

# I QUESTIONARI DI PERSONALITÀ

I questionari di personalità fanno parte dei cosiddetti strumenti oggettivi di misura delle caratteristiche psicologiche. Richiedono un'autodescrizione delle proprie caratteristiche, sulla base di risposte ad asserzioni che possono applicarsi o meno al soggetto, e forniscono una rappresentazione quantitativa delle caratteristiche studiate. Possono essere costruiti sulla base di una specifica teoria della personalità o empiricamente. I questionari di personalità presentano, come tutti i test, problemi di validità e attendibilità, e pertanto lo psicologo prima di utilizzare lo strumento deve conoscerne le caratteristiche psicometriche. Sono spesso usati con finalità diagnostiche, ma i dati devono sempre essere integrati dal giudizio clinico.

Il più noto e utilizzato questionario di personalità è il MMPI-2.

## MMPI-2

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) è un questionario di autovalutazione costruito per individuare caratteristiche strutturali della personalità e la presenza di disturbi psicologici. È costituito da 567 item che comportano risposte dicotomiche (vero/falso).

Può essere facilmente somministrato sia a singoli individui, sia a gruppi di persone. Per la sua leggibilità e comprensione è richiesto un grado di istruzione conseguibile con il completamento della scuola dell'obbligo. Un minimo di cooperazione e di impegno è necessario per rispondere in modo adeguato al questionario. Il test possiede meccanismi di controllo interni (scale di validità), che permettono di rilevare se i criteri sopra indicati vengono soddisfatti.

È la versione aggiornata del MMPI, questionario elaborato verso la fine degli anni '30, da Hathaway e McKinley. Il MMPI nella sua forma originaria è stato costruito su base empirica, sottoponendo a vari gruppi di pazienti con diagnosi di uno specifico disturbo mentale (ipocondria, depressione, isteria, psicopatia, paranoia, psicoastenia, schizofrenia, ipomania), e a soggetti normali, rappresentativi della popolazione del Minnesota, un numero di asserzioni indicative di problemi psicologici. Per ogni gruppo di pazienti furono individuati gli item che lo discriminavano sia dai normali, sia dagli altri gruppi clinici, e gli item così ottenuti furono raggruppati in otto scale cliniche (Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma), a cui furono aggiunte due scale addizionali (mascolinità-femminilità e introversione sociale) e quattro scale dette di validità o di controllo, atte a valutare i possibili atteggiamenti nei confronti del test ( Non so, Menzogna, Frequenza, e Correzione), per un totale di 550 item.

Rispetto alla versione MMPI originaria, il MMPI-2 è stato modificato con la modernizzazione del contenuto e della forma linguistica di alcuni item, l'eliminazione di item considerati intrusivi, ambigui o obsoleti, e l'aggiunta di nuovi item. Il test nella sua forma definitiva ha mantenuto le 10 scale cliniche e le scale di validità tradizionali, a cui sono state aggiunte 3 scale di controllo (VRIN, TRIN, F-Back), 15 scale di contenuto, e alcune scale supplementari. Dal 1992 è disponibile anche la forma per adolescenti (MMPI-A), composta da 478 item, riducibili a 350.

### Scale cliniche

**Scala 1 – Hs: Ipocondria.** “Questa misura fu sviluppata con un gruppo di pazienti nevrotici che mostravano una preoccupazione eccessiva per la loro salute, presentavano una varietà di disturbi somatici con origine organica scarsa o assente, e non accettavano le ripetute assicurazioni di non avere niente dal punto di vista fisico. Alcuni item di questa scala riguardano particolari sintomi o specifici disturbi, ma molti altri concernono una preoccupazione più generale per il corpo o verso se stessi” (Hataway e McKinley, 1995)<sup>1</sup>.

