



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata, FISPPA**

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

Validazione dell'Anger Disorder Scale

Validation of Anger Disorder Scale (ADS)

Relatrice:

Prof.ssa Caterina Novara

Dipartimento di Psicologia Generale, DPG

Laureando: Nicolò Turco

Matricola: 2016625

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

INDICE

Abstract	»	V
Cap. 1: La collera ed i modelli di analisi	»	1
1.1 Definizione del costrutto di collera	»	1
1.2 I modelli della collera	»	3
1.2.1 Il modello della collera di Novaco (1975)	»	3
1.2.2 Il modello della collera di Spielberger (1988)	»	5
1.2.3 Il modello della collera di Buss (1957)	»	5
1.3 Il modello delle emozioni: lo SPAARS di Power & Dalgleish (1997)	»	6
1.4 I disturbi della collera nel DSM	»	8
1.5 Riflessioni sulla collera nell'ambito clinico	»	16
Cap. 2: Strumenti per la misurazione della collera e dell'ADS	»	19
2.1 Gli inventari di personalità	»	20
2.1.1 Il 16 Personality Factor Questionnaire (16PFQ)	»	20
2.1.2 Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)	»	21
2.1.3 Il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)	»	22
2.1.4 L'inventario di Personalità per il DSM-v: il PID-5	»	24
2.1.5 I limiti degli inventari di personalità	»	26
2.2 Gli inventari specifici per la collera	»	26
2.2.1 Il Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI)	»	26
2.2.2 Il Multidimensional Anger Inventory (MAI)	»	27
2.2.3 Lo State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)	»	28
2.2.4 La Novaco Anger Scale (NAS)	»	29
2.2.5 La Clinical Anger Scale (CAS)	»	30
2.2.6 I limiti degli inventari specifici della collera	»	31
2.3 L'Anger Disorder Scale	»	31
2.4 Struttura dell'ADS	»	33
2.4.1 Il dominio "Provocazioni"	»	33
2.4.2 Il dominio "Attivazioni"	»	33
2.4.3 Il dominio "Cognizioni"	»	34
2.4.4 Il dominio "Motivazioni"	»	35
2.4.5 Il dominio "Comportamenti"	»	36
2.5 Il calcolo dei punteggi dell'ADS	»	38
2.5.1 Il punteggio totale dell'ADS	»	39
2.6 I tre fattori di secondo ordine	»	39
2.7 Innovazioni dell'ADS	»	43

Cap. 3: La ricerca: analisi e risultati	»	45
3.1 Somministrazione e strumenti utilizzati	»	45
3.2 Caratteristiche demografiche	»	49
3.3 Attendibilità dell'ADS	»	53
3.4 I punteggi dell'ADS	»	56
3.5 Analisi fattoriale confermativa	»	62
3.6 Analisi delle intercorrelazioni tra le scale dell'ADS	»	69
3.7 Accortezze per il calcolo delle correlazioni tra l'ADS e gli altri questionari	»	81
3.8 Correlazioni dell'ADS con gli altri questionari	»	82
3.8.1 Validità convergente	»	83
3.8.2 L'ADS e lo STAXI	»	83
3.8.3 L'ADS e le scale di Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione	»	86
3.8.4 L'ADS e la scala di Fragilità emotiva	»	88
3.8.5 L'ADS e la Barratt Impulsiveness Scale	»	90
3.8.6 L'ADS e il PID-5	»	92
3.8.7 L'ADS ed il Beck Anxiety Inventory	»	96
3.8.8 L'ADS ed il Beck Depression Inventory	»	98
3.9 Scale di Impressione positiva	»	99
Cap. 4: Discussione	»	101
4.1 Interpretazione dei risultati dello studio	»	101
4.1.1 Analisi delle correlazioni	»	101
4.2 Confronto tra il presente studio e lo studio di validazione dell'ADS di DiGiuseppe e Tafrate	»	107
4.3 I limiti dello studio	»	109
4.4 Conclusioni	»	110
Bibliografia	»	115
Sitografia	»	120

Abstract

L'obiettivo di questa tesi è quello di validare l'utilizzo dello strumento "Anger Disorders Scale" (ADS) nella popolazione clinica italiana. Questo strumento è stato sviluppato e proposto da DiGiuseppe e Tafrate (2004), con l'obiettivo di discriminare le espressioni disfunzionali di rabbia da quelle che rappresentano invece un'esperienza affettiva normale e di fornire delle informazioni dal punto di vista clinico che siano in grado di orientare le scelte del terapeuta circa il trattamento più appropriato da proporre al paziente. Lo studio ha previsto la somministrazione dell'ADS e dei seguenti questionari: STAXI, scale di Irritabilità e di Ruminazione/Dissipazione (I.R.), scala per la misura della Fragilità Emotiva (F.E.), BIS-11, PID-5, BAI e BDI-2, al fine di andare a supportare e confermare i risultati ottenuti dallo strumento in esame. La somministrazione dei test è avvenuta all'interno di diverse comunità terapeutiche ed all'interno della casa circondariale e di reclusione. I partecipanti allo studio sono stati 255 persone, di cui 183 uomini, 70 donne. L'età dei partecipanti è compresa tra i 19 ed i 69 anni; mentre la scolarità va da un minimo di 5 anni ad un massimo di 18.

I risultati hanno messo in evidenza la presenza di correlazioni significative tra i punteggi ottenuti dall'ADS e quelli ottenuti dagli altri questionari, sia in relazione alle sottoscale che li compongono, sia in relazione ai domini ed ai fattori di ordine superiore cui fanno riferimento. Inoltre, l'utilizzo di un'analisi fattoriale confermativa (CFA) ha permesso di calcolare gli indici di fit della scala e confermare il modello multifattoriale proposto dagli autori del manuale della scala. La conferma dei risultati derivanti dalla CFA e la presenza di correlazioni che si muovono nelle direzioni attese, permettono di confermare le ipotesi iniziali, ovvero che l'ADS può essere utilizzato nella popolazione clinica italiana, come strumento adeguato per lo studio della collera.

Capitolo 1:

La collera ed i modelli di analisi

1.1 Definizioni del costrutto di collera

La collera è definita dall'American Psychological Association (APA) come un'emozione caratterizzata dall'antagonismo verso qualcuno o qualcosa che si ritiene abbia deliberatamente fatto del male". La collera "permette di esprimere sentimenti negativi oppure motiva la ricerca di una soluzione a dei problemi. L'eccesso di collera è ciò che causa problemi". Questa emozione fa parte delle cosiddette emozioni primarie, che fungono da supporto agli esseri viventi in termini di comportamenti complessi e biologicamente predisposti ad affrontare sfide che minano il loro benessere. (Panksepp, 1998).

Stando a quanto riportato da Novaco (1976), la collera provoca degli effetti nell'individuo, effetti che possono essere considerati "positivi" o "negativi" a seconda dell'influenza che essi hanno sul comportamento dell'individuo e, di rimando, sulle conseguenze che questi comportamenti hanno su chi o cosa sta intorno alla persona in quel momento. Per esempio, la collera tende ad "energizzare il nostro comportamento", permettendo un aumento del vigore dell'agito. Tale effetto, come indicato da Novaco (1976), ha una duplice funzione: "portare a forti risposte motorie o alzare la voce" oppure "permettere ad una persona di affrontare assertivamente le provocazioni o le ingiustizie". Inoltre, lo stesso autore (Novaco, 1994) fece ruotare la definizione di collera attorno al sentimento di antagonismo verso coloro che sono ritenuti responsabili di un evento aversivo, implicando che vi sia una tensione o un conflitto all'interno dell'esperienza di collera.

Un'ulteriore conferma si può trovare in Potegal et. al (2010), secondo i quali “le emozioni possono essere considerate positive o negative” e, di conseguenza, anche la collera presenta queste due facce della stessa medaglia. Ciò può essere dovuto a diverse cause: “(a) condizioni che hanno evocato l’emozione; (b) conseguenze adattive dell’emozione; o (c) della sensazione soggettiva dell’emozione”. In sostanza la collera può derivare da situazioni spiacevoli, essere una conseguenza adattiva o dipendere da come l’individuo la percepisce e, quindi, che effetto provoca a livello soggettivo. Gli studi di Harmon-Jones (2004) sull’esperienza della collera e sulla percezione che le persone hanno di essa hanno mostrato come essa sia percepita in maniera meno negativa da coloro che sono frequentemente arrabbiati. Nonostante ciò, questo studio conferma come tipicamente la collera sia valutata in maniera negativa.

Si può evincere come la collera sia quindi accompagnata da un certo pattern di attivazione fisiologica, come riportato da DiGiuseppe, Eckhardt et al. (1994) che la definiscono come “uno stato interno, mentale e soggettivo associato a specifiche cognizioni e a un particolare pattern di arousal fisiologico”. Cercare di identificare le emozioni sulla base delle attivazioni fisiologiche che esse comportano, però, non è possibile dato che, come dimostrato dalla letteratura (Ekman & Davidson, 1994), alcune di esse sono accomunate dagli stessi correlati fisiologici.

Infine, è importante citare il contributo di Spielberger (1972), che propose la distinzione tra stati e tratti emotivi, dove per emozione si intende un’esperienza discreta della stessa e per tratto la tendenza ad esperire l’emozione con una frequenza ed intensità maggiore. Sulla base di tale distinzione, nel 1988, applicò tali ipotesi sull’emozione della collera, nello specifico verso coloro che possiedono alti livelli di collera di tratto. Deffenbacher et al. (1996) consolidarono tali ipotesi rimarcando come queste persone sperimentassero

questa emozione più frequentemente rispetto alle altre persone, come la collera sia elicitata da numerosi e diversi stimoli, di come tali manifestazioni possano essere meno funzionali ed influenzare negativamente la vita delle persone.

In conclusione, la collera viene concettualizzata e spiegata in base a come essa sarà interpretata dal soggetto di riferimento e, per questo motivo, è necessario avere una definizione della collera che sia valida ed esaustiva, in modo tale da permettere una maggiore efficacia nei metodi di studio, intervento ed assessment.

1.2 I modelli della collera

1.2.1 Il modello della collera di Novaco (1975)

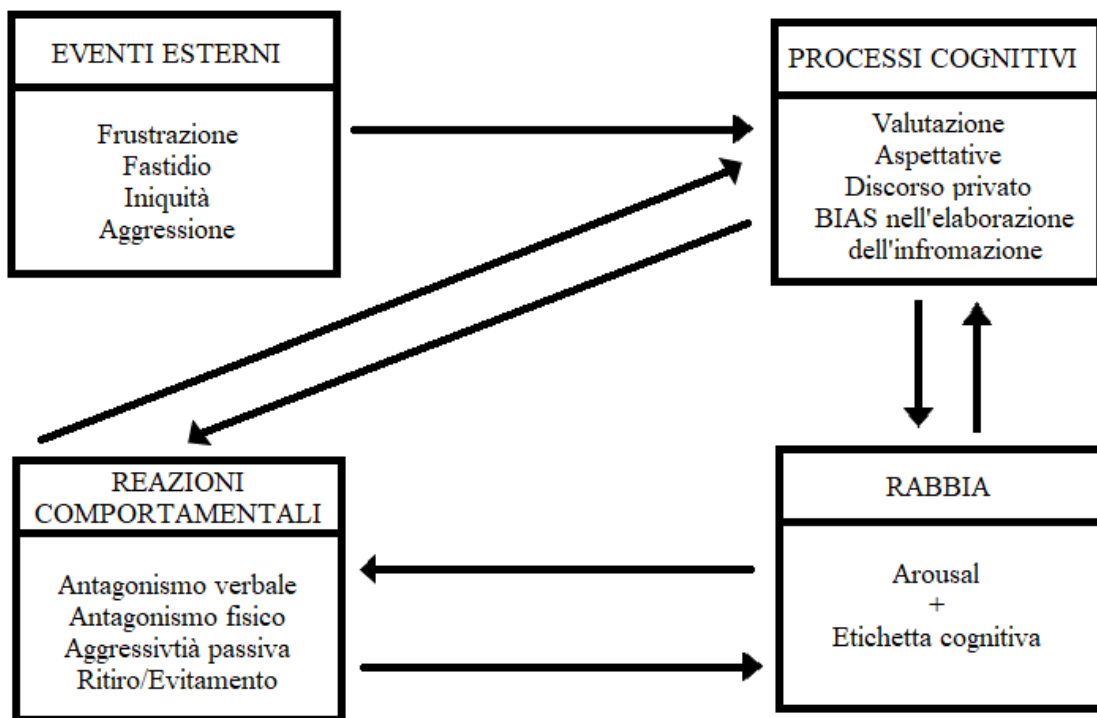
Il modello della collera di Novaco è un modello di carattere cognitivo. Come accennato nei paragrafi precedenti la collera non è solo un'emozione, ma anche una risposta emotiva a situazioni specifiche che l'individuo percepisce come minacciose. Citando DiGiuseppe & Tafrate (2007), con minaccia si intende un "qualcosa in grado di compromettere sia l'incolumità fisica e le risorse di una persona che il senso di auto-efficacia e la sua autostima". Come riportato dallo stesso Novaco (1975) gli eventi esterni sono elaborati cognitivamente e ciò causa uno stato di eccitazione emotiva, che altro non sarebbe se non una risposta fisiologica generale. Nel momento in cui si presenta questa risposta è "compito" dell'individuo etichettarla a seconda degli aspetti contestuali e dall'interpretazione che la persona stessa attribuisce. Quando l'emozione della collera si presenta ecco che possono esserci quattro principali reazioni comportamentali: antagonismo fisico o verbale; aggressività passiva; ritiro/evitamento. La scelta verso una di queste risposte sembra essere collegata ad esperienze passate dell'individuo,

l'interpretazione della situazione circostanziale ed il risultato che la persona prevede di ottenere.

Figura 1.2.1

Determinanti dell'eccitazione della collera secondo Novaco.

(<https://www.mitchmedical.us/cognition-emotion/novacos-cognitiveclinical-approach-to-anger.html>)



Novaco (1994) propose inoltre che la misurazione della collera dovesse includere scale di valutazione dei seguenti quattro domini: stimoli ambientali; caratteristiche cognitive della collera; aspetti di arousal della collera, come reazioni psicologiche, intensità degli affetti e durata; reazioni comportamentali all'arousal di collera. Domini che sono stati poi inseriti all'interno dell'ADS come domini: del comportamento, delle provocazioni, delle cognizioni e delle attivazioni; a cui è stato aggiunto quello delle motivazioni. Questo

strumento prese il nome di Novaco Anger Scale (NAS), che però verrà approfondito nel capitolo successivo.

1.2.2 Il modello della collera di Spielberger (1988)

Il modello di Spielberger (1988), utilizzato per la costruzione della scala “State Trait Anger Expression Inventory” (STAXI), si basa su due nozioni teoriche. La prima si basa sul fatto che ogni emozione ha sia degli aspetti di stato che degli aspetti di tratto. Lo “stato” emotivo fa riferimento a che cosa la persona sta provando in un determinato momento; mentre il “tratto” si riferisce alla frequenza e all’intensità con cui una persona sperimenta un dato stato emotivo. La misura dello stato della collera è utilizzata nella ricerca per rilevare quanto un individuo si senta arrabbiato al fine di studiare le variabili che predicono la collera. La seconda, invece, indaga la stabilità della risposta emozionale, affermando che l’individuo tende ad esprimere la collera verso l’esterno o verso l’interno.

1.2.3 Il modello della collera di Buss (1957)

Buss (1961) fu il primo a volgere lo sguardo su quelle che si possono definire delle forme di aggressività strumentali, non motivate dalla collera, ma indirizzate a raggiungere un obiettivo specifico. Propose il termine “aggressività” per indicare quei comportamenti che sono volti a danneggiare persone o cose, senza che però vi sia un’esperienza emotiva ben precisa. Egli, nella costruzione della scala Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI, 1957) si concentrò principalmente sulla valutazione degli atteggiamenti ostili e su come venisse espressa la collera. Nell’articolo precedentemente citato si parla di aggressività “overt” o diretta, che viene suddivisa in verbale e fisica, e aggressività “covert” che invece risulta essere indiretta, come ad esempio è la diffamazione. Sulla base di queste

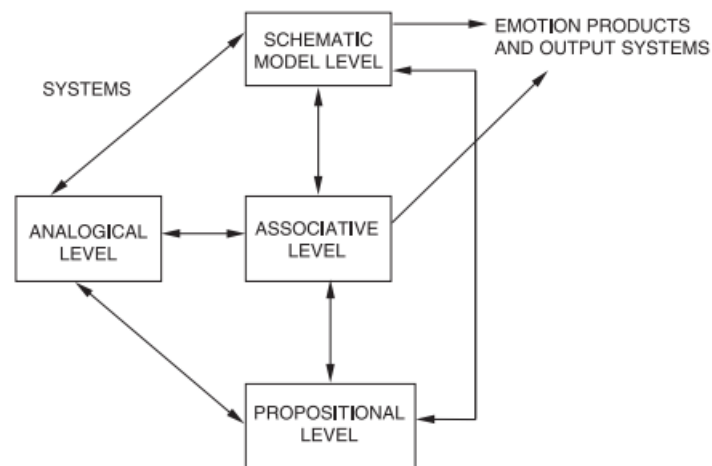
informazioni e sulla base del fatto che non esistessero degli inventari sull'ostilità, ecco che Buss e Durkee idearono uno dei primi strumenti multidimensionali per la misurazione della collera.

1.3 Il modello delle emozioni: lo SPAARS di Power & Dalglish (1997)

Un ulteriore modello degno di nota ed attenzione è il modello SPAARS, ovvero "Schematic Propositional Analogical and Associative Representation System" di Power e Dalglish (1997), ritenuto da DiGiuseppe & Tafrate (2007), la teoria delle emozioni più esauriente e supportata tra i contributi della psicologia cognitiva.

Figura 1.3.1

I quattro sistemi di rappresentazione di sistema del modello SPAARS



Lo SPAARS altro non è che una struttura multilivello per la comprensione delle emozioni; esso utilizza le cinque emozioni di base (felicità, disgusto, paura, tristezza e rabbia) come mattoni per la costruzione dell'ordine o del disordine emotivo.

Secondo questo modello le emozioni possono essere generate direttamente, attraverso un livello associativo, senza un passaggio simultaneo nel livello del modello schematico di

significato. Il modello in questione si basa su quella che è la natura modulare e analogica del sistema, ciò indica che la rappresentazione di un evento è di tipo duale dato che al suo richiamo concorrono due vie distinte: una che opera a livelli ottimali di elaborazione e l'altra, di carattere associativo, che fa riferimento diretto alla memoria a lungo termine. Secondo i due autori del modello, le emozioni possono essere elicitate in due modi diversi. Il primo avviene in maniera "associativa" ed è una via inconsapevole, quasi istantanea che si verifica in assenza di qualsiasi processo di valutazione attraverso il modello schematico. L'emozione scaturirebbe da una valutazione di un evento simile avvenuta nel passato e che, quando si ripresenta un tale evento, viene associata direttamente un'emozione precedentemente provata. Solitamente la generazione di queste emozioni è dovuta ad una funzione della ripetizione di combinazioni evento-emozione. Questi tipi di emozione risultano essere inflessibili e quindi difficilmente modificabili nel tempo.

Il secondo modo per la generazione delle emozioni avviene attraverso l'attivazione del significato schematico. Esso fa riferimento a sette componenti del processo emotivo:

- 1) un evento;
- 2) un'interpretazione;
- 3) una valutazione della situazione;
- 4) un cambiamento fisiologico;
- 5) la propensione a mettere in atto un'azione;
- 6) consapevolezza;
- 7) comportamento manifesto.

Quello che avviene è che, per esempio, un pericolo viene riconosciuto tramite una rappresentazione analogica della situazione. Da qui l'informazione passa su di un livello

proposizionale, in cui si attiveranno le conoscenze in riferimento al pericolo che si ha di fronte. Tutto ciò permette di fare un'interpretazione della situazione e permette di ipotizzare quale sia il miglior obiettivo raggiungibile. È proprio qui che entra in gioco la proposta teorica sulla generazione delle emozioni dei due autori, che suggeriscono come la relazione tra l'interpretazione e la struttura dell'obiettivo esistente, determini quale emozione venga sperimentata. La valutazione della minaccia, quindi, permette l'attivazione dei sistemi fisiologici associati ad una data emozione, come la paura, dando luogo ad un potenziale d'azione, come “scappare via dal pericolo”.

L'esistenza di queste vie permette di rendere conto dell'esperienza simultanea di emozioni diverse a fronte di una stessa situazione. Inoltre, l'essere costantemente faccia a faccia con un determinato stimolo o evento comporta l'automatizzazione dei processi di generazione delle emozioni, permettendo quindi una risposta associativa più rapida ed efficace, che non fa riferimento ai procedimenti cognitivi precedentemente elencati. Questo modello si differenzia da quello di Novaco in quanto non presuppone che la via automatica porti ad uno stato di attivazione generale o ad uno stato affettivo di valenza negativa non altrimenti specificato, ma piuttosto all'esperienza di emozioni ben definite.

1.4 I disturbi della collera nel DSM

Nelle prime due versioni del DSM, le forme lievi del disturbo della collera venivano ricondotte a ciò che veniva definito come “Personalità Esplosiva” (DSM-II). Successivamente, con il DSM-III, manuale diagnostico che per primo arrivò in Italia nel 1983, venne posto all'interno della categoria dei “Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti specificato”, con il nome di “Disturbo Esplosivo Intermittente (IED)”. I criteri diagnostici di questo disturbo erano suddivisi in:

“A. Diversi episodi discreti di perdita di controllo degli impulsi aggressivi che sfociano in gravi aggressioni o distruzione di proprietà.

B. Comportamento che è grossolanamente sproporzionato a qualsiasi fattore di stress psicosociale precipitante.

C. Assenza di segni di impulsività o aggressività tra episodi.

D. Non dovuto a schizofrenia, disturbo antisociale di personalità o disturbo della condotta.” (DSM-III).

Inoltre, vengono inserite alcune informazioni, a livello fisiologico, quali: “spesso gli individui dichiarano ipersensibilità agli input sensoriali come i rumori forti, stimoli uditivi o visivi ritmici e luci intense, aspetti che, come vedremo successivamente, verranno modificati nell’edizione successiva. Dalla descrizione di tale disturbo si può evincere di come, citando Novaco (1976), “la collera sia la più conosciuta delle emozioni umane, ma allo stesso tempo la meno studiata”; infatti il Disturbo Esplosivo Intermittente ha subito diverse variazioni negli anni, sia a livello di criteri diagnostici, che a livello di caratteristiche tipiche.

Nel 2000, con la pubblicazione del DSM-IV-TR, i criteri diagnostici di tale disturbo vengono modificati come segue:

“A. Diversi episodi discreti di mancata resistenza agli impulsi aggressivi che sfociano in gravi atti di aggressione o distruzione di proprietà.

B. Il grado di aggressività espresso durante gli episodi è grossolanamente sproporzionato a qualsiasi fattore di stress psicosociale precipitante.

C. Gli episodi aggressivi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, un disturbo antisociale di personalità, un disturbo borderline di personalità, un disturbo psicotico, un episodio maniacale, un disturbo della condotta o un disturbo da

deficit di attenzione/ipertattività) e non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio, una droga di abuso, un farmaco) o una condizione medica generale (per esempio, un trauma cranico, il morbo di Alzheimer).” (DSM-IV-TR).

Tali episodi vengono associati, dagli individui con questo disturbo, a sintomi affettivi come: “irritabilità o collera, aumento dell’energia, pensieri veloci”; inoltre è comune per la persona con questo sintomo provare “formicolio, tremori, palpitazioni, tensione al petto, pressione alla testa, o sentire un eco” nei momenti che anticipano l’episodio o durante lo stesso. Viene riportato come esistano anche delle situazioni in cui la persona “sperimenta degli impulsi aggressivi, ma è in grado di resistere all’azione o mettere in atto dei comportamenti meno distruttivi o aggressivi (ad esempio: urlare, prendere a pugni il muro senza danneggiarlo).

