

I TEST PSICOLOGICI

INTRODUZIONE

DEFINIZIONE DI TEST

Un test psicologico è una tecnica standardizzata di valutazione, che permette di posizionare un individuo, relativamente ad una data caratteristica psicologica, all'interno dello spettro di variabilità che quella caratteristica possiede nella popolazione.

USO DEI TEST IN PSICOLOGIA CLINICA

I test in psicologia clinica possono essere utilizzati per: valutare il funzionamento psichico, normale o patologico, o singole funzioni di esso; rilevare tratti di personalità che si presume siano predittivi di comportamenti futuri, normali o patologici. I test, dunque, forniscono dati per:

- formulare una diagnosi.
- individuare il trattamento più adeguato per quel determinato paziente od il punto focale del trattamento.
- valutare l'andamento del trattamento od il suo esito finale in termini di miglioramento della funzione esaminata.
- effettuare uno screening¹, ad esempio all'interno del metodo epidemiologico.

SCELTA DEL TEST

Le scelte dell'utilizzo di un test o di una batteria di test non deve seguire le "simpatie" dello psicologo clinico, ma deve essere effettuata in base al tipo di informazione che si vuole ottenere ed in base all'obiettivo per il quale è stato richiesto l'uso del test. Prima di utilizzare qualsiasi test lo psicologo clinico dovrebbe conoscerne *l'orientamento teorico*, le *caratteristiche pratiche*, la *validità*, *l'attendibilità* e la *standardizzazione*.

Orientamento teorico

Ogni test ha come suo fondamento la definizione del costrutto teorico all'interno del quale è inserita la variabile che si vuole misurare², ed è costruito, per esempio, sulla base di specifici modelli descrittivi o esplicativi della personalità e del disturbo psichico. Pertanto ciascun test può dare solo un predeterminato tipo d'informazione, che a sua volta assume senso solo se è inserita all'interno di un paradigma compatibile con quello che è alla base della costruzione del test.

Caratteristiche pratiche

Quando si sceglie di applicare un test è necessario domandarsi prima se il paziente è in grado di comprendere ed eseguire quel determinato test, e se la preparazione di chi lo somministra è adeguata.

¹ diagnosi precoce per rilevare soggetti a rischio o portatori di malattia.

² in testologia si intende la corrispondenza tra fatto empirico e numero, dove il numero non indica una quantità ma una posizione (vedi definizione di test).

La validità di un test

La validità si riferisce alla capacità del test di misurare effettivamente la variabile o le variabili per la stima delle quali esso è stato costruito: se intendo valutare la presenza o meno di sintomi d'ansia, lo strumento che ho a disposizione deve essere adeguato a tale scopo. Esistono diversi tipi di validità e i procedimenti che si seguono per accertare i vari tipi di validità di un test vanno sotto il nome di validazione.

Validità di contenuto: È determinata valutando se un test prende in esame tutti i possibili aspetti del fenomeno che vuole misurare. Nel caso dell'ansia, per esempio, il questionario dovrebbe prevedere domande che spazino dagli aspetti più strettamente biologici e fisiologici a quelli che riguardano le disfunzioni affettive e comportamentali. In altre parole gli item devono essere un campione rappresentativo della materia (campionatura del contenuto). Il problema della campionatura del contenuto è molto complesso: per esempio è molto difficile far sì che in un test di intelligenza ci siano item che sondino TUTTE le diverse aree dell'intelligenza. La prestazione ad un test deve essere inoltre ritenuta sufficientemente libera dall'influenza di altre variabili (per esempio la poca chiarezza delle domande). La validità del contenuto di un test è assicurata anche dalla chiarezza degli item che lo compongono e dalla precisione delle istruzioni. Tutto ciò serve a ridurre l'incidenza del fattore verbale sulle performance. La validità di contenuto di un test è garantita anche dal fatto che ogni quesito riguardi sempre un problema per volta (infatti, un quesito che affrontasse contemporaneamente due problemi o due aspetti di uno stesso problema non consentirebbe di distinguere tra coloro che ignorano il primo rispetto a quelli che ignorano il secondo).

Validità predittiva

Corrisponde alla capacità di un test di prevedere qualcosa che riguarda il futuro dei soggetti in esame sulla base dei risultati ottenuti dal soggetto al test (per es. la capacità di predire l'andamento di un disturbo o l'esito di una terapia).

Validità concorrente\discriminante.

Per valutare la validità concorrente (o concomitante)/discriminante ci si basa su un confronto contemporaneo con altri strumenti che misurano la stessa variabile (ad es. punteggi ad un test d'ansia confrontati con i valori della misura della conduttanza cutanea) o una variabile opposta (ad es. uno strumento che misura l'estroversione deve dare risultati diversi da quelli di uno strumento che misura l'introversione; se i risultati fossero parzialmente sovrapponibili dedurremmo che entrambi gli strumenti o uno di essi non riesce a cogliere in maniera esclusiva la variabile indagata).

Validità di costrutto.

Il concetto di validità di costrutto è abbastanza ampio; esso si riferisce al grado di precisione con cui la misura riflette il costrutto che intende misurare. Prevede un esame attento del costrutto teorico che sta alla base del test, per esempio, nel caso di un test che valuta la depressione, potremmo esaminare le variabili previste come x es: esperienze di perdita, esperienze di separazione nell'infanzia, eventi stressanti, cioè di quegli eventi che troviamo nella vita delle persone e che predispongono all'insorgere della patologia. Valutiamo quindi se il test è in grado di confermare o meno queste cose, cioè se il test si collega bene al costrutto. Il passo successivo prevede delle ricerche atte a confermare la relazione fra i risultati al test e le variabili dedotte dal costrutto. In altre parole se il test è ben costruito, noi, se facciamo una ricerca, dovremmo trovare che le persone che hanno più alti punteggi in questo test con una certa sicurezza parimenti dovrebbero presentare con maggior frequenza queste caratteristiche.

Questa procedura comporta una approfondita conoscenza della dimensione psicologica che il test intende valutare ed è sicuramente di non facile applicazione, ma consente sia un'efficace validazione

del test, sia una verifica importante di una teoria. Negli studi sulla validità di costrutto vengono impiegate varie metodologie statistiche, quali –ad esempio- i metodi correlazionali e l'analisi fattoriale.

Attendibilità di un test

L'attendibilità è sinonimo di coerenza, di tenuta nel tempo, di fedeltà della misura. Il termine attendibilità, quando è applicato ai test, ha un doppio significato: da un lato si riferisce alla sua stabilità nel tempo, dall'altro alla sua coerenza interna. L'attendibilità di un test indica in che misura le fluttuazioni nei punteggi riportati dallo stesso oggetto in occasioni diverse possano essere attribuite ad errori casuali di misurazione, e in che misura –invece- questi errori siano da attribuire a differenze reali nelle caratteristiche prese in esame. Un reattivo viene considerato attendibile quando, applicato in tempi diversi alla stessa persona (anche da parte di persone diverse e in luoghi differenti) dà risultati simili. Un certo grado di variabilità nei punteggi è comunque ineliminabile (per es. a causa di errori di somministrazione, caduta di attenzione del testando, condizioni ambientali diverse, intrinseca poca stabilità nel tempo della condizione psicologica esaminata, come nel caso dell'ansia), per cui la valutazione dell'attendibilità si basa su una stima del grado di stabilità dei risultati, saggiata seguendo quattro possibili metodi.

- 1) Metodo del test-retest: (stabilità nel tempo) consiste nel somministrare lo stesso test a distanza di 3 mesi ad un gruppo di soggetti e nell'accertare in che misura i punteggi ottenuti la prima volta sono correlati con quelli rilevati la seconda volta. Maggiore sarà la concordanza tra i due punteggi, più elevato risulterà il coefficiente di correlazione (coefficiente di attendibilità test-retest) e dunque l'attendibilità del test. Questo metodo è influenzato dal tempo che intercorre fra le due somministrazioni a causa delle vicende di vita che possono accadere o dell'evolvere di una psicopatologia.
- 2) Metodo delle forme parallele: richiede la costruzione di due versioni comparabili del test, che sono somministrate ad uno stesso gruppo una di seguito all'altra, o comunque senza frapporre un ampio intervallo di tempo. Il coefficiente di correlazione fra i due test darà una stima dell'attendibilità. Si applica per motivi di praticità, o quando si vogliono evitare le distorsioni del metodo del test-retest, evitando contemporaneamente che i soggetti rispondano ricordando le risposte alla prima prova.
- 3) Metodo della divisione a metà (split half): l'insieme delle varie prove o degli item che formano un test viene diviso in due parti in modo tale che si possano considerare come due forme parallele, anche se ridotte, del test originale. Il coefficiente di correlazione fra i punteggi delle due metà del test darà una stima dell'attendibilità, o per meglio dire in questo caso della coerenza interna del test. Il metodo della coerenza interna può anche essere applicato alle risposte date ai singoli item attraverso il calcolo dell'alfa di Cronbach.
- 4) Metodo della concordanza dei giudizi: si applica quando il risultato di un test si basa sul giudizio del clinico o comunque implica un certo grado di soggettività nell'assegnazione dei punteggi. Il metodo si basa sulla valutazione del grado di concordanza tra i giudizi espressi da operatori diversi sulle prove di uno stesso gruppo di soggetti.

