

## Uso dei test

Non possono essere utilizzati per fare diagnosi senza l'osservazione clinica, ma possono confermare delle ipotesi o integrare delle conoscenze e possono essere utilizzati per valutare il funz psichico norm e patologico

- Rilevare Tratti personalità che si presume siano predittivi di comport futuri, norm o patol

Forniscono dati specifici per

- Fare diagnosi
- Individuare trattamento più adatto per quel paz
- Valutare l'andamento del trattamento o l'esito finale
- Effettuare una diagnosi precoce per rilevare sogg a rischio

**Scelta del test** in base al tipo di info che devo cercare perchè ogni test è costruito su specifiche caratteristiche e ognuno fornisce dei risultati diversi che hanno senso solo se inseriti all'interno di un paradigma compatibile con quello che è alla base della costruzione del test.

Prima di somministrare un test lo psi deve verificare se il paz ha la capacità di comprendere e svolgere il test e valutare la sua competenza nel somministrarlo, inoltre deve conoscere la *validità*, l'*orientamento teorico*, le *caratteristiche pratiche*, l'*attendibilità* e la *standardizzazione* del test specifico che intende utilizzare.

**Validità** si intende che il test vada a misurare effettivamente le caratteristiche prese in considerazione. (es. misurare ansia)

- **Di contenuto**: il test deve prendere in esame tutti i possibili aspetti del fenomeno che devo studiare, per es se voglio misurare la presenza o meno di ansia deve includere dai correlati fisiologici, biologici a quelli che riguardano la sfera affettiva e comportamentale.
- **Predittiva**: deve essere in grado di predire gli aspetti dell'andamento di un disturbo o l'esito di una terapia, perchè non basta avere una foto statica della situazione. Spesso i test vengono somministrati all'inizio delle terapie, soprattutto quando non ci si sente sicuri di una certa patologia, anche se non rivelano più di ciò che si può ascoltare durante il colloquio, talvolta per fare ricerca e talvolta per ...fare scena...
- **Concorrente/discriminante**: si basa sul confronto di una variabile utilizzando 2 test diversi. Es. per valutare la validità concorrente dell'ansia posso confrontare i punteggi ad un test dell'ansia con i valori della conduttanza cutanea. Oppure posso confrontare l'ansia con il benessere, se hanno validità non devono correlarsi positivamente, perchè non è detto che l'una includa per forza l'altra. Posso anche mettere a confronto il risultato di 2 test che mettono in evidenza 2 variabili diverse opposte, es. introversione/estroversione, i risultati devono essere diversi altrimenti significa che uno dei due strumenti utilizzato o entrambi contemporaneamente non riescono a misurare in modo corretto la variabile indagata.

- **Di costrutto**: prevede un esame attento del costrutto che sta alla base del test. Es. un test che valuta la depressione dovrebbe avere le variabili di costrutto che includono eventi stressanti, esperienze di lutto, ideali di comportamenti poco realistici ecc. I risultati devono confermare l'ipotesi dei costrutti.

**Attendibilità**: quando un test viene applicato a MARIO in tempi diversi e si ottengono risultati simili, anche se il luogo è differente e chi lo somministra. Una lieve variabilità dei punteggi è ineliminabile dovuta da: errori di somministrazione, calo di attenzione del testando, condiz ambientali diverse, o errori intrinseci dovuti da instabilità della condizione psicologica per es nel caso dell'ansia. Quindi l'attendibilità si basa sull'affidabilità dei test, sulla fedeltà e sulla replicabilità che possono essere confermate da 4 metodi:

- **Test retest**: somministrare 2 volte lo stesso test ad un gruppo di sogg a distanza di tempo. Il coefficiente di correlazione fra i 2 test misura la concordanza dei risultati ottenuti nelle 2 applicazioni. Più è alta la correlazione tanto è maggiore l'attendibilità del test. I limiti riguardano le vicende di vita che possono influenzare e l'evolversi di una patologia.
- **Forme parallele**: somministrare 2 test comparabili allo stesso gruppo uno di seguito all'altro senza intervalli. Il coefficiente di correlazione fra i due test misura l'attendibilità.
- **Divisione a metà**: il test o l'insieme degli item viene suddiviso in 2 e somministrato uno di seguito all'altro. Il coefficiente di correlazione delle due metà dei test misura l'attendibilità.
- **Concordanza dei giudizi**: si usa soprattutto quando il risultato di un test si basa sul giudizio del clinico per es. Rorschach. I risultati vengono proposti ad altri clinici e più saranno simili i risultati delle siglature tanto più il test sarà attendibile.