**Scala 2 – D: Depressione.** “Questa scala fu sviluppata con pazienti psichiatrici che presentavano varie forme sintomatiche di depressione, principalmente pazienti con reazioni depressive o in fase depressiva della psicosi maniaco-depressiva. Gli item che formano questa scala non si riferiscono solo a sensazioni di scoraggiamento, pessimismo e disperazione, che caratterizzano il quadro clinico delle persone depresse, ma anche ad aspetti della personalità di base riguardanti eccessivo senso del dovere, standard personali elevati e intrapuntività” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 3 – Hy: Isteria.** “Questa scala fu costruita con pazienti che manifestavano forme di disturbi sensoriali o motori, per i quali non era stata riscontrata nessuna base organica. Alcuni dei 60 item componenti la scala concernono specifici disturbi fisici o stati d’agitazione, ma molti altri item implicano negazione di problemi nella propria vita, o mancanza d’ansia sociale, spesso osservata in persone che utilizzano questo tipo di difese” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 4 – Pd: Deviazione Psicopatica.** “Questa scala fu sviluppata con soggetti indirizzati al servizio psichiatrico per chiarire il motivo dei loro continui problemi con la legge, sebbene non fossero culturalmente deprivati, possedessero un’intelligenza normale e non avessero seri disturbi di tipo nevrotico o psicotico. Alcuni item presenti in questa scala riguardano la disponibilità ad ammettere questo tipo di problemi, altri item riflettono il disinteresse per la maggior parte delle norme sociali e morali di condotta” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 5 – Mf: Mascolinità-Femminilità.** “Gli item di questa scala riguardano vari tipi di reazioni emotive, interessi, atteggiamenti e sentimenti verso il lavoro, i rapporti sociali e gli hobby, che di solito differenziano uomini e donne” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 6 – Pa: Paranoia.** “Questa scala fu sviluppata inizialmente con un gruppo di pazienti che presentavano condizioni di tipo paranoideo, o stati paranoici. Il contenuto degli item riflette sia ipersensibilità nei rapporti interpersonali, sia la tendenza a fraintendere le motivazioni e le intenzioni degli altri. Alcuni item riguardano l’insicurezza e la tendenza a centrarsi sulla propria persona” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 7 – Pt: Psicastenia.** “Questa scala fu sviluppata, inizialmente, con pazienti che manifestavano problemi di tipo ossessivo, rituali compulsivi o paure esagerate, scelti tra i soggetti nevrotici che venivano indicati, a quell’epoca, come sofferenti di psicastenia (una debolezza nel controllo mentale delle azioni e dei pensieri), corrispondente all’attuale designazione di disturbo ossessivo-compulsivo. Mentre alcuni contenuti degli item riguardano queste varie sintomatologie, la scala nel suo insieme riflette stati generalizzati d’ansia e preoccupazione, ma anche esplicita adesione ad alti standard di moralità, atteggiamento autocritico in caso di insuccesso, controllo dei propri impulsi” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 8 – Sc: Schizofrenia.** “Questa scala fu derivata da un gruppo di pazienti psichiatrici con manifestazioni del disturbo schizofrenico. Il contenuto degli item riguarda un’ampia varietà di bizzarre convinzioni, esperienze insolite e percezioni particolari, che sono caratteristiche di tali pazienti” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 9 – Ma: Ipomania.** “Questa scala fu sviluppata con pazienti nei primi stadi di un episodio maniacale del disturbo maniaco-depressivo. Il contenuto degli item prende in considerazione alcuni aspetti comportamentali di questa condizione e caratteristiche ad essa associate (ambizione eccessiva, estroversione ed elevati livelli di aspirazione)” (Hataway e McKinley, 1995).

**Scala 0 – Si: Introversione sociale.** “Questa scala fu sviluppata da Drake (1946) con campioni di studenti di college che ottenevano punteggi estremi alla scala introversione-estroversione sociale del Thinking-Social-Emotional Introversiion Inventory (Evans e McConnel, 1941). Punteggi

---

<sup>1</sup> Hataway e McKinley (1995). Manuale MMPI-2. O.S. Firenze (Adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti).

superiori alla media rispecchiano livelli crescenti di timidezza sociale, preferenza per attività da svolgere da soli e carenza di assertività sociale. Punteggi sotto la media indicano, viceversa, tendenze verso la partecipazione e la dominanza sociale” (Hataway e McKinley, 1995).

### Scale di validità

1)“ ? “ (Non so): non costituisce una vera e propria scala, si tratta di un semplice conteggio del numero di item cui il soggetto non ha dato risposta, o a cui ha dato contemporaneamente le risposte “vero” e “falso”. Un alto numero di mancate risposte riduce la validità del profilo (Hataway e McKinley, 1995).

