

# ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO IN ADOLESCENZA

Guida pratica  
alla consultazione testologica

A CURA DI LAURO QUADRANA E LILIAN ZOTTI



*Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo*

**FrancoAngeli**

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

# **ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO IN ADOLESCENZA**

**Guida pratica  
alla consultazione testologica**

**A CURA DI LAURO QUADRANA E LILIAN ZOTTI**

***Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo***

**FrancoAngeli**

Isbn: 9788835158493

Progetto grafico di copertina di *Elena Pellegrini*

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

# Indice

<b>Gli autori</b>	pag.	9
<b>Prefazione</b> , di <i>Mauro Ferrara</i>	»	11
<b>Introduzione</b>	»	13

## Prima parte

<b>1. Colloquio psicodiagnostico e raccolta anamnestica</b>		
di <i>Lauro Quadrana</i>	»	19
Bibliografia	»	24
<b>2. Quando somministriamo i test?</b>		
di <i>Lauro Quadrana</i>	»	26
Bibliografia	»	30
<b>3. La stesura della relazione psicodiagnostica</b>		
di <i>Lauro Quadrana</i>	»	31
Bibliografia	»	34
<b>4. Il momento della restituzione</b>		
di <i>Lauro Quadrana</i>	»	35
La restituzione e il distacco	»	37
Bibliografia	»	39
<b>5. Rating scale e self-report inventory</b>		
di <i>Lauro Quadrana, Lilian Zotti</i>	»	40
1. Introduzione alle scale di valutazione globali	»	40

2. Strumenti per la valutazione del funzionamento globale	pag.	45
Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti (K-SADS-PL DSM-5)	»	45
Child Behavior Checklist (CBCL)	»	47
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	»	50
Bibliografia	»	51

## Seconda parte

<b>6. I disturbi depressivi e d'ansia in adolescenza</b>		
di <i>Eleonora Sbardella, Claudia Mazzi, Lauro Quadrana</i>	»	55
<b>I disturbi depressivi</b>	»	55
1. Introduzione ai disturbi depressivi	»	55
2. Classificazione	»	55
3. Disturbi depressivi in adolescenza	»	59
4. Epidemiologia ed eziologia	»	60
5. Diagnosi e trattamento	»	61
6. Strumenti di valutazione	»	63
Children Depression Inventory-Second Edition (CDI-2)	»	64
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	»	72
<b>I disturbi d'ansia</b>	»	79
1. Introduzione ai disturbi d'ansia	»	79
2. Disturbi d'ansia in adolescenza	»	79
3. Epidemiologia ed eziologia	»	81
4. Diagnosi e trattamento	»	82
5. Classificazione	»	85
Disturbo d'ansia da separazione	»	85
Mutismo selettivo	»	86
Fobia specifica	»	87
Disturbo d'ansia sociale	»	88
Disturbo di panico	»	89
Agorafobia	»	89
Disturbo d'ansia generalizzato	»	90
6. Strumenti di valutazione	»	90
Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-2)	»	91
Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA)	»	96
Bibliografia	»	100

<b>7. Il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi alimentari in adolescenza</b>	
di <i>Elisa Piredda, Flavia Carvisiglia, Lauro Quadrana</i>	pag. 105
<b>Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)</b>	» 105
1. Introduzione al disturbo ossessivo-compulsivo	» 105
2. Esordio, epidemiologia ed eziologia	» 108
3. Il disturbo ossessivo-compulsivo in adolescenza	» 110
4. Diagnosi e trattamento	» 111
5. Strumenti di misura delle ossessioni e compulsioni in infanzia e adolescenza	» 114
Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)	» 116
Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)	» 121
<b>I disturbi alimentari (DCA)</b>	» 127
1. Introduzione ai disturbi alimentari	» 127
L'anoressia nervosa	» 128
La bulimia nervosa	» 129
Bing eating	» 130
2. I disturbi alimentari in adolescenza	» 131
3. Epidemiologia ed eziologia	» 132
4. Diagnosi e trattamento	» 134
5. Strumenti di valutazione	» 136
Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3)	» 137
Eating Attitude Test (EAT-26)	» 141
Body Uneasiness Test (BUT)	» 144
Bibliografia	» 147
<b>8. I disturbi psicotici in adolescenza</b>	
di <i>Lilian Zotti, Lauro Quadrana</i>	» 153
1. Introduzione	» 153
I sintomi psicotici	» 155
2. Epidemiologia ed eziologia	» 158
Epidemiologia	» 158
Ipotesi eziopatogenetiche	» 159
Sintomi prodromici	» 163
3. Diagnosi	» 164
Comorbidità e diagnosi differenziale	» 166
Prognosi	» 167
Importanza di una diagnosi precoce e prevenzione	» 168
4. Trattamento	» 169

5. Strumenti	pag. 171
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	» 172
Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)	» 176
Structured Interview for Prodromal Syndromes/Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS)	» 180
Bibliografia	» 187
<b>9. Il comportamento suicidario in adolescenza</b>	
di <i>Rebecca Minafra, Lilian Zotti, Lauro Quadrana</i>	» 194
1. Introduzione	» 194
2. Epidemiologia ed eziologia	» 195
3. Diagnosi	» 197
Inquadramento diagnostico	» 197
Disturbo da comportamento suicidario e autolesività non suicidaria (NSSI)	» 197
4. Prevenzione	» 198
5. Trattamento	» 199
6. Strumenti per la valutazione del rischio suicidario	» 200
Multi-Attitudes Suicide Tendency Scale for Adolescents (MAST) (Orbach <i>et al.</i> , 1991)	» 201
Columbia-Suicide Safety Rating Scale (C-SSRS)	» 204
Columbia-Suicide Safety Rating Scale (C-SSRS) - versione ridotta	» 207
Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)	» 210
Bibliografia	» 213
<b>10. I disturbi di personalità in adolescenza</b>	
di <i>Lauro Quadrana, Lilian Zotti</i>	» 216
1. Introduzione	» 216
2. Classificazione	» 218
3. I disturbi di personalità in adolescenza	» 220
4. Epidemiologia ed eziologia	» 223
Epidemiologia	» 223
Neurobiologia, geni e sviluppo della personalità	» 224
5. Strumenti	» 226
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A)	» 226
Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)	» 231
Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5 (SCID-5-PD)	» 235
Bibliografia	» 240

## Gli autori

**Lauro Quadrana**, Dirigente I Livello presso il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”. Responsabile del Servizio Psicodiagnostica per i disturbi del Neurosviluppo in Adolescenza. Specialista in Psicoterapia, Docente in Psicologia Clinica, Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva, facoltà di Medicina e Chirurgia Università “La Sapienza”. È autore di numerose pubblicazioni inerenti problematiche psicologiche e psicopatologiche dell’età evolutiva. I suoi interessi prevalenti riguardano lo studio delle neuroscienze e della neuropsicologia in adolescenza, in particolare nella relazione tra neurosviluppo e disturbi psicopatologici.