**Standardizzazione**: consiste in alcune procedure a cui bisogna attenersi.

- Tutti i soggetti devono seguire le stesse indicazioni
- Tutti i soggetti devono essere sottoposti con uguale procedura alle stesse domande, stesse prove, o stesse situazioni stimolo
- La siglatura e l'attribuzione dei punteggi deve essere definita sin dall'inizio e scritta chiaramente
- Confrontare i test con i dati normativi, qualora non esistessero non ha ragione di essere il test

**Test proiettivi di personalità** (i test non possono essere utilizzati per fare diagnosi senza l'osservazione clinica, e possono confermare delle ipotesi o integrare delle conoscenze). Sono strumenti che valutano la personalità e la psicopatologia basati su stimoli standardizzati, vaghi e senza un significato predeterminato, che lasciano una libera

interpretazione dello stimolo al soggetto. Si caratterizzano per il fatto che lo stimolo è vago e il soggetto può attribuirgli qualsiasi significato che si baserà sul proprio mondo fenomenologico e propria personalità. Ed è su queste caratteristiche che poggia la veridicità dei test, perchè le risposte saranno indicative della personalità dell'esaminando. I test proiettivi vengono utilizzati soprattutto dai clinici di orientamento psicodinamico perchè indagano caratteristiche della personalità non evidenziabili con i test di autovalutazione. I limiti riguardano la validità, attendibilità e standardizzazione per cui dovrebbero essere somministrati solo da psicologi esperti e competenti. I test più utilizzati sono il Rorschach e il TAT.

**Test di Rorschach** E' il test proiettivo più usato dai clinici nato per mano dallo psichiatra che ne porta il nome. Si tratta di **10 tavole** rettangolari con lato prestabilito, dove su fondo bianco sono rappresentate delle macchie che sono state prodotte da gocce di inchiostro fatto colare sul foglio bianco e poi piegato in due, cosicché la tavola risulta con due macchie simmetriche. **7** tavole sono realizzate con inchiostro **grigio e nero**, tra cui **2** includono anche il **rosso** e le ultime **3** sono variamente **colorate**. Rorschach usava le tavole per studiare la relazione tra percezione e personalità, poi si rese conto che i pazienti davano risposte in base al loro vissuto, alle loro esperienze, alla loro personalità dal quale si evinceva anche una psicopatologia. Così iniziò ad usarli per fare diagnosi. Purtroppo la scomparsa precoce di Rorschach non permise di definire criteri chiari che riguardano l'interpretazione la siglatura e la somministrazione. Così molti si interessarono alle tavole, fino agli anni '70 quando **Exner** diede al test di Rorschach un sistema di somministrazione standardizzato, una siglatura condivisa un data base normativo, nel tentativo di fare acquisire al test validità, standardizzazione e attendibilità. Propose una interpretazione prevalentemente di tipo **quantitativo** e ateorico e, nonostante sempre più psicologi utilizzino le tavole di Rorschach, soprattutto i clinici di orientamento psicodinamico, non tutti condividono l'approccio quantitativo, in quanto considerato riduttivo rispetto le informazioni ottenute quindi preferiscono usare il metodo interpretativo di **Passi Tognazzo** o quello di **Lerner** che integrano all'approccio quantitativo anche una interpretazione qualitativa.