Standardizzazione

Il test psicologico è una misura standardizzata. La standardizzazione implica *uniformità di procedura* nella somministrazione del test e nella determinazione del punteggio relativo (siglatura, valutazione e interpretazione del test) per evitare il bias³ dato dalla variabile sperimentatore. Se si vuole che i punteggi ottenuti da persone differenti siano comparabili è ovvio che le condizioni di somministrazione devono essere uguali per tutti. Allo scopo di assicurare l'uniformità delle condizioni

³ deviazione sistematica rispetto ad un andamento generale, in questo caso l'intervento della variabile sperimentatore.

di somministrazione, chi costruisce il test fornisce istruzioni particolareggiate. La formulazione di tali istruzioni costituisce una parte notevole della standardizzazione di un nuovo test. Tale standardizzazione si estende fino alla precisazione dei materiali da impiegare, dei limiti di tempo, delle dimostrazioni preliminari, dei criteri da seguire per rispondere alle domande dei soggetti e di ogni altro particolare relativo alla somministrazione di quel test. Un altro passo importante per la standardizzazione di un test è la determinazione delle *norme statistiche*. Senza norme non si possono interpretare i punteggi. Una norma come indica lo stesso termine, è una prestazione “normale” o media. Così se un bambino normale di otto anni, in un dato test di ragionamento aritmetico, completa correttamente 12 problemi su 50, ne deriva che in quel test la norma per l’età di 8 anni corrisponde a un punteggio di 12: esso è noto come punteggio grezzo al test. Durante il processo di standardizzazione, è necessario applicare il test ad un ampio campione, rappresentativo del tipo di soggetti ai quali è destinato il test stesso. Tale gruppo, detto campione di standardizzazione, serve per determinare le norme. Queste ultime indicano non solo il rendimento medio, ma anche la frequenza relativa dei vari gradi di scostamento al di sopra o al di sotto della media. La standardizzazione di un test comporta dunque:

- 1) Che le istruzioni siano uguali per tutti i soggetti.
- 2) Che tutti i soggetti vengano sottoposti con modalità costanti alle stesse domande, alle stesse prove, o alle stesse situazioni stimolo.
- 3) Che l’attribuzione dei punteggi o la siglatura del test sia definita in anticipo e in modo chiaro.
- 4) Che siano disponibili i dati normativi relativi alla popolazione generale a cui il soggetto sottoposto al test appartiene. Senza questi dati non sarebbe possibile dare significato alla siglatura del test.

I TEST PROIETTIVI DI PERSONALITÀ

I test proiettivi sono strumenti di valutazione della personalità e della psicopatologia così chiamati perché si basano sul meccanismo psicologico della proiezione. Il termine proiezione fu introdotto per la prima volta da S. Freud nel 1896 per indicare l’attribuzione ad altri di sentimenti e qualità proprie, mediante un processo difensivo inconscio. Questo meccanismo psicologico si può notare anche al di fuori della patologia, ad esempio, molti bambini raccontano storie inventate i cui protagonisti fantastici hanno le paure o i desideri del narratore. I metodi proiettivi nascono per provocare sperimentalmente la proiezione attraverso uno stimolo esterno non strutturato, ovvero del materiale ambiguo, senza un preciso significato, come potrebbe essere un disegno dai contorni mal definiti o una sagoma umana in penombra, di cui non si possa capire né il sesso né l’età. La proiezione avviene mentre si cerca di strutturare lo stimolo. Senza rendersene conto, il soggetto attribuisce allo stimolo i propri desideri, sentimenti, timori, bisogni, conflitti, per cui le risposte fornite al test sarebbero indicative della sua personalità. I test proiettivi sono utilizzati prevalentemente dai clinici di orientamento psicodinamico, perché permettono di evidenziare aspetti della personalità non consapevoli e pertanto non evidenziabili con i questionari di autovalutazione. Presentano tuttavia importanti limiti che riguardano la validità, attendibilità e standardizzazione. È facile comprendere come i test proiettivi, per la loro complessità, richiedano una grande esperienza e specifica preparazione e differiscano gli uni dagli altri sia per il materiale utilizzato che per i loro obiettivi e i principi su cui si basano. Possono essere classificati in base a come lo stimolo viene strutturato:

Nei metodi *costitutivi* (S.I.S., Rorschach, ecc.) il paziente deve assegnare una struttura (reale o immaginaria) ad un materiale non strutturato o strutturato solo parzialmente; questi metodi hanno indubbiamente una migliore validità diagnostica ma lo psicologo o lo psicoterapeuta che li interpreta deve avere una formazione precisa per il loro uso.

Nei metodi *costruttivi* (Reattivo di Wartegg, Test del Villaggio, ecc.) il paziente, avvalendosi di un materiale definito per forma e per grandezza, deve costruire un modello che abbia un significato compiuto. L'interpretazione si basa sul fatto che questo significato esprime i bisogni della personalità del soggetto.

I metodi *interpretativi* (TAT, Favole della Duss, PFS, ecc.) sono costituiti da stimoli che il paziente deve elaborare, dando loro un significato che deve esprimere un continuum passato-presente-futuro, e che pertanto svela i suoi bisogni e carenze. L'interpretazione si basa su paradigmi sistematici.

I 2 test proiettivi più noti e utilizzati nella pratica clinica sono: il test di Rorschach e il TAT (Thematic Apperception Test).

IL TEST DI RORSCHACH

Il test di Rorschach è il più noto ed usato test proiettivo in psicologia clinica ed anche quello più standardizzato. Si propone un'analisi dinamica e funzionale della personalità che tenga conto del ruolo di tutte le funzioni e dei processi psicologici che operano nel contesto della personalità totale. Fu ideato dallo psichiatra svizzero Hermann Rorschach, inizialmente per studiare la relazione fra percezione e personalità, e successivamente, quando notò che le risposte erano influenzate anche da vissuti personali e dalla presenza di una psicopatologia, per ottenere indicazioni diagnostiche a partire dal modo in cui i soggetti interpretano gli stimoli proposti.

Il test è composto da 10 tavole, in cui, su sfondo bianco, sono riprodotte delle immagini ottenute lasciando cadere delle gocce d'inchiostro su un foglio di carta che successivamente viene piegato in due per ottenere due immagini simmetriche rispetto ad un asse centrale. Sette tavole sono di colore grigio e nero, in due di queste è presente anche il colore rosso, e tre tavole sono policromatiche. Le tavole sono di forma rettangolare, con lato superiore ed inferiore prestabiliti.

Dopo la prematura morte di Rorschach, la mancanza di criteri chiari relativi alla somministrazione, siglatura e interpretazione del test, ha dato luogo a modi diversi di utilizzarlo, e solo negli anni '70 le ricerche di Exner hanno portato ad un sistema di somministrazione standardizzato, ad una siglatura condivisa e ad un data base normativo che permette un confronto fra le risposte dell'esaminando e il suo gruppo d'appartenenza (Sistema Comprensivo di Exner). È importante soffermarsi sulla tematica della attendibilità di tale test, perché mostra degli aspetti che altri test non presentano. Infatti è necessario fare una distinzione tra concordanza dei correttori nella siglatura, effettuata tramite lo stesso sistema di scoring, e la concordanza tra i correttori nell'interpretazione dei protocolli. I più recenti dati riportati da Exner, riferiti al suo sistema di interpretazione, evidenziano un accordo tra siglatori esperti tra l'88% e il 100%. È però importante tenere presente la possibilità che le caratteristiche di personalità dell'esaminatore vadano ad inficiare l'attendibilità del test, in special modo quando le procedure di scoring sono meno oggettive di quella ideata da Exner.

Alcuni autori ritengono che la misura dell'attendibilità attraverso il test-retest non sia indicata per il Rorschach, in quanto le risposte alle tavole sono il risultato di molti fattori (bisogni, conflitti, interessi) operanti nell'individuo al momento della somministrazione.

Sia lo split-half, sia la correlazione tra gli item sono stati tradizionalmente ritenuti un metodo inapplicabile al Rorschach per l'impossibilità di considerare equivalenti gli stimoli proposti nelle diverse tavole. Ciascuna tavola va considerata come uno stimolo unico e quindi non comparabile con le altre.

Per quanto riguarda la validità, è sempre stata al centro di accese controversie. I teorici sostengono che i dati sperimentali non supportano l'ampio utilizzo che viene fatto di questo test, mentre i clinici replicano che il test rappresenta una ricca sorgente di preziosi dati. Ad esempio, l'ipotesi che il colore possa riflettere stili di risposta emotivi, non viene suffragata dai dati. Anche

l'indice relativo al numero totale delle risposte è stato duramente criticato. La produzione delle risposte può, infatti, variare da soggetto a soggetto a seconda dell'età, del tipo di istruzione, del livello mentale. Un'altra delle fondamentali critiche alla validità del Rorschach riguarda la sua incapacità di differenziare efficacemente tra diversi gruppi clinici.

Il sistema di Exner, che propone una interpretazione del test prevalentemente di tipo quantitativo e ateorico, ha migliorato le caratteristiche psicometriche di attendibilità e validità dello strumento, e per questo negli ultimi anni il suo utilizzo, specialmente nell'ambito della ricerca si sta sempre più diffondendo. Molti clinici, in particolare quelli ad orientamento psicodinamico, ritengono tuttavia che l'approccio di tipo quantitativo porti ad una sostanziale riduzione delle informazioni che il test è in grado di dare, e per questo preferiscono usare metodi interpretativi, come quello della scuola svizzera di Passi Tognazzo o quello di Lerner che integra l'approccio quantitativo con una interpretazione qualitativa collegata ad un modello teorico.

Somministrazione

La somministrazione del Rorschach è di tipo **frontale**, l'interpretazione è di tipo formale-contenutistica e clinico-dinamica e valuta sia la strutturazione cognitiva che emotiva.

La tecnica consigliata prevede che la somministrazione del test avvenga in una stanza ben illuminata, con esaminando e psicologo seduti ad angolo retto allo stesso tavolo, sul quale sono preparate capovolte e in ordine prefissato le dieci tavole del test.

Una breve istruzione (Ora le mostrerò delle tavole e lei mi dirà cosa potrebbero essere), accompagna il gesto di porre nelle mani dell'esaminando la prima tavola, e da inizio alla prova. Il soggetto è libero di dare più risposte, anche se questo non viene precisato se non su precisa domanda (Exner ha proposto un elenco delle domande più frequenti e delle risposte più opportune). C'è bisogno di un orologio con il quale va preso il tempo.

Vanno registrati due tipo di tempo:

Tempo di latenza: il tempo che intercorre dalla somministrazione della tavola alla prima interpretazione o risposta.