**Lilian Zotti**, psicologa e dottoranda in psicologia dinamica e clinica presso l’Università di Roma “La Sapienza”. In collaborazione scientifica con il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”.

**Flavia Carvisiglia**, dottoressa in psicologia e tirocinante presso il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”.

**Claudia Mazzi**, psicologa e frequentatrice scientifica presso il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”.

**Rebecca Minafra**, dottoressa in psicologia e dottoranda in psicologia cognitiva presso l’Università di Roma “La Sapienza”. Tirocinante presso il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”.

**Elisa Piredda**, dottoressa in psicologia e tirocinante presso il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”.

**Eleonora Sbardella**, psicologa e frequentatrice scientifica presso il Day Hospital Adolescenti, UOC Neuropsichiatria Infantile, Azienda Policlinico Umberto I di Roma, Università degli studi di Roma “La Sapienza”.



# Prefazione

di Mauro Ferrara

“La diagnosi che non osa dire il suo nome”: era il titolo di un importante articolo di qualche anno fa di uno psichiatra influente come Andrew Chanen. Titolo preso a prestito – parafrasando il minimo necessario – da Oscar Wilde, e trasferito in un campo lontanissimo da quello che lo aveva ispirato: Chanen lo utilizzò con disinvoltura riferendosi alla problematica della diagnosi in adolescenza. A essere precisi, l’articolo si riferiva alla diagnosi di “disturbo di personalità” in adolescenza, ma la “quasi citazione” poteva adattarsi a tutta la questione della diagnosi di disturbo mentale in adolescenza.

È vero che negli ultimi due, tre decenni nella pratica clinica le cose sono molto cambiate. Le diagnosi in adolescenza si fanno, persino troppo spesso e con tutto quello che ne consegue: prescrizioni farmacologiche (in aumento), prescrizioni di psicoterapia (che restano molto spesso lettera morta, visto che si tratta di un lusso per pochi, anche in paesi con sistemi sanitari avanzati), trasferimento di competenze più terapeutiche che educative sul sistema scolastico, ecc.

Tuttavia non sempre si “osa dire”: nella speranza che “con la crescita tutto passi”? per timore dello stigma precoce?

Anche la psicodiagnostica testologica applicata all’adolescenza ha risentito e tuttora risente di queste ambiguità di fondo: se la prendiamo troppo alla lettera e la isoliamo dalla relazione rischiamo di patologizzare anche i movimenti fisiologicamente irregolari e talvolta erratici della mente nella fase post-puberale; se la consideriamo, per pregiudizio, pericolosa ci priviamo di informazioni preziose sulle fasi precoci del malessere che può diventare malattia. Proprio quando intervenire sposta di più – lo dice una letteratura ormai solidissima – in termini di salute mentale dell’adulto che sarà.

La “Guida pratica” di Quadrana e Zotti si colloca in questo campo ancora largamente percorso da atteggiamenti contrapposti, partendo da alcuni punti di forza:

1. L'esperienza istituzionale. Si sente; la quantità e la varietà di adolescenti che si incontrano, il lavoro in équipe fanno da sostanza e da contrappeso rispetto agli “eccessi” testologici.
2. L'ancoraggio alla psicopatologia dello sviluppo. La “fotografia”, anche testologica, dell'adolescente è sempre “fotogramma” di un film dalla trama in buona misura non prevedibile. Sì alla diagnosi quindi, purché aperta e revisionabile nel tempo, soprattutto quando dopo la diagnosi entrano in campo i trattamenti, quali che siano. Senza dimenticare che bisogna anche saper osare nel consegnare – quando si può – all'adolescente e alla sua famiglia la diagnosi più difficile da fare: quella di normalità.
3. Infine: l'*assessment* senza relazione non serve. Anche la somministrazione di un questionario *self-report* è un momento di un processo interpersonale complicato. Processo conoscitivo certamente, ma soggetto alle regole e agli incidenti di ogni incontro, con imprevisti e passaggi che richiedono più cura e più tempo. Attenzione, soprattutto, al momento della restituzione, cui giustamente gli autori dedicano uno spazio importante: gli adolescenti non sono affatto restii – come si è pensato a lungo – a ricevere un resoconto sul proprio funzionamento. Anzi, soprattutto in questi ultimi anni, tendono sempre di più ad *autodiagnosticarsi*: e scopriamo spesso che un *assessment* psicodiagnostico corretto può essere più fondato – si spera – ma spesso anche molto più benevolo di quello che ragazze e ragazzi si fanno da soli.

# Introduzione

Il processo psicodiagnostico è un percorso conoscitivo-valutativo che conduce alla formulazione di un'ipotesi diagnostica, fondamentale per l'elaborazione del piano di trattamento. Il percorso psicodiagnostico è necessariamente multidimensionale perché con esso ci si appresta a conoscere nel miglior modo possibile il funzionamento psichico di una persona mediante le dimensioni cosce e inconscie, sane e patologiche, evidenti e non. Si evince che l'attenzione non è rivolta solo al sintomo, bensì all'intera personalità del soggetto, al suo funzionamento, ai suoi punti di forza e di debolezza. Generalmente tale processo si articola in diverse fasi:

- **Colloquio clinico**, in cui il ragazzo parla liberamente delle proprie difficoltà e delle aspettative rispetto alla consultazione. Il clinico accoglie incondizionatamente e utilizza un ascolto attivo ed empatico per comprendere la persona nel suo complesso.
- **Raccolta dei dati bio-psico-sociali**: il clinico raccoglie tutte le informazioni utili alla comprensione dell'altro per avere una cornice in cui collocare le difficoltà del paziente.
- **Somministrazione di test**: si somministrano i test in base alle esigenze diagnostiche.
- **Restituzione**: si comunica al soggetto quanto emerso, e può formularsi una proposta di trattamento da svolgersi o con lo stesso clinico che ha proceduto alla valutazione o con altro professionista.