**Somministrazione** avviene in una stanza ben illuminata, i 2 soggetti seduti ad angolo retto allo stesso tavolo. Lo psicologo, con in mano le tavole capovolte disposte in ordine numerico, comunica le istruzioni (ora le mostro delle tavole e lei mi dirà cosa potrebbero essere)ponendo la prima tavola nelle mani dell'esaminando in ordine numerico dalla prima alla decima con il lato corretto. Il paz può dire tutto ciò che gli viene in mente guardando le immagini senza limiti di tempo e disporre le tavole

come meglio crede girandole in senso orario antiorario o sottosopra. Durante la somministrazione delle tavole lo psi annota tutte le risposte del paz, i commenti, la posizione della tavola, le espressioni del viso, il tempo totale del test (alcuni annotano anche il tempo che intercorre tra la consegna della tavola e la risposta) sulla prima colonna del foglio di registrazione. Nel caso in cui il paz non dia alcuna risposta ad una tavola Exner propone di persuadere alla risposta a differenza di altri che propongono di prenderne solo atto. Al termine della somministrazione del test si effettua una inchiesta al paz volta a chiarire quale parte della macchia ha definito la risposta annotando i commenti sulla seconda colonna. Congedato il paz lo psi eseguirà la siglatura del test che annoterà nella terza colonna.

**La siglatura** avviene su una classificazione di 4 dimensioni,

- **localizzazione** = area della tavola a cui si riferisce la risposta (percezione dell'intera immagine in un unico elemento (farfalla tav 5) o diverse aree che vanno a formare diverse immagini (2 fate sul dondolo tav 7 che ho visto a lezione),
- **determinanti** = caratteristica della tavola che ha determinato la risposta (forma, colore, movimento, chiaroscuro)
- **contenuti** = classe di appartenenza di ciò che l'esaminando ha visto (contenuto animale, umano, vegetale ecc),
- **frequenza statistica** = frequenza delle risposte classificate su campione della popolazione (ritenute banali se date da un paz su 6) o originali. Le siglature variano a seconda del metodo che si utilizza.

**TAT** Nasce dalla teoria dei **bisogni/pressione** di **Murry** che sostiene caratterizzanti del comportamento sia gli **aspetti psicobiologici** che quelli **ambientali**. I bisogni sono intrinseci (fame, sete, sesso) e le pressioni estrinseche e si riferiscono alle forze ambientali. E' un test proiettivo tematico si basa sull'assunto che le esperienze, gli stimoli ambientali vengano percepiti e interpretati sulla base dei propri bisogni, stati d'animo attuali e sulle memorie del passato. E' composto da **31** tavole e da **1 bianca** e rappresentano immagini di persone sole o in contesti sociali. Si possono suddividere in **4 batterie** alcune tavole sono somministrabili a tutti i soggetti, altre solo ai **maschi** o **alle femmine**, altre agli **adolescenti** o agli **adulti**; la **batteria differenziata** è composta da **20** tavole, che vengono somministrate in **due sedute** (10 tavole alla volta). Nella pratica clinica vengono selezionati da 6 a 10 tavole, non rispettando il pensiero di Murry ideatore del TAT, che lo psicologo sostiene possano essere maggiormente rappresentative per i conflitti o i bisogni del paziente. **Somministrazione** viene consegnata una tavola al sogg e gli viene chiesto di raccontare una storia che spieghino i **motivi** che hanno portato a quella situazione, **descrivere** ciò che accade in quel momento e a che cosa stanno **pensando** i protagonisti

dell'immagine e di come si **concluderà** la storia. **L'interpretazione**. Nella pratica clinica vengono interpretate due letture. La lettura **formale**, che riguarda il **modo** in cui il sogg racconta la storia la **costruzione** la **leggibilità**, forniscono informaz sulla **vita affettiva** e **cognitiva** dove si possono rintracciare eventuali **psicopatologie** perchè il racconto comporta l'utilizzo di diverse capacità da parte dell'esaminando, quindi se l'lo è integro avremo una buona storia in caso contrario la storia risulterà confusa, senza inizio o fine o priva di emozioni. La lettura che riguarda il **contenuto** può rivelare eventuali **conflitti interiori** perchè viene osservata valutando le **emozioni** e le **relazioni** fra i personaggi, queste caratteristiche del racconto vengono interpretare sotto una chiave **psicodinamica**.

La lettura classica di Murry, basata su bisogni/pressioni sopra citata, è stata ripresa da **Bellak** che ha proposto, sempre una lettura di orientamento psicodinamico, modificando alcune variabili, per es. integrando la figura dell'**eroe**, bisogni e pulsioni dell'eroe, natura dell'angoscia, difese contro conflitti e paure, che porta comunque ad una lettura che riveli l'integrità dell'lo, strutturazione della personalità, presenza di eventuali conflitti e le difese messe in atto.