Tempo totale: il tempo che intercorre dalla somministrazione della tavola all'ultima interpretazione.

Il tempo va preso in secondi, va segnato anche il tempo d'inizio di tutta la somministrazione del test e il tempo di fine.

La somministrazione si divide in 4 fasi: **Vangelo, Prove supplementari:** Pinacoteca, Tavole preferite, Tavola preferita, Tavola sgradita, Seriazione; **Inchiesta, Prova dei limiti.**

VANGELO: bisogna segnare anche come il soggetto tratta le tavole, esistono dei codici di scrittura: una freccia verso il basso se il soggetto legge la tavola capovolta, una freccia verso destra se mette la tavola in maniera laterale, tavola lateralizzata, Una freccia verso l'alto se rimette la tavola in modo giusto.

Per le prime tre tavole, se il soggetto ha dato 0 o 1 interpretazione per tavola, è necessario far tenere le osservazione della tavola almeno per 60 ss dicendo: " Non vedi altro? Basta così"? Non avere fretta abbiamo tutto il tempo a disposizione!"

Si procede fino alla IX tavola e al termine della X mettiamo il tempo (l'ora).

Durante la somministrazione delle tavole lo psicologo annota, nella prima di tre colonne di un foglio di registrazione, tutte le risposte, la posizione della tavola al momento della risposta, il tempo ed eventuali commenti ed espressioni del viso dell'esaminando. In caso di non risposta ad una o più tavole, Exner propone di incoraggiare il soggetto a rispondere, mentre altri autori sono dell'opinione di accettare il rifiuto senza commenti.

Al termine della presentazione delle 10 tavole, è prevista un'inchiesta finalizzata a chiarire eventuali dubbi relativi a quale parte della tavola si riferisca una determinata risposta, e a quali siano state le

caratteristiche della macchia che hanno determinato la risposta; in altre parole, l'inchiesta serve per capire e descrivere ciò che il soggetto ha visto. Le risposte dell'esaminando sono annotate sulla seconda colonna del foglio di registrazione. Infine, una volta congedato l'esaminando, lo psicologo procede alla siglatura delle risposte, che viene annotata nella terza colonna del foglio di registrazione.

Siglatura

Tutti gli autori concordano su una classificazione di ogni risposta secondo tre dimensioni di base (localizzazione, determinanti e contenuto), a cui si aggiunge una quarta dimensione relativa alla frequenza statistica della risposta. Vi sono peraltro divergenze, a seconda delle varie scuole di pensiero, sul numero di categorie che fanno parte delle tre dimensioni principali, sulle sigle utilizzate per indicare le singole categorie, e su eventuali dimensioni aggiuntive. In Italia la maggior parte dei clinici ha come riferimento il metodo di siglatura della scuola svizzera di Passi Tognazzo, negli ultimi anni si sta peraltro diffondendo il metodo di siglatura di Exner, mentre alcuni clinici di orientamento psicoanalitico preferiscono utilizzare la siglatura di Lerner .

Metodo di Passi Tognazzo

Comporta la siglatura delle risposte in base alla localizzazione, alle determinanti, ai contenuti, e alla frequenza statistica.

Localizzazione: comporta la siglatura della risposta secondo l'area della tavola a cui si riferisce (l'intera figura o dettagli più o meno grandi).

G: è primario quando la risposta è relativa alla macchia nella sua totalità e risulta da un unico atto percettivo (es. farfalla alla Tav. I). Può essere anche simultaneo (la risposta globale è costruita con più elementi percepiti simultaneamente, es. due angeli che sollevano una donna alla Tav. I) o combinatorio (quando gli elementi vengono uniti successivamente, es. alla Tav. VIII due orsi, al centro un albero. Gli orsi si stanno arrampicando su un albero appoggiandosi su una roccia).

DG: risposta globale costruita a partire da un dettaglio (es. alla Tav. V un coniglio, a partire dalla testa con le orecchie). È confabulatoria se non considera la forma delle altre parti dell'insieme (es. alla Tav. V una lumaca, a partire dalla testa con le corna).

DdG: risposta globale costruita a partire da un dettaglio piccolo (es. alla Tav. VI un gatto, a partire dai baffi).

Gbi: risposta globale in cui le parti bianche assumono il ruolo di completamento della figura (es. alla Tav. I muso di animale, dove i dettagli bianchi interni sono gli occhi)

F: risposta globale incompleta (es. alla tavola II non sono considerati i rossi superiori)

D: quando riguarda un dettaglio grande che per la sua forma e posizione costituisce una unità a sé (es. farfalla Tav. III rosso centrale), o quando un dettaglio piccolo è interpretato molto di frequente.

Dd: quando riguarda un dettaglio piccolo interpretato poco frequentemente.

DdD: se la risposta dettaglio è costruita a partire da un dettaglio piccolo (es. Tav. VI testa di gatto, a partire dai baffi).

Dbi: quando riguarda uno spazio bianco (es. trottola Tav. II bianco centrale). **DbiD** o **DbiDd** se lo spazio bianco contribuisce ad una risposta di dettaglio grande o piccolo.

Do: parte di una figura umana che di solito viene vista completa (es. Tav. III teste di uomini).

Determinanti: la siglatura si riferisce alla caratteristica della tavola che ha determinato la risposta (la forma, il colore, il movimento, o il chiaroscuro).

F: quando è la forma della macchia o della parte della macchia a determinare la risposta. È la determinante più frequente; l'aggiunta dei segni + e - indica inoltre la qualità della percezione, a seconda che la risposta corrisponda sufficientemente o meno alla forma della macchia.

M: quando la risposta si riferisce ad una figura umana vista in movimento (es. Tav. due uomini che sollevano qualcosa). Se la figura è un animale la siglatura è **FM**, se è un oggetto inanimato la siglatura è **m** (es. vulcano in eruzione).

C: quando è il colore a determinare in modo esclusivo la risposta (es. sangue, erba); la siglatura **FC** è utilizzata quando la risposta è stata determinata primariamente dalla forma e secondariamente dal colore, mentre si sigla **CF** quando il colore predomina sulla forma, e **Cn** se il colore è solo nominato.
Cho: quando è solo l'impressione del chiaroscuro diffuso a determinare la risposta (nebbia, fumo); quando la forma concorre nel determinare la risposta si utilizzano le siglature **FCho** e **ChoF**, se sono le diverse sfumature di grigio a determinare la risposta si sigla **F(C)**.

Contentuti: la siglatura consiste nell'indicazione della classe di appartenenza di ciò che l'esaminando ha visto nella tavola. Le categorie più comuni sono siglate per mezzo di abbreviazioni:

A: contenuto animale (es. un pipistrello), **Ad** se la risposta si riferisce solo ad una parte di un animale (es. la testa di...)

U: contenuto umano, **Ud** se si riferisce solo ad una parte del corpo, **(U)** se si riferisce a esseri fantastici.

Anat: parti interne del corpo (per es. colonna vertebrale).

Sex: indica una risposta a contenuto sessuale.

Ogg: oggetti o cose inanimate.

Pt: sta per pianta e si riferisce a risposte a contenuto vegetale.

Nat: sta per natura e si riferisce a risposte tipo montagna, lago ecc.

Arch: sta per architettura e si riferisce a risposte tipo chiesa, monumento ecc.

Geo: indica una risposta geografica tipo isola ecc.

Altre risposte si segnano senza abbreviazioni (es. sangue, nuvole ecc.).

Frequenza statistica: alcune risposte possono essere classificate in base alla loro frequenza in una data popolazione in banali (**Ban**), che sono risposte date da almeno un soggetto su sei (è disponibile un elenco), e originali (**Orig**), cioè risposte che compaiono raramente e che sono siglate con un + o con un - a seconda della qualità della forma.

Metodo di Exner

Il sistema comprensivo di Exner prevede una siglatura di ogni risposta secondo cinque dimensioni: localizzazione, qualità evolutiva, determinanti, qualità formale, contenuto.

Localizzazione: si riferisce alla parte della macchia che corrisponde alla risposta.

W: risposta globale.

D: risposta di dettaglio comune (area della macchia identificata di frequente).

Dd: risposta di dettaglio inconsueto.

S: risposta di spazio bianco

Qualità evolutiva: si riferisce alla qualità dell'organizzazione della risposta.

DQ+: risposta sintetizzata (due o più parti della macchia sono descritte con forme specifiche e in relazione fra loro, ad es. due uomini che ballano attorno ad un palo).

DQv/+: risposta sintetizzata di tipo vago (due o più parti della macchia sono descritte senza forma specifica e in relazione fra loro, ad es. nuvole che si muovono).

DQo: risposta ordinaria (la risposta è relativa ad un'area specifica della tavola che ha una forma che ben si adatta al contenuto espresso, ad es. farfalla).

DQv: risposta vaga (ciò che viene visto non ha una forma specifica).

Determinanti: caratteristica della tavola che ha determinato la risposta (la forma, il colore, il movimento, o il chiaroscuro).

F: risposta basata esclusivamente sulla forma della macchia.

M: risposta di movimento umano, **FM** se di movimento animale, **m** se di movimento inanimato. Il movimento viene specificato in attivo o passivo.

C: risposta di colore cromatico puro (es. sangue), **CF** se il colore è associato alla forma (verde come una foglia), **FC** se la forma è associata al colore (es. farfalla rossa), **Cn** se il colore è solo nominato.

C': risposta di colore acromatico puro (il grigio, il bianco, o il nero sono intesi come colori, es. fango nero), **C'F** se il colore acromatico è associato alla forma (es. pezzo di carbone nero), **FC'** se la forma è associata al colore acromatico (es. pipistrello nero).

Y: risposta di chiaroscuro puro (es. il crepuscolo), **YF** se il chiaroscuro puro è associato alla forma (es. radiografia con diverse sfumature), **FY** se la forma è associata al chiaroscuro puro (nuvole chiare e scure).

