

Validazione italiana della Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: un contributo preliminare basato su un campione di caregiver di familiari con Alzheimer

di *Caterina Grano**, *Fabio Lucidi**,
*Beatrice Crisci**, *Cristiano Violani**

Diversi studi hanno individuato nell'autoefficacia un'importante variabile che può influenzare la relazione tra *stressor* e *distress* e hanno mostrato il suo effetto positivo sul *distress* del caregiver e sulla depressione. Obiettivo dello studio è presentare un contributo alla validazione della versione italiana della Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy di Steffen e collaboratori (2002). Hanno partecipato allo studio 213 caregiver primari di pazienti con malattia di Alzheimer, di cui il 40,8% di genere maschile (età media = 66 anni circa; DS = 13,73) e il 59,2% di genere femminile (età media = 62 anni; DS = 14,56). I soggetti hanno compilato un questionario al tempo 1 (T1), dopo tre mesi (T2) e dopo un anno (T3), composto dalla versione italiana della Scala di Autoefficacia per il caregiver, appositamente tradotta per questo studio, dalla Geriatric Depression Scale (Yesavage *et al.*, 1983; trad. it. Cavarzeran, Crook, 1985), e dallo Screen for Caregiver Burden (Ferrario *et al.*, 2003). L'analisi fattoriale della scala ha confermato la presenza delle tre dimensioni proposte dagli autori (Autoefficacia nel Gestire i Comportamenti Distruttivi, Autoefficacia nell'Ottenere Solleovo e Autoefficacia nel Controllare i Pensieri Disturbanti). Tali dimensioni sono risultate negativamente correlate con i punteggi di burden (carico emotivo e oggettivo) e di depressione al tempo 1. Inoltre le analisi di regressione che hanno considerato come variabili di *outcome* il burden e la depressione a T2 e a T3 hanno evidenziato il potere predittivo della scala.

Parole chiave: *caregiving, autoefficacia, Alzheimer, burden, depressione*.

I Introduzione

L'invecchiamento demografico in atto soprattutto nei paesi occidentali ha portato ad un significativo aumento del numero di persone colpite da demenza e dalla sua forma più comune, cioè la malattia di Alzheimer, una malattia altamente invalidante, caratterizzata da una lenta e progressiva degenerazione neuronale che compromette sia le capacità cognitive sia quelle funzionali dell'individuo.

Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2009 presentato dall'ADI (Alzheimer's Disease International), in occasione della XVI Giornata mondiale Alzheimer, stima che

* Sapienza Università di Roma.

circa 35,6 milioni di persone nel mondo sono affette da demenza. Questo numero è destinato a raddoppiare ogni 20 anni circa. Si stima saranno 65,7 milioni nel 2030 e 115,4 milioni nel 2050. In Europa e in Italia si stimano rispettivamente oltre 7,5 milioni e oltre 1.020.000 le persone ultrasessantenni con diagnosi di demenza di cui il 55-60% con malattia di Alzheimer (EUROCODE, 2009).

La malattia di Alzheimer e la demenza hanno un impatto enorme sulla società e sulla salute pubblica. Il carico assistenziale è sopportato prevalentemente dai familiari e, nella maggior parte dei casi, la responsabilità dell'assistenza grava su un singolo individuo: il caregiver primario. I costi diretti e indiretti e soprattutto intangibili riguardano, oltre al malato, la famiglia, e, in particolar modo, il caregiver familiare (Zanetti, Binetti, Trabucchi, 1991). Infatti, nonostante l'aumentato ricorso alle badanti, il maggior supporto ai *care recipient* è ancora fornito dal caregiver familiare. Egli dedica 6 ore al giorno ai compiti di assistenza (insieme di attività direttamente erogate al paziente) e 7 ore al giorno alla sorveglianza (tempo trascorso con il paziente e dedicato anche ad altre attività). In alcuni casi l'assistenza dura molti anni, addirittura decenni. Nel 16,5% dei casi il caregiver gestisce il malato in assoluta solitudine (CENSIS-“la Repubblica”, 2006; Czaja, Eisdorfer, Schulz, 2000). I caregiver familiari molto spesso affrontano la gestione dei sintomi della malattia di Alzheimer senza un'adeguata consapevolezza del corso della malattia e del suo impatto sui comportamenti e sullo stato cognitivo del malato.

L'impatto dell'assistenza a parenti anziani con malattia di Alzheimer è ben documentato in letteratura (George, Gwyther, 1986; Wright, Clipp, George, 1993) e mette in luce l'esperienza particolarmente difficile legata al prendersi cura di una persona con deterioramento cognitivo. Molti studi riportano che fornire assistenza a un familiare anziano con malattia di Alzheimer sia legato a una maggiore percezione dei livelli del burden. Il termine burden (carico emotivo e oggettivo) è stato utilizzato per descrivere i disturbi di tipo fisico, psicologico o emotionale, e i disagi sociali ed economici dei caregiver (George, Gwyther, 1986). Esso comprende aspetti sia oggettivi (*objective burden*) che soggettivi (*subjective burden*). I primi si riferiscono alle difficoltà di ordine finanziario e gestionale all'interno della famiglia; i secondi considerano le reazioni psicologiche dei caregiver quali stress, sintomi depressivi, isolamento sociale, rabbia, risentimento, sovraccarico emotivo, imbarazzo (Ravizza, 2004). Il burden è stato descritto anche in termini di impatto dei cambiamenti cognitivi e comportamentali del *care receiver* o dei fenomeni negativi associati al prendersi cura di una persona (Chwalisz, Kisler, 1995; Ory, Williams, Emr, 1985) o ancora come valutazione del *caregiving* (Lawton *et al.*, 1989). Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980) definiscono il burden come la misura in cui il caregiver percepisce la sofferenza fisica, emotiva, sociale e finanziaria, come conseguenza della cura di un parente.

Il *caregiving* può anche tradursi in una risposta psicologica negativa, quale, ad esempio, sintomi depressivi (Schulz, Martire, 2004; García-Alberca, Lara, Berthier, 2011) o altre risposte affettive negative che contribuiscono direttamente ad aumentare il burden ma che si differenziano da esso. Benché ci sia una par-

te di sovrapposizione concettuale tra il burden e la depressione, alcune ricerche suggeriscono che essi sono costrutti correlati ma diversi (Fritz, Flaver, Kass, Hart, 1997) e che l'autoefficacia contribuisce a predire in maniera indipendente entrambi i costrutti (Gallagher *et al.*, 2011).

