



LA VALUTAZIONE SOGGETTIVA DEL BENESSERE: UNO STUDIO DI VALIDAZIONE E DI CONFRONTO INTERCULTURALE

di

Samantha Tomasi, Santo Di Nuovo

1. *Salute, qualità di vita, benessere*

Il costrutto multidimensionale di ‘salute’ fa riferimento, in base alla definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, non a semplice assenza di malattia o infermità ma allo stato di generale benessere fisico, mentale e sociale. Il concetto di salute è strettamente associato a quello di Qualità di vita (QoL, *Quality of Life*), formalizzato nel 1991 grazie ad un progetto internazionale chiamato *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL) con lo scopo di promuovere una visione olistica della salute, che appunto includesse la valutazione degli aspetti positivi della vita quotidiana e non soltanto l’esclusione di patologie fisiche e psichiche. Infatti, la QoL non è strettamente legata alla presenza o all’assenza di malattia; persone in buona salute spesso sono insoddisfatte della loro vita, mentre patologie croniche o disabilità possono essere tollerate con buona resilienza, in quanto quella condizione permette di rivedere i valori di riferimento e valutare la propria vita in base ad altri aspetti positivi.

La QoL è definita come «la percezione da parte degli individui della posizione che occupano nella propria vita, all’interno della cultura e del sistema di valori in cui vivono, e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, parametri di riferimento e interessi»¹. Si tratta di un concetto multidimensionale, che include diversi domini: salute fisica, area psicologica, indipendenza, relazioni sociali, condizioni ambientali, spiritualità, religione e credenze personali². La QoL

¹ WHOQOL, *The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position paper from The World Health Organization*, in «Social Science and Medicine», 41 (1995), pp. 1403-1409.

² WHOQOL, *A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life*, in «Social Science and Medicine», 62 (2006), pp. 1486-1497.

include componenti oggettive e soggettive: le prime sono caratterizzate da livello economico, condizioni di abitazione, lavoro, istruzione, relazioni sociali, ambiente fisico, disponibilità e uso del tempo libero; mentre le seconde includono la percezione del proprio benessere, il funzionamento fisico e sociale, la soddisfazione, l'autorealizzazione, l'autostima. Questi aspetti centrano l'attenzione sulla considerazione soggettiva della propria vita, per cui l'accento dell'intervento è spostato dal malessere – per malattie o disagi di varia natura – alla prevenzione, sia a livello personale che del contesto ambientale, fisico, relazionale e sociale.

È naturale che accanto al concetto di Qualità di vita si trovi quello di *benessere* (*well-being*), spesso utilizzato in maniera interscambiabile col primo, di cui è invece una specificazione relativa alla percezione soggettiva rispetto al proprio stato psicologico.

Una tra le prime definizioni di benessere risale a Rogers³, che lo identificava come un 'pieno funzionamento', cioè un'attivazione completa delle funzioni psicologiche e sociali; dando il via a molteplici ricerche che avevano come oggetto di studio questo ottimale e soddisfacente funzionamento globale della persona. Oggi viene associato a importanti variabili psicosociali⁴ ed è ripreso dalla *psicologia positiva*, un approccio orientato alla definizione e valorizzazione delle risorse della persona piuttosto che alle possibili disfunzioni.

Il benessere è influenzato da diversi fattori tra cui le condizioni di vita oggettive, la qualità di vita percepita, i processi cognitivi (come l'ottimismo) e di giudizio sociale (confronto con gli altri); ma nel tempo è stato concettualizzato in modi differenti. Uno tra questi lo accosta ad una *prospettiva edonica* legata al soddisfacimento dei bisogni, dei desideri fisici e sociali e alla felicità soggettiva; seguendo questa prospettiva, è stato associato al *benessere soggettivo* proposto da Diener⁵, integrando componente affettiva e cognitiva, cioè emozioni positive e soddisfazione di vita. Esiste anche una *prospettiva eudaimonica* secondo cui il benessere deriva dal raggiungimento dei propri desideri, dalla realizzazione dei propri interessi e dallo sforzo impiegato per raggiungerli⁶. Questo tipo di benessere viene anche chiamato *benessere psicologico*.

³ C.R. Rogers, *The Concept of the Fully Functioning Person*, in «Psychotherapy: Theory, Research, and Practice», 1 (1963), pp. 17-26.

⁴ E. Deci, R. Ryan, *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, in «American Psychologists», 55 (2000), pp. 68-78; E. Antonelli, *Il benessere soggettivo nella prospettiva psicosociale: una rassegna*, in «Giornale Italiano di Psicologia», 34 (2007), pp. 57-113.

⁵ E. Diener, *Subjective well-being*, in «Psychological Bulletin», 95 (1984), pp. 542-575.

⁶ A. Delle Fave, M. Bassi, *Psicologia e salute*, Torino, UTET Università, 2007.

Indubbiamente l'assenza di patologie psichiche può favorire l'adattamento e la felicità e caratterizzare lo stato di *flourishing*⁷ come sensazione di crescita e prosperità, ed evitare il *languishing*, cioè la sensazione di vacuità della vita e la mancanza di speranza, tipiche della depressione. Questa patologia è associata alla percezione di peggiori condizioni di salute sia fisica che mentale, come emerge dagli indici di stato fisico e di stato psicologico a tutte le età e in entrambi i sessi; anche se le donne riferiscono maggiormente sintomi depressivi (9,1% contro 4,8% degli uomini), e le differenze aumentano in età adulta e dai 65 anni in poi (19,2% donne contro 9,5% uomini)⁸.