T: risposta chiaroscuro tattile pura (qualcosa di appiccicoso), **TF** se si associa alla forma (es. pelle liscia), **FT** se la forma si associa al chiaroscuro tattile (es. mantello di pelliccia).

V: risposta che interpreta il chiaroscuro come effetto di profondità o dimensionalità (questa parte è più in basso o sporgente), **VF** o **FV** se è associata alla forma.

FD: risposta di dimensionalità basata sulla forma pura (es. uomo inclinato all'indietro).

Fr: risposta di forma vista come immagine riflessa o speculare.

Qualità formale: codifica la bontà o la povertà della forma quando nella risposta, qualsiasi sia la determinante è presente una forma più o meno specificata.

FQ+: qualità formale superiore superelaborata.

FQo: qualità formale ordinaria.

FQu: qualità formale singolare o insolita.

FQ-: qualità formale negativa.

Contenuti: codifica sulla base della classe di appartenenza dell'oggetto della risposta. Sono previste sigle per 27 classi di contenuti.

Alcune risposte sono valutate in base ad ulteriori categorie, quali: risposte **Pari** (risposte che basandosi sulla simmetria delle macchie descrivono oggetti identici che non sono visti come figure riflesse), risposte **Popolari** (risposte che compaiono in almeno un protocollo su tre), **Attività organizzativa** (riguarda le risposte che includono la forma e che soddisfano alcuni specifici criteri), **siglature speciali** che includono verbalizzazioni devianti, combinazioni inappropriate, logica inappropriata ecc..

Metodo di Lerner

Comporta la siglatura delle risposte in base alla localizzazione, alle determinanti, al livello formale ai contenuti, e alle verbalizzazioni devianti.

Localizzazione: siglatura della risposta secondo l'area della tavola a cui si riferisce (l'intera figura o dettagli più o meno grandi).

W: quando la risposta è relativa alla macchia nella sua totalità.

D: quando riguarda un dettaglio grande identificato di frequente.

Dd: quando riguarda un dettaglio piccolo.

Dr: dettaglio raro.

De: dettaglio esterno (non si riferisce ad un'area vera e propria, ma a una parte del contorno).

S: quando riguarda uno spazio bianco.

Do: dettaglio oligofrenico (area della macchia che di solito è vista come parte di una risposta globale o di dettaglio grande).

Determinanti: la siglatura si riferisce alla caratteristica della tavola che ha determinato la risposta.

F: quando è la forma della macchia o della parte della macchia a determinare la risposta.

M: quando la risposta si riferisce ad una figura umana vista in movimento. Se la figura è un animale la siglatura è **FM**.

C: quando è il colore a determinare in modo esclusivo la risposta; la siglatura **FC** è utilizzata quando la risposta è stata determinata primariamente dalla forma e secondariamente dal colore, mentre si sigla **CF** quando il colore predomina sulla forma.

Cc: colore sfumato. Si usa quando la tessitura o la gradazione contribuisce alla risposta colore (es. sangue annacquato). Le siglature **FCc** e **CFc** segnalano il contributo della forma alla risposta.

Ch: quando è solo l'impressione del chiaroscuro diffuso a determinare la risposta (es. nebbia, tutto e confuso con questo chiaroscuro); quando la forma concorre nel determinare la risposta si utilizzano le siglature **FCh** (es. pelle di animale, per il contorno e perché sembra peloso) e **ChF** (es. nuvole, sembrano morbide e hanno il contorno delle nuvole).

Fcarb: forma colore arbitrario, si usa quando il colore è incompatibile con la forma (es. orsi rossi).

C': risposta di colore acromatico (es. colore nero), **C'F** se il colore acromatico è associato alla forma (es. nuvole tempestose, sono nere e hanno il contorno delle nuvole), **FC'** se la forma è associata al colore acromatico (es. pipistrello nero).

Fc: quando il chiaroscuro è usato per articolare una risposta forma (es. una faccia, la parte più scura è la bocca e queste macchie più chiare sono gli occhi).

Livello formale: si riferisce al grado di pertinenza percettiva fra la risposta e la sua localizzazione, indica cioè la buona definizione o la vaghezza della risposta fornita.

F+: risposta convincente, accuratamente percepita e ben articolata.

Fo: risposta accurata, ma che viene vista comunemente.

Fw+: risposte vaghe, ma accettabili. L'esaminatore deve sforzarsi un po' per vedere la risposta.

Fw-: risposte deboli, poco congruenti con la localizzazione, difficili da vedere per l'esaminatore.

F-: risposte che non mostrano alcuna congruenza con l'area considerata.

Fv: la forma è vaga (es. nuvole, fumo).

Fs: forma deteriorata. Una risposta accettabile è distorta o indebolita da una specificazione incongruente (un uomo con la coda pelosa).

Contentuti: la siglatura consiste nell'indicazione della classe di appartenenza di ciò che l'esaminando ha visto nella tavola.

A: forma animale intera. **Ad** se solo una parte.

H: figura umana intera. **Hd**: parte di figura umana.

Anat: risposte anatomiche.

Sex: indica una risposta a contenuto sessuale.

Obj: oggetti o cose inanimate.

Pt: sta per pianta e si riferisce a risposte a contenuto vegetale.

Nat: sta per natura e si riferisce a risposte tipo montagna, lago ecc.

Arch: sta per architettura e si riferisce a risposte tipo chiesa, monumento ecc.

Geog: indica una risposta geografica tipo isola ecc.

Bl: sangue.

Cl: nuvole.

Cloth: risposte relative al vestiario.

Verbalizzazioni devianti: sono risposte che tengono poco conto delle proprietà percettive della macchia, o che sono eccessivamente arricchite con elaborazioni associative

Fab: risposta fabulata (risposte con una elaborazione affettiva inappropriata, ma accettabile, es. una faccia di lupo arrabbiata).

Incom: combinazione incongrua (dettagli o immagini della macchia sono fusi insieme inappropriatamente in un unico oggetto, es. un pollo a due teste)

Fab-Comb: combinazione fabulata (due percetti visti in modo accurato sono combinati in modo arbitrario, es. due castori che si arrampicano su un cono gelato).

Confab: confabulazione (risposte connotate in senso affettivo con creazione di una fantasia, es. un uomo minaccioso che sta venendo a prendermi).

Contam: contaminazione (due percetti separati sono fusi in un unico percetto, es. un coniglio pipistrello).

Alog: logica inappropriata (risposte giustificate con una base logica poco convenzionale, es. il polo nord perché è in cima).

Pec: verbalizzazione peculiare (risposta fuori del comune, che potrebbe essere appropriata al di fuori della situazione testistica (es. due elefanti in punta di piedi).

Queer: verbalizzazione bizzarra (verbalizzazioni inusuali che non sarebbero considerate convenzionali e appropriate al di fuori della situazione testistica, es. mi ricorda il sesso femminile)

Vague: vaghezza (la vaghezza non è riferita alla forma, ma all'indecisione, es. potrei dire pipistrello, ma non so, forse queste potrebbero essere le ali).

Conf: confusione (si riferisce ad una confusione implicita nella risposta o nel vissuto o nella comunicazione, es. potrebbero sembrare dei topi, no sono procioni o scoiattoli e stanno passando sopra questa farfalla).

Incoh: incoerenza (materiale estraneo o irrilevante si insinua nella risposta e la disorganizza, es. una scena subacquea. Il rosso è come quello della maglietta di mio fratello dopo l'incidente. Che confusione! Forse sono pesci che lottano).

Sigature addizionali: si situano al di fuori delle cinque categorie principali, e sono utilizzate per sottolineare aspetti specifici del processo di risposta.

C denial, C' denial, Ch denial: la determinante è menzionata ma in forma di negazione (non penso per il rosso).

C ref, C' ref, Ch ref: la determinante è riferita, ma non è integrata nella risposta (es. le parti rosse sono dei cavallucci marini).

C avoid, C' avoid, Ch avoid: nel giudizio dell'esaminatore la determinante è implicita nella risposta, ma non è esplicitamente espressa durante l'inchiesta (due donne africane. Inchiesta: perché hanno i colli lunghi).

C impot, C' impot, Ch impot: il soggetto commenta l'incapacità ad usare una determinante (vedo i colori, ma non posso costruirci niente).

C sym: il colore è usato in modo simbolico o intellettuale (es. per i colori penso al bene e al male).

m: movimento ascrivito ad un oggetto inanimato (es. vulcano in eruzione).

La valutazione del protocollo

Dopo aver classificato le risposte a ciascuno dei dati viene dato un particolare significato psicologico, tale significato non deve essere utilizzato in modo rigido ed il protocollo dovrà essere interpretato come un tutto unitario dove ciascun elemento si inquadra in un contesto globale.

Il metodo della Passi Tognazzo prevede inizialmente un'analisi quantitativa del protocollo basata sul calcolo delle frequenze e percentuali delle varie categorie di siglatura, dati che sono riassunti in uno

psicogramma. La lettura quantitativa verte su tre dimensioni: approccio mentale, affettività e adattamento sociale. L'analisi quantitativa viene successivamente integrata da un'analisi qualitativa che tiene conto di alcuni fenomeni particolari, quali: 1) lo choc (espressioni di stupore o disagio, tempo di reazione ritardato, ecc..) al colore, al rosso, al chiaroscuro, al contenuto, cinestesico; 2) il rifiuto di una o più tavole; 3) cambiamenti di posizione delle tavole; 4) consapevolezza dell'atteggiamento interpretativo; 5) espressioni verbali con significato d'insicurezza; 6) perseverazione; 7) risposte posizione; 8) autoriferimenti; 9) espressioni mimiche; risposte posizione; 10) risposte non classificabili come vere risposte; 11) risposte tattili e di colore scuro.