2)“ L “ (Lie-Menzogna): individua il tentativo consapevole, ma ingenuo, di presentare se stesso in una luce favorevole. E’ composta da 15 item in cui vengono affermati piccoli difetti, ai quali il 95% della popolazione risponde “vero”. Sebbene possa indicare la tendenza a mentire nel compilare il test, la scala L non può essere considerata come una misura della tendenza generale a mentire, falsificare o ingannare gli altri nella vita quotidiana. Questa scala serve piuttosto come indice della probabilità che un determinato protocollo sia stato alterato a causa di un determinato stile di risposta (Hataway e McKinley, 1995).

3)“ F “ (Frequency): è composta da 60 item, a cui è stato risposto affermativamente da meno del 10% della popolazione adulta “normale”. Persone che non vogliono aderire alle istruzioni possono simulare l’esecuzione del test, rispondendo in realtà in modo casuale agli item. Altri soggetti con istruzione e competenza nella lettura assai limitate, o che sono in contatto precario con la realtà, possono fare la stessa cosa. Altri ancora possono deliberatamente esagerare le loro difficoltà e le loro preoccupazioni per assicurarsi una considerazione o un’attenzione speciale. Ognuno di questi atteggiamenti verso il test può determinare punteggi elevati in questa scala. Esistono alcuni criteri per discriminare, a seconda dei risultati, tra queste tre possibilità (Hataway e McKinley, 1995).

4)“ K “ (Correction): Riguarda caratteristiche che molti soggetti preferiscono negare a se stessi e ai loro familiari. E’ composta da 30 item individuati in protocolli di pazienti clinicamente malati che avevano ottenuto però profili normali. Riguarda caratteristiche che molti soggetti preferiscono negare a se stessi e ai loro familiari. Alti punteggi possono indicare una tendenza inconsapevole al diniego della patologia. La scala “K” fornisce un “fattore di correzione” da applicare ad alcune scale cliniche (Hataway e McKinley, 1995).

5)“Fb” (Back-page Infrequency): ne fanno parte 40 item e viene utilizzata insieme con la scala “F”, i cui item compaiono prevalentemente nella prima parte del foglio di somministrazione. Gli item della “Fb”, presenti successivamente nel protocollo, permettono di individuare se un soggetto, le cui risposte sono valide in base alla scala “F”, ha smesso di prestare attenzione al contenuto degli item, rispondendo in modo casuale. Qualora il protocollo sia già invalidato in base alla scala “F”, la “Fb” diventa inutile (Hataway e McKinley, 1995).

6)“VRIN” (Variable Response Inconsistency): si basa su 67 coppie di item, di contenuto simile o opposto. Attraverso questa scala, soprattutto se confrontata con la scala “F”, si può avere una possibilità di discriminazione più precisa fra modalità di risposta casuale, tentativi deliberati di falsificare i dati, confusione e psicopatologia (Hataway e McKinley, 1995).

7)“TRIN” (True response Inconsistency): utilizza 23 coppie di item di significato fra loro opposto. Valuta la tendenza a rispondere, in modo indiscriminato, in senso affermativo o negativo (Hataway e McKinley, 1995).

## Scale supplementari

Sono disponibili varie scale addizionali costruite, sulla base dell'analisi fattoriale o su base empirica, per facilitare l'interpretazione delle scale di base, ed aumentare la varietà dei problemi clinici esaminati. Nell'interpretazione delle scale non sono specificati i valori di soglia assoluti per punteggi alti e bassi. In generale, punti T superiori a 65 dovrebbero essere considerati come elevati, e punti T inferiori a 40 dovrebbero essere considerati bassi.

**Scala A** (Ansietà -Anxiety). Punteggi elevati indicano ansia, disagio e turbamento emozionale generalizzato, mentre punteggi bassi indicano l'assenza di disagio e tensione emotiva, o la tendenza a preferire l'azione alla riflessione.

**Scala R** (Repressione -Repression). Alti punteggi indicano la tendenza ad essere convenzionali, sottomessi e far di tutto per evitare situazioni spiacevoli o contrasti. Le persone che ottengono bassi punteggi tendono ad essere disinvolute, energiche, disinibite, informali, piene di entusiasmo per la vita, aggressive e dominanti.