La psicodiagnosi ha molteplici ambiti di applicazione: scolastico, medico, forense. Quando prevede un inviante a cui rispondere a uno specifico quesito (giudice, insegnante, ecc.) parliamo di **consulenza psicodiagnostica**, quando rientra nella relazione paziente-psicoterapeuta parliamo di **consultazione psicodiagnostica**.

La parola Psicodiagnosi è composta da due termini: Psico dal greco psiche che indica, in senso traslato, anima; Diagnosi dal greco conoscenza (gnosis) per mezzo di (dia), cioè la conoscenza ottenuta attraverso uno strumento che in ambito clinico si rivela essere l'osservazione e lo studio di segni e/o sintomi. Per cui la psicodiagnosi è la disciplina volta alla conoscenza dell'anima, ossia è l'attività tesa a valutare, descrivere e comprendere le caratteristiche più profonde dei vari aspetti che compongono e definiscono la personalità di un individuo allo scopo di pervenire a una diagnosi (ossia conoscenza) attraverso il succedersi, ragionato e plausibile, della formulazione di ipotesi diagnostiche.

È proprio l'incontro tra diagnosta e adolescente che assume una valenza ricca di significati che prende forma nella compatibilità delle due personalità coinvolte. Ed ecco che il processo psicodiagnostico diventa un co-cammino che non deve coincidere né esaurirsi con l'inquadramento della persona all'interno di una casella nosografica. La diagnosi non è un'etichetta che si appone all'adolescente, bensì una descrizione dinamica di una modalità di funzionamento, sempre passibile di cambiamento nel tempo.

La psicodiagnostica è, dunque, l'area che si occupa della valutazione e della diagnostica psicologica, personologica e psicopatologica, attraverso l'uso di una serie integrata di questionari, inventari di personalità, colloqui clinici, esami neuropsicologici e valutazioni osservative. Il tipo di tecniche e strumenti da utilizzarsi variano di volta in volta, in base al contesto e agli obiettivi della valutazione, all'età e al tipo di eventuali difficoltà dei soggetti che vengono valutati.

Il test rappresenta uno strumento indispensabile per ottenere una misurazione il più obiettiva e standardizzata che, integrata con una valutazione qualitativa, dà luogo a una descrizione ad ampio raggio del ragazzo.

L'assessment psicodiagnostico è utilizzato soprattutto per poter valutare e progettare l'intervento terapeutico più indicato per la persona, considerare l'andamento terapeutico, e valutare in ambito forense.

È importante segnalare che la diagnosi psicologica è una **diagnosi "attuale"**, cioè che evidenzia sì una categorizzazione, ma potenzialmente modificabile in senso evolutivo.

È in adolescenza, infatti, più che in ogni altra fase di vita che si pone la questione nosografica tra normalità e patologia. Lo sviluppo adolescenziale si caratterizza, in particolare nella fascia 12-18 anni, per impulsività, ricerca di sensazioni, comportamenti a rischio; elementi da tenere a mente accanto alle ipotesi psicopatologiche legate alla difficile integrazione del corpo sessuato e al conflittuale distacco dalle figure genitoriali infantili. Le neuroscienze pongono il focus della loro attenzione sul riconoscimento di facilitazioni o impedimenti al processo di "maturazione", inteso come una

chiara e definita riorganizzazione cerebrale in corso. L'evidenza clinica e recenti ricerche nel campo delle neuroscienze mostrano infatti come, nel corso dell'adolescenza, vulnerabilità individuale e fattori ambientali "stressanti" (condizioni di distress) possano interferire, in senso "patoplastico", nel processo di maturazione e di trasformazione dell'organizzazione di personalità dell'adolescente.

La **valutazione psicodiagnostica in adolescenza** è estremamente complessa, poiché può essere difficile, in questa fase della vita, differenziare le situazioni patologiche dagli aspetti evolutivi di una crisi adolescenziale. La diagnosi in adolescenza presuppone, quindi, una conoscenza approfondita delle caratteristiche dello sviluppo e dei compiti evolutivi che il soggetto deve fronteggiare. Credo sia più appropriato riferirsi a varie fasi adolescenziali, in cui si sottende l'intreccio di linee evolutive diverse riguardanti piani intrapsichici, interpersonali e somatici. Importante quindi è fare riferimento a criteri clinici e diagnostici adeguati alle caratteristiche specifiche del processo relazionale.

La **specificità della psicopatologia adolescenziale** trova conferma non tanto sulla base del criterio cronologico dell'età, quanto nelle caratteristiche comportamentali e psicologiche dell'adolescente, in cui si nota una prevalenza di comportamenti agiti, la tendenza all'esternalizzazione dei conflitti, il valore attribuito al corpo e all'espressione corporea degli stati mentali. A conferma di ciò vi è la notevole prevalenza fra gli adolescenti di condotte patologiche che implicano un passaggio all'atto, oppure dinamiche centrate sul corpo.

Una delle caratteristiche specifiche dell'adolescenza è il conflitto dipendenza-indipendenza, accompagnato dall'esigenza di autonomizzarsi rispetto alle figure genitoriali.

Uno dei compiti del diagnosta consiste nel valutare le modalità relazionali che caratterizzano il legame dell'adolescente con la famiglia e con il gruppo dei pari. Nonostante questo, però, non è consentito al clinico di esimersi da valutazioni diagnostiche e prognostiche, dal momento che in adolescenza compaiono gli esordi dei più importanti disturbi psicopatologici.

Nel porre diagnosi è importante saper articolare la **valutazione descrittiva**, indispensabile, con quella **relazionale** e **contestuale**.