Il metodo di Exner propone una valutazione del protocollo basata essenzialmente su un approccio psicométrico che tiene conto prevalentemente di aspetti quantitativi interconnessi fra loro. La valutazione prende l'avvio dal sommario strutturale, costituito dall'insieme delle frequenze, proporzioni e percentuali delle siglature, disposte su un foglio di spoglio predisposto per una elaborazione computerizzata; altri fattori presi in esame sono le siglature delle risposte e la loro sequenza, le verbalizzazioni prodotte durante l'associazione libera e durante l'inchiesta. Le dimensioni prese in considerazione per l'interpretazione dei dati sono: 1) affetti, 2) controllo, 3) ideazione, 4) mediazione, 5) percezione interpersonale, 6) percezione di sé, 7) elaborazione dell'informazione.

Il metodo di Lerner, che ha ampliato e aggiornato le idee di Rapaport, propone una lettura del test di tipo sostanzialmente qualitativo che prende in considerazione cinque fonti d'informazione: 1) aspetti formali delle risposte, incluse le siglature e le loro interrelazioni, 2) il contenuto delle risposte incluso l'atteggiamento del soggetto nei confronti di queste ultime, 3) la sequenza delle risposte, 4) il comportamento del paziente durante la somministrazione, comprese le verbalizzazioni spontanee, 5) la natura e l'andamento della relazione fra esaminando e clinico. Ogni fonte viene prima considerata separatamente e poi integrata con le altre al fine di giungere ad una valutazione che comprende la struttura del carattere, l'organizzazione del pensiero, l'organizzazione degli affetti, le dinamiche centrali, le difese prevalenti, e le indicazioni al trattamento.

TAT

Le risposte riflettono i costrutti mentali, le esperienze, i conflitti e i desideri di ognuno: essenzialmente la persona proietta se stessa nella situazione rappresentata, identificandosi con uno dei personaggi raffigurati.

L'interpretazione avviene prestando particolare attenzione ai temi presenti nelle storie inventate dal soggetto, che possono indicare un atteggiamento di rinuncia o di ansietà nei confronti di figure autoritarie dominanti, o altre preoccupazioni. Si osserva anche lo stile delle risposte: l'uso dell'intera figura o di dettagli, l'interesse a creare una storia adeguata all'immagine rappresentata, ecc.

Il Thematic Apperception Test di Murray (1943) rappresenta il prototipo di test proiettivo tematico, che si basa sull'assunto che gli stimoli ambientali vengano percepiti e interpretati, in modo inconsapevole, sulla base dei propri bisogni, stati d'animo attuali, e memorie di esperienze passate. Il test si propone di valutare la personalità in un'accezione globale (anche se non sempre ben definita), avendo come riferimento teorie orientate in senso psicodinamico. Attualmente sono in atto ricerche volte ad integrare la lettura psicodinamica del test con una prospettiva di tipo cognitivo.

Il test è composto da 31 tavole, in trenta delle quali sono riprodotte delle immagini rappresentanti situazioni ambigue, molte delle quali di natura sociale; la sedicesima tavola è il simbolo dell'ambiguità, essendo completamente bianca.

Alcune tavole sono applicabili a tutti i tipi di soggetti, altre solo ai maschi o alle femmine, altre ancora agli adolescenti o agli adulti. La batteria differenziata per ogni tipo di soggetto è composta di 20 tavole, somministrate in due sedute di 10 immagini ciascuna. Le immagini della seconda serie sono volutamente poco usuali, più drammatiche di quelle del primo gruppo.

Sebbene Murray (1943) sostenesse che tutti i soggetti dovessero essere sottoposti a tutte le venti tavole del test nel corso delle due sedute successive, nella pratica, in genere, i clinici spesso scelgono un numero di tavole che va da 6 a 10, selezionando per ciascun paziente le tavole che appaiono particolarmente rilevanti per le difficoltà espresse dal paziente stesso.

Il TAT nasce originariamente come espressione della teoria dei bisogni-pressioni di Murray, una teoria dialettica della personalità che considera come determinanti del comportamento umano sia le componenti psicobiologiche sia quelle ambientali.

I due costrutti centrali della sua teoria sono i bisogni e le pressioni. I bisogni sono intesi come forze interne (bisogni primari: fame, sete, sesso; secondari: dominanza, autonomia, ecc..) che organizzano la percezione, il pensiero e l'azione e orientano il comportamento nella direzione della loro soddisfazione. La pressione si riferisce all'influenza che può avere sulle persone l'ambiente circostante nella sua componente oggettiva (obiettiva e reale) o soggettiva.

Anche per questo test proiettivo resta problematico il valore delle qualità psicometriche. Per quanto riguarda la concordanza tra siglatori sono stati messi a punto metodi che consentono di ottenere dei buoni livelli di oggettività, anche se è stato riscontrato che l'utilizzo di tale procedure è quasi totalmente assente nella pratica clinica. I professionisti nell'interpretare il TAT usano spesso differenti sistemi, una combinazione di metodi personali o addirittura nessuna metodologia. Questo è l'handicap dell'utilizzo di questo test e ciò suggerisce anche che nella pratica comune l'interpretazione del TAT si basa su strategie di validità ed affidabilità non dimostrate, con risultati potenzialmente pericolosi.

Per quanto riguarda le tradizionali procedure per il controllo dell'attendibilità, quali il test-retest, lo split-half, nessuna di queste risulta applicabile al TAT se non con risultati discutibili. In particolare, per molti schemi di punteggio non sono disponibili norme adeguate, e non esistono studi che dimostrino che questi sistemi non vengano influenzati dalla variabilità culturali.

E' stato per esempio dimostrato che fattori situazionali, così come particolari stati di bisogno interni, possano giocare un ruolo molto importante nel determinare le risposte al test. Dal momento che questi sono influenzati da stati temporanei dei soggetti, la possibilità di rilevare caratteristiche stabili di personalità a partire da esse diventa estremamente improbabile. Di conseguenza, il significato e il valore di stime di attendibilità eventualmente ottenute diverrebbero discutibili. Il materiale stimolo risulta sorpassato, inoltre è stato costruito e validato in riferimento ad una popolazione maschile, giovanile, di classe media, rendendo discutibile l'adeguatezza di questa serie di stimoli per soggetti diversamente caratterizzati. Alcuni autori hanno, inoltre, notato che le figure del TAT determinano un forte influsso negativo sulla costruzione delle storie. La validità del TAT in relazione a criteri diagnostici o comportamentali è stata oggetto di numerose verifiche, con risultati così disparati da indurre conclusioni nettamente opposte sulla validità del test. Westen ed altri hanno trovato che gli indici delle relazioni oggettive ottenuti con la somministrazione del TAT possono ottenersi anche da una serie di altre fonti, come ad esempio i ricordi ed il racconto di storie durante la somministrazione del "WAIS-R Picture Arrangement subtest".

Questa metodologia di rilevamento delle relazioni oggettuali si è dimostrata utile per distinguere i pazienti con disturbo borderline di personalità dagli altri pazienti e dai soggetti normali.

Quindi, sebbene i risultati raggiunti finora offrono sufficiente supporto alla validità di determinati sistemi di valutazione derivati dal TAT, tuttavia lasciano aperta la questione se il TAT (così come ogni altra tecnica proiettiva) in sé sia sufficiente per garantire la validità diagnostica.

Istruzioni

La richiesta che viene fatta all'esaminando è quella, per ciascuna tavola, di interpretare una figura inventandoci sopra una storia, cercando di immaginare il prima e il dopo, la descrizione di cosa avviene in quel momento e di ciò che i personaggi sentono e pensano, ed infine di come si concluderà la vicenda.

L'interpretazione

Nella pratica clinica vengono formulati due tipi di "lettura" del TAT, una di tipo formale e una di contenuto.

La lettura formale riguarda il modo con cui il soggetto costruisce o presenta il racconto e la sua leggibilità, lettura che fornisce importanti informazioni sul funzionamento cognitivo e affettivo della mente dell'esaminando e sulla presenza di un'eventuale psicopatologia; la consegna data all'esaminando richiede infatti una complessa articolazione di capacità quali: identificare i protagonisti e il problema del racconto, collocare gli eventi lungo una dimensione temporale, attribuire pensieri desideri ed emozioni ai personaggi, porre i personaggi in relazione, ed infine identificare una soluzione o comunque un finale.

La lettura riferita al contenuto riguarda i conflitti, le emozioni e le caratteristiche delle relazioni dei personaggi del racconto, visti in un'ottica psicodinamica.

Il metodo originale di analisi delle storie proposto da Murray era basato sull'analisi dei bisogni, gli impulsi e le tendenze del protagonista. Lo psicologo deve quindi compiere il massimo sforzo nell'individuare un protagonista della storia e studiare i sentimenti e le forze che sostengono la sua azione. Costituisce cioè la motivazione ad agire. Murray stesso elenca la sottomissione, il desiderio di successo, l'aggressività, la dominazione, la protezione, la passività, il sesso, il bisogno di aiuto. Un altro elemento importante di valutazione sono le forze, le pressioni dell'ambiente, che esercitano la loro influenza sul protagonista (coercizione, socievolezza, seduzione, aggressività, tendenza al dominio, mancanza e la perdita, ecc.), e gli eventuali conflitti che possono insorgere.

Bellak ha proposto un sistema di valutazione del test basato su 10 variabili: tema principale, eroe principale, bisogni e pulsioni dell'eroe, concezione dell'ambiente, modalità di rappresentazione delle figure, conflitti significativi, natura dell'angoscia, principali difese contro i conflitti e le paure, adeguatezza del Super-Io, livello d'integrazione dell'Io. È un sistema di valutazione di orientamento psicodinamico, che prende in considerazione sia gli aspetti formali del racconto, intesi come indicatori dell'integrità delle funzioni dell'Io, sia i contenuti delle storie, intesi come indicatori dell'organizzazione strutturale della personalità, della presenza di conflitti, e delle difese messe in atto. Una lettura del test in chiave psicodinamica è stata proposta anche da autori americani afferenti all'indirizzo della psicologia dell'Io, che focalizzano l'attenzione sulle caratteristiche formali del racconto (conformità alla consegna, e dei personaggi alla storia), e sul contenuto (caratterizzazione dei personaggi, sentimenti espressi ecc.). La valutazione del materiale può essere effettuata utilizzando diverse procedure metodologiche

Recentemente Westen ha messo a punto uno strumento di interpretazione del test basato su una valutazione multidimensionale delle relazioni oggettuali e della cognizione sociale (SCORS: Social Cognition and Object Relations Scales). Lo strumento è articolato in quattro scale, che misurano la complessità delle rappresentazioni degli altri (grado di differenziazione fra sé e l'altro), il tono affettivo della relazione (qualità affettiva delle rappresentazioni delle persone e della relazione), la comprensione della causalità sociale (capacità di comprendere le motivazioni, intenzioni, e pensieri di chi compie l'azione), e la capacità d'investimento emotivo nelle relazioni e negli standard morali.