**Scala Es** (Forza dell'io -Ego Strength) Fu costruita per valutare la capacità di trarre beneficio da una psicoterapia. Si può considerare una misura di adattabilità, di capacità di recupero, di intraprendenza e di efficienza. E' un buon indicatore generale di salute psicologica.

**Scala MAC-R** (Scala MacAndrew di Alcolismo Rivista). Punteggi elevati possono essere associati ad una propensione generale alla tossicodipendenza, e alla tendenza a correre rischi. Le persone che ottengono bassi punteggi tendono ad essere introversive, timide, e con poca fiducia in se stesse.

**Scala O H** (Ostilità ipercontrollata -Overcontrolled hostility). Misura la capacità di tollerare le frustrazioni senza reagire. Fu costruita confrontando le risposte di detenuti violenti e non violenti. Alti punteggi indicano una tendenza a rispondere di solito adeguatamente alle provocazioni. Punteggi bassi possono indicare aggressività.

**Scala Do** (Dominanza -Dominance). Fu costruita confrontando le risposte di studenti molto o poco dominanti nelle relazioni interpersonali. Alti punteggi sono associati a intraprendenza, sicurezza, perseveranza, capacità di leadership, bassi punteggi a sottomissione, influenzabilità, senso di inadeguatezza.

**Scala Re** (Responsabilità sociale -Social responsibility). Fu costruita confrontando le risposte al test di studenti classificati dai compagni o dagli insegnanti sulla base del loro grado di responsabilità. Alti punteggi indicano la tendenza a percepirsi e essere percepiti come affidabili, onesti e responsabili nei confronti del gruppo.

**Scala Mt** (Disadattamento universitario- College maladjustment). Fu costruita per distinguere gli studenti universitari in base al loro adattamento emotivo. È utile per identificare la presenza di problemi emozionali, ma non è predittiva di future difficoltà di adattamento.

**Scale GM e GF** (Ruolo del genere maschile e femminile - Masculine and feminine gender role). Furono costruite sulla base scelti dalla maggioranza degli uomini e da meno del 10% delle donne, e dalla maggioranza delle donne e da meno del 10% degli uomini.

**Scale PK e PS** (Scale di Disturbo Post-traumatico da Stress - Post Traumatic Stress Disorder scales). La scala PK fu costruita confrontando veterani della guerra del Vietnam con disturbi psichiatrici e disturbo Post- Traumatico da Stress o senza questa ulteriore complicazione. La scala PS fu costruita confrontando reduci dal Vietnam con buon adattamento emotivo con reduci con Disturbo Post- Traumatico da Stress, senza altri disturbi psichiatrici. Le due scale non sono correlate e possono essere usate contemporaneamente.

**Scala MDS** (Scala di disagio coniugale - Marital Distress Scale). È stata costruita per identificare la presenza di disagio e contrasti nell'ambito delle relazioni di coppia.

**Scala APS** (Scala di Tossicodipendenza Potenziale -Addiction Potential Scale). Punteggi elevati suggeriscono un'elevata probabilità di problemi legati all'abuso di sostanze in assenza di altri significativi disturbi psicologici. Gli item riguardano dimensioni della personalità o situazioni di vita associate con l'abuso di sostanze, e non contengono riferimenti espliciti all'assunzione di alcool o droghe.

**Scala AAS** (Scala di Ammissione di Tossicodipendenza –Addiction Ammission Scale). Consiste di item concernenti l'abuso di sostanze ed è usata ad integrazione della scala APS.

### **Scale di contenuto**

A differenza delle altre scale del MMPI-2, gli item che compongono queste scale non sono stati selezionati su base empirica, ma sono stati raggruppati sulla base dell'omogeneità del loro contenuto. Sono utilizzate per sviluppare e integrare le ipotesi interpretative delineate dall'interpretazione delle scale cliniche.

**ANX** (Ansia - Anxiety). Le persone con alti punteggi in questa scala riferiscono sintomi generali di ansia (es., tensione, disturbi del sonno, preoccupazioni, scarsa concentrazione, ecc.).

**FRS** (Paure – Fears). Un punteggio elevato in questa scala indica una persona con molte paure specifiche.

**OBS** (Obsessività – Obsessiveness). Le persone con alti punteggi sono eccessivamente preoccupate, hanno grande difficoltà nel prendere decisioni, sono portate a rimuginare eccessivamente su argomenti e problemi.