La valutazione psicodiagnostica in psicopatologia è quindi importante per due ragioni: in primo luogo, fare una diagnosi corretta è condizione preziosa per la pianificazione del trattamento; in secondo luogo, la diagnosi consente delle implicazioni prognostiche.

Una buona formulazione diagnostica guiderà le scelte del terapeuta in aree cruciali dello stile della relazione, del tono degli interventi e degli argomenti cui prestare attenzione nelle fasi iniziali dell'intervento.

**Il percorso psicodiagnostico in adolescenza** potrebbe in alcuni casi rappresentare l'unica occasione di contatto con gli adolescenti, pertanto la restituzione acquista un importante valore diagnostico e terapeutico. Essa può costituire il punto di partenza per una maggiore consapevolezza delle proprie modalità di affrontare la realtà.

L'approccio attuale alla diagnosi in adolescenza sottolinea la necessità di dedicare un sistema comprensivo specifico per l'età. I significati psicopatologici assumono senso unicamente all'interno del contesto evolutivo in cui si sviluppano, e l'adattamento che si realizza in ciascuna fase dipende dall'interazione tra la storia pregressa e il compito evolutivo caratteristico di quella fase.

Diversi stili comportamentali o affettivo-relazionali sono espressione di modalità di adattamento alla specifica fase evolutiva e possono assumere un valore fisiologico e non patologico. Al fine di eseguire un'accurata comprensione delle manifestazioni sintomatiche, l'assessment psicodiagnostico deve prevedere la valutazione di fattori di rischio e di protezione. I primi interferiscono con lo sviluppo e aumentano la probabilità di comparsa della psicopatologia, e vengono definiti fattori di vulnerabilità. I secondi, al contrario, riducono l'impatto di fattori stressanti e promuovono adeguate strategie di adattamento.

Ruolo importante all'interno dell'assessment psicodiagnostico è ricoperto dai test e questionari fondati sugli aspetti psicometrici sia nella costruzione che nelle procedure di somministrazione e valutazione. L'esame testologico dell'adolescente costituisce una variabile fondamentale; il test rappresenta una misurazione obiettiva e standardizzata di un campione del comportamento umano. Altro aspetto sostanziale, molto più che con gli adulti, è tenere presente gli aspetti relativi all'esigenza di chiarire il significato e gli scopi del ricorso ai test e di salvaguardare la riservatezza dell'esame.

Sia nella costruzione che nell'uso e scelta degli strumenti, ciò di cui attualmente si tiene conto è l'evoluzione delle conoscenze scientifiche negli ambiti neuropsicologici, biologici e genetici, poiché questi aspetti hanno una ricaduta importante sulla comprensione del funzionamento psicologico dell'adolescente che tuttavia è anche determinato dai cambiamenti socio-culturali.

Ciò determina una ridefinizione degli strumenti sia nella loro accezione che nella necessità di una continua revisione del materiale testologico e del loro uso in ambito clinico.

## Prima parte



# 1. Colloquio psicodiagnostico e raccolta anamnestica

di Lauro Quadrana

*L'etichetta diagnostica è in realtà una sorta di "campo da baseball psicologico", in cui si svolge un'indagine più articolata e specifica.*

R.R. Holt, 1968

L'assessment è un

processo di problem solving estremamente complesso in cui i test sono spesso usati come uno dei metodi per la raccolta di dati utili [...] l'assessment psicodiagnostico è un processo dinamico, e dipende dai quesiti posti, dalla persona coinvolta, dal tempo che vi si dedica, e da una miriade di altri fattori, così che non è possibile ricondurlo a un insieme di regole e passaggi (Maloney & Ward, 1976, p. 44).

L'adolescenza è, oggi come ieri, un periodo della vita molto osservato e fonte inesauribile di aspettative, interrogativi e consuntivi dell'essere. Si continua a guardare all'adolescente con sentimenti di forte curiosità e si intuisce fin da subito l'ampiezza e la varietà dei moti dell'animo che egli suscita nel suo interlocutore, bambino, coetaneo, adulto o anziano che sia. In un momento si è contagiati dall'entusiasmo ma, in un altro e di lì a poco, il contatto si fa impossibile e ogni iniziativa o moto di avvicinamento si fa impacciato. Fulminea immedesimazione e distanza incolmabile risuonano a ogni incontro. La varietà dei paesaggi emotivi ai quali ci si affaccia compensa tale vivace discontinuità e tale naturale inafferrabilità.

Nell'ambito della psicopatologia, il tema della diagnosi è un argomento complesso, in particolar modo quando ci si riferisce all'età evolutiva e all'adolescenza.

Una buona formulazione diagnostica guiderà le scelte del clinico in aree cruciali dello stile della relazione, del tono degli interventi e degli argomenti cui prestare attenzione nelle fasi iniziali. Questa fase dello sviluppo, infatti, presenta caratteristiche complesse e articolate.

Possiamo definire il "processo" o la "situazione psicodiagnostica" un articolato, ma ben definito, momento dell'intervento psicologico finalizzato

alla comprensione del “funzionamento globale” dell’individuo (Caporale & Roberti, 2013).

La psicodiagnostica, intesa come valutazione della personalità, poggia su un principio di fondo: il processo di diagnosi si identifica, prima di tutto, con una epistemologia e metodologia di stampo clinico.

Una psicodiagnostica clinica o una psicodiagnostica clinicamente orientata mette al centro l’individuo come portatore di un disturbo, ridefinisce il significato dei sintomi all’interno dei loro contesti, lavora sulla domanda d’aiuto in relazione ai sistemi motivazionali attivi, parte da un’esaustiva analisi delle risorse bio-psico-sociali del paziente per pianificare l’intervento.

Il processo psicodiagnostico a oggi si avvale dell’integrazione di differenti procedure, tecniche e strumenti di indagine psicologica quali il colloquio clinico, l’osservazione diretta, la raccolta anamnestica, il testing e altre fonti d’informazione, contribuendo a fotografare con maggiore completezza le dimensioni di personalità e i diversi livelli di funzionamento psichico, attuali e passati. Tale principio di integrazione metodologica ha permesso di elaborare diagnosi maggiormente “su misura” e centrate sull’esperienza soggettiva del paziente.