Infine, nel DSM-5, pubblicato nel 2013, il “Disturbo Esplosivo Intermittente” passa dalla categoria dei “Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti specificato” a quella dei “Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta”. Anche in questa edizione i criteri diagnostici sono cambiati e sono i seguenti:

“A. Sfoghi comportamentali ricorrenti che rappresentano un fallimento nel controllo degli impulsi aggressivi come manifestato da uno dei seguenti:

1. Aggressione verbale (ad esempio, scatti d’ira, bizzze, discussioni verbali o risse) o aggressione fisica verso proprietà, animali o altri individui, che si verifica due volte alla settimana, in media, per un periodo di 3 mesi. L’aggressione fisica non risulta in danni o distruzione di proprietà e non risulta in lesioni fisiche ad animali o altri individui.

2. Tre scoppi comportamentali che comportano danni o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che comporta lesioni fisiche contro animali o altri individui che si verificano in un periodo di 12 mesi.

B. La grandezza dell'aggressività espressa durante gli scoppi ricorrenti è grossolanamente sproporzionata alla provocazione o a qualsiasi fattore di stress psicosociale precipitante.

C. Gli scoppi aggressivi ricorrenti non sono premeditati (cioè, sono impulsivi e/o basati sulla collera) e non sono commessi in maniera continuativa.

o basati sulla collera) e non sono impiegati per raggiungere qualche obiettivo tangibile (ad es. denaro, potere, intimidazione).

D. Gli scoppi d'ira ricorrenti causano o una marcata angoscia nell'individuo o compromissione del funzionamento occupazionale o interpersonale, o sono associati a conseguenze finanziarie o legali.

E. L'età cronologica è di almeno 6 anni (o un livello di sviluppo equivalente).

F. Gli scoppi aggressivi ricorrenti non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, un disturbo depressivo maggiore, un disturbo bipolare, un disturbo di disregolazione dell'umore un disturbo psicotico, un disturbo di personalità antisociale, un disturbo di personalità borderline) e non sono attribuibili a un'altra condizione medica (per esempio, trauma cranico, malattia di Alzheimer) o agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio, una droga d'abuso, un farmaco). Per i bambini dai 6 ai 18 anni, il comportamento aggressivo che si verifica come parte di un disturbo di adattamento non dovrebbe essere considerato per questa diagnosi.”

Come si può leggere dal manuale gli episodi di collera esplosiva tipicamente risultano durare 30 minuti o meno e solitamente sono in risposta ad una provocazione derivante da una persona vicina al lui.

È interessante notare come la collera sia un sintomo che accompagni questo disturbo, ma non un fattore causale o predominante nella patologia stessa.

L'emozione della collera è considerata un sintomo, un qualcosa di “in più” rispetto ad un determinato disturbo; infatti, la collera si può ritrovare come sintomo o in comorbidità con numerosi disturbi, ma non ha mai un posto centrale all'interno degli stessi e non si parla direttamente di essa. Quanto appena riportato ottiene un'ulteriore conferma nella descrizione dell'IED. Tra i suoi criteri diagnostici, infatti, non si legge la presenza dell'emozione collera e di come essa potrebbe influire sulla persona o chi gli sta intorno, ma si legge invece di scoppi d'ira e scoppi aggressivi che hanno degli effetti e delle conseguenze sulle persone e ciò che li circonda.

Il sintomo della collera, però, è un sintomo molto comune in diversi disturbi del DSM-V. Partendo anche solo dall'IED si può notare come esso presenti delle comorbidità con i disturbi: depressivi; di ansia; da uso di sostanze; con i disturbi di personalità antisociale e borderline; oltre che con individui nella cui storia sono presenti “comportamenti dirompenti”. Ciò che accomuna tutti questi disturbi è il fatto che l'emozione della collera è molto presente all'interno del manuale, ma allo stesso tempo non è presente una categoria dedicata ai disturbi della collera e ad i loro criteri diagnostici. La collera, infatti, è inserita come un output derivante da un determinato disturbo e che tende ad avere delle ripercussioni sull'individuo e su chi gli sta intorno, senza però indagare ulteriormente sugli effetti diretti di tale emozione sull'individuo e che cosa essi possano causare.

Nel paragrafo “Caratteristiche associate a supporto della diagnosi”, paragrafo presente per ogni disturbo all'interno del DSM-V, sono riportate informazioni in merito alla collera come sintomo nei vari disturbi. Esempi di ciò si possono trovare nei seguenti disturbi. Nella *Schizofrenia* si può osservare come la collera venga posta all'interno di un “umore disforico che può prendere la forma di depressione, ansia o collera”. Nel *disturbo*

Bipolare di tipo I si parla invece di “variazione rapida dell’umore alla collera o depressione”. Nel disturbo di *Ansia da separazione* la collera è indicata come un output dell’individuo “quando è estremamente agitato alla prospettiva di una separazione”. Per quanto riguarda il *disturbo Ossessivo-Compulsivo di personalità* (“DOC”) viene sottolineato come all’interno di una situazione in cui queste persone “non sono in grado di mantenere il controllo del loro ambiente fisico o interpersonale” siano inclini ad arrabbiarsi, anche se questa emozione non viene manifestata esternamente, ma solo tramite il “rimuginio”. Rimanendo sempre all’interno del DOC, possiamo leggere di come ci siano anche dei casi in cui la collera è “espressa con indignazione per una questione apparentemente minore”.

Per quanto riguarda il *disturbo Depressivo Maggiore*, nel paragrafo “Caratteristiche diagnostiche” la collera viene utilizzata come esempio per spiegare come “alcuni individui riportano o mostrano un aumento dell’irritabilità (es. collera persistente, una tendenza a rispondere agli eventi con scoppi d’ira o dare la colpa agli altri, un esagerato senso di frustrazione per questioni minori)”. Il *disturbo Acuto da Stress* riporta che in alcuni individui tale patologia possa provocare “una forte risposta di collera, la cui reattività è caratterizzata da risposte irritabili o possibilmente aggressive”. Anche con il *disturbo di Astinenza da Cannabis* la collera è interpretata come un sintomo comune di ritiro a causa della mancata assunzione della sostanza. Inoltre, sempre per questo disturbo, la presenza di sintomi di “collera, irritabilità o aggressività” corrisponde al primo punto del criterio B, facente riferimento a quei sintomi che tendono a svilupparsi nella settimana successiva alla mancata assunzione della sostanza. Anche nel *disturbo da Astinenza da*

tabacco la collera è uno dei sintomi che possono insorgere nell'individuo “entro 24 ore dalla brusca cessazione dell'uso di tabacco, o una riduzione della quantità” dello stesso.

Solo pochi disturbi presentano all'interno dei propri criteri diagnostici l'emozione della collera come criterio per identificare tale disturbo. Tra questi abbiamo: il *disturbo Disforico Premestruale* che presenta come secondo punto del criterio B, che fa riferimento ai sintomi che presenta la persona, la seguente dicitura: “irritabilità marcata o collera o aumento dei conflitti interpersonali”. Analizzando le caratteristiche diagnostiche del *disturbo Post-Traumatico da Stress*, nel quarto punto del criterio D, ovvero “alterazioni negative nella cognizione e nell'umore associati all'evento traumatico (...)”, si può osservare come la collera sia stata inserita interno di uno “stato emotivo negativo persistente”, insieme a “paura, orrore, colpa, vergogna”. Nel *disturbo da Intossicazione da stimolanti*, la collera viene indicata come uno dei possibili “cambiamenti comportamentali o psicologici problematici e clinicamente significativi che si sono sviluppati durante o poco dopo l'uso di uno stimolante”, come riportato nel criterio B. Nella scheda del *disturbo Paranoide di Personalità* si può osservare come si parli di reazioni di collera in riferimento al sesto punto del criterio A, che fa riferimento a “sfiducia e sospetto nei confronti degli altri tali che i loro motivi sono interpretati come malevoli (...)”. Nello specifico si parla del fatto che l'individuo “percepisce attacchi alla sua persona o alla sua reputazione che non sono evidenti agli altri ed è veloce a reagire con collera o a contrattaccare”. In questo caso, quindi, la collera è un sintomo, una reazione con cui l'individuo affronta ciò che gli causa dolore o che lo fa sentire ferito. Per quanto riguarda il *disturbo Borderline di personalità*, la collera, è uno dei nove punti per la diagnosi del disturbo. Nello specifico si parla di “collera inappropriata e intensa o

difficoltà nel controllo della collera (es. (...), collera costante, scontri fisici ricorrenti)". Questo sembra essere dovuto al fatto che gli individui con questa diagnosi sono "molto sensibili alle circostanze ambientali" e nelle situazioni in cui vi è un "cambio di piani" oppure una "separazione limitata nel tempo", arrivano a sperimentare "intense paure di abbandono e collera inappropriata". Allo stesso tempo, sperimentare questa forte collera e la percezione di non saperla controllare porta l'individuo a provare "vergogna e colpa", che contribuiscono alla "sensazione di essere cattivi".

Nel capitolo sui "Disturbi dirompenti del controllo degli impulsi e della condotta", nell'introduzione ai disturbi che contengono questa parte, si può notare come la collera, in riferimento ai *disturbi della Condotta*, venga indicata come la causa di "molti sintomi comportamentali (es. aggressività)", in quanto "possono essere il risultato di emozioni poco controllate" come, appunto, la collera. Per quanto riguarda il *disturbo Intermittente Esplosivo*, invece, come è stato indicato in precedenza, "si concentrano in gran parte su emozioni scarsamente controllate, esplosioni di collera che sono sproporzionate alla provocazione interpersonale o di altro tipo o ad altri fattori di stress psicosociale. Mentre per il *disturbo Oppositivo Provocatorio* la collera è inserita all'interno di quelle emozioni che fungono da criterio per identificare tale disturbo, insieme all'irritabilità.

Ci sono anche dei casi in cui, la collera, non viene indicata come un sintomo, ma come un'emozione "mancante", che proprio per tal motivo permette di fare diagnosi di determinati disturbi. Questo è il caso, per esempio, dei *disturbi di Piromania e Cleptomania*, dei quali è interessante notare come l'espressione della collera non sia un sintomo da utilizzare per spiegare l'insorgenza di tale disturbo, ma che invece richieda

l'assenza di tale emozione per spiegare l'agito. Oppure nel *disturbo di personalità Schizoide*, ove l'individuo con tale diagnosi “affermano di provare raramente emozioni forti come collera e gioia”, soprattutto per quanto riguarda “l'espressione della collera, anche in risposta a provocazioni dirette”.

1.5 Riflessioni sulla collera nell'ambito clinico

Come è stato esposto nel precedente paragrafo inerente alla collera nei disturbi clinici enunciati dal DSM-V (APA, 2013), così anche nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-11; World Health Organization – WHO, 2018) non sono presenti categorie diagnostiche che considerano la collera come nucleo patologico di un disturbo. Come abbiamo visto per il DSM-V la collera è menzionata in svariati disturbi, ma la sua presenza non è un punto nevralgico per poter determinare una diagnosi. L'unica eccezione, come è stato riportato nel capitolo precedente, è l'IED; anche se tale disturbo non dà informazioni inerenti a quelli che sono gli stati interni della collera e non si sofferma sulle varietà di esperienze che portano all'espressione di tale emozione. Nonostante la letteratura abbia più volte sottolineato e portato all'attenzione il fatto che la collera possa provocare delle conseguenze nel funzionamento dell'individuo che la sperimenta non esiste ancora una categoria nosografica che possa rendere conto di questi problemi.

Negli anni ci sono state delle proposte per quanto riguarda la classificazione di una nuova categoria di disturbi pervasivi legati alla collera. Una di queste è stata quella di Eckhardt e Deffenbacher (1995), che proposero una classificazione basata su due dimensioni. La prima distingue il “disturbo di rabbia situazionale”, che fa riferimento ad eventi o stimoli specifici dal “disturbo di rabbia generalizzato”, che si concentra su quei disturbi che

possono essere esacerbati da un'ampia varietà di stimoli e situazioni. La seconda dimensione, invece, avviene una distinzione sulla base della presenza o assenza di comportamenti aggressivi, arrivando a parlare di “disturbi con aggressività” e “disturbi senza aggressività”.

Un'altra proposta è stata avanzata da DiGiuseppe e Tafrate (2007) e riguardava la sostituzione del “Disturbo esplosivo intermittente” con la nuova diagnosi di “Disturbo da regolazione-espressione della rabbia” (Anger Regulation-Expression Disorder - ARED). Esso si articolerebbe in tre sottocategorie di disturbo di rabbia: “di tipo prevalentemente espressivo”, i cui sintomi coincidono con quelli dell'IED, ma si differenziano dallo stesso perché non implica che le aggressioni debbano essere di carattere impulsivo o diretto, ma anche premeditate o passive-aggressive o relazionali; “di tipo prevalentemente soggettivo” che presentano un'intensa collera, persistente e disfunzionale o che tendono a reprimerla, ma che in generale la sua espressione è moderata o bassa; “di tipo misto”, che fa riferimento a quelle persone che presentano dei sintomi che soddisfano i criteri delle due categorie sopra citate. I criteri proposti da DiGiuseppe e Tafrate (2004; 2007) per la diagnosi di ARED riguardano durata, numero di stimoli elicitanti, cronicità e frequenza degli episodi di collera. Per quanto riguarda la durata si rende necessario inserire un cut-off di diversi giorni, di modo che si tengano in considerazione sia episodi con una durata minore, ma che soddisfano diversi criteri che episodi di durata maggiore, che però non soddisfano alcun criterio. In riferimento al numero di stimoli elicitanti si farebbe riferimento all'ampiezza del range di stimoli, che indicherebbe la facilità con cui un individuo sperimenta lo stato affettivo della collera. Infine, vi è la frequenza degli episodi di collera verso cui è stato indicato un cut off di un episodio grave a settimana. Inoltre, per la diagnosi di questi disturbi, è richiesta la presenza di almeno due

caratteristiche affettive e una comportamentale. Questo nuovo sistema di diagnosi permetterebbe di riclassificare quegli individui con problemi di collera, soprattutto per coloro che non presentano solamente aspetti di aggressività fisica. In ogni caso gli episodi di collera e le relative manifestazioni dovrebbero inficiare sia sulle relazioni personali che su quelle professionali. Il quadro sintomatologico, infine, non deve essere spiegato da un'altra condizione medica o psicopatologica. La ricerca non ha fornito delle evidenze tali da poter ricorrere a questa proposta diagnostica e, per questo motivo, bisogna muoversi con cautela nell'utilizzo di questi criteri. DiGiuseppe e Tafrate considerano l'introduzione dell'ARED come propedeutica allo sviluppo di ulteriori sottocategorie e, nel 2004, hanno proposto un valido strumento per determinare il rispetto dei criteri proposti per la diagnosi sopramenzionata: l'Anger Disorder Scale.

CAPITOLO 2:

STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DELLA COLLERA E DELL'ADS

L'ADS non è stato né il primo né l'unico questionario sviluppato con l'obiettivo di studiare la collera nell'individuo, anzi esistono diversi strumenti che, in maniera più o meno diretta indagano tale emozione. Tra questi possiamo trovare inventari di personalità, inventari specifici sulla collera e strumenti per il benessere soggettivo. Tra gli inventari di personalità abbiamo il 16 Personality Factor Questionnaire (16PF; Cattell, 1975), il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2; Harthaway & McKinley, 1989), il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCM-III; Millon, 1994) e l'inventario di Personalità per il DSM-5 (PID-5; American Psychiatric Association, 2013). Tra gli inventari specifici per la rabbia si annoverano: il Buss Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957), il Multidimensional Anger Inventory (MAI; Siegel, 1986), lo State Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1988), l'Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992), la Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994) e la Clinical Anger Scale (CAS; Snell, Gum et al., 1995).

Un'altra scala è il Positive And Negative Affect Schedule-Expanded (PANAS-X; Watson & Clark, 1999), versione estesa del Positive And Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Il PANAS-X è un questionario composto da 60 item, 40 in più rispetto alla versione precedente, che misurano due scale di ordine superiore ovvero quella degli affetti positivi e quella degli affetti negativi. Oltretutto, rispetto alla versione iniziale, misura undici affetti specifici tra cui l'ostilità. Nello specifico tale scala richiede al rispondente di dare una valutazione da 1 (per niente) a 5 (estremamente) di una certa lista di parole, sulla base di una corrispondenza tra le parole lette ed i sentimenti provati in quel momento. Questo strumento indaga il benessere soggettivo del rispondente

e valuta i punteggi dei fattori di ordine superiore sulla base dei punteggi ottenuti nelle sottoscale che li compongono. È quindi utile nella valutazione di problematiche legate alla sottoscala collera-ostilità, ma non permette una diagnosi specifica inerente a questo costrutto. (DiGiuseppe & Tafrate, 2004)

Infine, vi è anche la Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1975, la cui ed. it. è a cura di Sarno et al., 2011) che include una scala sull'ostilità, ma che non valuta adeguatamente il profilo di collera dell'individuo. Questa checklist tende a misurare la psicopatologia, in senso generale, del rispondente anziché valutarne i costrutti specifici di cui è composta (DiGiuseppe & Tafrate, 2004).

2.1 Gli inventari di personalità

2.1.1 Il 16 Personality Factor Questionnaire

Il 16 Personality Factor Questionnaire (Cattell, Cattell & Cattell; ed. 5, 1994) è un questionario self-report sulla personalità ed è ampiamente utilizzato per la valutazione del funzionamento della personalità normale. Il 16PF è composto da 185 item a scelta multipla che non chiedono al rispondente di autovalutare la propria personalità, bensì tendono a portare la persona nella direzione di interrogarsi su situazioni di vita quotidiana e concreta. Questo strumento fornisce i punteggi su 16 scale di personalità primarie e cinque scale di personalità generali. All'interno dello strumento si può trovare una scala che indaga il costrutto di diffidenza, ma lo strumento, da solo, non è utile per tracciare un profilo completo dell'individuo per quanto riguarda la collera. (DiGiuseppe & Tafrate, 2004)

2.1.2 Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory seconda edizione (MMPI-2, Hathaway & McKinley, 1989; ed. it. a cura di Pancheri & Sirigatti, 1995) è un questionario di autovalutazione, su base dicotomica (“Vero/Falso”) con lo scopo di individuare le caratteristiche di personalità del rispondente e la presenza di eventuali disturbi psicologici. Questo strumento rappresenta uno dei test psicologici più utilizzati in ambito clinico e non, come nell’ambito forense in cui è ampiamente diffuso. Il questionario è composto da diverse scale che sono suddivise in: scale di validità, che indagano la misura in cui il rispondente ha compilato il questionario in termini di attendibilità ed accuratezza; scale cliniche di base, che valutano le dimensioni più significative della persona; scale addizionali; scale di contenuto, che approfondiscono le diverse variabili della personalità e le sottoscale (di Harris e Lingoies). Per quanto riguarda il costrutto della collera si può notare come esso sia indagato in varie parti del questionario stesso. Nello specifico possiamo ritrovarlo tra le scale addizionali e quelle di contenuto. Nelle scale addizionali si può trovare la scala “Ostilità ipercontrollata”, che misura la capacità di gestione della frustrazione della persona. In questo caso, punteggi elevati alla scala, indicano soggetti che mostrano comportamenti appropriati, ma che occasionalmente possono manifestare eccessi di collera. Per le scale di contenuto, invece, possiamo indicare tre scale: “Rabbia”, “Cinismo” e “Tipo A”. La scala “Rabbia” indaga i problemi di controllo della collera e del comportamento aggressivo. Punteggi elevati in questa scala indicano sensazioni persistenti di collera ed ostilità; sono inoltre tipici di individui irritabili e scontroso che possono perdere il controllo durante episodi di collera ed aggredire persone o cose. La scala “Cinismo” si focalizza sull’idea che gli altri abbiano dei comportamenti criticabili e la tendenza ad avere sfiducia nei confronti delle loro motivazioni. Infine, vi è anche la

scala “Tipo A”, presa in considerazione in quanto fa riferimento a soggetti ipermotivati, centrati sul lavoro ed irritabili, che diventano prepotenti nel momento in cui qualcuno impedisce loro di raggiungere i propri obiettivi. Nonostante l’eccellente affidabilità e validità dell’MMPI-2 vi sono delle difficoltà nella valutazione della collera. Infatti, come riportato da DiGiuseppe & Tafrate (2004) per fare lo scoring delle scale sopra citate è necessario che il rispondente risponda a tutti i 567 items. La forma breve del test, composta da 370 items, non tiene conto delle scale di contenuto e quindi anche in questo caso la valutazione del costrutto collera non risulterà adeguato. Un secondo problema, invece, fa riferimento al fatto che lo scoring tramite computer richiede un maggior numero di pacchetti per calcolare le scale di contenuto e quelle addizionali.

2.1.3 Il Millon Clinical Multiaxial Inventory

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III; Millon, 1994; 3 ed. it. a cura di Zennaro, 2016) è un questionario self-report, composto da 175 items dicotomici (“Vero/Falso”), nato per indagare i pattern di personalità e la sintomatologia clinica nei pazienti psichiatrici, sulla base della teoria avanzata da Millon (1986). Secondo l’autore un modello scientifico della personalità deve essere costituito da quattro elementi: teoria coerente o schemi esplicativi; nosologia o classificazione basate sulla teoria, come nei disturbi di personalità del DSM-IV; strumenti di valutazione del modello, empiricamente fondati; interventi concreti a partire dai dati acquisiti. Millon (1986), partendo da ciò, pone tutto in un’ottica evolucionistica, implementando una teoria che ponesse una distinzione tra stili di personalità e risposte patologiche. Secondo questa teoria ogni compito che l’individuo affronta ed il modo in cui questo avviene, determina lo sviluppo della personalità dell’individuo stesso. Sulla base di questa teoria, Millon, indicò 15 stili

di personalità. Le scale che maggiormente ci interessano in quanto legate alla collera, nello specifico, sono le scale di: personalità antisociale, personalità sadica-assertiva, personalità negativistica-risentita e personalità borderline. Inoltre, nelle sindromi cliniche gravi si fa riferimento alla patologia grave della personalità di tipo paranoide. Per quanto riguarda le descrizioni di queste personalità si fa riferimento a quanto esplicitato da Millon et al. (1986). Nel disturbo di personalità antisociale si inseriscono individui che, per contrastare l'aspettativa di dolore da parte di altri, si impegnano in comportamenti illeciti o illegali, tramite i quali sfruttano gli altri per trarne vantaggio. Hanno una tendenza all'esprimere il comportamento vendicativo nei confronti di coloro che sono stati causa di un torto o di un'ingiustizia. Il loro essere molto scettici nei confronti degli altri viene utilizzato per giustificare ed incoraggiare questo tipo di condotte. Nel disturbo sadico-assertivo gli aspetti di dolore e piacere sono tra loro in conflitto o invertite. Si tratta di individui che non solo creano eventi oggettivamente dolorosi, ma che li vivono come piacevoli arrivando a considerare il dolore come il miglior modo per potersi relazionare all'altro. Il loro comportamento tende ad essere ostile, litigioso, abusante e brutale. Gli individui con una personalità risentita-negativistica sono individui in cui vi è forte ambivalenza: essi, infatti, sono sia orientati verso sé stessi che verso gli altri, ma c'è un intenso conflitto tra i due mondi. Sono individui che tendono a dare maggior importanza agli altri in un certo momento e a sé stessi in un altro; inoltre, il loro comportamento oscilla da obbediente a provocatorio a seconda della situazione. Il disturbo borderline, indicato da Millon come uno dei disturbi di personalità più gravi, è caratterizzato da una grave disregolazione affettiva che produce una grave instabilità dell'umore. Sono individui che presentano conflitti trasversali alle polarità di piacere e dolore; attivo e passivo; sé e l'altro. Sono incapaci di assumere una posizione coerente, neutra o

equilibrata e tendono a spostarsi dall'estremo di una polarità all'altro. È presente, inoltre, un'ambivalenza cognitivo-affettiva tale per cui vi è una forte espressione di sentimenti conflittuali di collera, amore e senso di colpa verso gli altri. Infine, per quanto riguarda il disturbo paranoide viene sottolineato come i soggetti possano diventare ostili ed aggressivi a causa di idee paranoiche o di deliri di persecuzione, grandiosità o gelosia. Sono individui che tendono ad essere molto diffidenti e sospettosi verso gli altri, in quanto impauriti da eventuali tradimenti.