**DEP** (Depressione – Depression). Punteggi elevati in questa scala caratterizzano le persone con pensieri significativamente depressivi.

**HEA** (Preoccupazione per la Salute – Health Concerns). Le persone con alti punteggi riferiscono molteplici sintomi fisici, riguardanti apparati diversi. Si preoccupano della loro salute e si sentono più malati della media delle persone.

**BIZ** (Ideazione Bizzarra – Bizarre Mentation). Processi di pensiero di tipo psicotico caratterizzano le persone con punteggio elevato in questa scala.

**ANG** (Rabbia – Anger). Alti punteggi denotano problemi di controllo della rabbia.

**CYN** (Cinismo – Cynism). Tendenze alla misantropia caratterizzano coloro che ottengono alti punteggi.

**ASP** (Comportamenti Antisociali – Antisocial Practices). Gli individui con un alto punteggio riferiscono problemi di comportamento durante gli anni di scuola e abitudini antisociali che li hanno portati ad avere guai con la legge, come furti o taccheggi.

**TPA** (Tipo A – Type A). Le persone con alto punteggio sono ipermotivate, si muovono rapidamente e sono centrate sul lavoro, diventano spesso impazienti, irritabili e infastidite.

**LSE** (Bassa Autostima – Low Self-Esteem). Punteggi elevati sono caratteristici di persone con bassa stima di sé, che non credono di piacere agli altri e hanno numerosi atteggiamenti negativi verso se stesse.

**SOD** (Disagio Sociale – Social Discomfort). Le persone con alto punteggio, quando sono in mezzo alla gente, si sentono inadeguate ed imbarazzate, si percepiscono come timide e preferiscono stare per conto proprio.

**FAM** (Problemi Familiari – Family Problems). Le persone con alti punteggi dichiarano notevoli contrasti in famiglia.

**WRK** (Difficoltà sul Lavoro – Work Interference). Un alto punteggio è indicativo di comportamenti o atteggiamenti che, probabilmente, contribuiscono a prestazioni lavorative scadenti.

**TRT** (Indicatori di Difficoltà di Trattamento – Negative Treatment Indicators). Punteggi elevati indicano persone con atteggiamenti negativi verso i medici e i trattamenti riguardanti la salute.

## Somministrazione

Il test in Italia è disponibile in forma di libretti di 12 pagine che contengono i 567 item sotto forma di frasi (es. Mi sveglio fresco e riposato tutte le mattine; Mai sono felice a meno che non sia in giro o in viaggio; Ho pensieri strani d insoliti ecc.), ad ognuna delle quali il soggetto deve rispondere barrando con una crocetta la lettera V (vero) o F (falso) posta accanto alla frase, a seconda che ritenga la frase dell'item vera (o prevalentemente vera) o falsa (o prevalentemente falsa) con riferimento alla propria persona.

## Costruzione del profilo

I libretti sono predisposti per l'applicazione di griglie per il calcolo dei punteggi grezzi ottenuti nelle singole scale. I punteggi così calcolati vengono registrati su un **foglio di profilo**, appropriato al sesso del soggetto, predisposto per la trasformazione in punti T dei punteggi grezzi ottenuti nelle 10 scale cliniche e nelle scale di validità L, F e K. Tutte le omissioni e gli item con doppia risposta sono considerati come risposte "Non so (?)". Il foglio di profilo permette anche una visione grafica del profilo del soggetto (vedi esempio a pag. 77 del Davison e Neale).

Sono disponibili anche le griglie per le scale supplementari e di contenuto, i cui punteggi non vengono riportati sul foglio di profilo. Nel manuale sono reperibili le tabelle per la trasformazione dei punteggi grezzi in punti T.

## Interpretazione

Una volta determinata la validità del protocollo (punteggi nelle scale di validità), si procede all'interpretazione del test sulla base dei punteggi nelle scale cliniche.

Interpretazione per punte delle scale cliniche: Valori dei punti T compresi tra 60 e 65 costituiscono tendenze di personalità, mentre elevazioni che superano 65 possono essere indicative di uno stato patologico.

Interpretazione per codici-tipo: Quando le punte sono più di una è preferibile una valutazione che tenga conto della configurazione del profilo. Codici tipo basati su due e, talvolta, su tre elevazioni sono reperibili in atlanti e manuali interpretativi.

