.

PaoloGiovanni Monformoso, *psicoeducatore, counselor clinico e formatore, logoterapeuta e analista esistenziale, Pedagogista Clinico, ClinicianTherapist in Logotherapy del Victor Frankl Institute of Logotherapy, Presidente della SILAE (Società Italiana di Logoterapia e Analisi Esistenziale), Fondatore e Direttore didattico dell'Istituto per il Logocounseling® , Antropologo Clinico Esistenziale. Giornalista.*



The GQoL – C.I. di PaoloGiovanni Monformoso, Psy.D

Questionario clinico di autovalutazione sulla Qualità globale della Vita (QoL) percepita

ETA:..... **SESSO:**..... PROFESSIONE:.....

a) Quanto valuta, su una scala da **1 (minimo)** a **13 (massimo)**, il suo benessere, oggi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
SCARSO MEDIO BUONO OTTIMO

Per favore, risponda alle domande con un segno **X** sulla voce che più le corrisponde

- | | | |
|--|----|----|
| 1. QUANDO MI SVEGLIO AL MATTINO HO UNA SENSAZIONE DI GENERALE MALESSERE | NO | SI |
| 2. A CAUSA DI COME VANNO LE COSE, ORA FACCIIO FATICA AD AFFRONTARE LE GIORNATE | NO | SI |
| 3. CERTE VOLTE NON RIESCO NEPPURE A GIOIRE, ANCHE SE SUCCEDONO COSE PIACEVOLI | NO | SI |
| 4. L'ANSIA E' SEMPRE UNA CARATTERISTICA DELLA MIA VITA | NO | SI |
| 5. MI BASTA POCO E SUBITO MI PRENDE L'AGITAZIONE | NO | SI |
| 6. LA VITA IN CASA E IN FAMIGLIA A VOLTE MI CREA DEI PROBLEMI | NO | SI |
| 7. IL MIO LAVORO, LE MIE OCCUPAZIONI QUOTIDIANE, SONO FONTE DI FASTIDIO | NO | SI |
| 8. AMICIZIE E CONOSCENZE SONO A VOLTE CAUSA DI PROBLEMI | NO | SI |
| 9. A VOLTE HO LA SENSAZIONE DI NON FARCELA | NO | SI |
| 10. PER QUANTI SFORZI FACCIIO, PENSO CHE ORMAI SIA TUTTO INUTILE | NO | SI |
| 11. QUANDO PENSO AL MIO FUTURO SENTO CHE AVRO' ANCORA NUOVE SITUAZIONI/OPPORTUNITA' DA VIVERE | NO | SI |
| 12. CI SONO ALCUNE COSE CHE VORREI PRESTO REALIZZARE, O VEDERE REALIZZATE | NO | SI |
| 13. CON ALCUNE PERSONE HO RAPPORTI CHE SONO UNA COSA BUONA PER ME | NO | SI |
| 14. IN CASO DI BISOGNO SO DI AVERE VICINO PERSONE CHE MI AIUTANO | NO | SI |
| 15. NONOSTANTE LA PRESENZA DI PERSONE ATTORNO A ME (famigliari, amici, sanitari, ecc.) SPESSO MI SENTO SOLO | NO | SI |
| 16. GLOBALMENTE POSSO DIRE CHE LA MIA VITA E' BUONA | NO | SI |
| 17. POSSO DIRE CHE NELLA MIA VITA CI SONO COSE CHE MI AIUTANO A STARE BENE | NO | SI |
| 18. SENTO CHE NELLA VITA CI SONO ANCORA COSE CHE POSSONO SUCCEDERE E MI FARANNO STARE MEGLIO | NO | SI |
| 19. CI SONO COSE CHE MI AIUTEREBBERO A STARE BENE, MA NON SO SE RIUSCIRO' A REALIZZARLE | NO | SI |
| 20. SAREBBE BUONO PER ME SE ALCUNE COSE SI REALIZZASSERO, MA ANCHE SE MI IMPEGNO SO CHE NON SI REALIZZERANNO | NO | SI |
| 21. QUANDO MI SVEGLIO AL MATTINO MI SENTO PIENO DI ENERGIA | NO | SI |
| 22. QUANDO PENSO AL MIO FUTURO MI SENTO PRONTO A VIVERLO | NO | SI |
| 23. NON SEMPRE AVREI LA FORZA DI FERMARMI A PENSARE... | NO | SI |
| 24. MI SENTO DI ESSERE IN FORZA | NO | SI |
| 25. NON SEMPRE MI SENTO IN FORMA PER AFFRONTARE QUEL CHE DEVO | NO | SI |

(falso) (vero)