Nonostante ciò, l'MCMI-III non include scale della collera, anche se, appunto, vi è la scala per la personalità negativistica che tende a dare un'ottica più specifica sul funzionamento di tali individui. Sfortunatamente, però, non si può fare affidamento solo a questa scala per avere un'adeguata visione d'insieme delle dimensioni disfunzionali della collera nell'individuo.

2.1.4 L'inventario di Personalità per il DSM-V: il PID-5

L'inventario di personalità per il DSM-V (PID-5, American Psychiatric Association, 2013) è una scala self report che misura i tratti di personalità non adattivi relativi ai seguenti cinque domini: "Affettività negativa", "Distacco", "Antagonismo", "Disinibizione" e "Psicoticismo". La scala è composta da 220 item, che compongono 25 facet di tratto di personalità, che a loro volta compongono i domini sopra citati. Ogni item è valutato su una scala a 4 punti compresa tra 0 ("Sempre o spesso falso") e 3 ("Sempre o spesso vero"), inoltre alcuni item specifici (7, 30, 35...) vengono codificati all'inverso prima di essere inseriti all'interno del conteggio finale. I domini di questo strumento rappresentano il funzionamento dell'individuo e ciascuno di essi può essere identificato come l'estremità di un continuum che va dalla patologia alla normalità.

Il dominio dell'”Affettività negativa” fa riferimento ad esperienze frequenti ed intense di una vasta gamma di emozioni negative e delle relative manifestazioni comportamentali e interpersonali. Punteggi elevati in questo dominio indicano che la persona potrebbe manifestare: instabilità emotiva ed umorale, ansia, angoscia di separazione, atteggiamenti di sottomissione, depressione, sentimenti di rabbia e irritabilità, affettività ridotta (ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni), perseverazione inefficace e diffidenza. L'opposto di questo dominio può essere identificato nella stabilità emotiva.

Il dominio del “Distacco” indica l'evitamento di tutte quelle esperienze socio-emotive che implicano intrattenere delle interazioni interpersonali o la capacità di provare piacere ed esprimere gli affetti. Individui con un elevato punteggio in questo dominio possono presentare: ritiro sociale, evitamento dell'intimità, anedonia, depressione, affettività ridotta e diffidenza. Il suo opposto risulta essere l'estroversione.

Il dominio “Antagonismo” definisce quei comportamenti che mettono l'individuo in conflitto con altre persone, compresi un senso esagerato della propria importanza, mancanza di empatia verso gli altri e la tendenza a sfruttare le persone per il proprio tornaconto personale. Chi ottiene punteggi significativi in questa dimensione tende a manipolare ed ingannare l'altro e ricercano attenzioni per aumentare il loro senso di grandiosità. Sono individui ostili e insensibili. All'altro lato del continuum troviamo atteggiamenti di disponibilità e considerazione verso gli altri.

Il dominio “Disinibizione” segnala la ricerca di una soddisfazione pressoché immediata dei propri desideri e si lega a comportamenti impulsivi che ignorano le conseguenze future e non considerano le esperienze passate. Coloro che ottengono dei punteggi elevati in questo dominio sono molto coscienti e perfezionisti, inoltre sono facilmente distraibili e tendono ad avere dei comportamenti irresponsabili ed impulsivi.

Infine, il dominio “Psicoticismo” fa riferimento alla manifestazione di comportamenti e pensieri culturalmente incoerenti, bizzarri o insoliti, sia dal punto di vista dei processi che da quello dei contenuti. I rispondenti che hanno punteggi significativi in questa dimensione riportano convinzioni ed esperienze inusuali.

2.1.5 I limiti degli inventari di personalità

Tutti questi inventari presentano degli svantaggi comuni nell’indagine della collera a causa dell’eccessiva lunghezza degli stessi, che rendono poco pratica la somministrazione, e della varietà dei costrutti misurati. Inoltre, questi inventari sono stati creati per scopi diversi e si può notare che, nonostante l’inclusione di scale finalizzate all’analisi della collera, queste risultano poco approfondite.

2.2 Gli inventari specifici per la collera

2.2.1 Il Buss-Durkee Hostility Inventory

Il Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957; ed. It. a cura di Castrogiovanni et al., 1982) è stato uno dei primi questionari di stampo multidimensionale per l’indagine dell’ostilità. Esso è composto da 75 item a risposta dicotomica, distribuiti in otto scale che indagano: aggressività fisica, nel senso di aggressione alle persone; aggressività indiretta, ovvero comportamenti non diretti ai soggetti verso cui si prova rabbia; irritabilità; ostilità verbale; senso di colpa; comportamenti oppositivi; risentimento e diffidenza. Tale strumento può essere utilizzato per la valutazione degli aspetti attuali del comportamento del soggetto e per le caratteristiche di tratto. Nonostante la popolarità del BDHI non ci sono ricerche che supportino la struttura fattoriale proposta dalla scala. La scala fu revisionata nel 1992 da Buss e Perry e prese il nome di Aggression

Questionnaire (AQ). Essa è composta da quattro scale, adeguatamente valide e supportate: “Rabbia di tratto”, “Ostilità”, “Aggressività fisica” e “Aggressività verbale”. Ciascuna delle scale si concentra maggiormente sugli aspetti cognitivi dell’esperienza affettiva, come ad esempio l’appraisal degli stimoli ambientali, ma allo stesso tempo non includono una scala per l’”Anger-in” nonostante ci sia molto supporto per quanto riguarda lo stile di espressione della collera. Caprara (1986) aumentò il numero delle scale del BDHI inserendo la scala di “Ruminazione”. Anche in questo caso, però, non venne inserita alcuna misura per l’”Anger-in”.

2.2.2 Il Multidimensional Anger Inventory

Il Multidimensional Anger Inventory (MAI; Siegel, 1986) è un questionario self report composto da 38 item, che sono stati selezionati per la misurazione delle seguenti cinque dimensioni di rabbia: frequenza, durata e intensità degli episodi di collera, range di stimoli che la elicitano, atteggiamenti ostili e la modalità attraverso cui viene gestita la collera. Quest’ultima include la misurazione di anger-in, anger-out, senso di colpa, rimuginio e discussione della collera: situazione in cui l’individuo parla dei problemi con altre persone senza far sapere loro che è arrabbiato. Questa scala si basa su un modello che sottolinea l’importanza di: stimoli elicitati, atteggiamenti o valutazione e dell’espressione della collera. L’analisi fattoriale delle cinque scale del MAI rivela che gran parte degli items sono significativi per la scala di appartenenza. Gli item della scala “ostilità” presentano valori di factor loading più bassi.

2.2.3 Lo State Trait Anger Expression Inventory

Lo State Trait Anger Expression Inventory (STAXI, Spielberger, 1988) è la scala più utilizzata ed empiricamente supportata tra gli inventari dedicati alla misura della collera. Si tratta di un questionario self report composto da 57 item valutati su una scala a 4 punti (1 = “Quasi mai”; 4 = “Quasi sempre”). Spielberger (1988) teorizzò che le emozioni potessero essere espresse in due forme diverse: quella di stato e quella di tratto. La rabbia di stato fa riferimento ad una condizione temporanea e transitoria, caratterizzata da sentimenti soggettivi di intensità variabile, che possono variare da un moderato senso di noia e fastidio fino a sentimenti di ira o stati di furia. La rabbia di tratto, invece, indica una caratteristica disposizionale che rende conto di quanto intensamente e frequentemente una persona sperimenta tale emozione. Chi presenta una forte disposizione tenderà a percepire le situazioni come fastidiose o frustranti e reagirà ad esse con un aumento nella rabbia di stato. Lo STAXI include sia una scala per la misura della rabbia di stato (S-Rabbia) che una per la rabbia di tratto (T-Rabbia). Sempre secondo Spielberger l'espressione delle emozioni risulta essere orientata in due direzioni: verso l'interno, indagata tramite la scala “Rabbia-in” (AX/In) e verso l'esterno, indagata tramite la scala “Rabbia-out” (AX/Out) che, rispettivamente, indicano la predisposizione di un individuo a sopprimere la rabbia e ad esternarla. Inoltre, lo scoring permette di ottenere il punteggio di altre due scale: la scala “Controllo della rabbia” (AX/Con) e la scala “Espressione della rabbia” (AX/EX). Il punteggio di quest'ultima si ottiene sommando le tre scale precedenti. La scala AX/Con misura quanto frequentemente l'individuo cerca di controllare l'espressione della propria rabbia; mentre la scala AX/EX permette di calcolare un indice generale della frequenza con cui la collera viene espressa. Siccome l'autore della scala considera l'ostilità e l'aggressione come costrutti differenti, egli non

ritenne che la collera fosse in grado di spiegarli sufficientemente e, nonostante essa rappresenti una condizione necessaria, non incluse scale sulla loro valutazione.

2.2.4 La Novaco Anger Scale

La Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994) è un questionario self report, sviluppato sulla base del modello Novaco (1976), che postula quattro domini dell'esperienza della collera: le provocazioni che elicitano; l'esperienza emotiva in termini di durata, intensità e attivazione fisiologica; le cognizioni a cui si accompagna; le espressioni comportamentali con cui si manifesta. Le scale del NAS sono state costruite per rappresentare e valutare al meglio i quattro domini precedentemente citati. La revisione più recente della scala (Novaco Anger Scale e Provocation Inventory – NAS-PI, 2003) è composta da due parti: NAS, dedicata alla valutazione dell'esperienza della collera e PI, composta da un inventario che racchiude delle situazioni che possono provocarla. Entrambe possono essere somministrate singolarmente. Mentre la NAS fornisce un punteggio totale che indica una generale inclinazione alla collera ed un punteggio alla scala “Cognizioni” che indaga giustificazioni, ruminazione, ostilità e sospettosità del rispondente. Nella scala “Attivazione” viene indagata durata, intensità e attivazione fisiologica degli episodi di collera; dalla scala “Comportamenti” si misurano le tendenze a reagire impulsivamente, aggredire sia fisicamente che verbalmente l'altra persona e l'espressione della collera in maniera indiretta. La “Regolazione della rabbia”, invece, esprime la capacità dell'individuo nel controllare i pensieri che elicitano la collera, di reagire in modo adeguato alle provocazioni e di calmarsi. Dall'altra parte, tramite il punteggio totale del PI, si misura la reattività a cinque tipologie di triggers: la sensazione

di essere stati trattati in maniera irrispettosa, le ingiustizie subite, i sentimenti di frustrazione, il fastidio dovuto alle caratteristiche altrui e l'irritabilità.

2.2.5 La Clinical Anger Scale

La Clinical Anger Scale (CAS; Snell, Gum et al., 1995) è stata l'unica scala, prima della costruzione dell'ADS, che ha indagato la collera come fenomeno clinico. Questo è uno strumento self report che indaga i sintomi psicologici che si presume abbiano una certa rilevanza per la comprensione ed il trattamento della collera in ambito clinico. È una scala composta da 21 item, posti sottoforma di affermazioni. Il format della scala è molto simile a quello del Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, 1996). Ai soggetti viene chiesto di leggere le 21 affermazioni e di selezionare una delle frasi che maggiormente li rappresentano (es. "non mi sento arrabbiato", "mi sento arrabbiato", "sono arrabbiato per la maggior parte del tempo" o "sono così arrabbiato che non lo posso tollerare"). Ognuna delle risposte ha un punteggio che varia da 0 a 4. In questa maniera si è in grado di valutare la gravità della collera e dei suoi effetti sull'individuo all'interno dell'ambito clinico.

I sintomi indagati dalla scala in questione sono: sentimenti di collera al momento della compilazione; sentimenti di collera verso il futuro; collera verso il fallimento; collera verso le cose; ostilità; infastidire gli altri; collera verso sé stessi; accusare gli altri per la propria infelicità; volontà di far male agli altri; urlare alle persone; senso di irritamento alla compilazione al momento della scala; problemi sociali, decisionali, lavorativi, del sonno, dell'appetito, del pensiero, della salute e a livello sessuale; alienazione degli altri; affaticamento. La scala non può essere utilizzata per prevenire una diagnosi per il semplice fatto che in nessun manuale diagnostico è presente una diagnosi riconducibile

alla collera. Il CAS è un valido strumento per la misurazione degli outcome inerenti al funzionamento generale dell'individuo, ma ha una minore utilità in termini di trattamento e nella valutazione dei cambiamenti dell'individuo nel tempo. Questo è dovuto al fatto che l'ipotesi di partenza degli autori, basata sul fatto che la collera fosse un costrutto multidimensionale, è stata confutata dall'analisi fattoriale, che ha, invece, mostrato come essa sia monodimensionale.

2.2.6 I limiti degli inventari specifici della collera

Per concludere si sottolinea come questi strumenti siano stati costruiti appositamente per indagare la collera, ma di come essi presentino comunque dei limiti relativi al loro utilizzo. Nello specifico la NAS non presenta una buona coerenza interna; il MAI non è rappresentativo di una misura esaustiva dei domini che indaga; CAS e BDHI, infine, presentano delle criticità per quanto riguarda la loro struttura fattoriale. L'unica eccezione ricade nello STAXI, che ad oggi è lo strumento più empiricamente supportato per quanto riguarda la valutazione della collera. Infine, gli strumenti che possiedono delle adeguate proprietà psicometriche sono limitati dalla quantità delle loro scale, che non permettono di distinguere le varie tipologie di problemi legati alla collera e non hanno un'ampia possibilità di pianificazione del trattamento.

2.3 L'Anger Disorder Scale

L'Anger Disorders Scale (ADS) e la sua versione breve (ADS:S) sono misure self-report sviluppate da DiGiuseppe e Tafrate (2004) designate all'identificazione delle espressioni disfunzionali di collera, prendendo in considerazione individui con un'età di 18 anni o maggiore. Questa scala è stata creata per identificare quegli aspetti della collera che

possono portare allo sviluppo di disfunzioni e compromissioni nella popolazione clinica, al fine di fornire informazioni che siano in grado di orientare le scelte del terapeuta verso il trattamento più adeguato per il paziente. La forma completa dell'ADS è utilizzata per la predisposizione di un trattamento specifico, mentre la sua forma breve è maggiormente utilizzata ai fini di screening.

La costruzione e lo sviluppo dello strumento in questione si sono basati sulla letteratura psicologica, in particolare per quanto riguarda il tema delle emozioni e sulla ricerca inerente agli strumenti che indagano lo stesso costrutto. Le sottoscale dell'ADS sono state raggruppate nei quattro domini proposti dal modello di Novaco (1994), con l'inserimento di un ulteriore dominio, ovvero quello delle "Motivazioni", aggiunto per tenere in considerazione quelle situazioni in cui la collera è espressa con l'intento di raggiungere un determinato obiettivo, come può esserlo la vendetta. Questo strumento, quindi, è composto dai seguenti cinque domini: "Provocazioni", "Attivazioni", "Cognizioni", "Motivazioni" e "Comportamenti".

Lo sviluppo di questo strumento, come indicato dagli autori stessi del manuale, si è basato su un lavoro clinico su pazienti che provavano collera e che hanno cercato o sono stati indirizzati verso i servizi di cura per la salute mentale. L'idea di base è dovuta al fatto che la collera non è presente come un disturbo in nessun sistema diagnostico e quindi l'utilizzo di questo strumento è atto a capire e riconoscere le disfunzioni dovute a questa emozione e come essa possa essere esperita in maniera adattiva e diversa per persona e persona. Il loro obiettivo principale è stato quello di sviluppare uno strumento che non si limitasse solo a descrivere la natura clinica di una persona con problemi di collera, ma anche dare delle linee guida per un intervento migliore. Tutto questo risulta essere

coerente con la proposta di DiGiuseppe e Tafrate di classificare una nuova categoria di disturbi pervasivi legati alla collera, grazie all'ausilio dell'ADS.

2.4 Struttura dell'ADS

Il modello dell'ADS è suddiviso in cinque domini, ovvero “Provocazioni”, “Attivazioni”, “Cognizioni”, “Motivazioni” e “Comportamenti”. All'interno di ognuno di questi domini sono raggruppate un totale di 18 sottoscale.

2.4.1 Il dominio “Provocazioni”

Questo dominio fa riferimento agli stimoli che elicitano la collera. La valutazione di tale dimensione si basa su due sottoscale: “Provocazioni” e “Essere feriti/Rifiuto sociale”. La prima scala misura l'ampiezza degli stimoli che elicitano la rabbia, analizzando se ciò è dovuto a degli stimoli circoscritti e specifici oppure generalizzati. Punteggi che ricadono nel range clinico indicano una persona che sperimenta dei problemi di collera generalizzati che hanno una forte influenza nei diversi contesti di vita. La seconda sottoscala, invece, valuta il grado in cui il dolore o il rifiuto sociale provocano episodi di collera. Individui con un punteggio nel range clinico sono sensibili alle critiche, hanno problemi interpersonali e possono sviluppare disturbi depressivi.

2.4.2 Il dominio “Attivazioni”

Il dominio sopracitato è composto da tre sottoscale: “Attivazione fisiologica”, “Durata dei problemi di collera” e “Durata degli episodi di collera”. Questo dominio include le esperienze fenomenologiche come l'intensità, la durata e gli aspetti fisici delle emozioni. La prima sottoscala misura la frequenza con cui l'individuo riporta i sintomi fisiologici,

dovuti all'attivazione del sistema nervoso simpatico, nel momento in cui prova rabbia. Alcuni individui con seri problemi di ira mostrano una scarsa consapevolezza delle proprie reazioni fisiologiche. Ciò spiega il perché bassi punteggi a questa scala sono correlati ad elevati punteggi in uno dei fattori di secondo ordine, quello dell' "Anger-in". I clinici dovrebbero considerare la possibilità di una condizione di psicopatia nel caso in cui vi siano dei bassi punteggi in "Espressione verbale", "Aggressività fisica" o "Coercizione", in quanto potrebbero segnalare la messa in atto di comportamenti aggressivi privi di emotività o affettività negativa.

La sottoscala "Durata dei problemi di collera" valuta quanto a lungo la collera abbia causato dei problemi al rispondente o alle persone per lui significative. Per coloro che segnalano di avere avuto questi problemi per almeno 6 mesi potrebbero, secondo gli autori, sviluppare un disturbo connesso alla collera, mentre questo criterio era utilizzato nel DSM-IV-TR (APA, 2000) per i criteri dell'asse I.

Infine, la sottoscala "Durata degli episodi di collera" rileva la durata, media, di un episodio di collera. Chi ha un punteggio basso indica un lasso di tempo minore in cui la persona esperisce la collera e ritorna alla baseline; contrariamente un punteggio più elevato indica un episodio che si protrae maggiormente nel tempo.

2.4.3 Il dominio "Cognizioni"

Questo dominio include elementi delle emozioni come i pensieri che le persone usano per valutare gli stimoli e mediare l'esperienza delle emozioni. Esso è composto dalle seguenti sottoscale: "Diffidenza", "Risentimento", "Ruminazione" e "Impulsività". La sottoscala "Diffidenza" misura la convinzione che le altre persone, come familiari o amici stretti, abbiano delle intenzioni ostili nei confronti del rispondente. Chi ha dei punteggi che

ricadono nel range clinico tende ad interpretare eventi neutrali o accidentali come motivati da intenzioni ostili. Di fronte ad un punteggio oltre il 95° percentile il clinico deve escludere Schizofrenia Paranoide o il disturbo Paranoide di personalità. La sottoscala “Risentimento” valuta la credenza di non avere ricevuto una ricompensa equa dalla vita o che la sua vita sia più difficile di quella degli altri. Un punteggio elevato indica un soggetto incline ad incolpare le altre persone per i propri insuccessi e ad attribuire i successi altrui alla fortuna anziché al merito. La sottoscala “Ruminazione” indaga l’eccessiva preoccupazione o attenzione a ciò che ha provocato i vissuti di collera. Ciò implica un’incapacità di mantenere il focus sul lavoro o su degli obiettivi quando si è arrabbiati. La ruminazione potrebbe essere indicata come il meccanismo primario a sostenere un episodio di collera. Punteggi all’interno del range clinico implicano che la persona passi molto tempo a rimuginare e che ciò causi una difficoltà a livello di concentrazione nel proprio lavoro. Infine, vi è la sottoscala “Impulsività” che analizza la consapevolezza del rispondente a comportarsi in maniera impulsiva quando è arrabbiato. Solitamente i comportamenti impulsivi hanno delle conseguenze negative. Punteggi elevati in questa scala sono collegati a punteggi elevati in “Aggressività fisica” e “Ruminazione”, indicando come il rispondente spesso percepisca una perdita del controllo quando è arrabbiato; situazione che si manifesta dopo un periodo di ruminazione.

2.4.4 Il dominio “Motivazioni”

Il dominio delle motivazioni include l’uso delle emozioni nel far fronte alle minacce e agli eventi stressanti; le emozioni motivano un qualche tipo di risposta alle minacce. Esso è composto dalle seguenti sottoscale: “Vendetta”, “Riduzione della tensione” e

“Coercizione”. La prima sottoscala, “Vendetta”, si propone di rilevare il desiderio dell’individuo di ottenere vendetta verso coloro che sono ritenuti responsabili del proprio stato di collera e, quindi, soggetti ad essere puniti. Coloro che ottengono dei punteggi clinicamente rilevanti tendono ad avere delle convinzioni morali fortemente radicate, che vedono nella vendetta una giustificazione per porre rimedio alle trasgressioni altrui. La sottoscala “Riduzione della tensione” indaga l’intenzione di ridurre i sintomi della tensione e le emozioni spiacevoli sperimentate durante gli episodi di collera. Chi mostra dei punteggi elevati tenderà a focalizzarsi sul porre fine a situazioni che provocano questa emozione, per sentirsi rilassati. Sono individui che tendono a distrarsi dalla propria collera tramite l’abuso di sostanze, guida spericolata, rapporti sessuali o attività fisica. Si può pensare a loro come individui con scarse capacità assertive e di problem solving. La sottoscala “Coercizione” valuta la tendenza dell’individuo ad utilizzare la collera per controllare gli altri o per realizzare i propri desideri a livello di relazioni interpersonali. Chi ottiene un punteggio superiore al 95° percentile dovrebbe essere ulteriormente valutato per il disturbo Antisociale di personalità o per la psicopatia. Più è alto il punteggio e maggiormente è probabile che la persona sia coinvolta in relazioni disfunzionali, manipolative o abusanti. Inoltre, chi presenta un punteggio clinicamente significativo manifestano la propria rabbia, spesso in maniera aggressiva, per controllare gli altri.