I punteggi nelle scale di contenuto possono essere utilizzati per sviluppare e integrare le ipotesi interpretative delineate dall'interpretazione delle scale cliniche. Specifici quesiti possono essere esaminati per mezzo delle scale supplementari.

Sono stati inoltre definiti vari indici del test, utilizzati nelle versioni di interpretazione computerizzata del protocollo.

a) Percentuale di risposte "Vero"

Questo indice può essere utilizzato per identificare soggetti che non collaborano e rispondono "Vero" a tutte, o quasi, le domande del test.

b) Percentuale di risposte "Falso"

E' un indice che individua protocolli con tutte, o quasi tutte, risposte "Falso" agli item. Una percentuale elevata di risposte "Falso" suggerisce che il soggetto abbia risposto agli item negando i problemi in maniera indiscriminata.

c) Elevazione media del profilo

I valori dei punti T in otto delle scale cliniche (Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc e Ma) fornisce un'indicazione approssimativa del grado complessivo di disadattamento espresso attraverso il MMPI-2. Punti T medi superiori a 65 suggeriscono, di solito, che vengano riferiti problemi psicologici di notevole entità.

d) Indice F - K

L'indice di Dissimulazione sviluppato da Gough (1947) si calcola sottraendo K da F. Costituisce un'utile misura dell'atteggiamento volto a dissimulare, o ad indicare, un numero eccessivo di problemi nella compilazione del test. Punteggi superiori a +15 vengono di solito interpretati come contraffazione delle risposte in senso peggiorativo, o la dichiarazione di un numero eccessivo di problemi psicologici.

e) Indice di Goldberg

Goldberg (1965) ha dimostrato come una semplice combinazione lineare di determinati punteggi al MMPI permetta di ottenere una formula di predizione in grado di discriminare profili di soggetti nevrotici da quelli di psicotici. Tale indice viene calcolato aggiungendo e sottraendo i punti T nel modo seguente:  $L + Pa + Sc - Hy - Pt$ .

Se il valore che ne risulta è maggiore di 45, si suggerisce una diagnosi di psicosi.

# I QUESTIONARI SINTOMATOLOGI

## IL BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

La depressione è “..uno stato emotivo caratterizzato da grande tristezza ed apprensione, dalla sensazione che nulla abbia veramente valore, da sensi di colpa, dall’isolarsi dagli altri, dalla perdita di sonno, dell’appetito e del desiderio sessuale, o dalla perdita di interesse e di piacere nelle attività che si è soliti svolgere.” [Davison, Neale, 2000].

Il Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) è un questionario self-report per la valutazione dei sintomi e degli atteggiamenti caratteristici della depressione.

Beck aveva osservato come i pazienti depressi fossero caratterizzati da rappresentazioni negative circa se stessi, le esperienze presenti e il futuro (triade negativa). Egli raccolse le descrizioni fornite dagli stessi pazienti depressi circa i propri sintomi e le raggruppò in 21 sintomi e atteggiamenti. Tali sintomi e atteggiamenti, considerati caratteristici dei pazienti depressi, costituiscono i 21 item del questionario.

Il Beck Depression Inventory è stato costruito con lo scopo di valutare la gravità dei sintomi nei soggetti depressi ma anche per rilevare la presenza di depressione nella popolazione normale (adulti e adolescenti) .

### **Descrizione**

Il Beck Depression Inventory è costituito da 21 item relativi a sintomi ed atteggiamenti tipici dei soggetti depressi:

- 1) tristezza, 2) pessimismo, 3) senso di fallimento, 4) senso di insoddisfazione, 5) senso di colpa, 6) senso di punizione, 7) auto-avversione, 8) auto-accusa, 9) ideazione suicidaria, 10) scoppi di pianto, 11) irritabilità, 12) ritiro sociale, 13) indecisione, 14) cambiamento nell’immagine corporea, 15) difficoltà lavorative, 16) insonnia, 17) affaticabilità, 18) perdita di appetito, 19) perdita di peso, 20) preoccupazioni somatiche, 21) perdita di interesse sessuale.

Per ogni item vengono fornite 4 alternative di risposta che corrispondono alla gravità del sintomo ( assente = 0, lieve = 1, moderato = 2, grave = 3).