Per processo psicodiagnostico s’intende, quindi, l’intero percorso di psychological assessment, di cui il testing rappresenta una specifica fase di raccolta delle informazioni mediante l’ausilio di strumenti psicometrici.

La psicodiagnostica è, dunque, l’area che si occupa della valutazione e della diagnostica psicologica, personologica e psicopatologica, attraverso l’uso di una serie integrata di questionari, inventari di personalità, batterie, colloqui clinici, esami esami neuropsicologici, e valutazioni osservative. Il tipo di tecniche e strumenti da utilizzarsi variano di volta in volta, in base al contesto e agli obiettivi della valutazione, all’età e al tipo di eventuali difficoltà dei soggetti valutati (Dazzi, Lingiardi & Gazzillo, 2009; Albasi, 2009).

Dopo questa doverosa introduzione e definizione del processo diagnostico passiamo ai seguenti quesiti: Quali sono le caratteristiche del colloquio psicodiagnostico con l’adolescente? Un modello operativo rivolto agli adulti può riferirsi al ragazzo?

Queste alcune domande del nostro lavoro, volto ad approfondire eventuali declinazioni del **colloquio clinico con gli adolescenti**. Va innanzitutto ricordato che il colloquio clinico è uno strumento d’indagine psicologica molto “elastico” (Sanavio, 2007); proprio per questo si traduce in una complessità con cui il clinico deve prima o poi confrontarsi. Alcune dinamiche complesse dell’adolescenza, come il distacco del soggetto da relazioni oggettuali primarie, lo sviluppo fisico, di pari passo con l’accettazione del

corpo sessuato, o altri specifici compiti di tale fase di sviluppo, sono profondamente legate all'identità; organizzata e riorganizzata in tale periodo della vita, il più delle volte è definita da meccanismi di difesa, angoscia e da un più generale senso di indeterminatezza che, non di rado, entrano a far parte della relazione clinica tra psicologo e adolescente. Premesse che da un lato attribuiscono centralità al colloquio come strumento di lavoro dalle numerose opportunità, e che, dall'altro, permettono di avanzare una riflessione più specifica su quali siano le peculiarità del colloquio clinico con l'adolescente.

Come costruire una relazione tra tutte quelle dimensioni emozionali e quelle dinamiche affettive nel rapporto con l'adolescente? Come integrare tali premesse teoriche con l'uso di tecniche e di strumenti che costituiscono il portfolio del clinico? Temi centrali che in primo luogo rimandano al modo di intendere il setting nel colloquio clinico con l'adolescente. Nella fase iniziale di un colloquio con l'adolescente non è auspicabile un linguaggio tecnico da parte del clinico; occorre invece utilizzare un livello di comunicazione legato alle emozioni che emergono, senza rischiare intrusione o invasione dell'altro (Ammaniti, 2002). Non va peraltro dimenticato che l'obiettivo principe del colloquio clinico non è solamente di natura terapeutica, ma perlopiù diagnostica, anche se «la valutazione di cosa sia normale in un comportamento in questa età può essere fatta solo in riferimento al contesto ambientale in cui l'adolescente vive e del gruppo dei pari che lo circonda» (Nicolò & Zavattini, 1992).

Il colloquio, infatti, la cui anamnesi è riconducibile al concetto di assessment, ossia a quel complesso processo di raccolta ed elaborazione delle informazioni (Sanavio, 2007), è anche definibile come campo. È facile così ritrovarsi di fronte un adolescente che rifiuti (esplicitamente o implicitamente) l'intervento del professionista e che resista a quella supposta alleanza tra psicologo e committente. La fantasia di un'alleanza tra adulti, il professionista e ad esempio il genitore, può risultare ben radicata nel ragazzo, che potrebbe mostrare diffidenza e resistenza psicologica.

Allora cosa può motivare l'adolescente? Lo psicologo può creare un primo contatto, fare la conoscenza del giovane (Barker, 1990) e chiarire il ruolo che ha come professionista (Lis, 1993); insomma non puntare tutto sulla motivazione e sul problema che l'ha portato lì, ma far comprendere al paziente che l'elemento cardine del colloquio consiste nel **preoccuparsi del proprio benessere**. Integra Pandolfi (1997) che a tal proposito parla di joining: la fase più materiale dell'accoglienza in cui l'operatore coglie la situazione psicologica del soggetto; un modo per ottenere delle importanti informazioni iniziali e che andranno eventualmente approfondite.

Un buon colloquio psicodiagnostico con l'adolescente è essenziale almeno a due scopi: in primo luogo, permette di creare un setting in cui il paziente possa sentirsi a suo agio; in secondo luogo, permette di raccogliere informazioni preziose da confrontare con il resoconto dei familiari e con la prestazione ai test psicometrici.

Si definisce processo diagnostico l'iter che il paziente percorre insieme al clinico allo scopo di rilevare e circoscrivere l'ampiezza e l'entità del/dei disturbo/i lamentato/i, attribuire loro un significato (diagnosi) e individuare le possibili strategie cui avvalersi per ridurre, modificare o eliminare, laddove possibile, la causa che provoca la sofferenza che il paziente stesso e/o i suoi familiari lamentano (Lang, 1996, p. 44).

Nella sequenza di ruoli ricoperti dal clinico nel corso di un assessment, l'elemento portante consiste nella capacità di utilizzare e integrare sia gli aspetti oggettivo-psicometrici degli strumenti impiegati, sia le proprie capacità clinico-professionali. Secondo Allport (1965), gli attributi di un buon valutatore sono: esperienza, capacità di entrare in contatto con il soggetto valutato, capacità di comprensione psicologica, intelligenza, complessità conoscitiva, conoscenza di sé, abilità sociale e capacità di adattamento, distacco, atteggiamento estetico.

Il processo diagnostico può essere paragonato a una sorta di stato di tregua, che avviene in un clima emotivo in cui ogni giudizio è sospeso, da parte sia del clinico che del paziente. Sono pure e sospese le decisioni riguardanti qualunque tipo d'intervento, con l'interposizione di una serie di operazioni e di una necessaria attività di riflessione ed elaborazione.