2.4.5 Il dominio “Comportamenti”

Infine, il dominio dei comportamenti valuta che motivazioni interagiscono con altri aspetti della personalità per determinare gli agiti che emergono per far fronte alle minacce. Questo dominio è composto dalle sottoscale “Trattenere la collera”,

“Espressione verbale”, “Aggressività fisica”, “Aggressività relazionale”, “Aggressività passiva” e “Aggressività indiretta”. La sottoscala “Trattenere la collera” misura la tendenza del rispondente a trattenere o sopprimere sentimenti di collera per evitare di manifestarli pubblicamente. Punteggi elevati in questa scala indicano che la persona non esprime la collera esternamente, ma la trattiene internamente. Può esserci comorbidità con la depressione. La sottoscala “Espressione verbale” valuta la tendenza del rispondente a manifestazioni verbali inerenti alla collera come insulti, minacce, commenti sarcastici o urla. Sono individui che tendono a sbattere le porte o colpire i muri nel momento in cui sono arrabbiati. Punteggi clinicamente significativi in questa scala sono correlati con la sottoscala “Ruminazione”. La sottoscala “Aggressività fisica” indaga la misura in cui il rispondente aggredisce fisicamente oggetti o persone quando è arrabbiato, come ad esempio colpire qualcuno o sbattere le porte. Individui che presentano un punteggio clinicamente significativo devono essere sottoposti ad ulteriori approfondimenti inerenti la tipologia delle aggressioni e la frequenza con cui esse vengono messe in atto. La sottoscala “Aggressività relazionale” misura la frequenza del rispondente alla messa in atto di atteggiamenti di esclusione, alienazione, diffamazione o denigrazione nei confronti di chi è causa della sua collera. Chi presenta un punteggio elevato in questa sottoscala risulta impaurito o riluttante al pensiero di fronteggiare apertamente le persone con cui sono arrabbiate. La sottoscala “Aggressività passiva” misura la propensione dell’individuo ad esprimere la propria collera tramite il non portare a termine compiti, richieste o attività attese dalle persone verso le quali è arrabbiato. Coloro che hanno un punteggio che ricade nel range clinico presentano dei punteggi elevati nella sottoscala “Vendetta” e nelle altre sottoscale inerenti all’aggressività. Infine, la sottoscala “Aggressività indiretta” misura la frequenza con cui il rispondente mette in atto dei

comportamenti orientati a danneggiare la carriera di una persona, ad esempio tramite il raccontare falsità, o le proprietà altrui, al fine di soddisfare il proprio desiderio di vendetta nei confronti di coloro che sono stati causa del suo stato di collera. Queste azioni non sono impulsive, ma premeditate e organizzate; inoltre può capitare che la vittima non sappia l'identità della persona che sta causando loro questi problemi. Punteggi clinicamente significativi indicano una persona che tende alla ruminazione e che ha delle buone capacità di controllo. Questi individui sono convinti del fatto che le persone devono pagare per delle trasgressioni commesse, che vengono identificate come tali nel momento in cui la persona fa riferimento al proprio codice morale. Inoltre, l'individuo si comporta in questa maniera per provare un senso di potere sugli altri

2.5 Il calcolo dei punteggi dell'ADS

Una volta compilato l'ADS si ottengono i punteggi relativi alle diciotto sottoscale, che vengono raggruppati all'interno di tre fattori di secondo ordine: "Reattività/Espressione", "Anger-in" e "Vendetta". Il punteggio totale della scala sarà dato dalla somma di questi tre fattori; inoltre, la scala permette di calcolare un indice di "Impressione positiva". Tale indice è stato introdotto per calcolare il livello di desiderabilità sociale della persona nel momento in cui risponde alle domande della scala stessa. Un punteggio pari o inferiore a 15 indica come il soggetto abbia cercato di dare un'immagine di sé positiva; viceversa, un punteggio superiore a 15 indica come il soggetto non stia cercando di alterare l'impressione che dà di sé. Per ottenere dei risultati più accurati e valutabili sarebbe bene che tutte gli item dell'ADS avessero risposta, ma nel caso in cui questo non dovesse essere possibile allora il valore di tale risposta verrà considerato pari a 0.

2.5.1 Il punteggio totale dell'ADS

Il punteggio totale della scala segnala la presenza, o l'assenza, di disturbi di collera. I rispondenti che ottengono un punteggio pari o superiore al 95° percentile è probabile che abbiano dei seri problemi di collera che vanno ad influenzare tutti o gran parte degli ambiti della propria vita. Tipicamente, le persone con questo punteggio tendono a trattenere la collera dentro di sé per lunghi periodi, per poi esprimerla esternamente in diversi modi come quello fisico, verbale, relazionale, passivo o comportamenti indiretti. Se il punteggio totale è compreso tra il 90° ed il 94° percentile ci troviamo di fronte ad individui che presentano un disturbo della collera moderato, la cui collera influenza più di un ambito della loro vita, ma non è così preponderante su ogni situazione. Chi ottiene un punteggio compreso tra il 75° e l'89° percentile presenterebbe un disturbo della collera lieve, che risulta essere accompagnato da significativi problemi con la gestione di tale emozione. In questo caso la collera non interferisce con il funzionamento quotidiano o settimanale della persona. Infine, chi ha un punteggio inferiore al 75° percentile può comunque mostrare dei punteggi clinicamente significativi in almeno uno dei tre fattori di secondo ordine, come può anche essere che la persona non presenti nessun tipo di disturbo della collera.

2.6 I tre fattori di secondo ordine

Come precedentemente accennato i tre fattori di secondo ordine sono: "Reattività/Espressione", "Anger-in" e "Vendetta". Il fattore "Reattività/Espressione" è composto dalle seguenti sottoscale: "Provocazioni", "Attivazione fisiologica", "Durata dei problemi di collera", "Ruminazione", "Impulsività", "Coercizione" ed "Espressione verbale". I rispondenti che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore al 95° percentile

presentano le seguenti caratteristiche durante i frequenti episodi di collera: urla, imprecazioni, minacce e insulti. Sono individui che esprimono la propria collera sbattendo i piedi o sbattendo i pugni su tavoli, muri, porte, ecc... Le persone che presentano elevati punteggi in questa scala sono soggette a problemi di collera che persistono nel tempo e che sono suscettibili a numerosi stimoli. Inoltre, è presente una tendenza alla ruminazione su ciò che è percepito ingiusto nei propri confronti. Gli episodi di collera sono episodi impulsivi nei cui confronti la persona non è in grado di esercitare un controllo. Queste persone ne risentono maggiormente sul piano relazionale e, di conseguenza, anche su quello lavorativo. Sembra esserci un'alternanza tra periodi di ruminazione in cui la collera è soppressa e periodi in cui, invece, vi sono scoppi d'ira. Coloro che ottengono un punteggio compreso tra il 90° ed il 94° percentile possono presentare tutti i sintomi sopra elencati, ma i loro scoppi d'ira tendono ad interferire meno nella loro vita quotidiana e sembra che questi sfoghi colpiscano un solo ambiente di vita o una sola persona. Chi presenta un punteggio tra il 75° e l'89° percentile presenta sempre dei problemi significativi legati alla collera, ma ciò non influisce sul suo funzionamento quotidiano o settimanale. Nonostante ciò, l'espressione verbale della collera tende ad influenzare una o più aree di funzionamento.

Il secondo fattore di ordine superiore è "Anger-in". Esso è composto dalle seguenti sottoscale: "Essere feriti/Rifiuto sociale", "Durata degli episodi di collera", "Diffidenza", "Risentimento", "Riduzione della tensione" e "Trattenere la collera". Coloro che ottengono dei punteggi pari o superiori al 95° percentile sono facilmente propensi a mostrare collera nel momento in cui si trovano di fronte a delle situazioni o stimoli che minacciano la loro autostima. Nello specifico i commenti delle altre persone che non menzionano la loro realizzazione o la conoscenza delle loro azioni causano questa

emozione. Quando sono arrabbiati tendono a rimanere in questa condizione per tempi lunghi che vanno da diversi giorni fino ad una settimana, il tutto senza essere in grado di scrollarsi di dosso tale emozione. Se il comportamento altrui è neutro o non tende a validare l'ego di queste persone, ecco che il soggetto in questione attribuirà loro degli atteggiamenti ostili. In questo caso si parla maggiormente di distorsione anziché di paranoia. È, inoltre, molto comune il pensiero di avere una vita più difficile degli altri, insieme alla percezione di essere stati imbrogliati numerose volte. A causa di ciò la loro rete sociale è molto limitata. Nonostante la collera provata sia molta, queste persone tendono a non esternarla mai, nemmeno per raggiungere un obiettivo o desiderio personale. I rispondenti che ottengono un punteggio compreso tra il 90° ed il 94° percentile sembrano avere dei problemi di collera simili a quelli del percentile superiore, ma il grado e la frequenza di queste disfunzioni è minore. Sono individui che riescono a vivere alcuni giorni senza rimuginare sulle ingiustizie subite. Molto probabilmente sono persone in grado di mantenere delle relazioni personali intime, ma che sono messe a dura prova dal livello di collera e da ciò che la persona sente. Sono individui poco assertivi e che non sanno esprimere insoddisfazione agli altri. Coloro che ricadono tra il 75° e l'89° percentile, tipicamente, hanno delle esperienze di collera che sono problematiche, ma che non interferiscono con il loro funzionamento a livello giornaliero o settimanale. Sono percepiti dagli altri come persone irritabili, scontrose ed inclini a percepire degli eventi neutrali come indirizzati negativamente alla propria persona. Sono individui che tendono ad avere una propria "lista di nemici" che comprende quelle persone che hanno "condannato" per trasgressioni compiute o perché non li rispettano. Per quanto riguarda l'interpretazione del punteggio finale dell'"Anger-in", bisogna tenere in considerazione il fatto che esso dipende dai risultati degli altri due fattori di secondo ordine. Infatti, chi

ha alti punteggi in questo fattore e un alto punteggio in uno degli altri due (“Reattività/Espressione” o “Vendetta”), presenterà un’alternanza tra periodi in cui l’individuo sopprime la propria collera e periodi in cui, invece, la esprime tramite episodi di aggressività verbale o fisica.

Il terzo ed ultimo fattore di ordine superiore è “Vendetta”, composto dalle seguenti sottoscale: “Vendetta”, “Aggressività fisica”, “Aggressività Relazionale”, “Aggressività Passiva” e “Aggressività Indiretta”. In merito ai rispondenti che ottengono un punteggio pari o superiore al 95° percentile, ci si aspetta che queste persone abbiano dei seri problemi di collera che affliggono diversi ambiti della loro vita. La caratteristica dominante in merito alla collera di queste persone è il desiderio di vendetta. Una volta che hanno subito o percepito un attacco o un insulto, sentono il bisogno di pareggiare la questione cercando di “fargliela pagare”. Il perdono o il fallimento di un atto vendicativo sono visti come aspetti di immoralità e codardia, che fungono da invito ad ulteriori vittimizzazioni da parte del proprio nemico. Sono individui che utilizzano una varietà di comportamenti aggressivi e coercitivi. Non c’è sempre un comportamento violento e diretto nei confronti delle persone che ritengono “nemiche”, ma anche comportamenti volti a distruggere le proprietà di queste persone o dei tentativi di diffamazione. Coloro che ottengono un punteggio compreso tra il 90° ed il 94° percentile hanno molti dei sintomi sopra menzionati, ma la loro aggressività interferisce meno frequentemente con la loro vita. La loro rabbia si mostra in pochi ambiti e, solitamente, nei confronti di poche persone. Infine, individui con un punteggio compreso tra il 75° e l’89° percentile presentano una difficoltà di rilievo clinico, anche se la gravità risulta essere lieve; inoltre, il loro comportamento aggressivo non interferisce con il loro funzionamento su base giornaliera o settimanale.

2.7 Innovazioni dell'ADS

Come detto inizialmente l'ADS non è stato il primo questionario che ha indagato il costruito della collera, ma a differenza degli altri strumenti citati nel capitolo, questa scala rappresenta una misura onnicomprensiva sviluppata al fine di valutare molteplici dimensioni di questa emozione. Lo strumento risulta essere il primo ad avere incluso il dominio delle motivazioni, dominio che fino ad ora non era stato contemplato. Inoltre, tutte le sottoscale di cui è composto l'ADS fanno riferimento ad aspetti specifici legati all'esperienza della collera ed ognuna di esse è relativa ad un preciso dominio di interesse. Infine, l'ADS non permette solamente di avere un quadro completo della persona a cui è stato somministrato lo strumento, ma permette anche di avere delle informazioni in merito al trattamento clinico più efficace verso la stessa.

CAPITOLO 3:

La ricerca: analisi e risultati

3.1 Somministrazione e strumenti utilizzati

La somministrazione dell'ADS e degli altri questionari è avvenuta all'interno di alcune comunità terapeutiche e presso le case circondariali e di reclusione del nord est Italia, ad una popolazione maggiorenne. I test sono stati somministrati in forma cartacea, dopo che i soggetti hanno firmato il consenso informato. Inizialmente è stato chiesto loro di compilare una scheda informativa in riferimento ai propri dati personali, come ad esempio genere, età, scolarità, ecc., e successivamente sono stati consegnati loro i test da compilare. La compilazione è avvenuta all'interno di un unico incontro.

Unitamente all'ADS sono stati somministrati ulteriori test, nello specifico:

- lo State Trait Anger Expression Inventory (STAXI, Spielberger, 1988), nello specifico la terza parte, ovvero "AX/EX". I valori dell'Alpha di Cronbach per questo campione oscillano tra .74 e .88, indicando una coerenza interna da accettabile a buona;
- le Scale di Irritabilità e di Ruminazione/Dissipazione (I.R.; Caprara & Caprara, 1991). Queste scale derivano dall'unione delle versioni ridotte di due scale diverse: quella di Irritabilità (Caprara, 1983) e quella di Ruminazione/Dissipazione (Caprara et al., 1985), in un unico questionario. La scala dell'Irritabilità valuta le componenti impulsive della condotta aggressiva; mentre quella di Ruminazione/Dissipazione misura la tendenza dell'individuo a superare più o meno rapidamente i sentimenti di rancore ed i desideri di ritorsione in seguito alle offese subite. Il questionario è composto da 30 items, valutati su

una scala a 6 punti. I valori dell'alpha per questo campione sono pari a .86 per la scala Irritabilità e .88 per quella di Ruminazione/Dissipazione, indicando una coerenza interna buona;

- la Scala per la misura della Fragilità Emotiva (FE; Caprara et al., 1991). Essa è stata costruita tramite l'integrazione di due scale: quella della Suscettibilità emotiva (Caprara, 1983) e quella di Persecutorietà (Caprara et al., 1990). Questa scala fornisce una misura di quei sentimenti persecutori e di inadeguatezza personale che si presume siano triggers delle manifestazioni aggressive. Il test è composto da 30 items, valutati da una scala a 6 punti. L'alpha di Cronbach per questo campione di studio è eccellente e risulta pari a .92;
- la Barrat Impulsive Scale (BIS-11; Patton et al., 1995; ed. it. a cura di Fossati et al., 2001), è un questionario self report atto alla valutazione dell'impulsività nell'individuo. Nello specifico lo strumento è composto da sei sottoscale, che si articolano all'interno di tre fattori di secondo ordine: "Impulsività attentiva", che si riferisce sia all'incapacità di focalizzare l'attenzione sia ad un elevato livello di instabilità cognitiva; "Impulsività motoria", che indica la tendenza ad agire in base all'impulso del momento e la mancanza di perseveranza soprattutto sul piano comportamentale; "Impulsività da non pianificazione", legata ad una scarsa capacità di autocontrollo e ad una bassa complessità cognitiva. Lo strumento è composto da 30 items, valutati sulla base di una scala a 4 punti, compresa tra un valore pari a 1, che corrisponde a "Mai/Raramente", e 4, che corrisponde a "Quasi sempre/Sempre". A causa di un valore dell'alpha risultato inaccettabile nella dimensione "Impulsività attentiva", si è proceduti con l'eliminazione dell'item 20 ("Sono un pensatore assiduo"), ottenendo un valore di .63. Per quanto riguarda

l'alpha dell'"Impulsività motoria" è stato rilevato un valore di .70; mentre per "Impulsività da non pianificazione" un valore pari a .61;

- l'Inventario di Personalità per il DSM-5 (PID-5; American Psychiatric Association, 2013; ed. it. a cura di Fossati et al., 2016), che è stato ampiamente descritto nel capitolo precedente, presenta valori degli alpha dei domini che vanno da buoni ad eccellenti, i cui valori, per questo campione, sono compresi tra .88 e .92;
- il Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1990; ed. it. a cura di Sica et al., 2006) è un questionario self-report per la misura della gravità dell'ansia percepita, soprattutto dei suoi aspetti fisiologici. Il BAI è composto da un totale di 21 items, valutati su una scala a 4 punti, che va da 0 ("per niente") a 3 ("molto"). Nel presente studio la coerenza interna è risultata pari a .94;
- il Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II; Beck et al., 1996; ed. It. a cura di Ghisi et al., 2006). Si tratta di un questionario che valuta la presenza e l'intensità delle manifestazioni attentive, cognitive, motivazionali, psicomotorie e vegetative della depressione. Lo strumento è composto da 21 items, valutati su una scala a 4 punti. Nel presente studio la coerenza interna è risultata eccellente, con un alpha pari a .91.

Nelle tabelle che seguono (3.1.1, 3.1.2 e 3.1.3) sono stati riportati i valori dell'alpha di tutti i questionari utilizzati, fatta eccezione per quelli dell'ADS, che verranno analizzati successivamente.

Tabella 3.1.1

Attendibilità BDI-II, BAI, Scala per la misura della Fragilità emotiva, Scale di Irritabilità e di Ruminazione/Dissipazione, STAXI AX/EX

Sale e sottoscale	Alpha di Cronbach	N° Items
BDI-II	.91	21
BAI	.94	21
Scala FE	.92	30
Scale I.R.		
Irritabilità	.86	15
Ruminazione/Dissipazione	.88	15
STAXI AX/EX		
AX/In	.82	8
AX/Out	.74	8
AX/Con	.88	8

Tabella 3.1.2

Attendibilità BIS-11

Scale e domini	Alpha di Cronbach	N° items
BIS-11	.82	30
Impulsività attentiva	.63	7
Impulsività motoria	.70	11
Impulsività da non pianificazione	.61	11

Tabella 3.1.3

Attendibilità PID-5

Scale e domini	Alpha di Cronbach	N° items
PID-5		220
Affettività negativa	.90	23
Distacco	.89	24
Antagonismo	.88	21
Disinibizione	.90	22
Psicoticismo	.92	33

3.2 Caratteristiche demografiche

Il campione iniziale era comprensivo di 266 persone appartenenti alla popolazione clinica, reclutate presso le comunità terapeutiche (55.69%) e presso le case circondariali e di reclusione (44.31%) del nord est Italia. Si è resa necessaria l'esclusione di 11 individui: 5 a causa della loro modalità di risposta e 6 per la mancata compilazione dell'ADS.

Il campione finale su cui sono state condotte le analisi risulta così composto da 255 persone, di cui 183 uomini (71.76%), 70 donne (27.46%) e 2 (0.78%) persone che non hanno indicato il proprio genere.

L'età dei partecipanti è compresa tra i 19 ed i 69 anni, con un'età media di 37.18 anni (ds 10.91). Sono presenti persone di diverse nazionalità e persone con doppia nazionalità. La maggioranza dei partecipanti proviene da paesi europei e questi rappresentano l'89.42% del campione. Tutte le caratteristiche sono descritte nella tabella 3.2.1. Il 66.67% dei soggetti ha dichiarato di essere single o fidanzato non convivente; il 18.04% sposato; il

12.93% separato o divorziato e l'1.18% vedovo. Il restante 1.18% non ha indicato il suo stato civile. Inoltre, il 55.69% del campione è costituito da disoccupati; il 14.90% da lavoratori occupati a tempo pieno; il 7.45% da studenti; il 3.92% da lavoratori precari o con contratti a progetto; il 3.92% da lavoratori part-time; il 2.75% da individui che non lavorano a causa di una disabilità; l'1.96% è pensionato/a; l'1.18% lavora come casalinga/o e, infine, il 7.45% dichiara di svolgere altri lavori e lo 0.78% non ha indicato la propria occupazione.

Tabella 3.2.1

Statistiche descrittive popolazione clinica (n=255)

Variabili demografiche	Frequenza	Percentuale
<i>Genere</i>		
Uomo	183	71,76%
Donna	70	27,46%
Non indicato	2	0,78%
<i>Nazionalità</i>		
Europea	228	89,42%
Africana	16	6,28%
Americana	2	0,78%
Asiatica	2	0,78%
Doppia nazionalità	5	1,96%
Non indicata	2	0,78%
<i>Occupazione</i>		

Studente/ssa	19	7,45%
Precario	10	3,92%
Pensionato/a	5	1,96%
Disoccupato/a	142	55,69%
Occupato/a tempo pieno	38	14,90%
Altro	19	7,45%
Part-time	10	3,92%
Non lavora a causa di disabilità	7	2,75%
Casalinga/o	3	1,18%
Non indicato	2	0,78%

Stato civile

Single/Fidanzato non convivente	170	66,67%
Sposato/Convivente	46	18,04%
Separato/divorziato	33	12,93%
Vedovo/a	3	1,18%
Non indicato	3	1,18%

Per quanto riguarda gli anni di frequenza scolastica, questa va da un minimo di 5 anni ad un massimo di 18 anni, con una media pari a 10,29 anni, come riportato nella tabella seguente.

Tabella 3.2.2

Frequenza scolastica (n=255)

Anni di frequenza scolastica	frequenza
Minimo	5.00
Massimo	18.00
Media	10.29
Mediana	8.00
ds	2.76
1 quartile	8.00
3 quartile	13.00

Relativamente alla storia clinica degli individui coinvolti nello studio, il 57.25% afferma di avere, o aver avuto in passato, un problema psicologico per il quale ha richiesto una consulenza o un aiuto professionale, mentre il 34.12% dichiara di non averne mai fatto richiesta. Il motivo della richiesta riguarda diverse problematiche, tra cui le più comuni sono: tossicodipendenza, depressione e gestione delle emozioni. L'8.63% delle persone non ha risposto alla domanda. Per quanto riguarda l'assunzione di psicofarmaci, il 60.00% dei partecipanti li assume con regolarità, mentre il 30.20% dichiara di non farne uso. Gli psicofarmaci che sono stati maggiormente indicati appartengono alle seguenti famiglie: antidepressivi, antipsicotici e benzodiazepine. Il restante 9.80% non ha risposto alla domanda. (tabella 3.2.3)

Tabella 3.2.3

Problemi psicologici e assunzione di psicofarmaci (n=255)

Variabile	Hai mai avuto un problema psicologico?		Hai mai assunto psicofarmaci?	
	Percentuali	Percentuali	Percentuali	Percentuali
Sì	146	57,25%	153	60%
No	87	34,12%	77	30,20%
Non indicato	22	8,63%	25	9,80%

Infine, per la popolazione in stato di detenzione, le classi di reati che sono state riportate maggiormente riguardano la detenzione e lo spaccio di sostanze, rapina o rapina a mano armata, furto, tentato omicidio, omicidio colposo e bancarotta fraudolenta. Il periodo di detenzione, in generale, va da un minimo di 2 giorni ad un massimo di 36 anni.

Per quanto riguarda il reclutamento delle persone, non è stato svolto dal sottoscritto, che invece ha avuto un ruolo centrale nell'inserimento e nell'analisi dei dati. L'inserimento dei dati è avvenuto tramite l'ausilio di Excel; mentre l'analisi dei dati tramite il software R.

3.3 Attendibilità dell'ADS

Il coefficiente alfa dell'ADS è risultato eccellente, con un valore pari a .97, confermando la coerenza interna della suddetta scala. Anche i coefficienti alfa dei tre fattori di secondo

ordine evidenziano un'attendibilità eccellente. Nello specifico emerge un valore pari a .95 per quanto riguarda il fattore "Reattività/Espressione", .90 per il fattore "Anger-In" e .92 per il fattore "Vendetta". Per quanto riguarda i coefficienti alfa delle sottoscale si osservano valori che oscillano tra .68 e .92, ad indicare un'attendibilità da accettabile ed eccellente.