Esempi di items sono: “non mi sento particolarmente in colpa; mi sento in colpa per buona parte del tempo; mi sento in colpa per la maggior parte del tempo; mi sento sempre in colpa”. Particolare attenzione va prestata agli items che indicano il pericolo che il soggetto possa essere a rischio di comportamento suicidiario.

### **Interpretazione**

Lo scoring del questionario è semplice: Il punteggio totale al questionario si ottiene sommando i singoli punteggi dei 21 item. Un punteggio maggiore di 16 è considerato il cut-off per l’allarme clinico.

5 – 9: punteggi normali  
10 – 18: depressione lieve  
19 – 29: depressione moderata  
30 – 63: depressione grave

## LO STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAY-Y)

L'ansia si caratterizza per la presenza di una spiacevole sensazione di paura e di apprensione generalmente non legata a ragioni obiettive (disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato) che può portare il soggetto a comportamenti di evitamento (fobie) o alla percezione soggettiva di un impulso irresistibile a compiere certe azioni (tipico delle compulsioni e del disturbo ossessivo-compulsivo) e, nei casi più seri, fino alla paralisi e ai sintomi detti "neurologici" (isteria di conversione) [Davison, Neale, 2000].

La costruzione di questo test iniziò nel 1964 con l'elaborazione di un unico gruppo di item, somministrato con modalità diverse, per la misurazione sia dell'ansia di stato che di quella di tratto. Successivamente, gli sviluppi teorici nella concezione dell'ansia ed i risultati delle ricerche empiriche indussero a modificare le procedure e gli item del test e fu messa a punto la forma X dello STAI. Più di 6000 studenti di High School, 600 pazienti neuropsichiatrici e ospedalizzati, 200 reclusi furono testati per la standardizzazione e la validazione della forma X del questionario (Spielberger, Gorsuch, 1968).

Nel 1979 Spielberger iniziò una sostanziale revisione della scala. Le ragioni principali che guidarono tale operazione furono:

- sviluppare uno strumento di misura che discriminasse maggiormente i sentimenti di ansia dalla depressione e che permettesse una migliore diagnosi differenziale tra pazienti colpiti da disturbi d'ansia o da reazioni depressive;
- migliorare la struttura della scala con un più adeguato bilanciamento tra le voci dell'ansia presente e dell'ansia assente;
- sostituire alcune voci che si prestavano ad interpretazioni particolari.

Nella nuova forma Y fu sostituito il 30% degli item della forma X, migliorando le proprietà psicometriche di entrambe le sub-scale.

Lo State-Trait Anxiety Inventory forma Y (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1983) (Traduzione italiana a cura di Pedrabissi, Santinello, 1989) è un questionario di autovalutazione, in forma di Scala Likert, dove il soggetto valuta su una scala da 1 a 4 (con 1=per nulla e 4=moltissimo) quanto diverse affermazioni si addicono al proprio comportamento. La STAI è composta da un totale di 40 domande, 20 riguardano l'ansia di stato (Y1) e 20 l'ansia di tratto (Y2). L'ansia di stato indica quanto la persona si percepisca in ansia "proprio in quel momento" ed esprime una sensazione soggettiva di tensione e preoccupazione, comportamenti relazionali di evitamento (o avvicinamento eccessivo e prematuro) e un aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo (incremento della frequenza cardiaca, della risposta galvanica...etc..) relativa ad una situazione stimolo, quindi transitoria e di intensità variabile;

L'ansia di tratto si riferisce a come il soggetto si senta abitualmente, ad una condizione più duratura e stabile della personalità che caratterizza l'individuo in modo continuativo, indipendentemente da una situazione particolare [Spielberger, Gorsuch e Lushene, Vagg, Jacobs, 1983].

### **Somministrazione del test**

Lo STAI può essere somministrato sia a singole persone che a gruppi. L'inventario non ha limiti di tempo. Si impiegano circa 8 minuti per completare una delle scale e all'incirca 15 per completarle entrambe.

Le istruzioni complete per le scale di Tratto e di Stato sono stampate sulle schede del test.

Le istruzioni nelle due scale sono diverse: nella scala di Stato si chiede al soggetto di indicare come si sente adesso, in questo momento mentre nella scala di Tratto si chiede al soggetto di indicare come si sente abitualmente.