Le conseguenze sulla salute pubblica del *caregiving* hanno sollecitato la ricerca sull'efficacia degli interventi per ridurre l'esperienza di burden tra i caregiver di malati di Alzheimer. Tali interventi hanno ottenuto però risultati modesti nella riduzione del burden (Schulz, Martire, 2004; Schulz *et al.*, 2002; Brodaty, Green, Koschera, 2003). Una spiegazione del limitato successo di queste ricerche può essere quella di aver sottovalutato gli aspetti soggettivi dell'esperienza del caregiver e di essersi concentrati, invece, sugli aspetti oggettivi del burden. Benché diverse variabili oggettive, quali l'età del caregiver, il genere, il tipo di relazione con il paziente e le caratteristiche dell'assistito siano risultate in diversi studi, a diverso livello, correlate con il burden e con la depressione (García-Alberca, Lara, Berthier, 2011; Sörensen, Pinquart, 2005; Zawadzki *et al.*, 2011) è importante sottolineare che le variabili oggettive studiate non sono modificabili e dunque hanno un limitato uso nello sviluppo degli interventi per il caregiver. Queste considerazioni portano al bisogno di individuare e considerare determinanti modificabili del burden del caregiver. Diversi studi hanno individuato nell'autoefficacia un'importante variabile che può influenzare la relazione tra *stressor* e *distress* e hanno mostrato il suo effetto positivo sul *distress* del caregiver e sulla depressione (Márquez-González, Losada, López, Peñacoba, 2009; Rabinowitz, Mausbach, Thompson, Gallagher-Thompson, 2007; Steffen *et al.*, 2002). Studi recenti hanno inoltre evidenziato il ruolo di alcune dimensioni dell'autoefficacia nel mediare o nel moderare la relazione tra caratteristiche oggettive, quali ad esempio, i sintomi neurologici dell'assistito e la salute fisica del caregiver e il burden e la depressione nei caregiver (Gallagher *et al.*, 2011; Rabinowitz *et al.*, 2009; Au *et al.*, 2010; Romero-Moreno *et al.*, 2010). Questi studi sottolineano la necessità di considerare la natura multidimensionale del costrutto di autoefficacia, suggerendo la necessità, per i clinici e per i ricercatori, di individuare il profilo di credenze relativo alle abilità del caregiver nell'affrontare differenti aspetti e compiti associati al *caregiving* per identificare le aree di maggiore vulnerabilità. In letteratura sono state utilizzate diverse scale di autoefficacia per il *caregiving* (Fortinsky, Kercher, Burant, 2002; Gottlieb, Rooney, 2004; Zeiss *et al.*, 1999; Steffen *et al.*, 2002). Tra queste, quella di Steffen e collaboratori (2002) ha ricevuto particolare attenzione ed è stata utilizzata in diversi contesti (Au *et al.*, 2009; Deep *et al.*, 2005; Rabinowitz *et al.*, 2007; 2011; Márquez-González, Losada, López, Peñacoba, 2009; Romero-Moreno *et al.*, 2010). In linea con tali premesse, il primo obiettivo del presente lavoro è quello di fornire un contributo allo studio delle proprietà psicométriche della versione italiana della scala di autoefficacia di Steffen e collaboratori (2002). Il secondo obiettivo è indagare le relazioni tra le diverse dimensioni dell'autoefficacia e le variabili del burden e della depressione. Il terzo obiettivo è indagare

se le tre dimensioni considerate dalla scala dell'autoefficacia per il *caregiving*, sono in grado di predire il burden e la depressione del caregiver a distanza di un certo periodo di tempo. Nello specifico, abbiamo ipotizzato che l'autoefficacia sia correlata in modo negativo con burden e depressione e che possa predire i risultati ai punteggi di questi due criteri a 3-4 mesi e a 1 anno di *follow-up*.

2 Metodo

2.1. Partecipanti

Lo studio è stato condotto su un campione di caregiver primari di pazienti con malattia di Alzheimer. I partecipanti a questo studio sono stati reclutati attraverso vari enti, associazioni che si occupano di Alzheimer, strutture ospedaliere e medici di base. Il 95,3% degli intervistati proviene dalla regione Lazio, mentre un 4,7% da altre regioni. Ai caregiver è stato chiesto di compilare sotto forma di intervista un questionario per tre volte, all'inizio, dopo tre mesi dalla prima somministrazione e dopo un anno dalla prima somministrazione. Il campione che ha compilato il primo questionario è composto da 213 caregiver primari di cui 87 (40,8%) di genere maschile, con una età che varia da 32 a 89 anni (età media = 66 anni circa; DS = 13,73) e 126 soggetti (59,2%), di genere femminile con un'età che varia dai 24 ai 96 anni (età media = 62; DS = 14,56). Il 77,5% dei caregiver sono coniugati e nella maggior parte dei casi sono coniugi (50%), o figli (42,9%) del *care recipient* (FIG. 2). Il 41,8% è in possesso di un titolo di studio di scuola media superiore, il 19,2% di scuola elementare, il 18,8% ha conseguito una laurea o un titolo di studio superiore alla laurea. In media i caregiver si prendono cura del paziente da circa 5 anni. La maggioranza dei caregiver convive con il paziente (70,9%), il 60% si prende cura del malato di Alzheimer insieme ad altri parenti, mentre il 38% non ha altri parenti che si occupano del paziente. Dei 213 soggetti del campione iniziale, 156 (73,23%) soggetti hanno completato tutte le somministrazioni (T₁, T₂, T₃). I motivi della mancata somministrazione sono stati dovuti, per la maggior parte, a rinuncia o indisponibilità a collaborare del caregiver, decesso del paziente o del caregiver, istituzionalizzazione del paziente.

Il nostro campione è conforme al campione americano; in entrambi i casi si tratta di caregiver primari. Così come nel campione di Steffen e collaboratori (2002), anche nel nostro campione vengono considerati sia caregiver coniugi che caregiver figli con percentuali paragonabili. L'età media dei soggetti è paragonabile (rispettivamente 63,8 e 60,2 nei due campioni di Steffen e collaboratori). Anche la durata degli anni di caregiving è simile. Nel nostro campione è pari a circa 5 anni, mentre nei campioni di Steffen e collaboratori gli anni sono circa 4 e circa 3, rispettivamente per il primo e per il secondo campione. Rispetto al campione americano, il nostro campione si differenzia in quanto considera anche i

caregiver uomini, mentre sono stati esclusi dal nostro studio caregiver di pazienti con altre demenze che invece venivano considerati nello studio di Steffen e collaboratori.

2.2. Procedure

I caregiver sono stati contattati telefonicamente da intervistatori appositamente formati per prendere un appuntamento per la compilazione del questionario sotto forma di intervista faccia a faccia. Le interviste si sono svolte presso il domicilio dell'intervistato o presso una struttura medico-ospedaliera o, ancora, presso una delle associazioni di pazienti e familiari che hanno collaborato al progetto. Dopo aver ottenuto il consenso informato dal caregiver, gli intervistatori hanno somministrato una batteria di strumenti. La somministrazione è stata effettuata una prima volta (T₁), dopo circa 3-4 mesi (T₂) e ad un anno dalla prima somministrazione (T₃).

2.3. Strumenti

2.3.1. Caratteristiche socio-demografiche

I dati demografici sono stati rilevati durante le interviste. Essi includono età, genere, anni di istruzione scolastica, stato civile, comune di residenza del caregiver, numero di anni di assistenza al familiare.

2.3.2. Burden

Il burden, è stato misurato attraverso lo Screen for Caregiver Burden (Vitaliano *et al.*, 1991) nella versione italiana tradotta da Ferrario e collaboratori (Ferrario *et al.*, 2003). Lo Screen for Caregiver Burden (SCB), è una misura composta da 25 item che valutano il *distress* del caregiver, creata specificamente per caregiverconiugi di malati di Alzheimer. Esso fornisce un punteggio per il burden oggettivo (numero di esperienze potenzialmente negative) e un punteggio per il burden soggettivo (valutazione del *distress* in risposta alle esperienze). Le proprietà psicométriche dello Screen for Caregiver Burden sono adeguate sia in termini di attendibilità (alpha pari a 0,85 per il burden oggettivo e pari a 0,89 per il burden soggettivo; la validità test-retest è pari allo 0,64 per il burden oggettivo e pari a 0,70 per il burden soggettivo), che di validità di costrutto e di sensibilità al cambiamento (Vitaliano *et al.*, 1991, in Ferrario *et al.*, 2003).