I valori di coerenza interna del campione clinico vanno da un valore accettabile fino ad uno eccellente ($.61 \leq \alpha \leq .94$) a seconda delle varie scale e sottoscale. (Tabella 3.3.1)

Tabella 3.3.1

Coefficienti alpha nel campione clinico (n = 255)

Scale e Sottoscale	Campione clinico	N° items
Anger Disorder Scale	.97	74
Reattività/Espressione	.95	30
Provocazioni	.85	4
Attivazione fisiologica	.87	5
Durata dei problemi di collera	.78	3
Ruminazione	.82	4
Impulsività	.86	3
Coercizione	.74	5
Espressione Verbale	.87	6

Anger-in	.90	24
Essere feriti/Rifiuto sociale	.86	5
Durata degli episodi di collera	.89	3
Diffidenza	.79	4
Risentimento	.85	4
Riduzione della Tensione	.75	3
Trattenere la collera	.75	5
Vendetta	.92	20
Vendetta	.92	5
Aggressività Fisica	.72	3
Aggressività Relazionale	.75	3
Aggressività Passiva	.82	5
Aggressività Indiretta	.68	4

È importante, inoltre, sottolineare come i valori di coerenza interna del campione attuale sono risultati simili a quelli del campione originale, sottolineando come lo strumento presenti un'eccellente coerenza interna in entrambi gli studi. Com'è possibile notare dalla tabella sottostante i valori di coerenza interna tra i due campioni sono molto simili tra di loro e confermano una coerenza interna eccellente a causa di valori pari o superiori a .90. Ciò conferma l'affidabilità del test, ulteriormente confermata dai valori dell'alpha delle sottoscale. Nel campione clinico originale i loro valori oscillano tra .71 e .90, indicando un'attendibilità che va da accettabile ad eccellente; mentre nel campione attuale vi è un'oscillazione compresa tra .68 e .92, indicando un'attendibilità da discutibile ad

eccellente. Il punteggio .68 appartiene alla sottoscala “Aggressività indiretta” e potrebbe essere spiegato da due ipotesi, la prima è che è composto da un numero ristretto di items (4), mentre la seconda potrebbe riferirsi al fatto che molti partecipanti allo studio non hanno risposto a tutte le domande e, quindi, ciò ha influenzato il valore dell’attendibilità. Nonostante le sottoscale presentino un’attendibilità altalenante, ma comunque accettabile, i fattori di secondo ordine e il totale dell’ADS indicano che lo strumento presenta un’eccellente coerenza interna con dei valori molto simili a quelli provenienti dallo studio originale.

Tabella 3.3.2

Coerenza interna a confronto

	Campione clinico originale	Campione clinico attuale
ADS total score	.98	.97
Fattori di secondo ordine		
Reattività/Espressione	.95	.95
Anger-in	.93	.90
Vendetta	.94	.92

3.4 I punteggi dell’ADS

I soggetti appartenenti al campione clinico hanno compilato L’ADS e gli altri questionari in forma cartacea in presenza dell’operatore.

I punteggi medi dell’ADS, delle singole sottoscale o fattori di ordine superiore sono riportati nella tabella 3.4.1.

Tabella 3.4.1

Punteggi medi dell'ADS nel campione clinico (n=255)

	Media	ds
ADS totale	38.09	11.32
Fattori di secondo ordine		
Reattività/Espressione	13.87	5.39
Anger-In	15.91	3.93
Vendetta	8.30	3.37
Sottoscale		
Provocazioni	9.76	3.44
Essere feriti/Rifiuto sociale	16.65	4.89
Attivazione fisiologica	8.56	4.55

Durata dei problemi di collera	6.99	4.29
Durata degli episodi di collera	6.50	2.92
Diffidenza	9.33	3.43
Risentimento	10.09	4.05
Ruminazione	8.10	3.96
Impulsività	5.14	3.04
Vendetta	10.15	5.27
Riduzione della tensione	8.75	3.39
Coercizione	9.01	3.22
Trattenere la collera	13.19	4.22
Espressione verbale	11.09	5.60
Aggressività fisica	4.10	2.21
Aggressività relazionale	4.29	2.26

Aggressività passiva	9.56	4.92
Aggressività indiretta	6.27	2.76

Il punteggio medio dell'ADS è risultato 38.09 (ds 11.32). Tali valori sono simili alla validazione originaria nel campione clinico, che presenta un valore medio di 39.21 (11.14). Per i fattori di secondo ordine quello di "Reattività/Espressione" ha ottenuto una media di 13.87 (ds=5.39) a fronte di una media pari a 15.07 (ds=5.74) ottenuta dal campione clinico della versione originale; nel fattore "Anger-In" la media ottenuta è 15.91 (ds=3.93) contro il 16.04 (ds=3.80) del manuale; infine, per quanto riguarda l'ultimo fattore, "Vendetta" il valore medio ottenuto è 8.30 (ds=3.37), mentre nella versione originale presenta una media di 8.00 (ds=3.10).

Per quanto riguarda le sottoscale, le medie oscillano tra un minimo di 4.10, con ds pari a 2.21, ed un massimo di 16.65, con ds pari a 4.89. Comparando tali valori con il campione clinico originale si evince che gli estremi sopra indicati sono molto simili rispetto a quelli riportati nello studio originario.

Tabella 3.4.2

Punteggio minimo, massimo, primo e terzo quartile, media e mediana del totale delle sottoscale, dei fattori di ordine superiore e del totale dell'ADS (n=255)

Sottoscale	Min	Max	Media	Mediana	DS	1° quartile	3° quartile
-------------------	------------	------------	--------------	----------------	-----------	--------------------	--------------------

Provocazioni	3.00	20.00	9.75	10.00	3.44	8.00	12.00
Attivazione fisiologica	1.00	25.00	8.56	7.00	4.55	5.00	10.00
Durata dei problemi di collera	0.00	15.00	6.99	6.00	4.29	3.00	15.00
Ruminazione	2.00	20.00	8.10	7.00	3.96	5.00	10.00
Impulsività	3.00	15.00	5.15	4.00	3.04	3.00	6.00
Coercizione	2.00	21.00	9.01	8.00	3.22	7.00	11.00
Espressione verbale	4.00	30.00	11.09	10.00	5.60	6.00	14.00
Essere feriti/Rifiuto sociale	5.00	25.00	16.65	17.00	4.89	13.00	20.50
Durata degli episodi di collera	2.00	15.00	6.51	6.00	2.92	5.00	7.00
Diffidenza	3.00	20.00	9.33	9.00	3.43	7.00	11.00
Risentimento	4.00	20.00	10.09	10.00	4.05	7.00	13.00

Riduzione della tensione	2.00	15.00	8.75	8.00	3.39	6.00	11.00
Trattenere la collera	4.00	24.00	13.19	13.00	4.22	10.00	16.00
Vendetta	1.00	25.00	10.15	9.00	5.27	6.00	12.00
Aggressività fisica	1.00	13.00	4.10	3.00	2.21	3.00	4.00
Aggressività relazionale	0.00	15.00	4.30	3.00	2.26	3.00	5.00
Aggressività passiva	1.00	24.00	9.56	8.00	4.92	6.00	12.00
Aggressività indiretta	1.00	20.00	6.27	6.00	2.76	4.00	8.00
Fattori di secondo ordine							
Reattività/Espressione	5.21	32.10	13.87	12.72	5.39	9.87	16.35
Anger-In	6.33	15.45	15.91	15.30	3.93	12.99	18.23
Vendetta	2.25	22.13	8.30	7.12	3.37	5.92	10.00

Totale ADS	19.00	76.88	38.09	35.03	11.32	29.48	45.39
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Come si può evincere dalla tabella 3.4.2, alcuni valori minimi sono pari a 0.00 e alcuni valori massimi non sono interi. Questo è dovuto al fatto che molti partecipanti allo studio non hanno risposto a tutte le domande e, come riportato dagli autori del manuale, è stato attribuito un valore pari a 0.

3.5 Analisi fattoriale confermativa

Per poter verificare il modello di struttura multifattoriale proposto da DiGiuseppe e Tafrate (2004) è stata utilizzata l'analisi fattoriale confermativa (CFA). Il fine della CFA è quello di testare il pattern di correlazioni che si ipotizza intercorrano tra i vari item. Infatti, le correlazioni tra gli item che misurano la stessa dimensione dovrebbero essere maggiori rispetto a quelle che misurano dimensioni diverse.

La bontà dell'adattamento del modello ai dati è stata valutata tramite i sei indici di fit: il *Root Means Square Error of Approximation* (RMSEA); il *goodness-of-fit index* (GFI); il GFI corretto (AGFI); il *Non-normed Fit Index* (NNFI); il *Normed Fit Index* (NFI); il *comparative fit index* (CFI). Per poterli considerare accettabili, questi indici, devono essere superiori a .90, fatta eccezione del RMSEA che deve essere inferiore a .08 (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Mülle, 2003). Come si può notare dalla tabella 3.5.1 e dalla tabella 3.5.2, sia gli indici relativi ai domini che quelli relativi ai fattori di secondo ordine soddisfano i criteri sopra elencati, supportando il modello fattoriale proposto dagli autori dell'ADS. Non potendo assumere la normalità della distribuzione, i parametri del

modello sono stati stimati tramite l'utilizzo del *Diagonally Weighted Least Squares*, che tiene conto della natura ordinale dei dati.

Tabella 3.5.1

Indici di fit dei modelli CFA per il totale e per i fattori di secondo ordine (ADS)

	N° sottoscale/fattori	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI	CFI
Totale ADS	3	.08	.99	.99	.99	.99	.99
Reattività/Espressione	7	.06	.99	.98	.99	.99	.99
Anger-in	6	.05	.99	.98	.99	.99	.99
Vendetta	5	.10	.99	.96	.99	.99	.99

Tabella 3.5.2

Indici di fit dei modelli CFA per domini (ADS)

Domini	N° Sottoscale	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI	CFI
<i>Provocazioni</i>	2	.07	.99	.98	.99	.99	.99
<i>Attivazione</i>	3	.03	.99	.99	.99	.99	.99

<i>Cognizione</i>	4	.01	.99	.99	.99	.99	.99
<i>Motivazione</i>	3	.04	.99	.99	.99	.99	.99
<i>Comportamento</i>	6	.04	.99	.98	.98	.99	.99

Nella Tabella 3.5.3, invece, si può osservare la stima dei parametri inerenti ad ogni item della scala, raggruppati in base alla sottoscala e al dominio di appartenenza. Il range di tali valori va da un minimo di .48 ed un massimo di .95.

Tabella 3.5.3

Parametri standardizzati dei modelli CFA

Dominio	Sottoscala	Item #	Parametri stimati
Provocazione	Provocazioni	1	.71
		22	.77
		33	.93
		35	.83
	Essere feriti/Rifiuto sociale	4	.75
		14	.86
		24	.81
		36	.74

		43	.79
Attivazione	Attivazione fisiologica	8	.77
		10	.87
		16	.85
		19	.83
		42	.85
	Durata dei problemi di collera	5	.83
		11	.88
		31	.81
	Durata degli episodi di collera	6	.89
		13	.94
		46	.87
Cognizione	Diffidenza	52	.70
		53	.70
		54	.75
		55	.82
	Risentimento	48	.78
		49	.94
		50	.83
		51	.68
	Ruminazione	21	.70
		25	.72
		37	.85

		45	.84
	Impulsività	26	.87
		39	.88
		47	.91
Motivazione	Vendetta	58	.76
		64	.87
		70	.95
		72	.86
		74	.93
	Riduzione della tensione	57	.57
		62	.94
		68	.74
	Coercizione	7	.50
		12	.60
		17	.78
		23	.73
		38	.86
Comportamento	Trattenere la collera	2	.70
		3	.69
		9	.48
		30	.79
		32	.65

Espressione Verbale	15	.63
	18	.86
	20	.89
	27	.80
	28	.78
	29	.82
Aggressività fisica	34	.85
	40	.90
	44	.86
Aggressività relazionale	60	.94
	65	.67
	69	.83
Aggressività passiva	56	.85
	59	.83
	61	.85
	66	.61
	71	.74
Aggressività indiretta	41	.55
	63	.73
	67	.76
	73	.74

Nella tabella 3.5.4 vengono riportati i valori dei parametri standardizzati relativi alle sottoscale. Come si può evincere dalla tabella, tali valori presentano dei punteggi che variano da un minimo di .20 ad un massimo di .88. L'unico valore che è risultato più basso rispetto agli altri (.20) è stato quello inerente alla sottoscala della "Riduzione della tensione".

Tabella 3.5.4

Parametri standardizzati del modello CFA per i fattori di secondo ordine

Fattore di secondo ordine	Sottoscala	Stima del parametro
Reattività/Espressione	Provocazioni	.70
	Attivazione fisiologica	.85
	Durata dei problemi di collera	.62
	Ruminazione	.86
	Impulsività	.88
	Coercizione	.70
	Espressione Verbale	.84
Anger-In	Essere feriti/Rifiuto sociale	.68
	Durata degli episodi di collera	.71
	Diffidenza	.76

	Risentimento	.68
	Riduzione della tensione	.20
	Trattenere la collera	.69
Vendetta	Vendetta	.78
	Aggressività fisica	.81
	Aggressività relazionale	.73
	Aggressività passiva	.85
	Aggressività indiretta	.69

3.6 Analisi delle intercorrelazioni tra le scale dell'ADS

I dati inerenti a questo paragrafo sono riportati all'interno della tabella 3.6.1. Seguendo l'ordine della tabella verranno via via analizzate le intercorrelazioni tra le sottoscale dell'ADS.

La sottoscala "Provocazioni" presenta correlazioni elevate con le seguenti sottoscale: "Ruminazione" (.57); "Attivazione fisiologica" e "Essere feriti/Rifiuto sociale" (entrambe pari a .52); "Coercizione" (.51); "Espressione verbale", "Impulsività" e "Durata dei problemi di collera" (tutte pari a .50). Queste correlazioni suggeriscono che gli individui che reagiscono con la collera ad un numero considerevole di stimoli hanno maggiori probabilità di manifestare problemi di collera generalizzati, caratterizzati da ruminazioni, perdita del controllo e conseguente messa in atto di azioni impulsive. Sono individui che cercano di manipolare gli altri e che si sentono costantemente feriti o rifiutati. I loro episodi di collera tendono ad avere un'intensa attivazione fisiologica e la loro durata dipende dall'intensità e dalla quantità degli stimoli scatenanti.

Successivamente vi è la sottoscala “Attivazione fisiologica”, che presenta delle correlazioni elevate con le seguenti sottoscale: “Impulsività” (.73); “Ruminazione” ed “Espressione verbale” (entrambe pari a .72); “Aggressività fisica” (.69); “Aggressività passiva” (.59); “Coercizione” (.54); “Provocazioni” (.52). La presente sottoscala misura il grado di risposte fisiologiche, a livello sintomatico, che la persona prova quando è arrabbiata. Sembra inoltre una caratteristica di base dell’esperienza della collera, in quanto associata sia ad agiti aggressivi, specificatamente a livello fisico e passivo, sia ad aspetti interpersonali come la ruminazione e l’aspetto verbale. Vi è inoltre una correlazione buona con la sottoscala “Vendetta” (.45), che indica la tendenza della persona a cercare vendetta nei confronti di chi ha causato loro un torto. Infine, la sottoscala presenta delle correlazioni elevate con le scale di “Anger-in” (.58) e “Vendetta” (.65), ma la correlazione maggiore è con la “Reattività/Espressione” (.85). La sottoscala “Durata dei problemi di collera”, che misura il periodo di tempo in cui la collera è stata un problema per l’individuo o per le persone a lui significative, presenta delle correlazioni moderate con le seguenti sottoscale: “Espressione verbale” e “Aggressività fisica” (.47); “Vendetta” (.38) e “Aggressività passiva” (.31). mentre con le sottoscale: “Impulsività” (.53); “Attivazione fisiologica”, “Ruminazione” e “Durata degli episodi di collera” (tutte pari a .51) presenta delle correlazioni elevate. Secondo gli autori del manuale (DiGiuseppe & Tafrate, 2004, 2007), nel caso in cui qualcuno riporti di avere avuto problemi di collera per un cut-off superiore ai sei mesi, bisogna ricercare la presenza o meno di un potenziale disturbo della collera. Questa sottoscala risulta avere, quindi, un’importanza maggiore a livello clinico e diagnostico, che viene evidenziato dalle correlazioni emerse.

La sottoscala “Ruminazione” presenta delle buone ed elevate correlazioni con le seguenti sottoscale: “Attivazione fisiologica” e “Impotenza” (.72); “Espressione verbale” (.69); “Aggressività passiva” (.61); “Provocazioni” (.57); “Trattenere la collera” (.56); “Diffidenza” (.55); “Aggressività fisica” (.54); “Durata dei problemi di collera” (.51); “Coercizione” (.50); “Risentimento” (.49); “Durata degli episodi di collera” (.46); “Essere ferito/Rifiuto sociale” (.45); “Vendetta” (.43); “Aggressività indiretta” (.41) e “Aggressività relazionale” (.34). la scala valuta l’eccessiva preoccupazione o attenzione a pensieri che riguardano trasgressioni che causano collera. Secondo DiGiuseppe & Tafrate (2004), la ruminazione è il meccanismo primario che influenza il mantenimento della collera. La ruminazione risulta associata con tutti i tipi di aggressività, alle verbalizzazioni violente, all’impulsività e alla paura di fidarsi ed essere ferito dagli altri.

La sottoscala “Impulsività”, atta a misurare la consapevolezza del rispondente su quale grado di collera lo conduce a comportamenti impulsivi, presenta delle buone ed eccellenti correlazioni con le seguenti sottoscale: “Attivazione fisiologica” e “Aggressività fisica” (entrambi pari a .73); “Ruminazione” ed “Espressione verbale” (entrambi con un valore pari a .72); “Aggressività passiva” (.58); “Coercizione” (.54); “Durata dei problemi di collera” (.53); “Vendetta” (.51); “Provocazioni” (.50); “Aggressività indiretta” (.48); “Risentimento” (.47); “Aggressività relazionale” (.45). Si tratta di situazioni in cui l’impulsività porta alla perdita di controllo, la comparsa di risentimento e la messa in azione di comportamenti aggressivi. L’attivazione fisiologica è fortemente correlata con la sottoscala ed è alla base degli aspetti fisiologici che spingono all’attivazione del singolo. Si può ipotizzare che ruminazione, impulsività ed espressione verbale possano contribuire alla disregolazione della collera e alle conseguenti manifestazioni aggressive.

La sottoscala “Coercizione”, che riflette la tendenza del rispondente ad usare la collera per controllare gli altri o per raggiungere la realizzazione di un desiderio di relazione interpersonale, presenta delle buone ed eccellenti correlazioni: “Espressione verbale” (.62); “Attivazione fisiologica” e “Impulsività” (.54 per entrambe); “Vendetta” (.53); “Provocazioni” (.51); “Ruminazione” (.50); “Aggressività fisica” (.48); “Diffidenza” (.44); “Essere feriti/Rifiuto sociale” e “Aggressività passiva” (entrambe a .42); “Aggressività indiretta” (.41); “Aggressività relazionale” (.41). un elevato punteggio in questa sottoscala indica una persona che ha delle relazioni disfunzionali, manipolative o abusive e che tende ad utilizzare la propria aggressività, anche a livello verbale, per ottenere quello che vuole. Risulta molto interessante il legame tra coercizione e vendetta e si potrebbe ipotizzare come l’una possa essere causa dell’altra. Si potrebbe pensare che il desiderio di vendetta spinga l’individuo all’utilizzo della coercizione per raggiungere il proprio obiettivo o che gli agiti stessi di coercizione, falliti, siano predisponenti della ricerca di vendetta. Non si può però nemmeno non ipotizzare che coercizione e vendetta possano cooperare nel mantenimento e nella manifestazione stessa della collera.

La sottoscala “Espressione verbale”, che misura la tendenza del rispondente ad insultare, minacciare, iniziare discussioni, essere sottilmente offensivo o fare commenti sarcastici sugli altri, presenta buone ed eccellenti correlazioni con le sottoscale: “Impulsività” e “Aggressività fisica” (entrambe a .72); “Ruminazione” (.69); “Coercizione” (.62); “Vendetta” (.52); “Provocazioni” (.50); “Aggressività passiva” (.49); “Durata dei problemi di collera” (.47); “Aggressività indiretta” (.46); “Essere feriti/Rifiuto sociale”; “Aggressività relazionale” (.34). Essendo che tutte le forme di aggressività risultano essere correlate con l’espressione verbale, coloro che esprimono rabbia tramite verbalizzazione potrebbero essere più propensi all’agito aggressivo. Sembra esserci un

forte legame con l'impulsività, la ruminazione e la tendenza all'uso della coercizione e la ricerca di vendetta, per cercare l'accondiscenza dell'altro.

Nella sottoscala "Essere feriti/Rifiuto sociale", che valuta come il dolore o il rifiuto sociale elicitino episodi di collera, sono state riscontrate buone ed eccellenti correlazioni con le seguenti sottoscale: "Diffidenza" e "Vendetta" (entrambe pari a .53); "Provocazioni" (.52); "Ruminazione" (.45); "Durata degli episodi di collera" (.44); "Coercizione" (.42); "Espressione verbale" (.40). Coloro i quali ottengono punteggi elevati in questa scala sono sensibili alle critiche, hanno problemi interpersonali e possono presentare comorbidità con la depressione. Possono rispondere alle critiche tramite atti coercitivi e/o vendicativi e tendono ad essere molto diffidenti nei confronti delle altre persone. Anche in questo caso si può ipotizzare che a seguito, ad esempio, di un rifiuto sociale la persona rimugini sull'offesa subita e che tale azione porti ad un exploit comportamentale.

Abbiamo poi la sottoscala "Durata degli episodi di collera", atta a misurare in media quanto dura un episodio di collera, che presenta buone ed eccellenti correlazioni con le sottoscale: "Risentimento" (.53); "Durata dei problemi di collera" (.51); "Aggressività passiva" (.50); "Ruminazione" (.46); "Vendetta" e "Essere feriti" (entrambi a .44). Questa sottoscala è maggiormente incline alla misurazione della durata dei problemi di collera di individui con seri problemi di collera. Chi ottiene bassi punteggi non tende alla ruminazione e sperimenta brevi episodi di collera; chi, invece, ottiene alti punteggi sperimenta lunghi episodi di collera e la tendenza a ruminare sui propri vissuti, oltre che a provare risentimento. Si tratta di individui che presentano desideri di vendetta in seguito a torti subiti, il cui ruminare potrebbe far pensare che serva per mantenere più a lungo l'episodio di collera.

La sottoscala “Diffidenza”, orientata a valutare l’ampiezza delle credenze della persona sulla sensazione di essere stati trattati ingiustamente o che gli altri abbiano intenzioni ostili, presenta buone ed eccellenti correlazioni con le sottoscale: “Aggressività passiva” (.63); “Ruminazione” (.55); “Essere feriti/Rifiuto sociale” (.53); “Risentimento” (.52); “Vendetta” (.48); “Coercizione” (.44); “Espressione verbale” (.41). Anche in questo caso, l’eccellente correlazione con la ruminazione, lascia pensare che essa abbia un ruolo nel mantenimento dello stato di collera e che porti l’individuo a pensare e ripensare su ciò che è accaduto, dando ad esso un significato negativo. La diffidenza nell’altro si mostra nella paura di subire un torto o un’ingiustizia e, per far fronte a questa sensazione, l’individuo può meditare vendetta e usare sia comportamenti aggressivi, stando ai dati si tratterebbe di un’aggressività passiva, e coercitivi per controllare l’altro di modo tale che la probabilità di subire ingiustizie diminuisca.

La sottoscala “Risentimento”, costruita per misurare l’atteggiamento di ostilità basato sulla credenza di vivere una vita ingiusta e che gli altri abbiano una vita migliore, mostra delle buone ed eccellenti correlazioni con le seguenti sottoscale: “Trattenere la collera” (.55); “Diffidenza” (.52); “Aggressività passiva” (.50); “Ruminazione” (.49); “Impulsività” (.47); “Attivazione fisiologica” (.46); “Provocazioni” (.38); “Espressione verbale” (.35). Credere di star vivendo una vita ingiusta risulta essere legato sia a manifestazioni di aggressività passiva e verbalizzazioni aversive, che al tentativo di trattenere e sopprimere la collera. Il legame con la diffidenza può portare ad avere una duplice visione della vita, ovvero che essa sia ingiusta e che gli altri abbiano intenzioni ostili. L’insieme di ciò porta alla considerazione di non essere tratti in modo giusto dalla vita stessa.