Inoltre, la disponibilità emotiva dei diagnostici all'utilizzo di differenti fonti e strumenti conoscitivi, tra cui fondamentali sono proprio il paziente stesso e il materiale da lui fornito, induce un ridimensionamento di aspettative e deleghe magiche e onnipotenti che il paziente, consapevolmente o inconsapevolmente, opera sul clinico come unico polo possibile di aiuto e comprensione.

L'assessment può essere concettualizzato come un processo che implica l'integrazione di informazioni provenienti da fonti diverse. Esempi di fonti e informazioni sono: i punteggi ottenuti a test psicometrici o le risposte fornite a tecniche proiettive, la storia di vita e quella clinica (medica e psichiatrica) del paziente, la descrizione dei suoi sintomi (psichici e somatici) e dei suoi problemi (familiari, relazionali, lavorativi). Le informazioni possono essere raccolte intervistando tanto il paziente quanto i cosiddetti informants (insegnanti, familiari, conviventi, amici, colleghi) (Kamphuis, Emmelkamp & de Vries, 2003; Kolanowski, Hoffman & Hofer, 2007).

La fase di **raccolta dell'anamnesi** corrisponde al momento in cui il clinico assume tutti i dati noti sul paziente, che diventeranno preziosi, sia al fine di formulare delle adeguate ipotesi diagnostiche sia al fine di formulare le proprie conclusioni.

Saper leggere i dati anamnestici significa avere un grande vantaggio iniziale: essi, infatti, rappresentano una sorta di “carta d'identità” del paziente, e forniscono all'esaminatore delle coordinate fondamentali per un immediato orientamento della valutazione.

Innanzitutto, l'anamnesi ci permette di fare un primo fondamentale inquadramento relativamente alla tipologia di esordio dei possibili deficit. Quando sono comparsi i deficit e come?

Vi è una grande differenza nel valutare un paziente con una sindrome a esordio acuto, rispetto a uno con una sindrome a esordio subdolo e ingravescente, rispetto a uno con una sindrome congenita. Va pertanto da sé che una buona raccolta dei dati anamnestici sia preliminare alla valutazione psicodiagnostica.

L'anamnesi può essere distinta in anamnesi patologica prossima, remota e familiare.

- **L'anamnesi patologica prossima** consiste nella raccolta delle informazioni relative all'attuale condizione del paziente e che ha portato all'esame neuropsicodiagnostico. Queste informazioni possono consistere in: referti di visite ed esami già eseguiti, ma anche nel resoconto dei comportamenti potenzialmente patologici che il paziente manifesta, da quando questi vengono manifestati, quanto frequenti sono e quanto incidono sulla vita quotidiana del paziente. Tutto ciò è di grande importanza, sia ai fini di una valutazione diagnostica che possa essere esaustiva dei possibili deficit del paziente, sia ai fini della diagnosi conclusiva.
- La raccolta dell'**anamnesi patologica remota** è, invece, la raccolta di tutte le informazioni che riguardano la storia clinica del paziente dall'età evolutiva a oggi.
- Infine, la raccolta dell'**anamnesi familiare**, ovvero la raccolta delle informazioni relative alla storia clinica della famiglia di origine, è molto importante, soprattutto nelle patologie dementigene o nei casi in cui si debba fare una diagnosi differenziale tra un disturbo neurologico e uno psichiatrico.

L'obiettivo finale non è l'indicazione di un trattamento o la controindicazione a esso, bensì l'**individuazione delle modalità di funzionamento** che risultano disadattive e antieconomiche per il paziente in quel determinato momento della sua vita.

Il criterio che guida il processo diagnostico è l'individuazione dell'eziologia del funzionamento psicopatologico del paziente. Si prescinde, quindi, dalla specificità della classificazione nosografico-descrittiva, che negli ultimi decenni ha impropriamente assunto una centralità che rischia di essere fuorviante rispetto alle finalità della comprensione diagnostica, che non può esaurirsi nell'attribuzione di etichette categoriali (Kendler, 2012).

Intendere il processo di integrazione degli elementi diagnostici, alla luce di quanto detto precedentemente a proposito della valutazione clinica, come produzione di senso e come ri-narrazione della storia dell'individuo, significa proporre uno schema di riferimento per la ricerca di nessi di significato.

La valutazione clinica coincide in buona misura con una **re-significazione dell'esperienza** del soggetto e con la ri-narrazione di quest'ultima.

L'interpretazione del materiale diagnostico, l'organizzazione dello stesso in un percorso narrativo e la vicenda emotiva della relazione diagnosta-soggetto sono elementi inscindibili.

Come afferma Lis (1993),

la valutazione diagnostica si configura come un momento di riflessione in cui all'empatia del rapporto si sostituisce il pensiero dell'operatore, il quale userà le sue capacità di analisi, di organizzazione, di sintesi, di intuizione, l'abilità clinica e le conoscenze teoriche al fine di ricostruire un'immagine armonica della dimensione psicologica del soggetto.

## Bibliografia

- Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Allport, G. W. (1965). *Letters from Jenny*. New York: Harcourt, Brace.
- Ammaniti, M. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Barker, P. (1990). *Clinical Interviews with Children and Adolescents*. New York: Norton & Compagny (tr. it. *Il colloquio clinico con i bambini e gli adolescenti*. Roma: Astrolabio, 1997).
- Caporale, R., & Roberti, L. (2013). *Percorsi di psicodiagnostica clinica integrata. Manuale pratico per psicologi*. Milano: FrancoAngeli.
- Dazzi, N., Lingiardi V., & Gazzillo F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Holt, R. R. (tr. it. 1975). Introduzione. In D. Rapaport *et al.*, *Reattivi psicodiagnostici* (pp. 11-60). Torino: Boringhieri (ed. or. 1968).
- Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G., & De Vries, V. (2003). Moderated validity of clinical informant assessment: Use in depression and personality.

*Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(2), 102-107.