Ad ognuno degli item è attribuibile un punteggio da 1 a 4, che corrisponde al grado crescente di stress e tensione che il caregiver ha provato nell'ultimo mese vivendo l'esperienza enunciata nell'affermazione. Al numero 1 corrisponde l'affermazione "non mi riguarda" oppure "sì, ma con nessuno

stress/tensione”. Al numero 4 “Sì, con molto stress/tensione”. Nella versione italiana, lo Screen for Caregiver Burden, si compone di un’unica scala ($\alpha = 0,81$) (*ibid.*). La validità discriminante e concorrente è stata dimostrata in relazione alle sottoscale del Family Strain Questionnaire (Chiambretto *et al.*, 2001), mentre il punteggio allo Screen for Caregiver Burden non correla significativamente con i punteggi al Mini Mental State Examination Test, in linea con i risultati riportati da Vitaliano per la versione originale (Vitaliano *et al.*, 1991).

2.3.3. Depressione

La depressione è stata misurata attraverso la Geriatric Depression Scale (Yesavage *et al.*, 1983, traduzione italiana di Cavarzeran e Crook 1985), costruita per una popolazione di adulti e anziani. Tale strumento è stato scelto sia perché ha buone proprietà psicometriche, sia perché, data la sua brevità e la semplicità del formato di risposta, risulta particolarmente adatto ad essere usato con persone in età avanzata. La scala si compone di 30 domande con possibilità di risposta SI/NO. Questa scala valuta diverse dimensioni: sintomi cognitivi, motivazione, orientamento al passato e al futuro, immagine di sé, perdita, agitazione, tratti ossessivi e umore. Alle risposte viene attribuito un punteggio relativo. Il punteggio massimo è di 30 e indica la gravità maggiore di depressione. Per quanto attiene alle proprietà psicometriche dello strumento di misura, la coerenza interna di questa scala è di 0,94; la fedeltà test-retest è pari a 0,85. La validità concorrente con la Zung Depression Scale è pari a 0,84 e con la Hamilton Rating Scale for Depression pari a 0,83. La sensibilità e la specificità della scala al punteggio soglia di 11 sono rispettivamente 84% e 95%; al punteggio soglia di 14 la sensibilità è pari all’80% e la specificità al 100%.

2.3.4. Autoefficacia percepita

L’Autoefficacia percepita è stata misurata utilizzando la Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy, di Sfeffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson e Bandura (2002) che è stata appositamente tradotta in italiano per questo studio. Questa scala nella sua versione originale, comprende 15 item, suddivisi in tre aree (5 item per ciascuna area). La prima area, autocura e *respite* misura le convinzioni che i caregiver hanno circa la loro capacità di chiedere una pausa momentanea dall’assistenza; la seconda area, è relativa alle risposte ai comportamenti problematici del *care recipient* e misura le convinzioni circa la propria capacità di far fronte efficacemente ai problemi comportamentali del *care recipient*; infine l’ultima area, il controllo dei pensieri intrusivi e stressanti, misura le convinzioni di autoefficacia nel controllare pensieri negativi o disturbanti legati alle attività dell’assistenza.

Ai caregiver è richiesto di dare una valutazione su quanto sarebbero capaci attualmente di eseguire una certa attività, su una scala da 0 a 100 punti con formato di risposta a intervalli di 10 unità, dove 0% corrisponde alla credenza del caregiver di non poter eseguire un’attività per nulla e 100% corrisponde all’assoluta certezza di poterla eseguire.

La scala nel campione americano è stata validata su un campione di 145 uomini e donne caregiver primari (parenti o amici stretti) di persone con malattia di Alzheimer o altra demenza. Le sottoscale di autoefficacia mostrano una forte consistenza interna con un coefficiente Alpha di Cronbach di 0,85 per l’autoefficacia nell’ottenere *respite*, di 0,82 per la scala di autoefficacia nel rispondere ai comportamenti problematici del *care recipient* e di 0,85 per l’autoefficacia nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti.

2.4. Analisi dei dati

L’analisi statistica dei dati è stata effettuata con il software SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Science).

Per conseguire il primo obiettivo, ossia per la valutazione della dimensionalità della scala è stata effettuata un’analisi fattoriale per valutare se, e quanto, i 15 item dell’autoefficacia si raggruppino nelle tre dimensioni proposte da Siefen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson e Bandura (2002). Nello specifico l’esame della struttura fattoriale della scala è stato effettuato tramite il metodo delle Componenti Principali, applicando la rotazione Promax degli assi fattoriali. Il grado di consistenza interna di ciascuna scala di autoefficacia è stato valutato con l’indice Alpha di Cronbach. Le dimensioni dell’autoefficacia sono state quindi utilizzate come predittori in equazioni di regressione nelle quali sono stati considerati come *outcome* i punteggi di burden e i punteggi di depressione a T₂, ossia dopo tre mesi dalla prima somministrazione, e a T₃, dopo un anno dalla prima somministrazione.

3 Risultati

I risultati dell’analisi fattoriale esplorativa supportano l’ipotesi di multidimensionalità del costrutto di autoefficacia indicando che le 3 scale relative all’autoefficacia costituiscono fattori separati e evidenziabili con un’ottima definizione fattoriale per ognuna di esse. Sulla base dello *screeplot* e della matrice ruotata delle saturazioni, è stata scelta una soluzione a 3 componenti che spiega il 65,83% della varianza totale dei singoli item. Lo *screeplot* è riportato in FIG. 1. In TAB. 1 sono riportate le saturazioni di ciascun item sui fattori e in TAB. 2 le statistiche descrittive e il valore della scala quando l’item non viene considerato.

FIGURA I

Grafico decrescente degli autovalori

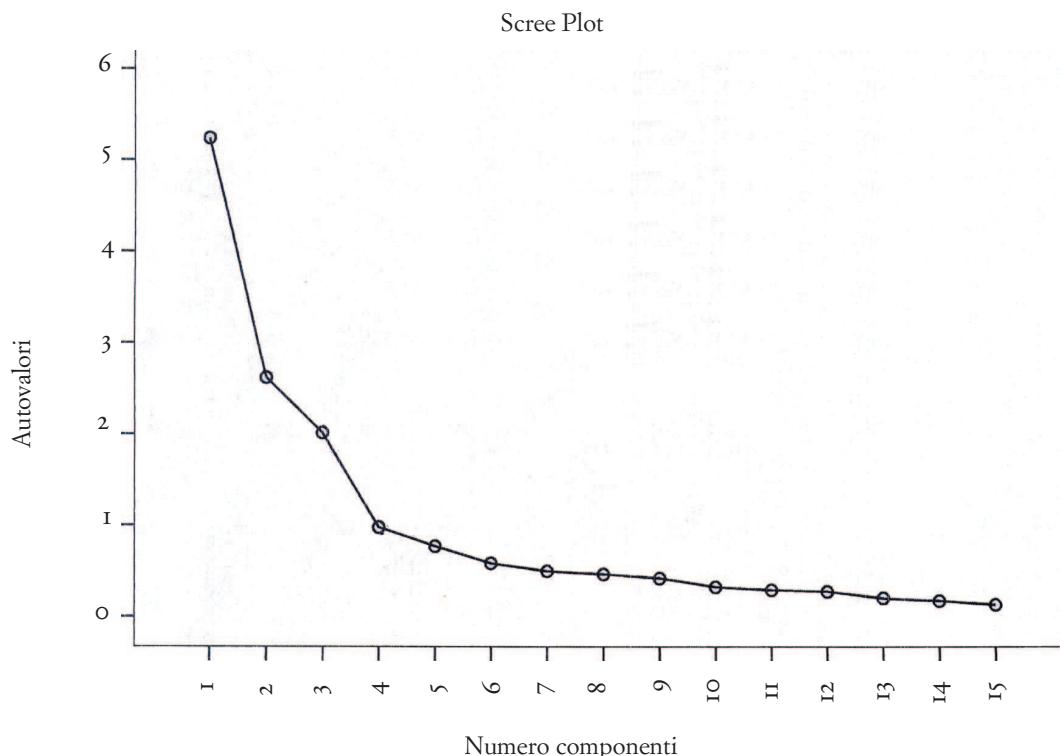


TABELLA I

Saturazione degli item nella versione italiana della Caregiver Self-Efficacy Scale