Dalla elaborazione dei contenuti delle storie si giunge a una diagnosi psicologica molto ricca sul piano qualitativo, interessante soprattutto per intraprendere un lavoro di tipo analitico. Sul piano formale, quantitativo, invece il test offre molte meno garanzie di affidabilità.

Per questo motivo il suo utilizzo in campo clinico è sempre abbinato ad un'altra prova, spesso il Rorschach.

CBA **COGNITIVE BEHAVIOURAL ASSESSMENT**

Si tratta di una batteria di più test a vasto spettro, che mira a molteplici scopi: fornire una precisa valutazione dei problemi che il soggetto lamenta; fornire indicazioni sugli approfondimenti più appropriati per una loro comprensione; raccogliere in modo uniforme un'anamnesi psicosociale del soggetto; dare un ampio ventaglio di misurazioni iniziali, rispetto alle quali valutare l'evoluzione del caso e l'esito di un eventuale trattamento; fornire misurazioni di alcuni costrutti psicologici di primaria importanza quali l'ansia di stato, la depressione, le paure, le ossessioni, le compulsioni, i disturbi psicofisiologici; dare una valutazione di alcune variabili di tratto costituenti indici prognostici riferiti al rischio del soggetto di sviluppare, in presenza di determinate pressioni ambientali, disturbi e disadattamento; suggerire ipotesi relative alle relazioni funzionali che possono intercorrere tra problemi e disturbi attuali ed eventuali manifestazioni disadattive presenti nell'ambito familiare e socioprofessionale del soggetto. Il CBA-2.0 è stato pensato come sussidio per lo psicologo nel corso delle diverse operazioni di valutazione iniziale del caso e come fonte di suggerimenti, ipotesi ed informazioni addizionali.

La batteria è uno strumento flessibile, non fornisce diagnosi, ma una puntuale descrizione delle eventuali problematiche del soggetto ed il legame di queste ultime con la situazione ambientale, unita ad alcuni attributi che caratterizzano la persona in modo più globale.

Nella pratica clinica, dunque, l'assessment iniziale è finalizzato alla raccolta di tutti i dati necessari per identificare appropriate modalità di intervento psicologico ai disturbi riferiti dal soggetto, mentre la somministrazione ripetuta più volte a distanza di tempo serve per una valutazione del cambiamento.

STRUTTURA La batteria è composta da 10 schede, ciascuna comprendente degli item omogenei per aspetto formale o per derivazione storica, che vanno a sondare uno specifico aspetto del soggetto. Nello specifico: **Scheda 1:** Dati generali e anagrafici **Scheda 4:** Cartella autobiografica (59 domande) Principali aree tematiche: rapporti con la famiglia d'origine (presenza o assenza dei genitori, rapporti familiari, luogo di vita, rapporti attuali), la storia educativa e scolastica (figure educative importanti, valutazione dell'educazione ricevuta, profitto scolastico, difficoltà, bocciature o abbandono), area affettivo-sessuale (le condizioni di convivenza attuali, le relazioni affettive significative, loro qualità ed eventuali problemi, informazioni ed eventuali problemi sessuali, eventuali aborti, area lavorativo-economica, eventi significativi (cambiamenti in diverse aree di vita ed eventuali lutti; eventuali esperienze traumatiche), giustizia (eventuali problemi/ condanne/ detenzioni), abitudini di vita (consumo di tabacco e di alcool, abitudini alimentari, problemi di sonno, tics, episodi di enuresi od encopresi), lo stato di salute generale, dolore clinico (qualità, quantità, frequenza del dolore e limitazioni), esperienze o ideazioni suicidarie, uso di droghe leggere o pesanti, qualità del tempo libero, i disturbi o problemi psicologici lamentati (valutazione della gravità, limitazioni nella vita quotidiana), gli interventi psicologici pregressi (visite psicologiche e/o psichiatriche, eventuali ospedalizzazioni, trattamenti psicoterapeutici e/o farmacologici) e la motivazione all'esame e ad un eventuale trattamento psicologico.

Le **schede 1 e 4**, valutando la storia personale e i problemi attuali del soggetto, sono delle cartelle autobiografiche che integrano il colloquio psicodiagnostico e, parzialmente, lo sostituiscono.

Le **schede 2 (STAI X-1: traduzione e adattamento di Lazzari-Pancheri del questionario di Spielberg per misurare l'ansia di stato → condizione emozionale transitoria che può variare di intensità)** (20 item);

3 (STAI X-2 : traduzione e adattamento di Lazzari- Pancheri del questionario di Spielberg per misurare l'ansia di tratto →disposizione latente ad una reazione ansiosa se sollecitata da stimoli sufficientemente stressanti. **Si riferisce a differenze individuali, relativamente stabili, per quanto riguarda la predisposizione all'ansia. Esse predispongono il soggetto a rispondere alle situazioni che vengono percepite come minacciose con l'aumento dell'ansia di stato)** (20 item);

e **10 (STAI X-3**: versione ridotta dello STAI-X1 (10 item). Fornisce una valutazione dell'ansia di stato del soggetto al termine della batteria e dà una possibilità di confronto con il livello di ansia esperito all'inizio della compilazione.) (10 item)

La **scheda 5 (EPQ/R)**, l'*Eysenck Personality Questionnaire forma ridotta* è 1 questionario composta da 48 item, costituito da 3 scale, che valuta alcune dimensioni stabili della personalità quali l'introversione-estroversione (Scala E), la stabilità emotiva (Scala N), un buon adattamento sociale, il disadattamento e l'antisocialità (Scala P), la simulazione e l'ingenuità sociale (Scala L: scala di controllo, indica la tendenza a simulare e porsi in buona luce).

La **scheda 6 (QPF/R questionario psicofisiologico)** (30 item) fornisce la valutazione dello stress e indaga disturbi e reazioni psicofisiologiche di possibile rilievo clinico. Valuta la reattività psicofisiologica del soggetto, indagando un'ampia gamma di "sintomi somatici senza base organica dimostrabile". Richiede di indicare la frequenza di svariate reazioni psicofisiologiche, che possono essere connesse ad un livello troppo elevato di attivazione generale o a specifici disturbi psicofisiologici, come tic, disfunzioni dell'erezione e dell'eiaculazione, cefalea...**Il punteggio totale riflette le valutazioni, le convinzioni, le apprensioni che il soggetto nutre circa lo stato di malessere che, eventualmente sta attraversando; è un indice di "lamento somatico"**.

La **scheda 7 (IP)** (58 item) valuta le paure del soggetto, riprendendo la *Fear Survey Schedule*, che chiarisce le relazioni che intercorrono tra le situazioni-problema e le reazioni emozionali, cognitive e comportamentali. **Permette di ricavare 2 indici complessivi e 5 subscale che indagano specifici raggruppamenti di paure.**

Indice IP-F: punteggio totale. Fornisce un'indicazione sintetica sull'ampiezza e preminenza dei fenomeni di paura. Valuta la "paurosità", tendenza a reagire con paura a situazioni diverse; riflette anche un atteggiamento di enfaticizzazione dei propri problemi

Indice IP-H: descrive quante volte il soggetto ha risposto "moltissima paura" agli item del questionario. Precisa il numero di situazioni-stimolo che inducono paura/ reazioni fobiche (esaminare le specifiche situazioni)

Indice IP-1: indaga paure relative a calamità naturali e situazioni di pericolo o malattia gravi

Indice IP-1: indaga eventi sociali, situazioni nelle quali il soggetto teme di essere criticato/ rifiutato

Indice IP-3: riguarda animali non pericolosi che, per tradizione o cultura, vengono considerati repellenti, luoghi tenebrosi e sensazioni di viscido e sporco

Indice IP-4: indaga viaggi, spostamenti e situazioni che comportano allontanamento da casa e/o dai propri cari (indicativo per agorafobia)

Indice IP-5: si riferisce a paure in ambito sanitario: sangue e procedure medico- chirurgiche

La **scheda 8 (QD)** (24 item) valuta gli eventuali sintomi depressivi grazie al *Questionario D* che misura disforia e manifestazioni depressive (umore triste e depresso, diminuzione del livello di attività e perdita di interesse, lamenti somatici, distorsioni cognitive dell'esperienza (senso di colpa, autosvalutazione...) di rilievo subclinico. Costituito da una serie di descrizioni che fanno riferimento a diversi aspetti: cognitivi, motivazionali e fisiologici del soggetto, disposti in ordine crescente di gravità.

La scheda **9 (MOCQ/R)** (21 item), infine, analizza ossessioni, pensieri intrusivi e comportamenti compulsivi del soggetto attraverso il *Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire*. fornisce un punteggio complessivo e 3 indici:

MCOQ-R: il punteggio totale stima la gravità ed estensione di tali problemi

Subscala 1: “Checking”, riguarda comportamenti e preoccupazioni relativi a controllare e ricontrollare più volte la medesima cosa (rubinetti del gas, acqua, porte) senza necessità, eccessiva attenzione ai particolari, seguire routine molto precise

Subscala 2: “Cleaning”, riguarda comportamenti e preoccupazioni connessi all’igiene e alla pulizia, a improbabili fonti di contagio e contaminazione, comportamenti e possibili rituali di pulizia e decontaminazione

Subscala 3: “Doubting-Ruminating”, riguarda dubbi ricorrenti per questioni di scarsa importanza e presenza frequente di pensieri intrusivi sgradevoli e persistenti, e di lunghe rimuginazioni mentali

Scale di sviluppo

In tale sezione rientrano i reattivi preposti alla misura dell’intelligenza attraverso la rilevazione del Q.I. (quoziente di intelligenza); tali reattivi sono anche chiamati "scale di efficienza cognitiva".