**Questionari di personalità** fanno parte degli strumenti oggettivi di misura delle caratteristiche della personalità, riducendo la soggettività dello psi. I criteri di lettura del test sono prestabiliti e portano ad un'unica interpretazione. Sono autodescrittivi e si basano su asserzioni che possono essere individuate nel soggetto o non, e forniscono una rappresentaz quantitativa delle caratteristiche studiate. Possono essere costruiti su caratteristiche specifiche della personalità (diverse teorie) o su base empirica. Presentano, come tutti i test, limiti di validità e attendibilità, quindi lo psi per utilizzarle deve conoscerne le caratteristiche psicometriche. Possono essere utilizzati per fare diagnosi ma sempre comparati dall'osservazione clinica.

**MMPI** nella sua forma originaria (elaborata verso la fine degli anni '30) fu costruita su base **empirica** sottoponendo diversi paz con stessa diagnosi di uno specifico disturbo mentale (isteria, paranoia, depressione ecc) e un gruppo di persone normali, rappresentativo della popolaz del Minnesota, a un insieme di asserzioni che indicavano dei problemi psicologici. I risultati dei vari item discriminanti dal gruppo patologico e normale andarono a costruire la struttura del MMPI formando **8** scale, furono aggiunte **2** scale, **mascolinità/femminilità** e **introversione sociale**, e **4 scale di controllo** che evidenziassero l'atteggiamento del paz nei confronti del test (non so, menzogna, frequenza, correzione) totalizzano un insieme di **550 item**. Successivamente il MMPI, venne aggiornato modernizzando il linguaggio, eliminando e sostituendo item ritenuti obsoleti ambigui o troppo intrusivi denominato.

**MMPI-2** Il num delle **10 scale cliniche** e le **4 di controllo** rimasero, ma furono aggiunte **3 scale di controllo, 15 scale complementari e alcune scale di contenuto**. Il MMP-2 è un test di autovalutaz finalizzato a individuare le caratteristiche strutturali della personalità e l'eventuale presenza di psicopatologie. E' un libretto composto da **567** item, di 12 pagine, con risposte **dicotomiche** (vero/falso), es. mi sveglio fresco e riposato tutte le mattine, il paz deve segnare con una crocetta se quella caratteristica gli appartiene o no su vero o su falso, posto accanto la frase. I questionari sono brevi e di facile comprensione infatti per la sua compilaz è sufficiente una cultura della scuola dell'obbligo. Può essere somministrato a persone singole o gruppi e dal 1992 è disponibile una versione per gli adolescenti. I libretti sono predisposti per l'applicazione di una griglia per un primo calcolo dei punteggi che poi verranno annotati sul un foglio di siglatura tarato in base al sesso del soggetto. Attraverso l'applicaz dei dati sulla tabella si ottiene il punteggio del valore T(se inferiori a 40 e superiori a 65 segnalano un disturbo psicologico), e la validità del test attraverso le scale L,F,eK. Una volta convalidate le scale di validità si procede all'interpretazione delle scale cliniche che evidenziano uno specifico disturbo.

- **Le scale cliniche** rappresentano uno specifico disturbo psicologico, num da 0 a 9, 1 ipocondria, 2 depressione, 3 isteria, 4 deviazione psicopatica, 5 mascolinità femminilità, 6 paranoia, 7 psicastenia, 8 schizofrenia, 9 ipomania, 0 introversione sociale.
- **Scale di controllo** verificano se il protocollo è valido o non. Scala **L-menzogna** evidenzia se vi è stato un tentativo di mostrarsi sotto una buona luce, tuttavia un punteggio alto non può rendere il test non valido, piuttosto conferma una tendenza generale che può alterare il risultato, **F** (sono solo soprattutto nella prima parte del foglio) mette in evidenza se è stato compilato in modo casuale, in altri casi evidenzia una cattiva comprensione, o può valutare la capacità di evidenziare troppo le proprie incapacità, **K** rivela aspetti che il paz nega a sé stesso in maniera inconsapevole, un punteggio alto può rivelare un diniego della propria patologia, **?-non so** non è proprio una vera scala valuta quante risposte non sono state date, a cui sono state date entrambe (vero/falso), molte risposte mancate riducono la validità del profilo, **Fb** vengono utilizzate confrontandole con la scala F per verificare se il test è stato compilato con la stessa attenzione perché distribuite nelle pagine successive rispetto la scala F e se il protocollo non risulta valido in base ai risultati della scala F non è utile confrontarla con la scala Fb, **VRIN** composta da item di contenuto opposto o simile viene confrontata con la scala F e può dare precise info su una compilazione casuale, tentativi deliberati di falsificare sabotare i dati e di confusione

psicologica, **TRIN** coppie di item che hanno significati opposti per valutare se il paz tende a dare sempre la stessa risposta (vero).