Saturazioni > 0,15 nella rotazione Oblimin

Quanto pensa di essere capace di:	Comportamenti distruttivi	Respite	Pensieri
9. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare che le chiede quattro volte, nell'ora successiva al pranzo, quando sarà pronto il pranzo?		0,91	
10. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare quando il suo familiare la interrompe per la quarta volta mentre lei sta preparando la cena?		0,86	
8. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare quando il suo familiare si lamenta di come lei lo tratta?		0,81	
6. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare quando lui/lei si dimentica delle abitudini quotidiane e chiede, dopo aver già mangiato, quando sarà pronto il pranzo? (chiarire che la risposta al familiare può essere sia diretta sia dire qualcosa per distrarlo)		0,75	
7. Ripetersi a mente delle cose che le fanno mantenere la calma quando lei si arrabbia perché il suo familiare ripete la stessa domanda più e più volte?		0,69	

(segue)

TABELLA 1 (*seguito*)

Quanto pensa di essere capace di:	Comportamenti distruttivi	Respite	Pensieri
4. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare per un giorno con il suo familiare quando lei sente il bisogno di staccare?		0,88	
2. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare in un giorno in cui lei ha delle commissioni da fare?		0,85	
1. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare in un giorno in cui lei ha bisogno di andare dal medico?		0,81	
5. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare per una settimana quando lei sente di avere bisogno di tempo per sé?		0,73	
3. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di fare delle commissioni per lei?		0,69	
13. I pensieri su come era migliore la sua vita prima della malattia del suo familiare e quanto le manca quel modo di vivere			-0,88
14. I pensieri su ciò che si sta perdendo o su ciò a cui sta rinunciando a causa del suo familiare			-0,80
12. I pensieri su quanto sia ingiusto che lei debba sopportare questa situazione			-0,79
15. Le preoccupazioni circa i problemi futuri che possono presentarsi con il suo familiare			-0,78
11. I pensieri circa aspetti spiacevoli che hanno a che fare con il prendersi cura del suo familiare			-0,72
Alpha di Cronbach	0,82	0,85	0,85

TABELLA 2

Medie, DS, asimmetria, curtosi e Alpha di Cronbach se l'item viene eliminato per gli item della versione italiana della Caregiver Self-Efficacy Scale

	Media	DS	Asimmetria	Curtosi	Alpha if deleted
1. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare in un giorno in cui lei ha bisogno di andare dal medico?	6,81	3,51	-0,72	-0,81	0,80
2. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare in un giorno in cui lei ha delle commissioni da fare?	5,90	3,71	-0,31	-1,32	0,79

(segue)

TABELLA 2 (*seguito*)

	Media	DS	Asimmetria	Curtosi	Alpha if deleted
3. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di fare delle commissioni per lei?	6,08	3,58	-0,41	-1,19	0,84
4. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare per un giorno con il suo familiare quando lei sente il bisogno di staccare?	4,02	3,77	0,34	-1,38	0,81
5. Essere capace di chiedere ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare per una settimana quando lei sente di avere bisogno di tempo per sé?	2,08	3,07	1,33	0,53	0,86
6. Rispondere al suo familiare senza alzare la voce, quando lui/lei si dimentica delle abitudini quotidiane e chiede, dopo aver già mangiato, quando sarà pronto il pranzo? (chiarire che la risposta al familiare può essere sia diretta sia dire qualcosa per distrarlo)	6,80	2,46	-0,40	-0,49	0,86
7. Ripetersi a mente delle cose che le fanno mantenere la calma quando lei si arrabbia perché il suo familiare ripete la stessa domanda più e più volte?	6,90	2,49	-0,58	-0,11	0,86
8. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare quando il suo familiare si lamenta di come lei lo tratta?	6,64	2,57	-0,59	-0,07	0,85
9. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare che le chiede quattro volte, nell'ora successiva al pranzo, quando sarà pronto il pranzo?	6,64	2,73	-0,45	-0,52	0,82
10. Rispondere senza alzare la voce al suo familiare quando il suo familiare la interrompe per la quarta volta mentre lei sta preparando la cena?	6,35	2,65	-0,27	-0,74	0,83
11. I pensieri circa aspetti spiacevoli che hanno a che fare con il prendersi cura del suo familiare	6,46	2,31	-0,31	-0,01	0,84
12. I pensieri su quanto sia ingiusto che lei debba sopportare questa situazione	6,44	2,73	-0,48	-0,51	0,82
13. I pensieri su come era migliore la sua vita prima della malattia del suo familiare e quanto le manca quel modo di vivere	6,05	2,74	-0,27	-0,55	0,83
14. I pensieri su ciò che si sta perdendo o su ciò a cui sta rinunciando a causa del suo familiare	5,96	2,62	-0,20	-0,33	0,84
15. Le preoccupazioni circa i problemi futuri che possono presentarsi con il suo familiare	5,07	2,80	-0,01	-0,69	0,84

La matrice ruotata delle saturazioni mostra che i 15 item saturano sui tre fattori distinti ipotizzati, in particolare gli item 6, 7, 8, 9, 10 saturano sul primo fattore, gli item 1, 2, 3, 4, 5 saturano sul secondo fattore e gli item 11, 12, 13, 14 e 15 saturano sul terzo fattore. La prima componente spiega il 34,94% ed è saturata dagli item relativi alla percezione di essere capace di rispondere ai comportamenti distruttivi del paziente (ad esempio, rispondere senza alzare la voce quando il malato di Alzheimer si dimentica delle abitudini quotidiane e dopo aver mangiato chiede quando sarà pronto il pranzo). Tale componente è stata chiamata, in linea con la versione originale della scala, “Autoefficacia nel gestire i comportamenti distruttivi del paziente”. La seconda componente “Autoefficacia nell’ottenere sollievo” spiega il 17,45% ed è saturata da item relativi alla percezione di essere capace di ottenere sollievo (ad esempio, essere capaci di chiedere a un amico o a un parente di stare con il paziente in un giorno in cui il caregiver ha bisogno di andare dal medico). La terza componente spiega il 13,44% ed è saturata da item relativi alla percezione di essere capace di controllare i pensieri disturbanti circa il prendersi cura del familiare (ad esempio, essere capaci di controllare i pensieri su ciò che si sta perdendo o su ciò a cui si sta rinunciando a causa del proprio familiare). Tale componente è stata chiamata “Autoefficacia nel controllare i pensieri disturbanti”.