Ma, come ribadito dall'OMS, l'assenza di patologia non è condizione necessaria o unica per la promozione del benessere. Quindi c'è da chiedersi quali variabili psicosociali possono indurre uno stato di benessere mentale e fisico e avvicinare alla mitica 'felicità'. A questa domanda si è data una risposta affermando che il massimo grado di felicità deriva dall'adattamento ottimale al contesto ambientale e sociale⁹; su questa base Diener¹⁰ ha proposto un 'indice' per concretizzare la "scienza della felicità", fondata proprio sulle condizioni di benessere soggettivo.

Ma questo benessere può essere quantificato, e come?

2. Strumenti per la misurazione del benessere

Il concetto di benessere include una valutazione personale della propria vita, la soddisfazione generale e in domini specifici e l'affettività positiva e negativa: tutti elementi che sono correlati tra loro¹¹. L'affettività viene concettualizzata come componente emotiva del costruito del benessere, mentre la soddisfazione e la valutazione personale della propria vita sono viste come componenti cognitive.

Linton *et al.*¹² presentando una rassegna di 99 strumenti per la misurazione del benessere hanno trovato che le teorie e le definizioni alla base di questo

⁷ C. Ryff, B. Singer, *The contours of positive human health*, in «Psychological inquiry», 9 (1998), pp. 1-28.

⁸ Dati desunti dal report ISTAT, *La salute mentale nelle varie fasi della vita*, anni 2015-2017, https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf (26 luglio 2018).

⁹ M. Jahoda, *Current concepts of positive mental health*, New York, Basic Books, 1958.

¹⁰ E. Diener, *Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for national index*, in «American Psychologist», 55 (2000), pp. 34-43.

¹¹ E. Diener, C.N. Scollon, R.E. Lucas, *The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness*, Dordrecht, Springer, 2009, pp. 67-100.

¹² M.J. Linton, P. Dieppe, A. Medina-Lara, *Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time*, in «BMJ Open», 6, 7 (2016).

concetto fanno riferimento alla definizione dell'OMS già citata. Gli autori citano i primi strumenti per la valutazione del benessere sviluppati nel 1961 fino agli strumenti più recenti, messi a punto nell'ultimo decennio. Tra questi strumenti sono inclusi questionari sulla soddisfazione, sulla qualità della vita, sull'affettività e su domini specifici del benessere quali la spiritualità.

Adatte a misurare il costrutto di soddisfazione sono la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS)¹³ composta da soli 5 item a cui bisogna rispondere su una scala Likert a 7 punti, e il *Life Satisfaction Index* di Neugarten¹⁴. Esistono anche strumenti che rilevano la soddisfazione o il benessere in ambiti specifici, quali quello lavorativo come la *Generic Job Satisfaction Scale*¹⁵, scolastico come la *Personal Well Being Index-school children*¹⁶ o l'ambito spirituale: la *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp) è una misura del benessere spirituale in soggetti con cancro e altre malattie croniche¹⁷.

Per quanto riguarda gli strumenti di misura del benessere generale, uno tra i più diffusi è la *Psychological Well-being Scale* (PWBS) di Ryff e Keyes¹⁸, che articola il benessere in 6 dimensioni: autonomia, controllo ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita e auto-accettazione.

La PWBS è stata utilizzata in alcune ricerche italiane con pazienti con disturbi ansiosi e dell'umore¹⁹. Una ricerca del 2018²⁰ ha mostrato che non solo il profilo di benessere è stabile nel tempo, ma che i soggetti che mantengono alti livelli di benessere hanno più alti livelli di colesterolo 'buono' e più bassi livelli di trigliceridi se paragonati agli adulti con bassi livelli di benessere.

¹³ E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin, *The Satisfaction with Life Scale*, in «Journal of Personality Assessment», 49 (1985), pp. 71-75.

¹⁴ B.L. Neugarten, R. Havinghurst, S. Tobin, *The measurement of life satisfaction*, in «Journal of Gerontology», 16 (1961) pp. 134-143.

¹⁵ S. Macdonald, P. MacIntyre, *The generic job satisfaction scale: Scale development and its correlates*, in «Employee Assistance Quarterly», 13, 2 (1997), pp. 1-16.

¹⁶ R. Cummins, A. Lau, *Personal wellbeing index-school children*, Victoria, Deakin University, 2005.

¹⁷ A.H. Peterman, G. Fitchett, M.J. Brady, L. Hernandez, D. Cella, *Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)*, in «Annals of Behavioral Medicine», 24 (2002), pp. 49-58.

¹⁸ C.D. Ryff, C.L.M. Keyes, *The structure of psychological well-being revisited*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 69, 4 (1995), p. 719.

¹⁹ G.A. Fava, C. Rafanelli, M. Cazzaro, S. Conti, S. Grandi, *Well-being therapy*, in «Psychological Medicine», 28 (1998), pp. 475-480; G.A. Fava, C. Ruini, *Sequential treatment of unipolar depression*, in «World Psychiatry», 1 (2002), pp. 10-15.