La scala di Stato viene sempre fatta compilare per prima poiché è sensibile alle condizioni nelle quali l'esaminato affronta il test ed il relativo punteggio può essere influenzato dal clima emotivo che si può creare se viene somministrata prima la scala di Tratto. Inoltre, le due sottoscale possono venire utilizzate anche separatamente ed indipendentemente l'una dall'altra. Si ricavano quindi due punteggi: uno per l'ansia di tratto ed uno per l'ansia di stato. Esempi di domande di tale strumento sono "mi sento turbato" o "mi sento indeciso". La STAI, oltre ad essere stata ampiamente validata, è una scala largamente utilizzata ed è uno strumento assai agile ed economico nella somministrazione e nella quantificazione dei risultati.

## **IL SYMPTON QUESTIONNAIRE**

Il Symptom Questionnaire (SQ) di R. Kellner (1987) è un questionario di autovalutazione della personalità che deriva dall'elenco originale dei sintomi da cui è stato costruito il Symptom Rating Test (Kellner, Scheffield, 1973). Il Symptom Questionnaire si differenzia dalle ultime versioni del Symptom Rating Test per il fatto di essere costituito da item anziché da domande e per la estrema semplicità e brevità del suo testo. Rispetto al Symptom Rating Test il numero di item del Symptom Questionnaire è stato aumentato dall'autore per incrementare la sensibilità delle scale. Inoltre è composto da item sì/no e vero-falso invece che da scale che si basano sulla gravità o frequenza dei sintomi. Il Symptom Questionnaire, infine, presenta non solo item che indicano sintomi ma anche item che indicano stati di benessere, introdotti dall'autore per aumentare la consistenza interna dei risultati.

### ***Descrizione del Symptom Questionnaire***

Il Symptom Questionnaire (versione italiana a cura di Fava G. A. e Kellner R., 1982) è costituito da 92 item di cui 68 indicano sintomi (che costituiscono le sottoscale dei sintomi) e 24 indicano situazioni di benessere (che costituiscono le sottoscale del benessere) contrarie ad alcuni sintomi.

Il Symptom Questionnaire è composto da 4 scale e da 8 sottoscale. Le 4 scale principali sono:

1. depressione
2. ansia
3. rabbia-ostilità
4. somatizzazione.

Le 8 sottoscale si suddividono in 4 sottoscale relative agli stati di benessere e 4 sottoscale sintomatologiche.

Le sottoscale relative agli stati di benessere sono:

- a) contentezza
- b) rilassatezza
- c) socievolezza
- d) benessere fisico.

Le sottoscale sintomatologiche sono:

- a) sintomi depressivi
- b) sintomi ansiosi
- c) sintomi di rabbia e ostilità
- d) sintomi somatici.

### ***Somministrazione***

Esistono tre versioni del questionario: quella oraria, quella giornaliera e quella settimanale, che si riferiscono allo stato psicologico rispettivamente dell'ora, del giorno, della settimana precedente la

somministrazione del test. Il questionario può essere utilizzato sia in ambito di ricerca che in ambito clinico e può essere somministrato e conteggiato anche da non esperti dopo un breve training.

### ***Elaborazione delle risposte***

Se il punteggio di una scala risulta essere superiore di 1 deviazione standard rispetto alla media per i soggetti normali vi è moderato distress, mentre un punteggio che supera le 2 deviazioni standard suggerisce la presenza di grave distress o di psicopatologia. Tuttavia, un punteggio considerato singolarmente non può essere indicativo di una patologia senza una valutazione clinica aggiuntiva. Inoltre, il punteggio alla scala somatica non può da solo fornire una prova della presenza di somatizzazione e deve essere effettuata una valutazione accurata per formulare la diagnosi differenziale con un disturbo fisico.

Nel processo diagnostico e valutativo, il clinico può basarsi sui risultati di un questionario di autovalutazione come il Symptom Questionnaire, utilizzando un particolare cut-off nel punteggio della scala, ottenuto da precedenti studi di valutazione. Questo cut-off può essere la base per successivi approfondimenti clinici, da ottenersi mediante intervista e/o scale di eterovalutazione. In ogni caso il punteggio al questionario di autovalutazione fornisce le basi per una valutazione quantitativa dello stato di malessere del soggetto.