Tenuto conto del ridotto numero degli item, l’attendibilità delle tre sottoscale è risultata eccellente. L’analisi della consistenza interna, stimata attraverso il calcolo del coefficiente dell’Alpha di Cronbach, è risultata pari a 0,86 ($N = 208$ soggetti) per la sottoscala di autoefficacia nell’ottenere *respite*. La consistenza interna per la sottoscala di Autoefficacia nel rispondere ai comportamenti distruttivi è risultata pari a 0,87 ($N = 172$ soggetti). La consistenza interna per la sottoscala di Autoefficacia per il controllo dei pensieri disturbanti, è risultata pari a 0,86 ($N = 208$ soggetti).

3.1. Risultati delle correlazioni

Al tempo i abbiamo analizzato la relazione tra le 3 scale di autoefficacia, il burden e la depressione attraverso il coefficiente di correlazione di Pearson. Le correlazioni sono riportate in TAB. 3. Le tre dimensioni della scala di autoefficacia, nell’ottenere *respite*, nel rispondere ai comportamenti distruttivi, nel controllare i pensieri disturbanti correlano positivamente tra loro e negativamente con il burden. La scala di autoefficacia nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti presenta la correlazione più alta con il burden, con un valore di r pari a -0,43 ($p < 0,01$).

Inoltre tutte e tre le dimensioni dell’autoefficacia correlano negativamente con la depressione.

Nello specifico, l’autoefficacia nel rispondere ai pensieri intrusivi e stressanti, rispetto alle altre sottoscale di autoefficacia, presenta le correlazioni più alte con

la depressione, con un valore di r pari a $-0,43$ ($p < 0,01$). Il burden e la depressione sono correlati positivamente e in maniera statisticamente significativa ($r = 0,60$; $p < 0,01$).

TABELLA 3
Correlazioni tra le sottoscale dell'autoefficacia e il burden e la depressione al tempo 1

	1	2	3	4	5
1. Autoefficacia <i>respite</i>	1				
2. Autoefficacia comportamenti distruttivi	$0,23^{**}$	1			
3. Autoefficacia pensieri	$0,28^{**}$	$0,38^{**}$	1		
4. Burden	$-0,30^{**}$	$-0,32^{**}$	$-0,43^{**}$	1	
5. Depressione	$-0,32^{**}$	$-0,27^{**}$	$-0,43^{**}$	$0,60^{**}$	1

** Alpha significativo a $p < 0,001$.

3.2. Risultati delle regressioni sul burden

Al fine di comprendere se le tre sottoscale di autoefficacia erano in grado di predire il burden e la depressione sono state condotte due serie di regressioni lineari considerando il burden e la depressione a T2 e a T3.

La prima regressione che ha considerato come variabile *outcome* il burden a T2, è risultata significativa ($F [3, 135] = 4,17$; $p < 0,01$). Le scale di autoefficacia nel chiedere *respite* ($\beta = -0,18$) e nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti ($\beta = -0,18$) predicono in maniera significativa il burden. Il valore di beta della scala di autoefficacia nel rispondere ai comportamenti distruttivi non è significativo ($\beta = -0,028$). La regressione spiega il 9% circa della varianza nel burden.

La seconda regressione, che ha considerato come variabile *outcome* il burden a T3, non è risultata significativa.

3.3. Risultati delle regressioni sulla depressione

Le seconde due regressioni hanno considerato come variabile *outcome* la depressione rispettivamente a T2 e a T3, e come predittori, ancora una volta, i punteggi alle tre sottoscale dell'autoefficacia ottenuti attraverso il calcolo della media degli item corrispondenti su ciascuna dimensione.

La prima regressione che ha considerato come variabile *outcome* la depressione a T2, è risultata significativa ($F [3, 135] = 3,73$; $p < 0,05$). La scala di autoefficacia nel chiedere *respite* ($\beta = -0,18$) predice in maniera significativa la depressione. I valori di beta delle scale di autoefficacia nel rispondere ai comportamenti

distruttivi (beta = -0,045) e di autoefficacia nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti (beta = -0,15) non sono significativi. La regressione spiega l'8% della varianza nella depressione.

La terza regressione che ha considerato come variabile *outcome* la depressione a T₃, è risultata significativa ($F [3, 95] = 4,31; p < 0,01$). La scala di autoefficacia nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti (beta = -24) predice in maniera significativa la depressione. I valori di beta delle scale di autoefficacia nel chiedere *respite* (beta = -0,12) e nel rispondere ai comportamenti distruttivi (beta = -0,10) non sono significativi. La regressione spiega il 12% della varianza nella depressione.

TABELLA 4

Regressioni che considerano come predittori le tre sottoscale dell'Autoefficacia e come variabili criterio la Depressione e il Burden a t₂ e t₃

	Beta			
	Burden T ₂	Burden T ₃	Depressione T ₂	Depressione T ₃
Autoefficacia comportamenti distruttivi	-0,02	-0,07	-0,045	-0,10
Autoefficacia ottenere sollievo	-0,18*	-0,18	-0,18*	-0,12
Autoefficacia pensieri disturbanti	-0,18*	-0,12	-0,15	-0,24*
R ²	0,09	0,08	0,08	0,12

* p < 0,05.

4 Discussione

Nel presente studio abbiamo voluto fornire un contributo alla validazione della versione italiana della Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy di Sfeffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson e Bandura (2002).

I risultati ottenuti mostrano buone proprietà psicométriche della versione italiana, confermando che essa è uno strumento valido e attendibile su una popolazione italiana di caregiver di persone con malattia di Alzheimer. Gli item saturano sulle dimensioni previste e le saturazioni sulle altre dimensioni sono irrilevanti. Essi sono inoltre coerenti, come evidenziato dalla buona consistenza interna di ciascuna sottoscala. L'importanza dell'utilizzazione di questa scala dell'autoefficacia risiede nella solida concettualizzazione che ne è alla base. Le tre dimensioni dell'autoefficacia, misurate dalle tre sottoscale, coerentemente con la teoria socio cognitiva, costituiscono aspetti rilevanti e specifici che contribuiscono alla percezione delle capacità del caregiver di far fronte alle impegnative ri-

chieste di assistenza del *care recipient*. Come ipotizzato, l'autoefficacia è correlata negativamente sia alla depressione che al burden.

Le correlazioni significative delle tre scale di autoefficacia con la depressione, osservate nel presente lavoro, sono coerenti con i risultati di precedenti studi che esaminano la relazione tra autoefficacia e depressione in caregiver di persone con malattia di Alzheimer (Fortinsky, Kercher, Burant, 2002; Steffen *et al.*, 2002; Zeiss *et al.*, 1999). Questi studi, considerando l'autoefficacia un costrutto multidimensionale che può variare in livello, generalità e forza, misurano l'autoefficacia del caregiver attraverso diversi strumenti, e tutti hanno riportato un'associazione significativa tra autoefficacia e sintomi depressivi.

Questo risultato è coerente anche con la teoria cognitivo comportamentale della depressione e con la teoria sociocognitiva. Infatti, secondo la teoria cognitivo comportamentale, i sintomi della depressione sono attribuibili a convinzioni soggettive inadeguate che influenzano il modo di sentire e i comportamenti o a interpretazioni irrazionali degli eventi. La teoria sociocognitiva postula che le credenze di autoefficacia siano predittive della prestazione di successo in specifici domini di funzionamento. Conseguentemente caregiver con alti livelli di autoefficacia nel controllo dei pensieri automatici associati con l'assistenza (ossia di quelle che possono essere convinzioni inadeguate) dovrebbero riportare minore esperienza di sintomi depressivi (Bandura, 1977; Rabinowitz *et al.*, 2009).