La sottoscala “Riduzione della tensione” misura le motivazioni che aiutano l’individuo ad alleviare la tensione simpatica, spesso associata alla rabbia. Questa sottoscala presenta delle correlazioni deboli con tutte le sottoscale: il range è compreso tra .05 e .26. I valori non risultano essere significativi per $<.05$ per la maggior parte delle sottoscale, fatta eccezione per le seguenti sottoscale: “Aggressività passiva” (.22); “Essere feriti/Rifiuto sociale” e “Vendetta” (entrambe pari a .20); “Trattenere la collera” (.18); “Ruminazione” e “Risentimento” (entrambe pari a .13); “Diffidenza” (.12). Con i fattori di secondo ordine abbiamo significatività nelle correlazioni con “Vendetta” (.18) ed una buona correlazione con “Anger-in” (.45). Si pensa che quest’ultima correlazione derivi dal fatto che, come riportato da DiGiuseppe & Tafrate (2004), individui con un alto punteggio nella sottoscala “Riduzione della tensione” abbiano il desiderio di porre fine alla collera, cercando di farla scomparire, senza però essere in grado di superarli. La sottoscala in questione presenta un ristretto numero di item (3), quindi si può ipotizzare che con un aumento degli stessi si possono trarre diverse conclusioni.

La sottoscala “Trattenere la collera”, che misura la tendenza del rispondente a trattenere o sopprimere i sentimenti di collera in un ambiente pubblico, denota delle buone ed eccellenti correlazioni con le seguenti sottoscale: “Ruminazione” (.56); “Risentimento” (.55); “Aggressività passiva” (.50); “Durata degli episodi di collera” (.49); “Diffidenza” (.47). più è alto il punteggio in questa sottoscala e maggiore sarà l’intensità, la durata e la frequenza del periodo in cui l’individuo trattiene la propria collera. Il fatto che non vi siano delle forti correlazioni con le sottoscale di espressione verbale, aggressività relazionale, fisica o indiretta, permette di ipotizzare che queste persone vedano nel trattenere la collera l’unica via di fuga possibile per fronteggiare tale situazione. L’unica eccezione è rappresentata da un’eccellente correlazione con la scala di aggressività

passiva, ma si può ipotizzare che sia il risultato del fatto che la persona non entri in contatto diretto con l'altro. Sembra ci sia una maggiore inclinazione alla ruminazione, al risentimento e alla diffidenza, che spingono l'individuo ad allontanarsi dagli altri.

Per quanto riguarda la sottoscala "Vendetta", volta a misurare il desiderio dell'individuo di cercare vendetta su chi lo ha fatto arrabbiare, presenta delle correlazioni eccellenti e buone con le seguenti sottoscale: "Aggressività passiva" (.66); "Aggressività indiretta" (.65); "Aggressività relazionale" (.57); "Coercizione" e "Essere feriti/Ritiro sociale" (entrambe pari a .53); "Espressione verbale" (.52); "Impulsività" (.51); "Diffidenza" (.48); "Aggressività fisica" (.46); "Attivazione fisiologica" (.45); "Durata degli episodi di collera" (.44); "Ruminazione" (.43); "Durata dei problemi di collera" (.38). Il desiderio di vendetta risulta essere legato a tutti i tipi di aggressività presi in esame dallo studio, incluse le verbalizzazioni aversive. La concettualizzazione di tale sottoscala si basa sulla motivazione, quindi si può ipotizzare che ciò che muove l'individuo nella ricerca della vendetta possa essere causato dall'essere stato ferito o dall'essere stato rifiutato a livello sociale. Gli episodi di collera mossi dalla vendetta hanno alla base una forte attivazione fisiologica e tendono a perdurare nel tempo, così come i problemi legati alla collera stessa. Si tratta di soggetti inclini alla ruminazione e alla diffidenza, aspetti che alimentano i comportamenti impulsivi e coercitivi al fine di vendicarsi e di controllare l'altro.

La sottoscala "Aggressività fisica", che valuta la tendenza ad esprimere attivamente la propria collera attraverso aggressioni fisiche, presenta delle buone ed eccellenti correlazioni con le sottoscale: "Impulsività" (.73); "Espressione verbale" (.72); "Attivazione fisiologica" (.69); "Ruminazione" (.54); "Aggressività indiretta" (.50); "Coercizione" (.48); "Vendetta" (.46); "Aggressività passiva" (.45); "Aggressività relazionale" (.38). Come ci si aspettava sono state trovate forte correlazioni tra

l'aggressività fisica, la ruminazione e la perdita di controllo durante gli episodi di collera, che, supportati da una forte attivazione fisiologica, portano l'individuo ad utilizzare comportamenti anche coercitivi al fine di arrecare danno alle altre persone, oppure per ottenere vendetta o la loro accondiscenza.

La sottoscala "Aggressività relazionale", atta a misurare la frequenza dell'individuo nel mettere in atto atteggiamenti di esclusione, alienazione, diffamazione o denigrazione su chi è causa della sua collera, presenta correlazioni buone ed eccellenti con le seguenti sottoscale: "Aggressività passiva" (.61); "Aggressività indiretta" (.60); "Vendetta" (.57); "Impulsività" (.45); "Aggressività fisica" (.38); "Attivazione fisiologica" e "Coercizione" (entrambe pari a .37); "Ruminazione" e "Espressione verbale" (entrambe pari a .34). Anche qui si può pensare che l'aggressività relazionale comporti sia un tentativo coercitivo che vendicativo verso le altre persone. È associata alla ruminazione, in parte all'impulsività e alla vocalizzazione aversiva nei confronti degli altri. A differenza delle altre aggressività, questa risulta essere quella che richiede una minore attivazione fisiologica.

La sottoscala "Aggressività passiva", che valuta la propensione dell'individuo ad esprimere la propria collera tramite il mancato completamento di compiti, richieste o attività attese da parte di coloro che sono causa della sua collera, denota delle correlazioni buone ed eccellenti con le seguenti sottoscale: "Vendetta" (.66); "Diffidenza" (.63); "Ruminazione" e "Aggressività relazionale" (entrambe a .61); "Aggressività indiretta" (.60); "Attivazione fisiologica" (.59); "Impulsività" (.58); "Durata degli episodi di collera", "Risentimento" e "Trattenere la collera" (tutte a .50); "Espressione verbale" (.49); "Aggressività fisica" (.45); "Coercizione" (.42); "Durata dei problemi di collera" (.38). questa forma di aggressività è associata ad episodi di collera caratterizzati da una

durata maggiore rispetto alle altre aggressività e un alto valore di attivazione fisiologica. I comportamenti passivi-aggressivi sembrano essere maggiormente collegati con un numero più ampio di stimoli in grado di elicitare la collera. Si tratta di individui che rimuginano molto sui propri vissuti di collera, evitano la manifestazione degli stessi in pubblico e, unitariamente alla credenza che gli altri siano ostili e che meriterebbero di meglio dalla vita, presentano alti livelli di diffidenza e risentimento. Anche in questo caso vi è l'utilizzo di verbalizzazioni aversive nei confronti delle altre persone.

Infine, vi è la sottoscala "Aggressività indiretta", che misura il coinvolgimento dell'individuo nel danneggiamento o distruzione delle proprietà della persona verso cui prova collera o la tendenza a rovinargli la carriera, il tutto lontano dagli occhi di quella stessa persona. Le correlazioni sono buone ed eccellenti con le seguenti sottoscale: "Vendetta" (.65); "Aggressività relazionale" (.60); "Aggressività fisica" e "Aggressività passiva" (entrambe pari a .50); "Attivazione fisiologica" (.49); "Impulsività" e "Coercizione" (entrambe pari a .48); "Espressione verbale" (.46); "Ruminazione" (.41); "Durata dei problemi di collera" (.34). Vi è una forte sia correlazione con gli altri tipi di aggressività, sia con le verbalizzazioni aversive. Differentemente da quanto ipotizzato da DiGiuseppe & Tafrate (2004), questa forma di aggressività non risulta essere di carattere esclusivamente premeditato, ma anzi sembra vi sia una forte dose di impulsività che spinge la persona alla ricerca di vendetta e all'utilizzo della coercizione per ottenere accondiscenza altrui. D'altra parte, sono individui che rimuginano molto sui propri vissuti di collera.

Tutte le sottoscale dell'aggressività riportano, in comune, le seguenti correlazioni: "Attivazione fisiologica", "Ruminazione", "Impulsività", "Coercizione", "Espressione verbale" e "Vendetta". Questo può significare che, nonostante vi siano delle differenze

tra le aggressività, sono comunque presenti delle caratteristiche comuni. Tra questi tipi di aggressività spicca maggiormente quella fisica che, a fronte di una maggiore attivazione fisiologica ed una maggiore durata dei problemi di collera, quest'ultimo dato può risultare tale per il semplice fatto che comportamenti aggressivi, soprattutto fisici, provocano delle ripercussioni a livello giuridico per l'individuo. La durata degli episodi di collera risulta essere maggiore, invece, per l'aggressività passiva. Il fatto che vi sia un exploit in termini di aggressività fisica può essere dato dal fatto che il campione clinico di riferimento è stato identificato all'interno di carceri e comunità terapeutiche e, molte tra queste persone, ha dichiarato una storia personale che ha avuto a che fare con la violenza. Inoltre, prendendo in considerazione il fatto che tutti i tipi di aggressività correlano tra di loro, ci permette di ipotizzare che chi esprime la collera in una certa maniera, ad esempio con aggressioni fisiche, non è detto che non sia incline ad esprimerla anche attraverso altre modalità.

Infine, spostando l'attenzione sui tre fattori di secondo ordine, possiamo notare le seguenti correlazioni: il fattore "Reattività/Espressione" presenta una correlazione eccellente sia con "Anger-in" (.67) sia con "Vendetta" (.71); inoltre, "Anger-in" e "Vendetta" presentano a loro volta una correlazione eccellente (.67). Ciò permette di ipotizzare che i vissuti di collera di ogni persona siano strettamente legati all'espressione della stessa e alle variabili connesse (come ad esempio la ruminazione, il risentimento e l'impulsività), che a loro volta sono legati ad un desiderio di vendetta.

Tabella 3.6.1: Correlazioni tra le sottoscale ed i fattori di secondo ordine dell'ADS

	Tot ADS	Rea/Exp	Sap	Phys.ar	Dap	Rum	Imp	Coe	Ve	Ang.in	Rej	El	Sus	Res	Ten.red	Bro	Ven	Rev	Phy.ag	Rel.ag	Pass.ag	Ind.ag	Pos.imp	
Tot ADS	1																							
Rea/Exp	0,92	1																						
Sap	0,67	0,72	1																					
Phys.ar	0,8	0,85	0,52	1																				
Dap	0,65	0,75	0,49	0,51	1																			
Rum	0,8	0,85	0,57	0,72	0,51	1																		
Imp	0,81	0,85	0,5	0,73	0,53	0,72	1																	
Coe	0,67	0,7	0,51	0,54	0,39	0,5	0,54	1																
Ve	0,75	0,83	0,5	0,72	0,47	0,69	0,72	0,62	1															
Ang.in	0,87	0,67	0,56	0,58	0,47	0,63	0,56	0,48	0,47	1														
Rej	0,66	0,54	0,52	0,47	0,41	0,45	0,4	0,42	0,4	0,72	1													
El	0,68	0,59	0,5	0,48	0,51	0,46	0,51	0,44	0,39	0,72	0,44	1												
Sus	0,69	0,55	0,47	0,47	0,31	0,55	0,47	0,44	0,41	0,73	0,53	0,45	1											
Res	0,64	0,49	0,38	0,46	0,27	0,49	0,47	0,31	0,35	0,76	0,4	0,53	0,52	1										
Ten.red	0,26	*0,11	*0,09	*0,08	*0,10	0,13	*0,08	*0,06	*0,05	0,45	0,2	*0,08	0,12	0,13	1									
Bro	0,66	0,53	0,4	0,47	0,35	0,56	0,44	0,37	0,38	0,74	0,42	0,49	0,47	0,55	0,18	1								
Ven	0,87	0,71	0,44	0,65	0,45	0,59	0,69	0,57	0,63	0,67	0,5	0,51	0,58	0,5	0,18	0,52	1							
Rev	0,73	0,56	0,36	0,45	0,38	0,43	0,51	0,53	0,52	0,6	0,53	0,44	0,48	0,37	0,2	0,47	0,87	1						
Phy.ag	0,69	0,72	0,37	0,69	0,47	0,54	0,73	0,48	0,72	0,41	0,31	0,33	0,33	0,34	*0,07	0,32	0,68	0,46	1					
Rel.ag	0,58	0,41	0,23	0,37	0,21	0,34	0,45	0,37	0,34	0,45	0,27	0,37	0,43	0,4	*0,05	0,34	0,78	0,57	0,38	1				
Pass.ag	0,78	0,62	0,42	0,59	0,38	0,61	0,58	0,42	0,49	0,69	0,51	0,5	0,63	0,5	0,22	0,5	0,84	0,66	0,45	0,61	1			
Ind.ag	0,64	0,53	0,33	0,49	0,34	0,41	0,48	0,48	0,46	0,44	0,28	0,33	0,37	0,36	*0,12	0,39	0,8	0,65	0,5	0,6	0,5	1		
Pos.im	0,74	0,66	0,57	0,52	0,63	0,51	0,48	0,43	0,45	0,76	0,9	0,5	0,51	0,4	0,38	0,44	0,54	0,55	0,39	0,28	0,53	0,35	1	

*= n.s. per $r < .05$

3.7 Accortezze per il calcolo delle correlazioni tra l'ADS e gli altri questionari

Prima di passare all'analisi delle correlazioni tra l'ADS e gli altri questionari, verrà spiegata la metodologia attraverso cui si sono ottenuti tali risultati.

Il problema principale nell'analisi delle correlazioni è stato il fattore numerosità, in quanto dei 255 partecipanti totali allo studio, solo una piccola fetta di partecipanti ha risposto a tutti i questionari e, una fetta ancora più piccola, a tutti gli item. Ci si è mossi quindi in una direzione tale per cui sono stati selezionati solo i partecipanti che avessero risposto completamente, o quasi, all'ADS e al relativo questionario per il calcolo delle correlazioni. Così facendo la numerosità del campione di riferimento per le correlazioni tra l'ADS e uno degli altri questionari, è risultato variabile da situazione a situazione.

- ADS-FE, la numerosità del campione preso in esame è stato pari a 246. Per arrivare a tale risultato sono stati esclusi tutti coloro che hanno presentato un FE non valido o non compilato, in modo tale da poter tenere in considerazione solo coloro che avessero risposto adeguatamente all'ADS e al FE;
- ADS-IR, anche qui è stato utilizzato lo stesso procedimento di cui sopra indicato, ottenendo una numerosità pari a 242;
- ADS-BIS, ibidem sopra con una numerosità pari a 238. Come anticipato l'item 20 del BIS è stato rimosso permettendo un miglioramento nei valori di correlazione con il totale della scala BIS e con la sottoscala "Impulsività attentiva".;
- ADS-STAXI, seguendo sempre le indicazioni sopra riportate sono stati considerati 249 partecipanti;
- ADS-PID, in questo caso la procedura è stata diversa. Il campione finale tiene in considerazione 181 persone. Ciò è dovuto alle indicazioni del manuale del PID,

ovvero che se manca almeno il 25% delle risposte di una sottoscala non è possibile calcolare il valore dei 5 domini principali (Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo). Sono quindi state conteggiate le persone che presentavano una percentuale inferiore al 25% per quanto riguarda gli item mancanti in modo tale da procedere con il calcolo del punteggio equivalente (punteggio grezzo parziale x numero di item / numero degli item a cui è stata data risposta), che è stato poi inserito al posto dei valori mancanti al fine di procedere nel corretto calcolo delle correlazioni;

- ADS-BAI, anche qui sono stati rimossi i partecipanti che hanno consegnato un BAI privo di risposte o non valido, permettendo di svolgere un'analisi su un campione di 239 partecipanti;
- ADS-BDI-2, procedimento uguale a quello sopra riportato, ottenendo una numerosità pari a 241.

Questo lavoro è stato fatto in quanto le numerosità dei vari questionari erano molto variabili rispetto al totale dei partecipanti e, per evitare ripercussioni nel calcolo delle correlazioni, si è optato per tenere in considerazione solo coloro che hanno presentato delle risposte complete nei vari questionari presi in esame.

3.8 Correlazioni dell'ADS con gli altri questionari e la validità convergente

In questo paragrafo sono presentate le correlazioni tra l'ADS e gli altri questionari somministrati al campione clinico. Nel calcolo sono stati eliminati tutti i soggetti che hanno presentato delle risposte incomplete o inadeguate sulla base dei manuali di ciascun questionario.

3.8.1 Validità convergente

Questa validità è stata valutata calcolando la correlazione dei punteggi ottenuti dai partecipanti all'ADS, con i punteggi ottenuti con: STAXI, scale di Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione, a due dei fattori di secondo ordine del BIS-11 ("Impulsività motoria" e "Impulsività da non pianificazione") e con alcuni domini del PID-5 ("Affettività negativa", "Distacco" e "Antagonismo").

3.8.2 L'ADS e lo STAXI

Le correlazioni tra l'ADS e lo STAXI, visibili nella tabella 3.8.2, sono coerenti con le ipotesi degli autori. Ciò viene confermato dalla correlazione tra la scala AX/In dello STAXI e la sottoscala "Trattenere la collera" dell'ADS (.40). La scala AX/In ha delle ulteriori buone correlazioni con le sottoscale: "Aggressività passiva" (.44), "Durata degli episodi di collera" (.39), "Diffidenza" (.37), "Ruminazione" (.35) e "Attivazione fisiologica" (.33). Presenta delle buone correlazioni con i fattori di secondo ordine, nello specifico con il fattore "Anger-in" (.41), che risulta essere in linea con quanto emerso dallo studio di validazione originale. Tali correlazioni indicano come la tendenza a trattenere i propri vissuti di collera siano associati con le stesse scale che ne misurano il costruito e in misura minore con il fattore di reattività ed espressione.

La scala AX/Out presenta delle buone correlazioni con le sottoscale "Aggressività fisica" (.38), "Attivazione fisiologica" (.37), "Espressione verbale" (.36), "Impulsività" (.35) e "Ruminazione" (.31). Le correlazioni risultano altrettanto buone sia per i fattori di secondo ordine: "Reattività/Espressione" (.37) e "Vendetta" (.32), che per il totale dell'ADS (.33). Coerentemente con quanto previsto, la tendenza ad esprimere la collera

è associata a numerose manifestazioni di aggressività, di espressione verbale o di tendenza ad agire in modo impulsivo.

Le correlazioni osservate per la scala AX/Con sono congruenti con quelle attese, difatti presenta delle correlazioni negative con le sottoscale: “Impulsività” (-.36), “Espressione verbale” (-.35), “Aggressività fisica” (-.34) e “Attivazione fisiologica” (-.31). e con il fattore di secondo ordine “Reattività/Espressione” (-.34). Tutte le correlazioni assumono valore negativo fatta eccezione di quella osservata per la sottoscala di “Riduzione della tensione” (.22) che risulta andare nella direzione attesa.

Infine, anche per la scala AX/Ex, scala di espressione della collera che fornisce un indice generale della frequenza con cui la collera viene espressa senza tener conto di come venga rivolta, le correlazioni risultano essere buone. Nello specifico correla con le sottoscale: “Impulsività” e “Attivazione fisiologica” (entrambe .45), “Espressione verbale” (.44), “Ruminazione” (.42), “Aggressività fisica” (.41), “Aggressività passiva” (.40), “Durata degli episodi di collera” (.37), “Trattenere la collera” (.35), “Vendetta” (.34), “Provocazioni” (.33) e “Diffidenza” (.31). Presenta delle buone correlazioni con tutti i fattori di secondo ordine (“Reattività/Espressione” = .46, “Anger-in” = .33 e “Vendetta” = .42) e con il totale dell’ADS (.46). Questi risultati confermano che la versione italiana dell’ADS risulta valida per lo studio dei vissuti di collera e per le esperienze aggressive ad esse legate.

Tabella 3.8.2

Correlazioni tra ADS e STAXI (n=249)

	AX/EX	AX_In	AX_Out	AX_Con
ADS	0.46	0.41	0.33	-0.29
Reattività/Espressione	0.46	0.33	0.37	-0.34
Provocazioni	0.33	0.22	0.26	-0.26
Attivazione fisiologica	0.45	0.33	0.37	-0.31
Durata dei problemi di collera	0.24	0.19	0.18	-0.16
Ruminazione	0.42	0.35	0.31	-0.29
Impulsività	0.45	0.29	0.35	-0.36
Coercizione	0.30	0.21	0.27	-0.20
Espressione Verbale	0.44	0.28	0.36	-0.35
Anger-In	0.33	0.41	0.18	-0.15
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.27	0.23	0.20	-0.17
Durata degli episodi di collera	0.37	0.39	0.22	-0.22
Diffidenza	0.31	0.37	0.17	-0.15
Risentimento	0.27	0.29	0.14	-0.16
Riduzione della tensione	-0.13	0.06*	-0.12*	0.22
Trattenere la collera	0.35	0.40	0.18	-0.19
Vendetta	0.42	0.36	0.32	-0.27
Vendetta	0.34	0.29	0.26	-0.21
Aggressività Fisica	0.41	0.22	0.38	-0.34
Aggressività Relazionale	0.24	0.25	0.15	-0.14
Aggressività Passiva	0.40	0.44	0.24	-0.20

Aggressività Indiretta	0.07	0.16	0.23	-0.21
-------------------------------	------	------	------	-------

* = non significativo per $x < .05$

3.8.3 L'ADS e le scale di Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione

Le correlazioni con le scale “Irritabilità-Ruminazione/Dissipazione”, avvalorano le ipotesi avanzate dagli autori del manuale originario. In generale le correlazioni sono tutte positive.

Ci aspettavamo solo alcuni costrutti

Nello specifico le correlazioni inerenti la scala di “Irritabilità”, scala che misura le componenti impulsive della condotta aggressiva, presentano un range di valori, compreso tra, $-0.011 \leq r \leq .62$. Le correlazioni più elevate, che rispecchiano maggiormente il legame tra l'ADS e la scala in questione si ritrovano nelle sottoscale “Attivazione fisiologica” (.62), “Impulsività” (.60), “Coercizione” e “Espressione verbale” (.54 per entrambi), “Aggressività passiva” (.53), “Diffidenza” (.52) e “Provocazioni” (.50). Le correlazioni più moderate riguardano l’“Aggressività fisica” (.49), “Trattenere la collera” (.47) e “Vendetta” (.45). È confermata l'ipotesi secondo cui l'irritabilità è connessa a diverse tipologie di comportamenti aggressivi o di espressione della collera.

Le correlazioni per la scala “Ruminazione/Dissipazione” che misura la propensione delle persone ad affrontare con la collera le offese subite, sono elevate con la sottoscala “Vendetta” (.50) e con le sottoscale di “Ruminazione”, “Durata degli episodi di collera” e “Aggressività passiva” (che presentano tutte un valore di .47), “Espressione verbale” (.45) e “Essere feriti/Rifiuto sociale” e “Diffidenza” (.44 per entrambe). Le altre correlazioni sono all'interno del seguente range di valori: $.05 \leq r \leq .50$. Queste correlazioni sembrano indicare come coloro che sono caratterizzati da una propensione alla

ruminazione abbiano anche maggiori tendenze aggressive ed episodi di collera più lunghi. Infine, entrambe le scale di Irritabilità-Ruminazione/Dissipazione correlano positivamente con i fattori di secondo ordine dell'ADS ($.49 \leq r \leq .68$) e con il suo punteggio totale (rispettivamente .69 e .58).