²⁰ B.T. Radler, A. Rigotti, C.D. Ryff, *Persistently high psychological well-being predicts better HDL cholesterol and triglyceride levels: findings from the midlife in the US (MIDUS) longitudinal study*, in «Lipids in health and disease», 17, 1 (2018), p. 1.

Un'altra scala per la rilevazione del benessere è la *Personal Wellbeing Index*, ottenuta dalle modifiche della *Comprehensive Quality of Life Scale* (ComQol)²¹ e realizzata dall'*International Wellbeing Group* (IWbG) con lo scopo di ottenere una misura cross culturale di valutazione del benessere. Questa scala comprende sette domini: tenore di vita, obiettivi raggiunti, salute, relazioni personali, sicurezza, vita comunitaria, sicurezza verso il futuro, spiritualità.

Un altro strumento autovalutativo dello stato di benessere psicofisico è l'*EQ-5D*²², sviluppato dall'*EuroQol Group* con l'obiettivo di costruire un indice di misura della salute generale sia ad uso clinico sia per indagini sulla popolazione generale.

Va citato anche lo strumento *Global Quality of Life* (GQOL)²³ costituito da un solo item sulla sensazione generale di qualità della propria vita, a cui bisogna rispondere su una scala da 0 (assenza di qualità della vita) a 100 (perfetta qualità della vita).

Il *WHO-FIVE Well-being Index*²⁴ è, invece, un breve questionario di 5 item relativi all'umore positivo, alla vitalità e agli interessi generali ed è risultato essere un utile screening per la depressione²⁵, infatti un punteggio uguale o minore a 5 è un fattore di rischio per la questa patologia.

Secondo altri studiosi il benessere si otterrebbe da un bilancio dell'affettività positiva (allerta, eccitazione) e negativa (ansia, rabbia, paura) presenti nella propria vita, due concetti che Bradburn scoprì essere indipendenti²⁶. L'autore costruì uno strumento, l'*Affect Balance Scale*, che successivamente fu ripreso da Watson con la *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS)²⁷ per la rilevazione di emozioni positive e negative provate sul momento o nell'ultima settimana. In una ricerca con i gemelli si è scoperto che l'affettività negativa è ere-

²¹ R.A. Cummins, A.L.D. Lau, *An introduction to the International Wellbeing Group and the International Wellbeing Index*, in «Proceedings of the Fifth Conference of the International Society for Quality-of-Life Studies», Frankfurt, Germany, July 2003.

²² M. Van Reenen, B. Janssen, *EQ-5D-3L user guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*, Rotterdam, EuroQol Foundation, 2015.

²³ M.E. Hyland, S.C. Sodergren, *Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales*, in «Quality of Life Research», 5, 5 (1996), pp. 469-480.

²⁴ World Health Organization (WHO), *Regional Office for Europe: Well-Being Measures in Primary Health Care - the DepCare Project*, Stockholm, Sweden, 12-13 febbraio, 1998.

²⁵ C.W. Topp, S.D. Østergaard, S. Søndergaard, P. Bech, *The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature*, in «Psychotherapy and psychosomatics», 84, 3 (2015), pp. 167-176.

²⁶ N.M. Bradburn, *The structure of psychological well-being*, Chicago, Aldine, 1969.

²⁷ D. Watson, L.A. Clark, A. Tellegen, *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 54 (1988), pp. 1063-1070.

ditaria, al contrario di quella positiva che sembra essere influenzata dal contesto²⁸. Anche le oscillazioni dell'affettività, sia negativa che positiva, durante un mese sono risultate essere attribuibili principalmente a componenti ereditarie.

Inoltre, è stato dimostrato che l'intelligenza emotiva correla con l'affettività positiva e la soddisfazione con la vita, e inversamente con l'affettività negativa²⁹. La PANAS è stata utilizzata anche con soggetti con diagnosi di depressione per verificare gli effetti degli interventi terapeutici, che risultano favorire l'incremento dell'affettività positiva e la riduzione di quella negativa³⁰.

3. *La Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*

La scala, in acronimo WEMWBS³¹, è un questionario autovalutativo predisposto per la valutazione del benessere psicologico sia nella prospettiva edonica che eudaimonica. Comprende 14 item positivi, riferiti a pensieri e sentimenti delle ultime due settimane, a cui bisogna rispondere su una scala a 5 punti da "in nessun momento" a "tutto il tempo". Lo *scoring* si ottiene facendo la somma dei punteggi di ogni item. Il minimo punteggio è 14, il massimo 70.

Gli autori si sono basati su una scala preesistente, ovvero l'*Affectometer 2*, sviluppata nel 1980 in Nuova Zelanda, che consisteva di 20 affermazioni e 20 aggettivi, bilanciati in positivi e negativi, relativi alla salute psichica³². In seguito ad un focus group usato per la validazione inglese della scala, emersero dei limiti relativi alla difficoltà degli item e, più che riferita alla salute mentale, questa scala poteva essere considerata un indicatore di patologia³³. Altri limiti

²⁸ Y. Zheng, R. Plomin, S. von Stumm, *Heritability of intraindividual mean and variability of positive and negative affect: Genetic analysis of daily affect ratings over a month*, in «Psychological Science», 27, 12 (2016), pp. 1611-1619.