I risultati delle correlazioni delle tre scale di autoefficacia con la variabile del burden hanno mostrato un'associazione negativa tra queste variabili. In modo particolare la scala di autoefficacia nel controllo dei pensieri negativi presenta le associazioni più alte, in linea con quanto riportato da studi precedenti (Mowat, Laschinger, 1994).

In questo lavoro ci siamo posti l'obiettivo di studiare la capacità predittiva dell'autoefficacia in riferimento alle variabili di burden e depressione. In letteratura non sono stati pubblicati studi che valutano la capacità predittiva dell'autoefficacia sulla depressione e sul burden nel contesto di caregiver di persone con Alzheimer analizzando la relazione tra queste variabili nel tempo. Nel nostro studio, l'autoefficacia nel chiedere *respite* è legata ad una riduzione nei punteggi di depressione a distanza di 3-4 mesi. L'autoefficacia nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti è legata a un minor punteggio nella scala di depressione, a distanza di un anno.

Inoltre, nei nostri dati, la dimensione di autoefficacia nel controllo dei pensieri intrusivi e stressanti e la dimensione dell'autoefficacia nel chiedere *respite*, predicono il burden a 3/4 mesi. Questo risultato è in linea con i risultati di precedenti studi che hanno riportato un'associazione negativa dell'autoefficacia e del burden in caregiver di persone con malattia di Alzheimer (Gonyea, O'Connor, Carruth, Boyle, 2005). È bene specificare, però, anche in questo caso, che, a differenza del nostro studio, nello studio di Gonyea e collaboratori (*ibid.*), le variabili di burden e di autoefficacia sono misurate in un unico tempo e non longitudinal-

mente e gli strumenti utilizzati sono differenti da quelli utilizzati nel nostro studio: per la misurazione dell'autoefficacia gli autori utilizzano la scala di Fortinsky, Kercher e Burant (2002) la quale include due dimensioni dell'autoefficacia: autoefficacia nella gestione dei sintomi e l'autoefficacia nel chiedere supporto, e solo per l'autoefficacia nella gestione dei sintomi l'associazione è significativa; infine per la misura della depressione gli autori utilizzano una forma abbreviata del Center for Epidemiological Studies-Depressione Inventory (Kohout, Berkman, Evans, Cornoni-Huntley, 1993).

La mancanza di una relazione significativa tra l'autoefficacia nel gestire i comportamenti distruttivi e il burden e la depressione è già stata riportata in letteratura da Rabinowitz e collaboratori (2007; 2011).

Considerati nel loro insieme, questi risultati sono coerenti con il considerare l'autoefficacia come un costrutto multidimensionale, composto da differenti credenze in relazione a diversi domini di funzionamento, piuttosto che come un costrutto globale (Bandura, 2006), come già dimostrato da precedenti studi (Gilliam, Steffen, 2006). Considerando il diverso peso che le singole componenti dell'autoefficacia hanno sul burden e sulla depressione, in momenti diversi dello studio, è possibile ipotizzare che in fasi diverse della patologia (all'esordio della malattia versus quando il familiare è allettato) siano necessarie e funzionali convinzioni di efficacia differenti. Ulteriori studi che tengano conto della fase della malattia, in relazione alla capacità dell'autoefficacia di attenuare i sintomi depressivi e il burden, potranno meglio chiarire questo punto.

Complessivamente tali dati suggeriscono che la percezione di efficacia nel controllare i propri pensieri disturbanti e nell'ottenere sollievo dai compiti di *caregiving* spiegano più varianza nel burden e nella depressione rispetto al gestire i comportamenti distruttivi del paziente. Come suggeriscono anche Rabinowitz e collaboratori (2011), tali risultati sono in linea con la teoria cognitivo comportamentale che afferma che il gestire i pensieri negativi e intrusivi e l'intraprendere comportamenti positivi sono due aspetti importanti per contrastare i sintomi depressivi.

Da un punto di vista applicativo, considerando i risultati degli studi relativi agli interventi volti a ridurre il disagio dei caregiver (ad esempio, Coon *et al.*, 2003; Gallagher-Thompson, Coon, 2007), l'inclusione di strategie mirate ad aumentare le percezioni di autoefficacia dei caregiver ha mostrato di poter migliorare il potenziale terapeutico di questi interventi. A seconda dei risultati della valutazione del caregiver, potrebbe essere utile fornire una formazione nelle aree in cui i caregiver si percepiscono meno capaci, ad esempio potrebbe essere utile insegnare loro tecniche di gestione dei pensieri disturbanti o tecniche per aumentare la loro capacità di chiedere *respite*.

Questo studio ha alcune limitazioni. In primo luogo il campione è composto prevalentemente da caregiver volontari reclutati attraverso enti e asso-

cialzioni sociali e sanitarie, dato, questo, che può limitare la rappresentatività e ostacolare la generalizzazione di questi risultati alla popolazione generale di caregiver. Infatti, la letteratura suggerisce che più del 70% dei caregiver di malati di Alzheimer non accedono ai servizi di sostegno disponibili e non cercano attivamente aiuto (US Congress, Office of Technology Assessment, 1987). I caregiver da noi considerati potrebbero avere punteggi più alti di autoefficacia nel chiedere *respite*, rispetto alla popolazione di caregiver generale, proprio in quanto, la maggior parte di essi già fa parte di un'associazione o gruppo.

Un'altra limitazione di questo studio è legata alla difficoltà per i caregiver di comprendere la natura della sottoscala del controllo dei pensieri disturbanti. Infatti, questa sottoscala si riferisce a eventi interni (pensieri) che hanno un'astrazione maggiore e quindi più difficilmente comprensibili rispetto, ad esempio ai comportamenti cui si riferisce la scala dell'autoefficacia nel rispondere ai comportamenti disturbanti. Inoltre alcuni caregiver potrebbero credere di avere il controllo sui pensieri disturbanti, ma utilizzare strategie disfunzionali quali, ad esempio, tecniche di evitamento. Studi che identifichino specifiche strategie dei caregiver nel controllo dei pensieri potrebbero aggiungere nuove informazioni utili.

Ricerche future dovrebbero analizzare il ruolo dell'autoefficacia considerandola in relazione a fonti di stress oggettivo (ad esempio, lo stato cognitivo del paziente), data la relazione tra queste e la salute del caregiver (Pinquart, Sörensen, 2007), e valutare longitudinalmente il ruolo di mediazione dell'autoefficacia già evidenziato in studi cross-culturali (ad esempio, Au *et al.*, 2010), e la moderazione di tale variabile nelle diverse fasi del *caregiving* o considerando diversi livelli di gravità del paziente (Gallagher *et al.*, 2011). Alcuni autori hanno suggerito che anche gli atteggiamenti negativi del caregiver verso la malattia di Alzheimer possano avere un'influenza sui punteggi di Burden (Zawadki *et al.*, 2011). Studi futuri potrebbero indagare la relazione degli atteggiamenti del caregiver con l'autoefficacia ed eventualmente il ruolo dell'autoefficacia nel mediare la relazione di tali atteggiamenti negativi e la depressione e il burden. Inoltre data la relazione positiva che esiste tra le risorse del caregiver quali il *coping*, il supporto sociale e l'autoefficacia, ulteriori studi potrebbero chiarire meglio il ruolo di queste variabili.