Sotto questa denominazione sono inclusi anche altri test che vengono comunemente definiti con il termine "scale" senza altra caratterizzazione, intendendo con ciò materiali compositi costituiti da più sottoscale capaci di valutare ciascuna un certo aspetto. I singoli punteggi parziali sono poi solitamente integrabili in un punteggio unico. Le scale sono composite anche dal punto di vista degli stimoli-item utilizzati per l’assessment, avvalendosi esse di oggetti manipolabili, item figurali e item verbali.

Tra le scale di sviluppo, dunque, si distinguono le **scale di efficienza cognitiva** (Wechsler, Stanford-Binet/terman-Merrill, N.E.M.I.); le **scale di sviluppo psicometrico** (Brunet-Lezine e Oseretzky) e le **scale di maturità sociale** (Hurtig-Zazzo).

LE SCALE WECHSLER

La pubblicazione nel 1939 della *Scala d’Intelligenza Wechsler-Bellevue* segnò una data cruciale nella storia della valutazione dell’intelligenza dell’adulto. Per la prima volta, infatti, veniva costruita una batteria di prove individuali, eterogenee, che apprezzava le varie espressioni del funzionamento intellettuale, ben accette dai soggetti adulti e, soprattutto, che erano tarate in funzione dell’età cronologica. Abbandonando il concetto di età mentale, Wechsler riprendeva invece quello di *Quoziente Intellettivo* (QI) concependolo, però, come una scala standardizzata con media 100 e deviazione standard 15. In tale modo venivano eliminati i limiti del metodo precedente e, invece, forniti degli indici statistici concreti funzionali a cogliere correttamente il potenziale intellettuale individuale. Benché tale scala fosse stata concepita inizialmente per valutare il livello d’intelligenza globale del soggetto, lo strumento fu rapidamente applicato con diversi altri scopi: quello di misurare l’eventuale deterioramento mentale, di differenziare la tipologia di intelligenza, *pratica* o *verbale*, della persona e di individuare le eventuali carenze in particolari funzioni cognitive. Proprio per tali requisiti, lo strumento divenne, molto rapidamente, il più usato nell’ambito della valutazione e della diagnosi dell’intelligenza, portando così ad una globale revisione del materiale (**WAIS**; Wechsler Adult Intelligence Scale; dai 16 anni in poi) e alla creazione di altre scale simili destinate a soggetti di differenti fasce d’età: bambini in età prescolare (**WPPSI**; Pre-school and Primary Scale of Intelligence; 3-7 anni) e bambini in età scolare (**WISC**; Wechsler Intelligence Scale for Children; 7-16 anni).

LA SCALA WAIS

La scala d’intelligenza Wechsler per adulti (WAIS; Wechsler Adult Intelligence Scale; 1955), è sicuramente la più diffusa, tra i test di livello. Si tratta di un test di intelligenza generale, intendendo come tale “la capacità globale dell’individuo ad agire con uno scopo, a pensare ragionevolmente, a gestire effettivamente il proprio ambiente”. Wechsler (1939) considerava la sua definizione come una definizione operativa, e non una risposta definitiva all’annoso problema di che cosa sia quella che viene chiamata intelligenza. L’autore cercò di ideare una sufficiente ampia varietà di questioni che

riflettesse la sua definizione di intelligenza, ma riconosceva che tutto non poteva essere incluso. Wechsler concluse che la scala misura sufficienti proporzioni di intelligenza per renderci possibile usarla come un indice fedele della capacità globale dell'individuo.

La somministrazione della WAIS, è lunga e complessa, ma proprio per questa sua articolazione è possibile trarre informazioni dettagliate sul funzionamento cognitivo del paziente, come la personale modalità che il paziente ha di organizzare le proprie strategie di risoluzione di problemi in base alle nozioni acquisite e la capacità di accedere al proprio bagaglio mnemonico in cui tali informazioni sono contenute, organizzandole secondo pattern di funzionamento legati alla comprensione del problema.

La scala WAIS è costituita da 11 sub-test differenti: sei misurano le abilità cognitive di natura prevalentemente *verbale* e gli altri cinque le abilità cognitive di natura principalmente *visiva, spaziale e manipolativa*. I risultati delle prime sei scale danno origine al *Quoziente Intellettivo Verbale*, i punteggi delle ultime cinque confluiscono nel *Quoziente Intellettivo di Performance*. La media di questi due indici è il *Quoziente Intellettivo Totale*. Le differenze individuali nel Quoziente Intellettivo (QI) possono dipendere sia da differenze genetiche sia da variabili ambientali-culturali. Spesso sono coinvolti e contribuiscono entrambi i gruppi di fattori. Sicuramente il patrimonio genetico individuale ha un'importanza fondamentale nel determinare le basi e i meccanismi dello sviluppo, ma è anche vero che è necessaria una società ed un ambiente adatto perché si possa sviluppare un'intelligenza normale. Il modo più semplice per studiare quanto i geni determinino il QI è lo studio dei gemelli monozigoti (quindi con lo stesso DNA) che siano stati separati dalla nascita (cresciuti quindi in ambienti differenti). L'interpretazione dei risultati di queste ricerche è controversa. Tendenzialmente è possibile affermare che il corredo genetico influisce per il 50% nel determinare le basi dell'intelligenza. Sembra quindi che i geni e l'ambiente contribuiscano in uguale misura alla formazione del QI. Particolarmente interessanti sono gli studi per individuare eventuali differenze legate al sesso, alla classe sociale ed alla razza. Per quanto riguarda le eventuali differenze tra i due sessi, nel livello di intelligenza media la risposta è certa e definitiva: non esistono differenze significate tra uomini e donne. Vi sono invece differenze grandi e nette nel QI medio di membri di classi sociali e professionali diverse. Chi svolge lavori intellettuali riporta valori più elevati nei test di intelligenza, anche se ciò potrebbe essere dovuto a una maggiore familiarità di questi lavoratori con i compiti richiesti nei test. Il fattore fondamentale sembra essere l'istruzione ricevuta. Il contesto sociale di riferimento è essenziale: differenze legate alla classe sociale compaiono già prima dei 5 anni di età. Ciò implica che i fattori ambientali rilevanti operino già prima che il bambino vada a scuola. Anche da questo punto di vista viene sottolineato il fondamentale ruolo della famiglia nell'influenzare tutto lo sviluppo intellettuale del soggetto. Il dibattito più acceso è nato intorno al ruolo della razza nel determinare minori e maggiori punteggi nei test di intelligenza. Gli studi condotti negli Stati Uniti rilevano infatti che la popolazione di colore riporta punteggi significativamente inferiori rispetto alla popolazione bianca. Questo è un dato certo, ma l'interpretazione è controversa. Per lungo tempo questi risultati vennero utilizzati a fini politici, per confermare l'inferiorità genetica dei neri e per avvalorare certe scelte in tema di educazione ed immigrazione. Oggi gli psicologi, più attenti alle ragioni della scienza e dell'analisi metodologica che alle considerazioni politiche, rilevano due fatti. Innanzitutto i test misurano capacità che il mondo occidentale considera indici di intelligenza e gli stessi test sono nati e sono stati standardizzati su popolazioni bianche. Come a dire che i test di intelligenza sono dati per sottolineare certe differenze e non altre. In secondo luogo le osservazioni sperimentali negli Stati Uniti implicano spesso una sovrapposizione tra razza e contesto sociale. Le popolazioni nere negli USA appartengono (e appartenevano ancora di più all'epoca di questi studi) a classi sociali disagiate, con l'ovvia impossibilità di determinare se i minori punteggi nei test di intelligenza erano legati a fattori genetici di razza o alla povertà del contesto sociale di riferimento.

LA SCALA WAIS-R

La WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised; 1981). E' lo strumento diagnostico più usato nella valutazione dell'intelligenza attraverso la determinazione del "quoziente di intelligenza" (Q.I.) e fornisce una misura del deterioramento mentale del soggetto così come l'individuazione del tipo di intelligenza prevalente (pratica o verbale), oltre a rilevare eventuali carenze di base. Da molti anni ormai, la WAIS-R, è entrata a fare parte integrante della batteria di test che si somministra durante un esame psicodiagnostico. L'uso che se ne può fare, oltre che, come strumento atto a misurare il livello di efficienza intellettuale, può essere anche quello di un importante fonte di informazioni sul funzionamento cognitivo ed emotivo della persona, e può completare efficacemente le informazioni ottenute attraverso i test di personalità, senza sostituirli, ma fornendo informazioni nuove e non

ridondanti. L'uso clinico del risultato della scala WAIS-R, permette di analizzare la struttura della prestazione, confrontare i risultati ai vari sub test e tracciare un profilo delle diverse funzioni in gioco, considerando anche l'aspetto emotivo definito dall'esame psicodiagnostico. La scala WAIS-R amplia la linea di sviluppo sulla valutazione dell'intelligenza negli adulti, iniziata con la *Wechsler-Bellevue* e continuata con la sua revisione, la scala WAIS. Proprio in funzione delle numerose ricerche condotte utilizzando la scala WAIS e delle critiche e obiezioni avanzate rispetto alla sua applicazione, l'obiettivo principale della WAIS-R è stato l'aggiornamento dei contenuti della WAIS e la considerazione di nuove norme di riferimento, derivate dalle risposte e dai punteggi di campioni attuali della popolazione. Sebbene circa l'80% degli item della WAIS-R, intatti o con lievi modifiche, appartenga alla WAIS, sono stati rivisti o eliminati quegli item che sembravano obsoleti e ridondanti e sono stati aggiunti dei nuovi quesiti. È stato modificato l'ordine di somministrazione delle prove a causa dei cambiamenti nell'ordine di difficoltà degli item, ed anche l'assegnazione dei punteggi a alcune prove avviene in maniera diversa, in accordo con i risultati dell'analisi dei nuovi dati. Mentre nella WAIS le prove di *performance* seguivano quelle *verbali*, nell'ordine di presentazione dei subtest della WAIS-R quelli *verbali* si alternano a quelli di *performance*. L'esperienza ha dimostrato che variare i compiti in questo modo aiuta a mantenere vivo l'interesse dei soggetti che si sottopongono alla prova.