²⁹ N. Extremera, L. Rey, *Ability emotional intelligence and life satisfaction: Positive and negative affect as mediators*, in «Personality and Individual Differences», 102 (2016), pp. 98-101.

³⁰ N. Boumparis, E. Karyotaki, A. Kleiboer, S.G. Hofmann, P. Cuijpers, *The effect of psychotherapeutic interventions on positive and negative affect in depression: A systematic review and meta-analysis*, in «Journal of affective disorders», 202 (2016), pp. 153-162.

³¹ S. Stewart-Brown, K. Janmohamed, *Warwick Mental Well-Being Scale*, Glasgow, NHS Health of Scotland, 2008. La costruzione e validazione della scala è stata finanziata dallo Scottish Government National Programme for Improving Mental Health and Well-being, commissionata dal NHS Health di Scozia e appartiene congiuntamente a questo Ente, all'Università di Warwick e all'Università di Edimburgo.

³² R. Kamman, R. Flett, *Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness*, in «Australian Journal of Psychology», 35, 2 (1983), pp. 259-265.

³³ R. Tennant, R. Fishwick, S. Platt, S. Joseph, S. Stewart-Brown, *Monitoring positive mental health in Scotland: validating the Affectometer 2 scale and developing the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale for the UK*, Glasgow, NHS Health of Scotland 2006.

riscontrati furono relativi alla lunghezza e alla desiderabilità sociale: per questi motivi gli autori ritennero necessario estrarre solo 14 item che andarono a costituire una nuova scala, definita appunto di 'benessere mentale'.

La validazione in Gran Bretagna è stata realizzata nel 2006 avvalendosi di un campione di 348 studenti dai 16 anni in su, appartenenti all'Università di Warwick e di Edimburgo. L'analisi fattoriale ha confermato la presenza di un solo fattore comune rappresentato dal benessere mentale. Anche la consistenza interna è risultata molto buona (coefficiente alfa di Cronbach 0,89).

La bassa correlazione con la *Balanced Inventory of Desirable Responding* (BIDR) suggerisce, inoltre, che la tendenza a dare risposte socialmente desiderabili in questa scala è bassa³⁴.

Un'ulteriore validazione della scala è stata realizzata dagli stessi autori su un campione scozzese di 1749 soggetti dai 16 anni in su, attraverso due indagini sulla popolazione condotte nel 2006: la *Scottish Health Education Population Survey* (HEPS)³⁵ e la "*Well? What do you think?*"³⁶. L'analisi psicometrica ha confermato i risultati ottenuti in precedenza nel campione di studenti (Alfa di Cronbach 0,91). La distribuzione dei risultati, normale pur con una leggera asimmetria, suggerisce che il questionario può essere utilizzato per il monitoraggio di un cambiamento nel tempo e per la valutazione degli effetti di un programma o intervento di promozione del benessere mentale. Tuttavia non è presente un *cut off* che indichi la soglia di presenza di benessere mentale nella popolazione.

Sebbene siano emerse differenze di comprensione linguistica rispetto al concetto di benessere mentale, i risultati di una ricerca cross culturale³⁷ con un campione cinese e uno pakistano dai 16 ai 75 anni residenti in Gran Bretagna mostrano, rispettivamente, un'alfa di Cronbach di 0,92 di 0,91. Dunque la WEMWBS funziona bene anche in queste minoranze etniche residenti in UK.

³⁴ R. Tennant, L. Hiller, R. Fishwick, S. Platt, S. Joseph, S. Weich, S. Stewart-Brown, *The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation*, in «Health and Quality of life Outcomes», 5, 1, 63 (2007).

³⁵ R. Gosling, C. Bassett, N. Gilby, H. Angle, S. Catto, *Health Education Population Survey: Update from 2006 survey*. Glasgow, NHS Health of Scotland 2008. Available from: <http://www.data-archive.sc.uk>

³⁶ S. Brauholtz, S. Davidson, K. Myant, I. Mori, R. O'Connor. *Well? What do you think? (2006): The third national Scottish survey of public attitudes to mental health, mental wellbeing and mental health problems*, Edinburgh, The Scottish Government, 2007.

³⁷ F. Taggart, T. Friede, S. Weich, A. Clarke, M. Johnson, S. Stewart-Brown, *Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) - a mixed methods study*, in «Health and Quality of Life Outcomes», 11, 1 (2013), p. 27.

Un'ulteriore validazione è stata fatta in Irlanda del Nord³⁸ con un ampio campione di 3355 persone dai 16 anni in su: la media riscontrata era di 50 e la consistenza interna di 0,93, risultati molto simili a quelli ottenuti in altre regioni della Gran Bretagna.

Esiste anche una validazione italiana, pubblicata insieme ad una delle autrici della scala originaria³⁹, che ha coinvolto 345 persone del Nord-Est d'Italia (46,7% maschi e 53,3% femmine) tra i 18 e gli 82 anni, con una media di circa 14 anni di scolarità. Alla luce dei dati ottenuti, le autrici hanno ritenuto opportuno eliminare due item (il 4 e 12 della scala originaria) che, per via della loro bassa correlazione con il totale ($r=0,28$), facevano diminuire la bontà dell'adattamento nell'analisi fattoriale confermativa. La versione a 12 item della scala ha media 42,06 con deviazione standard (d.s.) 6,59; attendibilità 0,86 e buona stabilità nel tempo. Emerge, inoltre, che il grado di istruzione (in anni di studio) non è associato al benessere percepito ($r=-0,04$, $p=0,46$) mentre il genere sembra incidere in interazione con l'età.