- Kendler, K. S. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: Replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Molecular psychiatry*, 17(4), 377-388.
- Kolanowski, A., Hoffman, L., & Hofer, S. M. (2007). Concordance of self-report and informant assessment of emotional well-being in nursing home residents with dementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), P20-P27.
- Lang M. (1996). La relazione fra psicologo clinico e paziente. In F. Del Corno, M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica, vol. II: La relazione con il paziente*. Milano: FrancoAngeli.
- Lis, A. (1993). *Psicologia Clinica*. Firenze: Giunti.
- Maloney, M. P., & Ward, M. P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. Oxford University Press.
- Nicolò, A. M., & Zavattini, G. C. (1992). *L'adolescente e il suo mondo relazionale*. Roma: Carocci.
- Pandolfi, A. M. (1997). Il primo colloquio con i genitori dell'adolescente. In R. Telleschi, G. Torre (a cura di), *Il primo colloquio con l'adolescente* (edizione 2.0) (pp. 37-51). Milano: Raffaello Cortina.
- Sanavio, E. (2007). Il primo colloquio nell'assessment clinico. In P. Moderato, F. Rovetto (Eds.), *Psicologo: verso la professione. Dall'esame di Stato al mondo del lavoro* (3<sup>a</sup> ed., pp. 76-93). Milano: McGraw-Hill.

## 2. Quando somministriamo i test?

di Lauro Quadrana

*La diagnosi della mia coscienza era la stessa del mio inconscio.*

R. Mears, J. Stevenson, E. Gordon, 1999

I test, in psicologia clinica, si usano per valutare quantitativamente e qualitativamente condizioni momentanee o durevoli di funzionamento psichico (normale o patologico) o singole funzioni e per rilevare tratti personali, che perdurano e sono predittivi di comportamenti e/o sintomi futuri. I test forniscono, quindi, dati utilizzabili per la diagnosi (symptom behavior-oriented, strutturale o funzionale), nonché per l'indicazione o la controindicazione ai trattamenti. Possono peraltro essere proficuamente impiegati in studi di tipo epidemiologico.

Qualunque sia l'elaborazione successiva dei dati, la finalità prioritaria del loro utilizzo è, nella maggior parte dei casi, diagnostica.

Nel corso della diagnosi testologica, la valutazione psicometrica è uno degli elementi da considerare. Altri elementi da rilevare (sempre secondo parametri specifici e non casuali) sono: il contenuto delle risposte, gli aspetti formali, le verbalizzazioni del paziente, le osservazioni del clinico sul comportamento del paziente al reattivo (ad esempio, livelli insoliti di assertività o esibizionismo o ritiro passivo) e le reazioni del clinico al paziente.

È importante che il ragionamento clinico mantenga la separazione tra la natura dei dati, discriminando, quindi, il dato osservativo da quello inferenziale. In altri termini, sarebbe auspicabile conoscere e usare un approccio quantitativo quando è possibile (ad esempio, cut-off points, intervallo di confidenza, ecc.), integrando le conclusioni cui si perviene con dati e inferenze ottenute con l'approccio clinico.

I test, in una situazione di incertezza diagnostica, rilevano ostacoli non percepiti che potrebbero manifestarsi successivamente nel trattamento, portando a esiti negativi; valutano le risorse di personalità del paziente e gli aspetti deficitari, in modo da evitare sforzi terapeutici inutili; permettono il confronto con dati normativi; forniscono elementi utilizzabili con il paziente, relativi alla natura e all'ampiezza dei suoi problemi.

La somministrazione dei test non avviene “nel vuoto”, non è un’operazione a sé stante e neppure un asettico processo di problem-solving, bensì è un **momento di un processo diagnostico**.

I test diventano controindicati se il paziente ha bisogno di una presa in carico immediata o è in una situazione di emergenza. Sono inutili quando il materiale emerge già dai colloqui e la diagnosi è chiara, in quanto costituirebbero un inutile dispendio di tempo e di energia. La scelta dei test deve essere fatta in base al tipo di informazioni che si desidera ottenere e, quindi, all’obiettivo per il quale si è chiesta una diagnosi testologica, nonché alla psicopatologia del paziente. Se si vuole valutare la possibilità di un decadimento organico, bisognerà ricorrere a strumenti ad hoc che indaghino funzioni specifiche connesse al decadimento, mentre sarà poco rilevante un’indagine di struttura di personalità (con test oggettivi o con test proiettivi). Se si deve formulare l’indicazione a un trattamento in relazione a un quadro sintomatologico, sarà altresì importante “misurare” il sintomo e le sue caratteristiche, valutare l’organizzazione di personalità, ma anche valutare le funzioni cognitive, perché alcuni disturbi di tipo emotivo possono interferire pesantemente con queste capacità.

Ogni test può fornire solo informazioni relative a un’area specifica, perché gli stimoli utilizzati sono congrui soprattutto con essa. Può essere costruito sul fondamento di un **modello nosografico-descrittivo**, come ad esempio il SCL-90-R (Derogatis *et al.*, 1973), **interpretativo-esplicativo della personalità**, come nel Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-III (Millon, 1997), su un **modello specifico di disturbo** psichico, come nella scala Beck Depression Inventory, BDI (Beck *et al.*, 1996), o su un **modello di un costrutto**, come nelle scale multicomponenziali volte alla valutazione dell’intelligenza WISC o WAIS (Wechsler *et al.*, 2003, 2008).

In molti casi, la somministrazione della batteria è estremamente utile, perché permette di individuare elementi psicopatologici che diversamente non si evidenzerebbero. Tuttavia, se l’uso di una batteria permette al clinico di avere un quadro più completo del funzionamento del paziente, di selezionare le risposte significative e di individuare cluster di risposte patognomoniche per alcune categorie diagnostiche, di valutare i cambiamenti che avvengono nello stesso paziente tra un intervento e l’altro, di confrontare i risultati ottenuti con pazienti diversi utilizzando lo stesso tipo di trattamento, ogni batteria – a prescindere dai criteri in base ai quali è stata composta – ha comunque una flessibilità ridotta e non sempre risponde in modo soddisfacente ai quesiti dell’inviante.

Se è vero che i test – adeguatamente validati – misurano quello che dicono di misurare, è altrettanto vero che ogni test ha un proprio bias che il clinico deve conoscere, poiché il singolo strumento costringe il clinico

a un punto di osservazione predefinito. Ogni test ha una “zona cieca”, che deve essere vicariata da altri strumenti. L’uso di test differenti (di strumenti che valutano lo stesso costrutto in base a modelli teorici diversi o che rilevano aree contigue di uno stesso costrutto) può rappresentare un fattore di correzione nei confronti di queste aree cieche, di cui in letteratura si parla poco e che si evidenziano con maggior chiarezza nel corso di un processo diagnostico, in particolare quando si utilizzano i dati che provengono da strumenti diversi per validare o scartare le ipotesi generate.