- **Scale supplementari** utilizzate per l'interpretaz dei dati su base fattoriale o empirica. Il valore della scala **T** (posizionata nei bordi del foglio di protocollo, 0/100) non indica una soglia assoluta ma piuttosto che se inferiore a 40 considerato basso, e alto se superiore 65, in entrambi i casi ritenuti patologici.
- **Scale di contenuto** costruite non sul metodo empirico ma sulla sintomatologia integrate nel MMP2, e vengono utilizzate per **sviluppare e integrare le ipotesi** definite dalle scale cliniche. Gli item sono collegati a ciò che si vuole misurare, per es per valutare l'ansia dovrò avere dei punteggi alti nei item dei disturbi del sonno, tensione, scarsa concentrazione ecc.
- **Le scale addizionali** forniscono **ulteriori info** in merito alla condizione del paz e sono state costruite su base empirica.

**Questionari sintomatologici** sono state costruite su base sintomatologica e cercano di evidenziare specifici sintomi e non sono diagnostici, dando solo una interpretaz quantitativa dell'aspetto che si vuole rilevare. Gli item possono segnalare un sintomo o uno stato di benessere.

**SQ** è un questionario di autovalutazione della **personalità** costruito su base sintomatologica, composto da 92 item, da scale e sottoscale di facile applicazione, infatti lo possono somministrare anche persone poco esperte dopo un breve training, con risposte vero/falso e si/no che non rappresentano solo i sintomi (68 item) ma anche gli stati di benessere (24). Il SQ viene somministrato per monitorare lo stato psi del sogg e fornisce una semplice fotografia, fornendo una valutazione quantitativa dello stato di malessere. Il risultato è ritenuto patologico quando il punteggio di una scala supera il valore 2, ma occorre comunque integrare con l'osservazione clinica. Non ha scale di validità, può essere utilizzato nell'ambito clinico ma spesso viene usato per scopi di ricerca. Se si ottengono punteggi alti

**BDI** è un questionario strutturato che misura il livello di **depressione** ideato da Back, raccogliendo le info che davano i paz su sé stessi traducendoli in 21 item che raggruppano sintomi e atteggiamenti caratteristici delle persone depresse: tristezza, pessimismo, senso di fallimento, senso di colpa ecc. per ogni item vengono fornite 4 risposte alternative: assente 0, lieve 1, moderato 2, grave 3. Per es. il item che riguarda il senso di colpa chiederà se: non mi sento particolarmente in colpa; mi sento in colpa buona parte del tempo; mi sento in colpa per la maggior parte del tempo; mi sento sempre in colpa. Il punteggio si basa sulla gravità del sintomo e la somma dei vari item darà un punteggio che risulta normale 5/9, lieve 10/18, moderata 19/29, grave 30/63 comunque se superiore a 16 segnala allarme clinico.

**STAY** è un questionario di autovalutazione strutturato che **misura l'ansia**, uno stato di paura e di apprensione apparentemente non motivata che porta ad evitare situazioni o a un atteggiamento possessivo-compulsivo. E' composto da 40 domande, 20 riguardano l'ansia di stato (come si sente il sogg adesso, in quel momento) e 20 l'ansia di tratto (come si sente abitualmente). Le risposte partono da un valore 1, per nulla, fino ad un valore massimo di 4 moltissimo, e il soggetto deve appunto rispondere in base a quanto lo riguarda o meno quella determinata domanda. Lo STAY può essere somministrato a singole persone o a gruppi, non c'è un tempo definito, viene utilizzato sia in ricerca che in clinica e ci sono i dati normativi sulla popolaz italiana.