Un'ulteriore validazione è quella spagnola, che ha coinvolto 1900 partecipanti dai 15 anni in su, riscontrando una buona consistenza interna (0,93) e una media (59,9) più alta di quella scozzese originaria⁴⁰.

Esistono validazioni nelle popolazioni tedesca⁴¹, brasiliana⁴² e francese⁴³; quest'ultima versione si è dimostrata valida anche su pazienti psichiatrici. Anche una recente ricerca norvegese⁴⁴ ha rilevato la validità della WEMWBS anche su pazienti con ansia e/o moderata depressione.

³⁸ K. Lloyd, P. Devine, *Psychometric Properties of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in Northern Ireland*, in «Journal of Mental Health», 21, 3 (2012), pp. 257-263.

³⁹ P. Gremigni, S. Stewart-Brown, *Measuring mental well-being: Italian validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*, in «Giornale Italiano di Psicologia», 38, 2 (2011), pp. 485-508.

⁴⁰ P. Castellví, C.G. Forero, M. Codony, G. Vilagut, P. Brugulat, A. Medina, M. Ferrer, *The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population*, in «Quality of Life Research», 23, 3 (2014), pp. 857-868.

⁴¹ G. Lang, A. Bachinger, *Validation of the German Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in a community-based sample of adults in Austria: a bi-factor modeling approach*, in «Journal of Public Health», 25, 2 (2017), pp. 135-146.

⁴² J.J.A. D.Santos, T.A.D. Costa, J.H. Guilherme, W.C.D. Silva, L.R.L. Abentroth, J.A. Krebs, P. Sotoriva, *Adaptation and cross-cultural validation of the Brazilian version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale*, in «Revista da Associação Médica Brasileira», 61, 3 (2015), pp. 209-214.

⁴³ M. Trousselard, D. Steiler, F. Duthheil, D. Claverie, F. Canini, F. Fenouillet, N. Franck, *Validation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations*, in «Psychiatry Research», 245 (2016), pp. 282-290.

⁴⁴ O.R. Smith, D.E. Alves, M. Knapstad, E. Haug, L.E. Aarø, *Measuring mental well-being in Norway: validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*, in «BMC psychiatry», 17, 1 (2017), p. 182.

4. *Scopi della ricerca*

Le finalità della ricerca empirica qui presentata sono le seguenti:

- 1) Verificare le caratteristiche di attendibilità e coerenza interna su un campione italiano differenziato per età, genere e luogo di residenza (meridionali e settentrionali), includendo anche una quota di soggetti con patologia depressiva nella percentuale esistente nella popolazione di riferimento; per queste caratteristiche di campionamento lo studio si differenzia da quello già condotto in Italia⁴⁵ con soggetti solo settentrionali e senza riferimento ad eventuali patologie.
- 2) Confrontare i risultati ottenuti in un campione clinico con quelli dei casi non clinici appaiati per variabili demografiche, per valutare la capacità discriminativa rispetto alla patologia psichica di tipo depressivo.
- 3) Effettuare un confronto interculturale fra i risultati di benessere ottenuti nel nostro paese e quelli di studi compiuti in altri contesti sociali e culturali con lo stesso strumento.
- 4) Valutare le relazioni del benessere percepito, misurato mediante la WEMWBS, con variabili socio-culturali (età, genere, livello di istruzione), con la soddisfazione della vita e tratti di personalità normale e patologica, confrontando campioni italiani e spagnoli.

5. *Risultati*

5.1. *Studio di attendibilità e coerenza interna*

Il campione per lo studio di verifica psicometrica è costituito da 151 soggetti esenti da patologie, 66 uomini e 85 donne, range di età 20-78 anni, età media 38,35 (d.s. 14,62); livello di istruzione: primario e medio 17,22%, medio-superiore 39,07%, laurea 43,71%. I soggetti provenivano da diverse regioni italiane, prevalentemente Sicilia, Lombardia, Sardegna.

Per completare la rappresentatività del campione sono stati aggiunti 8 soggetti con diagnosi di depressione nella percentuale statistica di incidenza della patologia nella popolazione italiana⁴⁶: 4 uomini e 4 donne, della stessa gamma di età del campione senza patologia.

⁴⁵ P. Gremigni, S. Stewart-Brown, *Measuring mental well-being* cit.

⁴⁶ La percentuale del 5% di persone con depressione inserite in questo campione complessivo deriva dalle statistiche recenti (ISTAT cit.) secondo cui in Italia il disturbo depressivo coinvolge il 5,4% delle persone dai 15 anni in su.

Considerando il campione non clinico, non si sono riscontrate differenze di genere (uomini: media 50,65, d.s. 8,13; donne media 50,76, d.s. 9,55; $t=0,08$, $p=0,94$), né relative al grado di istruzione (medie dei tre livelli: 53,58; 49,64; 50,55; $F_{2,148}=1,79$, $p=0,17$).

L'aggiunta degli 8 soggetti con depressione non altera sostanzialmente i parametri della distribuzione: la media generale diventa 50,04 (d.s. 9,27) contro 50,72 (d.s. 8,90) del campione senza patologia.