Appendice

Versione italiana della Caregiver Self-Efficacy Scale di Steffen *et al.* (2002)

L'intervistatore legge:

Siamo interessati a capire quanto è capace di portare avanti le sue attività e reagire alle situazioni che le si presentano in quanto persona che si prende cura del suo familiare. Per favore, pensi attentamente alle domande e risponda nel

modo più franco e onesto circa quello che pensa che lei può fare. Io leggerò delle affermazioni che riguardano attività e pensieri che possono presentarsi in quanto persona che si prende cura di un familiare. Per favore, pensi a ciascuna affermazione e mi dica quanto si sente capace di fare ciò che essa descrive. Valuti le sue capacità di fare ciò che viene descritto da 0 a 10 usando la seguente scala di risposta (mostrare la *showcard*):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non riesco proprio a farlo

Sono mediamente certo di
poterlo fare

Lo posso
sicuramente fare

Per esempio, dare una valutazione di capacità 2 vorrebbe dire che è improbabile, ma non del tutto impossibile per lei essere capace di fare l'attività. Una valutazione di capacità 10 vuol dire che lei è assolutamente sicuro di poter fare ciò che l'affermazione descrive, quando lei vuole.

Una valutazione di capacità 5 vorrebbe dire che, se lei facesse il massimo sforzo, ci sarebbe una possibilità su due di riuscire a fare ciò che l'affermazione descrive.

**** Per favore, faccia le sue valutazioni sulla base di ciò che lei è in grado di fare oggigiorno, nel modo in cui lei è adesso e non come era prima o come vorrebbe essere. Dia la valutazione semplicemente in base a come pensa che farebbe le cose oggi. Ha delle domande?

ESEMPIO PRATICO

Per familiarizzare con il sistema di risposta, per favore completi prima questa domanda: “Se le venisse chiesto di sollevare oggetti di peso diverso proprio adesso, quanto pensa che sarebbe capace di sollevare i seguenti oggetti?

L'intervistatore legge le parole “Quanto pensa di essere capace di...” prima di ogni affermazione.

FORZA FISICA

1. sollevare un oggetto di 5 kg
2. sollevare un oggetto di 10 kg
3. sollevare un oggetto di 25 kg
4. sollevare un oggetto di 50 kg

AUTOEFFICACIA (0-10)

Autoefficacia nell'ottenere Respiro

“Quanto pensa di essere capace di fare le seguenti attività?”

L'intervistatore legge le parole “Quanto pensa di essere capace di chiedere...” prima di ogni affermazione e mostra la showcard.

Quanto pensa di essere capace di chiedere	Val. (0-10)
1. Ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare in un giorno in cui lei ha bisogno di andare dal medico?	-----
2. Ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare in un giorno in cui lei ha delle commissioni da fare?	-----
3. Ad un amico/membro della sua famiglia di fare delle commissioni per lei?	-----
4. Ad un amico/membro della sua famiglia di stare per un giorno con il suo familiare, quando lei sente il bisogno di staccare?	-----
5. Ad un amico/membro della sua famiglia di stare con il suo familiare per una settimana quando lei sente di avere bisogno di tempo per sé?	-----

Autoefficacia nel rispondere ai comportamenti distruttivi del paziente

L'intervistatore legge le parole “Quanto pensa di essere capace di...” al posto dei puntini di sospensione.

Quanto pensa di essere capace di...	Val. (0-10)
6. ... Rispondere al suo familiare senza alzare la voce, quando lui/lei si dimentica delle abitudini quotidiane e chiede, dopo aver già mangiato, quando sarà pronto il pranzo?(chiarire che la risposta al familiare può essere sia diretta sia dire qualcosa per distrarlo)	-----
7. Quando lei si arrabbia perché il suo familiare ripete la stessa domanda più e più volte, ... ripetersi a mente delle cose che le fanno mantenere la calma?	-----
8. Quando il suo familiare si lamenta di come lei lo tratta, ... rispondergli senza alzare la voce?	-----
9. Quando il suo familiare le chiede 4 volte, nell'ora successiva al pranzo, quando sarà pronto il pranzo, ... rispondergli senza alzare la voce?	-----
10. Quando il suo familiare la interrompe per la quarta volta mentre lei sta preparando la cena, ... rispondergli senza alzare la voce?	-----

Tutte le persone che si prendono cura di un familiare hanno dei pensieri negativi sulla loro condizione. A volte, può essere facile sbarazzarsi di alcuni di questi

pensieri. Altre volte invece è più difficile allontanarli dalla propria mente, così come a volte risulta difficile sbarazzarsi di uno motivo musicale. Ci piacerebbe sapere quanto lei è capace di sbarazzarsi di ciascuno dei seguenti pensieri. Usi la stessa scala di valutazione che ha usato nelle domande precedenti. Non si preoccupi di quanto frequentemente i pensieri le vengono alla mente. Noi vogliamo solo valutare quanto lei pensa di essere capace di sbarazzarsi di ciascun tipo di pensiero quando questo le viene in mente.

Autoefficacia nel controllare i pensieri disturbanti circa il prendersi cura del familiare

L'intervistatore inizia ciascuna domanda con “Quanto pensa di essere capace di controllare...”.

Quanto pensa di essere capace di controllare...	Val. (0-10)
11. I pensieri circa aspetti spiacevoli che hanno a che fare con il prendersi cura del suo familiare	-----
12. I pensieri su quanto sia ingiusto che lei debba sopportare questa situazione	-----
13. I pensieri su come era migliore la sua vita prima della malattia del suo familiare e quanto le manca quel modo di vivere	-----
14. I pensieri su ciò che si sta perdendo o su ciò a cui sta rinunciando a causa del suo familiare	-----
15. Le preoccupazioni circa i problemi futuri che possono presentarsi con il suo familiare	-----

Riferimenti bibliografici

- Au A., Lai M. K., Lau K. M., Pan P. C., Lam. L., Thompson L., Gallagher-Thompson D. (2009), Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, 13, pp. 761-8.
- Au A., Lau K. M., Sit E., Cheung G., Lai M. K., Wong S. K. A., Fok D. (2010), The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: A partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*, 33, pp. 298-315.
- Bandura A. (1977), Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- Id. (2006), Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares, T. Urdan (eds.), *Adolescence and education. Vol. 5, Adolescence and Education Series*. Information Age Publishing, Greenwich (CT), pp. 307-37.
- Brodaty H., Green A., Koschera A. (2003), Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, pp. 657-64.