Tabella 3.8.3

Correlazioni ADS e Irritabilità Ruminazione (n=242)

	<i>Scala</i>	<i>Scala</i>
	<i>Irritabilità</i>	<i>Ruminazione/Dissipazione</i>
ADS	0.69	0.58
Reattività/Espressione	0.68	0.53
Provocazioni	0.52	0.36
Attivazione fisiologica	0.62	0.46
Durata dei problemi di collera	0.44	0.39
Ruminazione	0.58	0.47
Impulsività	0.60	0.47
Coercizione	0.54	0.36
Espressione Verbale	0.54	0.45
Anger-In	0.57	0.52
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.44	0.44
Durata degli episodi di collera	0.50	0.47
Diffidenza	0.52	0.44
Risentimento	0.48	0.39

Riduzione della tensione	-0.011*	0.051*
Trattenere la collera	0.47	0.40
Vendetta	0.57	0.49
Vendetta	0.45	0.50
Aggressività Fisica	0.49	0.38
Aggressività Relazionale	0.35	0.27
Aggressività Passiva	0.53	0.47
Aggressività Indiretta	0.43	0.28

* = non significativo per $x < .05$

3.8.4 L'ADS e la scala di Fragilità emotiva

I valori delle correlazioni tra ADS e le sottoscale della scala di “Fragilità emotiva” sono all’interno del range $-0.001 \leq r \leq 0.34$ (Tabella 3.8.4). In linea generale non ci sono delle elevate correlazioni e i valori più alti si evidenziano con le sottoscale di “Durata degli episodi di collera” (.34) e “Attivazione fisiologica” (.30). Il valore di correlazione con il punteggio totale dell’ADS è .26; mentre i fattori di secondo ordine presentano i seguenti valori: .24 per “Reattività/espressione”, .26 per “Anger-in” e .19 per “Vendetta”. Tali valori sono nella direzione ipotizzata in quanto le sottoscale di “Provocazioni”, “Attivazione fisiologica” o di “Aggressività passiva” dell’ADS correlano maggiormente con i costrutti di inadeguatezza personale e di sentimenti persecutori misurati dal questionario di Fragilità Emotiva.

Tabella 3.8.4

Correlazioni ADS e Fragilità Emotiva (n=246)

	<i>Fragilità Emotiva</i>
ADS	0.26
Reattività/Espressione	0.24
Provocazioni	0.25
Attivazione fisiologica	0.30
Durata dei problemi di collera	0.11*
Ruminazione	0.22
Impulsività	0.17
Coercizione	0.21
Espressione Verbale	0.13
Anger-In	0.26
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.14
Durata degli episodi di collera	0.34
Diffidenza	0.19
Risentimento	0.20
Riduzione della tensione	-0.001*
Trattenere la collera	0.22
Vendetta	0.19
Vendetta	0.15
Aggressività Fisica	0.16
Aggressività Relazionale	0.089*
Aggressività Passiva	0.25

Aggressività Indiretta	0.093*
-------------------------------	--------

* = non significativo per $x < .05$

3.8.5 L'ADS e la Barratt Impulsiveness Scale

Le correlazioni emerse tra il BIS-11 e l'ADS sono tutte positive e vanno nella direzione attesa. La scala di "Impulsività non pianificata" presenta le correlazioni più basse rispetto alle altre sottoscale del BIS -11 ($-.10 \leq r \leq .27$) probabilmente dovuto al fatto che tale scala è composta da item che indagano l'autocontrollo sul piano cognitivo, anziché su quello emotivo. Ad esempio, gli item "Mi annoio facilmente quando devo risolvere problemi concettuali", "Dico cose senza pensare" e "Mi interessa più al presente che al futuro" potrebbero essere rappresentativi del funzionamento di persone che, nonostante uno scarso controllo della propria attività mentale, non presentano difficoltà legate alla collera.

La scala di "Impulsività motoria" ha le più forti correlazioni con il fattore "Vendetta" (.47), con il fattore di Reattività/Espresione (.29) e col punteggio totale dell'ADS (.38); L'"Impulsività attentiva" ha una buona correlazione con le sottoscale "Aggressività passiva" (.44), "Ruminazione" e "Diffidenza" (.42 per entrambe) e "Attivazione fisiologica" (.41). Inoltre, le correlazioni con gli altri due fattori di ordine superiore sono buone ("Reattività/Espresione" = .38; "Anger-in" = .38) e lo stesso vale per il totale dell'ADS (.44).

Infine, per il punteggio totale della BIS-11 si osservano correlazioni buone per "Aggressività passiva" (.45), "Diffidenza" e "Ruminazione" (entrambe con un valore di .41), "Impulsività" (.39). I valori di correlazione con i fattori di secondo ordine sono buoni ("Reattività/Espresione" = .37; "Anger-in" = .35; "Vendetta" = .48) e lo stesso vale per il totale dell'ADS (.44).

Il BIS-11 è una scala volta a misurare le tendenze impulsive in diversi piani e correla maggiormente con la sottoscala “Impulsività” dell’ADS. Inoltre, l’ipotesi secondo cui l’impulsività possa portare a mettere in atto condotte aggressive è stata confermata dalle correlazioni con il fattore di secondo ordine “Vendetta”, e tra l’ADS totale e il BIS totale.

Tabella 3.8.5

Correlazioni ADS e BIS-11 n=238

	Totale BIS-11**	Impulsività Attentiva	Impulsività Motoria	Impulsività da Pianificazione	Non
ADS	0.44	0.44	0.38		0.26
Reattività/Espressione	0.37	0.38	0.29		0.24
Provocazioni	0.29	0.30	0.17		0.26
Attivazione fisiologica	0.39	0.41	0.34		0.21
Durata dei problemi di collera	0.06*	0.14	-0.002*		0.042*
Ruminazione	0.41	0.42	0.33		0.26
Impulsività	0.39	0.35	0.36		0.23
Coercizione	0.27	0.25	0.26		0.15
Espressione Verbale	0.35	0.33	0.29		0.24
Anger-In	0.35	0.38	0.28		0.20
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.25	0.27	0.16		0.18
Durata degli episodi di collera	0.20	0.25	0.14		0.13

Diffidenza	0.41	0.42	0.34	0.24
Risentimento	0.37	0.36	0.28	0.27
Riduzione della tensione	-0.06*	-0.05*	0.01*	-0.10*
Trattenere la collera	0.30	0.37	0.23	0,16
Vendetta	0.48	0.42	0.47	0.27
Vendetta	0.37	0.35	0.38	0.17
Aggressività Fisica	0.34	0.29	0.33	0.21
Aggressività Relazionale	0.36	0.28	0.33	0.26
Aggressività Passiva	0.45	0.44	0.43	0.24
Aggressività Indiretta	0.36	0.28	0.40	0.19

** l'item 20 del questionario è stato rimosso

* = non significativo per $x < .05$

3.8.6 L'ADS e il PID-5

Le correlazioni emerse tra il PID-5 e le sottoscale dell'ADS possono essere osservate nella tabella n 6.5. Tutte le correlazioni sono risultate positive e nella direzione attesa.

Nel dettaglio le correlazioni più elevate sono state identificate nei domini "Affettività negativa", "Disinibizione" e "Antagonismo".

Poiché il dominio "Affettività negativa" valuta esperienze frequenti ed intense di una vasta gamma di emozioni negative, le correlazioni emerse sono risultate elevate con la sottoscala "Diffidenza" (.50) e buone con le sottoscale: "Risentimento" (.47), "Aggressività passiva" (.44), e in misura minore con "Attivazione fisiologica" (.37),

“Ruminazione” (.37), “Trattenere la collera” (.37), “Durata degli episodi di collera” (.32), “Provocazioni” e “Essere feriti/Rifiuto sociale” (entrambi .31). Presenta inoltre un’elevata correlazione con il fattore di secondo ordine “Anger-in” (.51) e con il totale dell’ADS (.45).

Il dominio “Distacco”, che indica l’evitamento dell’esperienza socioemotiva e dalla scarsa capacità di esprimere affetti presenta una correlazione elevata con la sottoscala “Diffidenza” (.53) e delle correlazioni buone con le seguenti sottoscale: “Trattenere la collera” (.46), “Risentimento” (.42) e “Aggressività passiva” (.35). In relazione ai fattori di secondo ordine si evidenziano delle buone correlazioni con “Anger-In” (.45) e “Vendetta” (.32). Infine, vi è una buona correlazione con il totale dell’ADS (.38).

Il dominio “Antagonismo”, il quale misura tutti quei comportamenti che mettono l’individuo in contrasto e una mancanza di empatia con altre persone, presenta delle correlazioni buone nelle seguenti sottoscale: “Vendetta” (.46), “Aggressività indiretta” (.45), “Coercizione” (.39), “Risentimento” e “Aggressività relazionale” (entrambe a .35). “Aggressività passiva” (.33) e “Aggressività fisica” (.32).

La scala "Disinibizione", che fa riferimento ad un orientamento verso la ricerca di una soddisfazione immediata e la messa in atto di comportamenti impulsivi che non tengono conto delle conseguenze future, presenta diverse correlazioni che vanno a confermare il costrutto di tale dominio nella relazione con l’ADS. Nello specifico abbiamo una correlazione elevata con la sottoscala “Diffidenza” (.50) e delle correlazioni moderate con: “Risentimento” (.45), “Aggressività passiva” e “Ruminazione” (entrambe con un valore di .44), “Impulsività” (.43), “Attivazione fisiologica” (.42), “Espressione verbale” (.41), “Aggressività fisica” (.38), “Aggressività indiretta” e “Provocazioni” (entrambe con .36), “Vendetta” (.35), “Aggressività relazionale” (.33) e “Trattenere la collera”

(.32). Anche le correlazioni con i fattori di secondo ordine risultano essere moderate (“Reattività/Espressione” = .45; “Anger-in” = .45; “Vendetta” = .47); mentre con il totale dell’ADS vi è una correlazione elevata (.51).

Infine, il dominio “Psicoticismo” che indaga comportamenti e pensieri bizzarri, eccentrici o culturalmente incongruenti non presenta in generale correlazioni elevate, ma si possono osservare delle correlazioni moderate con: “Diffidenza” (.45), “Risentimento” (.39), “Attivazione fisiologica” (.38), “Trattenere la collera” e “Aggressività passiva” (entrambe con un valore di .37), “Ruminazione” e “Impulsività” (entrambe pari a .36). Per quanto riguarda le correlazioni con i fattori di secondo ordine esse sono tutte buone (“Reattività/Espressione” = .37; “Anger-in” = .45; “Vendetta” = .38); anche per quanto riguarda il totale dell’ADS le correlazioni sono buone (.45). Queste correlazioni indicano come la collera possa essere associata a diverse manifestazioni psicopatologiche.

Tabella 3.8.6

Correlazioni ADS e PID n=181

	Affettività negativa	Distacco	Antagonismo	Disinibizione	Psicoticismo
ADS	0.45	0.38	0.40	0.51	0.45
Reattività/Espressioni	0.35	0.28	0.29	0.45	0.37
Provocazioni	0.31	0.19	*0.12	0.36	0.28
Attivazione fisiologica	0.37	0.30	0.22	0.42	0.38

Durata dei problemi di collera	0.17	*0.13	0.17	0.19	*0.14
Ruminazione	0.37	0.32	0.23	0.44	0.36
Impulsività	0.30	0.24	0.28	0.43	0.36
Coercizione	0.23	0.30	0.39	0.29	0.32
Espressione Verbale	0.25	0.32	0.27	0.41	0.34
Anger-In	0.51	0.45	0.34	0.45	0.45
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.31	0.18	0.22	0.25	0.21
Durata degli episodi di collera	0.32	0.24	0.23	0.29	0.33
Diffidenza	0.50	0.53	0.31	0.50	0.45
Risentimento	0.47	0.42	0.35	0.45	0.39
Riduzione della tensione	*0.10	*0.04	*0.05	*0.03	*0.08
Trattenere la collera	0.37	0.46	0.23	0.32	0.37
Vendetta	0.36	0.32	0.49	0.47	0.38
Vendetta	0.26	0.26	0.46	0.35	0.31
Aggressività Fisica	0.17	0.22	0.32	0.38	0.31
Aggressività Relazionale	0.26	0.22	0.35	0.33	0.21

Aggressività	0.44	0.35	0.33	0.44	0.37
Passiva					
Aggressività	0.24	0.19	0.45	0.36	0.30
Indiretta					

* = non significativo per $x < .05$

3.8.7 L'ADS ed il Beck Anxiety Inventory

Tra il BAI e l'ADS si osservano delle correlazioni tali da suggerire una relativa sovrapposizione tra i sintomi somatici dell'ansia e quelli tipici della collera. Infatti, tali correlazioni si osservano con le sottoscale del fattore "Reattività/Espressione" (.48): "Attivazione fisiologica" e "Ruminazione" (.47 per entrambe), "Provocazioni" (.45), "Impulsività" e "Coercizione" (.37 per entrambe) e "Espressione verbale" (.35); e con alcune del fattore Anger-in (.47): "Diffidenza" (.42), "Durata degli episodi di collera" (.41), "Risentimento" e "Trattenere la collera" (.39 per entrambe). Inoltre, vi è una correlazione elevata con il totale dell'ADS (.50).

Tabella 3.8.7

Correlazioni ADS e BAI n=239

	<i>BAI</i>
ADS	0.50
Reattività/Espressione	0.48
Provocazioni	0.45
Attivazione fisiologica	0.47
Durata dei problemi di collera	0.27

Ruminazione	0.47
Impulsività	0.37
Coercizione	0.37
Espressione Verbale	0.35
Anger-In	0.47
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.30
Durata degli episodi di collera	0.41
Diffidenza	0.42
Risentimento	0.39
Riduzione della tensione	0.067*
Trattenere la collera	0.39
Vendetta	0.37
Vendetta	0.29
Aggressività Fisica	0.21
Aggressività Relazionale	0.29
Aggressività Passiva	0.29
Aggressività Indiretta	0.27

* = non significativo per $x < .05$

3.8.8 L'ADS ed il Beck Depression Inventory

Le correlazioni tra ADS e BDI-2 sono risultate tutte positive. Tra le correlazioni moderate abbiamo: “Aggressività passiva” (.44), “Risentimento” (.38), “Ruminazione” (.34), “Attivazione fisiologica” e “Durata degli episodi di collera” (.33) e tutti i fattori di

secondo ordine (“Reattività/Espressione = .34; “Anger-in” = .39; “Vendetta” = .37). Infine, la correlazione con il totale dell’ADS è da considerarsi anch’essa moderata (.40). Queste correlazioni confermano il legame tra depressione e la collera, che si esplica in misura maggiore con atteggiamenti passivi di risentimento o aggressività.

Tabella 3.8.8

Correlazioni ADS e BDI-II n=241

	<i>BDI-II</i>
ADS	0.40
Reattività/Espressione	0.34
Provocazioni	0.28
Attivazione fisiologica	0.33
Durata dei problemi di collera	0.16
Ruminazione	0.34
Impulsività	0.32
Coercizione	0.23
Espressione Verbale	0.27
Anger-In	0.39
Essere feriti/Rifiuto sociale	0.23
Durata degli episodi di collera	0.33
Diffidenza	0.30
Risentimento	0.38
Riduzione della tensione	0.055*
Trattenere la collera	0.31

Vendetta	0.37
Vendetta	0.25
Aggressività Fisica	0.20
Aggressività Relazionale	0.29
Aggressività Passiva	0.44
Aggressività Indiretta	0.25

* = non significativo per $x < .05$

In generale, va evidenziato come la sottoscala di “Riduzione della tensione” presenti valori di correlazione molto bassi sia nel campione attuale che in quello del campione originale. L’unica eccezione riguarda la correlazione tra questa sottoscala e la sottoscala AX/Con della scala STAXI, in quanto i due costrutti risultano simili tra loro.

Per concludere è quindi possibile confermare che l’ADS nella versione italiana, è un valido strumento per la misurazione dei costrutti di collera e delle condotte aggressive connesse.

3.9 Scale di Impressione positiva

La sottoscala “Impressione positiva” è composta da 6 item (5,14,24,36,43,57) e ha l’obiettivo di indagare la tendenza a fornire un’impressione positiva di sé. In base ai dati originali ha un cut off pari a 15, i cui valori inferiori indicano una maggiore tendenza a fornire un’immagine positiva.

Tabella 3.9.1

Popolazione del campione clinico divisa in base al luogo di provenienza del campione (n=255)

Variabile	Frequenza	Percentuale
Carcere	113	44,31%
Comunità	142	55,69%

Nella tabella 3.9.2 si possono osservare i risultati ottenuti dallo studio delle risposte dei partecipanti alla sottoscala in questione. In concordanza con il campione clinico statunitense la percentuale di persone che tende a dare un'impressione positiva di sé è del 27.43 % nella popolazione carceraria e del 28.17% in quella comunitaria. Il dato di queste percentuali molto simile a quello originale (26.6%) conferma una lieve tendenza di queste popolazioni a dare un'impressione positiva. Infatti, tra le due popolazioni in esame non ci sono differenze ($\chi^2=15.92$, $df=24$, $p\text{-value}=0.89$)

Tabella 3.9.2

Risultati indagine sull'”Impressione positiva

	Sopra il cut off >15	Sotto il cut off ≤15	Totale
	n (%)	n (%)	n
Popolazione carceraria	82 (72.57%)	31 (27.43%)	113
Popolazione comunitaria	102 (71.83%)	40 (28.17%)	142

Capitolo 4:

Discussione

4.1 Interpretazione dei risultati dello studio

4.1.1 Analisi delle correlazioni

Per poter avanzare alcune ipotesi in riferimento ai costrutti indagati, è necessario prendere in considerazione le correlazioni tra le sottoscale dell'ADS ed i questionari che sono stati somministrati nel presente studio.

Partendo dallo STAXI l'attenzione si concentra sostanzialmente sui concetti di anger-in e anger-out, concetti introdotti per la prima volta da Funkenstein, King e Drolette (1954). Prima, però, di focalizzarci sulle correlazioni è importante ricordare che la base teorica di questo strumento si basa sui costrutti di rabbia di stato e di tratto, di esperienza ed espressione della collera. Prendendo in considerazione l'AX/In dello STAXI, possiamo innanzitutto confermare che i risultati ottenuti sono in linea con le ipotesi iniziali. Infatti, è possibile vedere come vi siano delle buone correlazioni con la sottoscala dell'ADS "Trattenere la collera", che appunto fa riferimento alla tendenza dell'individuo a trattenere la collera dentro di sé, cercando di sopprimerne i sentimenti ad esso legata; inoltre, correla con la ruminazione, la diffidenza ed il fattore di secondo ordine "Anger-in" (.41). Si era ipotizzato che il trattenere la collera dentro di sé, cercando di limitarne gli effetti, causasse una maggiore durata dei vissuti di collera, aspetto che, anche in questo caso, è stato confermato dalle correlazioni con l'ADS. Come ci si aspettava i valori delle correlazioni con aggressività fisica, relazionale e indiretta sono risultati bassi, mentre quello relativo all'aggressività passiva è risultato buono (.44). In merito a ciò si può pensare che questo tipo di aggressività sia legato al risentimento dell'individuo che, percependo la propria vita o ciò che ha ottenuto come ingiusto o non equo, prova una

collera tale da minare l'altro non portando a compimento compiti o richieste provenienti da chi ha causato l'insorgenza della collera. Quando la collera viene rivolta verso di sé o viene soppressa, come riportato dallo stesso Spielberger (1988), viene sperimentato soggettivamente uno stato emozionale, arrivando quindi a parlare di rabbia di stato. Oltretutto, l'intensità di tale stato emozionale varia a seconda di diversi aspetti come, ad esempio, il pensare a vissuti passati o al tentativo di reprimerli.

Per quanto riguarda la tendenza dell'individuo ad esternare la propria collera verso persone o oggetti; quindi, ciò che si riferisce alla scala AX/Out, correla maggiormente con comportamenti aggressivi di tipo fisico. Alla base vi è una forte attivazione fisiologica, che influenza notevolmente il carattere di impulsività, tentativi di coercizione e l'utilizzo di espressioni verbali aversive nei confronti di altre persone. Come riportato dagli studi di Spielberger (1988) la scala AX/Out tende a presentare delle correlazioni moderatamente alte con i punteggi inerenti alla rabbia di tratto, mostrando delle correlazioni più elevate rispetto a quelle con la scala AX/In. Tali risultati fanno supporre che individui, i quali provano collera in maniera molto frequente, tendono ad esprimerla all'esterno, su altre persone o cose, al fine di liberarsi di tale emozione. Ciò può essere confermato dai risultati delle correlazioni ottenute nel presente studio, risultati in linea con le ipotesi secondo cui ci vi è una tendenza da parte dell'individuo a rispondere in maniera aggressiva o verbale alle provocazioni esterne, lasciandosi andare all'impulsività e all'utilizzo dei propri mezzi di coercizione per ottenere qualcosa o rendere accondiscenti al proprio volere le altre persone.

Spostandoci sulla scala di Irritabilità, la quale indica un costrutto che implica sia una componente impulsiva, sia l'esperienza di un'affettività negativa che predispone alla collera (Born & Steiner, 1999) possiamo notare come le correlazioni tra la scala citata e

l'ADS confermino le ipotesi secondo cui vi sia un'associazione tra i sintomi di attivazione fisiologica tipici della collera, gli aspetti di impulsività della persona ed il livello di stimoli e provocazioni che possono elicitare tale emozione. Successivamente, per quanto riguarda la scala di Ruminazione/Dissipazione, si può sostenere che tale studio abbia ricondotto tali correlazioni ad un profilo che ambisce al desiderio di vendetta, sostenuto da aspetti di ruminazione, durata degli episodi di collera e il sentirsi feriti o rifiutati a livello sociale, in linea con quanto ipotizzato inizialmente. Possiamo notare di come irritabilità e ruminazione siano connesse dalle correlazioni stesse delle due scale con l'ADS; infatti, la scala di Irritabilità presenta un'elevata correlazione (.58) con la sottoscala dell'ADS "Ruminazione". Questo aspetto sostiene quanto già ipotizzato in precedenza, ovvero che la tendenza dell'individuo a ruminare sui propri vissuti personali che hanno causato il sentimento di collera, non permette il "dissipamento" di essi, portando, invece, una maggiore elicitazione di tale emozione che "viene tenuta attiva".

Riguardando alle correlazioni con la scala di fragilità emotiva, invece, si sono ottenute sia buone che scarse correlazioni. Quelle più forti sottolineano la presenza di una componente legata all'attivazione fisiologica in riferimento ad aspetti provocativi che possono influenzare negativamente la durata dei problemi di collera. Nonostante le correlazioni siano perlopiù basse, la direzione delle correlazioni sono nella direzione dei costrutti di inadeguatezza personale e di sentimenti persecutori.

Le correlazioni con il BIS-11, che sono risultate in linea generale buone, ci permettono di confermare la validità del costrutto dell'impulsività. Nonostante le correlazioni siano buone, esse non permettono di confermare alcune ipotesi, come ad esempio quella di Buss (1961), secondo cui l'impulsività sia una condizione necessaria nelle aggressioni ostili o affettive. Già in precedenza (Bushman & Anderson, 2001) questa ipotesi era stata

confutata e, tramite i risultati del presente studio, possiamo confermare come l'impulsività non sia una condizione necessaria per lo sviluppo degli agiti aggressivi, ma che comunque ha un proprio ruolo nell'elicitazione della stessa; inoltre, risulta essere associata con tutti i tipi di aggressività. Tutti e tre i tipi di impulsività indagati dal BIS-11, presentano delle correlazioni positive e nella direzione attesa con l'ADS e, nello specifico, con la sottoscala "Impulsività" dello stesso. Inoltre, nonostante l'"Impulsività da non pianificazione" presenti delle basse correlazioni rispetto alle buone correlazioni delle altre due scale, possiamo confermare che vi sia un legame con tutti i tipi di aggressività indagati dall'ADS. Come precedentemente affermato, però, questi valori risultano bassi per il fatto che indagano gli aspetti cognitivi dell'individuo piuttosto che quelli emotivi.