L'item-analysis ha evidenziato una ottima attendibilità; indici di consistenza interna: *alpha* di Cronbach = 0,90, coefficiente Spearman-Brown = 0,91. Tutti gli item hanno una correlazione con il totale $>0,50$, nessuno migliorerebbe l'*alpha* complessivo se fosse eliminato.

L'analisi fattoriale confermativa assicura l'unidimensionalità della scala (indice CFI 0,92, RMSEA 0,05).

5.2. *Analisi di discriminatività: confronto con casi clinici*

Per questo secondo obiettivo di ricerca sono stati costituiti due gruppi, uno di casi clinici con depressione e uno di controllo, pareggiati per numero ($n=30$), età e genere, selezionando dal più ampio campione dei soggetti senza patologia quelli che erano più corrispondenti, in base a queste variabili, ai singoli componenti del gruppo clinico⁴⁷. Infatti la percentuale dei due generi risulta analoga nei due gruppi (uomini 40% vs 43%; donne 60% vs 57%; chi-quadrato = 0,07, $p=0,79$); e la media dell'età è quasi uguale (46,03 con d.s. 14,58 nel gruppo dei depressi, 46,13 con d.s. 14,40 nel gruppo di controllo).

L'effetto della patologia è altamente significativo e discrimina nettamente i due gruppi (gruppo depressi media 41,03, d.s. 11,51; gruppo di controllo 52,13, d.s. 7,28; $t=4,47$, g.l.=58, $p<0,001$).

5.3. *Confronto interculturale*

Il terzo obiettivo era il confronto fra i dati da noi ottenuti e quelli di altri studi condotti in paesi diversi per evidenziare eventuali differenze tra contesti culturali nella percezione media di benessere percepito. I risultati dei confronti sono sintetizzati nella tabella 1.

⁴⁷ Il campione di persone con diagnosi di depressione è stato tratto dalla Casa di cura 'Villa dei Gerani' e dal Centro Clinico 'Aleteia', entrambe operanti in Sicilia.

Tab. 1 - Confronto dei dati ottenuti in campioni di diversa nazionalità e nel nostro campione (solo soggetti senza patologia n=151, soggetti con depressione n=30, versione ridotta)

PAESE	Articolo	N	Età media	Punt. Medio	Dev. stand.	differenza genere	note
SCOZIA	Tennant <i>et al.</i> (2007)	1749	48	50,7	8,8		età = media
IRLANDA NORD	Lloyd e Dev. (2012)	3355	49	50,5	n.d.		delle fasce
SPAGNA	Castellvi <i>et al.</i> (2014)	1900	46	59,9	7,8		età = media
BRASILE	Santos <i>et al.</i> (2015)	122	21,5	51,8	8,0	M>F	delle fasce
AUSTRIA	Lang <i>et al.</i> (2017)	625	82%>60	54,5	n.d.		13% a rischio
FRANCIA	Tousselard <i>et al.</i> (2016)	319	23	51,5	7,2		
ITALIA	ns. dati (2018)	151	38,3	50,7	8,9		
<i>Con patologia</i>							
FRANCIA	Tousselard <i>et al.</i> (2016)	121	34	44,9	9,2		schizofrenici
NORVEGIA	Smith <i>et al.</i> (2017)	799	37,6	38,6	8,9		depressi
ITALIA	ns. dati (2018)	30	46	41,1	11,5		depressi
<i>Versioni ridotte (12 item):</i>							
ITALIA	Gremigni e St.-Brown (2011)	345	42	42,1	6,6	M>F	
ITALIA	ns. dati (2018)	151	38,3	43,6	7,8		

Confrontati con i risultati degli altri studi condotti con la WEMWBS in campioni normali i nostri dati evidenziano media e deviazione standard quasi uguali a quelli ottenuti in Scozia nello studio iniziale degli autori (in tabella 3 le indicazioni degli articoli di riferimento, già citati in precedenza), e simili a quelli nord-irlandesi, mentre il campione spagnolo ha una media di quasi 10 punti più elevata, nonostante la quota del 13% di soggetti a rischio.

Non sono riportate in questi campioni – come nel nostro – significative differenze di genere.

Analoghi anche i nostri risultati rispetto allo studio austriaco (in un campione di età più elevata) e a quello francese, con giovani di età media più bassa.

L'unico studio che riporta differenze di genere in soggetti normali (a favore dei maschi) è quello brasiliano con campione di età giovanile; la media generale ottenuta in questo campione è però solo di poco superiore a quella del nostro, di età media 15 anni superiore.

Il nostro campione di 30 soggetti con depressione ha media di poco superiore a quello di depressi norvegesi, mentre leggermente più alta è la media del sottogruppo con patologia dello studio francese (entrambi i gruppi di confronto hanno età media inferiore al nostro).

Infine confrontando la versione ridotta a 12 item usata nella standardizzazione italiana⁴⁸ con quella del nostro campione ottenuta sottraendo dal punteggio totale gli item 4 e 12, si ottengono medie molto simili; ma le differenze significative di genere rilevate nello studio citato risultano assenti nel nostro campione.