La letteratura testimonia che sono sempre più numerosi i lavori di ricerca in ambito testologico, a evidenziare la vitalità della disciplina e l’interesse che è in grado di suscitare.

Attualmente, l’affermazione della multicausalità del disturbo psichico ha confermato la necessità di un’accurata valutazione diagnostica che si avvalga di strumenti diversi e sia finalizzata a individuare gli elementi che possono aumentare l’efficacia dei diversi trattamenti.

Parimenti, ci si è resi conto che i test permettono, nella maggior parte dei casi, di individuare cluster di fattori, che hanno un diverso livello di probabilità di essere associati a quadri psicopatologici, ma non forniscono “indicatori certi di psicopatologia”.

L’obiettivo diagnostico ha subito, quindi, un’ulteriore modificazione. Quando si sottopone un paziente ai test, il quesito non è più: “Qual è la diagnosi del paziente?” e “Qual è il trattamento migliore in assoluto?”, bensì: “Quali sono gli elementi che caratterizzano il funzionamento del paziente?”, “Quali sono le modalità adattative messe in atto?”, “Qual è la tecnica più adeguata per affrontare il problema prioritario?”

Proviamo a ripercorrere sinteticamente il ragionamento del clinico cui è richiesto un processo diagnostico. È proprio in base a questo processo, parallelo alla somministrazione, che il clinico decide se e quando utilizzare strumenti diversi da quelli previsti, a prescindere che abbia optato per l’uso di una batteria standard o abbia privilegiato un approccio focale. Nel corso di questa prima fase del ragionamento clinico, l’esperienza precedente e una formazione adeguata costituiscono indubbiamente un punto di forza, perché permettono al clinico di raggiungere più agevolmente la formulazione di ipotesi e la conseguente presa di decisioni.

È importante, comunque, che il ragionamento clinico mantenga la separazione tra la natura dei dati, discriminando il dato osservativo da quello inferenziale (Bonarius, 1984).

Ma quali sono le aspettative del paziente? Come vive i test? Che valore attribuisce loro? Si limita a “ubbidire” al clinico o è realmente convinto di quello che sta facendo? Ovviamente, in questi casi, non esiste una sola risposta, ma innumerevoli. Tuttavia, è possibile fare alcune osservazioni

generalizzabili. Una delle prime domande che di solito fanno gli psicologi non abituati a somministrare test riguarda la possibilità di incontrare un rifiuto da parte del paziente. Nella nostra pratica clinica, abbiamo raramente incontrato pazienti che si sono rifiutati di fare i test, purché fosse stato loro spiegato a che cosa sarebbero serviti. Nella maggior parte dei casi, i pazienti hanno acconsentito di buon grado e, a posteriori (nel corso dei colloqui di restituzione), hanno parlato dell'esperienza in termini positivi. Ma non è sempre facile trovare le parole adatte per motivare l'invio. Bisogna partire dal presupposto che vi siano difficoltà intrinseche alla situazione, che vanno affrontate come tali.

Ma no, dottore, lasciamo perdere... a cosa servono? Li ho già fatti un'altra volta e non mi hanno detto neanche i risultati... Perché farli? Se le sembra che le manchino dei dati, non si faccia scrupolo: sono a sua disposizione e le dirò tutto quello che vuole... No, dottore, non mi mandi da un altro: ho già fatto tanta fatica a raccontare a lei la situazione...

Non si può partire dal presupposto che il paziente sia d'accordo con la proposta di diagnosi testologica: egli, in genere, consulta uno psicologo o uno psichiatra per essere curato per un disturbo specifico.

La somministrazione dei test richiede una **posizione emotivo-cognitiva** diversa da quella che il clinico assume nel corso del colloquio e del trattamento, che cambia a seconda dello strumento utilizzato (test di abilità, test proiettivi, rating scales, self-report inventories, ecc.) e rappresenta un punto di osservazione del paziente assolutamente unico, in quanto permette di vedere se, di fronte a stimoli diversi (il materiale testistico), il comportamento si modifica e in quale misura. La presenza di tale materiale permette, infatti, di rilevare alcuni dati difficilmente osservabili nel corso del colloquio. È vero anche il contrario: la specificità del rilevamento conseguente all'impiego di alcuni test, talvolta, impedisce di cogliere gli aspetti adattativi presenti in quadri psicopatologici gravi, che hanno permesso (e continuano a permettere) al paziente di vivere, nonostante gli aspetti deficitari, una vita "normale". Il clinico, quindi, deve tener presente che la scelta dello strumento e la specificità del punto di osservazione possono costituire essi stessi un bias.

È solo l'**esperienza** che insegna a utilizzare punti di osservazione diversi in rapida successione.

Già nel corso della somministrazione, il clinico formula ipotesi e le verifica. È proprio in base a questo processo, parallelo alla somministrazione, che il clinico decide se e quando utilizzare strumenti diversi da quelli previsti, a prescindere che abbia optato per l'uso di una batteria standard, un

insieme di test predefiniti per una prima valutazione complessiva, o abbia privilegiato un approccio focale, attraverso un insieme di test selezionati su misura per la condizione sintomatologica specifica del paziente. Nel corso di questa prima fase del ragionamento clinico, l'esperienza precedente e una formazione adeguata costituiscono indubbiamente un punto di forza, perché permettono al clinico di raggiungere più agevolmente la formulazione di ipotesi e la conseguente presa di decisioni.

## Bibliografia

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory-II*. Psychological assessment.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bonarius, H., Van Heck, G., & Staid, N. (Eds.) (1984). *Personality psychology in Europe: Theoretical and empirical developments*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). The SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – a preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1997). The MCMI-III: Present and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 69-85. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6801\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6801_6)
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition technical and interpretive manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D., Coalson, D. L., & Raiford, S. E. (2008). *WAIS-IV technical and interpretive manual*. San Antonio, TX: Pearson.