Per quanto riguarda le correlazioni con il PID-5, esse potrebbero essere utilizzate per ricavare quali caratteristiche di personalità siano più frequenti in chi riporta di avere o avere avuto problemi di collera. Prendendo in considerazione i singoli domini possiamo notare che per il dominio "Affettività negativa" vi sono correlazioni che si riferiscono all'esperienza di emozioni di carattere negativo come la diffidenza, il risentimento e la ruminazione. Inoltre, le buone correlazioni con le provocazioni e la durata degli episodi di collera permettono di sottolineare come elevati punteggi in questo dominio indichino un'instabilità emotiva dovuta all'esperienza di emozioni negative, tra cui la collera. Spostandoci sul dominio "Distacco", tramite le correlazioni osservate, possiamo parlare di una modalità della persona ad evitare le interazioni sociali a causa di alti livelli di diffidenza e risentimento, uniti alla tendenza dell'individuo a trattenere i propri vissuti di collera. Si parla di individui sospettosi, propensi al ritiro sociale e incapaci di godere di ciò che la vita gli presenta. Successivamente vi è il dominio "Antagonismo", che presenta

delle buone correlazioni con la vendetta, la coercizione e il risentimento. Sono individui che possono usare la propria aggressività per superare gli altri e manipolarli per ottenere ciò a cui ambiscono maggiormente. Inoltre, il fatto di avere delle buone correlazioni con le scale appartenenti al fattore di secondo ordine “Vendetta”, ovvero con tutte le scale inerenti all’aggressività, permette un ulteriore supporto alla validità dell’ADS poiché essa appare correlata a strumenti che hanno ricevuto delle ampie conferme in letteratura per quanto riguarda la valutazione dei vissuti di collera. Per il dominio “Disinibizione”, esso presenta un’elevata correlazione con la sottoscala diffidenza e delle buone correlazioni con quelle di risentimento, ruminazione, impulsività e con tutti e tre i tipi di aggressività. Il livello di correlazione con la ruminazione, aspetto che non risulti essere tipico di individui disinibiti, va a sottolineare l’ipotesi che essa permette di mantenere il vissuto di collera, influenzandone gli aspetti impulsivi ad esso legato. Infine, il dominio “Psicoticismo” ha delle buone correlazioni con le sottoscale di diffidenza, risentimento, ruminazione ed impulsività. Ciò è coerente con l’ipotesi che la collera possa essere associata a diverse manifestazioni psicopatologiche.

Per quanto riguarda le correlazioni con il BAI possiamo confermare come l’ansia e la collera siano accomunate dalla tendenza alla ruminazione, dal risentimento e dall’attivazione fisiologica. Questi risultati sono in linea con quanto ci si aspettava inizialmente; infatti, molteplici sintomi indagati dal BAI sono rappresentativi dei correlati tipici della collera, come ad esempio l’agitazione, il respiro affannoso, l’incapacità a rilassarsi, ecc... Considerando poi lo studio di Deffenbacher et al. (1996), in cui l’ansia è stata associata con il trattenere ed il sopprimere la collera, possiamo confermare ulteriormente tale risultato considerando la correlazione tra il BAI e la sottoscala “Trattenere la collera” dell’ADS, che presenta un punteggio di .39.

Infine, vi sono le correlazioni con il BDI-II che sottolineano una connessione tra collera e depressione. La natura della relazione tra collera e tristezza risulta evidente tramite la presa in esame del modello di Power e Dalglish, che sottolinea la possibilità di sperimentare emozioni diverse in maniera simultanea e in risposta allo stesso stimolo. Le correlazioni con l'ADS sottolineano una tendenza alla ruminazione, aspetti di risentimento ed un certo livello di aggressività passiva. Inoltre, DiGiuseppe e Tafrate (2007), si sono resi conto di come individui con alti punteggi nella sottoscala "Trattenere la collera" presentino spesso una storia clinica di disturbi depressivi. Inoltre, se prendiamo in considerazione gli studi di Fava (1998), studi in cui viene identificato un sottotipo di depressione, caratterizzato da attacchi di collera, noteremo delle similitudini con le correlazioni trovate in questo studio. Queste persone vengono descritte come agitate, sospettose, ansiose e ostili. Già focalizzandosi sull'aspetto della diffidenza possiamo trovare un riscontro con il presente studio, in quanto vi è una buona correlazione con la scala corrispondente. Inoltre, Fava e colleghi hanno classificato questi individui tramite quattro criteri, uno dei quali si riferisce ad una reazione eccessiva a piccoli stimoli e, sebbene le correlazioni siano deboli, vanno nella stessa direzione rispetto a quanto esposto dagli studiosi, mediante la correlazione con la sottoscala "Provocazioni". Questi aspetti, però, si ricollegano maggiormente al sottotipo descritto precedentemente ed è difficile generalizzare quanto detto sulla popolazione clinica, ma quello che si può evincere è che un legame tra alcuni aspetti della collera e della depressione esiste e le correlazioni maggiori trovate all'interno della presente ricerca lo confermano.

4.2 Confronto tra il presente studio e lo studio di validazione dell'ADS di DiGiuseppe e Tafrate

La prima sostanziale differenza che possiamo identificare tra i due studi sta nella numerosità del campione. Infatti, nel presente studio sono stati presi in esame 255 persone, mentre in quello di validazione 1016. Un'altra differenza riguarda le caratteristiche dei partecipanti, mentre nel campione originale le persone sono state categorizzate in base a: guidatori aggressivi; individui che hanno ricevuto una psicoterapia all'interno di ambulatori generali; persone che hanno ricevuto delle cure per i propri problemi di collera; individui che sono stati indirizzati da una corte giudiziaria; persone detenute; autori di reati sessuali; individui che hanno ricevuto un trattamento clinico per i disturbi della collera. Mentre nel presente studio, come già descritto nel primo capitolo, i partecipanti sono stati reclutati indiscriminatamente all'interno di strutture carcerarie e comunità terapeutiche. Nonostante queste differenze e l'utilizzo di differenti questionari nella validazione degli studi, si possono confrontare i risultati ottenuti nel presente studio con quelli presentati nel manuale.

Riprendendo l'analisi fattoriale confermativa (CFA) è possibile sottolineare come il presente studio, a differenza di quello originale, abbia confermato il modello fattoriale proposto dai due autori del manuale calcolando gli indici di fit a partire dalla stima dei parametri di ogni item componenti le varie sottoscale, per passare poi alla stima dei parametri delle sottoscale componenti i fattori di secondo ordine ed infine calcolare gli indici di fit dei domini dell'ADS. Nella validazione originale, invece è possibile osservare solamente i valori degli indici di fit relativi a sottoscale e fattori di secondo ordine.

I valori degli indici della validazione originaria risultano spesso ai limiti dell'accettabilità, mentre quelli dello studio attuale sono risultati ottimali e, in molti casi, ai limiti

dell'eccellenza. Se, poi, si prendono in considerazione i valori relativi al dominio "Motivazione", dominio per l'appunto inserito da DiGiuseppe e Tafrate (2004, 2007), possiamo confermare l'importanza delle motivazioni elicitate dalla collera.

Infine, per approfondire ulteriormente la validità dell'ADS ci si riferisce allo studio di validazione della versione originale (DiGiuseppe & Tafrate 2004). Nello specifico viene preso in considerazione lo STAXI.

Innanzitutto, è necessario sottolineare che lo studio originale ha utilizzato la seconda versione dello strumento, mentre lo studio attuale la prima versione. In merito a questo, i confronti possono essere effettuati sulle sottoscale AX/In e AX/Out, in quanto presenti in entrambe le scale. Partendo dalla scala AX/In possiamo notare come i valori di correlazione dello studio originale, compresi tra .07 e .59, risultano maggiori rispetto al presente studio, che invece possiede dei valori compresi tra .06 e .44. L'unica eccezione è rappresentata dalla sottoscala "Durata degli episodi di collera" che ha un valore pari a .39 nel presente studio e di .38 in quello originale. Anche per quanto riguarda i fattori di secondo ordine le correlazioni della validazione originale sono maggiori rispetto a quelle della validazione attuale. Il fattore "Reattività/Espressione" presenta un valore pari a .42, rispetto al .33 osservato dal presente studio; il fattore "Anger-in" presenta un valore di .62 rispetto al .41 identificato dal presente studio; il fattore "Vendetta" presenta un valore pari a .49 rispetto a quello di .36 dello studio attuale. In relazione alla scala AX/Out i valori di correlazione dello studio originale sono compresi tra .19 e .65 risultano molto maggiori rispetto a quelli del presente studio, compresi tra -.13 e .38, correlazioni che sono, inoltre, inferiori rispetto a quelle dell'AX/In. Per i fattori di secondo ordine, anche in questo caso, i valori dello studio originale sono superiori a quelli dello studio attuale: "Reattività/Espressione" pari a .57 contro .37; "Anger-in" pari a .56 contro .18;

“Vendetta” pari a .62 contro .32. Per l’interpretazione di tali dati, però, è necessario tenere in considerazione che il campione originale a cui è stato somministrato lo STAXI era composto da 516 persone, di cui solo 100 facenti parte della popolazione carceraria; mentre nel campione attuale si è fatto riferimento a 249 persone, provenienti dal carcere o da case circondariali. Questo fattore tende ad influenzare molto i valori e a rendere difficile il confronto, in quanto vi è una maggioranza di popolazione non clinica. Nonostante questo, possiamo comunque confermare la direzione attesa tra le sottoscale che indagano l’anger-in con la scala AX/In e quella delle sottoscale che indagano l’anger-out con la scala AX/Out.

4.3 I limiti dello studio

Per quanto l’ADS abbia portato delle innovazioni sia per quanto riguarda l’identificazione dei problemi legati alla collera sia per il miglior trattamento degli stessi, non risulta essere priva di limiti. Innanzitutto, l’assenza di una categoria diagnostica a cui fare riferimento non permette di identificare con maggiore precisione le peculiarità dei vari problemi di collera che l’individuo può presentare, permettendo così degli interventi più mirati. Più che un problema dell’ADS in sé risulta essere un problema diagnostico, ma che influenza comunque l’utilizzo dello strumento. Un limite deriva dall’aver utilizzato lo strumento BIS-11, atto a misurare l’impulsività dell’individuo, nello specifico sul suo livello di coerenza interna. Essa, infatti, è risultata essere buona nella sua totalità (.81), ma ai limiti dell’accettabile per quanto riguarda i fattori di secondo ordine, nello specifico quello dell’“Impulsività attentiva” (.55). Per risolvere il problema si è proceduti con l’eliminazione dell’item 20, portando il fattore ad un valore di .63.

Ci sono poi delle considerazioni da fare in merito al campione e alla somministrazione dei test. Il campione clinico, rispetto a quello originale del manuale, è risultato più piccolo in termini di numerosità (255 contro i 1016 reclutati da DiGiuseppe e Tafrate) e proveniente da un'area ristretta. Inoltre, non si può definire omogeneo in termini di genere, la percentuale degli uomini è maggiore di quella delle donne; età, i giovani sono risultati in minoranza rispetto a adulti e anziani. La somministrazione del questionario avvenuta in modalità cartacea ha rappresentato un problema per quanto riguarda il fatto che alcuni dati informativi non sono stati riconsegnati, sono state inserite più risposte negli stessi item e in alcune occasioni sono state lasciate in bianco intere pagine. In questo caso una somministrazione digitale potrebbe risolvere il problema delle risposte multiple ed evitare che alcuni dati possano essere persi.

Infine, un ultimo limite è rappresentato dall'utilizzo dei self report, in quanto senza un controllo diretto sulla persona o comunque tramite una distribuzione di gruppo, il rispondente può non capire cosa gli venga richiesto e, senza informarsi, rispondere casualmente agli item. Un altro aspetto importante è che l'individuo potrebbe mentire su quello che prova o sulla sua situazione attuale, anche se vi è una scala per l'"Impressione positiva" che dovrebbe ovviare al problema, ma come visto nel capitolo precedente, almeno in questo studio, sembra che non ci sia stata una tendenza all'apparire "socialmente affabile".

4.4 Conclusioni

Il presente studio si è posto come obiettivo principale quello di validare sul territorio italiano il questionario per la valutazione dei disturbi della collera, costruito da DiGiuseppe e Tafrate, focalizzandosi su di una popolazione clinica proveniente da

carcere, casa circondariale ed alcune comunità terapeutiche del nord-est Italia. Questo lavoro di validazione è avvenuto in quanto, escludendo l'ADS stesso, non esiste alcuno strumento di indagine che indaghi la collera come costrutto clinicamente significativo. Essa, infatti, è vista come emozione e non viene considerata come un'emozione patologica che possa portare allo sviluppo di un disturbo ad essa legata. Basti pensare che non esiste una categorizzazione di questa tipologia di disturbi all'interno dei manuali diagnostici maggiormente utilizzati (ad esempio nel DSM-V). La collera, difatti non è mai stata identificata come un possibile sintomo di un determinato disturbo, quanto più come un qualcosa che può essere presente o meno. L'ADS, inoltre, non nasce con il solo scopo di identificare i disturbi della collera, ma anche con lo scopo di pianificare un trattamento adeguato, in base alle caratteristiche sintomatologiche presentate dall'individuo. Esse vengono identificate attraverso i punteggi ottenuti nel questionario e disposti all'interno di un range percentile. Infine, la misurazione della collera all'interno di questo strumento si propone di essere multidimensionale, ovvero non riguarda solo aspetti cognitivi, comportamentali, di attivazione fisiologica o provocativi; bensì si riferisce a tutti e quattro i domini citati, ai quali si aggiunge il dominio della motivazione, dominio che fino ad ora non era stato preso in considerazione e che si riferisce ai motivi che causano l'elicitazione della collera.

Il lavoro riportato all'interno di questa tesi è iniziato dall'inserimento dei dati raccolti provenienti dalle strutture sopracitate all'interno di un foglio di calcolo (Excel) per poi passare all'analisi di tali dati tramite l'ausilio del software R. L'analisi dei punteggi ottenuti all'ADS con gli altri questionari presi in esame è risultata efficace per confermare la validità convergente e di costrutto del questionario stesso, al fine di poterne confermare l'utilizzo per indagare i vari aspetti dei disturbi della collera. Il calcolo della coerenza

interna dell'ADS, tramite l'utilizzo dell'alpha di Cronbach, è stato il primo passo per valutare l'attendibilità del test in merito al grado in cui tutte le parti del test misurano allo stesso modo la variabile indagata, ottenendo degli eccellenti valori della stessa che sono oltretutto risultati molto simili a quelli della coerenza interna del campione originario. Successivamente, tramite l'analisi fattoriale confermativa è stato confermato il livello multidimensionale dello strumento, suddiviso per domini, proposto dagli autori del manuale originale. Infine, si è proceduti con lo studio delle correlazioni, partendo dalle correlazioni interne dell'ADS, che sono risultate significative e nella direzione ipotizzata. Le uniche correlazioni risultate non significative per $r < .05$ sono quelle della sottoscala "Trattenere la collera", con le altre sottoscale il cui costrutto risulta opposto o diverso. Le correlazioni, invece, con gli altri questionari presi in esame ovvero: STAXI, scale di Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione, scala della Fragilità emotiva, BIS-11, PID-5, BAI e BDI hanno confermato le ipotesi di partenza, sottolineando gli aspetti convergenti dei questionari con i costrutti dell'ADS. Dalle correlazioni con lo STAXI vi è stata una conferma per quanto riguarda i costrutti di anger-in e anger-out; da quelle con le scale di Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione un'ulteriore conferma che ruminazione, provocazioni ed impulsività tendono a sostenere l'emozione di collera rendendone difficile la dissipazione; da quelle con il BIS-11 che l'impulsività risulta avere un certo peso sullo sviluppo, il mantenimento e la gestione della collera; da quelle con il PID-5, nello specifico per i domini di "Affettività negativa", "Distacco" e "Antagonismo", hanno rispecchiato la maggior parte delle caratteristiche psichiche di individui soggetti a problemi di collera; quelle inerenti alla fragilità emotiva hanno sottolineato ulteriormente come le provocazioni vadano ad aumentare la reazione fisiologica dell'individuo aumentando la durata dei problemi di collera; infine, le correlazioni con il BAI ed il BDI,

nonostante non indagassero direttamente il costrutto della collera, in quanto focalizzati rispettivamente su ansia e depressione, hanno permesso di identificare delle connessioni sia sul piano di attivazione fisiologica, che sul piano inerente ai vissuti personali di collera, che tendono maggiormente ad essere trattenuti piuttosto che espressi.

In conclusione, possiamo affermare che lo strumento presenta un'eccellente coerenza interna e delle buone ed eccellenti correlazioni interne, che confermano una buona validità di costrutto. Inoltre, come ipotizzato inizialmente sono stati ottenuti dei punteggi più alti nelle correlazioni con i seguenti strumenti, strumenti il cui costrutto è stato indagato dall'ADS stesso: STAXI, scale di Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione, a due dei fattori di secondo ordine del BIS-11 ("Impulsività motoria" e "Impulsività da non pianificazione") e con alcuni domini del PID-5 ("Affettività negativa", "Distacco" e "Antagonismo"). Come ci si aspettava le correlazioni più basse sono state identificate con la scala di "Fragilità emotiva"; mentre con i questionari BAI e BDI, i cui costrutti si allontanano da quello della collera, hanno mostrato delle correlazioni positive e nella direzione attesa per quanto riguarda gli aspetti comuni tra i vissuti di collera e quelli di ansia e depressione.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders vol 3.*

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision).

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* R. Cortina.

American Psychiatric Association. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)- Adults.*

Beck, A.T. (1990). *Beck Anxiety Inventory: manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1*(82), 10–1037.

Born, L., & Steiner, M. (1999). Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders. *Archives of Women's Mental Health, 2*(4), 153–167.

Bushman, B. J., & Anderson, C. A. (2001). Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological review, 108*(1), 273.

Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of consulting psychology, 21*(4), 343.

Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression.* Wiley.

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology, 63*(3), 452.

- Caprara, G. V. (1983). La misura dell'aggressività: contributo di ricerca per la costruzione e la validazione di due scale per la misura dell'irritabilità e della suscettibilità emotiva. *Giornale italiano di Psicologia*, 10, 107-127.
- Caprara, G. V., Cinanni, V., D'imperio, G., Passerini, S., Renzi, P., & Travaglia, G. (1985). Indicators of impulsive aggression: Present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Personality and Individual Differences*, 6, 665-6674.
- Caprara, G. V. (1986). Indicators of aggression: The dissipation-rumination scale. *Personality and individual differences*, 7(6), 763–769.
- Caprara, G. V., Mazzotti, E., & Prezza, M. (1990). Una scala per la misura dell'atteggiamento verso la violenza [A scale for measuring attitude toward violence]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 17, 107-120.
- Caprara, & Caprara, G. V. (1991). *indicatori della condotta aggressiva: irritabilità e ruminazione, dissipazione: manuale*. Organizzazioni Speciali.
- Caprara, Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Perugini, M. (1991). *Scala per la misura della fragilità emotiva: manuale*. Organizzazioni Speciali.
- Castrogiovanni, P., Maremmani, I., Andreani, M. F. (1982). *Questionario per la Tipizzazione dell'Aggressività (QTA). traduzione e adattamento italiano dell'"Inventory for Assessing different kinds of hostility" di Buss e Durkee*. Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa.
- Cattell, R. (1975). *The 16 Personality Factor Questionnaire*. Champagne, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cattell, R., Cattell, A. K., & Cattell, H. E. P. (1994). *The 16 Personality Factor Questionnaire-Fifth Edition*. Champagne, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Thwaites, G. A., Lynch, R. S., Baker, D. A., Stark, R. S., Thacker, S., & Eiswerth-Cox, L. (1996). State–Trait Anger Theory and the utility of the Trait Anger Scale. *Journal of Counseling Psychology, 43*(2), 131–148.
- Derogatis, L. R. (1975). *Symptom Checklist-90-Revised*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- DiGiuseppe, R., Eckhardt, C., Tafrate, R., & Robin, M. (1994). The diagnosis and treatment of anger in a cross-cultural context. *Journal of Social Distress and the Homeless, 3*(3), 229–261.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2004). *Anger Disorders Scale (ADS)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2007). *Understanding anger disorders*. Oxford University Press.
- Eckhardt, C. I., & Deffenbacher, J. L. (1995). *Diagnosis of anger disorders*.
- Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.
- Fava, M. (1998). Depression with anger attacks. *Journal of clinical psychiatry, 59*(18), 18–22.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). *PID-5 Adulti. Manuale d'uso della versione italiana*. R. Cortina.
- Funkenstein, D., King, S., & Drolette, M. (1954). The Direction of Anger During a Laboratory Stress-Inducing Situation. *Psychosomatic medicine*.
- Ghisi, M., Flebus, G. B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). Beck Depression Inventory: manuale. Adattamento italiano. Firenze: Organizzazioni Speciali.

- Harmon-Jones, E., Peterson, C. K., & Harmon-Jones, C. (2010). Anger, Motivation, and Asymmetrical Frontal Cortical Activations. In M. Potegal, G. Stemmler, & C. Spielberger (A c. Di), *International Handbook of Anger* (pagg. 61–78). Springer New York.
- Harmon-Jones et al. (2010). *Anger, Motivation, and Asymmetrical Frontal Cortic*.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C (1989). *MMPI-2: Minnesota multiphasic personality inventory-Second Edition*. University of Minnesota Press.
- Hathaway, S., Pancheri, P., & Sirigatti, S. (1995). *MMPI-2: Minnesota multiphasic personality inventory-2: manuale*. Organizzazioni Speciali.
- Millon, T. (1986). *A theoretical derivation of pathological personalities*.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T., & Zennaro A. (2016). *MCMII-III: Millon clinical multiaxial inventory-III: manuale* (seconda edizione). Giunti O.S.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington.
- Novaco, R. W. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, 133(10), 1124–1128.
- Novaco, R. W. (1994). *Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered*.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768–774.

- Potegal, M., Stemmler, G., & Spielberger, C. (2010). *International handbook of anger: Constituent and concomitant biological, psychological, and social processes*. Springer.
- Power, M., & Dalgleish, T. (2015). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Psychology press.
- Power, M., & Dalgleish, T. (2015). *Cognition and emotion: From order to disorder (terza edizione)*. Psychology press.
- Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., Madeddu, F. (2011). *Symptoms Checklist-90-R. standardizzazione italiana (seconda edizione)*. Giunti.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23–74.
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). *Beck Anxiety Inventory. Adattamento italiano: manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Siegel, J. M. (1986). The multidimensional anger inventory. *Journal of personality and social psychology*, 51(1), 191.
- Snell Jr, W. E., Gum, S., Shuck, R. L., Mosley, J. A., & Kite, T. L. (1995). The clinical anger scale: Preliminary reliability and validity. *Journal of clinical psychology*, 51(2), 215–226.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. *Anxiety-Current trends and theory*, 3–20.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL Psychological Assessment Resources. - References—Scientific Research Publishing.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.

Watson, D., & Clark, L. (1999). The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule-expanded form. *Psychology Publications*.

SITOGRAFIA

Anger and Aggression. (s.d.). <https://www.apa.org>. Recuperato 17 giugno 2022, da <https://www.apa.org/topics/anger>

Mitch, W. (2022, giugno 3). *Novacos cognitiveclinical approach to anger—Cognition and Emotion*. Mitch Medical Healthcare. <https://www.mitchmedical.us/cognition-emotion/novacos-cognitiveclinical-approach-to-anger.html>