5.4. Studio correlazionale: variabili socio-culturali, soddisfazione della vita, personalità

• *Strumenti* - Per la validazione concorrente sono stati usati, oltre i dati relativi alle variabili socio-culturali (età e livello di istruzione), strumenti psicometrici che valutano aspetti della soddisfazione della propria vita, fattori di personalità, ansia stabilizzata, depressione.

- *Satisfaction With Life Scale - SWLS*⁴⁹. Valuta il benessere soggettivo relativo alla soddisfazione globale sulla propria vita. È una scala composta da 5 item a cui bisogna rispondere su una scala da 1 (molto in disaccordo) a 5 (molto d'accordo). Lo *scoring* si ottiene sommando le frequenze scelte e dividendole per il numero di item totali. Maggiore è il punteggio, maggiore sarà la soddisfazione della propria vita.
- *Five Factor Inventory - NEO-FFI*⁵⁰. Versione breve del NEO Personality Inventory, composta da 60 item che permettono di rilevare i 5 grandi fattori di personalità. Il *nevroticismo* si riferisce all'instabilità emotiva, tensione e vulnerabilità; l'*estroversione* è intesa come socievolezza, assertività e ricerca di sensazioni; l'*apertura all'esperienza* fa riferimento alla creatività, interessi e cultura. La *cordialità* o *amicalità* include l'interesse per le relazioni interpersonali, la sensibilità e la fiducia negli altri. La *responsabilità*, infine, si riferisce all'autocontrollo sia emotivo (gestione degli impulsi e dei desideri) sia cognitivo: pianificazione per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, organizzazione mentale delle proprie attività. Per lo *scoring* di ogni dimensione si sommano i punteggi degli item pertinenti.
- *State-Trait Anxiety Inventory - STAI*⁵¹. Il questionario comprende due scale di valutazione dell'ansia: una per l'ansia di stato e una per l'ansia di tratto. La prima è riferita ad uno stato emotivo transitorio per cui si chie-

⁴⁸ P. Gremigni, S. Stewart-Brown, *Measuring mental well-being* cit.

⁴⁹ E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin, *The Satisfaction with Life Scale*, in «Journal of Personality Assessment», 49 (1985), pp. 71-75.

⁵⁰ P.T. Costa, R.R. McCrae, *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*, Odessa, Psychological Assessment Resources, 1992.

⁵¹ C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg, G.A. Jacobs, *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1983, trad. it. S.T.A.I. *Questionario di autovalutazione dell'ansia di stato e di tratto*, Firenze, O.S., 1981.

de al soggetto di rispondere alle affermazioni con una scala di frequenza in base a come lui si sente in *quel* momento della propria vita. Nella seconda scala, che riguarda l'ansia di tratto – considerata nel nostro studio in quanto fattore stabile della personalità – si chiede al soggetto di rispondere facendo riferimento a come si sente *abitualmente*, dunque rispecchia una modalità abituale di rispondere agli stimoli dell'ambiente.

– *Beck Depression Inventory - BDI II*⁵². Costituita da 21 gruppi di affermazioni riferiti ai diversi domini che valutano la presenza della depressione. Considerando che ogni item ha un punteggio da 0 a 3 lo *scoring* viene effettuato sommando i punteggi ottenuti ai 21 item. Dal punteggio ottenuto si possono ricavare differenti livelli di depressione. Un punteggio da 0 a 13 indica assenza di depressione; un punteggio tra 14 e 19 indica una depressione lieve; un punteggio compreso tra 20 e 29 indica una depressione moderata e, infine, un punteggio tra 30 e 63 indica una depressione di grado severo.

- *Campione* - Il campione per lo studio correlazionale è costituito da 59 soggetti di età tra i 18 e i 70 anni, di cui 25 uomini e 34 donne in totale. Il campione è composto da 30 soggetti di nazionalità italiana e 29 di nazionalità spagnola⁵³.

- *Correlazioni* - Preliminarmente è stata ulteriormente verificata l'assenza di differenze attribuibili al genere e al luogo di residenza (analisi di varianza: $F_{\text{genere}}=0,04$; $F_{\text{resid.}}=1,18$; $F_{\text{interaz.}}=1,17$; tutti non significativi).

Sono state quindi calcolate – separatamente nei due campioni spagnolo e italiano – le correlazioni (coefficienti Pearson) dei punteggi della scala WEMWBS con le variabili socio-culturali età e livello di istruzione, nonché con la scala di soddisfazione (tab. 2), con i fattori di personalità e i test di ansia e depressione (tab. 3).

Tab. 2 - Correlazioni fra benessere, variabili socio-culturali e scala di soddisfazione

Benessere	Variabili socio-culturali		
	Età	Livello di istruzione	Soddisfazione
Camp. spagnolo	-0,11	-0,10	0,68***
Camp. italiano	-0,41*	-0,28	0,75***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

⁵² A.T. Beck, R.A. Steer, G.K. Brown, *BDI-II Beck Depression Inventory-Second Edition Manual*, San Antonio (CA), The Psychological Corporation, 1996; trad. it. *BDI-II Beck Depression Inventory II - Manuale*, Firenze, O.S., 2006.

⁵³ Il campione spagnolo è stato reperito in studi privati di psicologia della provincia di Malaga e dal Servizio di Coaching della Facoltà di Psicologia dell'Università di Malaga.