Come la scala originaria, la WAIS-R si basa sulla somministrazione di una serie di prove che esaminano aspetti differenti del funzionamento cognitivo. Consta di 11 subtest, di cui 6 compongono la **Scala Verbale** (*Informazione, Comprensione, Ragionamento aritmetico, Analogie, Memoria di cifre e Vocabolario*) cioè sei prove verbali (conoscenze, capacità di memoria immediata, capacità di fornire una definizione di parole, il ragionamento aritmetico a mente, l'individuazione di somiglianze tra i concetti) e 5 la **Scala di Performance** (*Associazione simboli a numeri, Completamento di figure, Disegno con i cubi, Riordinamento di storie figurate e Ricostruzione di oggetti*) cioè cinque prove di performance (individuazione del dettaglio mancante, riordinamento delle vignette riferite ad una storia, la selezione della facciata dei cubi in modo da ottenere una figura, la soluzione di piccoli puzzle, l'accoppiamento rapido di simboli secondo le indicazioni date); insieme, gli 11 subtest costituiscono la **Scala Totale**. I due gruppi, *verbale* e di *performance*, possono essere somministrati insieme o da soli permettendo, ad esempio, di somministrare la prima a persone con deficit del linguaggio, oppure solo la seconda a soggetti che hanno handicap visuomotori. È preferibile, comunque, somministrare entrambe le sezioni per fornire ai soggetti esaminati un maggior numero di prove per dimostrare le loro capacità e per consentire agli esaminatori maggiori opportunità di valutazione delle abilità cognitive complessive. Si ottengono così due punteggi distinti (Q.I. verbale e Q.I. di performance) che confluiscono poi nella determinazione del Q.I. totale del soggetto. Il QI, calcolato dai dati della **Scala Verbale, di Performance o Totale**, è ricavato dal confronto diretto dei risultati ottenuti al test dal soggetto con quelli ottenuti dai soggetti appartenenti alla stessa classe d'età; esso costituisce forse il più significativo elemento d'informazione circa le capacità mentali del soggetto, in quanto è proprio il confronto con i coetanei che può essere assunto come la relazione più significativa.

La somministrazione del test Wais si estende dall'età adolescenziale a quella senile.

Sebbene le scale Wechsler rappresentino il test intellettuale più utilizzato, non sono esenti da critiche. Secondo alcuni critici, infatti, il test non misurerebbe la capacità intellettuale dei soggetti, bensì la loro cultura, come dimostra, ad esempio, la prova del vocabolario. Per questo motivo, in alcuni casi, si preferisce la somministrazione di quei test cosiddetti "culture free", cioè indipendenti dalla cultura. Fanno parte di questa categoria "le matrici di Raven", che consistono in sequenze logiche che il soggetto deve completare. Questo tipo di test misurerebbe realmente il funzionamento intellettuale, indipendente dallo status culturale.

Questionari di personalità

Le difficoltà, i disadattamenti e i problemi della personalità possono essere oggetto di indagine attraverso tecniche oggettive, in particolare questionari, che pongono al soggetto richieste verbali alle quali egli deve dare una risposta confacente al suo pensiero.

I questionari di personalità sono costituiti da un set di item che descrivono sintomi o tipi di comportamento: il soggetto rivela i propri sintomi o quale comportamento utilizza in circostanze determinate.

I questionari di personalità possono essere raggruppati, a seconda del fine a cui tende il loro utilizzo, in due categorie:

- i questionari che indagano specifiche **patologie della personalità** (MMPI-2, EWI, MPI, ecc.) valutano una serie di sintomi o comportamenti necessari alla psicodiagnosi. L'ambito di utilizzo principe di questi strumenti è quello dell'assessment di personalità clinico e psichiatrico. Fra tutti segnaliamo l'MMPI -2 e il CBA (batteria per un assessment cognitivo-comportamentale completo, ideata da un gruppo di psicologi italiani pensando alla pratica clinico-terapeutica).

- i questionari che permettono un'indagine ampia sulla struttura della personalità del bambino e dell'adolescente (ESPD, ecc.). Il loro utilizzo è in ambito clinico come in quello più quotidiano del counselling familiare e scolastico.

Inventario Multifasico della Personalità Minnesota 2 (MMPI 2)

L' **MMPI**, acronimo di **Minnesota Multiphasic Personality Inventory** è un test ad ampio spettro costituito per valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. Grazie alla facilità di somministrazione questo strumento si è rivelato di grande aiuto nella formulazione di diagnosi psichiatriche e psicologiche e nel determinare la gravità del disturbo psicopatologico riscontrato nel soggetto. Si è inoltre dimostrato utile ai fini del controllo terapeutico per la valutazione degli effetti di una terapia o altri eventuali mutamenti insorti successivamente.

Il test comunque è frequentemente usato anche per valutare le attitudini e i comportamenti del candidato in concorsi e per accedere al servizio militare.

Storia e utilizzo

È stato sviluppato negli anni '30 all'università del Minnesota, per opera di Hathaway e McKinley.

L'intento principale del test, almeno all'inizio, fu di screening: discriminare tra normalità e psicopatologia. Venne identificata una serie di item che permettevano di differenziare dalla popolazione normale i pazienti con le diagnosi psichiatriche più comuni dell'epoca. Queste scale potevano essere raggruppate in tre macrocategorie di personalità: quella nevrotica, quella psicotica, quella sociopatica. A queste scale cliniche si aggiungevano quelle di controllo, per far fronte ad alcuni problemi, tipo: la persona che sta rispondendo al test tende a mentire e ad ingannare intenzionalmente l'esaminatore? Il paziente comprende ciò che gli viene chiesto e risponde con attenzione alle varie domande o risponde a casaccio? Il paziente è in uno stato confusionale o di alterazione che pregiudica la sua possibilità di rispondere con consapevolezza? Grazie ad una serie di regole interpretative lo psicologo riconosce ed eventualmente rigetta quei protocolli che sono scarsamente attendibili.

La versione corrente è studiata per adulti con età superiore ai 18 anni, chiamata MMPI-2, rilasciata nel 1989, e ricorretta su alcuni quesiti nel 2001. L'MMPI-2 è composto da 567 affermazioni a cui il candidato deve rispondere *vero* o *falso* a seconda se l'affermazione è prevalentemente vera o prevalentemente falsa, e impiega, normalmente, circa dai 60 ai 90 minuti per il completamento. Esiste inoltre una versione ridotta e più veloce composta solamente dalle prime 370 domande dell'MMPI-2.

Le scale cliniche del test sono dieci: **ipocondria**, **depressione**, **isteria**, **deviazione psicopatica**, **mascolinità** o **femminilità** che variano dal **sex** del candidato, **paranoia**, **psicastenia** (particolare forma di nevrosi caratterizzata da stati ansiosi di vario tipo: ad esempio insicurezza, indecisione, facile esauribilità mentale e psichica.), **schizofrenia**, **ipomania** (lieve stato maniacale) e **introversione sociale**; accostate a tre scale che comprendono la sincerità del candidato, la risposta non casuale alle domande e la presenza di ostilità nei confronti del test. Scale di validità

Le tre scale di validità, o *scale di base*, più una impropria, sono invece:

- Scala L (Lie) - Menzogna: è riferita ad alcune domande i cui comportamenti illustrati per la quasi totalità delle persone sono veri o falsi; la situazione rappresentata è difficilmente reale, ma ideale. Per essere giudicati più positivamente, si preferisce quindi falsificare la risposta.
- Scala F (Frequency) - Frequenza: indica la possibilità di esagerazione dei sintomi, che può essere dovuta a risposte casuali, simulazioni di malattia, o desiderio di [anticonformismo](#). Inoltre indica il momento da cui si inizia a dare risposte senza attenzione alle domande, o per stanchezza o per scarso interesse.
- Scala K - Correzione: Indica un atteggiamento di difesa nei confronti del questionario, oppure una tendenza al non far trasparire alcuni problemi.
- Scala "senza risposta": indica la frequenza, la quantità e l'entità delle domande a cui non è stata data alcuna risposta.

È stata inoltre elaborata una versione per [adolescenti](#) per età comprese tra i 14 e i 18 anni, denominata Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A). Il questionario è composto da 478 affermazioni, e include le stesse 13 scale dell'MMPI e MMPI-2.

La somministrazione del test viene eseguita su pazienti affetti da disturbi della psiche e da candidati in concorsi in cui è richiesta una personalità salda ([forze armate](#), forze di polizia militari e civili, studenti in alcune facoltà di medicina e studenti di [seminari](#)).

??????

Consta di 6 scale di validità ed offre una gamma di ben 10 scale cliniche di base che coprono le tradizionali categorie psicopatologiche di riferimento (isteria, ipocondria, depressione, schizofrenia, paranoia, psicoastenia, introversione sociale, maniacalità, etc....), 12 scale addizionali che facilitano l'interpretazione delle scale di base e approfondiscono la natura dei vari disturbi (includendo ulteriori categorie quali: alcoolismo, tossicodipendenza, disagio coniugale, disturbo da stress post-traumatico, etc....) e 15 scale di contenuto, che permettono di descrivere e predire diverse variabili di personalità (tra cui: ansia, ossessività, rabbia, bassa autostima, problemi familiari, difficoltà di lavoro, indicatori di trattamento psicoterapeutico...).