- CENSIS-“la Repubblica” (2006), *Quadro della vita degli anziani in Italia. Rapporto del 24 marzo 2006*, in <http://www.censis.it>.
- Chiambretto P., Rossi-Ferrario S., Zotti A. M. (2001), Patients in a persistent vegetative state: caregiver attitudes and reactions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 104, pp. 364-8.
- Chwalisz K., Kisler V. (1995), Perceived stress: A better measure of caregiver burden. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 28, pp. 88-98.
- Coon D. W., Thompson L., Steffen A., Sorocco K., Gallagher-Thompson D. (2003), Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women Caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 43, pp. 678-89.
- Czaja S. J., Eisdorfer C., Schulz R. (2000), Future directions in caregiving: implications for intervention research. In R. Schulz (ed.), *Handbook on Dementia Caregiving*. Springer, New York, pp. 283-319.
- Deep. C., Sorocco K., Kasl-Godley J., Thompson L., Rabinowitz M. A., Gallagher-Thompson D. (2005), Caregiver self-efficacy, ethnicity, and Kinship differences in dementia caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pp. 787-94.
- Eurocode (2009), *European Collaboration on Dementia: WP7—Prevalence rates*. Luxembourg. Alzheimer, Europe.
- Ferrario S. R., Vitaliano P., Zotti A. M., Galante E., Fornara R. (2003), Alzheimer’s disease: Usefulness of the Family Strain Questionnaire and the Screen for Caregiver Burden in the study of caregiving-related problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pp. 1110-4.
- Fortinsky R., Kercher K., Burant C. (2002), Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*, 6, pp. 153-60.
- Fritz C. L., Flaver T. B., Kass P. H., Hart L. A. (1997), Correlation among three psychological scales used in research of caregivers for patients with Alzheimer’s disease. *Psychological Reports*, 80, pp. 67-80.
- Gallagher D., Mhaolain A. N., Crosby L., Rayan D., Lacey L., Coen R. F., Walsh C., Coakley D., Walsh J. B., Cunningham C., Lawlor B. A. (2011), Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer’s caregivers. *Aging & Mental Health*, 15, pp. 663-70.
- Gallagher-Thompson D., Coon D. W. (2007), Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22, pp. 37-51.
- García-Alberca J. M., Lara J. P., Berthier M. L. (2011), Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer’s disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41, pp. 57-69.
- George L. K., Gwyther L. P. (1986), Caregiver wellbeing: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, pp. 253-9.
- Gilliam C., Steffen A. M. (2006), The relationship between caregiving self-efficacy and depressed mood in dementia family caregivers. *Journal of Aging and Mental Health*, 10, pp. 79-86.
- Gonyea J. G., O’Connor M., Carruth A., Boyle P. A. (2005), Subjective appraisal of Alzheimer’s disease caregiving: The role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer’s Disease and other dementias*, 20, pp. 273-80.
- Gottlieb B. H., Rooney J. A. (2004), Coping effectiveness: Determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 8, pp. 364-73.

- Kohut F. J., Berkman L. F., Evans D. A., Cornoni-Huntley J. (1993), Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Aging & Mental Health*, 5, pp. 179-93.
- Lawton M. P., Kleban M. H., Moss M., Rovine M., Glicksman A. (1989), Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, pp. 67-71.
- Márquez-González M., Losada A., López J., Peñacoba C. (2009), Reliability and validity of the Spanish version of the revised scale for caregiving self-efficacy. *Clinical Gerontologist*, 32, pp. 1-11.
- Mowat J., Laschinger H. K. (1994), Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 19, pp. 1105-13.
- Ory M. G., Williams T. F., Emr M. (1985), Families, informal supports, and Alzheimer's disease: Current research and future agendas. *Research on Aging*, 7, pp. 623-44.
- Pinquart M., Sörensen S. (2007), Correlates of physical health of informal caregiver: a meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 62, pp. 126-37.
- Rabinowitz Y. G., Saenz E. C., Thompson L. W., Gallagher-Thompson D. (2011), Understanding caregiver health behaviors: Depressive symptoms mediate caregiver self-efficacy and health behavior patterns. *American Journal of Alzheimer Disease and Other Dementias*, 26, pp. 310-6.
- Rabinowitz Y. G., Mausbach B. T., Thompson L. W., Gallagher-Thompson D. (2007), The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behavior patterns in female caregivers of elderly relatives with Alzheimer's dementia. *Journal of Aging and Health*, 19, pp. 946-64.
- Rabinowitz Y. G., Yaron G., Mausbach B. T., Brent T., Gallagher-Thompson D. (2009), Self-efficacy as a moderator of the relationship between care recipient memory and behavioral problems and caregiver depression in female dementia caregivers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23, pp. 389-94.
- Ravizza L. (2004), *Invecchiamento cerebrale e demenze*. Masson editore, Milano.
- Romero-Moreno R., Losada A., Mausbach B. T., Márquez-González M., Patterson T. L., López J. (2011), Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging & Mental Health*, 15, pp. 221-31.
- Schulz R., Martire L. M. (2004), Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, pp. 240-9.
- Schulz R., O'Brien A., Czaja S., Ory M., Norris R., Martire L. M., Belle S. H., Burgio L., Gitlin L., Coon D., Burns R., Gallagher-Thompson D., Stevens A. (2002), Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance. *The Gerontologist*, 42, pp. 589-602.
- Sörensen S., Pinquart M. (2005), Racial and ethnic differences in the relationship of caregiving stressors, resources, and sociodemographic variables to caregiver depression and perceived physical health. *Aging & Mental Health*, 9, pp. 482-95.
- Steffen A. M., McKibbin C., Zeiss A. M., Gallagher-Thompson D., Bandura A. (2002), The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, pp. 74-86.
- US Congress, Office of Technology Assessment (1987), *Losing a Million Minds: Confronting the Tragedy of Alzheimer's Disease and other Dementias*. OTA-BA-323. US Government Printing Office, document no. OTA-BA-323, Washington DC, in <http://ota.fas.org/reports/8715.pdf>
- Vitaliano P. P., Russo J., Young H. M., Becker J., Maiuro R. D. (1991), The Screen for Caregiver Burden. *Gerontologist*, 31, pp. 76-83.

- Wright L. K., Clipp E. C., George L. K. (1993), Health consequences of caregiver stress. *Medical Exercise and Nutritional Health*, 2, pp. 181-95.
- Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer V. O. (1983), Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, pp. 37-49 (trad. it. *Scala della depressione in geriatria*, a cura di F. Cavarzeran e T. Crook, 1985).
- Zanetti O., Binetti G., Trabucchi M. (1991), Alzheimer, malattia o nebulosa? *Gerontologia*, 43, 18-21.
- Zarit S. H., Reever K. E., Bach-Peterson J. (1980), Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, pp. 649-55.
- Zawadzki L., Mondon K., Peru N., Hommet C., Constant N., Gaillard P., Camus V. (2011), Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. *International Psychogeriatrics*, 25, pp. 1-11.
- Zeiss A. M., Gallagher-Thompson D., Lovett S., Rose J., McKibbin C. (1999), Self-efficacy as a mediator of caregiver coping: Development and testing of an assessment model. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5, pp. 221-30.

Abstract

A number of studies indicated that Self-efficacy (SE) is an important variable which influences the relationship between stressful situations and distress. These studies demonstrated the positive effect of self-efficacy on burden and depression. The aim of the present study is to contribute to the Italian validation of the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy of Steffen and coworkers (2002). Two hundred-thirteen primary caregivers of Alzheimer patients, participated in the study. Of these 40,8% were males (mean age = 66 years old; SD = 13,73) and 59,2% were females (mean age = 62 years old; SD = 14,56). Participants filled in a questionnaire at time one (T₁), after 3 months (T₂) and after a year (T₃). The questionnaire included the Italian version of Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy, specifically translated for this study, the Geriatric Depression Scale (Yesavage *et al.*, 1983) and the Italian version of the Screen for Caregiver Burden (Ferrario, 2003). The principal components analysis yielded a three-factor solution (SE-Obtaining Respite; SE-Controlling Upsetting Thoughts; SE-Responding to Disruptive Patient Behaviors) as in the original version of the scale. These dimensions were negatively correlated with the burden and depression scores. Regression analyses considering as outcome variables the Burden and the Depression scores at T₂ and at T₃ confirmed the predictive validity of the scale.

Key words: *caregiving, self-efficacy, Alzheimer, burden, depression*.

Articolo ricevuto nel settembre 2011, revisione del luglio 2012.

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Caterina Grano, Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Psicologia, via dei Marsi 78, 00185 Roma.