Tab. 3 - Correlazioni fra benessere, fattori di personalità, ansia e depressione nei due campioni spagnolo e italiano

Benessere	NEO-FFI					STAI	BDI-II
	Nevroticismo	Estroversione	Apertura mentale	Cordialità	Responsabilità	Ansia di stato	Depressione
Camp. spagnolo	-0,52***	0,37*	-0,19	0,32	0,47**	-0,49**	-0,84***
Camp. italiano	-0,64***	0,80***	0,18	0,21	0,62***	-0,86***	-0,60***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

L'età è correlata inversamente con il benessere (più anzianità, meno benessere) ma significativamente solo nel campione italiano, mentre in quello spagnolo non è raggiunto il livello di $p < 0,05$.

In entrambi i campioni, spagnolo e italiano, il benessere percepito correla positivamente e significativamente con la soddisfazione nella vita (tab. 2), e per quanto riguarda i fattori di personalità (tab. 3) con la *Responsabilità*, che esprime il perseguimento degli obiettivi controllando gli impulsi, e con la *Estroversione* che rappresenta la ricerca di sensazioni e la vitalità personale. Positiva ma non oltre la soglia di significatività, la correlazione con la *Cordialità* ed empatia interpersonale, e – di entità ancora inferiore – con l'*Apertura mentale* (addirittura di segno negativo nel campione spagnolo).

Correlazioni negative si riscontrano con le condizioni tendenzialmente disadattive: il fattore *Nevroticismo* o instabilità emotiva, e con le variabili ansia e depressione.

Le correlazioni sono più elevate nel campione italiano, soprattutto con l'estroversione e (in direzione negativa) con l'ansia, mentre nel campione spagnolo è più elevata la correlazione inversa con la depressione.

6. Conclusioni

Il nostro studio ha permesso di confermare la possibilità di valutazione del benessere soggettivo anche con strumenti di semplice screening come la scala WEMWBS, di cui è stata ulteriormente verificata la buona attendibilità – in termini di coerenza interna e sostanziale unidimensionalità del costrutto valutato – e la capacità discriminativa rispetto a condizioni di patologie psichiche.

Mediante questo attendibile strumento di valutazione sono stati analizzati i correlati individuali e culturali del benessere percepito.

A livello individuale, esso appare connesso – come atteso – con la soddisfazione nella vita, e, tra i fattori di personalità, soprattutto con la tendenza a

perseguire responsabilmente i propri obiettivi limitando l'interferenza degli impulsi, e con l'apertura alle sensazioni e il senso di vitalità generale.

Il benessere soggettivo è inversamente correlato con l'instabilità emotiva, l'ansia e la depressione.

Sul piano culturale non si rilevano sostanziali differenze relative all'età, né al genere (nel nostro campione e in altri di diversi studi, tranne poche eccezioni); né scostamenti medi di rilievo sono riscontrabili in altri contesti culturali, anche italiani.

La valutazione quantitativa del benessere soggettivo, che si può effettuare in modo attendibile e valido sul piano psicometrico, avvalendosi di strumenti come la *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*, è molto rilevante sia per studi epidemiologici e di correlazione con fattori soggettivi e oggettivi indicatori di qualità di vita, sia per la programmazione e la valutazione di interventi preventivi volti a migliorare l'incidenza di questi fattori.

ABSTRACT

L'articolo delinea i costrutti di salute, qualità di vita e benessere, presentando una rassegna sugli strumenti disponibili per la valutazione psicologica del well-being.

Fra questi strumenti, la *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS), standardizzata in diversi paesi tra cui l'Italia, mediante la quale è stato compiuto uno studio che si avvale anche di altri test quali la *Satisfaction with Life Scale*, il *Five Factor Inventory*, lo *Stait-Trait Anxiety Inventory*.

I risultati evidenziano limitate differenze fra i risultati di benessere ottenuti nel nostro paese e quelli di studi compiuti in altri contesti sociali e culturali con lo stesso strumento.

Appare inoltre confermata la capacità discriminativa della WEMWBS fra un campione clinico con patologia depressiva e uno non clinico appaiato per variabili demografiche.

Sono state analizzate le relazioni del benessere percepito con variabili socio-culturali (età, genere, livello di istruzione), con la soddisfazione della vita e tratti di personalità normale e patologica, confrontando 30 soggetti di nazionalità italiana e 29 di nazionalità spagnola.

La valutazione quantitativa del benessere soggettivo è utile sia per motivi di ricerca sia per programmare e valutare interventi mirati a migliorare la qualità di vita delle persone.

The article outlines the constructs of health, quality of life and well-being, presenting a review on the instruments available for the psychological assessment of well-being.

Among these instruments, the *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS), standardized in several countries including Italy, through which an em-

pirical study was carried out also including other tests such as the Satisfaction with Life Scale, the Five Factor Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory.

The results show limited differences between the results regarding well-being obtained in our country and those of studies carried out in other social and cultural contexts with the same instrument. Furthermore, the discriminative capacity of WEMWBS between a clinical sample with depressive pathology and a non-clinical one, matched by demographic variables, appears to be confirmed.

Moreover, we analyzed the relationships of perceived well-being with socio-cultural variables (age, gender, level of education), with life satisfaction and normal and pathological personality traits, comparing 30 Italian subjects and 29 of Spanish nationality.

The quantitative assessment of subjective well-being is useful both for research purposes and for planning and evaluating interventions aimed at improving people's quality of life.